

I Fondi e le Politiche per la Non Autosufficienza nelle Regioni

A cura di Maria Donata Bellentani e Leonilda Bugliari Armenio

Sezione Organizzazione Servizi Sanitari

Novembre 2009

INDICE

I.	Premessa.....	5
II.	Verso una definizione di fragilità e disabilità.....	7
III.	La disabilità e le norme	13
IV.	Le politiche per la Non Autosufficienza (N.A.) - spunti sulle proposte di legge e sui Fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale.....	23
V.	Il Fondo nazionale per le non autosufficienze.....	29
	<i>Schema di sintesi delle recenti norme su contributi e Fondi a favore della N.A..</i>	31
VI.	Politiche e Fondi regionali per la Non Autosufficienza: Analisi delle esperienze.....	33
	1. <i>Schema di sintesi sulle esperienze regionali del Fondo per la N.A.</i>	34
	2. <i>Schema di sintesi della normativa regionale sugli interventi a favore della N.A.</i>	45
VII.	Considerazioni sulle esperienze regionali del Fondo N.A.....	67
	Riferimenti bibliografici	73
 Allegato:		
	Ricognizione normativa regionale sulla non autosufficienza.....	81

I. PREMESSA

L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) segue da anni il tema dell'integrazione tra il settore sociale e sanitario e lo sviluppo sul territorio dei diversi servizi sociosanitari.

L'integrazione sociosanitaria è uno dei temi più importanti di politica sanitaria ma nello stesso tempo rappresenta un argomento di complesso inquadramento e difficile sistematizzazione, data la vastità di ogni ambito che la riguarda, dall'analisi della normativa nazionale e regionale, all'esame degli aspetti di impatto economico e di fattibilità organizzativo-gestionale.

In materia di protezione sociale il contesto italiano risulta caratterizzato da una molteplicità di norme, un interesse crescente, ma anche da un'ampia frammentarietà e una forte disomogeneità territoriale.

In particolare, la mancanza di un provvedimento nazionale specifico sul tema della non autosufficienza (N.A.) e la competenza acquisita dalle Regioni dopo le modifiche del Titolo V, Parte II, della Costituzione in materia di assistenza sociale e sanitaria (per quest'ultima si tratta di competenza concorrente, con piena autonomia sugli assetti organizzativi dei servizi sanitari, nell'ambito dei principi generali adottati a livello nazionale; per l'assistenza sociale la competenza delle Regioni è ancora più ampia, di tipo esclusivo) ha fatto sviluppare politiche regionali a favore della non autosufficienza, basate soprattutto su modelli di reti assistenziali e sullo sviluppo di un mercato di servizi in particolare per l'assistenza alla persona.

L'analisi di come e in quale direzione si stanno sviluppando e ridisegnando le politiche rivolte alle persone non autosufficienti non può che partire dal livello locale e dalle scelte che a tale livello si compiono.

In quest'ambito, molte Regioni hanno valorizzato il ruolo della famiglia, con modalità differenziate, che vanno da misure di sostegno anche di tipo economico, a politiche di sviluppo della domiciliarità e di promozione della de-istituzionalizzazione. Ad oggi, dieci Regioni e la Provincia Autonoma di Bolzano hanno disciplinato e finanziato specifici Fondi per la non autosufficienza, per supportare le famiglie che si prendono in carico una persona non autosufficiente anziana o disabile grave.

Il presente lavoro presenta anche una ricognizione delle principali normative regionali consentendo di mettere in evidenza le scelte programmatiche delle Regioni nell'organizzazione dei servizi e interventi anche a favore dei soggetti fragili e non autosufficienti.

La trasversalità del tema non autosufficienza ha reso necessario focalizzarsi su alcuni aspetti, considerando che, anche solo valutando gli aspetti assistenziali, si tratterebbe di rilevare un complesso insieme di servizi residenziali, semiresidenziali, domiciliari, svolti da strutture pubbliche e private accreditate; inoltre, si tratterebbe di dare forma ad un complesso di strutture sociosanitarie, sociali e informali che sono disciplinate in modo diverso dalle Regioni o talora in via di codificazione; è ben noto il problema della “classificazione” delle strutture territoriali, che spesso sono di piccole dimensioni, flessibili, adattate a risorse e situazioni locali.

L’Agenas, pertanto, ha ritenuto opportuno svolgere una ricognizione sulla programmazione in materia di Fondi per la non autosufficienza e sul loro sviluppo a livello locale; in particolare, su come il Fondo, da alcuni anni al centro della discussione politico-tecnica come strategia nazionale sia divenuto strumento di politica regionale.

II. VERSO UNA DEFINIZIONE DI FRAGILITÀ E DISABILITÀ

Il cambiamento demografico della popolazione avviatosi nel secondo dopoguerra comincia a impattare fortemente su tutti i sistemi sanitari dei paesi industrializzati: l'invecchiamento della popolazione e il conseguente incremento senza precedenti delle patologie a lungo termine o croniche e delle cosiddette "fragilità" costituiscono il nuovo scenario che non può trovare nell'assistenza ospedaliera la sola e più congruente risposta sanitaria e tantomeno sociale.

Al contempo, il concetto di "**fragilità**", molto utilizzato in ambito geriatrico, coincide con *una condizione generale di instabilità fisica e sociosanitaria: si tratta di un fenomeno sindromico che coinvolge molti sistemi ed esita in una perdita totale o parziale della capacità dell'organismo di tendere all'omeostasi. Tale condizione è determinata dalla concorrenza di diversi fattori: biologici, psicologici e socioambientali che agendo in modo sinergico si amplificano e si perpetuano vicendevolmente*¹.

La comunità scientifica esprime un crescente interesse sulla "fragilità" malgrado ad oggi non esista una definizione univocamente accettata o una classificazione ufficiale nell'*International Classification of Disease* (ICD). Il fenotipo identificato e maggiormente condiviso include il deperimento (sia della massa muscolare e della forza fisica sia della perdita di peso), perdita della capacità di resistenza, diminuzione dell'equilibrio e della capacità di muoversi, rallentamento nelle capacità motorie e potenziale diminuzione della funzione cognitiva.

Caratteristiche della fragilità	Criterio di misurazione – Cardiovascular Health Study ²
Deperimento: perdita di peso (<i>non intenzionale</i>) e sarcopenia (<i>perdita di massa muscolare</i>)	Baseline: >10 libbre perse nell'anno precedente
Bassa capacità di resistenza; Esaurimento	Esaurimento – <i>self reported</i> ; Identificato da due domande della scala CES-D, associato con il livello esercizio che il soggetto è stato in grado di fare, indicatore di VO ₂ massima; predittore di malattie cardiovascolari
Basso livello di attività fisica	Baseline Valore predeterminato pesato per sesso e Kilocalorie consumate a settimana. Maschi <383 Kcal/sett.; femmine <270 Kcal/sett. Il quintile più basso è identificato per entrambi i sessi
Lentezza	Tempo impiegato a camminare (15 piedi): la baseline = 20% della popolazione meno performante, standardizzata per età e altezza.
Debolezza	Capacità di presa ridotta del 20% standardizzata per genere e indice di massa corporea IMC
La positività al fenotipo della fragilità = ≥ 3 criteri presenti	

¹ Questa definizione di fragilità è tratta da TRABUCCHI M., *I vecchi, la città e la medicina*, Bologna, Il Mulino, Fondazione Smith Kline, 2005.

² FRIED L.P. - TANGEN C.M. - WALSTON J. et al., *Frailty in older adults: evidence for a phenotype*, *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56/2001, 146 -156.

Di seguito sono specificati i criteri utilizzati nella definizione della fragilità negli anziani attraverso il **Cardiovascular Health Study Index**:

1. **Perdita di peso**: perdita di più di **10 libbre (circa 5,5 kg)** non intenzionale (ossia non a seguito di diete o esercizio fisico) nell'ultimo anno. Se sì, allora è fragile per il criterio della perdita di peso. Al follow-up viene così calcolato: $(\text{peso nell'anno precedente} - \text{peso corrente}) / \text{peso nell'anno precedente} = K$. Se $K \geq 0,05$ ed il soggetto non riporta di aver cercato di perdere peso (ossia perdita non intenzionale di almeno il 5% del peso corporeo dell'anno precedente), allora il punto fragile per perdita di peso = Sì.
2. **Esaurimento**: utilizzo della *CES-D Depression Scale- (Center for Epidemiological Studies Depression Scale)* : rispetto alle seguenti affermazioni “Sento che ogni cosa che faccio è una fatica; non riesco ad affrontarla” si pone la seguente domanda: “Quanto spesso nell'ultima settimana ti sei sentito in una condizione simile?” 0 = raramente o mai (< 1); 1= qualche volta (1-2 gg); 2= un discreto numero di volte (3-4 gg); 3= la maggior parte delle volte.
3. **Attività fisica** : la valutazione si basa sulla versione breve del “Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire”, in cui le domande vertono sulla capacità di camminare, fare le faccende domestiche (moderatamente strenuanti) di ballare, tagliare il prato, fare escursionismo, sistemare il giardino o l'orto, fare jogging, andare in bicicletta, fare la ciclette, aerobica, giocare a bowling, golf, tennis singolo e doppio, *squash*, nuoto. Kilocalorie consumate a settimana sono calcolate utilizzando un algoritmo standardizzato. Tale variabile è poi stratificata per genere: **Uomini** - sono considerati fragili coloro che consumano <**383 kcal**. a settimana a seguito di attività fisica. **Donne** - sono considerate fragili coloro che consumano <**270 Kcal** a seguito di attività fisica, a settimana.
4. **Tempo impiegato a camminare**: stratificato per età ed altezza (con un cutoff medio per maschi e femmine)

Altezza Uomini	Cutoff: tempo impiegato per percorrere 15 piedi (4,6 mt)	Altezza Donne	Cutoff: tempo impiegato per percorrere 15 piedi (4,6 mt)
≤173 cm	≥7 sec.	≤159 cm	≥7 sec.
>173 cm	≥6 sec.	>159 cm	≥6 sec.

5. **Capacità di presa** : stratificato per sesso e quartili di Indici di Massa Corporea

IMC Uomini	Cutoff in kg	IMC Donne	Cutoff in kg
≤ 24	≤29	≤ 23	≤17
24,1-26	≤30	23,1-26	≤17.3
26,1-28	≤30	26,1- 29	≤18
> 28	≤32	>29	≤21

Lo stato di fragilità, secondo questa impostazione, comporta una serie di deterioramenti correlati tra loro, che interessano sistemi muscoloscheletrici, cardiovascolari, metabolici ed immunologici. La fragilità risulta un importante predittore del rischio di *outcome* avversi, quali l'istituzionalizzazione, le cadute e addirittura la morte. La fragilità è una condizione progressiva che inizia ad uno stadio pre-clinico e offre quindi opportunità per una sua individuazione precoce e per azioni preventive. La fragilità rappresenta anche un fattore eziologico importante della disabilità.

La disabilità, secondo l'orientamento prevalente e tradizionale nella comunità scientifica e delle organizzazioni internazionali quali l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo

economico (OCSE), è definita come la difficoltà o non autosufficienza nell'espletare le attività essenziali della vita quotidiana in modo autonomo. Una disabilità che limita parzialmente o completamente una o più attività principali della vita quotidiana (*Activity Daily Living- ADL*³) ossia farsi il bagno o la doccia, mangiare, vestirsi, utilizzare la toilette, alzarsi dal letto e muoversi.

La disabilità viene commisurata anche attraverso *l'Instrumental Activity Daily Living- IADL*⁴ ossia con la capacità di svolgere le attività essenziali di gestione della casa come preparare il pranzo, fare la spesa, gestire il denaro, utilizzare il telefono, fare il bucato, rassettare la casa, o assumere farmaci in modo appropriato e percorrere lunghe distanze con mezzi di trasporto. Accanto a questa definizione, nel Maggio 2001 l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha approvato *l'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, con lo scopo di integrare sia il modello medico sia il modello sociale, nel tentativo di collegare gli aspetti biologici, l'individuo e le prospettive sociali in una complessiva visione della salute come benessere psico-fisico della persona, nella sua interazione con l'ambiente di vita⁵.

Pur non essendo una condizione esclusiva della popolazione anziana, il fenomeno è prevalentemente osservabile nella fascia degli ultra settantacinquenni dove la cronicità, la morbidità, la compromissione funzionale, la polifarmacoterapia e le problematiche di tipo sociosanitario, giocano un ruolo determinante.

I trend demografici evidenziano notoriamente un rilevante aumento assoluto e relativo del segmento della popolazione anziana ultrasettantacinquenne (+25%, pari a più di 1.400.000 persone nei prossimi 10 anni): si tratta di andamenti che avranno un grosso impatto soprattutto sulla prevalenza di molte patologie cronico degenerative; ad esempio, le demenze sono destinate ad un sostanziale raddoppio degli attuali malati (sono circa 450.000 nel 2007) entro il 2020.

I grandi anziani del prossimo futuro saranno molto più numerosi, ma saranno in parte, per le migliori opportunità di salute e assistenza di cui hanno goduto rispetto alle coorti che li hanno preceduti, meno malati dei grandi anziani di ieri e di oggi, o meglio, saranno selettivamente malati, in particolare per quelle patologie croniche degenerative e invalidanti - tipicamente la demenza e l'artrosi - che non trovano una risposta risolutiva nelle cure mediche.

³ L'OCSE identifica tali attività come "*Self-care activities that a person must perform every day, such as bathing, dressing, eating, getting in and out of bed, moving around, using the toilet, and controlling bladder and bowel*" inserendo anche l'**incontinenza**.

⁴ LAWTON M.P. - BRODY E.M., *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*, Gerontologist, 9/1969, 179-186.

⁵ Per approfondimenti, si veda anche il paragrafo III, nel punto relativo alla Classificazione Internazionale del funzionamento, disabilità e salute – ICF.

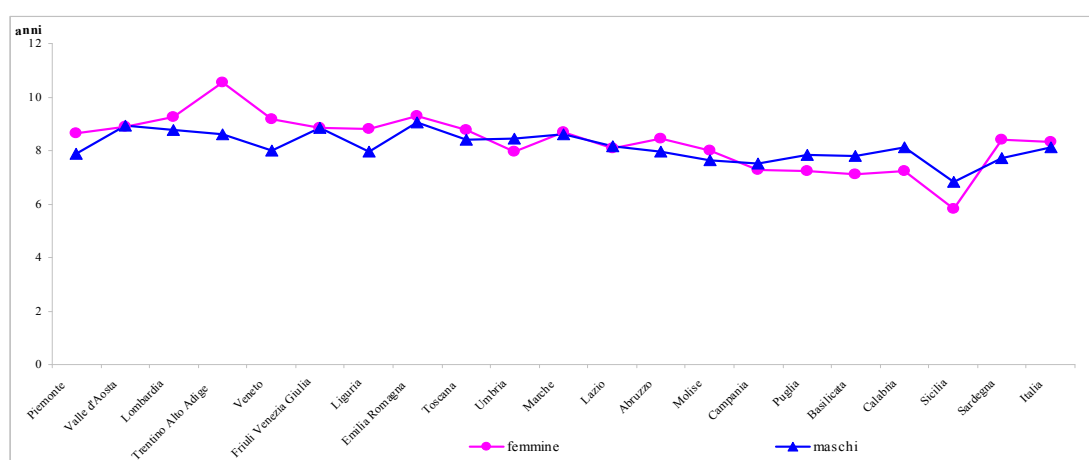
L'emergenza della patologia cronico-degenerativa riorienta, quindi, in modo deciso l'asse dell'assistenza sanitaria verso il territorio, sia in termini di prevenzione sia in termini di percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali rivolti a specifici gruppi di pazienti cronici⁶.

Dall'elaborazione dei risultati prodotti dall'indagine sulle “*Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*” (ISTAT, 2004-2005) emerge che la famiglia è il soggetto che generalmente prende in carico la persona disabile. Il 10,3% delle famiglie ha almeno un componente con problemi di disabilità. Oltre un terzo (35,4%) di queste famiglie è composto da persone disabili che vivono sole, il 6,4% da famiglie con tutti i componenti disabili, il 58,3% da famiglie in cui c'è almeno una persona non disabile che si fa carico della persona disabile. Quasi l'80% delle famiglie con persone disabili non risulta assistita dai servizi pubblici a domicilio ed oltre il 70% non si avvale di alcuna assistenza, né pubblica né a pagamento soprattutto nel Sud. Un terzo dei disabili soli, quasi la metà delle famiglie con tutti componenti disabili ed oltre il 40% delle famiglie con persone disabili nel Sud dichiarano che avrebbero bisogno di assistenza sanitaria a domicilio.

Di seguito si rappresenta la speranza di vita libera da disabilità all'età di 75 anni nelle diverse Regioni italiane distinta per maschi e femmine nell'anno 2004-2005 (**grafico 1**).

Le femmine italiane in media hanno una aspettativa di vita libera pari a 8,33 anni di poco superiore a quella dei maschi 8,13, con una discreta variabilità regionale; in modo particolare la tendenza si inverte in Puglia, Basilicata Calabria e Sicilia dove l'aspettativa libera da disabilità è superiore per i maschi.

Grafico 1
Speranza di vita libera da disabilità a 75 anni per regione e sesso. Anno 2004-2005.



Fonte: Indagine “*Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*” (ISTAT, 2004-2005).

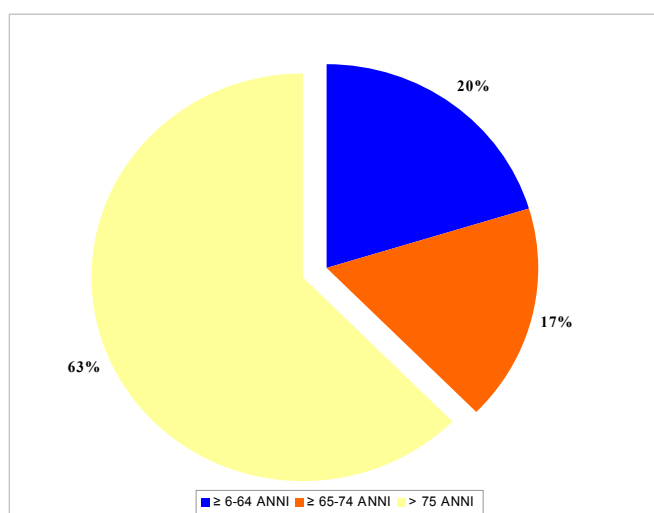
⁶ V. AGENAS, *Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle Regioni italiane*, in www.agenas.it, 23 giugno 2009.

Le persone con disabilità sono 2 milioni 600 mila di cui l'80% hanno un'età superiore a 65 anni (**grafico 2**).

L'indagine multiscopo dell'ISTAT ha rilevato che sebbene in Italia aumenti l'invecchiamento della popolazione e siano 2 milioni gli anziani con disabilità, analizzando il tasso standardizzato per età, la disabilità risulta significativamente in declino (4,7%) rispetto a 10 anni fa (5,7%) anche tra la popolazione anziana (18,8% contro 21,7%). La disabilità è più diffusa tra le donne (6,1% contro 3,3% degli uomini). Le persone confinate nell'abitazione sono 1 milione 130 mila (2,1%); tra le persone anziane tale percentuale raggiunge l'8,7%. Il 3,0% della popolazione di 6 anni e più presenta invece limitazioni nello svolgimento delle indispensabili attività di cura personali.

Grafico 2

Distribuzione della disabilità in ITALIA per macro fasce di età. Anno 2004-2005



Fonte: Indagine “*Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*” (ISTAT, 2004-2005).

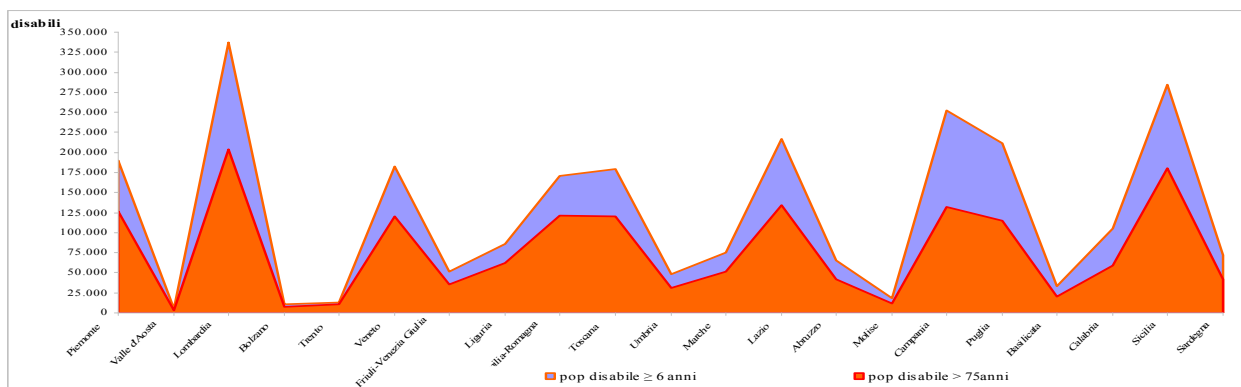
Sulla base di quanto emerso sempre dall'Indagine ISTAT, il Sud e le Isole presentano tassi più elevati per le patologie croniche “gravi” e la disabilità. Si supera la percentuale del 14% dei cronici gravi contro il 12,4% del Nord-ovest e il 12,6% del Nord-est.

Per la disabilità nelle Isole si arriva al 6,2% e nel Sud al 5,8% contro il 4,1% del Nord-ovest e il 4,0% del Nord-est. Particolarmente critica la situazione delle donne anziane nel Sud, tra le quali la percentuale di disabili sfiora il 30% contro il 19,5% delle coetanee nel Nord Italia.

La disabilità degli ultrasessantacinquenni in tutte le regioni è prevalente rispetto alle altre fasce di età e rappresenta il 2,73% della popolazione italiana, con la Sicilia, Molise, Umbria, Liguria e Toscana che hanno valori superiori alla media nazionale. (**grafico 3**).

Grafico 3

Distribuzione della disabilità per regione e macro fascia di età. Anno 2004-2005



Fonte: Indagine “*Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*” (ISTAT, 2004-2005).

III. LA DISABILITÀ E LE NORME

L'individuazione di un soggetto che vive in condizioni di disabilità è ancora oggi problematica; la definizione stessa di disabilità cambia a seconda della rilevazione statistica e di chi la effettua e spesso si usano in modo impreciso termini come *non autosufficiente*, *disabile*, *portatore di handicap*, *invalido* e *inabile*.

Nell'ambito del diritto, ad esempio, la tutela assistenziale del cittadino disabile si realizza *in primis* con l'istituto dell'*invalidità civile* che, creato nel nostro Paese negli anni Sessanta ed inizialmente orientato al collocamento mirato al lavoro di soggetti impossibilitati a lavorare per malattia (art. 38 della Costituzione), si è nel tempo trasformato in un sistema che viene attivato per l'erogazione di indennità di natura economica anche per la tutela dei soggetti anziani ultra sessantacinquenni o dei minorenni.

La definizione giuridica di "invalidità civile" si riconduce alla legge 30 marzo 1971, n. 118 "*Conversione in legge del decreto legge 30 gennaio 1971, n. 5 e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili*"⁷ e riguarda le persone affette da minorazioni congenite o acquisite che comportino una limitazione della capacità lavorativa permanente non inferiore ad un terzo ⁸.

⁷ La legge n. 118 del 1971 (pubb. in G.U. 2 aprile 1971, n. 82), modificata dal decreto legislativo n. 509/1988, definisce invalidi civili, all'art. 2 "i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie, di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali che abbiano subito una diminuzione della capacità lavorativa non inferiore ad un terzo o, se minori di 18 anni, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Ai soli fini dell'assistenza socio-sanitaria e della concessione della indennità di accompagnamento, si considerano *mutilati ed invalidi i soggetti ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età*". Una menomazione può dar luogo a un solo riconoscimento d'invalidità. Infatti, l'art. 2 della legge n. 118/1971, precisa che sono esclusi dal concetto di invalidi civili, gli invalidi per cause di guerra, di lavoro, di servizio, nonché i ciechi e i sordomuti per i quali provvedono altre leggi.

La *disabilità visiva* viene definita, con la legge 9 agosto 1954, n. 632 (pubb. in G.U. 16 agosto 1954, n. 186) e successive modificazioni, in modo descrittivo ma comunque codificato: cieco assoluto e cieco con residuo visivo non superiore ad un ventesimo in entrambi gli occhi. La legge 3 aprile 2001, n. 138 "*Classificazione e quantificazione delle minorazioni visive e norme in materia di accertamenti oculistici*" (pubb. in G.U. 21 aprile 2001, n. 93) ha indicato una nuova classificazione delle disabilità visive: ciechi totali, parziali, ipovedenti gravi, medio-gravi e lievi. La nuova classificazione, comunque, è di natura tecnico-scientifica e non modifica la vigente normativa in materia di prestazioni economiche e sociali in campo assistenziale. Viene, invece, considerata sordomuta la persona affetta da disabilità sensoriale dell'udito, da sordità congenita o acquisita durante l'età evolutiva che gli abbia impedito il normale apprendimento del linguaggio parlato, purché la sordità non sia di natura esclusivamente psichica o dipendente da causa di guerra, di lavoro o di servizio (legge 3 aprile 2001, n. 138, art. 1).

⁸ Le principali norme integrative della legge n. 118/1971 che disciplinano gli interventi assistenziali in favore degli invalidi civili sono:

- la legge 11 febbraio 1980, n. 18 "*Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili*" (pubb. in G.U. 14 febbraio 1980, n. 44);
- il decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509 "*Norme per la revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti, nonché dei benefici previsti dalla legislazione vigente per le medesime categorie, ai sensi dell'articolo 2, comma 1, della legge 26 luglio 1988, numero 291*" (pubb. in G.U. 26 novembre 1988, n. 278);
- la legge 15 ottobre 1990, n. 295 "*Modifiche ed integrazioni all'articolo 3 del decreto legge 30 maggio 1988, n. 173, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 luglio 1988, n. 291, e successive modificazioni, in materia di revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti*" (pubb. in G.U. 20 ottobre 1990, n. 246);

La norma individua il soggetto invalido unicamente in relazione alle caratteristiche fisiche, intellettive e sensoriali della persona che possono limitare le capacità lavorative; un concetto che, se è utile per la concessione di benefici di natura economica, sanitaria e previdenziale, è sicuramente riduttivo e incapace di rappresentare i diversi bisogni della persona.

Il cosiddetto “*sistema tabellare*” utilizzato per l’accertamento delle percentuali di invalidità civile, fissate con DM 25 febbraio 1992 e successive modificazioni, ha recepito, seppure in forma limitata, alcune indicazioni elaborate dall’OMS nell’ambito della classificazione internazionale delle menomazioni “*Classificazione Internazionale delle menomazioni, delle disabilità e degli handicap*” (ICIDH-1, 1980)⁹; tuttavia, il sistema rimane legato all’analisi e alla misurazione

-
- la legge 11 ottobre 1990, n. 289 “*Modifiche alla disciplina delle indennità di accompagnamento di cui alla legge 21 novembre 1988, n. 508, recante norme integrative in materia di assistenza economica agli invalidi civili, ai ciechi civili ed ai sordomuti e istituzione di un’indennità di frequenza per i minori invalidi*” (pubb. in G.U. 17 ottobre 1990, n. 243).

⁹ A partire dalla seconda metà del secolo scorso l’OMS ha elaborato differenti strumenti di classificazione inerenti l’osservazione e l’analisi delle patologie organiche, psichiche e comportamentali delle popolazioni, al fine di migliorare la qualità della diagnosi di tali patologie.

La prima classificazione elaborata dall’OMS: “*Classificazione Internazionale delle malattie*” (ICD, 1970) risponde all’esigenza di cogliere la causa delle patologie, fornendo per ogni sindrome e disturbo una descrizione delle principali caratteristiche cliniche ed indicazioni diagnostiche.

L’ICD si delinea quindi come una classificazione causale, focalizzando l’attenzione sull’aspetto eziologico della patologia. Le diagnosi delle malattie vengono tradotte in codici numerici che rendono possibile la memorizzazione, la ricerca e l’analisi dei dati (eziologia – patologia – manifestazione clinica). L’ICD rivela ben presto vari limiti di applicazione e ciò induce l’OMS ad elaborare un nuovo manuale di classificazione, in grado di focalizzare l’attenzione non solo sulla causa delle patologie, ma anche sulle loro conseguenze: “*Classificazione Internazionale delle menomazioni, delle disabilità e degli handicap*” (ICIDH-1, 1980).

L’ICIDH non coglie la causa della patologia, ma l’importanza e l’influenza che il contesto ambientale esercita sullo stato di salute delle popolazioni. Con l’ICIDH non si parte più dal concetto di malattia inteso come menomazione, ma dal concetto di salute, inteso come benessere fisico, mentale, relazionale e sociale che riguarda l’individuo, la sua globalità e l’interazione con l’ambiente.

L’OMS dichiara l’importanza di utilizzare l’ICD e l’ICIDH in modo complementare, favorendo l’analisi e la comprensione delle condizioni di salute dell’individuo in una prospettiva più ampia, in quanto i dati eziologici vengono integrati dall’analisi dell’impatto che quella patologia può avere sull’individuo e sul contesto ambientale in cui è inserito.

L’ICIDH è caratterizzato da tre componenti fondamentali, attraverso le quali vengono analizzate e valutate le conseguenze delle malattie:

- la menomazione come danno organico e/o funzionale;
- la disabilità, come perdita di capacità operative subentrante nella persona a causa della menomazione;
- svantaggio (handicap), come difficoltà che l’individuo incontra nell’ambiente circostante a causa della menomazione.

La presenza di limiti concettuali insiti nella classificazione ICIDH ha portato l’OMS ad elaborare un ulteriore strumento: “*Classificazione Internazionale del funzionamento e della disabilità*” (ICIDH-2, 1999), che rappresenta l’embrione del modello concettuale che sarà sviluppato nell’ultima classificazione dell’OMS: “*Classificazione Internazionale del funzionamento, disabilità e salute*” (ICF, 2001).

L’ICF, a differenza della precedente classificazione non è una classificazione delle conseguenze delle malattie, ma delle componenti della salute. In particolare, nel primo tipo di classificazione l’attenzione viene posta sulle conseguenze, cioè sull’impatto delle malattie o di altre condizioni di salute che ne possono derivare, mentre nel secondo tipo si identificano gli elementi costitutivi della salute. In tal senso l’ICF non riguarda solo le persone con disabilità, ma tutte le persone proprio perché fornisce informazioni che descrivono il funzionamento umano e le sue restrizioni.

Per approfondimenti si rinvia a: OMS, Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali (ICD-10), Milano, Masson, 1992; OMS, Classificazione Internazionale delle menomazioni, disabilità e degli handicap (ICIDH), Cles, 1980; OMS, Classificazione Internazionale del Funzionamento, delle Disabilità e della Salute (ICF), Trento, Erickson, 2001.

percentuale di ciascuna menomazione anatomo-funzionale e dei suoi riflessi negativi sulla capacità lavorativa. Molte infermità non sono tabellate ma, in ragione della loro natura e gravità, è possibile valutarne il danno con criterio analogico rispetto a quelle tabellate.

Si ricorda, per completezza, quali sono le categorie di soggetti aventi titolo al riconoscimento dell'invalidità civile:

- soggetti in età lavorativa (tra i 18 e i 65 anni), cioè coloro che risultano affetti da minorazioni congenite o acquisite che producano una riduzione della capacità lavorativa in misura superiore ad 1/3 (la percentuale di invalidità è superiore al 33%)¹⁰;
- soggetti minorenni, cioè coloro che presentano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni della loro età, ovvero i soggetti affetti da un'ipoacusia con perdita uditiva superiore ai 60 decibel nell'orecchio migliore nelle frequenze di 500, 1000 e 2000 hertz;
- soggetti anziani (ultra sessantacinquenni), cioè coloro che presentano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età;
- soggetti in tutte le fasce di età, cioè coloro che si trovino nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore e/o nell'impossibilità di compiere autonomamente gli atti quotidiani della vita così da rendere necessaria un'assistenza personale continuativa.

Il riconoscimento avviene da parte di una commissione medica competente presso l'ASL del territorio di residenza del richiedente.

L'articolazione delle valutazioni può essere:

- non invalido (riduzione della capacità lavorativa ad 1/3);
- invalido (riduzione permanente della capacità lavorativa superiore ad 1/3), la percentuale di invalidità è superiore al 33%;
- invalido (riduzione permanente della capacità lavorativa superiore a 2/3), la percentuale di invalidità è superiore al 66%;
- invalido (totale e permanente inabilità lavorativa) e con impossibilità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore, la percentuale di invalidità è pari al 100%;
- invalido (totale e permanente inabilità lavorativa) e con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, la percentuale di invalidità è pari al 100%.

¹⁰ La riduzione della capacità lavorativa si valuta secondo i criteri previsti dalle norme di legge che disciplinano la materia e dalle Tabelle indicative delle percentuali di invalidità di cui al Decreto del Ministero della Sanità del 25 febbraio 1992 *"Approvazione della nuova tabella indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti"* (pubb. in G.U. 26 febbraio 1992, n. 47, S.O.), e s.m.i..

Ai soggetti riconosciuti invalidi civili vengono destinati:

- benefici di natura economica (assegno di invalidità, pensione di inabilità, indennità mensile di frequenza per i minori ed indennità di accompagnamento);
- benefici di natura socio-assistenziale (assistenza protesica, collocamento mirato al lavoro ed esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria “esenzione ticket” per le prestazioni di diagnostica clinica e di diagnostica strumentale)¹¹.

Meno pertinente, ai fini del presente lavoro, è l’istituto dell’*inabilità* che, a seguito di una lunga evoluzione giuridica, che passa da una prima definizione nel 1919 a quella vigente, di cui alla legge 12 giugno 1984, n. 222 “*Revisione della disciplina della invalidità pensionabile*”¹².

Nello specifico: nell’art. 1 si considera invalido ai fini del conseguimento del diritto ad assegno nell’assicurazione obbligatoria per l’invalidità ... l’assicurato la cui capacità di lavoro, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, sia ridotta in modo permanente a causa di infermità o difetto fisico o mentale a meno di un terzo; nell’art. 2 si considera inabile ai fini del conseguimento del diritto a pensione ... l’assicurato o il titolare di assegno d’invalidità con decorrenza successiva alla data di entrata in vigore della presente legge il quale, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, si trovi nell’assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa¹³.

In realtà, la tutela assistenziale del cittadino disabile non si realizza soltanto attraverso l’istituto dell’invalidità civile come sopra descritto, della cecità o del sordomutismo, ma anche attraverso normative diverse.

¹¹ I benefici che vengono riconosciuti agli invalidi civili dipendono dalla percentuale di invalidità civile riconosciuta:

- percentuale di invalidità tra il 34% e il 45%: diritto ad ottenere protesi e ausili dall’ASL;
- percentuale tra il 46% e il 66%: diritto ad ottenere protesi, ausili ed iscrizione al collocamento obbligatorio;
- percentuale di invalidità tra il 67% e il 73%: diritto ad ottenere protesi, ausili, iscrizione al collocamento obbligatorio e all’esenzione del *ticket* sanitario, escluse le quote fisse per ricette;
- percentuale di invalidità tra il 74% e il 99%: diritto ad ottenere protesi, ausili, iscrizione al collocamento obbligatorio, all’esenzione del *ticket* sanitario, escluse le quote fisse per ricetta, requisito sanitario per l’assegno mensile di invalidità;
- percentuale di invalidità al 100%: diritto ad ottenere protesi, ausili, iscrizione al collocamento obbligatorio, all’esenzione totale del pagamento *ticket*, requisito sanitario per la pensione di inabilità;
- percentuale di invalidità al 100% con impossibilità di deambulare senza l’aiuto permanente di un accompagnatore o di compiere gli atti quotidiani della vita: diritto ad ottenere protesi, ausili, iscrizione al collocamento obbligatorio, esenzione totale del *ticket*, requisito sanitario per percepire sia la pensione di inabilità che l’indennità di accompagnamento.

¹² Pubbl. in G.U. 16 giugno 1984, n. 165.

¹³ La disciplina di cui alla legge del 1984, rispetto alla precedente (art. 10 r.d.l. n. 636/1939), richiede quale requisito fondamentale per l’esistenza dello stato d’invalidità pensionabile dell’assicurato, la riduzione della capacità di lavoro “in occupazioni confacenti alle sue attitudini”, mentre la disciplina precedente richiedeva la riduzione della capacità di guadagno. In estrema sintesi, le cause invalidanti devono essere il risultato di un’infermità o di un difetto fisico o mentale “dovendosi intendere per infermità un processo morboso in evoluzione, mentre per difetto fisico una menomazione statica o dagli esiti di un processo morboso clinicamente concluso”. Rispetto al precedente criterio della capacità di guadagno è, pertanto, ora escluso ogni riferimento a fattori socio-economici e al mercato del lavoro; il nuovo criterio delle “confacenti attitudini”, comporta comunque l’adozione di un giudizio medico-legale necessariamente individualizzato. Il danno psico-fisico, infatti, deve essere valutato e considerato insieme ad altri aspetti della personalità del soggetto assicurato, quali, l’età, il sesso, le attitudini, la cultura, la capacità professionale, la possibilità di riqualificazione e reimpiego in una diversa attività da quelle esplicitate prima dell’insorgenza dell’invalidità.

Un nuovo concetto di assistenza alle persone disabili è stato introdotto dalla legge 5 febbraio 1992, n. 104 *“Legge-quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”*¹⁴ il quale fa riferimento alla capacità della persona di espletare autonomamente (anche se con ausili) le attività fondamentali della vita quotidiana. In particolare l’art. 3, co. 1, fornisce la seguente definizione: *“È persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione”*. Inoltre, al co. 3, chiarisce il concetto di *handicap* grave *“Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l’autonomia personale, correlata all’età in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale, nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità”*.

La legge, nello specifico, si prefigge di attenuare e/o rimuovere, attraverso specifici benefici di natura assistenziale, le difficoltà che il cittadino disabile e i familiari dello stesso incontrano promuovendone, l’integrazione nella scuola, nella famiglia, nel lavoro e nella società.

La tutela assistenziale del cittadino portatore di *handicap* e quindi i benefici assistenziali previsti dalla legge n. 104/1992 sono subordinati al grado di gravità dell’*handicap* accertato. Nel caso di riconoscimento dello stato di *handicap* non grave i principali benefici sono:

- il diritto della persona assunta presso gli enti pubblici alla scelta prioritaria della sede di lavoro e alla precedenza in sede di trasferimento qualora la stessa presenti un grado di invalidità superiore ai 2/3;
- il diritto alla fornitura e alla riparazione di apparecchiature, attrezzature, protesi e sussidi tecnici necessari ad abbattere o ridurre specifici bisogni;
- il diritto di accedere alle agevolazioni fiscali previste dalle vigenti normative;
- il diritto a tempi aggiuntivi nelle prove concorsuali.

Nel caso di riconoscimento dello stato di *handicap* in situazione di gravità i principali benefici sono rivolti:

- al soggetto lavoratore che potrà chiedere, direttamente per sé di fruire di permessi lavorativi retribuiti e di scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e di non essere trasferito senza il suo consenso in altra sede e di accedere al servizio di trasporto qualora sia contestualmente accertata la grave limitazione della sua autonomia deambulatoria;

¹⁴ Pubb. in G.U. 17 febbraio 1992, n. 39, S.O.

- ai soggetti con un rapporto di lavoro pubblico o privato per prestare la necessaria assistenza ad altri: nel caso di figli minori di tre anni, è previsto, per i genitori, il prolungamento fino a tre anni del periodo di astensione facoltativa dal lavoro o la possibilità di fruire di due ore di permesso giornaliero lavorativo retribuito fino al compimento del terzo anno di vita del bambino; nel caso di figli o familiari di età superiore ai tre anni è prevista, per i genitori o per i parenti o affini che li assistano con continuità ed esclusività, la possibilità di fruire di tre giorni di permesso mensile anche in maniera continuativa purché la persona da assistere non sia ricoverata a tempo pieno nonché la possibilità di scegliere, da parte del lavoratore che assista con continuità un soggetto handicappato, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e di non essere trasferito senza il suo consenso in altra sede.

Come precedentemente anticipato la definizione di disabilità non è universale, ma cambia a seconda della rilevazione statistica e di chi la effettua.

Anche l'ISTAT, nell'indagine multiscopo 1999-2000, adotta la definizione di disabilità proposta dall'OMS, inizialmente con riferimento alla "*Classificazione Internazionale delle menomazioni, disabilità e handicap*" (ICIDH-1, 1980)¹⁵.

Il punto focale della classificazione OMS del 1980 è la sequenza di definizioni che porta dalla menomazione all'handicap:

- *la menomazione (impairment)* è il danno biologico che una persona riporta a seguito di una malattia (congenita o meno) o di un incidente;
- *la disabilità (disability)* è l'incapacità di una persona di svolgere le normali attività della vita quotidiana a seguito della menomazione;
- *l'handicap* è lo svantaggio sociale che deriva dall'avere una disabilità.

Più di recente l'ISTAT fa riferimento alla nuova classificazione dell'OMS la "*Classificazione Internazionale del funzionamento e delle disabilità*" (ICF, 2001) che definisce non autosufficienti le persone con disabilità fisica, psichica, sensoriale, relazionale accertata attraverso l'adozione di criteri uniformi su tutto il territorio nazionale.

L'analisi condotta sugli strumenti di classificazione della disabilità, proposti nel 2001 dall'OMS con l'ICF ha, infatti, evidenziato l'esigenza di integrare la dimensione sanitaria e quella sociale nella definizione e valutazione della salute e della disabilità.

Diversamente dal sistema di classificazione ICIDH-1 che considera la disabilità come la conseguenza di una menomazione strutturale o funzionale al livello corporeo, l'ICF definisce la disabilità come risultato di una complessa relazione tra salute, fattori personali e ambientali.

¹⁵ Si fa riferimento all' *Indagine multiscopo 1999-2000*, ISTAT, 2001.

La nuova classificazione dell'OMS pone l'attenzione sui funzionamenti degli individui al livello del corpo, delle attività e della partecipazione. La valutazione, quindi, non si limita alle capacità corporee, ma anche a quei fattori di contesto (ambientale e personale) che limitano o favoriscono le capacità di funzionamento a livello individuale.

Tale definizione, assumendo i fattori di disuguaglianza all'interno degli strumenti di misurazione della non autosufficienza, ha una forte implicazione nel sistema di rilevazione dei bisogni e quindi nella stessa programmazione dei servizi.

La *non autosufficienza* è un concetto ancora meno definito, che assume ora una valenza ampia, identificabile come *“la condizione bio-psicosociale conseguente a disabilità – di natura mentale, fisica e/o sensoriale – che induce nell’individuo uno stato di dipendenza da terzi permanente nello svolgimento di una o più funzioni, essenziali e ricorrenti, della vita quotidiana, dipendenza che non è influenzata dalla presenza di eventuali protesi o ausili in uso”*¹⁶.

La Corte di Cassazione, nella sentenza 11 settembre 2003, n. 13362 fa riferimento ad alcune caratteristiche essenziali della non autosufficienza: la natura permanente dell'aiuto fornito dall'accompagnatore, la natura quotidiana degli atti che il soggetto non è in grado di svolgere autonomamente, la natura continua del bisogno di assistenza.

La valutazione della non autosufficienza è, infatti, un punto critico per la definizione di interventi equi e appropriati soprattutto all'interno di un sistema di *Welfare* caratterizzato da una significativa asimmetria tra il modello incompleto dell'assistenza sociale e quello sanitario.

Sul dato relativo ai destinatari delle prestazioni *long term care* (prestazioni di lunga durata a carattere sociosanitario) la sola indagine disponibile ad oggi è quella elaborata dall'ISTAT nel 1999 con un aggiornamento parziale al 2005¹⁷, che si basa su di un questionario, proposto da un gruppo di lavoro dell'OCSE su raccomandazioni dell'OMS.

Il contenuto del questionario, elaborato con l'indagine multiscopo del 1999-2000, propone l'individuazione di tre funzioni fondamentali per definire la disabilità¹⁸:

- le funzioni della vita quotidiana, che comprende le attività di cura della persona (lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc.);

¹⁶ DE RUGGERI M.A. - SALZA M.C. - SELLI E. - CERVELLI S., *Verso una definizione della non autosufficienza nell'anziano*, in *Geriatrics*, 2/2007, pagg. 71-72; RAPPORTO 2009 su *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, pag. 10.

¹⁷ Per approfondimenti, si rinvia ai risultati dell'*Indagine sui presidi residenziali e socio-assistenziali al 31 dicembre 2005*, Roma, ISTAT, 2008.

¹⁸ Per ulteriori approfondimenti, si rinvia all'*Indagine multiscopo 1999-2000*, Roma, ISTAT, 2001 ed all'*Indagine multiscopo sulle “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”*, Roma, ISTAT, 2005.

- le funzioni della mobilità e della locomozione (camminare, salire e scendere le scale, ecc.) che possono definirsi una sorta di confinamento dell'individuo in un letto o in una sedia o in una abitazione;
- le funzioni della comunicazione comprensive della parola, della vista e dell'udito.

Per quanto riguarda, infine, il sistema di protezione della non autosufficienza nel nostro Paese esso si basa sostanzialmente su tre tipi di intervento:

- forme di assistenza domiciliare o residenziale di tipo sociale;
- forme di assistenza domiciliare o residenziale di tipo sociosanitario;
- forme di sussidio monetari.

Per i sussidi va ricordato che il principale intervento nell'area della non autosufficienza rimane l'indennità di accompagnamento.

L'istituzione dell'indennità di accompagnamento fa riferimento alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 *“Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili”*¹⁹.

In realtà, la prima idea di tale strumento risale al periodo a cavallo tra la fine degli anni Sessanta e i primi anni Settanta.

La legge 28 marzo 1968, n. 406 *“Norme per la concessione di una indennità di accompagnamento ai ciechi assoluti assistiti dall'Opera nazionale ciechi civili”*²⁰ introduce per la categoria specifica di invalidi (ciechi) una integrazione mensile della pensione stessa, definita indennità di accompagnamento.

Alla legge n. 406/1968 fa seguito la legge n. 118/1971 che definisce il concetto di invalidità civile. La legge n. 18/1980 riprende, in realtà, alcuni cardini delle leggi n. 406/1968 e n. 118/1971, prevedendo un'indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili²¹.

Nello specifico, tale norma stabilisce:

- una provvidenza economica mensile (indennità di accompagnamento) riconosciuta dallo Stato;
- riservata ai mutilati ed invalidi civili totalmente inabili per affezioni fisiche o psichiche sulla base delle definizioni della legge n. 118/1971 (di cui sopra);
- riservata agli invalidi civili che si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un'assistenza continua;

¹⁹ Pubbl. in G.U. 14 febbraio 1980, n. 44.

²⁰ Pubbl. in G.U. 17 aprile 1968, n. 98.

²¹ Per approfondimenti, cfr. Corte di Cassazione sentenze 14 giugno 2001, n. 8009 e 4 dicembre 2001, n. 15303, nonché la sentenza n. 13362/2003.

- tale indennità è a totale carico dello Stato ed è dovuta per il solo titolo della minorazione, indipendentemente dal reddito del beneficiario o del suo nucleo familiare.

Tale provvidenza è stata quindi pensata come un contributo forfettario per il rimborso delle spese conseguenti alla situazione di invalidità ed è assicurata sulla sola base del bisogno a prescindere da altre condizioni socioeconomiche del beneficiario.

Da tali considerazioni si può ipotizzare che l'indennità di accompagnamento, nel momento in cui è stata introdotta, sia stata fundamentalmente pensata e promossa all'interno di un dibattito concernente la disabilità e l'*handicap* dei minori e degli adulti più che degli anziani che allora non era ancora considerata una priorità sociosanitaria²².

Tale normativa, quindi, si viene a collocare all'interno della legislazione sull'*handicap* elaborata nei decenni precedenti la legge quadro n. 104/1992, ma nel corso di un ventennio l'istituto dell'indennità di accompagnamento ha progressivamente mutato il proprio *target*, sia in termini qualitativi (da strumento destinato alla disabilità dei giovani e degli adulti a strumento rivolto alla non autosufficienza in generale, ed in particolare delle persone anziane) che quantitativi (da strumento ipotizzato in buona parte per un numero relativamente contenuto di potenziali beneficiari, i disabili in genere non anziani, a strumento universalistico per un'utenza in crescita, gli anziani non autosufficienti).

In Italia, secondo gli ultimi dati resi disponibili dell'ISTAT, si registrano ad oggi circa 2.600.000 persone non autosufficienti²³, ossia di persone che riferiscono una totale mancanza di autonomia per almeno una delle funzioni essenziali che permettono di condurre una vita quotidiana normale.

La legge 8 novembre 2000, n. 328 "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*"²⁴ ha individuato, all'art. 22, gli ambiti di intervento che costituiscono i Livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS). Tuttavia, una più puntuale e stringente definizione dei LIVEAS costituisce un atto indispensabile, ed ancora mancante, per avviare un

²² L'analisi degli Atti parlamentari relativi alla discussione e all'adozione della legge n. 18/1980 conferma l'ipotesi che lo strumento dell'indennità è stato pensato innanzitutto per disabili minori, giovani e adulti. Le persone anziane non autosufficienti rientrano solo parzialmente nell'impostazione, anche perché l'atmosfera socioculturale in cui matura questa legge è caratterizzata da una limitata centralità della questione dell'invecchiamento e della non autosufficienza fra gli anziani, visti sia i caratteri demografici della società italiana di allora sia la focalizzazione nel campo del *welfare* della tematica anziani con quella dei regimi pensionistici e da una limitata presenza di organizzazioni dedicate a rivendicare non tanto i bisogni generali degli anziani quanto specificamente quelli di tipo socio assistenziale e sociosanitario. Pertanto, anche se la legge istitutiva dell'indennità è stata innanzitutto pensata per i disabili un suo effetto non previsto è stato il trasformare questo intervento in uno strumento di *policy* che essenzialmente ha come *target* un numero crescente di anziani non autosufficienti; cfr. PAVOLINI E., *Regioni e politiche sociali per gli anziani. Le sfide della non autosufficienza*, Roma, Carocci, 2004, pag. 66 e ss.

²³ Cfr. SEBASTIANI G. - IANNUCCI L. - VANNONI F., *Disabilità e non autosufficienza*, in *Approfondimenti sull'Indagine multiscopo Istat salute 2005*, Supplemento al Monitor 2008, 22, pag. 126 e ss.

²⁴ Pubbl. in G.U. 13 novembre 2000, n. 265, S.O.

processo che garantisca un livello di prestazioni assistenziali e, quindi, di cittadinanza sociale uniforme in tutto il Paese, superando i gravi squilibri ad oggi esistenti.

In questo modo, analogamente ai Livelli essenziali di assistenza sanitari (LEA) che fissano le prestazioni sanitarie che devono essere incluse nel Servizio sanitario nazionale, la qualità e la quantità dei servizi sociali non dipenderà più dalla maggiore o minore efficienza e ricchezza dell'ente locale: Regione, Comune, ASL.

Perché questo sia possibile, però, deve essere istituita una forma di finanziamento autonoma: il Fondo per la non autosufficienza, a carattere nazionale, che permetta di ripartire annualmente alle Regioni, sulla base dei dati relativi alla popolazione non autosufficiente ivi residente, nonché altri di indicatori demografici e socio economici, le risorse (art. 15, legge n. 328/2000). Tale Fondo garantirebbe, per le persone non autosufficienti, i livelli essenziali, e non avrebbe una funzione sostitutiva delle prestazioni sanitarie.

L'istituzione di un Fondo nazionale per la non autosufficienza contribuisce a rafforzare il carattere universalistico del sistema e favorisce l'omogeneità dei diritti esigibili attraverso due strumenti fondamentali:

- la definizione di regole uniformi per l'accesso a servizi predefiniti, in ragione delle caratteristiche dei soggetti non autosufficienti;
- l'istituzione di un *pool* comune di risorse finanziarie cui concorrono risorse pubbliche (nazionali, regionali e comunali) ed eventualmente anche private da destinare specificamente al tema della non autosufficienza e da ripartire con criteri equitativi e obiettivi redistributivi fra ambiti territoriali definiti, tenendo conto del fabbisogno, delle differenze nei livelli di offerta e nelle capacità fiscali dei comuni interessati.

IV. LE POLITICHE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (N.A.) – SPUNTI SULLE PROPOSTE DI LEGGE E SUI FONDI INTEGRATIVI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

È ormai ben presente, nella programmazione nazionale e regionale, l'esigenza di affrontare il tema della non autosufficienza, che è una grande priorità del Paese, con misure non solo contingenti, ma tramite la definizione di un vero e proprio *“sistema di protezione e assistenza globale”*.

Questa esigenza, non più procrastinabile, si scontra con le difficoltà dell'attuale congiuntura economica, che richiede il contenimento della spesa pubblica in tutti i Paesi.

Va rilevato che, negli anni, in Italia sono stati presentati numerosi disegni di legge per la definizione di un Fondo per la non autosufficienza, considerato come elemento determinante di un più ampio sistema di prevenzione e protezione sociale. Nell'anno 2003 si era pervenuti ad un disegno di legge nazionale unitario, che accorpava ben 4 proposte rappresentative dei diversi Gruppi parlamentari; in seguito vi sono stati ulteriori tentativi, tra cui il disegno di legge della scorsa legislatura (Atto n. 3284, presentato alla Camera il 3 dicembre 2007). Quest'ultimo disegno di legge (cosiddetto DDL Ferrero, dall'allora Ministro della Solidarietà sociale proponente) delegava il Governo ad emanare uno o più decreti legislativi che dovevano fornire:

- definizione dei criteri e delle modalità di accertamento e valutazione della condizione di non autosufficienza, attraverso la definizione della condizione di non autosufficienza con riferimento alla perdita permanente, totale o parziale, delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali, da qualsiasi ragione determinata, con conseguente incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto rilevante di altre persone;
- definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria da garantire, ai sensi dell'art. 117, co. 2, lett. m) Cost., alle persone non autosufficienti, con l'obiettivo di favorire la loro permanenza all'interno del proprio domicilio o del nucleo familiare;
- definizione delle modalità di attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e dei criteri di riparto del Fondo per le non autosufficienze di cui all'art. 1, co. 1264 della l. n. 296/2006 ²⁵.

²⁵ Il “disegno di legge recante norme relative alle persone non autosufficienti, alle politiche sociali e alla famiglia” (A.C. n. 3284 XV legislatura) si poneva l'obiettivo di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni in favore delle persone non autosufficienti. All'art. 1 delegava il Governo ad adottare uno o più decreti legislativi per

Tuttavia nessuna proposta di legge è mai pervenuta all'approvazione definitiva. Interessante evidenziare che i disegni di legge presentavano diversi aspetti in comune, tra cui le finalità generali di equità ed universalità delle garanzie sul territorio, la necessità di finanziare il Fondo tramite un sistema obbligatorio (la fiscalità generale ovvero un'assicurazione pubblica obbligatoria), evitando l'ipotesi di un Fondo assicurativo volontario per gli evidenti problemi di equità che lo stesso comporterebbe. Malgrado questi punti in comune, rimanevano controversi molti aspetti cruciali, quali: le forme e l'entità di contribuzione del Fondo, il soggetto gestore e le modalità di funzionamento. Più facilmente risolvibili rimanevano altri aspetti, quali i destinatari (definizione dei soggetti non autosufficienti e relative scale di misurazione) e gli interventi compresi nel Fondo, che per lo più riguardavano interventi economici (assegno di cura, quota sociale a carico dell'utente in caso di ricovero in una residenza protetta) ma anche interventi e servizi integrativi di quelli garantiti dai Livelli essenziali di assistenza.

Nella fase attuale, l'obiettivo rimane quello di definire una strategia unitaria di *long term care*, allo scopo di:

- facilitare la permanenza della persona non autosufficiente all'interno del nucleo familiare o del tessuto sociale, sostenendo realmente le famiglie. A tal fine vanno ridefinite le finalità e le modalità dell'intervento pubblico, che deve superare l'attuale ruolo di residualità e assumere nuove responsabilità di garanzia, sostegno economico, supporto operativo e professionale, nonché di controllo;
- attivare interventi volti alla prevenzione della disabilità e della non autosufficienza, con particolare attenzione alla presenza di condizioni di fragilità²⁶;
- rimuovere le cause che possono concorrere all'emarginazione delle persone fragili e non autosufficienti;
- favorire l'accesso alla rete dei servizi, con particolare riguardo agli interventi alla persona, all'assistenza domiciliare, all'assistenza diurna e, quando necessario, all'assistenza residenziale;
- sostenere e sviluppare iniziative di solidarietà.

definire un sistema di protezione sociale e di cura per le persone non autosufficienti sulla base dei principi generali di universalità nell'accesso alle prestazioni, di integrazione alle politiche sociali e sanitarie, di presa in carico attraverso una progettualità personalizzata e partecipata, di sostegno alla scelta della persona non autosufficiente di poter rimanere nel suo domicilio, di coinvolgimento delle comunità locali e della società civile nella definizione, attuazione e valutazione degli interventi. I decreti delegati dovevano assicurare che le finalità del disegno di legge fossero conseguite in armonia con i principi di cui al d.lgs. n. 502/1992 ed alla legge n. 328/2000. Tale disegno di legge di iniziativa governativa, presentato alla Camera in data 3 dicembre 2007, è in seguito decaduto per la fine della Legislatura.

²⁶ In questo senso si pone anche l'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2009 che, al punto 7, inserisce tra gli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale per l'anno 2009, "*l'attività motoria per le malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano*". Lo stesso Accordo prevede, al punto 2, la riorganizzazione dei percorsi di cura per le persone non autosufficienti.

Questa strategia mira a raccogliere la sfida sostenuta dall'OMS e della Comunità Europea²⁷, di assicurare l'accesso all'assistenza per tutti, un elevato grado di qualità e la sostenibilità finanziaria del sistema, valorizzazione del ruolo della famiglia e della comunità nell'ambito delle politiche di *long term care*.

Sul tema si innesta anche il problema del finanziamento ed in particolare le funzioni ed i limiti dell'intervento pubblico, sia in ambito sanitario sia in quello sociale. Il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 *"Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della L. 30 novembre 1998, n. 419"*²⁸, all'art. 9, aveva previsto l'attivazione di "Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale (SSN)" mirati all'erogazione di prestazioni aggiuntive e non comprese nei LEA, ovvero garantite dai LEA per la sola quota posta a carico dell'assistito, anche in relazione alle *"prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali, semiresidenziali o in forma domiciliare"*. Questi Fondi sono considerati complementari e su base volontaria rispetto al SSN, in quanto offrono una copertura su base collettiva per tutte le prestazioni escluse dal sistema pubblico o parzialmente a carico delle famiglie. Per aderire ai Fondi, l'art. 9 fissa precisi requisiti, miranti a garantire la non selezione dei rischi sanitari da coprire, la non discriminazione nei premi e la non concorrenza con il SSN; inoltre, i Fondi sono soggetti a specifici controlli statali o regionali.

Al contempo, questi Fondi sono incentivati in quanto i contributi ad essi versati costituiscono oneri deducibili dal reddito imponibile, entro un determinato importo.

La legge n. 328/2000 ha esteso l'ambito di operatività dei Fondi integrativi del SSN anche *"alle spese sostenute dall'assistito per le prestazioni sociali erogate nell'ambito di programmi assistenziali intensivi e prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio ovvero in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili"*.

L'attivazione di questi Fondi non si è mai realizzata perché si attende il regolamento di attuazione dell'art. 9, co. 6, del d.lgs. n. 229/1999 ma anche perché rimangono elementi da chiarire, rispetto alla definizione dei LEA e, quindi, dei possibili servizi integrativi, ma anche rispetto all'uniformità dell'offerta nelle diverse aree geografiche e, non ultimo, rispetto alla vigilanza sulla governance dei Fondi. Al contempo il sistema assicurativo privato in campo sanitario si sta

²⁷ RECHEL B. - DOYLE Y. - GRUNDY E. - MCKEE M., *How can health systems respond to population ageing?*, - Policy brief n.10 health systems and policy analysis, 2009; *Active Ageing. A Policy Framework*, WHO/NMH/NPH/02.8.

²⁸ Pubbl. in G. U. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.

ampliando e si stima che la popolazione assistita sia pari ad oltre 5 milioni di persone. Tuttavia, questo campo rimane ancora largamente inesplorato e da approfondire²⁹.

Secondo i dati forniti dal Centro studi investimenti sociali (CENSIS), la spesa privata per la salute nel 2007 ammonta a circa 25 miliardi di euro e tra il 1999 e il 2007 è aumentato il numero degli iscritti a Fondi sanitari integrativi (+2,3%). La stessa ricerca evidenzia come il settore della mutualità integrativa sia riuscito a ritagliarsi una posizione importante nella relazione tra cittadini e servizi sanitari, anche in considerazione del fatto che attualmente esistono prestazioni che non trovano adeguata copertura pubblica, come i servizi e le prestazioni di *long term care*; attualmente, infatti, la spesa per *long term care*, sicuramente destinata a crescere in relazione al costante invecchiamento della popolazione e all'aumento dei soggetti non autosufficienti, è coperta dai familiari che erogano attività di *care giving* per un valore economico calcolato intorno ai 4.841 milioni di euro (il 43,3% del totale delle spese per Ltc), a fronte dei 3.883 milioni di euro coperti dal SSN (il 35%)³⁰.

La legge 24 dicembre 2007, n. 244 “*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008)*”³¹ all’art.1, co. 197-199, ha unificato a 3.615,20 euro l’importo massimo di deducibilità fiscale dei contributi complessivamente versati sia ai Fondi integrativi del SSN sia a enti o casse aventi finalità esclusivamente assistenziale, stabilendo in 60 giorni l’emanazione di un decreto che ne fissi gli ambiti di intervento.

La risoluzione 391/E del 21 dicembre 2007 dell’Agenzia delle entrate prevede, in materia di deducibilità fiscale, che i contributi versati dall’impresa a un Fondo per la non autosufficienza concorrano alla formazione del reddito di lavoro dipendente e sono sottoposti a imposizione, ma sono detraibili da ciascun lavoratore nella quota del 19% (quindi pari a 1.291,14 euro).

In attuazione dell’art. 2, co. 198, della legge finanziaria 2008, è stato emanato il decreto del Ministro della Salute del 31 marzo 2008³², con il quale sono stati individuati gli “*ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dai Fondi sanitari integrativi del SSN e da enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali*”. Il decreto prevede che, a partire dall’anno 2010, gli enti, le casse e le società di mutuo soccorso dovranno attestare che almeno il

²⁹ Le ricerche sistematiche in questo campo sono ancora poche. Una prima indagine è stata condotta nel 1998 e riportata nella monografia a cura di MASTOBUONO I. - GUZZANTI E. - CICCETTI A. - MAZZEO M.C. dal titolo *Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie. Il ruolo delle forme integrative di assistenza*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1999. Un’ampia ricerca è stata condotta dall’Università degli studi di Padova negli anni 2002 e 2003 (MURARO G. - REBBA V. - MARCOMINI C., *I fondi sanitari integrativi in Italia, i risultati di un’indagine empirica – Rapporto finale*, 2004); lo studio evidenzia - tra l’altro - che solo il 13,6% dei Fondi Assicurativi sanitari riteneva di disporre dei requisiti richiesti dall’art. 9 del d.lgs. 229/1999 per i Fondi integrativi del SSN. Altre indagini sono state condotte dal CENSIS, nel 2007 e dell’AXAS, Assicurazioni e Investimenti, nel 2008.

³⁰ Ricerca *Il futuro della sanità integrativa* CENSIS, 2007.

³¹ Pubbl. in G.U. 28 dicembre 2007, n. 300, S.O.

³² Pubbl. in G.U. 18 giugno 2008, n. 141.

20% delle prestazioni erogate sia riferito a prestazioni socio-assistenziale per le persone non autosufficienti e per l'assistenza odontoiatrica.

Inoltre, il decreto istituisce, in attuazione dell'art. 9, co. 9, del d.lgs. 229/1999, un'apposita "Anagrafe dei Fondi sanitari" presso il Ministero della Salute per il monitoraggio e il controllo dell'attività dei Fondi integrativi del SSN e degli altri enti, casse e società di mutuo soccorso, rinviando ad un successivo decreto (ad oggi non emanato) la definizione delle procedure e delle modalità di funzionamento dell'anagrafe.

Su questi temi il *Libro verde sul futuro del modello sociale* del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, individua lo sviluppo della previdenza complementare come passaggio fondamentale per la riqualificazione della spesa e la modernizzazione del *Welfare*; lo sviluppo dei Fondi su base contrattuale, delle forme di mutualità, delle assicurazioni individuali o collettive, è considerata una possibile risposta alle limitate risorse pubbliche e alla domanda di accesso a maggiori servizi. Il documento propone una riflessione anche sulla reversibilità, a determinate condizioni, della scelta del lavoratore e l'eventuale portabilità di altri Fondi del contributo del datore di lavoro.

Molto più cauto è il documento successivo, il *Libro bianco sul futuro del modello sociale* approvato dal Consiglio dei Ministri il 6 maggio 2009 su proposta del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali. Non si fa più alcun riferimento ai Fondi integrativi come "secondo pilastro del Servizio sanitario nazionale", mentre propone lo sviluppo di un *Welfare* delle opportunità, basato sulla "presa in carico" della persona, indifferentemente pubblici o privati, purché garantiscano servizi di qualità per il miglioramento della vita quotidiana.

Il documento non prevede l'istituzione di un Fondo nazionale per la non autosufficienza, ma prevede la necessità di rendere sostenibile il sistema anche utilizzando una pluralità di fonti di finanziamento, pubbliche e private e valorizzando anche le esperienze di forme integrative di assicurazione che già sono avviate nell'ambito della contrattazione collettiva (tra cui *Fondi dedicati alla previdenza complementare, alla sanità integrativa e alla protezione della non autosufficienza*) in quanto tali Fondi realizzano una negoziazione o regolazione più efficiente delle relative prestazioni".

In ogni caso la normativa sui Fondi integrati ad oggi emanata non esaurisce la materia, ed occorre non solo un regolamento sulla gestione e la disciplina degli stessi, ivi compresi organismi e

modalità di vigilanza, ma anche una disciplina sugli aspetti fiscali, per armonizzarne la materia e favorire lo sviluppo di meccanismi di deducibilità e detraibilità fiscale³³.

³³ Il recente studio di GUZZANTI E. - MASTOBUONO I. - BOVA D., *Le forme integrative di assistenza sanitaria e sociosanitaria in Italia: le ragioni e l'evoluzione di un programma di interventi per il loro sviluppo*, in *Organizzazione Sanitaria*, 4/2008, contiene indicazioni e proposte operative per la ulteriore disciplina della materia.

V. IL FONDO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICIENZE

La legge 27 dicembre 2006, n. 296 “*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)*”³⁴ con l’art. 1, co. 1264 ha istituito presso il Ministero della Solidarietà sociale il Fondo nazionale per le non autosufficienze, finalizzato a garantire, su tutto il territorio nazionale, l’attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali in favore delle persone non autosufficienti, 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.

Successivamente, l’art. 2, co. 465 della legge n. 244/2007 (finanziaria 2008) dispone che l’autorizzazione di spesa di cui all’art. 1, co. 1264, della legge n. 296/2006 è incrementata di euro 100 milioni per l’anno 2008 e di euro 200 milioni per l’anno 2009 con l’obiettivo di migliorare l’assistenza ai malati non autosufficienti per i quali è necessaria un’assistenza continuativa.

Con Decreto del 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 del 12 ottobre 2007³⁵, sono state ripartite alle Regioni e alle Province Autonome, le risorse assegnate al Fondo per le non autosufficienze per l’anno 2007.

In seguito, con decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali di riparto del Fondo per le non autosufficienze per gli anni 2008-2009³⁶, le risorse assegnate al Fondo per le non autosufficienze per gli anni 2008 e 2009, pari rispettivamente ad euro 300 e 400 milioni, sono attribuite per un ammontare di euro 299 milioni nel 2008 e 399 milioni nel 2009 alle Regioni e alle Province Autonome di Trento e Bolzano. Una quota del 1%, corrispondente ad 1 milione in ciascun anno, è attribuita al Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche sociali al fine di verificare l’efficace gestione delle risorse nonché la loro destinazione.

I criteri utilizzati per il riparto per gli anni 2007, 2008 e 2009 sono basati sui seguenti indicatori della domanda potenziale di servizi per la non autosufficienza:

- popolazione residente, per regione, d’età pari o superiore a 75 anni, nella misura del 60%;
- criteri utilizzati per il riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali di cui all’art. 20, co. 8 della legge n. 328/2000 nella misura del 40%.

Le risorse sono destinate alla realizzazione di prestazioni e servizi assistenziali a favore di persone non autosufficienti, individuando, tenuto conto dell’art. 22, co. 4 della legge n. 328/2000 le seguenti aree prioritarie di intervento riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni, il cui

³⁴ Pubb. in G.U. 27 dicembre 2006, n. 299, S.O.

³⁵ Pubb. in G.U. 23 aprile 2008, n. 96.

³⁶ Pubb. in G.U. 7 novembre 2008, n. 261.

raggiungimento è da realizzarsi gradualmente nel tempo e la cui piena definizione è rimandata ad altro provvedimento legislativo, nonché agli accordi in sede di Conferenza unificata:

- previsione o rafforzamento di punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi con particolare riferimento alla condizione di non autosufficienza che agevolino e semplifichino l'informazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari;
- attivazione di modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano individualizzato di assistenza che tenga conto sia delle prestazioni erogate dai servizi sociali che di quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona non autosufficiente ha bisogno, favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia, anche attraverso l'uso di nuove tecnologie;
- attivazione o rafforzamento di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali con riferimento prioritario alla domiciliarità al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente.

Nella fase attuale, a conclusione di una lunga fase di dibattito e tensione istituzionale tra Stato e Regioni sul fabbisogno per il Servizio sanitario nazionale e sulle priorità per la tutela della salute e del benessere dei cittadini, il 23 ottobre 2009 è stato raggiunto l'Accordo tra Governo e Regioni circa il **nuovo Patto per la Salute**.

Lo Stato si impegna a garantire, per l'anno 2010 un finanziamento pari a 400 milioni di euro per il Fondo per la non autosufficienza ex art. 1, co. 1264, legge n. 296/2006 ed un incremento di 30 milioni di euro del Fondo nazionale per le politiche sociali, nonché la separazione delle risorse assegnate all'Inps per la garanzia dei diritti soggettivi da quelle di competenza delle Regioni.

Va rilevato che il Fondo per le non autosufficienze istituito con la legge finanziaria 2007 costituisce, in realtà, solo un "contributo", sicuramente importante per l'avvio di una politica unitaria e specifica sul tema della non autosufficienza ma, tuttavia, ancora lontano dal costituire un vero e proprio Fondo nazionale.

In Italia, nonostante il contributo del Fondo per le non autosufficienze, manca una vera e propria strategia nazionale sulla non autosufficienza. Le ragioni prioritarie che hanno determinato la mancata approvazione di provvedimenti nazionali specifici (i disegni di legge sul Fondo non autosufficienza) e che fanno dell'Italia uno tra i pochi Paesi ad elevato sviluppo a non avere una politica specifica su l'area della non autosufficienza sono essenzialmente tre: la scarsa dotazione di risorse monetarie, l'assenza di condivisione su chi dovrebbe gestire eventuali appositi Fondi, ed infine, la mancanza di condivisione sulla creazione di un sistema fondamentalmente mutualistico all'interno di un sistema di *Welfare State*.

Schema di sintesi delle recenti norme su contributi e Fondi a favore della N.A.

Legge	Norma	Contributo - Fondo
Legge 8 novembre 2000, n. 328 <i>Legge quadro sul sistema integrato di interventi e servizi sociali</i>	L'art. 15 <i>Sostegno domiciliare per le persone anziane non autosufficienti</i>	Previsto un decreto ministeriale che determina annualmente una quota da riservare agli anziani non autosufficienti; criteri di riparto tra le Regioni; una quota è per progetti socio-sanitari.
	L'art. 20 <i>Fondo nazionale per le politiche sociali</i>	A sostegno dell'insieme delle politiche ed interventi sociali.
Legge 27 dicembre 2006, n. 296 <i>legge finanziaria 2007</i>	L'art. 1, co. 1264 <i>Fondo per le non autosufficienze</i>	Istituisce un Fondo denominato Fondo per le non autosufficienze , presso il Ministero della Solidarietà sociale, per garantire l'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali sul territorio nazionale alle persone non autosufficienti, al quale è assegnata la somma di 100 mil. di euro per l'anno 2007 e di 200 mil. di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009.
DM (Sociale) 12 ottobre 2007	<i>Riparto Fondo per le non autosufficienze per gli anni relative all'anno 2007</i>	Il decreto definisce i criteri di riparto per Regione: a) n. residenti ≥ 75 anni, nella misura del 60%; b) criteri di riparto del Fondo Naz. politiche sociali (art. 20, co. 8, legge -n. 328/2000) nella misura del 40%. Priorità di utilizzo del Fondo per: attivazione di Punti Unici di Accesso; progetti personalizzati per la presa in carico delle persone N.A.; attivazione di servizi sociosanitari in specie interventi domiciliari.
Legge 24 dicembre 2007, n. 244 <i>legge finanziaria 2008</i>	L'art. 2, co. 465 <i>Rifinanziamento del Fondo per le non autosufficienze</i>	Conferma il Fondo per le non autosufficienze , istituito dalla legge finanziaria 2007 presso il Ministero della Solidarietà sociale e lo incrementa di 100 mil. di euro per l'anno 2008 e di 200 mil. di euro per l'anno 2009.
DM (Sociale) 6 agosto 2008	<i>Riparto Fondo per le non autosufficienze per gli anni 2008 e 2009</i>	Assegna alle regioni le risorse per il Fondo per la non autosufficienza; confermando criteri di riparto e priorità definite dal DM 12 ottobre 2007.
Accordo Stato - Regioni del 25 marzo 2009	<i>Accordo sugli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale per l'anno 2009</i>	Definisce 10 obiettivi prioritari sostenuti da risorse vincolate (1 mld e 411 mil. euro), tra cui: cure primarie, non autosufficienza, attività motorie per gli anziani, cure palliative e terapie del dolore, stati vegetativi.
Accordo Stato - Regioni del 23 ottobre 2009	<i>Nuovo Patto per la Salute 2010-2012 - Elementi fondamentali: (fabbisogno del SSN; programmi e Fondi per investimenti in sanità; Piani di rientro dai disavanzi, modalità di verifica, commissariamento).</i>	Lo Stato si impegna a garantire, per l'anno 2010: un finanziamento pari a 400 milioni di euro per il Fondo per la non autosufficienza ex art. 1, co. 1264, legge n. 296/2006, un incremento di 30 milioni di euro del Fondo nazionale per le politiche sociali, nonché la separazione delle risorse assegnate all'Inps per la garanzia dei diritti soggettivi da quelle di competenza delle regioni.

VI. POLITICHE E FONDI REGIONALI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA: ANALISI DELLE ESPERIENZE

Negli ultimi anni la crescente domanda sociale e le difficoltà del Governo centrale nell'istituire un sistema integrato di protezione e di assistenza globale per le persone non autosufficienti, hanno spinto le Regioni a intraprendere percorsi autonomi per la determinazione di livelli regionali di prestazioni a favore delle persone non autosufficienti.

La strategia che sottende la definizione di un Fondo regionale per la non autosufficienza è orientata al consolidamento e potenziamento del ruolo del sistema di *Welfare* regionale.

Il Fondo, in realtà, è visto come un completamento della definizione degli obiettivi, dell'unificazione dei flussi economici e dell'inserimento dei progetti specifici e lo dimostrano in particolare le Regioni centro-settentrionali che hanno più facilmente attuato quanto indicato dalla legge n. 328/2000 sul riassetto dei servizi, delineando un proprio sistema di *Welfare* locale.

La logica che lega sistema dei servizi e realizzazione del Fondo non autosufficienza si espleta anche nel fatto che la *long term care* è uno dei bisogni più sentiti cui il sistema di *Welfare* deve rispondere. A questo si aggiunge l'importanza data all'integrazione sociosanitaria quale strumento innovativo di riassetto dei servizi e la natura sociosanitaria della cura *long term care*.

I primi atti riguardanti il Fondo regionale/provinciale per la non autosufficienza risalgono al 2003, ma solo negli ultimi anni è cresciuto il numero delle esperienze avviate.

Ad oggi già dieci Regioni (Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche, Sardegna, Toscana, Umbria e Veneto) e la Provincia Autonoma di Bolzano hanno istituito un apposito Fondo dedicato alla non autosufficienza, di tipo sistematico (eventualmente le quote dei Fondi possono essere ridefinite nelle leggi finanziarie regionali annuali). Anche le altre Regioni hanno adottato, pur con grandi diversità di approccio e di livello di approfondimento, provvedimenti a sostegno di interventi a favore dei non autosufficienti. Si riscontra, pertanto, un orientamento generale a definire strategie e piani per la non autosufficienza.

Di seguito si riportano due schemi:

- il primo con la sintesi della normativa regionale specifica sul Fondo per la Non Autosufficienza, nelle dieci Regioni e nella Provincia Autonoma di Bolzano che l'hanno istituito;
- il secondo con una sintesi della normativa riguardante le Politiche sulla Non Autosufficienza, comprendente tutte le Regioni e le Province Autonome.

1. Schema di sintesi sulle esperienze regionali del Fondo per la N.A.

REGIONE BASILICATA			
NORME DI RIFERIMENTO	DESTINATARI E INTERVENTI	ENTITÀ E CONTRIBUENTI *	GESTIONE
Legge regionale 14 febbraio 2007, n. 4 - Art. 4 Fondo speciale per la non autosufficienza collocato all'interno del Fondo regionale dei servizi di cittadinanza sociale. Il Fondo è di tipo sociale integrativo di quello nazionale previsto dall'art. 20 della l. n. 328/2000 (Fondo nazionale per le politiche sociali).	Destinatari: Persone che, a causa delle patologie e delle disabilità, anche correlate all'età, da cui affette, non possono provvedere alla cura di sé stesse e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri. Interventi: Realizzazione di un organico complesso di interventi di assistenza per l'autonomia possibile e per le cure a lungo termine a favore delle persone non autosufficienti definite dal Piano regionale sociale. Principalmente sostegno della domiciliarità. Le istituzioni regionali e locali hanno intenzione di rafforzare l'assistenza domiciliare integrando la gamma dei servizi offerti e di sostenere con dei contributi economici integrativi all'accompagnamento le famiglie che ricorrono alle badanti.	2 milioni di euro per il 2007 di cui: - 1 milione dal bilancio regionale; - 1 milione dal riparto del Fondo nazionale N.A.	Le risorse sono assegnate agli ambiti sociali. Strutture dipartimentali delle Asl per l'area della fragilità; Unità operative ospedaliere.

REGIONE EMILIA ROMAGNA			
NORME DI RIFERIMENTO	DESTINATARI E INTERVENTI	ENTITÀ E CONTRIBUENTI *	GESTIONE
Legge regionale 23 dicembre 2004, n. 27 – Art. 51 Fondo regionale per la non autosufficienza: finanzia prestazioni e servizi socio-sanitari definiti dal Piano sociale e sanitario di cui all'art. 27 della l.r. n. 2/2003; DGR 24 luglio 2006, n. 1051 definisce il livello di risorse del Fondo sanitario regionale da destinare e vincolare al finanziamento del Fondo regionale per la non autosufficienza; DGR 16 aprile 2007, n. 509 avvia il Fondo regionale per la non autosufficienza; DGR 30 luglio 2007, n. 1206 indirizzi attuativi della DGR n. 509/2007.	Interventi tipici già previsti: - assegno di cura per anziani, disabilità gravissime e gravi; - assistenza domiciliare per anziani e disabili; - strutture diurne: centri diurni assistenziali per anziani e centri socio-riabilitativi diurni per disabili; - strutture residenziali: case protette/RSA per anziani, centri socio-riabilitativi residenziali per disabili, soluzioni residenziali per le gravissime disabilità acquisite. Nuove opportunità assistenziali: - ricoveri temporanei e di sollievo; - iniziative di emersione e qualificazione del lavoro di cura delle assistenti familiari; - servizi di e-care (in particolare telesoccorso e teleassistenza); - iniziative di sostegno delle reti informali di solidarietà sociale (dal “portierato” al “custode sociale”, “alloggi con servizi”, ecc.) qualificabili come servizi di prossimità; - consulenza e sostegno economico per l’adattamento delle abitazioni in cui vivono persone non autosufficienti. E’ previsto un contributo di 160 euro mensili se l’Isee individuale è inferiore ai 10.000 euro. Il contributo giornaliero è variabile in relazione all’intensità assistenziale come definita dai seguenti criteri generali: - livello A (elevato) 17,81 euro giornalieri; - livello B (alto) 11,88 euro giornalieri; - livello C (medio) 8,31 euro giornalieri. Se l’anziano non autosufficiente è titolare di indennità di accompagnamento o indennità analoga, erogata dall’Inps, Inail o altri istituti il contributo economico alla famiglia viene ridotto rispettivamente a 7,7 euro per il liv. A, 5,17 euro per il liv. B e 3,62 euro per il liv. C. Il l’Isee dell’anziano beneficiario delle cure per il 2007 risulta adeguato a 20.767 euro.	183,446 milioni di euro (previsione iniziale). 311 milioni di euro per il 2007 di cui ne sono stati resi utilizzabili 296 milioni per l’erogazione di una serie di contributi economici (assegni di cura) volti a migliorare le cure ai non autosufficienti ma anche a regolarizzare le posizioni lavorative degli assistenti domiciliari e delle badanti. 50 milioni di euro per il 2008 (legge fin. reg. 2008); 60 milioni di euro per il 2009 (legge fin. reg. 2009). Costituiscono fonti di finanziamento ordinarie del Fondo: risorse del Fondo sociale e del Fondo sanitario regionale, risorse statali finalizzate ed ulteriori risorse regionali provenienti dalla fiscalità generale. Al Fondo, inoltre, possono afferire eventuali risorse di altri soggetti (art. 51, co. 3, l.r. n. 27/2004).	Gestione integrata sociosanitaria. Il Fondo distrettuale per la non autosufficienza è gestito dai Comitati di distretto sulla base del Piano di attività per la non autosufficienza elaborato dall’Ufficio di piano. La Regione, anche tramite la Cabina di regia, elabora indirizzi e verifica le attività.

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA			
NORME DI RIFERIMENTO	DESTINATARI E INTERVENTI	ENTITÀ E CONTRIBUENTI*	GESTIONE
Legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 - Art. 41 Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine (Fap); DGR 8 settembre 2006, n. 2111 - Approvazione, in via definitiva, dei criteri di ripartizione per l'anno 2006 del Fap; DPR 21 febbraio 2007, n. 35 - Regolamento di attuazione del Fap; DPR 10 agosto 2007, n. 251 - Regolamento per la determinazione dei criteri di riparto e delle modalità di utilizzo del Fap”.	Destinatari: Persone che, per la loro condizione di non autosufficienza, non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri. Ogni soggetto non autosufficiente è sottoposto a valutazione dall'Unità di valutazione distrettuale che eroga il Fap solo se è previsto un progetto personalizzato per l'assistito. I requisiti per l'accesso sono: - persone di età pari o superiore a 65 anni in condizioni di non autosufficienza connotata dalla perdita di almeno due attività del quotidiano vivere (ADL); - persone di età inferiore a 65 anni in condizione di grave disabilità; - persone di età inferiore ai 65 anni in condizione di grave non autosufficienza temporanea, con perdita di almeno due ADL; - persone affette da gravi patologie dementigene; - persone inserite in progetti di vita indipendente. Interventi a sostegno della domiciliarità: - assegno di autonomia possibile (Apa) con perdita di almeno due ADL e risorse del nucleo familiare non superiori a 35.000 euro annui; - contributo per l'aiuto familiare; - sostegno alla vita indipendente; - sostegno a progetti in favore di persone con problemi di salute mentale. L'Apa e il contributo familiare sono cumulabili. L'Apa ha un'entità economica annua variabile a seconda delle ADL che si perdono. Con perdita di due ADL: - fino a 15.000 euro di Isee familiare, da 3.600 a 4.500 euro annui; - da 15.001 a 25.000 euro di Isee familiare, da 2.700 a 3.600 euro annui; - da 25.001 a 35.000 euro di Isee familiare da 2.000 a 2.700 euro annui. Con perdita di tre ADL: - fino a 15.000 euro di Isee familiare, da 5.100 a 6.200 euro annui; - da 15.001 a 25.000 euro di Isee familiare, da 4.000 a 5.100 euro annui; - da 25.001 a 35.000 euro di Isee familiare da 3.000 a 4.000 euro annui. La soglia Isee massimale è pari a 35.000 euro. Alla presenza di assegno di accompagnamento, gli importi sono ridotti nella seguente misura percentuale: - fino a 15.000 euro di Isee familiare, nessuna riduzione; - da 15.001 a 25.000 euro di Isee familiare, riduzione del 10%; - da 25.001 a 35.000 euro di Isee familiare, riduzione del 20%.	Fap per il 2007: 17,2 milioni di euro. Fondo per l'abbattimento delle rette per il 2007: 29,5 milioni di euro. Il Fondo è formato con risorse regionali e nazionali, nonché con risorse provenienti dalla fiscalità generale ed eventuali risorse di altri soggetti pubblici e privati, (art. 41, co. 3, l.r. n. 6/2006).	Enti gestori del Servizio sociale dei Comuni.

REGIONE LAZIO			
NORME DI RIFERIMENTO	DESTINATARI E INTERVENTI	ENTITÀ E CONTRIBUENT *	GESTIONE
Legge regionale 23 novembre 2006, n. 20 – Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza; DGR 31 luglio 2007, n. 601 - Riparto al comune di Roma ed ai comuni facenti parte degli ambiti territoriali delle risorse del Fondo regionale per la non autosufficienza (anno 2007).	Destinatari: Persona anziana, disabile o qualsiasi altro soggetto che, anche in maniera temporanea, non può provvedere alla cura della propria persona né mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri. Interventi: - assistenza domiciliare integrata allo scopo di evitare il ricovero; - servizi di sollievo alla famiglia; - dimissioni ospedaliere protette; - assistenza domiciliare integrata per i soggetti non autosufficienti con patologie cronico-degenerative; - interventi di sostegno alla persona disabile non autosufficiente ed alla famiglia; - programmi di aiuto alla persona gestiti in forma indiretta, mediante piani personalizzati; - interventi economici straordinari per concorrere ai costi di deistituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, dei disabili non autosufficienti e di qualsiasi altro soggetto non autosufficiente. Il contributo annuo pro-capite da destinare a ciascun cittadino non autosufficiente è fissato in un massimo di 5.000 euro annui. Per gli interventi relativi alle dimissioni ospedaliere protette è prevista la riserva di una quota pari al 5% massimo del Fondo disponibile. Per gli interventi relativi all'assistenza indiretta e ai contributi economici è prevista la riserva di una quota pari al 15% massimo del Fondo disponibile.	12 milioni di euro per ciascuno degli esercizi finanziari 2007 e 2008. Per il 2007 è stata stanziata la somma di 8 milioni di euro a cui si aggiungono i 4 milioni di euro dell'esercizio finanziario 2006 non spesi. Il Fondo è alimentato dalla Regione, nell'ambito del capitolo di spesa "<i>Fondo socio-sanitario regionale per la non autosufficienza</i>". La Giunta regionale definisce, con proprio atto, i criteri e le modalità per il progressivo afflusso al Fondo di apposite risorse costituite da: risorse statali finalizzate; risorse di altri soggetti pubblici e privati, (art. 7, l.r. n. 20/2006).	Comuni facenti parte degli ambiti territoriali e comune di Roma.

REGIONE LIGURIA			
NORME DI RIFERIMENTO	DESTINATARI E INTERVENTI	ENTITÀ E CONTRIBUENTI *	GESTIONE
Legge regionale 24 maggio 2006, n. 12 – Art. 47 Fondo per la non autosufficienza, quale componente del Fondo regionale per le politiche sociosanitarie; È una misura economica volta a favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti. La misura viene concessa in base alla graduatoria di gravità aggiornata periodicamente, fino al raggiungimento del limite del Fondo assegnato al comune capofila del distretto sociosanitario. DGR 20 ottobre 2006, n. 1106 – Programma della non autosufficienza Misure a favore della non autosufficienza: Accertamento della non autosufficienza; - Procedura e tempi di valutazione; - Erogazione della misura economica. DGR 7 marzo 2008, n. 219 - indicazioni per l'avvio della prima fase di messa a regime del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza: - elaborazione del profilo della non autosufficienza; - determinazione della possibilità di accedere ai contributi per coloro che presentano un valore Isee fino ad un massimo di 20.000 mila euro.	Destinatari: Persone con grave disabilità permanente impossibilitate a svolgere le funzioni della vita quotidiana e quelle dedicate alla cura della persona, con difficoltà nelle relazioni umane e sociali, nelle attività strumentali, nella mobilità e nell'uso dei mezzi di comunicazione. Si tratta, più precisamente, di: Anziani con: - invalidità totale al 100% e indennità di accompagnamento (l. n. 18/1980); - almeno 5 ore di assistenza nelle 24 ore; - dal 1° marzo, scheda di valutazione della non autosufficienza compilata dal MMG; - certificazione Isee con valore non superiore a 40.000 euro. Disabili con: - invalidità totale al 100%, con gravità riconosciuta dalla l. n. 18/1980 (indennità di accompagnamento), oppure ai sensi degli artt. 3 e 4 della l. n. 104/1992; - minori 0/3 anni: certificazione del neuropsichiatra infantile dell'ASL o di Azienda Ospedaliera o Universitaria o di Istituto Scientifico; - almeno 5 ore di assistenza nelle 24 ore; - certificazione Isee con valore non superiore a 40.000 euro. Il beneficio, dell'importo massimo di 350,00 euro mensili, è graduato in base al valore della certificazione Isee come segue: - a fino 10.000 euro: nessun abbattimento della misura; - da 10.001 a 20.000 euro: abbattimento del 20% della misura; - da 20.001 a 30.000 euro: abbattimento del 30% della misura; - da 30.001 a 40.000 euro: abbattimento del 40% della misura. Interventi: - estensione del sostegno alla domiciliarità per portare la copertura della popolazione ultrasessantacinquenne dal 4,1 % del 2006 al 7% del 2008; - potenziamento dell'assistenza residenziale e semiresidenziale pubblica, privata e convenzionata dal 2 al 3% entro il 2008; - proseguimento della contribuzione economica a partire dall'esperienza dell'assegno servizi che maggiora l'indennità di accompagnamento di 350 euro mensili. L'erogazione economica dell'assegno servizi può arrivare anche a 800 euro per chi è nell'attesa dell'assegno di accompagnamento. Possono accedere alle risorse ed ai servizi previsti dal Fondo le famiglie che abbiano una soglia Isee pari a 35.000 mila euro.	10 milioni di euro stanziati dalla Regione per il 2007, di cui: 7.100.000,00 mil. di euro a favore dei Comuni capofila di Distretto Sociosanitario per il programma N.A. e 3.000.000,00 mil. di euro per l'Assegno servizi, (DGR n. 1106/2006); 12 milioni per il 2008; 21 milioni per il 2009. Costituiscono fonti di finanziamento del Fondo per la non autosufficienza: le risorse del Fondo sanitario già destinate alle attività socio-sanitarie di tipo domiciliare e residenziale e le risorse derivate dagli obiettivi del Piano sanitario nazionale finalizzate alla non autosufficienza; una quota delle risorse del Fondo regionale per le politiche sociali, trasferito dallo Stato ai sensi della l. n. 328/2000, da destinare alla non autosufficienza; entrate regionali anche provenienti dalla fiscalità; altre risorse provenienti da fondazioni o donazioni, (art. 47, l.r. n. 12/2006).	Asl e Comitati dei sindaci di distretto sociosanitario. In ogni distretto sociosanitario è previsto che vi sia uno Sportello integrato come accesso unico per i richiedenti e un'Unità di valutazione multidisciplinare che effettua la valutazione entro 30 giorni dalla presentazione della domanda. Ne deriva la redazione di un Piano individualizzato di assistenza in cui è individuato il responsabile del caso per tutti coloro con almeno tre ADL perdute e l'esigenza di almeno 5 ore di assistenza nelle 24 ore.

REGIONE MARCHE			
NORME DI RIFERIMENTO	DESTINATARI E INTERVENTI	ENTITÀ E CONTRIBUENTI *	GESTIONE
Protocollo regionale sulla non autosufficienza (4 giugno 2008) - istituisce il Fondo unico regionale che verrà attivato con l'assestamento di bilancio 2008; Legge regionale 29 luglio 2008, n. 25 (Assestamento del bilancio 2008) – Art. 37 Fondo regionale per la non autosufficienza.	Interventi: - la previsione o il rafforzamento di strutture unitarie (punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi), che agevolino e semplifichino l'informazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari; - l'attivazione o il rafforzamento dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, prioritariamente domiciliari, destinati a favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente; - l'implementazione dei servizi di sollievo alla famiglia, nonché la definizione di interventi di sostegno alla persona non autosufficiente e al lavoro di cura gestito dalle famiglie in forma diretta o indiretta, mediante piani assistenziali individualizzati. L'entità del Fondo include: - 4,5 milioni di euro finalizzati all'estensione del livello assistenziale di ulteriori posti letto nelle Residenze protette autorizzate; - 2 milioni finalizzati all'incremento di interventi a carattere domiciliare integrato sociosanitario; - 23,5 milioni relativi alle annualità 2007, 2008 e 2009 del "Fondo per le non autosufficienza" ripartito dal Ministero della Solidarietà Sociale, da utilizzare secondo le finalità previste negli stessi decreti di riparto.	58,7 milioni di euro di cui: - 28,7 milioni derivanti dai Fondi europei FAS e BEI; - 23,5 milioni dal finanziamento nazionale; - 6,5 milioni dal finanziamento regionale. Questi finanziamenti verranno utilizzati nel seguente modo: - 30 milioni per rafforzare i servizi; - 28,7 milioni per gli investimenti e la riqualificazione delle strutture residenziali per gli anziani non-autosufficienti. Costituiscono fonti di finanziamento ordinarie del Fondo le risorse del Fondo sanitario regionale, del Fondo sociale regionale e del Fondo nazionale per le non autosufficienze, nonché eventuali ulteriori risorse regionali provenienti dalla fiscalità generale. Al Fondo possono afferire eventuali risorse messe a disposizione da altri soggetti. Alla realizzazione degli obiettivi concorrono altresì risorse proprie dei Comuni dagli stessi appositamente destinate nei propri strumenti di bilancio, (art. 37, l.r. n. 25/2008).	Ambito territoriale sociale.

REGIONE SARDEGNA			
NORME DI RIFERIMENTO	DESTINATARI E INTERVENTI	ENTITÀ E CONTRIBUENTI *	GESTIONE
Legge regionale 29 maggio 2007, n. 2 – Art. 34 Fondo regionale per la non autosufficienza; DGR 17 luglio 2007, n. 27/41 - prima attuazione dell'art. 34, co. 4, lett. a) della l.r. n. 2/2007: finanziamento dei piani personalizzati riferiti agli interventi per l'anno 2007 – 6 milioni di euro; DGR 2 agosto 2007, n. 30/34 - attuazione dell'art. 34, co. 4, lett. a) della l.r. n. 2/2007: finanziamento di un programma sperimentale di interventi a favore di persone che si trovino nelle condizioni di grave disabilità e non autosufficienza – 8 milioni di euro; DGR 31 ottobre 2007, n. 44/13 – attuazione dell'art. 34, co. 4, lett. b) ed f) della l.r. n. 2/2007: programma sperimentale a sostegno dei nuclei familiari che si avvalgono dell'aiuto di un assistente familiare – 6 milioni e 700 mila euro; DGR 20 dicembre 2007, n. 51/37 - finanziamento dei piani personalizzati a favore di persone con grave disabilità – 41 milioni e 111 mila euro.	Destinatari: Soggetti disabili o anziani gravemente non autosufficienti. Per non autosufficiente si intende la persona anziana o disabile che non può provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri. La valutazione della condizione di non autosufficienza è effettuata con criteri e modalità stabiliti dalla Giunta regionale. Interventi: Realizzazione di un programma di Welfare regionale e locale. (Linee guida da adottare da parte della Giunta regionale). L'entità del Fondo da integrare con la quota delle risorse del Fondo nazionale per la N.A. ed è alimentato dai seguenti stanziamenti: - 25 milioni di euro risorse regionali destinate al potenziamento dell'assistenza domiciliare (di cui 2,5 milioni per le cure domiciliari sanitarie); - 6 milioni risorse regionali e statali destinate al sostegno nelle responsabilità di cura di persone non autosufficienti; - 9 milioni risorse regionali e statali per destinati al finanziamento delle azioni di integrazione socio-sanitaria; - 36 milioni risorse regionali già destinate al finanziamento dei piani personalizzati per persone con disabilità grave; - 5 milioni risorse regionali già destinate al programma sperimentale "ritornare a casa"; - 700 mila euro risorse regionali già destinate al programma per le assistenti familiari; - risorse regionali già destinate al finanziamento di leggi regionali a favore di soggetti con particolari patologie.	120 milioni di euro per il 2007 da integrare con la quota delle risorse del Fondo nazionale per la N.A. ed è alimentato dai seguenti stanziamenti: - 25 mil. di euro risorse regionali destinate al potenziamento dell'assistenza domiciliare (di cui 2,5 mil. di euro per le cure domiciliari sanitarie); - 6 mil. di euro risorse regionali e statali destinate al sostegno nelle responsabilità di cura di persone non autosufficienti; - 9 mil. di euro risorse regionali e statali destinati al finanziamento delle azioni di integrazione socio-sanitaria; - 36 mil. di euro risorse regionali già destinate al finanziamento dei piani personalizzati per persone con disabilità grave; - 5 mil. di euro risorse regionali già destinate al programma sperimentale "ritornare a casa"; - 700 mila euro risorse regionali già destinate al programma per le assistenti familiari; - risorse regionali già destinate al finanziamento di leggi regionali a favore di soggetti con particolari patologie. Il Fondo è alimentato con risorse statali, regionali e comunitarie, (art. 34, l.r. n. 2/2007).	La Regione e un apposito gruppo tecnico regionale definiscono i criteri di accesso agli interventi e le modalità di monitoraggio e valutazione dei programmi di intervento.

REGIONE TOSCANA			
NORME DI RIFERIMENTO	DESTINATARI E INTERVENTI	ENTITÀ E CONTRIBUENTI *	GESTIONE
Legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66 – Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza.	Destinatari: Persone non autosufficienti che hanno subito una perdita permanente, parziale o totale, dell'autonomia, delle abilità fisiche, sensoriali, cognitive e relazionali, da qualsiasi causa determinata, con conseguente incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto rilevante di altre persone. Sono destinatari delle prestazioni i soggetti anziani e disabili, residenti nel territorio regionale, che si trovano nella condizione di non autosufficienza e con un alto indice di gravità accertato sulla base della UVM o sono stati riconosciuti disabili in condizione di gravità, ai sensi dell'3, co. 3 della l. n. 104/1992. Interventi: - interventi domiciliari sociosanitari, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta dal servizio pubblico; - interventi in forma indiretta, domiciliari o per la vita indipendente, tramite titoli per l'acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali, in coerenza con la programmazione regionale; - inserimenti in strutture semiresidenziali; - inserimenti temporanei o di sollievo in residenza; - inserimenti permanenti in residenza.	Per il 2007 la spesa annua regionale per interventi a favore di anziani non autosufficienti si aggira sui 300 milioni di euro. Le risorse aggiuntive regionali per il 2008 sono pari a 25 milioni di euro, i trasferimenti nazionali 21 milioni; per il 2009 si stima un aumento sia dello stanziamento regionale, 37 milioni di euro, che di quello statale, 28 milioni, per il 2010, infine, l'ammontare complessivo stimato è di 80 milioni di euro. La L.R. n. 66/2008, per quanto riguarda le risorse per la costituzione del Fondo, prevede: 43.000,00 mila euro (anno 2008); 210.000,00 mila euro (anno 2009); 210.000,00 mila euro (anno 2010). Il Fondo è costituito: da risorse provenienti dal Fondo sanitario regionale destinate al sostegno dei servizi sociosanitari a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane, secondo le indicazioni del piano sanitario e sociale integrato regionale; da risorse provenienti dal Fondo sociale regionale; da risorse provenienti dal Fondo nazionale per l'assistenza alle persone non autosufficienti, nonché da eventuali ulteriori risorse nazionali trasferite per finalità coerenti con gli obiettivi della presente legge; da risorse provenienti da lasciti o donazioni, compatibili con questa finalità sociosanitaria, (l.r. n. 66/2008).	34 zone-distretto; la gestione del Fondo, sarà affidata alle Società della salute ed alle Asl.

REGIONE UMBRIA			
NORME DI RIFERIMENTO	DESTINATARI E INTERVENTI	ENTITÀ E CONTRIBUENTI *	GESTIONE
Legge regionale 4 giugno 2008, n. 9 - Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni.	Destinatari: Persone non autosufficienti aventi diritto all'assistenza sanitaria che hanno subito una perdita permanente parziale o totale dell'autonomia delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali, da qualsiasi ragione determinata, con conseguente incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto rilevante di altre persone. Interventi: Il programma assistenziale personalizzato, individua obiettivi ed esiti attesi in termini di mantenimento e miglioramento delle condizioni di salute, indica le prestazioni da assicurare alla persona non autosufficiente e alla famiglia, fissa i tempi e le modalità di erogazione delle prestazioni, nonché i criteri di verifica <i>in itinere</i> dei risultati raggiunti.	Per l'anno 2008 è autorizzata la spesa di 31 milioni e 750 mila euro così ripartiti: - 7 milioni di euro dal Fondo nazionale per la non autosufficienza annualità 2007 e 2008; - 20 milioni e 750 mila euro dal Servizio sanitario regionale; - 4 milioni di euro con risorse proprie regionali. Il Fondo regionale per la non autosufficienza è alimentato da: risorse provenienti dal riparto del Fondo nazionale per la non autosufficienza; risorse provenienti dal finanziamento di parte corrente del Servizio sanitario regionale specificatamente destinate alle finalità della presente legge; risorse proprie del bilancio regionale afferenti anche al Fondo sociale regionale; eventuali altre risorse di natura privata (art. 13, l.r. n. 9/2008).	Distretti socio-sanitari e ambiti territoriali sociali.

REGIONE VENETO			
NORME DI RIFERIMENTO	DESTINATARI E INTERVENTI	ENTITÀ E CONTRIBUENTI *	GESTIONE
Legge regionale 27 febbraio 2008, n. 1 – Art. 3 istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza a decorrere dal 1° luglio 2008, suddiviso in due grandi comparti: residenzialità e domiciliarità.	Residenzialità: - assistenza riabilitativa residenziale per anziani non autosufficienti presso strutture; - assistenza riabilitativa semiresidenziale per anziani presso centri diurni; - assistenza riabilitativa residenziale per disabili. Domiciliarità: - trasferimenti alle amministrazioni pubbliche a favore degli utenti disabili dei CEOD; - interventi a favore delle persone disabili e loro famiglie; - interventi a favore degli anziani non autosufficienti.	481 milioni di euro per il 2008 (il 3,85% in più cioè 18,5 milioni di euro rispetto al 2007) per la residenzialità. Vengono accorpate in questo settore le voci relative all'assistenza riabilitativa residenziale per anziani N.A. presso strutture (429 mil. di euro stanziati dalla Giunta nel 2008), l'assistenza riabilitativa semiresidenziale per anziani presso centri diurni (6 mil. di euro), l'assistenza riabilitativa residenziale per disabili (46 mil. di euro); 98,310 milioni di euro per il 2008 (con l'11,81% in più cioè 11,610 milioni di euro rispetto allo stanziamento 2007) per la domiciliarità. Vengono accorpate le seguenti voci: trasferimenti alle amministrazioni pubbliche a favore degli utenti disabili dei CEOD – Centro educativo occupazionale diurno (6,1 mil. di euro stanziati nel 2008), interventi a favore delle persone disabili e loro famiglie (26,9 mil. di euro), interventi a favore degli anziani non autosufficienti (58,3 mil. di euro). Il Fondo è alimentato prima di tutto dalla Regione, utilizzando i capitoli di bilancio sociosanitari destinati a residenzialità e domiciliarità. La Regione prevede anche un ampio sistema di partecipazione pubblico/privato coinvolgendo diverse tipologie di soggetti (pubblici e privati) e strumenti: contributo amministrazioni locali, eventuale contributo annuo delle fondazioni bancarie su accordo sottoscritto con la Regione, risorse e contributi provenienti da altri soggetti, lasciti e donazioni derivanti da privati, enti, o associazioni, organizzazioni nazionali e internazionali, (l.r. n. 1/2008).	La gestione del Fondo, per i diversi interventi, è attribuita alle Aziende Ulss di concerto con la Conferenza dei sindaci.

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO			
NORME DI RIFERIMENTO	DESTINATARI E INTERVENTI	ENTITÀ E CONTRIBUENTI *	GESTIONE
Legge provinciale 12 ottobre 2007, n. 9 – Art. 4 Fondo per l'assistenza ai non autosufficienti a partire dal 1° luglio 2008. Il Fondo è suddiviso: nel Fondo prestazioni destinato alla copertura delle spese derivanti dall'erogazione dell'assegno di cura e delle altre spese correnti e nel Fondo integrativo a capitalizzazione che dopo una fase di alimentazione e capitalizzazione è destinato all'integrazione del Fondo prestazioni. DGP 23 giugno 2008, n. 2231 - Modalità di erogazione delle prestazioni del Fondo.	Destinatari: Persona incapace in misura rilevante e permanente, a causa di patologie o disabilità fisiche, psichiche o mentali, di svolgere le attività della vita quotidiana e che necessita dell'aiuto regolare di un'altra persona. Accede ai Fondi solo chi ha la residenza da almeno 5 anni in Trentino Alto Adige o la residenza storica di 15 anni di cui almeno uno antecedente alla domanda. L'importo delle prestazioni dipende unicamente dal livello della disabilità e non dipende né dall'ammontare dei contributi precedentemente pagati né dalla condizione economica del beneficiario. Interventi: Assegno di cura in cui confluiscono le risorse per il contributo di accompagnamento e per l'assistenza domiciliare. I livelli di contributo mensile sono: - 1° livello – 510 euro; - 2° livello – 900 euro; - 3° livello – 1.350 euro; - 4° livello – 1.800 euro.	242,39 milioni di euro a carico del bilancio provinciale per gli esercizi 2008 e 2009. Nel Fondo confluiscono le seguenti risorse finanziarie: l'assegnazione annua a carico del bilancio provinciale; le assegnazioni regionali per gli interventi in favore delle persone non autosufficienti; le eventuali assegnazioni statali destinate all'assistenza delle persone non autosufficienti; gli interessi attivi ed altri proventi derivanti dalla gestione patrimoniale del Fondo; entrate previste dalla legge, con destinazione vincolata all'assistenza di persone non autosufficienti; altre somme liberamente assegnate (art. 5, l.r. n. 9/2007).	Giunta provinciale tramite la Ripartizione provinciale delle politiche sociali e in coordinamento con i distretti sociosanitari. L'assegno di cura è erogato mensilmente dal Direttore della Ripartizione provinciale politiche sociali alla persona non autosufficiente o suo legale rappresentante.

* L'impegno economico e le fonti del finanziamento sono ricavate dai documenti programmatici delle singole Regioni.

2. Schema di sintesi della normativa regionale sugli interventi a favore della N.A.

REGIONE ABRUZZO		
PROVVEDIMENTI NORMATIVI	PRESTAZIONI E SERVIZI	FINANZIAMENTI
DGR 31 luglio 2006, n. 866 -Interventi a favore delle famiglie che assistono in casa persone anziane con più di sessantacinque anni non autosufficienti. Il complesso di interventi finalizzato alla domiciliarità, caratterizzato da un elevato grado di integrazione sociale e sanitaria, è pianificato e gestito tramite il Piano locale per la non autosufficienza; DGR 10 dicembre 2007, n. 1281 - Atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale per gli interventi rivolti alla non autosufficienza	Assistenza domiciliare integrata: prestazioni socio-assistenziali e sanitarie erogate a domicilio e dirette a persone non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera, per evitare ricoveri impropri e mantenere l'anziano (e il disabile grave) nel suo ambiente di vita; Assistenza domiciliare socio-assistenziale: servizio rivolto a persone che necessitano di interventi di carattere socio-assistenziale finalizzati alla prevenzione, al mantenimento ed al recupero delle potenzialità residue che permettono alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione; Telesoccorso e teleassistenza: interventi tempestivi che coprono l'intero arco della giornata, rivolti ad anziani (e disabili gravi) che possono incorrere in situazioni di emergenza; Assegno di cura: sostegno economico in favore delle famiglie finalizzato ad integrare le risorse economiche necessarie ad assicurare la continuità dell'assistenza alla persona non autosufficiente. Al fine della concessione dell'assegno di cura il nucleo familiare di riferimento è costituito da quello del solo anziano beneficiario delle cure.	2.500.000,00 mil. di euro risorse regionali ripartite e assegnate agli ambiti territoriali sociali (DGR n. 866/2006); 6.955.822,97 mil. di euro risorse ripartite e assegnate agli ambiti territoriali sociali (anno 2007), di cui: - 3.480.000,00 mil. di euro dal Fondo sociale regionale; - 2.465.822,97 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2007); - 1.000.000,00 mil. di euro dal Fondo nazionale politiche sociali. ***** - 2.465.822,97 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2007); - 7.432.203,75 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2008). - 9.917.890,63 mil. di euro dal Fondo naz. N.A. (anno 2009).

REGIONE BASILICATA		
PROVVEDIMENTI NORMATIVI	PRESTAZIONI E SERVIZI	FINANZIAMENTI
Legge regionale 14 febbraio 2007, n. 4 - Art. 4 Fondo speciale per la non autosufficienza collocato all'interno del Fondo regionale dei servizi di cittadinanza sociale; Il Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale della Regione Basilicata ha predisposto e trasmesso la proposta di DGR concernente il riparto del "Fondo per la non-autosufficienza" e la direttiva per l'attuazione dell'assegno di cura (maggio 2009).	Interventi di assistenza per l'autonomia possibile e per le cure a lungo termine a favore delle persone non autosufficienti definite dal Piano regionale sociale. Principalmente sostegno della domiciliarità. Assegno di cura.	1.000.000,00 mil. di euro dal bilancio regionale (anno 2007); ***** 1.091.862,06 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2007); 3.298.818,21 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2008); 4.402.101,90 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2009).

REGIONE CALABRIA		
PROVVEDIMENTI NORMATIVI	PRESTAZIONI E SERVIZI	FINANZIAMENTI
Piano sanitario regionale 2007-2009 indica le direttrici prioritarie di intervento da seguire.	L'integrazione delle politiche sanitarie e sociali, tese a mantenere l'anziano nel proprio ambiente di vita e facilitarne il ritorno guidato in caso di temporanea assenza per ricovero ospedaliero o in strutture di accoglienza; L'integrazione degli operatori sociali e sanitari per la realizzazione dei programmi zionali concordati tra Azienda sanitaria e comuni. In tale azione strumento fondamentale è il disegno di percorsi socio assistenziali che garantiscano un positivo rapporto di continuità tra territorio ed ospedale; Lo sviluppo dell'assistenza socio sanitaria domiciliare. Tale politica dovrà essere supportata dalla creazione di una estesa rete di telemedicina domiciliare e di telesoccorso; La definizione di accordi di programma tra ASL e Comuni per la coprogettazione degli interventi per la non autosufficienza, con attenzione particolare alle patologie neurologiche degenerative (malattia di Alzheimer); La realizzazione sperimentale, in collaborazione con le associazioni del volontariato, di una rete di tutor per anziani soli; La programmazione di strutture residenziali, anche a carattere diurno, distribuite in modo equilibrato sul territorio, per l'accoglienza, anche temporanea, di anziani disabili. Le strutture da realizzare, o quelle esistenti da riorganizzare, dovranno assicurare la gestione dei servizi per moduli assistenziali di diversa intensità, perseguendo l'obiettivo del reinserimento nelle famiglie e nelle comunità di provenienza, per evitare i fenomeni di permanente istituzionalizzazione; La programmazione del sostegno economico, sostitutivo della residenzialità, alle famiglie con anziani non autosufficienti.	3.505.080,92 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2007); 10.579.509,43 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2008); 14.117.806,90 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2009).

REGIONE CAMPANIA		
PROVVEDIMENTI NORMATIVI	PRESTAZIONI E SERVIZI	FINANZIAMENTI
Legge regionale 12 novembre 2004, n. 8 – Fondo specifico per la promozione dei servizi di assistenza domiciliare per le persone prive di autonomia; DGR 5 novembre 2004, n. 2006 - Linee di indirizzo sull'assistenza residenziale, semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza ai sensi della L.r. 22 aprile 2003, n. 8; DGR 18 aprile 2007, n. 679 - Stabilizzazione del sistema degli interventi e dei Servizi Sociali; DGR 29 giugno 2007, n. 1155 – potenziamento dell'assistenza domiciliare agli anziani (sperimentazioni Fondi CIPE); DGR 27 luglio 2007, n. 1403 -Approvazione indirizzi strategici triennali 2007/2009. Istituzione commissione tecnica valutazione piani sociali di zona triennali; DGR 12 ottobre 2007, n. 1811 Adozione del un nuovo strumento multidimensionale per l'ammissione alle prestazioni assistenziali domiciliari residenziali e semiresidenziali: S.VA.MA.; Legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11 di attuazione della legge n. 328/2000”; DGR 18 settembre 2008, n. 1467 - Fondo nazionale N.A.: programmazione e criteri di riparto”.	Per le persone anziane l’art. 31 della l.r. n. 11/2007 prevede: l’attivazione di reti e servizi validi a garantire la domiciliarità; la realizzazione di servizi mirati a mantenere l’autonomia delle persone anziane, anche attraverso un costante monitoraggio delle loro condizioni; la definizione di interventi di sostegno, anche economico, alle famiglie impegnate nell’assistenza diretta di un congiunto anziano non autosufficiente; l’offerta di sistemi tecnologici, tra i quali il telesoccorso e la teleassistenza, in grado di collegare la persona anziana a centri di pronto intervento e di agevolarne la vita quotidiana; l’affidamento e l’accoglienza, anche solo notturna, delle persone anziane presso famiglie che garantiscono loro il mantenimento delle normali abitudini di vita; la creazione di servizi e strutture, quali centri sociali, centri diurni polifunzionali, laboratori e in ogni caso idonei a favorire scambi di relazioni, anche intergenerazionali; la realizzazione di strutture semiresidenziali e residenziali a favore di anziani bisognevoli di prestazioni e trattamenti continui non erogabili a domicilio; la continuità e l’integrazione tra le prestazioni sociali e sanitarie erogate. Per le persone disabili l’art. 32 della l.r. n. 11/2007 prevede: la rimozione di ogni forma di discriminazione e mancanza di pari opportunità che limitano o ostacolano il pieno godimento dei diritti e l’inclusione sociale; il miglioramento della qualità della vita attraverso progetti personalizzati; il sostegno alle famiglie che hanno al proprio interno persone con disabilità gravi nel compito genitoriale e promuovere forme di auto-aiuto e misure alternative al ricovero in istituti educativo-assistenziali; la realizzazione di una rete di servizi alla persona che rimuovono ostacoli, barriere e condizioni di svantaggio sociale sulla base di una personalizzazione dell’offerta rispondente ai bisogni dei beneficiari.	8.306.535,61 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2007); 25.149.260,16 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2008); 33.560.383,96 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2009).

REGIONE EMILIA ROMAGNA		
PROVVEDIMENTI NORMATIVI	PRESTAZIONI E SERVIZI	FINANZIAMENTI
DGR 18 ottobre 2004, n. 2068 - Il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta. Prime indicazioni; Legge regionale 23 dicembre 2004, n. 27 - Legge finanziaria regionale (2005). L'art. 51 istituisce il Fondo regionale per la non autosufficienza; DGR 24 luglio 2006, n. 1051 - Linee di programmazione e finanziamento del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2006; DGR 16 aprile 2007, n. 509 - Fondo regionale per la non autosufficienza. Programma per l'avvio nel 2007 e per lo sviluppo nel triennio 2007-2009; DGR 30 luglio 2007, n. 1206 - Fondo regionale non autosufficienza. Indirizzi attuativi della DGR n. 509/2007; DGR 30 luglio 2007, n. 1256 - Finanziamenti per la promozione dei Centri documentazione per l'integrazione delle persone con disabilità; DGR 31 marzo 2008, n. 432 - Approvazione programma per la promozione e sviluppo degli sportelli sociali; DGR 11 giugno 2008, n. 840 - Prime linee di indirizzo per le soluzioni residenziali e l'assistenza al domicilio per le persone con gravissima disabilità nell'ambito del FRNA e della DGR 2068/2004; DGR 28 luglio 2008, n. 1331 - Ripartizione e assegnazione ai Comuni capofila dei Piani di zona delle quote del Fondo sociale regionale per il programma.	Interventi tipici già previsti: assegno di cura per anziani, disabilità gravissime e gravi; assistenza domiciliare per anziani e disabili; strutture diurne: centri diurni assistenziali per anziani e centri socio-riabilitativi diurni per disabili; strutture residenziali: case protette/RSA per anziani, centri socio-riabilitativi residenziali per disabili, soluzioni residenziali per le gravissime disabilità acquisite. Nuove opportunità assistenziali: ricoveri temporanei e di sollievo; iniziative di emersione e qualificazione del lavoro di cura delle assistenti familiari; servizi di e-care (in particolare telesoccorso e teleassistenza); iniziative di sostegno delle reti informali di solidarietà sociale (dal "portierato" al "custode sociale", "alloggi con servizi", ecc.) qualificabili come servizi di prossimità; consulenza e sostegno economico per l'adattamento delle abitazioni in cui vivono persone non autosufficienti.	5.740.000,00 mil. di euro di cui il 3,2% di tali risorse 183,446 mil. di euro viene destinata all'avvio del Fondo regionale (DGR n. 1051/2006). 311.000.000,00 mil. di euro complessivo impegno finanziario della Regione per l'anno 2007; (DGR n. 509/2007). 1.400.000,00 mil. di euro finalizzati alla realizzazione degli sportelli sociali (DGR n. 432/2008). 50.000.000,00 mil. di euro (legge finanziaria regionale 2007); 50.000.000,00 mil. di euro (legge finanziaria regionale 2008); 60.000.000,00 mil. di euro (legge finanziaria regionale 2009). ***** 7.957.228,26 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2007); 23.859.399,15 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2008); 31.839.131,31 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2009).

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA		
PROVVEDIMENTI NORMATIVI	PRESTAZIONI E SERVIZI	FINANZIAMENTI
Legge 31 marzo 2006, n. 6 – L’art. 41 istituisce il Fondo per l’autonomia possibile e per l’assistenza a lungo termine; DGR 8 settembre 2006, n. 2111 - L.R. n. 6/2006, art. 41 - Approvazione, in via definitiva, dei criteri di ripartizione per l’anno 2006 del Fondo per l’autonomia possibile e per l’assistenza a lungo termine; DPR 21 febbraio 2007, n. 35 - Regolamento di attuazione del Fondo per l’autonomia possibile e per l’assistenza a lungo termine di cui all’articolo 41 della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6. Approvazione; DPR 10 agosto 2007, n. 251 - Regolamento per la determinazione dei criteri di riparto e delle modalità di utilizzo del Fondo per l’autonomia possibile e per l’assistenza a lungo termine di cui all’art. 41, comma 3, della L.r. n. 6/2006. Approvazione;	Interventi a sostegno della domiciliarità: Assegno di autonomia possibile: intervento economico avente lo scopo di rendere possibile e sostenibile l’accudimento a domicilio delle persone in condizione di grave non autosufficienza; Contributo per l’aiuto familiare: beneficio economico previsto allo scopo di sostenere le situazioni in cui ci si avvale dell’aiuto di addetti all’assistenza familiare per l’accudimento delle persone in condizione di non autosufficienza; Sostegno alla vita indipendente: finanzia i progetti di vita indipendente; Sostegno a progetti in favore di persone con problemi di salute mentale: finanzia progetti sperimentali, a favore di persone con gravi problemi di salute mentale.	17,2 mil. di euro per il 2007 al Fondo per l’autonomia possibile e per l’assistenza a lungo termine. ***** 2.325.233,85 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2007); 6.953.107,97 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2008); 9.278.562,14 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2009).

REGIONE LAZIO		
PROVVEDIMENTI NORMATIVI	PRESTAZIONI E SERVIZI	FINANZIAMENTI
Legge regionale 23 novembre 2006, n. 20 - Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza; DGR 19 giugno 2007, n. 433 - Indicazioni e interventi per la realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e sociosanitarie. Incentivazione dei processi di de-ospedalizzazione nella Regione Lazio; DGR 31 luglio 2007, n. 601 - Art. 4 della legge regionale n. 20/2006. Fondo regionale per la non autosufficienza. Criteri e modalità per la ripartizione delle risorse del Fondo ed indirizzi della Regione per la realizzazione degli interventi e dei servizi per le persone non autosufficienti. Approvazione delle linee guida per l'utilizzazione delle risorse; DD 9 agosto 2007, n. 2768 - Riparto al comune di Roma e ai comuni ed enti capofila dei distretti socio-sanitari del Lazio delle risorse del Fondo regionale per la "non autosufficienza". Impegni di euro 12.925.268,00 es. fin. 2007; DGR 25 gennaio 2008, n. 40 - Adozione dello Strumento di Valutazione Multidimensionale regionale per l'ammissione e presa in carico di persone portatrici di problematiche assistenziali complesse negli ambiti domiciliare, semiresidenziale e residenziale: scheda RUG; Decreto 5 settembre 2008, n. 17 - Attuazione obiettivo specifico Piano di Rientro, punto 1.1 (1.1.1 1.2.1a): Approvazione del documento sulla riconfigurazione dell'offerta regionale di assistenza sanitaria extraospedaliera agli anziani in regime residenziale; DGR 22 dicembre 2008, n. 946 - Sperimentazione di interventi per favorire la permanenza o il ritorno nella comunità familiare di persone parzialmente o totalmente non autosufficienti in alternativa al ricovero in strutture socio-sanitarie. Approvazione linee programmatiche per l'utilizzazione dei finanziamenti statali assegnati nel 2008.	Assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, per anziani non autosufficienti, allo scopo di evitare il ricovero in strutture residenziali; Servizi di sollievo alla famiglia, per affiancare i familiari che accudiscono la persona non autosufficiente ovvero per sostituirli nelle stesse responsabilità di cura durante l'orario di lavoro e anche nei periodi di temporanea impossibilità di accudire la persona non autosufficiente; Dimissioni ospedaliere protette per soggetti temporaneamente non autosufficienti e non in grado di organizzare in modo autonomo il rientro al proprio domicilio e la continuazione delle cure, mediante l'organizzazione di interventi di assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, programmati in base ad una valutazione complessiva dei bisogni di tali soggetti; Assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, per i soggetti non autosufficienti con patologie cronico-degenerative; Interventi di sostegno alla persona disabile non autosufficiente ed alla famiglia, attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale, anche della durata di 24 ore e anche nelle giornate festive e prefestive; Programmi di aiuto alla persona gestiti in forma indiretta, mediante piani personalizzati, previa verifica del titolo professionale dell'operatore prescelto in relazione alle prestazioni da erogare; Interventi economici straordinari per concorrere ai costi di deistituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, dei disabili non autosufficienti e di qualsiasi altro soggetto non autosufficiente.	12.925.268,16 mil. di euro risorse regionali per l'anno 2007 (DGR n. 601/2007). Di cui: 4.000.000,00 mil. di euro (esercizio finanziario 2006) e di 12.000.000,00 mil. di euro (esercizi finanziari 2007 e 2008). ***** 8.394.171,09 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2007); 25.896.773,16 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2008); 34.557.901,31 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2009).

REGIONE LIGURIA		
PROVVEDIMENTI NORMATIVI	PRESTAZIONI E SERVIZI	FINANZIAMENTI
Legge regionale 24 maggio 2006, n. 12 – L’art. 46 istituisce il Fondo regionale per la non autosufficienza; DGR 20 ottobre 2006, n. 1106 - Programma della non autosufficienza ed indirizzi per l’utilizzo del Fondo; DCR 1° agosto 2007, n. 35 - Piano Sociale Integrato Regionale 2007-2010; DGR 7 marzo 2008, n. 219 -Indicazioni per l’avvio della prima fase di messa a regime del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza.	Sostegno alla domiciliarità: ampliamento della rete e potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare e assistenza domiciliare integrata, anche in sinergia con la riorganizzazione ospedaliera, con un incremento percentuale di assistenza sulla popolazione ultrasessantacinquenne; Potenziamento della residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria e sociale pubblica, accreditata e privata; Assegno servizi: misura economica per favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti.	10 mil. di euro stanziati dalla Regione per il 2007, di cui: 7.100.000,00 mil. di euro a favore dei Comuni capofila di Distretto Sociosanitario per il programma N.A. e 3.000.000,00 mil. di euro per l’Assegno servizi, (DGR n. 1106/2006); 12 mil. per il 2008; 21 mil. per il 2009. ***** 3.512.701,80 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2007); 10.504.331,44 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2008); 14.017.485,77 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2009).

REGIONE LOMBARDIA		
PROVVEDIMENTI NORMATIVI	PRESTAZIONI E SERVIZI	FINANZIAMENTI
Legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 – prevede un apposito Fondo a favore delle persone non autosufficienti che ha il fine di favorirne l'autonomia e la vita indipendente; DGR 30 marzo 2009, n. 8/9152 - Ripartizione delle risorse del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali anno 2008, del Fondo Sociale Regionale 2009 e del Fondo nazionale per le non Autosufficienze 2008. Progetti di legge n. 0363 del 15 gennaio 2009 e n. 0407 del 17 luglio 2009 di istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza; attualmente in discussione (assegnati alla Commissione referente III).	Buono sociale è un contributo in denaro destinato a compensare la famiglia che accudisce autonomamente a domicilio una persona fragile (care-giver non professionale); Voucher sociale è un contributo non in denaro destinato all'acquisto di prestazioni a carattere sociale erogate da operatori sociali (care-giver professione); Voucher socio-sanitario è un contributo non in denaro destinato all'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata, erogate da personale professionalmente qualificato (care-giver professionale). In particolare la DGR n. 8/9152 del 2009 con le risorse del Fondo N.A. prevede : - Erogazione-incremento di titoli sociali (buoni e voucher): destinati a famiglie con soggetti fragili in condizioni di non autosufficienza, potenziamento del SAD a favore di persone in condizione di non autosufficienza, finanziamento di progetti individuali di sostegno alla vita indipendente delle persone disabili gravi, attraverso l'assistente personale (Ambiti distrettuali). - Potenziamento ADI/voucher socio-sanitario per persone in condizioni di non autosufficienza (Asl).	94.915.901,87 mil. di euro risorse del F.N.P.S. 2008 di cui: - 82.675.000,00 mil. di euro agli ambiti distrettuali; - 12.240.901,87 mil. di euro alla regione. 85.200.000,00 mil. di euro risorse del Fondo Sociale Regionale; ***** 14.564.791,95 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2007); 44.083.734,18 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2008) agli ambiti territoriali distrettuali ed alle Asl, di cui: - 1.000.000,00 mil. di euro (Punto unico di accesso); - 1.000.000,00 mil. di euro (Piano di assistenza individualizzato); - 20.000.000,00 mil. di euro servizi socio-sanitari per domiciliarità; - 22.083.734,18 mil. di euro servizi socio-assistenziali per domiciliarità. 58.827.457,99 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2009) agli ambiti territoriali distrettuali ed alle Asl.

REGIONE MARCHE		
PROVVEDIMENTI NORMATIVI	PRESTAZIONI E SERVIZI	FINANZIAMENTI
Legge regionale 29 luglio 2008, n. 25 – L’art. 37 istituisce il Fondo regionale per la non autosufficienza	La previsione o il rafforzamento di strutture unitarie (punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi), che agevolino e semplifichino l’informazione e l’accesso ai servizi socio-sanitari; L’attivazione o il rafforzamento dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, prioritariamente domiciliari, destinati a favorire l’autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente; L’implementazione dei servizi di sollievo alla famiglia, nonché la definizione di interventi di sostegno alla persona non autosufficiente e al lavoro di cura gestito dalle famiglie in forma diretta o indiretta, mediante piani assistenziali individualizzati.	58.700.000,00 mil. di euro di cui: - 28.700.000,00 mil. di euro derivanti dai Fondi europei FAS e BEI; - 23.500.000,00 mil. di euro dal finanziamento nazionale; - 6.500.000,00 mil. di euro dal finanziamento regionale. Questi finanziamenti verranno utilizzati nel seguente modo: - 30 mil. per rafforzare i servizi; - 28,7 mil. per gli investimenti e la riqualificazione delle strutture residenziali per gli anziani non-autosufficienti. ***** 2.933.259,89 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2007); 8.811.246,45 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2008); 11.758.151,62 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2009).

REGIONE MOLISE		
PROVVEDIMENTI NORMATIVI	PRESTAZIONI E SERVIZI	FINANZIAMENTI
DGR 16 marzo 2009, n. 256 - Programma regionale di interventi per la non autosufficienza	Punti unici di accesso e presa in carico individualizzata. Implementazione della domiciliarità (assistenza domestica, assistenza domiciliare integrata, assistenza domiciliare Alzheimer, teleassistenza, telecontrollo e telesoccorso): - Assegno di cura: sostegno economico, erogato in favore delle famiglie, dell'importo massimo di 400,00 euro ad integrazione dell'assegno di accompagnamento, necessario per incrementare le risorse economiche destinate ad assicurare la continuità dell'assistenza alla persona non autosufficiente al fine di garantirne la permanenza nel proprio nucleo familiare evitando forme di istituzionalizzazione e ricoveri impropri; - Assegno di cura per persone allettate affette da patologie totalmente invalidanti (Sclerosi Laterale amiotrofica, Distrofia Muscolare, Sclerosi Multipla, Soggetti in stato vegetativo, etc., tutte in stato avanzato): sostegno economico dell'importo massimo di 400,00 euro ad integrazione dell'assegno di accompagnamento, erogato in favore di un familiare maggiorenne stabilmente convivente, che quotidianamente svolge attività di aiuto alla persona disabile anche mediante l'ausilio di assistenti familiari, assunti con regolare contratto di lavoro, o cooperative sociali con l'acquisto di prestazioni assistenziali; - Assistenza economica per la vita indipendente: sostegno economico dell'importo massimo di 400,00 euro da erogare alla persona non autosufficiente, richiesto dall'assistito al fine di gestire in prima persona la propria assistenza.	5.564.050,19 mil. di euro disponibilità complessiva anni 2007/2008/2009 di cui: - 5.364.633,95 mil. di euro Fondo nazionale N.A.; - 199.416,24 mil. di euro Fondo nazionale famiglia. Per l'attuazione del programma, nell'anno 2009, verrà utilizzata la somma complessiva di: 2.764.509,80 euro ripartita come segue: - 240.000,00 mila euro per teleassistenza/telecontrollo/telesoccorso; - 1.824.801,68 mil. di euro per assegno di cura; - 99.708,12 mila euro per assegno di cura per persone allettate affette da patologie totalmente invalidanti; - 600.000,00 mila euro per assistenza economica per la vita indipendente. Per l'anno 2010, invece, l'importo disponibile è pari a 2.799.540,39 euro ripartita come segue: - 240.000,00 mila euro per teleassistenza/telecontrollo/telesoccorso; - 1.859.832,27 mil. di euro per assegno di cura; - 99.708,12 mila euro per assegno di cura per persone allettate affette da patologie totalmente invalidanti; - 600.000,00 mila euro per assistenza economica per la vita indipendente. ***** 698.305,37 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2007); 2.097.901,19 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2008); 2.799.540,39 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2009).

REGIONE PIEMONTE		
PROVVEDIMENTI NORMATIVI	PRESTAZIONI E SERVIZI	FINANZIAMENTI
Legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1 - politiche per le persone anziane e disabili; DGR 13 novembre 2006, n. 50-4292 - accantonamento di 2 milioni di euro da destinare fra gli enti gestori delle funzioni socioassistenziali; DGR 12 marzo 2007, n. 43-5493 - attivazione delle procedure per la realizzazione del Piano regionale triennale degli interventi e dei servizi sociali e accantonamento ed assegnazione alla Direzione Politiche Sociali della somma di 180 mila euro; DGR 23 luglio 2007, n. 37-6500 - criteri di compartecipazione degli utenti anziani non autosufficienti al costo della retta; DGR 1 dicembre 2008, n. 37-10232 - indirizzi e criteri per l'ammissione al contributo per la realizzazione di strutture socio-sanitarie; DGR 28 luglio 2008, n. 35-9305 - interventi socio-sanitari a sostegno di anziani non autosufficienti; DGR 28 luglio 2008, n. 55-9323 - Definizione delle modalita' e dei criteri dell'utilizzo da parte delle A.S.L. e dei Soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali, delle risorse assegnate a livello nazionale, al "Fondo per le non autosufficienze" per l'anno 2007; DGR 6 aprile 2009, n. 39-11190 - Riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria ed istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungoassistenza di anziani non autosufficienti. Estensione dei criteri per la compartecipazione al costo delle prestazioni di natura domiciliare di cui alla DGR n. 37-6500 del 2007.	La regione prevede vari interventi a sostegno della domiciliarità: - buono famiglia: intervento economico a favore di un soggetto in condizioni di non autosufficienza nei casi in cui l'assistenza possa essere prestata da un familiare o da altre persone appartenenti a reti di solidarietà, quali il vicinato o al volontariato; - assegno di cura: intervento economico a favore di un soggetto in condizioni di non autosufficienza nei casi in cui l'assistenza sia prestata da personale regolarmente assunto dalla famiglia o dall'utente; - buono servizi: titolo valido per l'acquisto di specifiche prestazioni erogate da fornitori accreditati a favore di un soggetto in condizioni di non autosufficienza; - cure domiciliari in lungo assistenza; - letti di sollievo e semiresidenzialità. Per garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera è previsto l'inserimento per due mesi in Rsa a totale carico del Servizio sanitario regionale, indipendentemente dal reddito e sulla base del bisogno.	Nel 2007, per l'assistenza ad anziani non autosufficienti, ha speso complessivamente 37.900.000,00 mil. di euro a cui vanno aggiunti altri 27.000.000,00 mil. per le spese socio-residenziali di cui: - 5.000.000,00 mil. per le integrazioni alle rette sociali residenziali; - 10.000.000,00 mil. per Adi e centri diurni, - 2.000.000,00 mil. per allettati gravi e - 10.000.000,00 mil. per incrementare di 1000 posti letto le residenze convenzionate. Nel 2008, invece, ha stanziato 12.000.000,00 mil. di euro per interventi a sostegno della domiciliarità degli anziani non autosufficienti (DGR n. 35-9305/2008). 21.513.967,74 mil. di euro - somma complessiva finalizzata all'erogazione di contributi economici a sostegno della domiciliarità per anziani non autosufficienti in lungoassistenza. ***** Le risorse attribuite alla Regione quale quota parte del "Fondo per le non autosufficienze" per l'anno 2007 ammontano a 7.797.985,90 mil. di euro per l'attivazione in ogni distretto sanitario o 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. socio-assistenziali (DGR n. 55-9323/2008). 23.510.441,74 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2008); 31.373.465,74 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2009).

REGIONE PUGLIA		
PROVVEDIMENTI NORMATIVI	PRESTAZIONI E SERVIZI	FINANZIAMENTI
Legge regionale 10 luglio 2006, n. 19 - Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali; DGR 30 ottobre 2006, n. 1633 - Legge regionale 10 luglio 2006, n. 19 - art. 23, co. 1, lett. c) ed art. 33, co. 2, lett. c) - Istituzione dell'assegno di cura per le condizioni di disagio connesse ai carichi di cura familiari per situazioni di fragilità derivanti da non autosufficienza e disabilità; DGR 28 ottobre 2008, n. 1982 - Legge regionale 10 luglio 2006, n. 19 – art. 23, co. 1, lett. c) ed art. 33, co. 2, lett. c) - Assegno di cura per i carichi di cura familiari connessi a situazioni di fragilità per non autosufficienza e disabilità, Assegnazione risorse Bilancio di Previsione – Annualità 2008; DGR 28 ottobre 2008, n. 1984 - Del. G.R. n. 247 del 2008 “Fondo Nazionale per le non Autosufficienze”. Approvazione Linee guida regionali per le non autosufficienze (2008-2010); DGR 17 febbraio 2009, n. 168 - L.r. n. 19/2006 - Piano regionale delle Politiche Sociali (2009-2011) - Indirizzi per la formazione del Piano e per l'integrazione delle politiche sociali.	Assegno di cura per sostenere i possibili disagi economici cui va incontro un nucleo familiare che si fa carico della cura e della assistenza di una persona in condizione di fragilità, derivante da non autosufficienza (anziani e disabili psichici, fisici e sensoriali);	10.000.000,00 mil. di euro nel Bilancio regionale per l'annualità 2006 Assegno di cura (DGR n. 1800/2006); 5.000.000,00 mil. di euro a valere nel Bilancio di Previsione anno 2007 Assegno di cura (DGR n. 538/2007). 15.000.000,00 mil. di euro di Fondi regionali 2008 destinati alla seconda annualità dell'Assegno di cura. 50.655.374,89 mil. di euro a valere sulle risorse del FNA 2007-2009 per la fase di avvio di un piano integrato per le non autosufficienze, di cui: - 6.280.392,67 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2007); - 19.008.767,46 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2008); - 25.366.214,76 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2009). A queste si aggiungano le risorse provenienti dal Bilancio autonomo per il 2008 (v. sopra), che assegnano al Fondo per il finanziamento dell'Assegno di cura 15.000.000,00 mil. di euro, nonché le risorse che saranno assegnate alla Puglia a seguito del positivo conseguimento degli Obiettivi di Servizio di cui alla programmazione strategica 2007-2013, a valere sulle risorse FAS, che per il solo “Obiettivo ADI” ammonterebbero a circa 66.700.000,00 mil. di euro per l'intero periodo.

REGIONE SARDEGNA		
PROVVEDIMENTI NORMATIVI	PRESTAZIONI E SERVIZI	FINANZIAMENTI
Legge regionale 29 maggio 2007, n. 2 - L'art. 34 istituisce il Fondo regionale per la non autosufficienza; DGR 17 luglio 2007, n. 27/41 - prima attuazione dell'art. 34, co. 4, lett. a) della l.r. n. 2/2007: finanziamento dei piani personalizzati riferiti agli interventi per l'anno 2007 – 6 milioni di euro; DGR 2 agosto 2007, n. 30/34 - attuazione dell'art. 34, co. 4, lett. a) della l.r. n. 2/2007: finanziamento di un programma sperimentale di interventi a favore di persone che si trovino nelle condizioni di grave disabilità e non autosufficienza – 8 milioni di euro; DGR 31 ottobre 2007, n. 44/13 – attuazione dell'art. 34, co. 4, lett. b) ed f) della l.r. n. 2/2007: programma sperimentale a sostegno dei nuclei familiari che si avvalgono dell'aiuto di un assistente familiare – 6 milioni e 700 mila euro; DGR 20 dicembre 2007, n. 51/37 - finanziamento dei piani personalizzati a favore di persone con grave disabilità – 41 milioni e 111 mila euro.	Assistenza domiciliare di carattere socio-assistenziale; Contributi economici per avente diritto per l'assistente familiare che opera a domicilio della persona non autosufficiente; Residenzialità e semiresidenzialità.	120 milioni di euro per il 2007 da integrare con la quota delle risorse del Fondo nazionale per la N.A. ed è alimentato dai seguenti stanziamenti: - 25.000.000,00 mil. di euro risorse regionali destinate al potenziamento dell'assistenza domiciliare (di cui 2.500.000,00 mil. di euro per le cure domiciliari sanitarie); - 6.000.000,00 mil. di euro risorse regionali e statali destinate al sostegno nelle responsabilità di cura di persone non autosufficienti; - 9.000.000,00 mil. di euro risorse regionali e statali destinati al finanziamento delle azioni di integrazione socio-sanitaria; - 36.000.000,00 mil. di euro risorse regionali già destinate al finanziamento dei piani personalizzati per persone con disabilità grave; - 5.000.000,00 mil. di euro risorse regionali già destinate al programma sperimentale "ritornare a casa"; - 700.000,00 mila euro risorse regionali già destinate al programma per le assistenti familiari; - risorse regionali già destinate al finanziamento di leggi regionali a favore di soggetti con particolari patologie. ***** 2.614.073,59 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2007); 7.898.185,72 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2008); 10.539.719,40 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A.(anno 2009).

REGIONE SICILIA		
PROVVEDIMENTI NORMATIVI	PRESTAZIONI E SERVIZI	FINANZIAMENTI
Legge regionale 31 luglio 2003, n. 10 - interventi di carattere innovativo e sperimentale in ambito socio-sanitario da realizzare attraverso l'attribuzione, in base a livelli di reddito predeterminati, di erogazioni finanziarie denominate buoni socio-sanitari, da corrispondere con carattere periodico, in alternativa alle prestazioni di natura residenziale eventualmente dovute a nuclei familiari i quali comprendano nel loro ambito anziani non autosufficienti o disabili gravi (art. 10); DPR 7 luglio 2005 - definizione dei criteri per l'erogazione del buono socio-sanitario a nuclei familiari con anziani non autosufficienti o disabili gravi ex art. 10, l.r. n. 10/2003; DPR 7 ottobre 2005 - modifiche ed integrazioni al DPR 7 luglio 2005, concernente definizione dei criteri per l'erogazione del buono socio-sanitario a nuclei familiari con anziani non autosufficienti o disabili gravi ex art. 10, l.r. n. 10/2003: - anziani di età non inferiore ai 69 anni e 1 giorno; - nuclei familiari con reddito Isee non superiore a 7 mila euro; - misura massima di 450,78 euro mensili; - per un periodo non superiore a 6 mesi; DPR 6 marzo 2008 - nuovi criteri e modalità per l'erogazione del buono socio-sanitario a favore dei nuclei familiari con anziani non autosufficienti o con disabili gravi: - anziani di età non inferiore ai 65 anni e 1 giorno; - nuclei familiari con un reddito Isee non superiore a 9 mila euro; - il quantum del beneficio da erogare viene stabilito rispettivamente in 350,00 ed in 450,00 mensili, in base alla gravità del bisogno assistenziale (medio-lieve o medio-grave); - per un periodo non superiore a 3 mesi. DECRETO 2 luglio 2008 - nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio. Linee guida per l'accesso alle cure domiciliari che disciplinano l'accesso alle cure domiciliari dal 1° ottobre 2007; Decreto 2 marzo 2009 - Approvazione del Programma regionale delle politiche sociali e socio-sanitarie 2010-2012.	Il buono socio-sanitario si distingue in: - buono sociale: provvidenza economica a supporto del reddito familiare, finalizzata a sostenere la famiglia nel prendersi cura dei propri familiari, con l'impiego del <i>care giver</i> familiare e delle reti di solidarietà familiare o dei soggetti legati da rapporti consolidati con le famiglie; - buono di servizio (voucher): titolo per l'acquisto di specifiche prestazioni domiciliari erogate da <i>care giver</i> professionale presso organismi ed enti non profit, riconosciuti ed accreditati in armonia con quanto previsto dalle linee guida per l'attuazione del Piano sanitario regionale (DPRS 4 novembre 2002), liberamente scelti dalle famiglie in rapporto diretto alla condizione sofferta dal familiare o presso strutture ed operatori delle Aziende Usl. Linee guida per l'accesso alle cure domiciliari: - Sportello unico per l'integrazione socio-sanitaria: si sta attivando presso tutti i 62 distretti della Regione. Lo Sportello unico sarà gestito dai singoli distretti, con funzionamento 12 ore giornaliere per 6 giorni la settimana. Si intende in tal modo garantire la corretta informazione sulle strutture esistenti nel territorio dell'azienda sanitaria locale, in grado di guidare la persona verso risposte adeguate al bisogno segnalato, semplificando e facilitando i percorsi di accesso alle prestazioni. E' un processo graduale che, a regime, garantirà che la rete dei servizi sia pronta alle necessità del caso, in relazione alla gravità dello stesso ed alle risorse economiche del soggetto (stati di fragilità sociale); - sviluppo dell'assistenza domiciliare: deve superare i limiti prestazionali ed erogativi che ne hanno caratterizzato l'avvio; ne consegue che l'assistenza domiciliare scompare per essere sostituita e integrata nella nuova definizione di "cure domiciliari", come definito nel documento della Commissione nazionale L.E.A.; - istituzione e attivazione dell'ufficio distrettuale dell'assistenza distrettuale, affidato alla responsabilità del referente delle cure domiciliari. Una modalità mirata a chiarire le responsabilità e a creare un nodo organizzativo specifico per dare impulso alle attività domiciliari, anche quelle più complesse, integrate con i servizi sociali; - costituzione e attivazione dell'équipe multidisciplinare nel distretto: permette di superare la dispersione di risorse umane e professionali che si è venuta a creare nel tempo con la costituzione di varie équipes specialistiche. Le équipes si attiveranno per la valutazione multidimensionale del caso, per la predisposizione dei piani di assistenza e per l'attivazione degli interventi, con l'importante coinvolgimento del medico di medicina generale.	Risorse provenienti dal Fondo nazionale per le politiche sociali totale 208.430.466,81 mil. di euro, di cui: - 87.834.634,05 mil. di euro (anno 2007); - 60.297.916,38 mil. di euro (anno 2008); - 60.297.916,38 mil. di euro (previsione anno 2009). Schema generale di riparto delle risorse FNPS (anni 2007-2009): - Programmazione zonale Distretti socio-sanitari 130.291.459,44 mil. di euro; - Premialità Distretti socio-sanitari 14.590.132,68 mil. di euro; - Buono socio-sanitario Distretti socio-sanitari 30.200.000,00 mil. di euro; - Sperimentazioni e sistemi, gestione, avviamento e supporto tecnico della rete Regione - Assessorato della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali 33.348.874,69 mil. di euro. ***** 8.252.014,25 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2007); 24.872.970,70 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2008); 33.191.690,00 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2009).

REGIONE TOSCANA		
PROVVEDIMENTI NORMATIVI	PRESTAZIONI E SERVIZI	FINANZIAMENTI
DGR 26 aprile 2004, n. 402 - Azioni per la riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti in attuazione del P.S.R. 2002/2004 di cui alla D.C.R. n. 60/2002 e rideterminazione della quota capitaria sanitaria nelle R.S.A.; DGR 30 maggio 2006, n. 403 - inserimento nel Piano regionale di sviluppo 2006-2010, Punto 2.5, del Programma di interesse regionale sulla non autosufficienza, individuandolo come programma strategico regionale, con l'obiettivo di istituire uno specifico Fondo per la non autosufficienza; DCR 31 ottobre 2007, n. 113 - Piano integrato sociale regionale (P.I.S.R.) 2007-2010 - Prime linee sul progetto per l'assistenza continuativa a persone non autosufficienti; DGR 27 dicembre 2007, n. 1023 - Avvio di una "fase pilota" del progetto Assistenza continua alla persona non autosufficiente; Legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66 - Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza.	Le azioni di sistema necessarie riguardano: - diffusione dei punti unici di accesso; - riqualificazione delle unità di valutazione multidisciplinare presenti in ogni Zona/Distretto, per la definizione del programma assistenziale individuale e della verifica periodica degli esiti del percorso assistenziale; - azioni di prevenzione della non autosufficienza; - continuità di assistenza tra ospedale e territorio; - sviluppo di un sistema di risposte flessibili, in primo luogo territoriali, domiciliari e di sostegno alla cura familiare, e quindi residenziali, sulla base del principio di appropriatezza; - gestione unitaria ed integrata, da parte di soggetti istituzionali territoriali (Società della Salute) del Fondo per la non autosufficienza composto di risorse derivanti dal Fondo sanitario, dal Fondo sociale, dalla spesa dei Comuni e di altri soggetti locali.	8.722.252,48 mil. di euro di cui: - 7.157.034,75 mil. di euro (assistenza e integrazione per la non autosufficienza – Fondi statali); - 1.565.217,73 mi. di euro (F.N.P.S. - risorse per l'integrazione socio sanitaria - azioni progettuali realizzate da enti e aziende pubbliche), (DGR 27 n. 1023/2007 avvio fase pilota). La L.R. n. 66/2008, per quanto riguarda le risorse per la costituzione del Fondo, prevede: 43.000,00 mila euro (anno 2008); 210.000,00 mila euro (anno 2009); 210.000,00 mila euro (anno 2010). ***** 7.157.034,75 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2007); 21.479.781,71 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2008); 28.663.655,19 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2009).

REGIONE UMBRIA		
PROVVEDIMENTI NORMATIVI	PRESTAZIONI E SERVIZI	FINANZIAMENTI
Legge regionale 4 giugno 2008, n. 9 - Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni; DGR 16 febbraio 2009, n. 183 - D.G.R. n. 584 del 30/03/2005 - strutture destinate alla residenzialità permanente per persone disabili gravi. Adeguamento Tariffe; DGR 16 febbraio 2009, n. 184 - D.G.R. n. 391 del 27/03/2002 e D.G.R. n. 53 del 04/02/2004: Definizione tariffe regionali di riferimento da applicare nei rapporti tra il Servizio Sanitario Regionale e residenze protette per l'assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti - Adeguamento tariffe. DCR 3 marzo 2009, n. 290 - Piano regionale integrato per la non autosufficienza (PRINA) 2009/2011.	Domiciliarità e sostegno all'assistenza familiare: - servizi di assistenza domiciliare (tutelare e domestica); - interventi di sostegno alla famiglia (sostegno al <i>care giver</i>, assistenza psicologica, ecc.); - interventi di sollievo alla famiglia (interventi per brevi periodi anche in regime residenziale per fronteggiare le emergenze o le necessità di sollievo per le famiglie impegnate nel lavoro di cura della persona N.A.). Servizi semiresidenziali e residenziali (permanente e/o temporanea): - la semiresidenzialità in strutture che siano anche in grado di organizzare precorsi terapeutico riabilitativi per persone con particolari gravità; - la residenzialità anche attraverso il ricorso ai ricoveri temporanei di emergenza e/o di sollievo; - la microresidenzialità di tipo familiare, anche sulla base di progetti presentati dalle associazioni dei familiari; - il superamento delle attuali liste di attesa con il ricorso dei servizi domiciliari e di sollievo, sia attraverso il ricorso ai ricoveri in strutture semiresidenziali o con ricoveri temporanei.	31.750.000,00 milioni di euro di cui: - 7.000.000,00 milioni di euro dal Fondo nazionale per la non autosufficienza annualità 2007 e 2008; - 20.750.000,00 milioni di euro dal Servizio sanitario regionale (quota parte del Fondo sanitario nazionale); - 4.000.000,00 milioni di euro con risorse proprie regionali. ***** 1.759.806,01 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2007); 5.294.189,44 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2008); 7.064.821,36 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A.(anno 2009).

REGIONE VALLE D'AOSTA		
PROVVEDIMENTI NORMATIVI	PRESTAZIONI E SERVIZI	FINANZIAMENTI
Legge regionale 20 giugno 2006, n. 13 - Approvazione del piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006/2008	Per anziani: - residenziali pubbliche, private convenzionate e private; - semi-residenziali, pubbliche, private convenzionate e private; - servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI). Per disabili - servizi diurni; - servizi integrativi; - servizi residenziali di inserimento continuativo.	242.748,17 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2007); 732.863,21 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2008); 977.967,97 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A.(anno 2009).

REGIONE VENETO		
PROVVEDIMENTI NORMATIVI	PRESTAZIONI E SERVIZI	FINANZIAMENTI
Legge regionale 30 gennaio 2004, n. 1 – Art. 34, co. 1 assistenza alle persone non autosufficienti; DGR 28 febbraio 2006, n. 464 - Nuovo assetto del sistema della residenzialità; DGR 20 febbraio 2007, n. 394 - Assistenza socio-sanitaria alle persone anziane non autosufficienti nei servizi residenziali; DGR 28 marzo 2007, n. 827 – Il sistema della domiciliarità: finanziamento per l'anno 2007 dei Piani Locali per la Domiciliarità e dei Piani Locali della Disabilità; Legge regionale 27 febbraio 2008, n. 1 - L'art. 3 istituisce il Fondo regionale per la non autosufficienza.	Residenzialità: - assistenza riabilitativa residenziale per anziani non autosufficienti presso strutture; - assistenza riabilitativa semiresidenziale per anziani presso centri diurni; - assistenza riabilitativa residenziale per disabili. Domiciliarità: - trasferimenti alle amministrazioni pubbliche a favore degli utenti disabili dei CEOD; - interventi a favore delle persone disabili e loro famiglie; - interventi a favore degli anziani non autosufficienti.	Le risorse regionali destinate agli interventi previsti nei Piani locali per la domiciliarità per i non autosufficienti sono ripartite in: - 38.202.778, 00 mil. di euro assegni di cura; - 16.030.898,00 mil. di euro assistenza domiciliare; - 6.034.106, 00 mil. di euro interventi di sollievo alle famiglie, la formazione degli operatori e altri interventi, (DGR n. 827/2007). Le risorse regionali destinate agli interventi territoriali e domiciliari previsti nei Piani locali per la disabilità ammontano complessivamente a 10.100.000,00 mil. di euro ripartite in: - 9.100.000,00 mil. di euro per interventi di promozione dell'autonomia personale; - 1.000.000,00 mil. di euro per realizzare progetti innovativi inerenti i centri diurni per disabili, (DGR n. 827/2007). Per il 2008: 481.000.000,00 mil. di euro per la residenzialità. Vengono accorpate in questo settore le voci relative all'assistenza riabilitativa residenziale per anziani N.A. presso strutture (429 mil. di euro stanziati dalla Giunta nel 2008), l'assistenza riabilitativa semiresidenziale per anziani presso centri diurni (6 mil. di euro), l'assistenza riabilitativa residenziale per disabili (46 mil. di euro); 98.310.000,00 mil. di euro per la domiciliarità. Vengono accorpate le seguenti voci: trasferimenti alle amministrazioni pubbliche a favore degli utenti disabili dei CEOD – Centro educativo occupazionale diurno (6,1 mil. di euro stanziati nel 2008), interventi a favore delle persone disabili e loro famiglie (26,9 mil. di euro), interventi a favore degli anziani non autosufficienti (58,3 mil. di euro). ***** 7.561.822,61 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2007); 22.782.033,49 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2008); 30.401.442,68 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2009).

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO		
PROVVEDIMENTI NORMATIVI	PRESTAZIONI E SERVIZI	FINANZIAMENTI
Legge provinciale 12 ottobre 2007, n. 9 - Interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti – Art. 4 istituzione del Fondo per l'assistenza ai non autosufficienti, suddiviso in: - Fondo prestazioni destinato alla gestione e alla copertura finanziaria della spesa corrente per le prestazioni in atto; - Fondo integrativo a capitalizzazione destinato alla copertura a lungo termine della spesa per le prestazioni future. DGP 23 giugno 2008, n. 2231 - Modalità di erogazione delle prestazioni del Fondo per l'assistenza ai non autosufficienti e modalità di gestione del Fondo stesso; DGP 7 luglio 2008, n. 2452 - Definizione delle prestazioni di cura e assistenza rilevanti ai fini della legge di assistenza ai non autosufficienti.	Servizi di assistenza domiciliare ambulante semiresidenziale e residenziale di qualità. Assegno di cura destinato alla cura e all'assistenza adeguata della persona non autosufficiente, in particolare con le seguenti finalità: - sostegno economico della persona non autosufficiente per la propria cura ed assistenza; - pagamento della tariffa per l'utenza del servizio di aiuto domiciliare o dell'ospitalità presso servizi semiresidenziali o residenziali; - copertura delle spese previdenziali a favore dei familiari che prestano l'assistenza; - copertura dei costi a sostegno della "vita indipendente".	Alla spesa complessiva di 242,39 milioni di euro a carico del bilancio provinciale per gli esercizi 2008 e 2009 si provvede nel modo seguente: a) 197,70 milioni di euro mediante quote degli stanziamenti previsti nel bilancio pluriennale per il biennio 2008-2009, alla funzione-obiettivo 9, lettera b.1, per l'importo di 104,69 milioni di euro e alla funzione-obiettivo 10, lettera b.1, per l'importo di 93,01 milioni di euro, per l'attuazione degli interventi previsti ai sensi delle disposizioni di legge provinciale che cessano di aver attuazione con l'entrata in vigore della presente legge; b) all'ulteriore maggior spesa di 44,69 milioni di euro mediante corrispondente quota dello stanziamento previsto nel bilancio pluriennale per il biennio 2008-2009 alla funzione-obiettivo 27, lettera b.1. ***** 733.344,42 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2007); 2.214.772,83 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2008); 2.955.499,53 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A.(anno 2009).

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO		
PROVVEDIMENTI NORMATIVI	PRESTAZIONI E SERVIZI	FINANZIAMENTI
Legge provinciale 28 maggio 1998, n. 6 - Interventi a favore degli anziani e delle persone non autosufficienti o con gravi disabilità; Legge provinciale 27 luglio 2007, n. 13 - Politiche sociali nella provincia di Trento.	Assistenza nell'ambito familiare e a domicilio; Strutture residenziali o semiresidenziali.	845.783,83 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2007); 2.539.708,60 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A. (anno 2008); 3.389.109,47 mil. di euro dal Fondo nazionale N.A.(anno 2009).

VII. CONSIDERAZIONI SULLE ESPERIENZE REGIONALI DEL FONDO N.A.

Come anticipato in precedenza il Fondo per la non autosufficienza è uno strumento recente nel contesto italiano e solo negli ultimi due anni è cresciuto il numero delle esperienze avviate.

Il breve periodo di implementazione, pertanto, non permette approfondite valutazioni di merito sull'efficacia dello strumento o sulla sua valenza nel lungo periodo, ma le esperienze avviate consentono di effettuare considerazioni sulla definizione del Fondo quale strumento locale.

La maggior parte delle Regioni si riferisce a persone non autosufficienti, anziani e disabili, che non possono provvedere alla cura della propria persona senza l'aiuto determinante di altri soggetti.

Le Regioni Friuli Venezia Giulia, la Regione Liguria e, in particolare, la Provincia Autonoma di Bolzano individuano in maniera più precisa i destinatari del Fondo indicando i requisiti di cui devono essere in possesso i soggetti per accedere ai benefici. In particolare:

- la Regione Friuli Venezia Giulia si riferisce a persone che, per la loro condizione di non autosufficienza, non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri.

I requisiti di cui devono essere in possesso le persone sono: età pari o superiore a sessantacinque anni in condizioni di non autosufficienza connotata dalla perdita di almeno due attività del vivere quotidiano (ADL), età inferiore a sessantacinque anni in condizione di grave disabilità, età inferiore ai sessantacinque anni in condizione di grave non autosufficienza temporanea con perdita di almeno due ADL, persone affette da gravi patologie dementigene e persone inserite in progetti di vita indipendente;

- la Regione Liguria si riferisce a persone con grave disabilità permanente impossibilitate a svolgere le funzioni della vita quotidiana e quelle dedicate alla cura della persona, con difficoltà nelle relazioni umane e sociali, nelle attività strumentali, nella mobilità e nell'uso dei mezzi di comunicazione.

Si tratta, più precisamente, di anziani (con invalidità totale al 100% e indennità di accompagnamento; almeno 5 ore di assistenza nelle 24 ore; scheda di valutazione della non autosufficienza compilata dal MMG; e certificazione Isee con valore non superiore a 40.000 euro) e disabili con (invalidità totale al 100%, con gravità riconosciuta dalla l. n. 18/1980, oppure ai sensi degli artt. 3 e 4 della l. n. 104/1992; minori 0/3 anni: certificazione del neuropsichiatra infantile dell'ASL o di Azienda Ospedaliera o Universitaria o di Istituto Scientifico; almeno 5 ore di assistenza nelle 24 ore; certificazione Isee con valore non superiore a 40.000 euro).

- la Provincia Autonoma di Bolzano, invece, si riferisce a persone incapaci in misura rilevante o permanente, a causa di patologie o disabilità fisiche, psichiche o mentali di svolgere le attività della vita quotidiana e che necessitano dell'aiuto regolare di un'altra persona. Accede ai Fondi solo chi ha la residenza da almeno 5 anni in Trentino Alto Adige o la residenza storica di 15 anni di cui almeno uno antecedente alla domanda.

L'importo delle prestazioni dipende unicamente dal livello della disabilità e non dipende né dall'ammontare dei contributi precedentemente pagati né dalla condizione economica del beneficiario.

Per quanto riguarda gli interventi nei contesti esaminati gli obiettivi maggiormente dichiarati sono: il miglioramento dei servizi ed il potenziamento e sostegno della domiciliarità. La Regione Basilicata ha come obiettivo di realizzare un organico complesso di interventi di assistenza per l'autonomia possibile e per le cure a lungo termine; la Regione Emilia Romagna oltre agli interventi tipici quali l'assegno di cura, l'assistenza domiciliare, le strutture diurne e le strutture residenziali individua nuove opportunità assistenziali quali ricoveri temporanei e di sollievo, iniziative di emersione e qualificazione del lavoro di cura delle assistenti familiari, telesoccorso e teleassistenza, servizi di prossimità (portierato, custode sociale, alloggi con servizi) consulenza e sostegno economico per l'adattamento delle abitazioni dove vivono persone non autosufficienti; la Regione Friuli Venezia Giulia a sostegno della domiciliarità prevede l'assegno di autonomia possibile, il contributo per l'aiuto familiare, il sostegno alla vita indipendente e il sostegno a progetti in favore di persone con problemi di salute mentale; la Regione Lazio prevede l'assistenza domiciliare integrata allo scopo di evitare il ricovero anche per soggetti non autosufficienti con patologie cronico-degenerative, servizi di sollievo alla famiglia, dimissioni ospedaliere protette, interventi di sostegno alla persona disabile non autosufficiente ed alla famiglia, programmi di aiuto alla persona gestiti in forma indiretta mediante piani personalizzati, interventi economici straordinari; la Regione Liguria estende il sostegno alla domiciliarità, potenzia l'assistenza residenziale e semiresidenziale pubblica, privata e convenzionata, proseguimento della contribuzione economica a partire dall'esperienza dell'assegno servizi che maggiora l'indennità di accompagnamento; la Regione Marche prevede la previsione o il rafforzamento di strutture unitarie che agevolino e semplifichino l'informazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari, l'attivazione o il rafforzamento dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, prioritariamente domiciliari, destinati a favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente, l'implementazione dei servizi di sollievo alla famiglia, nonché la definizione di interventi di sostegno alla persona non autosufficiente e al lavoro di cura gestito dalle famiglie in

forma diretta o indiretta, mediante piani assistenziali individualizzati; la Regione Sardegna ha come obiettivo di realizzare un programma di *Welfare* regionale locale; la Regione Toscana prevede interventi domiciliari sociosanitari, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta dal servizio pubblico; interventi in forma indiretta, domiciliari o per la vita indipendente, tramite titoli per l'acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali, in coerenza con la programmazione regionale; inserimenti in strutture semiresidenziali; inserimenti temporanei o di sollievo in residenza; inserimenti permanenti in residenza; la Regione Umbria con il programma assistenziale personalizzato individua obiettivi ed esiti attesi in termini di mantenimento e miglioramento delle condizioni di salute; la Regione Veneto oltre agli interventi relativi al comparto domiciliarità (trasferimenti alle amministrazioni pubbliche a favore degli utenti disabili dei Centri educativi occupazionali diurni, interventi a favore delle persone disabili e loro famiglie e degli anziani non autosufficienti) fa riferimento anche al comparto residenzialità: assistenza riabilitativa residenziale per anziani presso strutture, l'assistenza riabilitativa semiresidenziale presso centri diurni e l'assistenza riabilitativa residenziale per disabili; infine, la Provincia Autonoma di Bolzano prevede l'assegno di cura in cui confluiscono le risorse per il contributo di accompagnamento e per l'assistenza domiciliare.

E' interessante rilevare che le Regioni includono l'indennità di accompagnamento nell'ambito del Fondo regionale. Si tratta di una scelta strategica compiuta dalla maggior parte delle Regioni, ad eccezione della Liguria che "affianca" le due misure: erogazione monetaria derivante dal Fondo regionale non autosufficienza e indennità di accompagnamento.

In realtà, questo sottende anche la necessità di rivedere complessivamente le misure nazionali per la non autosufficienza, in un'ottica innovativa, integrata rispetto ai bisogni globali della persona. E' ben nota, infatti, la difficoltà delle persone che devono seguire diversi percorsi per accedere ai benefici.

Per quanto riguarda le scelte di copertura finanziaria del Fondo nelle diverse esperienze regionali le strategie principalmente utilizzate sono la razionalizzazione dei flussi *long term care* e l'apertura verso l'esterno: la prima strategia comporta un'organizzazione interna dei flussi, mentre la seconda richiede un'apertura verso l'esterno che coinvolge direttamente il cittadino o altro soggetto privato e/o pubblico.

Per ciò che attiene le forme di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini va rilevato, in generale, che il cittadino può essere chiamato a pagare tramite una tassa di scopo (definita come tale o inserita nella tassazione generale) oppure con un sistema di assicurazione sociale che non può che essere obbligatoria, in quanto se fosse volontaria si avrebbe un sistema fondamentalmente

iniquo, oppure può essere chiamato a contribuire direttamente alla spesa delle singole attività attraverso un riadattamento o revisione della quota di compartecipazione.

Indipendentemente dalla modalità scelta (donazioni, co-finanziamenti *ad hoc*, ecc.) un soggetto pubblico e/o privato interviene perché interessato alla politica, al fenomeno e/o alla sua rilevanza sociale.

E' importante specificare come la strategia maggiormente utilizzata è la razionalizzazione finanziaria che passa attraverso un'unificazione delle spese sanitarie e sociali riconducibili alla cura continuativa.

Le principali voci di composizione del Fondo sono: il Fondo nazionale politiche sociali, il Fondo sociale regionale e il Fondo sanitario regionale. Interessante è il caso della Regione Sardegna che anche se attua una strategia di razionalizzazione interna include anche i contributi ottenuti dai Fondi comunitari su progetti specificamente indirizzati alla popolazione anziana.

Per quanto riguarda l'entità del Fondo in molte Regioni è cofinanziato con ingenti risorse regionali, tanto che il Fondo regionale per le non autosufficienze è in alcuni casi anche dieci volte superiore al finanziamento nazionale (Emilia Romagna, Toscana, Veneto) e in alcune Regioni nel Fondo confluiscono sia risorse del Fondo nazionale politiche sociali sia risorse del Fondo sanitario nazionale, per la quota parte riferita agli interventi sanitari e sociosanitari territoriali (domiciliari, semiresidenziali e residenziali).

Per quanto riguarda, infine, la gestione del Fondo in alcune Regioni (Emilia Romagna, Liguria, Marche, Toscana, Umbria e Veneto) e nella Provincia Autonoma di Bolzano è tipo sociosanitario mentre nelle altre Regioni (Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Lazio e Sardegna) è di tipo sociale.

In conclusione, si rileva che l'istituzione di un Fondo per la non autosufficienza rappresenta, nel quadro regionale, una scelta mirante a destinare risorse ed interventi per garantire una maggiore appropriatezza, equità ed uniformità dell'accesso ai servizi da parte delle persone non autosufficienti; non si tratta, invece, di un sistema di tipo assicurativo (con l'eccezione dell'esperienza della Provincia Autonoma di Bolzano), né di un sistema unicamente di tipo finanziario. L'esigenza sottesa a queste scelte è quella di avviare e consolidare un programma complessivo verso un'area di bisogno sempre crescente e che non può trovare adeguata risposta in interventi marginali o settoriali. Una cornice istituzionale, nazionale e condivisa con le Regioni e con le Autonomie locali in quest'ambito è necessaria e richiesta dalle stesse Regioni, come emerge dal recente dibattito sulla conferma del finanziamento per il Fondo nazionale per le non autosufficienze che ha trovato una sua prima definizione nell'Accordo del 23 ottobre 2009, relativo

agli elementi essenziali per la definizione del nuovo Patto per la Salute 2010-2012 (il Fondo è stato rifinanziato, seppure con risorse limitate, pari a 400 milioni di euro per l'anno 2010).

Ulteriori definizioni si possono attendere ed auspicare nel Patto della Salute ma anche nel prossimo Piano sanitario nazionale nell'obiettivo non solo di un riequilibrio tra attività e risorse tra ospedale e territorio ma anche di sviluppo di un sistema di assistenza primaria e di una politica della non autosufficienza che rappresenta un'esigenza ineludibile ed un importante investimento per il nostro Paese.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

AGENAS, *Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle Regioni italiane*, in www.agenas.it, 23 giugno 2009, coordinatore BELLENTANI M.D.

AGENAS, *Rilevazione dell'attuale spesa pubblica per l'assistenza sociosanitaria agli anziani non autosufficienti e quantificazione del fabbisogno finanziario per garantire livelli standard*, in www.agenas.it, 23 giugno 2009, coordinatore scientifico TRABUCCHI M.

ASSR, *Assistenza agli anziani non autosufficienti: uno studio dell'ASSR su prestazioni, modalità di finanziamento e modelli organizzativi possibili; cosa accade in Europa; le proposte di legge in discussione in Italia; il rapporto della Commissione "Maroni/Sirchia"; il quadro delle iniziative regionali*, in *Monitor*, 4/2003.

BALDUZZI R. - DI GASPARE G. (a cura di), *Il nuovo Welfare State dopo la riforma del Titolo V. Sanità e assistenza a confronto*, Milano, Giuffrè, 2005.

BALDUZZI R. - DI GASPARE G. (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, Giuffrè, 2002.

BANCHERO A., *Le risposte della Liguria alla non autosufficienza: la rete dei servizi e il Fondo Regionale sulla Non Autosufficienza*, in *L'Arco di Giano*, 2006, 50.

BARBIERI C. – ROMANO V. (a cura di), *L'invecchiamento attivo in Europa*, in formare.it, 2009.

BELTRAMETTI L., *I costi di un fondo per la non autosufficienza in Italia: alcune simulazioni*, in *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, GORI C. (a cura di), Bologna, Il Mulino, 2006.

BELTRAMETTI L., *Le soluzioni di Trento e Bolzano*, in www.lavoce.info, 2 settembre 2003.

BELTRAMETTI L. - WEBER P. (a cura di), *Il Fondo per la non autosufficienza in Provincia di Trento*. Assessorato alle politiche sociali e alla salute, Trento 2002.

BOSI P. - GUERRA M.C. - SILVESTRI P., *Il finanziamento dei servizi per la non autosufficienza nel quadro della riforma del Titolo V*, in *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, GORI C. (a cura di), Bologna, Il Mulino, 2006.

CASANOVA G., *I fondi regionali per i non autosufficienti*, in *Prospettive sociali e sanitarie*, 2008, 14.

CASANOVA G., *Il fondo regionale per la non autosufficienza in Liguria. I luoghi della cura*, 2007, 2.

CASANOVA G., *Il sistema di finanziamento delle politiche sociali, in percorsi regionali per il governo delle politiche sociali: scelte a confronto*, Formez e Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2006.

CASEY B. et al., *Policies for an ageing society: recent measures and areas for further reform*, Paris, OECD, 2003.

CENSIS, *Il futuro della sanità integrativa*, 2007.

CGIL - CISL - UIL, *Proposta di legge per iniziativa popolare per la non autosufficienza*, Roma, 2005.

CNEL, *La non autosufficienza in Italia: realtà esistente e prospettive di soluzione. Osservazioni e proposte*, Assemblea 27 novembre 2003.

COMMISSIONE DELLA COMUNITÀ EUROPEA – *Il futuro demografico dell'Europa, trasformare una sfida in un'opportunità*, 2006.

COMMISSIONE DELLA COMUNITÀ EUROPEA – *Relazione comune su servizi sanitari e assistenza agli anziani: strategie nazionali di sostegno per assicurare un livello elevato di protezione sociale*, Bruxelles, 2003.

COYTE P.C. - GOODWIN N. - LAPORTE A., *How can the settings used to provide care to older people be balanced?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.

COSTA G., *Politiche per la non autosufficienza in età anziana. Attori, risorse e logiche a partire dal caso lombardo*, Roma, Carocci, 2007.

DA ROIT B., *La riforma dell'indennità di accompagnamento*, in *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, GORI C. (a cura di), Bologna, Il Mulino, 2006.

DE RUGGERI M.A. - SALZA M.C. - SELLI E. - CERVELLI S., *Verso una definizione della non autosufficienza nell'anziano*, in *Geriatrics*, 2/2007.

FNP – CISL Rapporto, *Anziani e disabili: un Paese, 20 trattamenti diversi*, (18 gennaio 2008).

FORMEZ, *L'attuazione della riforma del welfare locale*, Roma, Formez, 2003.

FRIED L.P. - FERRUCCI L. - DARER J. - WILLIAMSON J.D. - ANDERSEN G., *Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care*, J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 59/2004, 255-263.

FRIED L.P. - TANGEN C.M. - WALSTON J. et al., *Frailty in older adults: evidence for a phenotype*, J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 56/2001, 146 -156.

GORI C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Bologna, Il Mulino, 2006.

GORI C. (a cura di), *La riforma dei servizi sociali in Italia. L'attuazione della legge 328 e le sfide future*, Roma, Carocci, 2004.

GORI C., *Il finanziamento dell'assistenza per gli anziani non autosufficienti: strategie a confronto*, in *Rapporto sanità 2003 - Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie*, FALCITELLI N. - TRABUCCHI M. - VANARA F. (a cura di), Bologna, Il Mulino, 2003.

GUZZANTI E., *L'assistenza primaria in Italia dalle condotte mediche al lavoro di squadra*, Roma, Iniziative Sanitarie, 2009.

GUZZANTI E. - MASTROBUONO I. - BOVA D., *Le forme integrative di assistenza sanitaria e sociosanitaria in Italia: le ragioni e l'evoluzione di un programma di interventi per il loro sviluppo*, in *Organizzazione Sanitaria*, 4/2008.

GUZZANTI E. - MASTROBUONO I. - BOVA D., *Gli anziani e la non autosufficienza: una sfida sanitaria, sociale e finanziaria*, in *Igiene e Sanità Pubblica*, 6/2002, pagg. 393-400.

GUZZANTI E. - LONGHI T., *Medicina di base e medicina ospedaliera*, in *Federazione medica*, 9/1985, pagg. 1005-1011.

HANAU C. - IURLARO F., *Per l'istituzione di un fondo per la non autosufficienza*, in *Rapporto Sanità 2005 - Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari*, GENSINI G.F. - RIZZINI P. - TRABUCCHI M. - VANARA F. (a cura di), Bologna, Il Mulino, 2005.

HOGAN D.B. - MACKNIGHT C. - BERGMAN H., *Models, definitions, and criteria of frailty*, *Aging Clin Exp Res (Suppl. 3)*, 15/2003, 3-29.

IL SOLE 24 ORE SANITÀ, *Non autosufficienza, Regioni in pista con il fai-da-te*, 25-31 dicembre 2007.

ISTAT, *Indagine sui presidi residenziali e socio-assistenziali al 31 dicembre 2005*, Roma, 2008.

ISTAT, *Indagine multiscopo sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, Roma, 2005.

ISTAT, *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari (ISTAT, 2004-2005)*.

ISTAT, *Indagine Multiscopo Anni 1999 – 2000*, Roma, 2001.

ISVAP, *Il costo ed il finanziamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, Quaderni 2001, 11.

ISVAP (in collaborazione con il Censis), *La non autosufficienza degli anziani: il caso italiano alla luce delle esperienze estere*, 2007.

LAWTON M.P. - BRODY E.M., *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*, *Gerontologist*, 9/1969, 179-186.

LEONARDI M. - BICKENBACH J. - RAGGI A. - SALA M. - GUZZON P. - VALSECCHI M. R. - FUSARO G. - RUSSO E. - FRANCESCUTTI C. - NOCENTINI U. - MARTINUZZI A., *Training on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): the ICF-DIN Basic and the ICF-DIN Advanced Course developed by the Disability Italian Network*, *The Journal of Headache and Pain*, vol. 6, 3/2005, 159-164.

MANGANO M. - RINALDI A., *Sulle ragioni di una legge di iniziativa popolare per la non autosufficienza*, in *La rivista delle Politiche Sociali*, 2005, 4.

MASTOBUONO I. - GUZZANTI E. - CICCHETTI A. - MAZZEO M.C., *Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie. Il ruolo delle forme integrative di assistenza*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1999.

MELE S. - SCICLONE N., *Ipotesi per la costituzione di un fondo per la non autosufficienza in età anziana*, in *Ricchezza e povertà. Condizioni di vita e politiche pubbliche in Toscana*, BALBI P. - LEMMI A. - SCICLONE N. (a cura di), Milano, Franco Angeli, 2006.

MERLIS M., *Long term care financing: models and issues*, National Academy of Social Insurance, 2004.

MINISTERO FRANCESE DEGLI AFFARI SOCIALI DEL LAVORO E DELLA SOLIDARIETÀ, *Note d'information sur l'allocation personnalisée d'autonomie*, Paris, 2003.

MINISTERO FRANCESE DEL LAVORO - MINISTERO FRANCESE DELLA SALUTE E DELLA SOLIDARIETÀ, DIREZIONE DELLE RICERCHE, DEGLI STUDI E DELLE VALUTAZIONI STATISTICHE, *L'allocation personnalisée d'autonomie au 30 juin 2006*, Paris, 2006.

MINISTERO FEDERALE TEDESCO DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA SOCIALE, *Selected facts and figures about long term care insurance*, 2005.

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI, *Libro bianco sul Welfare*, Roma, 2003.

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI, *I livelli essenziali delle prestazioni nel settore dell'assistenza*, Roma, 2004.

MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI, *Libro Bianco sul futuro del modello sociale. La vita buona nella società attiva*, Roma, 2009.

MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI, *Libro Verde sul futuro del modello sociale. La vita buona nella società attiva*, Roma, 2008.

MONTEMURRO F., *Regioni e politiche per la non autosufficienza: un'indagine Spi Cgil*, in www.governareilterritorio.it, 2008.

MURARO G. - REBBA V. - MARCOMINI C., *I fondi sanitari integrativi in Italia, i risultati di un'indagine empirica – Rapporto finale*, 2004.

OECD, *Projecting OECD health and longterm care expenditures: what are the main drivers?* Paris, OECD, 2006.

OMS, *Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali (ICD-10)*, Milano, Masson, 1992.

OMS, *Classificazione Internazionale delle menomazioni, disabilità e degli handicap (ICIDH)*, Cles, 1980.

OMS, *Classificazione Internazionale del Funzionamento, delle Disabilità e della Salute (ICF)*, Trento, Erickson, 2001.

PACI S. (a cura di), *Il rischio di non autosufficienza e l'offerta assicurativa in Italia*, Milano, EGEA, 2003.

PAVOLINI E., *Regioni e politiche sociali per gli anziani. Le sfide della non autosufficienza*, Roma, Carocci, 2004.

RAPPORTO 2009 su *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, promosso dall'IRCCS – INRCA per L'Agenzia nazionale per l'invecchiamento.

RANCI C., *Criteri di Equità e selettività nella tutela pubblica della non autosufficienza*, in *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, GORI C. (a cura di), Bologna, Il Mulino, 2006.

RECHEL B. - DOYLE Y. - GRUNDY E. - MCKEE M., *How can health systems respond to population ageing?*, - Policy brief n.10 health systems and policy analysis, 2009.

SALTMAN R.B. - DUBOIS H. F. W. - CHAWLA M., *International Survey of Social and Health Policy - The impact of aging on long-term care in Europe and some potential policy responses*, International Journal of Health Services, vol. 36, 4/2006, 719–746.

SANTOS-EGGIMANN B. - CUÉNOUD P. - SPAGNOLI J. - JUNOD J., *Prevalence of Frailty in Middle-Aged and Older Community-Dwelling Europeans Living in 10 Countries*, J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 6/2009, 675-681.

SCIACCALUGA B., *Il fondo regionale per la non autosufficienza*, in *AeA informa*, 2007, 3/4.

SEBASTIANI G. - IANNUCCI L. - VANNONI F., *Disabilità e non autosufficienza*, in *Approfondimenti sull'Indagine multiscopo Istat salute 2005*, Supplemento al Monitor 2008, 22.

SERENI A., *La riforma dell'assistenza sociale. La legge-quadro n. 328/2000 e le norme di attuazione*, Firenze, ed. It.Comm., 2003.

TARONI F., *Fra apocalittici e integratori: ragioni e problemi di un Fondo per la non autosufficienza*, in *La rivista delle Politiche Sociali*, 2007.

TRABUCCHI M., *I vecchi, la città e la medicina*, Bologna, Il Mulino, Fondazione Smith Kline, 2005.

WHO, The World Health Report 2008, *Primary Health Care - Now More Than Ever*, Geneva, WHO, 2008.

WHO, *Active Ageing. A Policy Framework*, WHO/NMH/NPH/02.8.

ALLEGATO:

Ricognizione normativa regionale sulla Non Autosufficienza

REGIONE ABRUZZO.....	82
REGIONE BASILICATA.....	86
REGIONE CALABRIA.....	87
REGIONE CAMPANIA.....	89
REGIONE EMILIA ROMAGNA.....	92
REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA.....	97
REGIONE LAZIO.....	100
REGIONE LIGURIA.....	102
REGIONE LOMBARDIA.....	106
REGIONE MARCHE.....	107
REGIONE MOLISE.....	109
REGIONE PIEMONTE.....	110
REGIONE PUGLIA.....	114
REGIONE SARDEGNA.....	118
REGIONE SICILIA.....	121
REGIONE TOSCANA.....	124
REGIONE UMBRIA.....	128
REGIONE VALLE D’AOSTA.....	131
REGIONE VENETO.....	131
PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO.....	137
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO.....	139

REGIONE ABRUZZO

DGR 31 luglio 2006, n. 866 *“Interventi a favore delle famiglie che assistono in casa persone anziane con più di sessantacinque anni non autosufficienti”*³⁷.

Con l'atto n. 866/2006 la Giunta delibera di approvare i criteri e modalità di riparto e assegnazione delle risorse ai 35 ambiti territoriali sociali per il finanziamento di interventi a favore del sostegno alle famiglie che assistono in casa anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti per un importo di 2.500.000,00 euro di cui all'allegato A) al presente atto che ne forma parte integrante e sostanziale; di ripartire ed assegnare la somma di **2.500.000,00 euro** agli ambiti territoriali sociali per sostenere le famiglie che assistono in casa persone anziane non autosufficienti, come da allegato B) al presente atto che ne forma parte integrante e sostanziale; di fare fronte alla somma di 2.500.000,00 euro con le risorse esistenti sul Capitolo 71643/R2005 UPB 13.01.003 denominato “Interventi in favore delle famiglie con anziani non autosufficienti l. n. 388/2000, art. 80, c. 14” che presenta la sufficiente disponibilità.

Nello specifico, la Regione promuove nell'intero territorio regionale un complesso di interventi finalizzato alla domiciliarità, caratterizzato da un elevato grado di integrazione sociale e sanitaria, pianificato e gestito tramite il **Piano locale per la non autosufficienza**.

Il Piano locale per la non autosufficienza è finalizzato a rendere la permanenza della persona non autosufficiente in famiglia meno difficile e più soddisfacente anche sotto il profilo delle relazioni affettive intrafamiliari e delle relazioni sociali e ad evitare ricoveri impropri; tale finalità viene perseguita attraverso la creazione e lo sviluppo di una rete di politiche, di risorse e di interventi a sostegno della domiciliarità e delle famiglie che si fanno carico della cura, dell'assistenza e della tutela delle persone anziane non autosufficienti.

Il Piano locale per la non autosufficienza si caratterizza come strumento di concertazione tra **Ente di ambito sociale** e **Distretto sanitario** di base e stabilisce le modalità operative per l'attuazione degli interventi territoriali e domiciliari per la non autosufficienza.

L'insieme delle politiche di sostegno della domiciliarità si caratterizza nell'offerta delle seguenti tipologie di intervento:

- **Assistenza domiciliare integrata:** ossia prestazioni socio-assistenziali e sanitarie erogate a domicilio a persone non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera, per evitare ricoveri impropri e mantenere l'anziano nel suo ambiente di vita.
- **Assistenza domiciliare socio-assistenziale:** il servizio è rivolto a persone che necessitano di interventi di carattere socio-assistenziale finalizzati alla prevenzione, al mantenimento ed al recupero delle potenzialità residue che permettono alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione;
- **Telesoccorso e teleassistenza:** interventi tempestivi che coprono l'intero arco della giornata, rivolti ad anziani che possono incorrere in situazioni di emergenza;
- **Assegno di cura:** sostegno economico in favore delle famiglie finalizzato ad integrare le risorse economiche necessarie ad assicurare la continuità dell'assistenza alla persona non autosufficiente. Al fine della concessione dell'assegno di cura il nucleo familiare di riferimento è costituito da quello del solo anziano beneficiario delle cure.

³⁷ Pubbl. in B.U.R. Abruzzo 13 settembre 2006, n. 49.

DGR 10 dicembre 2007, n. 1281 *“Piano Sociale Regionale 2007 - 2009 approvato con Delib.C.R. 28 dicembre 2006, n. 57/1 - Atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale per gli interventi rivolti alla non autosufficienza”*³⁸.

Con la DCR n. 57/1 del 2006 è stato approvato il Piano Sociale Regionale triennale 2007-2009.

Nel Piano Sociale Regionale sono individuate le Azioni di Piano tra cui è ricompresa, nell'area dell'Integrazione sociosanitaria, quella relativa allo Sviluppo dei Piani Locali per la non-autosufficienza.

Dall'analisi dell'Azione Sviluppo dei Piani Locali per la non-autosufficienza si rileva che il Piano Locale per la non autosufficienza (PLNA) deve essere predisposto attraverso il raccordo istituzionale, gestionale e professionale tra Ambito Territoriale Sociale e Distretto Sanitario di Base, nel rispetto degli indirizzi che saranno emanati dalla Giunta Regionale con apposito atto di indirizzo applicativo.

Considerato che con DGR 3 agosto 2007, n. 785 è stato approvato il riparto delle risorse provenienti dal Fondo Sociale Regionale dove risulta che sono stati destinati **euro 3.480.000,00** all'azione di piano sopra citata.

Con Decreto interministeriale del 12 ottobre 2007, sono state ripartite le somme assegnate al “Fondo per le non autosufficienze” per l'anno 2007, con l'indicazione di **euro 2.465.822,97** per la Regione Abruzzo.

Con DGR 23 novembre 2007, n. 1169 si è provveduto alla ripartizione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali anno 2007, dove sono previste risorse per lo sviluppo degli interventi a favore della Non Autosufficienza per **euro 1.000.000,00**.

Le risorse da ripartire e assegnare agli Ambiti Territoriali Sociali ammontano complessivamente ad **euro 6.955.822,97**.

Con DGR 19 marzo 2007, n. 261 si è provveduto ad approvare il Progetto obiettivo a rilevanza nazionale ex art. 1, co. 34 e 34-bis della legge n. 662/96 - Finanziamento anno 2005 - Priorità 3 “Rete integrata dei servizi sanitari e sociali”, con previsione di attribuzione alle Aziende USL di un importo di euro 6.200.000,00.

Le risorse di cui alla DGR n. 261/2007 siano finalizzate nelle modalità seguenti:

- a) una congrua quota parte dei Fondi assegnata sia obbligatoriamente riservata dalle AUSL all'avviamento dei PUA (Punti Unici di Accesso) in ogni area distrettuale;
- b) il programma per l'utilizzo dei Fondi sia elaborato di concerto tra il Distretto sanitario e l'Ambito Territoriale Sociale nelle modalità previste dall'atto di indirizzo in oggetto;
- c) relativamente al servizio ADI il medesimo sarà gestito secondo quanto previsto dal Piano Sanitario Regionale, nonché dal Piano Sociale regionale e dall'atto di indirizzo applicativo.

Nello specifico: nell'**Atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale per gli interventi rivolti alla non autosufficienza è previsto che** la Regione Abruzzo, al fine di sostenere la qualità di vita delle persone in condizioni di non autosufficienza, in particolare delle persone disabili gravi e delle **persone anziane con più di sessantacinque anni**, promuove nell'intero territorio regionale un

³⁸ Pubbl. in B.U.R. Abruzzo 23 gennaio 2008, n. 6.

complesso di interventi al fine di facilitare la piena integrazione della persona non autosufficiente in ogni contesto della vita, di valorizzare la domiciliarità ed alleviare l'impegno quotidiano dei nuclei familiari, caratterizzato da un elevato grado di integrazione sociale e sanitaria, pianificato e gestito tramite il Piano Locale per la non autosufficienza (PLNA).

Il Piano Locale per la non autosufficienza è finalizzato, pertanto, a rendere la permanenza della persona non autosufficiente nel nucleo familiare meno difficile e più soddisfacente anche sotto il profilo delle relazioni affettive intrafamiliari e delle relazioni sociali e ad evitare i ricoveri impropri. Esso ha durata pari a quella dei Piani di zona degli ATS.

Tale finalità viene perseguita attraverso la creazione e lo sviluppo continuo di una rete, composta ed organizzata, di politiche, di risorse e di interventi a sostegno della domiciliarità e dei nuclei familiari che si fanno carico della cura, dell'assistenza e della tutela delle persone non autosufficienti.

Il Piano Locale per la non Autosufficienza si caratterizza come strumento di concertazione tra Ente dell'Ambito Territoriale Sociale (ATS) e Distretto Sanitario di Base (DSB) e stabilisce le modalità operative per l'attuazione degli interventi territoriali e domiciliari per la non autosufficienza, nel rispetto delle indicazioni fornite dal D.P.C.M. 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza). Esso ha durata pari a quella dei Piani di Zona degli ATS.

La presa in carico, dalla quale può originarsi l'invio e l'accesso ai diversi tipi di prestazioni e di interventi, richiede unitarietà nei momenti della valutazione, della definizione del progetto individualizzato di intervento, della verifica e dell'aggiornamento del progetto medesimo.

Il Piano Locale per la non autosufficienza definisce:

- il sistema delle responsabilità locali nell'attuazione delle politiche sociali e sanitarie per la domiciliarità;
- individua i processi unitari per la valutazione del bisogno di cura da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) di cui al Piano Sociale Regionale 2007-2009;
- individua un processo di presa in carico attraverso il progetto individualizzato di intervento, di sostegno e di accompagnamento della persona non autosufficiente e del suo nucleo familiare da valutare nella loro globalità, in rapporto alla situazione di bisogno di assistenza rilevato mediante utilizzazione di specifiche scale di valutazione;
- gli interventi e le risorse (professionali e finanziarie, sociali e sanitarie, quote di cofinanziamento da parte dell'ATS e dell'ASL ed eventuali quote di partecipazione da parte di altri enti) da attuare;
- gli strumenti per la valutazione degli interventi attuati.

Tipologia degli interventi:

Assistenza domiciliare integrata: l'ADI consiste in prestazioni socio assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) erogate a domicilio a persone non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera, per evitare ricoveri impropri e mantenere l'anziano e il disabile grave nel proprio ambiente di vita.

Con la predisposizione e l'approvazione del progetto individualizzato di assistenza, l'UVM dovrà individuare l'operatore di riferimento, sia per la persona assistita ed i suoi familiari sia per gli altri operatori che intervengono a domicilio per la realizzazione del piano. Tale compito si sostanzia in una attività di raccordo e di collegamento tra servizi e nucleo familiare che deve essere resa in forma unitaria. Fatta salva l'autonomia della UVM nell'individuazione dell'operatore più adeguato a svolgere tale funzione nello specifico progetto assistenziale, si ritiene che l'assistente sociale

dell'ATS e l'infermiere professionale del DSB siano le figure professionali che in misura prevalente dovranno essere implicate nello svolgimento di tale compito.

Assistenza domiciliare socio assistenziale: il servizio è rivolto a persone che necessitano di interventi di carattere socio-assistenziale finalizzati alla prevenzione, al mantenimento e al recupero delle potenzialità residue che permettono alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione. Sono servizi rivolti alla cura ed igiene della persona, aiuto nella gestione della propria abitazione e sostegno psicologico.

Telesoccorso – Teleassistenza: il servizio prevede interventi tempestivi che coprono l'intero arco della giornata, rivolti ad anziani e disabili in situazione di gravità che possono incorrere in situazioni di emergenza, o di improvvisa difficoltà, derivanti da difficoltà psico-fisiche, abitative ed economiche. Tale tipo di assistenza garantisce interventi di supporto e di aiuto da eseguirsi in tempi e modi adeguati al bisogno e, comunque idonei a consentire la fruizione degli interventi attivati e dei servizi pubblici presenti nel territorio.

Trasporto: il servizio di trasporto, anche mediante un servizio taxi sociale, è rivolto principalmente alle persone anziane sole o disabili gravi al fine di facilitare il contatto con le realtà sociali, ricreative, culturali del proprio territorio e partecipare ad attività quali laboratori, teatri, manifestazioni, ecc. Tale servizio comprende inoltre l'accompagnamento a visite mediche, o terapie riabilitative ed altre attività di socializzazione ed integrazione sociale.

Assegno di cura: l'assegno di cura è un sostegno economico in favore dei nuclei familiari finalizzato ad integrare le risorse economiche necessarie ad assicurare la continuità dell'assistenza alla persona non autosufficiente ed a garantire a soggetti anziani non autosufficienti la permanenza nel nucleo familiare o nell'ambiente di appartenenza evitando il ricovero in strutture residenziali.

L'erogazione dell'assegno di cura è subordinata alla disponibilità del nucleo familiare ad assicurare la permanenza della persona non autosufficiente nel proprio contesto abitativo, sociale ed affettivo e ad evitare il ricorso al ricovero ospedaliero o in istituto. Tale disponibilità si realizza attraverso l'assistenza diretta verso la persona non autosufficiente da parte del nucleo familiare, ovvero mediante ricorso alla prestazione lavorativa di assistenti familiari.

La disponibilità all'assistenza diretta e, qualora ricorra il caso, l'individuazione dell'assistente familiare, devono essere formalizzate attraverso apposito accordo sottoscritto con il Servizio sociale competente ed inserito nel progetto assistenziale individualizzato.

L'Ente di Ambito Sociale è tenuto a verificare il rispetto dell'accordo sottoscritto e, in caso di ricorso ad assistenti familiari esterni, ad acquisire copia dei versamenti contributivi trimestrali effettuati.

Al fine della concessione dell'assegno di cura il nucleo familiare di riferimento è costituito dalla sola persona non autosufficiente beneficiaria delle cure; si considera, pertanto, la situazione economica e patrimoniale della stessa, estratta da quella del nucleo familiare di riferimento.

Per la definizione della priorità di accesso all'assegno di cura, viene valutato il possesso del reddito più basso ai sensi della normativa vigente sull'ISEE.

È esclusa ogni possibilità di attribuzione dell'assegno di cura attraverso bandi o altre forme di diffusione e selezione pubblica dei nuclei familiari destinatari.

L'importo massimo mensile dell'assegno di cura è stabilito in 300,00 euro.

Centri diurni: le attività di assistenza e cura delle persone non autosufficienti da parte dei nuclei familiari richiedono di essere supportati e sostenuti da una rete di servizi sul territorio, attraverso i quali sia possibile accedere a servizi e prestazioni che integrano il carico assistenziale sostenuto dal nucleo familiare.

Fanno parte di questa area di intervento servizi quali i centri diurni, intesi come strutture semiresidenziali finalizzate alla prevenzione della istituzionalizzazione, al sostegno e sollievo al nucleo familiare ed al miglioramento e mantenimento dell'autonomia residua della persona non autosufficiente.

REGIONE BASILICATA

Legge regionale 14 febbraio 2007, n. 4 *“Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale”*³⁹.

L'art. 4 dispone che la Regione riconosce quale funzione preminente e qualificante della rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale la realizzazione di un organico complesso di interventi di assistenza per **l'autonomia possibile** e per **le cure a lungo termine** a favore delle persone non autosufficienti.

Sono considerate non autosufficienti le persone che, a causa delle patologie e delle disabilità, anche correlate all'età, da cui affette, non possono provvedere alla cura di sé stesse e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri. L'individuazione dei soggetti destinatari degli interventi è effettuata sulla base dei criteri e secondo le modalità previste per le valutazioni finalizzate all'accesso alle prestazioni di assistenza domiciliare ed alle residenze sanitarie assistite.

E' istituito un **Fondo speciale per la non autosufficienza**, integrativo di quello nazionale di cui all'art. 20 della l. n. 328/2000, collocato all'interno del Fondo regionale dei servizi di cittadinanza sociale.

Le azioni e prestazioni finanziabili con le risorse del Fondo speciale non sono sostitutive di quelle sanitarie ed assistenziali attualmente garantite e sono dirette a sostenere la personalizzazione e la domiciliarità degli interventi.

Il Piano regionale definisce: le tipologie e i livelli della non autosufficienza, le procedure di accertamento e le corrispondenti misure assistenziali; le condizioni, i criteri e le modalità di accesso alle prestazioni; gli indirizzi operativi per la personalizzazione degli interventi; le aree e le priorità di intervento; i criteri di ripartizione delle risorse tra gli Ambiti socio-territoriali; le forme di monitoraggio degli interventi e di verifica circa l'impiego efficace delle risorse finanziarie assegnate.

Il Piano intercomunale nel quadro degli indirizzi programmatici e gestionali emanati dalla Regione, dettaglia le modalità organizzative dell'attuazione integrata degli interventi e del raccordo tra soggetti pubblici e privati operanti nel campo della non autosufficienza.

³⁹ Pubb. in B.U.R. Basilicata 17 febbraio 2007, n. 10.

Al fine di dare organicità e continuità agli interventi integrati per la non autosufficienza le Aziende sanitarie istituiscono apposite **strutture dipartimentali per l'area della fragilità**, nonché istituiscono o consolidano, se già esistenti, **Unità operative ospedaliere** espressamente deputate all'integrazione delle attività fra ospedale e territorio per il trattamento di patologie croniche.

L'art. 27, co. 7 prevede che alla costituzione del Fondo speciale integrativo per la non autosufficienza si provvede con lo stanziamento di **1 milione di euro** da prelevare dal Fondo speciale per le spese correnti del Bilancio regionale di previsione per l'esercizio finanziario 2007.

REGIONE CALABRIA

Legge regionale 19 marzo 2004, n. 11 “*Piano regionale per la salute 2004/2006*”⁴⁰.

Tra gli obiettivi individuati dal PSN 2003-2005 per la strategia del cambiamento che il Piano Regionale per la Salute 2004-2006 fa propri, vi è anche la promozione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli **anziani**, ai **disabili**.

In particolare, per quanto riguarda le persone diversamente abili gli obiettivi previsti dal Piano sono:

- finalizzare gli interventi al raggiungimento della massima autonomia ed integrazione della persona disabile nel contesto familiare e nella vita sociale, facilitando anche i percorsi di inserimento scolastico, lavorativo e sociale ed assicurando le necessarie forme di integrazione con quelle più propriamente assistenziali e riabilitative;
- aggiornare i criteri di valutazione dei bisogni, dalla fase di accertamento a quella progettuale, e differenziare il ventaglio dell'offerta con particolare attenzione alla sua appropriatezza rispetto alla domanda;
- utilizzare i principi fondamentali di riferimento che sono: assicurare la presa in carico del soggetto in funzione dell'unitarietà dell'intervento; dare continuità al percorso assistenziale attraverso l'individuazione di specifiche responsabilità degli operatori; ridefinire le modalità di compartecipazione sanitaria e sociale in relazione ai centri assistenziali diurni, alla luce dell'Atto di indirizzo di cui al D.P.C.M. 14 febbraio 2001; coordinare i servizi ai quali la persona disabile intende accedere, per garantire la piena realizzazione del piano individuale di recupero e inserimento; rivedere i requisiti organizzativi e dimensionali delle strutture residenziali e semiresidenziali in ordine alle loro finalità riabilitative e sociali; definire le modalità di valutazione del grado di raggiungimento dei risultati e della qualità degli interventi.

Per quanto riguarda, invece, gli anziani il Piano tra gli obiettivi prevede:

- sostegno alle famiglie con anziani non autosufficienti bisognosi di assistenza a domicilio;
- innovazione e diversificazione dell'offerta di servizi e interventi integrati;
- riconoscimento del diritto dell'anziano a scegliere i servizi e le prestazioni più adeguate;
- l'individuazione degli interventi a livello locale si deve basare sulla analisi dei bisogni, dei servizi erogati e del rapporto quantitativo bisogni/servizi, nonché sulle previsioni demografiche relative al periodo di riferimento del presente PSR. Lo studio di questi aspetti in ciascuna delle Aziende Sanitarie rappresenta lo strumento di base per la realizzazione degli obiettivi attraverso lo sviluppo degli strumenti specifici;
- gli strumenti specifici per quanto riguarda l'assistenza residenziale (RSA – Ospedale di Comunità) riassorbimento della domanda in eccesso. In adeguamento alle tendenze demografiche, dovrà essere previsto, se necessario, un ampliamento contenuto delle disponibilità di accoglienza nelle RSA e meno contenuto di tipologie particolari di assolvimento dei bisogni, come gli ospedali di Comunità di cui al presente PRS, con contestuale riassorbimento di ricoveri “impropri”, soprattutto nelle UU. OO. ospedaliere per acuti (geriatria e medicina generale) e per non acuti (lungodegenza);

⁴⁰ Pubbl. in B.U.R. Calabria 16 marzo 2004, n. 5, S.O. 20 marzo 2004, n. 3.

- gli strumenti specifici per quanto riguarda l'assistenza domiciliare (ADI ed ADP) adeguamento quantitativo. Si intende qualificare il ruolo del servizio pubblico, soprattutto in funzione di coordinamento e controllo di qualità, con sviluppo di una offerta di servizi da ampliare anche attraverso il concorso del privato imprenditore e "no profit", salvaguardando il principio dell'universalità di accesso alle prestazioni; Adeguamento qualitativo. Dovrà essere avviato il processo di valorizzazione e di accreditamento dei Servizi domiciliari pubblici e privati, volto ad identificare i parametri strutturali ed organizzativi di riferimento per la realizzazione a domicilio dei Programmi assistenziali individuali;
- gli strumenti specifici per quanto riguarda la prevenzione della non autosufficienza: avvio di programmi per un migliore inserimento ambientale e sociale degli anziani nelle comunità locali, soprattutto nella fase di "fragilità"; avvio di programmi di controllo di qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie rivolte ad anziani con patologia acuta (frattura di femore, ictus, scompenso cardiaco e respiratorio, infarto), col fine di contenimento degli esiti invalidanti.

Legge regionale 5 ottobre 2007, n. 22 *"Ulteriori disposizioni di carattere ordinamentale e finanziario collegate alla manovra di assestamento del bilancio di previsione per l'anno 2007 ai sensi dell'art. 3, comma 4, della L.R. 8/02"*⁴¹.

La Regione Calabria in occasione dell'assestamento del bilancio ha apportato modifiche sostanziali che vanno ad incidere anche sulle politiche socio-sanitarie.

RSA - Le Aziende sanitarie che, mediante l'utilizzo delle risorse ex art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, hanno esperito bandi di gara ad evidenza pubblica per adeguamento strutturale, ristrutturazione edilizia, fornitura di arredi, attrezzature e gestione delle strutture sanitarie individuate dall'art. 22 della legge regionale 11 gennaio 2006, n. 1, sono tenute a stipulare con le ditte concessionarie aggiudicatrici il rapporto negoziale in piena conformità ai disciplinari di gara.

Per far fronte ai maggiori costi derivanti dagli intervenuti rinnovi dei CCNL di categoria e dal maggior costo della vita secondo gli indici annuali ISTAT, le rette attualmente corrisposte per le prestazioni erogate dalle RSA/anziani, RSA Medicalizzate/Anziani e RSA/disabili sono aumentate, in via provvisoria, per il periodo dal 01/10/2006 e fino alla determina delle nuove tariffe, che comunque dovrà avvenire non oltre la data del 31/12/2007 nelle seguenti misure risultanti dalle valutazioni del Dipartimento Tutela della Salute: RSA/Anziani: € 136,44; RSA Medicalizzate/Anziani: € 149,66; RSA/Disabili: € 146,24.

Per le case Protette, i centri di riabilitazione estensiva e per i servizi Said, le rette attualmente corrisposte sono aumentate in misura del 15%, in via provvisoria e con decorrenza 01/10/2006.

PARTECIPAZIONE AI COSTI NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI - All'art. 7, co. 2, lett. g), della legge regionale 5 dicembre 2003, n. 23 (gli interventi per le persone anziane e disabili per favorirne la permanenza a domicilio, attivando in ogni Distretto sanitario l'ADI, secondo quanto stabilito dal DPCM 14.02.2001 e dal DPCM 29.11.2001 (L.E.A.), per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio), dopo la parola "domicilio" è aggiunto il seguente periodo: "imputando la corretta partecipazione delle quote ai diversi soggetti (Fondo Sanitario Regionale e Fondo Sociale nella quale trova capienza la partecipazione dell'ospite), operando la necessaria distinzione:

- tra costi totalmente sanitari (riferibili all'assistenza sanitaria propriamente detta ed alle funzioni assistenziali);
- costi totalmente non sanitari (riferibili a funzioni alberghiere e tutelari);
- costi non riconducibili integralmente ad una delle due categorie precedenti (costi edilizi, di amministrazione e direzione, di animazione, socializzazione) .

⁴¹ Pubbl. in B.U.R. Calabria 1° ottobre 2007, n. 18, S.O. 12 ottobre 2007, n. 2.

I principi ed i criteri da osservare sono esplicitati nel DPCM 14/2/2001, nel DPCM 29/11/2001 e nelle Linee-Guida Ministeriali n. 1/2004), come da schema seguente:

RSA MEDICALIZZATA PER ANZIANI - 100% Fondo Sanitario Regionale

RSA PER ANZIANI - 70% Fondo Sanitario Regionale e 30% Fondo Sociale (con partecipazione ospite)

RSA PER DISABILI - 70% Fondo Sanitario Regionale e 30% Fondo Sociale (con partecipazione ospite)

CASA PROTETTA PER ANZIANI - 50% Fondo Sanitario Regionale e 50% Fondo Sociale (con partecipazione ospite)

CASA PROTETTA PER DISABILI - 40% Fondo Sanitario Regionale e 60% Fondo Sociale

RIABILITAZIONE A CICLO DIURNO COMPRESI - 70% Fondo Sanitario Regionale e 30% Fondo Sociale (con partecipazione ospite)

RIABILITAZIONE RESIDENZIALE - 100% Fondo Sanitario Regionale (con partecipazione ospite)

PRESTAZIONI TERAPEUTICHE E SOCIO RIABILITATIVE RESIDENZIALI

Per Disabili Gravi - 70% Fondo Sanitario Regionale e 30% Fondo Sociale (con partecipazione ospite)

Per Disabili privi di sostegno familiare - 40% Fondo Sanitario Regionale e 60% Fondo Sociale (con partecipazione ospite)".

POSTI LETTO RSA E PARTECIPAZIONE SPESA

Al Piano Regionale per la Salute della Regione Calabria valido per il triennio 2004-2006, allegato alla legge regionale del 19 marzo 2004, n. 11 al punto 6 - Assistenza residenziale e semiresidenziale - lettera c), il periodo che va dalle parole "Si stima quindi" fino alle parole "con costi coperti dal SSN al 50%" è sostituito con il periodo: "Si stima quindi un fabbisogno di 4.440 posti letto residenziali, che devono tuttavia essere ripartiti tra strutture ad elevata integrazione sanitaria e strutture sociali a valenza sanitaria con la corretta imputazione delle quote di partecipazione ai diversi soggetti (Fondo Sanitario Regionale e Fondo Sociale nella quale trova capienza la partecipazione dell'ospite), operando la necessaria distinzione tra costi totalmente sanitari (riferibili all'assistenza sanitaria propriamente detta ed alle funzioni assistenziali), costi totalmente non sanitari (riferibili a funzioni alberghiere e tutelari), e costi non riconducibili integralmente ad una delle due categorie precedenti (costi edilizi, di amministrazione e direzione, di animazione, socializzazione) (secondo i principi ed i criteri esplicitati nel DPCM 14.2.2001, nel DPCM 29.11.2001 e nelle Linee-Guida Ministeriali n. 1/2004).

REGIONE CAMPANIA

Legge regionale 12 novembre 2004, n. 8 *"Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione Campania - Legge finanziaria regionale 2004"*⁴².

L'art. 7, co. 2 prevede che la Regione, nell'ambito dell'erogazione delle prestazioni rientranti nel sistema di assistenza domiciliare, promuove ed incentiva iniziative volte a consentire alle persone prive di autonomia fisica o psichica, che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero e nei centri di riabilitazione di continuare a vivere nel proprio domicilio o presso il nucleo familiare di appartenenza. A tal fine, i comuni, per ciò che concerne le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria indicate all'art. 3-septies del d.lgs. n. 502/1992, come integrato dal d.lgs. n. 229/1999, possono prevedere, nell'ambito dei propri regolamenti, la concessione su richiesta degli aventi diritto all'assistenza domiciliare. Con **DGR 22 dicembre 2006, n. 2113** sono stati approvati i criteri di riparto tra gli ambiti territoriali delle risorse ai sensi del presente comma.

⁴² Pubbl. in B.U.R. Campania 16 novembre 2004, n. 55.

DGR 5 novembre 2004, n. 2006 *“Linee di indirizzo sull’assistenza residenziale, semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza ai sensi della L.r. 22 aprile 2003, n. 8”*⁴³.

L’art. 1 della legge regionale 22 aprile 2003, n. 8 stabilisce che le Residenze Sanitarie Assistenziali e i Centri Diurni concorrono, insieme all’assistenza domiciliare integrata e alle altre funzioni sociali e sanitarie, alla realizzazione, sul territorio regionale, della rete di servizi sociosanitari a favore delle persone anziane, dei cittadini affetti da demenza in condizione di fragilità e dei cittadini affetti da gravi disabilità. Ai sensi degli artt. 16 e 24 della l.r. n. 8/2003 si procede ad emanare le linee di indirizzo per il funzionamento delle RRSSAA e delle Strutture semi residenziali nonché i criteri e modalità di accesso ad esse.

DGR 18 aprile 2007, n. 679 *“Legge 8 novembre 2000, n. 328 - Stabilizzazione del sistema degli interventi e dei Servizi Sociali attraverso la programmazione triennale dei Piani Sociali di Zona. Riparto del Fondo Nazionale delle Politiche Sociali”*⁴⁴.

DGR 29 giugno 2007, n. 1155 *“Programmazione del potenziamento dell’assistenza agli anziani non autosufficienti, utilizzando anche la riconversione dei presidi ospedalieri dismessi”*⁴⁵.

La Giunta regionale con il presente provvedimento dispone che i direttori generali attraverso atti deliberativi dedicati riportino all’interno delle ordinarie programmazioni aziendali gli obiettivi sperimentati con i Fondi CIPE, per il potenziamento dell’assistenza domiciliare agli anziani e, in particolare:

- sviluppo e potenziamento dell’assistenza domiciliare, anche in collaborazione con gli EE.LL attraverso la costituzione dell’UVI, aggiornamento degli operatori all’uso degli strumenti di valutazione;
- realizzazione di progetti di cura e presa in carico per i cittadini affetti da demenza (centri diurni);
- costituzione di una rete territoriale di nutrizione clinica;
- costituzione di una rete territoriale competente per la cura delle lesioni da decubito;
- organizzazione di una rete assistenziale per l’emergenza ondate di calore;
- implementazione di cabine di regia aziendali per le cure domiciliari nell’ottica dell’integrazione funzionale fra enti diversi.

I direttori generali sono sollecitati a porre in essere tutte le iniziative necessarie nella fase intermedia entro il 31.12.07, e nella fase conclusiva entro il 30.6.08.

DGR 27 luglio 2007, n. 1403 *“Approvazione indirizzi strategici triennali 2007/2009. Istituzione commissione tecnica valutazione piani sociali di zona triennali”*⁴⁶.

Coerentemente con le politiche attuate, ed in via di implementazione, a livello nazionale in favore delle persone anziane, nonché conformemente a quanto già indicato nelle precedenti linee-guida, la Regione Campania intende tutelare e promuovere i diritti degli anziani, assicurarne la permanenza attiva nel tessuto sociale delle comunità e garantirne la dignità e la qualità della vita.

Alla luce della rilevante attenzione posta dalla Regione all’area della non autosufficienza in termini di stanziamento di risorse finalizzate, per il prossimo triennio, è indispensabile che gli Ambiti operino scelte programmatiche miranti all’incremento ed al miglioramento qualitativo di servizi già avviati nei precedenti 5 anni, nonché alla costituzione *ex novo* di servizi che rispondano a

⁴³ Pubbl. in B.U.R. Campania 2 dicembre 2004, numero speciale.

⁴⁴ Pubbl. in B.U.R. Campania 21 maggio 2007, n. 28.

⁴⁵ Pubbl. in B.U.R. Campania 29 ottobre 2007, n. 56.

⁴⁶ Pubbl. in B.U.R. Campania 24 agosto 2007, numero speciale.

bisogni fino ad oggi non considerati. Tutto ciò deve tendere a completare il sistema di offerta almeno per i servizi considerati prioritari, in linea di continuità con le precedenti linee-guida.

Per servizi prioritari si intendono quei servizi volti a favorire l'autonomia delle persone e l'integrazione sociale erogati in **regime domiciliare, semi-residenziale e residenziale**.

DGR 12 ottobre 2007, n. 1811 *“Adozione di un nuovo strumento multidimensionale per l'ammissione alle prestazioni assistenziali domiciliari residenziali e semiresidenziali – Adempimento ai sensi della DGRC 460 del 20 marzo 2007”*⁴⁷.

La Giunta regionale con il presente atto delibera di adottare lo strumento di valutazione multidimensionale S.V.A.M.A, unitamente alla scheda “istruzioni per l'uso” per anziani, disabili, non autosufficienti e fragili.

Legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11 *“Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328”*⁴⁸.

L'art. 31 *“Politiche per le persone anziane”* dispone che la Regione valorizza il ruolo delle persone anziane e promuove un sistema di interventi e servizi tesi a privilegiare la **domiciliarità** e la vita di relazione nella **comunità locale**. A tal fine, in particolare, favorisce: l'attivazione di reti e servizi validi a garantire in maniera omogenea, sul territorio regionale, la domiciliarità e l'adeguamento, se necessario, della struttura abitativa; la realizzazione di servizi mirati a mantenere l'autonomia delle persone anziane, anche attraverso un costante monitoraggio delle loro condizioni; la **definizione di interventi di sostegno**, anche economico, alle famiglie impegnate nell'assistenza diretta di un congiunto anziano non autosufficiente; l'offerta di sistemi tecnologici, tra i quali il **telesoccorso e la teleassistenza**, in grado di collegare la persona anziana a centri di pronto intervento e di agevolarne la vita quotidiana; **l'affidamento e l'accoglienza**, anche solo notturna, delle persone anziane presso famiglie che garantiscono loro il mantenimento delle normali abitudini di vita; la **creazione di servizi e strutture**, quali centri sociali, centri diurni polifunzionali, laboratori e in ogni caso idonei a favorire scambi di relazioni, anche intergenerazionali; l'intesa tra enti locali e imprese per valorizzarne le competenze e le esperienze; l'impiego di artigiani anziani nella formazione dei giovani anche allo scopo di conservare e tramandare mestieri pregevoli attualmente a rischio estinzione; l'incentivazione delle attività di volontariato e di reciprocità, nonché dell'assunzione di ruoli attivi di utilità sociale da parte delle persone anziane; la **realizzazione di strutture semiresidenziali e residenziali** a favore di anziani bisognosi di prestazioni e trattamenti continui non erogabili a domicilio; la continuità e l'integrazione tra le prestazioni sociali e sanitarie erogate.

L'art. 32 *“Politiche per le persona disabili”*, invece, dispone che la Regione promuove interventi volti ad assicurare servizi destinati a persone con disabilità, assegnando particolare priorità alle persone con disabilità gravi, al fine di: **rimuovere ogni forma di discriminazione** e mancanza di pari opportunità che limitano o ostacolano il pieno godimento dei diritti e l'inclusione sociale; **sostenere il miglioramento della qualità della vita attraverso progetti personalizzati** rivolti alla formazione e all'inserimento mirato nel mondo del lavoro e nei normali circuiti di vita relazionale, all'accrescimento delle capacità e delle abilità individuali e familiari, al conseguimento del massimo livello di vita autonoma, autodeterminata, indipendente ed interindipendente; **sostenere le famiglie** che hanno al proprio interno persone con disabilità gravi nel compito genitoriale e promuovere forme di auto-aiuto e misure alternative al ricovero in istituti educativo-assistenziali; **realizzare una**

⁴⁷ Pubbl. in B.U.R. Campania 5 novembre 2007, n. 58.

⁴⁸ Pubbl. in B.U.R. Campania 31 ottobre 2007, n. 57.

rete di servizi alla persona che rimuovono ostacoli, barriere e condizioni di svantaggio sociale sulla base di una personalizzazione dell'offerta rispondente ai bisogni dei beneficiari.

DGR 18 settembre 2008, n. 1467 “L.296/06 “Fondo per le Non Autosufficienze” - Programmazione e Criteri di Riparto”⁴⁹.

Con il presente atto la Giunta regionale, in particolare, delibera:

- di indicare gli obiettivi della programmazione del Fondo Non Autosufficienze all'interno dei Piani di Zona;
- di ripartire le risorse del Fondo per le Non Autosufficienze pari 8.306.536,61 euro tra gli Ambiti Territoriali per la realizzazione dei Piani di Zona;
- di disporre che le risorse del Fondo Non Autosufficienze assegnate a ciascun Ambito, siano destinate alla realizzazione di interventi sociosanitari o socioassistenziali per persone non autosufficienti, erogabili sulla base di progetti personalizzati redatti dalle Unità di Valutazione Integrate, e che almeno il 60% siano impegnate per i Servizi di Assistenza Domiciliare Integrata, anche eventualmente attraverso l'assegnazione di titoli validi per l'acquisto del servizio;
- di prevedere che l'attribuzione delle risorse assegnate a ciascun Ambito Territoriale sia subordinata alla presentazione di un *Complemento di Programmazione Sociale* per la II annualità del Piano di Zona Triennale 2006/2008, così come previsto dalla DGR 679/07;
- di rinviare a successivi atti dirigenziali l'assegnazione delle risorse ai Comuni capofila di Ambito Territoriale l'assunzione dell'impegno di 8.306.536,61 euro.

REGIONE EMILIA ROMAGNA

DGR 18 ottobre 2004, n. 2068 “*Il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta. Prime indicazioni*”⁵⁰.

La Regione delibera di approvare il documento “**Il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta: prime indicazioni**” quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento e di stabilire che le risorse relative all'assegno di cura e di sostegno, per il III livello di contribuzione pari a 23 Euro giornalieri, e la totale copertura delle rette per l'accoglienza in strutture residenziali sono a carico del Fondo sanitario regionale.

In particolare: sono stati previsti interventi di carattere residenziale, l'erogazione di un ulteriore livello contributivo dell'assegno di cura a favore delle persone con gravissime disabilità acquisite, anch'essi successivamente inseriti nel FRNA con la D.G.R. n. 509/2007, e si sono definite alcune provvisorie linee di indirizzo per le soluzioni residenziali rinviando ad un successivo provvedimento la definizione più dettagliata di indirizzi regionali.

⁴⁹ Pubbl. in B.U.R. Campania 6 ottobre 2008, n. 40.

⁵⁰ Pubbl. in B.U.R. Emilia-Romagna 10 novembre 2004, n. 152.

Legge regionale 23 dicembre 2004, n. 27 “*Legge finanziaria regionale (2005) adottata a norma dell’articolo 40 della legge regionale 15 novembre 2001, n. 40 in coincidenza con l’approvazione del bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna per l’esercizio finanziario 2005 e del bilancio pluriennale 2005-2007*”⁵¹.

L’art. 51 istituisce il **Fondo regionale per la non autosufficienza**. Il Fondo finanzia le prestazioni ed i servizi socio-sanitari definiti dal Piano sociale e sanitario di cui all’art. 27 della **legge regionale 12 marzo 2003, n. 2** “*Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*”⁵² forniti dai soggetti pubblici e privati accreditati ai residenti della Regione in condizioni di non autosufficienza. La valutazione della condizione di non autosufficienza è svolta secondo i criteri e le modalità stabilite dal Piano sociale e sanitario.

La Regione garantisce uniformità dei benefici a parità di bisogno, accessibilità e qualità delle prestazioni e dei servizi finanziati dal Fondo, nonché equità nella eventuale compartecipazione ai loro costi attraverso criteri ed indirizzi omogenei definiti dalla Regione.

Costituiscono **fonti di finanziamento** ordinarie del Fondo: risorse del Fondo sociale e del Fondo sanitario regionale, risorse statali finalizzate ed ulteriori risorse regionali provenienti dalla fiscalità generale. Al Fondo, inoltre, possono afferire eventuali risorse di altri soggetti.

Alla realizzazione degli obiettivi concorrono altresì risorse proprie appositamente destinate dai comuni nei propri strumenti di bilancio annuale e pluriennale.

Le **risorse** del Fondo regionale per la non autosufficienza vengono annualmente ripartite fra i Distretti sanitari sulla base dei criteri stabiliti dal Piano regionale sociale e sanitario. Tali criteri tengono conto delle caratteristiche socio-economiche, geografiche, demografiche ed epidemiologiche dei diversi ambiti territoriali, anche al fine di raggiungere un’equilibrata offerta di servizi in rapporto al fabbisogno.

Il Fondo distrettuale per la non autosufficienza ha contabilità separata e destinazione vincolata nell’ambito del bilancio delle Aziende Unità sanitarie locali. Unitamente alle risorse impegnate dai comuni, nel settore, in attuazione dei Piani di zona, il Fondo distrettuale per la non autosufficienza finanzia le attività previste dal Piano di zona per l’assistenza ai soggetti in condizioni di non autosufficienza secondo gli indirizzi del Piano regionale sociale e sanitario.

L’Ufficio di piano, costituito congiuntamente dai comuni del Distretto e dell’Azienda unità sanitaria locale, elabora annualmente, nell’ambito degli indirizzi del Piano di zona, il piano delle attività per la non autosufficienza, approvato d’intesa fra il Comitato di Distretto ed il Direttore del Distretto. L’Ufficio di piano riferisce periodicamente al Direttore del Distretto e al Comitato di Distretto dei risultati raggiunti e dell’equilibrio del Fondo. Il Comitato di Distretto e l’Azienda Unità sanitaria locale riferiscono periodicamente alle organizzazioni sindacali territoriali.

DGR 24 luglio 2006, n. 1051 “*Linee di programmazione e finanziamento del Servizio Sanitario regionale per l’anno 2006*”⁵³.

La delibera n. 1051/2006 definisce il **livello di risorse** del Fondo sanitario regionale da destinare e vincolare al finanziamento del Fondo regionale non autosufficienza: alle Aziende Unità sanitarie locali viene ripartita la somma di euro **5.740 milioni** a finanziamento dei livelli di assistenza, sulla base dei parametri di ponderazione della popolazione; una quota parte di tali risorse **183,446 milioni**,

⁵¹ Pubbl. in B.U.R. Emilia Romagna 28 dicembre 2004, n. 176.

⁵² Pubbl. in B.U.R. Emilia Romagna 13 marzo 2003, n. 32.

⁵³ Pubbl. in B.U.R. Emilia Romagna 5 ottobre 2006, n. 143.

pari al 3,2%, viene destinata all'avvio del Fondo regionale per la non autosufficienza di cui all'art. 51 della l.r. n. 27/2004.

DGR 16 aprile 2007, n. 509 *“Fondo regionale per la non autosufficienza. Programma per l'avvio nel 2007 e per lo sviluppo nel triennio 2007-2009”*⁵⁴.

La delibera n. 509/2007 avvia il Fondo regionale per la non autosufficienza, istituito dall'art. 51 della l.r. 27/2004 e definisce in **311 milioni di euro** il complessivo impegno finanziario della Regione Emilia Romagna per il 2007.

Inoltre, tale delibera:

- stabilisce che le risorse aggiuntive debbano essere prioritariamente utilizzate a sostegno dello sviluppo, articolazione e qualificazione della rete dei servizi e non debbano in alcun modo essere destinate a ridurre l'impegno del Fondo sanitario regionale e dei bilanci degli enti locali per la non autosufficienza, rispetto a quanto assicurato sino ad oggi e che le spese prettamente sanitarie rimangano di competenza delle Aziende Unità sanitarie locali, anche per quanto attiene allo sviluppo dei servizi e degli interventi per la non autosufficienza;
- conferma a carico del Fondo i seguenti **servizi e interventi**, che costituiscono la rete “storica” dell'offerta assistenziale a favore della popolazione non autosufficiente (assegno di cura per anziani, disabilità gravissime e gravi; assistenza domiciliare per anziani e disabili; strutture diurne: centri diurni assistenziali per anziani e centri socio-riabilitativi diurni per disabili; strutture residenziali: case protette/RSA per anziani, centri socio-riabilitativi residenziali per disabili, soluzioni residenziali per le gravissime disabilità acquisite);
- promuove **nuove opportunità assistenziali**, finalizzate al supporto alle famiglie, per ridurre il loro carico di fatica e di disagio nell'accudimento del non autosufficiente che vive a domicilio (ricoveri temporanei e di sollievo; iniziative di emersione e qualificazione del lavoro di cura delle assistenti familiari; servizi di e-care (in particolare Telesoccorso e Teleassistenza) anche gestiti con il concorso dell'associazionismo volontario, volti a rendere più ampia e immediatamente fruibile la rete degli aiuti tutelari e dei sostegni al care-giver; iniziative di sostegno delle reti informali di solidarietà sociale (dal “portierato” al “custode sociale”, “alloggi con servizi”, ecc.) qualificabili come servizi di prossimità; consulenza e sostegno economico per l'adattamento delle abitazioni attraverso l'allestimento di ausili tecnologici e di soluzioni strutturali che rendano le abitazioni in cui vivono persone non autosufficienti idonee a garantirne la migliore qualità di vita possibile e a ridurre il carico assistenziale ed i rischi per i care-giver).

DGR 30 luglio 2007, n. 1206 *“Fondo regionale non autosufficienza. Indirizzi attuativi della deliberazione G.R. 509/2007”*⁵⁵.

In seguito alla legge istitutiva del Fondo regionale per la non autosufficienza i successivi documenti di programmazione regionale, in particolare il **Programma per l'avvio del Fondo regionale per la non autosufficienza e per lo sviluppo nel triennio 2007-2009** approvato con delibera n. 509/2007, ridisegnano le funzioni di programmazione, governo e gestione del Fondo e arricchiscono ulteriormente i compiti dell'Ufficio di Piano.

Nello specifico tale Programma conferma in capo al Comitato di Distretto le funzioni di programmazione in ambito distrettuale, attraverso il **Piano delle attività per la non autosufficienza**, e le funzioni di monitoraggio e, inoltre, assicura per il tramite del Nuovo ufficio di piano, la gestione

⁵⁴ Pubbl. in B.U.R. Emilia Romagna 9 maggio 2007, n. 61.

⁵⁵ Pubbl. in B.U.R. Emilia Romagna 6 settembre 2007, n. 134.

delle risorse del Fondo. Il Programma contiene poi indicazioni specifiche con riguardo agli ambiti distrettuali coincidenti con il territorio del comune di Bologna, del comune di Modena e del Nuovo Circondario Imolese.

Infine, il Programma stabilisce che il Fondo ha **contabilità separata** nel bilancio dell'Azienda Unità sanitaria locale tale da consentire trasparenza e chiarezza della gestione di risorse a destinazione vincolata rinviando a successivi atti di indirizzo regionale, condivisi con la Cabina di regia, la definizione delle modalità della contabilità separata, della rendicontazione del Fondo da parte dell'Azienda Unità sanitaria locale e dei rapporti amministrativi tra Nuovo ufficio di piano e Azienda Unità sanitaria locale, in modo tale che sia garantito l'esercizio della piena responsabilità del Comitato di distretto e del Direttore di distretto nell'accesso e nell'utilizzo delle risorse del Fondo. Con il presente atto di indirizzo sono pertanto definiti: la funzione amministrativa tecnico-contabile e gestionale del Fondo ed i rapporti amministrativi tra Nuovo ufficio di piano e Azienda Unità sanitaria locale; le modalità della contabilità separata; il monitoraggio dell'esercizio delle funzioni amministrative di gestione del Fondo.

Inoltre, con la DGR n. 1206/2007 sono state definite prime indicazioni per il finanziamento dell'assistenza residenziale delle persone con gravissima disabilità acquisita e l'assegnazione delle relative risorse, contenuti nell'Allegato n. 6 "Criteri per il finanziamento dell'assistenza residenziale per gravissime disabilità acquisite (D.G.R. n. 2068/2004)" della medesima D.G.R. n. 1206/2007, definiti sulla base dell'analisi riguardante il censimento del fabbisogno di soluzioni residenziali e le relative stime dei costi. E' stata introdotta la concessione di un contributo economico mensile pari a **160 euro** supplementare rispetto all'assegno di cura di cui alla D.G.R. n. 1377/1999, precisando che tale contributo non è rapportato al livello di intensità assistenziale e che deve essere concesso dietro attestazione della regolare contrattualizzazione del rapporto di lavoro con l'assistente familiare e verifica della condizione economico reddituale.

DGR 30 luglio 2007, n. 1256 *"Finanziamenti per la promozione dei Centri documentazione per l'integrazione delle persone con disabilità in attuazione della D.A.L. n. 91/2006, della propria delibera n. 1791/2006, nonché dell'art. 11 della L.R. 29/97"*⁵⁶.

Viene disposto di sostenere l'attività della rete dei "Centri di documentazione per l'integrazione delle persone con disabilità" assegnando agli Enti indicati nell'Allegato i finanziamenti per un totale di 250.000,00 euro, ripartiti quanto a 115.000,00 euro sulla base della popolazione residente, 100.000,00 euro in uguale misura tra tutti i centri e 35.000,00 euro per le spese di coordinamento e azioni di sistema assicurate dal centro del Comune di Modena.

Le attività finanziate con la presente deliberazione sono:

- la continuazione da parte di ogni centro o gruppo di centri dei progetti "banche dati" e "adozione di un deficit" già sostenuti con la DCR 514/03 e determinazione n. 17280 del 23/12/2003;
- progetti per allargare la rete ad altri centri di ambito sub-provinciale o afferenti ad altre reti;
- la realizzazione di un ciclo di seminari dedicati ai singoli deficit (un seminario per centro) come occasione di informazione e formazione per operatori sociali e famiglie in collaborazione con esperti, associazioni di categoria e punti di eccellenza della rete regionale dei servizi;
- lo sviluppo delle banche dati delle risorse in funzione dei singoli deficit con l'obiettivo di evidenziare l'esistenza di reti e percorsi dedicati;
- la produzione di un dossier informativo organico ed aggiornabile sulla rete dei CDI e sul sistema regionale a supporto dei disabili;
- l'organizzazione di una mostra itinerante sulla storia del processo di integrazione delle persone disabili in Regione.

⁵⁶ Pubbl. in B.U.R. Emilia Romagna 10 ottobre 2007, n. 150.

DGR 31 marzo 2008, n. 432 “*Approvazione programma per la promozione e sviluppo degli sportelli sociali in attuazione delle deliberazioni della assemblea legislativa n.144/07 e della giunta regionale n.2128/07 - ripartizione, assegnazione e concessione relative risorse*”.

La Regione con il presente atto delibera di approvare in attuazione della delibera dell'Assemblea Legislativa n. 144/07 e della propria delibera n. 2128/07 il Programma finalizzato per **la promozione e lo sviluppo degli Sportelli sociali**, da realizzarsi secondo le linee guida e le modalità operative descritte nel presente atto.

Alla realizzazione degli Sportelli sociali sono destinati **euro 1.400.000,00** da assegnare e concedere ai Comuni capofila dei Piani di zona o altro soggetto pubblico, tra quelli richiamati all'art. 16 della L.R. 2/2003, ed individuare come criterio di ripartizione del contributo destinato ai Comuni capofila dei Piani di zona o altro soggetto pubblico, designato all'attuazione del programma per l'ambito distrettuale, la popolazione residente nell'ambito distrettuale all'01/01/2007.

DGR 11 giugno 2008, n. 840 “*Prime linee di indirizzo per le soluzioni residenziali e l'assistenza al domicilio per le persone con gravissima disabilità nell'ambito del FRNA e della DGR 2068/2004*”⁵⁷.

La Regione, con il presente provvedimento, delibera:

- di integrare la DGR n. 2068/2004 chiarendo che gli interventi da essa previsti debbano essere assicurati anche in presenza di deficit e situazioni funzionali completamente assimilabili a quelli già individuati con la DGR n. 2068/2004 insorti anche prima del diciottesimo anno di età, quali ad esempio mielolesioni, gravi cerebro lesioni e patologie neurologiche degenerative o limitate ed eccezionali situazioni di minori di età che in conseguenza di gravi deficit presentano condizioni di totale dipendenza, necessitano assistenza continua nell'arco delle 24 ore e sono in condizione di non potere seguire i normali percorsi di integrazione scolastica e nei servizi;
- di chiarire che il contributo economico mensile pari a **160 euro** introdotto con la DGR n. 1206/2007 è da riconoscersi anche ai beneficiari degli assegni di cura di cui alle DGR n. 1122/2002 e DGR n. 2068/2004, alle stesse condizioni e nel rispetto dei requisiti previsti nella DGR n. 1206/2007;
- di approvare, in attesa della definizione dei criteri e degli standard definitivi relativi all'accreditamento e alla remunerazione ai sensi dell'art. 23 della L.R. n. 4/2008, l'Allegato 1 parte integrante e sostanziale della presente deliberazione recante “Prime linee di indirizzo per le soluzioni residenziali dedicate alle persone con gravissime disabilità acquisite DGR n. 2068/2004”;
- di stabilire che, sino all'acquisizione di più approfonditi dati di conoscenza sulle effettive necessità di ogni territorio, si conferma l'indicazione di una dotazione di offerta residenziale dedicata alla disabilità acquisita in età adulta di 4/5 posti ogni 100.000 abitanti, da adeguare a fronte di situazioni specifiche, precisando altresì che tali posti non sono da considerare ai fini del raggiungimento dei limiti minimi di offerta della rete dei servizi per anziani e prevedono una programmazione distinta da quella dei servizi socio-riabilitativi per disabili gravi, pur rientrando nella rete dei servizi per la non autosufficienza;
- di prevedere, contestualmente alla effettiva applicazione dei requisiti, degli standard provvisori e dei criteri di remunerazione, l'introduzione di una quota di contribuzione pari a 14 euro giornaliera da parte del cittadino con gravissima disabilità acquisita riconosciuto invalido totale e completamente incapace di svolgere autonomamente gli atti quotidiani della vita ai sensi della normativa in materia di invalidità civile, ricoverato nelle modalità di cui alla DGR n. 2068/2004 in una struttura residenziale a tempo pieno, esclusi i ricoveri di sollievo nel limite di 30 giorni annui.

⁵⁷ Pubbl. in B.U.R. Emilia Romagna 14 luglio 2008, n. 118

DGR 28 luglio 2008, n. 1331 *“Ripartizione e assegnazione ai Comuni capofila dei Piani di zona delle quote del Fondo sociale regionale per il programma: Azioni e interventi per la qualificazione del lavoro delle assistenti familiari e per il programma di attuazione del Fondo nazionale per le non autosufficienze”*⁵⁸.

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

Legge 31 marzo 2006, n. 6 *“Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”*⁵⁹.

L'art. 41 istituisce il **Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine (Fap)**, rivolto a persone che, per la loro condizione di non autosufficienza, non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri.

Tramite il Fondo si provvede al finanziamento di prestazioni e servizi destinati ai soggetti in condizione di non autosufficienza, con priorità per gli interventi diretti al sostegno della domiciliarità.

Il Fondo è formato **con risorse regionali e nazionali**, nonché con **risorse provenienti dalla fiscalità generale ed eventuali risorse di altri soggetti pubblici e privati**. Alla ripartizione tra gli enti gestori del Servizio sociale dei comuni si provvede secondo criteri stabiliti con provvedimento della Giunta regionale.

Le modalità di gestione del Fondo, nonché la tipologia dei servizi e degli interventi sono disciplinate con atto della Giunta regionale.

DGR 8 settembre 2006, n. 2111 *“L.R. n. 6/2006, art. 41 - Approvazione, in via definitiva, dei criteri di ripartizione per l'anno 2006 del Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine”*⁶⁰.

Con l'atto n. 2111/2006 la Giunta delibera l'approvazione, in via definitiva, dei criteri di riparto per l'anno 2006 del “Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine” di cui all'art. 41 della l.r. n. 6/2006.

DPR 21 febbraio 2007, n. 35 *“Regolamento di attuazione del Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine di cui all'articolo 41 della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6. Approvazione”*⁶¹.

Il presente regolamento disciplina il Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine di cui all'art. 41, rivolto a persone che, per la loro condizione di non autosufficienza, non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri.

L'introduzione e l'utilizzo del Fondo si propongono di contribuire al perseguimento delle seguenti finalità: rafforzare il sostegno pubblico all'area della non autosufficienza; favorire la permanenza delle persone non autosufficienti al proprio domicilio, attivando o potenziando la rete di assistenza domiciliare integrata; garantire alle persone con disabilità adeguata assistenza personale per la vita

⁵⁸ Pubbl. in B.U.R. Emilia Romagna 8 ottobre 2008, n. 170.

⁵⁹ Pubbl. in B.U.R. Friuli-Venezia Giulia 5 aprile 2006, n. 14, S.O. 7 aprile 2006, n. 3.

⁶⁰ Pubbl. in B.U.R. Friuli-Venezia Giulia 18 ottobre 2006, n. 42.

⁶¹ Pubbl. in B.U.R. Friuli-Venezia Giulia 14 marzo 2007, n. 11.

indipendente; sostenere nel contempo la capacità di risoluzione autonoma delle famiglie, fornendo alle stesse risorse e strumenti necessari a svolgere adeguatamente i compiti di assistenza a favore dei propri familiari in stato di bisogno; contribuire al miglioramento del governo del sistema territoriale, anche attraverso la riaffermazione del Progetto personalizzato quale strumento centrale di approccio e sviluppo del percorso di cura e assistenza; incidere positivamente sul superamento dell'eterogeneità esistente nella Regione per quantità e qualità dell'offerta, tendendo progressivamente a garantire standard minimi di dimensione dell'offerta, della qualità e del governo del predetto percorso; contribuire all'incremento dei livelli di integrazione socio-sanitaria, rendendo il Fondo un'occasione per potenziare e accelerare i processi di responsabilizzazione condivisa e per riorientare e potenziare l'azione dell'amministrazione regionale verso rafforzate forme di accompagnamento e sostegno all'attuazione dei cambiamenti sul territorio.

Il Fondo è ripartito tra gli Enti gestori del Servizio sociale dei Comuni.

L'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale pianifica con proprio atto l'utilizzo delle risorse per quanto non specificato nel presente regolamento e monitora l'andamento della misura anche ai fini del riesame previsto all'articolo 10, co. 2, del presente regolamento.

Ogni soggetto non autosufficiente è sottoposto a valutazione dall'Unità di valutazione distrettuale; quest'ultima eroga il Fondo solo se è previsto un **progetto personalizzato per l'assistito**. Il Fondo è costituito dalle seguenti tipologie di intervento:

- **Assegno di autonomia possibile (Apa)** è un intervento economico avente lo scopo di rendere possibile e sostenibile l'accudimento a domicilio delle persone in condizione di grave non autosufficienza. L'entità dell'assegno è graduata dall'Unità di valutazione distrettuale in funzione dell'Isee familiare e del numero di ADL perse. In presenza di assegno o di indennità di pagamento, l'Apa viene ridotto in funzione dell'Isee;
- **Contributo per l'aiuto familiare** è un beneficio economico previsto allo scopo di sostenere le situazioni in cui ci si avvale dell'aiuto di addetti all'assistenza familiare per l'accudimento delle persone in condizione di non autosufficienza.
- I requisiti per accedere al beneficio sono: Isee del nucleo familiare dell'assistito non superiore a 35.000 euro e contratto di lavoro per almeno 25 ore settimanali. L'entità del contributo è commisurata al numero di ore settimanali di lavoro svolte dall'addetto all'assistenza;
- **Sostegno alla vita indipendente** concorre a finanziare i progetti di vita indipendente. Sono presentati da persone giovani e adulte in grado di autodeterminarsi, di età compresa tra i 18 e i 64 anni, in condizione di grave disabilità e con perdita di almeno 2 ADL e prevedono la costruzione di percorsi di inserimento sociale o lavorativo. Sono negoziati con l'*équipe* multidisciplinare per l'*handicap* e fanno parte del progetto personalizzato. Per coordinare il progetto personalizzato con il progetto di vita indipendente, l'Uvd deve raccordarsi con l'*équipe* multidisciplinare.
- **Sostegno a progetti in favore di persone con problemi di salute mentale** concorre a finanziare progetti sperimentali, a favore di persone con gravi problemi di salute mentale.

I progetti devono essere l'esito di una progettazione integrata sociosanitaria che veda coinvolti, a livello istituzionale, il Dipartimento di salute mentale, il Servizio sociale dei comuni e il Distretto sanitario. Devono essere sostenuti da un finanziamento congiunto sociosanitario, risultante dalla quota di Fondo messa a disposizione dal Servizio sociale del comune e da una quota di pari ammontare messa a disposizione dall'Azienda per i servizi sanitari. Inoltre, devono essere realizzati attraverso il coinvolgimento degli utenti, delle famiglie nonché delle risorse dell'associazionismo e dell'imprenditoria sociale.

Il contributo per l'aiuto familiare e il sostegno alla vita indipendente sono cumulabili con l'Apa.

L'accesso e l'ammissibilità alle varie tipologie del Fondo sono basati, rispettivamente, sulla gravità della condizione di non autosufficienza e sul non superamento della soglia Isee.

Legge regionale 7 giugno 2007, n. 13 *“Norme urgenti in materia di sostegno finanziario alla gestione di servizi e di interventi sociali”*⁶².

L'art. 1 prevede l'erogazione ai comuni di una anticipazione del 70% delle risorse assegnate nel 2006 per la non autosufficienza.

DPR 10 agosto 2007, n. 251 *“Regolamento per la determinazione dei criteri di riparto e delle modalità di utilizzo del Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine di cui all'art. 41, comma 3, della L.r. n. 6/2006. Approvazione”*⁶³.

Il presente regolamento disciplina le modalità di ripartizione delle risorse del Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine, che concorrono a sostenere finanziariamente prestazioni e servizi destinati ai soggetti non autosufficienti.

I soggetti destinatari della ripartizione del Fondo sono gli enti gestori del Servizio sociale dei comuni.

Le risorse disponibili sono così suddivise:

- quota non inferiore al 6,5% e non superiore al 7% per il **sostegno a progetti in favore di persone con problemi di salute mentale**;
- la rimanente disponibilità è destinata agli altri interventi previsti nel Regolamento di attuazione del Fondo.

La quota per il **sostegno a progetti in favore di persone con problemi di salute** è ripartita sulla base della popolazione residente in ogni ambito distrettuale; invece, la quota destinata agli altri interventi è ripartita il 40% sulla base della popolazione residente in ogni ambito distrettuale ed il 60% sulla base della popolazione anziana presente in ogni ambito distrettuale.

Per il 2007 la quota per il sostegno a progetti in favore di persone con problemi di salute mentale è pari a **1.200.000,00** ripartita sulla base della popolazione residente in ogni ambito distrettuale.

DGR 28 settembre 2007, n. 2285 *“L.R. 1/07, art. 4 commi 35-39 – Individuazione dei termini e delle modalità di presentazione per le domande di contributo per la realizzazione di progetti diretti al potenziamento del sistema informativo delle residenze per anziani e per il suo raccordo con il sistema informativo socio-sanitario regionale (SISSR)”*⁶⁴.

Il Piano strategico regionale 2005-2008 ha individuato i seguenti obiettivi strategici:

- costruire un sistema informativo / co unitario che possa essere di effettivo supporto all'integrazione fra area sanitaria e area sociale;
- assicurare una lettura integrata dei bisogni e delle modalità di risposta anche attraverso la costruzione di un sistema informativo/ co che sia in grado di raccogliere dati del sistema sanitario e di quello dei servizi sociali.

Inoltre il Piano Triennale regionale conferma tali obiettivi, e prevede che per la costruzione della rete integrata dei servizi elemento fondante è la strutturazione di un sistema che deve costituire strumento di lavoro indispensabile per una pianificazione ed un intervento integrati con la finalità di realizzare

⁶² Pubbl. in B.U.R. Friuli-Venezia Giulia 13 giugno 2007, n. 24.

⁶³ Pubbl. in B.U.R. Friuli-Venezia Giulia 29 agosto 2007, n. 35.

⁶⁴ Pubbl. in B.U.R. Friuli-Venezia Giulia 10 ottobre 2007, n. 41.

compiutamente il sistema informativo sociale (SISS) per garantire l'effettivo governo delle politiche di welfare universalistico, completare quello sanitario (SISSR) e integrare le informazioni raccolte nelle diverse banche dati regionali (sociali e sanitarie).

REGIONE LAZIO

Legge regionale 23 novembre 2006, n. 20 “*Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza*”⁶⁵.

Per le finalità di cui alla presente legge, si considera non autosufficiente la persona anziana, il disabile o qualsiasi altro soggetto che, anche in maniera temporanea, non può provvedere alla cura della propria persona né mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri.

L'individuazione di tali soggetti destinatari degli interventi e dei servizi finanziati con il Fondo, è effettuata dalle strutture territoriali competenti, sulla base dei criteri e secondo le modalità previsti per le valutazioni finalizzate all'accesso alle prestazioni di assistenza domiciliare e alle residenze sanitarie assistenziali.

La regione, in armonia con le disposizioni di cui al Capo III della l. n. 328/2000, al fine di potenziare il sistema di protezione sociale di cui al Titolo III, Capo II, della legge regionale 9 settembre 1996, n. 38 “*Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali nel Lazio*”⁶⁶ e successive modifiche, mediante una maggiore e più efficace tutela delle persone non autosufficienti e delle relative famiglie, istituisce il Fondo regionale per la non autosufficienza, destinato al finanziamento dei seguenti **interventi e servizi**:

- specifici **interventi di assistenza domiciliare integrata**, sanitaria e sociale, per anziani non autosufficienti, allo scopo di evitare il ricovero in strutture residenziali;
- **servizi di sollievo alla famiglia**, per affiancare i familiari che accudiscono la persona non autosufficiente ovvero per sostituirli nelle stesse responsabilità di cura durante l'orario di lavoro e anche nei periodi di temporanea impossibilità di accudire la persona non autosufficiente;
- **dimissioni ospedaliere protette** per soggetti temporaneamente non autosufficienti e non in grado di organizzare in modo autonomo il rientro al proprio domicilio e la continuazione delle cure, mediante l'organizzazione di interventi di assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, programmati in base ad una valutazione complessiva dei bisogni di tali soggetti;
- **assistenza domiciliare integrata**, sanitaria e sociale, per i soggetti non autosufficienti con patologie cronico-degenerative;
- **interventi di sostegno alla persona disabile non autosufficiente ed alla famiglia**, attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale, anche della durata di 24 ore e anche nelle giornate festive e prefestive;
- **programmi di aiuto alla persona** gestiti in forma indiretta, mediante piani personalizzati, previa verifica del titolo professionale dell'operatore prescelto in relazione alle prestazioni da erogare;
- **interventi economici straordinari** per concorrere ai costi di deistituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, dei disabili non autosufficienti e di qualsiasi altro soggetto non autosufficiente.

⁶⁵ Pubbl. in B.U.R. Lazio 9 dicembre 2006, n. 34.

⁶⁶ Pubbl. in B.U.R. Lazio 20 settembre 1996, n. 26, S.O. n. 2.

Tali interventi e servizi sono inseriti in un documento denominato **Piano distrettuale per la non autosufficienza**, adottato, in conformità agli indirizzi della regione, dai comuni facenti parte degli ambiti territoriali e dal comune di Roma.

Per le finalità di cui alla presente legge è autorizzata la spesa di **4 milioni di euro** per l'esercizio finanziario 2006 e di **12 milioni di euro** per ciascuno degli esercizi finanziari 2007 e 2008.

DGR 19 giugno 2007, n. 433 *“Indicazioni e interventi per la realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e sociosanitarie. Incentivazione dei processi di de-ospedalizzazione nella Regione Lazio”*⁶⁷.

La Regione Lazio con il presente atto delibera di definire: il distretto sociosanitario; l'integrazione sociosanitaria, sistema informativo integrato; le cure primarie: medicina generale e pediatria di libera scelta; i Centri di assistenza domiciliare, Assistenza domiciliare integrata; le Cure intermedie (Residenze sanitarie assistenziali, Hospice, Presidi territoriali di prossimità); la Continuità assistenziale e dimissioni protette ed i sistemi di remunerazione quali elementi qualificanti per la realizzazione di interventi ed iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e sociali, nonché per l'attuazione e l'incentivazione dei processi di deospedalizzazione.

DGR 31 luglio 2007, n. 601 *“Art. 4 della legge regionale n. 20/2006. Fondo regionale per la non autosufficienza. Criteri e modalità per la ripartizione delle risorse del Fondo ed indirizzi della Regione per la realizzazione degli interventi e dei servizi per le persone non autosufficienti. Approvazione delle linee guida per l'utilizzazione delle risorse”*⁶⁸.

La Giunta regionale in attuazione della l. n. 20/2006 con tale delibera ha stabilito **modalità e criteri di erogazione** della somma a disposizione per il 2007 nel Fondo regionale per la non autosufficienza che ammonta a quasi **13 milioni di euro** (per l'esattezza 12.925.268,16) per interventi a favore di anziani, disabili e minori non autosufficienti bisognosi di assistenza.

DD 9 agosto 2007, n. 2768 *“Riparto al comune di Roma e ai comuni ed enti capofila dei distretti socio-sanitari del Lazio delle risorse del Fondo regionale per la “non autosufficienza”. Impegni di euro 12.925.268,00 es. fin. 2007”*⁶⁹.

DGR 25 gennaio 2008, n. 40 *“Adozione dello Strumento di Valutazione Multidimensionale regionale per l'ammissione e presa in carico di persone portatrici di problematiche assistenziali complesse negli ambiti domiciliare, semiresidenziale e residenziale”*⁷⁰.

La Regione delibera di adottare a titolo sperimentale per 12 mesi dalla approvazione della presente la scheda RUG quale strumento di valutazione multidimensionale per la regione Lazio per l'ammissione e presa in carico di persone portatrici di problematiche assistenziali complesse negli ambiti semiresidenziale e residenziale, prevedendo eventuali schede integrative che si rendessero necessarie per la valutazione dei bisogni sociali e delle risorse economiche anche tramite l'applicazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE); inoltre, le informazioni derivanti dall'utilizzo della scheda RUG, eventualmente integrate con i dati sui bisogni sociali e delle risorse economiche, dovranno costituire la base per il debito informativo per le Residenze Sanitarie Assistenziali e le Residenze Protette, per alimentare il nuovo flusso informativo nazionale “Flusso Assistenza Residenziale” secondo le indicazioni scaturite dal Progetto Mattone n. 12 “Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali”.

⁶⁷ Pubbl. in B.U.R. Lazio 20 settembre 2007, n. 26, S.O. n. 5.

⁶⁸ Pubbl. in B.U.R. Lazio 20 settembre 2007, n. 26.

⁶⁹ Pubbl. in B.U.R. Lazio 20 ottobre 2007, n. 29.

⁷⁰ Pubbl. in B.U.R. Lazio 21 marzo 2008, n. 11, S.O. n. 23.

DGR 30 maggio 2008, n. 405 “Definizione di un termine unico di presentazione dei piani distrettuali di zona integrati dalle programmazioni di interventi di lotta alla droga, dei piani distrettuali per la non autosufficienza e dei piani distrettuali di intervento in favore dei piccoli Comuni. Modifica della DGR 601/2007. Piano distrettuale per la non autosufficienza RI3: ammissione a valutazione”.

La Giunta regionale con il presente provvedimento, in particolare, delibera:

- di fissare al 15 ottobre di ogni anno il termine ultimo entro il quale i Comuni capofila di distretto e il Comune di Roma devono presentare i piani distrettuali di zona, e i relativi aggiornamenti, integrati dalle programmazioni di interventi per le tossicodipendenze, **i piani distrettuali per la non autosufficienza**, i piani distrettuali di intervento in favore dei piccoli Comuni;
- di modificare la DGR 601/2007, punto 5 del dispositivo, stabilendo che, ai fini dell'erogazione delle risorse del Fondo regionale per la non autosufficienza, vengano valutati i piani distrettuali pervenuti entro la data del 15 ottobre di ogni anno.

Decreto 5 settembre 2008, n. 17 “Attuazione obiettivo specifico Piano di Rientro, punto 1.1 (1.1.1 1.2.1a): Approvazione del documento sulla riconfigurazione dell'offerta regionale di assistenza sanitaria extraospedaliera agli anziani in regime residenziale”⁷¹.

Il presente provvedimento all'Allegato 2 definisce la non autosufficienza ed il fabbisogno di assistenza agli anziani a livello residenziale e semiresidenziale nella Regione Lazio.

DGR 22 dicembre 2008, n. 946 “Articolo 1, comma 1251 lettera c), della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007). Sperimentazione di interventi per favorire la permanenza o il ritorno nella comunità familiare di persone parzialmente o totalmente non autosufficienti in alternativa al ricovero in strutture socio-sanitarie. Approvazione linee programmatiche per l'utilizzazione dei finanziamenti statali assegnati nel 2008”⁷².

REGIONE LIGURIA

Legge regionale 24 maggio 2006, n. 12 “Promozione del sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari”⁷³.

L'art. 46 **definisce non autosufficienti** le persone con grave disabilità permanente impossibilitate a svolgere le funzioni della vita quotidiana e quelle dedicate alla cura della persona, con difficoltà nelle relazioni umane e sociali, nelle attività strumentali, nella mobilità e nell'uso dei mezzi di comunicazione.

La valutazione della non autosufficienza è effettuata da apposite Unità Multiprofessionali appartenenti ai servizi socio-sanitari regionali di cui fanno parte il medico di medicina generale, medici specialisti nelle discipline cliniche oggetto della disabilità, personale sanitario dell'area infermieristica e della riabilitazione e assistenti sociali, utilizzando apposite metodologie che valutano le funzioni di cui sopra. Per l'area della disabilità in età giovanile e adulta sono inserite nelle Unità Multiprofessionali anche psicologi ed educatori.

A favore della persona non autosufficiente viene predisposto dall'Unità Multiprofessionale un Piano Individualizzato di Assistenza (P.I.A.), in cui sono evidenziate le prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali da erogare e le verifiche sulla efficacia delle azioni svolte.

Il P.I.A. è affidato al responsabile del caso, individuato all'interno del servizio che ha la competenza prevalente nell'ambito delle misure adottate. Il responsabile del caso interagisce con la persona

⁷¹ Pubbl. in B.U.R. Lazio 13 settembre 2008, n. 34, S.O. n. 115.

⁷² Pubbl. in B.U.R. Lazio 21 febbraio 2009, n. 7.

⁷³ Pubbl. in B.U.R. Liguria 31 maggio 2006, n. 8, parte prima.

assistita, con i familiari e con la rete assistenziale per assicurare le risorse necessarie alla realizzazione del P.I.A.

La Conferenza dei Sindaci e l'ASL, provvedono affinché siano presenti in ciascun Distretto Sociosanitario: l'accesso integrato alle prestazioni per la non autosufficienza con informazione e consulenza sui servizi erogabili dalla rete assistenziale; le unità di Valutazione Multiprofessionale; le attività domiciliari, semiresidenziali, residenziali; l'elenco del personale per l'aiuto familiare; il registro delle persone non autosufficienti.

L'art. 47 istituisce un Fondo, denominato **Fondo per la non autosufficienza**, quale componente del Fondo regionale per le politiche sociosanitarie di cui all'articolo 57 della medesima legge.

Il Fondo per la non autosufficienza finanzia le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie inserite nei livelli essenziali di assistenza, l'assistenza territoriale domiciliare, l'assistenza residenziale e semiresidenziale di mantenimento.

Costituiscono **fonti di finanziamento** del Fondo per la non autosufficienza:

- le risorse del Fondo sanitario già destinate alle attività socio-sanitarie di tipo domiciliare e residenziale e le risorse derivate dagli obiettivi del Piano sanitario nazionale finalizzate alla non autosufficienza;
- una quota delle risorse del Fondo regionale per le politiche sociali, trasferito dallo Stato ai sensi della l. n. 328/2000, da destinare alla non autosufficienza;
- entrate regionali anche provenienti dalla fiscalità;
- altre risorse provenienti da fondazioni o donazioni.

Concorrono a definire l'ammontare complessivo del Fondo per la non autosufficienza anche i finanziamenti che i comuni dedicano agli interventi di sostegno alla persona e alla famiglia e all'aiuto domestico familiare o altre prestazioni a favore dei non autosufficienti erogate in base alla presente legge, alla l. n. 328/2000 e al D.P.C.M. 14 febbraio 2001.

Il Fondo per la non autosufficienza viene ripartito annualmente alle **Aziende sanitarie locali e ai Comuni dei sindaci di distretto sociosanitario** per le attività individuate dai Piani di distretto sociosanitario.

La Giunta regionale emana specifici indirizzi per il riparto per garantire alla cittadinanza: accessibilità e uniformità di benefici a parità di bisogno; riqualificazione e riequilibrio dell'offerta assistenziale per rispondere alla domanda territoriale con continuità e senza alimentare le liste di attesa; equità nel concorso alla spesa, laddove richiesto.

Il Fondo per la non autosufficienza erogato dalla Regione, per le parti ricomprese nei bilanci ordinari dei comuni e delle Aziende sanitarie locali, ha destinazione vincolata alle attività indicate.

La Regione nel 2007 ha stanziato **10 milioni di euro**, mentre per il 2008 **12 milioni** e per il 2009 **21 milioni**.

DGR 20 ottobre 2006, n. 1106 *“Indirizzi per il Fondo Regionale della Non Autosufficienza”*⁷⁴.

La Regione con l'atto n. 1106/2006 delibera il **Programma della non autosufficienza** considerando i primi sei mesi a carattere sperimentale.

⁷⁴ Pubbl. in B.U.R. Liguria 15 novembre 2006, n. 46, parte seconda.

Nello specifico, il programma è articolato nel modo seguente:

1) **Misure a favore della non autosufficienza:**

- **sostegno alla domiciliarità** quale obiettivo strategico del programma. Le Aziende sanitarie ed i comuni sono chiamati ad orientare le scelte verso azioni e interventi di ampliamento della rete e di potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare e assistenza domiciliare integrata, anche in sinergia con la riorganizzazione ospedaliera, con un incremento percentuale di assistenza sulla popolazione ultrasessantacinquenne, che parte da una base di 4,1% nel 2006 per giungere al 7% nel 2008;
 - **potenziamento della residenzialità e semiresidenzialità** sociosanitaria e sociale pubblica, accreditata e privata, con un incremento che parte da una base di rapporto tra popolazione anziana e residenzialità del 2% nel 2006 per giungere al 3% nel 2008. Negli incrementi dovranno essere valorizzati i ricoveri semiresidenziali e residenziali a carattere temporaneo come misura di sollievo;
 - **interazione tra la rete servizi e il lavoro di cura svolto a domicilio** dai familiari e da assistenti familiari a favore di anziani non autosufficienti e disabili gravissimi, prevedendo azioni che facilitino il mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti attraverso l'istituzione di una misura economica per la non autosufficienza, che maggiora l'indennità di accompagnamento di 350,00 euro mensili ed è riconosciuta in maniera permanente;
 - **misura economica per favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti.** La nuova misura di cui sopra, modulata in base alle risorse economiche della persona e collegata all'acquisizione di prestazioni assistenziali, si colloca sul piano della sussidiarietà orizzontale, nell'ambito di un concetto di welfare delle responsabilità, che vede il cittadino partecipe delle scelte, in base ai propri bisogni ed alle proprie risorse. L'esigibilità della misura collega il sostegno alla non autosufficienza con l'esercizio dei diritti di cittadinanza, non solo dal punto di vista della cura, ma anche della promozione dell'autonomia individuale. Nell'ottica del welfare delle responsabilità, la misura economica prevede il concorso alla spesa collegato all'applicazione omogenea su tutto il territorio ligure, dell'Indicatore della situazione economica equivalente, che consente di stabilire un rapporto tra la contribuzione fiscale e l'acquisizione di servizi, integrando e valorizzando la spesa delle famiglie per il lavoro di cura a domicilio.
- 2) **Assetto organizzativo per l'accertamento della non autosufficienza (Sportello integrato sociosanitario** come unico accesso per i richiedenti la valutazione di non autosufficienza, **Unità di valutazione multidisciplinare** per la valutazione della non autosufficienza per gli anziani e per i portatori di handicap).
- 3) **Procedura e tempi di valutazione della non autosufficienza.**
- 4) **Erogazione della misura economica.**

DCR 1° agosto 2007, n. 35 “*Piano Sociale Integrato Regionale (Psir) 2007-2010*”.

In particolare, per quanto riguarda le **politiche a favore della non autosufficienza** come precedentemente anticipato la Regione Liguria ha istituito, con legge regionale n. 12/2006, il **Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA)** e con DGR 1106 del 20/10/2006 ha fornito indirizzi per il suo utilizzo.

La misura del Fondo è a favore di persone ultrasessantacinquenni e di persone infrasestantacinquenni con gravi disabilità.

Le indicazioni per l'utilizzo del Fondo prevedono che almeno il 15 per cento dei finanziamenti sia riservato agli infrasestantacinquenni con gravi disabilità e l'85 per cento agli ultrasessantacinquenni.

Il programma a favore della non autosufficienza, e quindi la disciplina del FRNA, prevede:

- l'implementazione di una rete sociosanitaria distrettuale a favore della non autosufficienza;
- il riconoscimento di una misura economica -massimo 350 euro- per facilitare la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti. Nei confronti dei disabili minori verrà effettuata una valutazione più mirata alla non autosufficienza rispetto a quella condotta con la l. n. 104/1992;

- il potenziamento dell'offerta di residenzialità e semiresidenzialità.
- In base al provvedimento citato i requisiti per accedere al FRNA sono:
- l'accertamento della condizione di non autosufficienza;
 - la certificazione ISEE che prevede l'accesso secondo le seguenti fasce:
 - 1) ISEE fino a 10.000 euro, nessun abbattimento della misura economica;
 - 2) ISEE da 10.001 a 20.000 euro, abbattimento del 20% della misura economica;
 - 3) ISEE da 20.001 a 30.000 euro, abbattimento del 30% della misura economica;
 - 4) ISEE da 30.001 a 40.000 euro, abbattimento del 40% della misura economica.
- Il programma per la non autosufficienza è stato avviato in via sperimentale ed ha consentito l'attivazione in ogni distretto sociosanitario:
- dello Sportello Integrato Sociosanitario,
 - dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare che permette la valutazione congiunta sia di tipo sanitario sia sociale;
 - dell'adozione del Piano Individualizzato di Assistenza con l'individuazione di un *case manager*;
 - dell'adozione di un Patto assistenziale con l'interessato o la sua famiglia, in merito all'assistenza da assicurare attraverso la misura economica.

La Giunta Regionale in base all'andamento della prima fase di avvio delle attività, a favore della non autosufficienza anche in relazione alla disponibilità delle risorse finanziarie del Fondo Nazionale per la non autosufficienza (art.1 comma 1264 L. 296/2006 – Finanziaria 2007) potrà rivedere le fasce ISEE garantendo prioritariamente la misura economica a condizioni di minor reddito.

A completamento delle misure sopra indicate, per monitorare la non autosufficienza anche attraverso servizi "a bassa soglia", per tutto il periodo di vigenza del piano sono potenziati servizi di prossimità consistenti in:

- un call-center di accesso e di smistamento delle richieste agli altri soggetti della "rete";
- attività di osservazione e monitoraggio delle persone a rischio attraverso custodi sociosanitari;
- realizzazione e disbrigo di piccole incombenze collegate alla vita quotidiana.

Tali attività sono effettuate da parte del soggetto no-profit aggiudicatario della gestione degli stessi servizi di prossimità (DGR 26/05/2006, n. 537 e DGR 24/04/2007, n. 414 relative agli interventi per le emergenze climatiche in collegamento con la rete per la non autosufficienza).

DGR 7 marzo 2008, n. 219 *"Indicazioni per l'avvio della prima fase di messa a regime del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza"*.

Nel corso degli anni 2006 e 2007 è stata avviata la sperimentazione del programma per la non autosufficienza al fine di favorire la permanenza presso la propria abitazione di anziani e disabili non autosufficienti. Con la predetta deliberazione, a conclusione della fase sperimentale, sono determinati **criteri e modalità per l'avvio della prima fase di messa a regime del Fondo per la non autosufficienza**.

In tale provvedimento, tra i punti più importanti, si evidenziano:

- **l'elaborazione del profilo della non autosufficienza;**
- **la determinazione della possibilità di accedere ai contributi per coloro che presentano un valore Isee fino ad un massimo di 20.000 euro** (con ulteriori abbattimenti secondo il numero dei figli ed il numero dei disabili presenti in famiglia). Per coloro che rientrano nella categoria Isee fino a 10.000 euro, il contributo è riconosciuto nell'entità massima di **350 euro mensili**, mentre con valore Isee maggiore di 10.000 euro, l'importo è pari a **280 euro mensili**.

DGR 26 dicembre 2008, n. 1676 *"Variazioni in euro 504.331,44 al bilancio 2008 ai sensi dell'art. 7 L.R. 11/08 Fondo per le non autosufficienze -l. 296/06 (secondo provvedimento)"*⁷⁵.

⁷⁵ Pubb. in B.U.R. Liguria 7 gennaio 2009, n. 1.

REGIONE LOMBARDIA

Nel 2001 la Regione Lombardia al fine di riconoscere, valorizzare e sostenere tutti coloro che intendono impegnarsi per favorire la permanenza delle persone anziane in famiglia, il più a lungo possibile, attraverso una prima sperimentazione -che la stessa Regione ha chiamato **buono socio-sanitario**- ha dato un contributo economico mensile di 413,00 euro utilizzato a larga maggioranza dalle famiglie per curare a casa gli anziani non autosufficienti, evitando, o comunque ritardando il ricovero in Rsa.

Si è trattato di una sperimentazione che si è conclusa alla fine di giugno 2002: non solo si è constatato che le famiglie gradivano questa forma di aiuto, ma si è anche valutato che era indispensabile continuare ad approfondire tali forme di aiuto, per poterle estendere al resto della popolazione ed organizzarle in modo più qualificato.

La Regione ha poi esteso su tutto il territorio lombardo un nuovo sistema di servizi domiciliari tramite i **Buoni sociali**, i **Voucher sociali** e i **Voucher socio-sanitari** a favore di tutte le persone fragili che ne hanno bisogno, cioè quelle persone che per vari motivi si trovano nella condizione di non poter svolgere autonomamente, parzialmente o totalmente, le normali attività di vita quotidiana o che sono fisicamente impossibilitate a recarsi presso le strutture e i servizi sanitari territoriali.

In particolare: i **Buoni** e i **Voucher sociali** sono contributi economici dati dai comuni, mentre il **Voucher socio-sanitario** è un contributo economico dato dalla regione.

Il **Buono sociale** è un contributo in denaro destinato a compensare la famiglia che accudisce autonomamente a domicilio una persona fragile (care-giver non professionale); il **Voucher sociale** è un contributo non in denaro destinato all'acquisto di prestazioni a carattere sociale erogate da operatori sociali (care-giver professione); il **Voucher socio-sanitario** è un contributo non in denaro destinato all'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata, erogate da personale professionalmente qualificato (care-giver professionale).

In base alla legge quadro di riforma sociale n. 328/2000 tutte le regioni hanno avuto il compito di definire i criteri generali per la sua applicazione a livello territoriale.

Tra questi, la Regione Lombardia ha stabilito che i comuni dovranno utilizzare il 70% delle risorse messe a disposizione dallo Stato per l'erogazione di Buoni e Voucher sociali, da destinare agli interventi di assistenza domiciliare per persone fragili.

Come suddetto il Voucher socio-sanitario regionale è un contributo economico non in denaro, sotto forma di "titolo di acquisto", che può essere utilizzato esclusivamente per comprare prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata da soggetti accreditati, pubblici o privati, *profit e no profit*, svolte da personale professionalmente qualificato (care-giver professionale).

La Regione ha ideato il Voucher socio-sanitario per avviare una nuova organizzazione del servizio di Adi; l'unico requisito richiesto è che una persona fragile possa essere assistita a casa.

Con il Voucher socio-sanitario si possono acquistare prestazioni mediche, riabilitative, infermieristiche e di aiuto infermieristico.

Il Voucher ha importo mensile variabile diviso in tre fasce a seconda dell'intensità del bisogno rilevata: 1° fascia 362 euro; 2° fascia 464 euro; 3° fascia 619 euro.

Per l'accesso al Voucher non sono previsti né limiti di età né di reddito.

Un soggetto giuridico per accreditarsi deve fare domanda all'Asl che, a sua volta, accerta che il soggetto richiedente abbia l'idoneità professionale e organizzativo-gestionale per erogare le prestazioni indicate nella domanda. In caso affermativo viene sottoscritto il **Patto di accreditamento per l'assistenza domiciliare** tra l'Asl e il soggetto stesso.

Sono, altresì previsti casi di revoca dell'accreditamento qualora la Asl durante i controlli periodici della qualità delle prestazioni socio-sanitarie, verifichi eventuali inadempienze rispetto ai contenuti del patto di accreditamento sottoscritto.

I principali riferimenti sono costituiti dai PSSR 2002-2004, 2006-2008 e alla **DGR 9 maggio 2003, n. 7/12902** *“Modello Lombardo del Welfare: attivazione del voucher socio-sanitario per l'acquisto di prestazioni domiciliari socio-sanitarie integrate. (Obiettivo gestionale 6.1.1.1 «contenimento delle componenti di infrastrutturazione pesante e sviluppo dei servizi» e Obiettivo gestionale 6.5.1.5 «valutazione*

delle diverse forme di intervento residenziali e domiciliari attualmente realizzate a favore di anziani non autosufficienti»)⁷⁶.

Legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 “*Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario*”⁷⁷.

L’art. 17 prevede che la Regione, con il piano sociosanitario, definisce i livelli delle prestazioni sociosanitarie, mediante l’individuazione di prestazioni o di servizi ulteriori rispetto a quelli essenziali, definiti a livello statale o comportanti forme di riduzione o esenzione della partecipazione alla spesa da parte dell’utente.

La Regione, con il **piano sociosanitario**, nel rispetto dei principi di cui alla presente legge e secondo quanto disposto dalla l. n. 328/2000, definisce i livelli uniformi delle prestazioni sociali.

Il piano sociosanitario regionale definisce le modalità di attuazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi per la non autosufficienza e ne individua le risorse, anche mediante **l’istituzione di un apposito Fondo** a favore delle persone non autosufficienti che ha il fine di favorirne l’**autonomia** e la **vita indipendente** e di sostenerle mediante l’assistenza domiciliare ed altre forme di intervento tra cui il ricovero in strutture residenziali e semiresidenziali. Al Fondo concorre la Regione anche con risorse proprie.

DGR 30 marzo 2009, n. 8/9152 “*Determinazioni in merito alla ripartizione delle risorse del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali anno 2008, del Fondo Sociale Regionale 2009 e del Fondo nazionale per le non Autosufficienze 2008*”⁷⁸.

Con il presente atto la Giunta delibera di assegnare in un’unica soluzione le risorse del F.N.P.S. 2008, del Fondo sociale Regionale 2009 e del Fondo per le non Autosufficienze 2008 agli ambiti distrettuali di associazione dei Comuni e alle ASL, secondo le rispettive competenze, al fine di garantire un’efficace programmazione zonale e una allocazione delle risorse coerente con gli obiettivi della programmazione, in attuazione delle linee di indirizzo per la programmazione dei piani di zona per il triennio 2009-2011. In particolare:

- le risorse del F.N.P.S. 2008, complessivamente pari a **94.915.901,87 euro** saranno destinate per **82.675.000,00 euro** agli ambiti distrettuali di associazione dei Comuni per l’attuazione dei piani di zona e per **12.240.901,87 euro** alla regione;
- agli ambiti distrettuali saranno assegnate, per il tramite delle ASL, le risorse del Fondo Sociale Regionale 2009 pari a **85.200.000,00 euro**;
- agli ambiti distrettuali ed alle ASL saranno assegnare le risorse del Fondo per le non Autosufficienze 2008 che assegna somma di **44.083.734,18 euro** per il 2008 e la somma di **58.827.457,99 euro** per il 2009.

REGIONE MARCHE

In data 4 giugno 2008, la Regione Marche e le organizzazioni sindacali Cgil - Cisl - Uil hanno sottoscritto un **Protocollo regionale sulla non autosufficienza**. L’intesa istituisce il **Fondo unico regionale** che verrà attivato con l’**assestamento di bilancio 2008**.

⁷⁶ Pubbl. in B.U.R. Lombardia 20 maggio 2003, n. 21, I S.S.

⁷⁷ Pubbl. in B.U.R. Lombardia 17 marzo 2008, n. 12, S.O. n. 1.

⁷⁸ Pubbl. in B.U.R. Lombardia 14 aprile 2009, n. 15, S.O. 17 aprile 2009, n. 4.

Lo scopo è di **potenziare il sistema di sicurezza e di protezione sociale per gli anziani non-autosufficienti** attraverso una maggiore tutela delle persone e delle relative famiglie.

L'intesa mira anche a rafforzare l'Ambito territoriale sociale sul piano istituzionale, finanziario e di programmazione. Punta a potenziare, poi, attraverso gli incentivi economici, la gestione integrata dei servizi sociosanitari nel territorio.

Complessivamente, attraverso diversi canali finanziari, vengono movimentati **58,7 milioni di euro**, di cui 30 milioni serviranno per rafforzare i servizi e 28,7 milioni per gli investimenti e la riqualificazione delle strutture residenziali per gli anziani non-autosufficienti. Dei 58,7 milioni attivati dall'accordo:

- 4,5 milioni di euro sono finalizzati all'estensione del livello assistenziale di ulteriori posti letto nelle Residenze protette autorizzate;
- 2 milioni sono finalizzati all'incremento di interventi a carattere domiciliare integrato sociosanitario;
- 23,5 milioni relativi alle annualità 2007, 2008 e 2009 del "Fondo per le non autosufficienza" ripartito dal Ministero della Solidarietà Sociale, da utilizzare secondo le finalità previste negli stessi decreti di riparto.

In aggiunta al Fondo unico e sempre a sostegno delle non autosufficienze sono previsti impegni in conto capitale per la riqualificazione strutturale del sistema residenziale, con particolare riferimento alle strutture per anziani, attraverso i Fondi FAS e BEI per un totale di 28, 7 milioni di euro.

Legge regionale 29 luglio 2008, n. 25 "Assestamento del bilancio 2008"⁷⁹.

L'art. 37 prevede che, al fine di potenziare il sistema di protezione sociale mediante una più efficace tutela delle persone non autosufficienti e delle relative famiglie, è istituito il **Fondo regionale per la non autosufficienza**, con cui sono finanziate le prestazioni e i servizi sociali e socio-sanitari, definiti dal piano sanitario e dal piano sociale, forniti dai soggetti accreditati ai residenti nel territorio regionale in condizioni di non autosufficienza.

Il Fondo è utilizzato specificamente per:

- la previsione o il rafforzamento di strutture unitarie (punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi), con particolare riferimento alla condizione di non autosufficienza, che agevolino e semplifichino l'informazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari;
- l'attivazione o il rafforzamento dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, prioritariamente domiciliari, destinati a favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente;
- l'implementazione dei servizi di sollievo alla famiglia, nonché la definizione di interventi di sostegno alla persona non autosufficiente e al lavoro di cura gestito dalle famiglie in forma diretta o indiretta, mediante piani assistenziali individualizzati.

La Regione garantisce l'accessibilità e la qualità delle prestazioni e dei servizi finanziati dal Fondo, l'uniformità dei benefici erogati a parità di bisogno e l'equità nel fissare eventuali quote di compartecipazione attraverso:

- l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale delle condizioni funzionali della persona non autosufficiente, tenuto conto della facilità di gestione e delle modalità di accertamento già sperimentate nei diversi ambiti regionali, anche attraverso la partecipazione a progetti sperimentali promossi dallo Stato;
- l'elaborazione di piani individualizzati di assistenza per la presa in carico della persona non autosufficiente, che tengano conto sia delle prestazioni erogate dai servizi sociali che di quelle erogate dai servizi sanitari, favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia anche attraverso l'uso di nuove tecnologie; il sostegno alla compartecipazione al costo delle prestazioni per la componente sociale, eventualmente differenziando rispetto alla

⁷⁹ Pubbl. in B.U.R. Marche 1° agosto 2008, n. 72, suppl. n. 7.

capacità pregressa della persona non autosufficiente di produrre reddito e comunque privilegiando le prestazioni erogate in ambiente domiciliare e semiresidenziale.

Costituiscono **fonti di finanziamento ordinarie del Fondo** le risorse del Fondo sanitario regionale, del Fondo sociale regionale e del Fondo nazionale per le non autosufficienze, nonché eventuali ulteriori risorse regionali provenienti dalla fiscalità generale. Al Fondo possono afferire eventuali risorse messe a disposizione da altri soggetti. Alla realizzazione degli obiettivi concorrono altresì risorse proprie dei Comuni dagli stessi appositamente destinate nei propri strumenti di bilancio.

Le risorse del Fondo vengono annualmente utilizzate sulla base di indirizzi e criteri, stabiliti con deliberazione della Giunta regionale, che tengano conto delle caratteristiche socio economiche, geografiche, demografiche ed epidemiologiche dei diversi ambiti territoriali/distretti sanitari, anche al fine di raggiungere un'equilibrata offerta di servizi in rapporto al fabbisogno.

Ai fini di verificare l'efficace gestione delle risorse, la Giunta regionale fissa le modalità di monitoraggio delle prestazioni e degli interventi attivati.

REGIONE MOLISE

La Giunta Regionale con la **delibera 16 marzo 2009, n. 256** ha approvato il **Programma Regionale di interventi per la non autosufficienza**.

Il provvedimento prevede prestazioni di carattere innovativo al fine di garantire risposte e interventi efficaci ai bisogni assistenziali dei soggetti non autosufficienti ed alle loro famiglie.

La misura è centrata sui bisogni **complessivi della persona e della famiglia**, sul prioritario **sostegno alla domiciliarità, sull'assistenza personale auto gestita**, sulla **continuità e semplificazione dei sistemi di accesso**, della **presa in carico ed accompagnamento**.

Negli Interventi e Servizi finanziati rientrano i **punti unici di accesso e presa in carico individualizzata** e l'implementazione della domiciliarità che a sua volta prevede tre interventi sperimentali:

Assegno di cura: sostegno economico, erogato in favore delle famiglie, dell'importo massimo di **400,00 euro** ad integrazione dell'assegno di accompagnamento, necessario per incrementare le risorse economiche destinate ad assicurare la continuità dell'assistenza alla persona non autosufficiente al fine di garantirne la permanenza nel proprio nucleo familiare evitando forme di istituzionalizzazione e ricoveri impropri.

I **destinatari** dell'intervento sono persone che, per la loro condizione di non autosufficienza, disabili in almeno 3 ADL, non possono provvedere alla cura di sé, né mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri.

I **requisiti**: residenza nella regione Molise da almeno un anno dalla data di pubblicazione sul BURM del presente provvedimento, invalidità al 100% con assegno di accompagnamento; situazione reddituale e patrimoniale familiare corrispondente ad un valore ISEE non superiore a 15.000,00 euro.

Assegno di cura per persone allettate affette da patologie totalmente invalidanti (Sclerosi Laterale amiotrofica, Distrofia Muscolare, Sclerosi Multipla, Soggetti in stato vegetativo, etc., tutte in stato avanzato): sostegno economico dell'importo massimo di 400,00 euro ad integrazione dell'assegno di accompagnamento, erogato in favore di un familiare maggiorenne stabilmente convivente, che quotidianamente svolge attività di aiuto alla persona disabile anche mediante l'ausilio di assistenti familiari, assunti con regolare contratto di lavoro, o cooperative sociali con l'acquisto di prestazioni assistenziali.

I **requisiti**: residenza nella regione Molise da almeno un anno dalla data di pubblicazione sul BURM del presente provvedimento, invalidità con totale e permanente inabilità lavorativa 100% con necessità di assistenza continuativa.

Assistenza economica per la vita indipendente: sostegno economico dell'importo massimo di 400,00 euro da erogare alla persona non autosufficiente, richiesto dall'assistito al fine di gestire in prima persona la propria assistenza.

I **requisiti**: residenza nella regione Molise da almeno un anno dalla data di pubblicazione sul BURM del presente provvedimento, situazione reddituale e patrimoniale familiare corrispondente ad un valore ISEE non superiore a 15.000,00 euro.

Modalità di accesso ai benefici:

I Servizi Sociali degli Ambiti territoriali e i Distretti sanitari, provvedono ad informare i cittadini residenti nei Comuni in essi compresi sulle condizioni e le procedure per accedere ai servizi ed ai benefici di cui al presente programma.

La domanda per la richiesta di intervento deve essere prodotta all'Ambito territoriale, corredata dal certificato ISEE e a certificazione sanitaria che convalida le condizioni soggettive che danno titolo al beneficio

I Distretti sanitari, verificata la rispondenza ai requisiti previsti, formulano, unitamente ai Servizi Sociali Professionali degli Ambiti territoriali, le graduatorie degli aventi diritto e le trasmettono alla Direzione III dell'Assessorato Regionale alle Politiche Sociali.

Risorse Finanziarie

Anni 2007/2008/2009 disponibilità complessiva: **5.564.050,19 euro**;

Fondo Nazionale non autosufficienza: **5.364.633,95 euro**;

Fondo Nazionale famiglia: **199.416,24 euro**.

Per l'attuazione del programma, nell'**anno 2009**, verrà utilizzata la somma complessiva di: **2.764.509,80 euro** ripartita come segue:

- **240.000,00 euro** per teleassistenza/ telecontrollo/telesoccorso;
- **1.824.801,68 euro** per assegno di cura;
- **99.708,12 euro** per assegno di cura per persone allettate affette da patologie totalmente invalidanti;
- **600.000,00 euro** per assistenza economica per la vita indipendente.

Per l'**anno 2010**, invece, l'importo disponibile è pari a **2.799.540,39 euro** ripartita come segue:

- **240.000,00 euro** per teleassistenza/ telecontrollo/telesoccorso;
- **1.859.832,27 euro** per assegno di cura;
- **99.708,12 euro** per assegno di cura per persone allettate affette da patologie totalmente invalidanti;
- **600.000,00 euro** per assistenza economica per la vita indipendente.

REGIONE PIEMONTE

La regione Piemonte non ha ancora provveduto a costituire un Fondo specifico per la non autosufficienza, ma ha previsto dei finanziamenti a favore degli **enti gestori** che erogano i servizi di assistenza socio-sanitaria per gli anziani e i disabili di cui fanno parte i non autosufficienti.

La regione prevede vari interventi a sostegno della domiciliarità: **buono famiglia** se l'assistenza è prestata da un familiare; **assegno di cura** se il supporto è garantito da personale regolarmente assunto dalla famiglia; **buono servizi, cure domiciliari in lungo assistenza; letti di sollievo e semiresidenzialità**.

Inoltre, per garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera è previsto l'inserimento per due mesi in Rsa a totale carico del Servizio sanitario regionale, indipendentemente dal reddito e sulla base del bisogno.

Nel 2007 la regione per l'assistenza ad anziani non autosufficienti ha speso complessivamente **37,9 milioni di euro** a cui vanno aggiunti altri 27 milioni per le spese socio-residenziali di cui 5 milioni per le integrazioni alle rette sociali residenziali, 10 milioni per Assistenza domiciliare integrata e centri diurni, 2 milioni per allettati gravi e 10 milioni per incrementare di 1000 posti letto le residenze convenzionate.

Legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1 *“Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento”*⁸⁰.

La presente legge disciplina nella Parte II Titolo I **Politiche di promozione regionale**: al Capo III **Politiche per le persone disabili**; al Capo IV **Politiche per le persone anziane**.

Per quanto riguarda le **politiche per le persone disabili**:

- l'art. 46 riconosce il diritto al benessere psico-fisico della persona disabile e ne favorisce la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società;
- l'art. 47, invece, individua **servizi e prestazioni per le persone disabili** (aiuto alla persona; assistenza domiciliare, assistenza domiciliare integrata e assistenza socio-educativa territoriale; centri diurni; integrazione scolastica e lavorativa; sostegno e sostituzione temporanea della famiglia; accoglienza residenziale; famiglie-comunità sostitutive della famiglia di origine).

Per quanto riguarda le **politiche per le persone anziane**:

- l'art. 49 promuove la qualificazione e l'articolazione della rete dei servizi sociali per le persone anziane nella logica della domiciliarità e del sostegno alla vita di relazione nella comunità locale, valorizzando le risorse positive delle persone anziane e il loro apporto alla vita familiare e sociale;
- l'art. 50, invece, individua **servizi e prestazioni per le persone anziane** (attività di prevenzione per il mantenimento dell'autonomia e per ridurre i rischi di non autosufficienza; assistenza domiciliare e assistenza domiciliare integrata; contributi economici; servizi di accoglienza residenziale e semiresidenziale anche temporanea; servizi di sollievo alla famiglia e di affidamento familiare; centri diurni di aggregazione sociale e di socializzazione).

DGR 13 novembre 2006, n. 50-4292 *“Interventi a sostegno delle famiglie nel cui nucleo sono presenti anziani non autosufficienti, totalmente immobili, costretti a letto e bisognosi di assistenza continuativa, di cui le famiglie si fanno carico. Definizione criteri per l'assegnazione delle risorse ai Soggetti Gestori delle funzioni socio-assistenziali ad accantonamento di 2.000.000,00 di euro (cap. 17036/06)”*⁸¹.

Con il presente provvedimento la Giunta ha deliberato di provvedere all'accantonamento in favore della Direzione Politiche Sociali di **2 milioni di euro**; di ripartire la somma di 2 milioni di euro fra gli **Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali**; di destinare tali risorse agli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali, vincolandone l'utilizzo all'erogazione di servizi a sostegno delle famiglie nel cui nucleo siano comprese una o più persone anziane non autosufficienti, bisognose di assistenza continuativa, di cui le stesse famiglie si fanno carico, mediante l'erogazione di interventi economici a sostegno della domiciliarità, quali **assegno di cura, buono famiglia e buono servizio**.

⁸⁰ Pubbl. in B.U.R. Piemonte 15 gennaio 2004, n. 2.

⁸¹ Pubbl. in B.U.R. Piemonte 7 dicembre 2006, n. 49.

DGR 12 marzo 2007, n. 43-5493 “Attivazione delle procedure per la realizzazione del Piano regionale triennale degli interventi e dei servizi sociali. Accantonamento ed assegnazione alla Direzione Politiche Sociali della somma di Euro 180.000,00 sul Cap. 11878/2007”⁸².

Con il presente atto la Giunta delibera: di dare avvio alle procedure per la realizzazione del **Piano regionale triennale degli interventi e dei servizi sociali**; di attribuire alla Direzione Politiche Sociali il coordinamento delle attività e di tutti gli ulteriori adempimenti e compiti collegati con le procedure di costruzione del Piano; di dare atto che con successive determinazioni del Direttore regionale competente saranno costituiti gruppi di lavoro interni ed un Ufficio di Piano, volto a garantire l’unitarietà del percorso, con funzioni di coordinamento dei gruppi di lavoro e delle collaborazioni scientifiche attivate, nonché di raccordo tra questi ed i tavoli di confronto che verranno attivati con i soggetti istituzionali e territoriali; di avvalersi della collaborazione scientifica del Dipartimento di Scienze Sociali dell’Università di Torino e dell’Istituto di Ricerche Economiche e Sociali del Piemonte (IRES), che hanno già maturato valide e consolidate collaborazioni in questi campi con la Direzione Politiche Sociali, per le attività propedeutiche alla redazione della bozza di Piano, ed in particolare per l’analisi dello stato di salute sociale regionale, per la ricognizione della risposta complessiva che i sistemi del pubblico e del privato offrono ai predetti bisogni, nonché dall’analisi e valutazione dei differenti modelli di welfare territoriale proposti; di indicare in un anno il termine temporale di riferimento per l’elaborazione della proposta di Piano regionale triennale degli interventi e dei servizi sociali; di provvedere all’accantonamento della somma di 180.000 euro; di assegnare alla Direzione Politiche Sociali la gestione delle risorse finanziarie oggetto della presente deliberazione, per l’attivazione delle procedure per la realizzazione del Piano regionale triennale degli interventi e dei servizi sociali.

DGR 23 luglio 2007, n. 37-6500 “Criteri per la compartecipazione degli anziani non autosufficienti al costo della retta e criteri per l’erogazione degli incentivi previsti dalla deliberazione della Giunta regionale 2-3520 del 31 luglio 2006 a favore di comuni ed enti gestori”⁸³.

Con tale atto la Giunta regionale delibera: di individuare i criteri di **compartecipazione degli utenti anziani non autosufficienti al costo della retta** praticata nelle strutture residenziali -valutando il solo reddito e patrimonio individuale- in base a quanto disposto nell’Allegato A della medesima deliberazione e di disporre che gli incentivi previsti siano attribuiti in base alle modalità indicate nell’Allegato B agli enti gestori delle attività socio-assistenziali e ai comuni singoli che provvedano ad adottare i necessari regolamenti in conformità ai criteri disciplinati nel presente atto o ad adeguarli, se già esistenti, ai criteri medesimi.

Dopo la prima assegnazione all’atto dell’adozione o della modifica dei regolamenti, gli incentivi verranno erogati contestualmente alla ripartizione del Fondo regionale per la gestione del sistema integrato dei servizi ed interventi sociali.

DGR 1 dicembre 2008, n. 37-10232 “L.R. n. 1/2004, art. 3 - Promozione della rete dei servizi per gli anziani - Anno 2008 - Indirizzi e criteri per l’ammissione al contributo per la realizzazione di strutture socio-sanitarie”⁸⁴.

L’art. 37 della l.r. n. 1/2008 dispone che la Regione promuove la realizzazione della rete delle strutture sociali, socio-assistenziali e socio-sanitarie a ciclo residenziale e semiresidenziale con l’obiettivo del riequilibrio territoriale, dell’adeguamento agli standard definiti dalla normativa vigente e della realizzazione di servizi innovativi. Per tale finalità, la Giunta regionale, mediante l’utilizzo di risorse proprie e di eventuali risorse messe a disposizione da parte di altri soggetti pubblici e privati, **definisce i programmi per la promozione degli interventi** di realizzazione di

⁸² Pubbl. in B.U.R. Piemonte 5 aprile 2007, n. 14.

⁸³ Pubbl. in B.U.R. Piemonte 16 agosto 2007, n. 33.

⁸⁴ Pubbl. in B.U.R. Piemonte 11 dicembre 2008, n. 50.

nuove strutture, di acquisto, di trasformazione, di ristrutturazione, di ampliamento e straordinaria manutenzione di strutture esistenti, di acquisto di attrezzature e arredi.

La DGR n. 37-10232 delibera di approvare **gli indirizzi ed i criteri per l'ammissibilità dei contributi per la realizzazione e l'adeguamento di posti letto per anziani non autosufficienti** (nuclei RSA e RAF).

La suddetta delibera prevede che i beneficiari del contributo regionale: devono essere proprietari dell'immobile oggetto dell'intervento o dell'area su cui dovrà essere edificato il presidio; oppure devono essere gestori del presidio socio-assistenziale ed avere una disponibilità ventennale dell'immobile oggetto dell'intervento o del sito su cui si intende erigere la nuova struttura, se soggetti diversi dal proprietario;

Possono essere beneficiari del contributo regionale: Comuni singoli o associati; Azienda Sanitarie Locali; Consorzi socio-assistenziali; Enti assistenziali pubblici (IPAB); Enti assistenziali di diritto privato (IPAB privatizzate in Fondazioni o Associazioni); Enti religiosi; Cooperative sociali.

DGR 28 luglio 2008, n. 35-9305 *“Interventi socio-sanitari a sostegno di anziani non autosufficienti”*⁸⁵.

La Regione con la presente delibera di prevedere che i Soggetti Gestori delle attività socio-assistenziali dovranno fornire gli **interventi di sostegno alla domiciliarità**, in collaborazione con le ASL, attraverso una diversificazione delle risposte ai bisogni socio-sanitari degli anziani: **interventi economici a sostegno della domiciliarità; cure domiciliari in lungo-assistenza; letti di sollievo; semiresidenzialità**. Inoltre, allo scopo di incrementare la risposta socio-sanitaria diversificata a favore dei soggetti anziani non autosufficienti, delibera di destinare la somma di 12.000.000,00 euro per interventi a sostegno della domiciliarità a favore dei Soggetti Gestori delle funzioni socio-assistenziali.

DGR 28 luglio 2008, n. 55-9323 *“Definizione delle modalità e dei criteri dell'utilizzo da parte delle A.S.L. e dei Soggetti gestori delle funzioni socio assistenziali, delle risorse assegnate a livello nazionale, al “Fondo per le non autosufficienze” per l'anno 2007 ed attribuite alla Regione Piemonte”*⁸⁶.

La Giunta delibera di destinare la somma di euro 7.797.985,90 - pari alla risorsa attribuita alla Regione Piemonte quale quota parte del “Fondo per le non autosufficienze” per l'anno 2007 in attuazione del Decreto del Ministro della solidarietà sociale del 12 ottobre 2007 - 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.

⁸⁵ Pubbl. in B.U.R. Piemonte 28 agosto 2008, n. 35.

⁸⁶ Pubbl. in B.U.R. Piemonte 28 agosto 2008, n. 35.

DGR 1° agosto 2008, n. 64-9390 “*Finanziamenti a sostegno delle persone con disabilità e delle loro famiglie: Approvazione criteri di ripartizione e di assegnazione. Anno 2008*”⁸⁷.

La Regione con la presente delibera di approvare per l'anno 2008 i criteri di ripartizione e assegnazione dei finanziamenti a sostegno delle persone con disabilità agli Enti Gestori della funzione socio assistenziale di cui all'art. 9 della L.R. n. 1/2004 e alle Aziende Sanitarie Locali per la realizzazione delle azioni e dei piani progettuali e per l'attività di consolidamento dell'Osservatorio regionale sulla disabilità, così come indicato nell'Allegato 1 che costituisce parte integrante della presente deliberazione; di rinviare a successivi provvedimenti amministrativi gli impegni sui relativi capitoli di spesa e la conseguente assegnazione ed erogazione agli enti individuati quali beneficiari, che trovano copertura sugli stanziamenti di bilancio 2008.

DGR 6 aprile 2009, n. 39-11190 “*Riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria ed istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungoassistenza 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 2007*”⁸⁸.

La Regione Piemonte con la presente definisce il riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria in lungoassistenza, 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 di 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) Enti Gestori; qualora il beneficiario al contributo economico a sostegno della domiciliarità in lungoassistenza sia titolare di Indennità di Accompagnamento, tale previdenza deve essere utilizzata per la copertura della componente sociale. La somma complessiva finalizzata all'erogazione di contributi economici a sostegno della domiciliarità per anziani non autosufficienti in lungoassistenza è di 21.513.967,74 euro.

REGIONE PUGLIA

Legge regionale 10 luglio 2006, n. 19 “*Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia*”⁸⁹.

La presente legge introduce, tra gli altri elementi di riforma del sistema di welfare regionale le **politiche di contrasto alle nuove povertà**, connesse a marginalità sociale, a precarietà economica e lavorativa, a carichi di cura che gravano sulla famiglia. Con l'approvazione della legge regionale si è inteso proporre un approccio innovativo, rivolto a integrare una rete di servizi, senza sostituirli, a produrre opportunità di autonomia e indipendenza economica, a valorizzare le risorse di un individuo o di un nucleo familiare integrandole con le risorse del sistema collettivo.

Più specificamente l'art. 33 della legge regionale, prevede al co. 2, lett. c), l'istituzione di uno strumento nuovo in Puglia, ma già ampiamente sperimentato in altri contesti regionali, quale l'**Assegno di cura** per sostenere i possibili disagi economici cui va incontro un nucleo familiare che si faccia carico della cura e della assistenza di una persona in condizione di fragilità, derivante da non autosufficienza (anziani e disabili psichici, fisici e sensoriali).

⁸⁷ Pubbl. in B.U.R. Piemonte 4 settembre 2008, n. 36.

⁸⁸ Pubbl. in B.U.R. Piemonte 16 aprile 2009, n. 15.

⁸⁹ Pubbl. in B.U.R. Puglia 12 luglio 2006, n. 87.

Tale intervento non può configurarsi come intervento monetario autonomo rispetto alla organizzazione della rete dei servizi ed in particolare dei servizi domiciliari e a carattere comunitario, proprio in relazione all'obiettivo di non "monetizzare i diritti civili e sociali" delle persone disabili e non autosufficienti, né quelle dei rispettivi nuclei familiari, ma di integrare la rete dei servizi, nella quale la stessa famiglia svolge un ruolo attivo, con un intervento economico che persegua la sostenibilità economica di un carico di cura altrimenti insostenibile per la famiglia.

DGR 30 ottobre 2006, n. 1633 *"Legge regionale 10 luglio 2006, n. 19 - art. 23, comma 1, lettera c) ed art. 33, comma 2, lettera c) - Istituzione dell'assegno di cura per le condizioni di disagio connesse ai carichi di cura familiari per situazioni di fragilità derivanti da non autosufficienza e disabilità. Approvazione"*⁹⁰.

Con tale atto la Regione specifica in maniera più dettagliata gli obiettivi dell'assegno di cura, il carattere dell'intervento, i beneficiari, i destinatari finali, la dotazione finanziaria disponibile ed i tempi di attuazione.

Protocollo d'intesa per non autosufficienti

In seguito all'istituzione a livello regionale dell'**Assegno di cura** per sostenere i nuclei familiari che si fanno carico della cura e della assistenza a domicilio di una persona in condizione di non autosufficienza (anziani e disabili), è stato sottoscritto un **Protocollo d'Intesa sullo sviluppo dei servizi sociali e sociosanitari destinati ai cittadini non-autosufficienti** tra la Regione e le confederazioni sindacali di Cgil, Cisl e Uil e Spi, Fnp e Uilp.

L'obiettivo prioritario del Protocollo è quello di dare sviluppo ai servizi sociali e sociosanitari del territorio regionale. Ulteriori obiettivi sono: costituire un **Fondo regionale per la non autosufficienza**, ad integrazione del Fondo nazionale istituito dal governo; creare una mappa sociale aggiornata sulla distribuzione territoriale dei cittadini non autosufficienti; contribuire alla definitiva approvazione del nuovo disegno di legge sulla non-autosufficienza; stabilire nuovi criteri di valutazione per l'assegnazione dei finanziamenti alle famiglie interessate e monitorare i piani di zona comunali.

Il Protocollo consente agli enti sottoscrittori di concorrere a stabilire gli indirizzi in materia di livelli essenziali di prestazione sociali e sociosanitarie delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie, di individuare gli strumenti per un efficace governo integrato del sistema sociosanitario e le risorse finanziarie per il funzionamento dei servizi per la non autosufficienza. Per rendere tutto questo immediatamente eseguibile lo stesso Protocollo prevede l'istituzione di luoghi e strumenti operativi. Il primo è un tavolo permanente di confronto tra Regione e OSS sui temi della non autosufficienza, che svolge funzioni di analisi, elaborazione e monitoraggio. Prevista anche la realizzazione di una "Cabina di regia regionale", a cui parteciperanno le rappresentanze istituzionali a livello regionale dei comuni, delle province, delle comunità montane, per la definizione dei livelli essenziali di assistenza per la non autosufficienza e per la individuazione delle priorità strategiche di intervento nell'area della non autosufficienza.

Le politiche innovative ed efficaci in questo ambito richiedono non solo risorse finanziarie significative, anche raccolte in un **Fondo unico per la non autosufficienza** che possa essere alimentato da diverse fonti di finanziamento, ma anche un sistema condiviso di definizioni e di strumenti per la valutazione del grado di non autosufficienza, un sistema condiviso di livelli essenziali di assistenza sociale e sociosanitaria per le non autosufficienze, misure di sostegno economico per il carico di cura sostenuto dalle famiglie, scelte organizzative omogenee per favorire l'accesso alla rete dei servizi, la valutazione multidimensionale, la presa in carico unica, l'appropriatezza delle prestazioni. Il Protocollo verrà finanziato sia con i **15 milioni di euro** di Fondi regionali destinati all'Assegno di cura, che con i circa **6 milioni di euro** del Fondo nazionale per i

⁹⁰ Pubbl. in B.U.R. Puglia 16 novembre 2006, n. 151.

non autosufficienti, ai quali va aggiunta l'assistenza domiciliare pagata con Fondi dei piani di zona e della programmazione delle Asl (ottobre 2007).

L'entità del Fondo sarà pari a **15 milioni di euro** cui andranno a sommarsi quelli ripartiti dal Fondo nazionale. L'assegno di cura arriverà ad un massimo di 500 euro mensili.

DGR 28 ottobre 2008, n. 1982 “*Legge regionale 10 luglio 2006, n. 19 – art. 23 comma 1 lett. c) ed art. 33 comma 2 lett. c) - Assegno di cura per i carichi di cura familiari connessi a situazioni di fragilità per non autosufficienza e disabilità, Assegnazione risorse Bilancio di Previsione – Annualità 2008*”⁹¹.

L'art. 33, co. 2, lett. c) della l.r. n. 19/2006, prevede l'istituzione dell'**Assegno di cura** per sostenere i possibili disagi economici cui va incontro un nucleo familiare che si faccia carico della cura e della assistenza di una persona in condizione di fragilità, derivante da non autosufficienza (anziani e disabili).

La Giunta Regionale, con deliberazione 30 ottobre 2006, n. 1633 successivamente integrata con la deliberazione 28 novembre 2006, n. 1800, ha approvato l'istituzione a carattere sperimentale dell'Assegno di Cura a valere sullo stanziamento di **10.000.000,00 euro** nel Bilancio regionale per l'annualità **2006** definendo le linee guida per l'attivazione di questo intervento la cui **competenza viene assegnata ai Comuni associati in Ambiti territoriali**, ai sensi dell'art. 5 della l.r. n. 19/2006. Con successiva deliberazione 15 maggio 2007, n. 538 sono state stanziati ulteriori risorse, pari ad **5.000.000,00 euro** a valere nel Bilancio di Previsione **Anno 2007**, per il finanziamento della prima annualità di sperimentazione dell'Assegno di Cura.

Il primo anno di sperimentazione e l'analisi delle domande che ne è derivata ha portato ad evidenziare che, quando non associato a una rete di servizi a supporto della persona non autosufficiente e del suo nucleo familiare, il rischio reale di fallimento di una misura come l'assegno di cura per le non autosufficienze è quello di considerare tale strumento una mera misura di sostegno al reddito.

Pertanto, si propone alla Giunta Regionale di procedere con la messa a regime dello strumento dell'Assegno di cura, vincolandone l'assegnazione e l'erogazione agli aventi diritto all'avvio delle azioni che dovranno essere realizzate dalla Regione Puglia nell'ambito del Piano per le non Autosufficienze finanziato con il Fondo Nazionale Non Autosufficienza di cui all'art. 1, co. 1264 della l. n. 296/2006 (Legge Finanziaria 2007), per le quote assegnate alla Puglia per le annualità 2007, 2008, 2009.

In particolare, l'Assegno di cura sarà associato al consolidamento della rete delle **prestazioni domiciliari**, all'attivazione di percorsi per il **rientro a casa** di persone non autosufficienti che possano essere assistite a domicilio, nonché alla attivazione e messa a regime della rete pugliese delle PUA (**Porte Uniche di Accesso**) e UVM (**Unità di Valutazione Multidimensionale**) così come già previste dalla l.r. 19/2006, dal Piano Regionale di Salute 2008-2010 e dal Piano Regionale delle Politiche Sociali 2005-2007. Delle richiamate deliberazioni di G.R. n. 1633/2006 e n. 1800/2006 si propone di confermare gli obiettivi specifici dell'intervento, i criteri di riparto delle risorse tra gli ambiti territoriali sociali, le competenze dei Comuni per l'erogazione dei contributi e per la verifica degli aventi diritto. Nell'ambito del Piano regionale per le Non Autosufficienze saranno definite le modalità operative per la selezione delle domande e la individuazione dei destinatari finali, in modo da accrescere l'efficacia dello strumento in termini di appropriatezza degli interventi e da ridurre al minimo il carico di lavoro per gli uffici comunali.

Si propone, pertanto, di assegnare alla seconda annualità dell'Assegno di Cura, nell'ambito del primo piano per le non autosufficienze, lo stanziamento complessivo di **15.000.000,00 euro** a carico del Bilancio Regionale 2008.

DGR 28 ottobre 2008, n. 1984 “*Del. G.R. n. 247 del 26.02.2008 “Fondo Nazionale per le non Autosufficienze”. Approvazione Linee guida regionali per le non autosufficienze (2008-2010)*”⁹².

⁹¹ Pubbl. in B.U.R. Puglia 26 novembre 2008, n. 183.

La **DGR 26 febbraio 2008, n. 247** ha approvato la variazione di bilancio volta a portare nel Bilancio regionale di previsione per l'anno 2008 dello stanziamento del Fondo nazionale per le Non Autosufficienze 2007, istituendo nella U.P.B. 7.3.1. il nuovo Cap. 785060 "Spese per l'attuazione di iniziative relative al Fondo per le Non Autosufficienze – art. 1 co. 1264 della l. n. 296/2006".

In attuazione delle intese raggiunte in Conferenza Unificata per la costituzione del Fondo nazionale per le Non Autosufficienze, e dando seguito agli impegni assunti dalla Giunta Regionale con le Organizzazioni Sindacali componenti il tavolo di concertazione per le non autosufficienze, costituito con la sottoscrizione di apposito protocollo di intesa in data 19 ottobre 2007, si propone alla Giunta Regionale di approvare con il presente provvedimento le "Linee guida regionali per le non autosufficienze (2008-2010)", riportate nell'Allegato A, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Le Linee Guida illustrano in dettaglio **il contesto di riferimento, le priorità di azione per le politiche per le non autosufficienze in Puglia, le risorse finanziarie complessivamente disponibili, le linee di intervento e le modalità organizzativo gestionali delle stesse.**

Le Linee guida regionali per le non autosufficienze costituiscono anche una importante occasione per promuovere la piena integrazione tra azioni e risorse diverse che sono disponibili per effetto di trasferimenti e di stanziamenti specifici, a valere sia su risorse vincolate (FNPS e FNA) sia su risorse autonome (Assegno di Cura).

Si evidenzia, inoltre, che il piano di attività per le non autosufficienze costituisce anche il percorso di lavoro che impegna la Regione Puglia e tutte le strutture competenti per il perseguimento degli obiettivi specifici di cui al Piano di Azione per gli Obiettivi di Servizio, con riferimento all'Obiettivo di Servizio per l'Assistenza Domiciliare integrata, la cui attuazione consentirà di accedere alle risorse FAS (Fondo aree sottoutilizzate) assegnate allo stesso Obiettivo.

Linee guida regionali per le non autosufficienze (2008-2010)

L'art. 1, co. 1264 della l. n. 296/1996 (finanziaria 2007) istituisce presso il Ministero della Solidarietà Sociale un Fondo denominato "Fondo per le non autosufficienze" (FNA) al quale è assegnata la somma di 100 milioni di euro per l'anno 2007. La finanziaria per il 2008 ha incrementato la dotazione del FNA a 300 milioni euro per il 2008 e a 400 per il 2009.

In data 12 ottobre 2007 il Decreto del 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 provveduto a ripartire le risorse assegnate al FNA per l'anno 2007** e alla Puglia, in particolare, sono state assegnate risorse complessive per **6.280.392,67** euro.

Il riparto per l'anno **2008** dello stesso FNA assegna alla Puglia risorse per euro **19.008.767,46**. Il medesimo decreto di riparto ha assegnato alla Puglia per l'anno **2009** risorse per euro **25.366.214,76**.

La Puglia, dunque, ha complessivamente a disposizione per la fase di avvio di un piano integrato per le non autosufficienze complessivamente **50.655.374,89 di euro** a valere sulle risorse del FNA 2007-2009.

A queste si aggiungano le risorse provenienti dal Bilancio autonomo per il 2008, che assegnano al Fondo per il finanziamento dell'Assegno di cura 15 milioni di euro, nonché le risorse che saranno assegnate alla Puglia a seguito del positivo conseguimento degli Obiettivi di Servizio di cui alla programmazione strategica 2007-2013, a valere sulle risorse FAS, che per il solo "Obiettivo ADI" ammonterebbero a circa 66,7 milioni euro per l'intero periodo.

In Puglia **non esiste un Fondo unico per le non autosufficienze**, se lo si intende come Fondo in cui confluiscono quote di spesa sociale regionale quote del Fondo Sanitario regionale, né è possibile desumere dagli atti di programmazione fin qui adottati, una quota di spesa vincolata nel Fondo Sanitario Regionale per la costruzione e il potenziamento della rete delle cure domiciliari sanitarie e sociosanitarie per persone non autosufficienti, che siano aggiuntive rispetto alle costituenti reti per le cure palliative (malati terminali) e per la ospedalizzazione domiciliare.

⁹² Pubb. in B.U.R. Puglia 26 novembre 2008, n. 183.

E tuttavia, va rilevato che sostanzialmente confluiscono nell'area delle non autosufficienze le seguenti risorse del Fondo Sanitario Regionale, elencate per finalizzazione:

- copertura della spesa per le strutture RSSA convenzionate e per il fabbisogno programmato;
- copertura della spesa per le strutture RSA;
- altre quote di spesa sanitaria per i servizi territoriali (ADS, ADP, ADI, ecc..).

DGR 17 febbraio 2009, n. 168 “*L.r. n. 19/2006 - Piano regionale delle Politiche Sociali (2009-2011) - Indirizzi per la formazione del Piano e per l'integrazione delle politiche sociali*”⁹³.

L'art. 9 della l.r. n. 19/2006, concernente le competenze della Regione in materia di costruzione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali e sociosanitari in Puglia, prevede che la Regione approvi il **piano regionale delle politiche sociali su base triennale** e con questo provveda al riparto delle risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali e del Fondo Globale socioassistenziale, per le relative annualità di competenza, al fine del finanziamento dei Piani Sociali di Zona di tutti gli ambiti territoriali pugliesi, ai sensi dell'art. 67 della l.r. n. 19/2006.

La Regione Puglia, dopo il primo “Piano Regionale delle Politiche Sociali - Interventi e Servizi in Puglia” (DGR 4 agosto 2004, n. 1104, pubb. in B.U.R. Puglia 26 agosto 2004, n. 103) dà avvio al secondo triennio di programmazione sociale e la presente proposta di deliberazione fornisce gli indirizzi generali per l'attivazione e l'articolazione del percorso, avendo attenzione per il sistema di governance, per l'integrazione tra politiche e tra risorse, per gli strumenti e i luoghi della programmazione partecipata e della concertazione.

Al triennio 2009-2011 sono assegnate le risorse finanziarie, individuate secondo una logica che intende concentrare nel secondo triennio un volume complessivo di risorse quasi analogo a quello che si è reso disponibile per il primo triennio, tenuto conto dei tagli operati al FNPS dal Governo nazionale a partire dal 2008. Il quadro di risorse assicurate al secondo triennio di programmazione intende dare stabilità e promuovere il consolidamento dei sistemi di servizi già attivati, a garanzia degli investimenti in strutture e servizi, a sostegno dei livelli di qualità e dei volumi occupazionali conseguiti nel settore dei servizi alla persona da enti locali, imprese e altre organizzazioni del privato sociale.

Nel corso del triennio 2009-2011 troveranno integrazione con le risorse assegnate al Piano Regionale Politiche Sociali e, quindi, ai Piani sociali di Zona anche le risorse che il Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze assegna alla Regione Puglia con le correlate risorse per il finanziamento dell'Assegno di Cura, ciò al fine di integrare con il PdZ gli interventi volti a potenziare la rete dei servizi domiciliari e degli interventi economici a sostegno dei nuclei familiari con **persone non autosufficienti**, così come già previsto nelle Linee Guida per le Non Autosufficienze, approvate con **DGR n. 1984/2008**.

REGIONE SARDEGNA

Legge regionale 29 maggio 2007, n. 2 “*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione (Legge finanziaria 2007)*”⁹⁴.

L'art. 34 istituisce il **Fondo regionale per la non autosufficienza** al fine di sostenere le persone non autosufficienti e chi vive accanto a loro e se ne prende cura.

Il Fondo è destinato alla realizzazione di un **programma di welfare locale e regionale**, in coerenza con quanto previsto dalla legge regionale 23 dicembre 2005, n. 23 “*Sistema integrato dei servizi alla persona. Abrogazione della legge regionale n. 4 del 1988 (Riordino delle funzioni socio-assistenziali)*”⁹⁵, dalla proposta di Piano regionale dei servizi sociali e dal Piano regionale dei servizi

⁹³ Pubb. in B.U.R. Puglia 3 marzo 2009, n. 33.

⁹⁴ Pubb. in B.U.R. Sardegna 31 maggio 2007, n. 18, S.O. n. 2.

⁹⁵ Pubb. in B.U.R. Sardegna 29 dicembre 2005, n. 39.

sanitari 2006-2008, ed è destinato alla concreta realizzazione di un sistema integrato di servizi e interventi a favore delle persone non autosufficienti e dei nuclei di appartenenza.

Per non autosufficiente si intende la persona anziana o disabile che non può provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri. La valutazione della condizione di non autosufficienza è effettuata con criteri e modalità stabiliti dalla Giunta regionale.

Il Fondo regionale per la non autosufficienza è alimentato da risorse regionali, statali e comunitarie. Per l'anno 2007 la dotazione del Fondo è pari a **120 milioni di euro**, da integrare con la quota delle risorse assegnate alla Sardegna del Fondo nazionale per la non autosufficienza previsto dalla l. n. 296/2006 (legge finanziaria 2007), ed è alimentato dai seguenti stanziamenti: risorse regionali per 25 milioni di euro, destinate al potenziamento dell'assistenza domiciliare, di cui 2,5 milioni di euro per le cure domiciliari sanitarie; risorse regionali e statali per 6 milioni di euro, destinate al sostegno nelle responsabilità di cura di persone non autosufficienti; risorse regionali e statali per 9 milioni di euro destinati al finanziamento delle azioni di integrazione socio-sanitaria; risorse regionali già destinate al finanziamento dei piani personalizzati per persone con disabilità grave per 36 milioni di euro; risorse regionali già destinate al programma sperimentale "ritornare a casa" per 5 milioni di euro (DGR 4 ottobre 2006, n. 42/11 "*Linee di indirizzo per l'attuazione del programma sperimentale "Ritornare a casa" - art. 17 comma 1 L.r. 11 maggio 2006, n. 4*"); risorse regionali già destinate al programma per le assistenti familiari per 700 mila euro; risorse regionali già destinate al finanziamento di leggi regionali a favore di soggetti con particolari patologie.

Le risorse regionali per 25 milioni di euro sono destinate a finanziare un programma di interventi di assistenza domiciliare di carattere socio-assistenziale a favore di persone non autosufficienti, sulla base di bisogni certificati e nell'ambito di programmi di assistenza domiciliare personalizzata, comunque integrata con le prestazioni e le attività erogate dalle aziende sanitarie locali. Il programma prevede interventi di carattere socio-assistenziale fino a un massimo di euro 4.000 all'anno per avente diritto, graduati a seconda del livello di compromissione della non autosufficienza, da integrare attraverso il cofinanziamento a carico degli enti locali e del cittadino. Entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale predispone, sentiti gli enti locali e i soggetti sociali solidali di cui all'art. 10 della legge regionale n. 23 del 2005, le linee-guida per l'attuazione del presente programma, compresi i criteri e le modalità per la valutazione della condizione di non autosufficienza, nonché per il suo raccordo con il sistema integrato dei servizi alla persona.

Le risorse regionali e statali per 6 milioni di euro sono destinate al finanziamento di un programma sperimentale a sostegno dei nuclei familiari nelle responsabilità di cura di persone non autosufficienti, in particolare di quelle gravi, attraverso l'erogazione di contributi economici pari a 3.000 euro all'anno per avente diritto per l'assistente familiare che opera a domicilio della persona non autosufficiente, purché in regola con la normativa vigente e nel rispetto dei contratti di lavoro. Entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale predispone, sentiti gli enti locali e i soggetti sociali solidali di cui all'art. 10 della legge regionale n. 23 del 2005, le linee-guida per l'attuazione del presente programma, compresi i criteri e le modalità per la valutazione della condizione di non autosufficienza, nonché per il suo raccordo con il sistema integrato dei servizi alla persona.

Le risorse regionali e statali per 9 milioni di euro sono destinate alla copertura degli oneri a carico dei comuni per il pagamento della quota sociale per i servizi residenziali e semiresidenziali erogati a favore delle persone non autosufficienti e non abbienti, sulla base di indirizzi predisposti dalla Giunta regionale.

La Regione definisce i criteri di accesso agli interventi, anche prevedendo la valutazione della situazione economica del beneficiario individuata sulla base dell'Isee, nonché modalità di

monitoraggio e valutazione dei programmi di intervento anche attraverso un apposito gruppo tecnico regionale.

DGR 17 luglio 2007, n. 27/41 *“Fondo per la non autosufficienza. Prima attuazione dell’art. 34, comma 4, lettera a) della L.R. 29 maggio 2007, n. 2. UPB S 05.03.007”.*

Con tale delibera la regione intende dare una prima attuazione all’art. 34, co. 4, lett. a) della l.r. n. 2/2007 che destina la somma di 25 milioni di euro al potenziamento dell’assistenza domiciliare e riserva la somma di 2,5 milioni euro per le cure domiciliari sanitarie.

In particolare, la Giunta delibera di prevedere, come prima attuazione dell’art. 34, co. 4, lett. a) della l.r. n. 2/2007 il **finanziamento dei piani personalizzati** relativi al programma 2006, ovvero riferiti agli interventi per l’anno 2007. Il finanziamento del programma è stimato in **6 milioni di euro** che graverà sulla UPB S 05.03.007 del Bilancio regionale del 2007.

DGR 2 agosto 2007, n. 30/34 *“Fondo per la non autosufficienza: interventi immediati di sostegno a favore di particolari condizioni di non autosufficienza (art. 34, comma 4, lettera a) LR 29.5.2007, n. 2), UPB S 05.03.007, € 8.000.000”.*

Con tale delibera la regione prevede, in attuazione dell’art. 34, co. 4, lett. a) della l.r. n. 2/2007, di destinare una quota delle risorse disponibili, pari a **8 milioni di euro**, al **finanziamento di un programma sperimentale di interventi a favore di persone che si trovino nelle seguenti condizioni di grave disabilità e non autosufficienza**: pazienti in ventilazione assistita; pazienti sottoposti a cure palliative per patologie terminali o che stanno attraversando la fase terminale della loro vita; pazienti in stato di improvvisa non autosufficienza per eventi sanitari acuti, di entità tale da richiedere assistenza continuativa per un periodo di tempo non breve. La spesa di **8 milioni di euro** sarà imputata all’UPB S05.03.007 del Bilancio regionale 2007.

DGR 31 ottobre 2007, n. 44/13 *“Fondo per la non autosufficienza: sostegno alle persone anziane che si avvalgono dell’aiuto di un assistente familiare (L.r. n. 2/2007 art. 34, co. 4, lett. b) ed f) euro 6.000.000 UPB S 05.03.007 capitolo SC05.0681; euro 700.000 UPB S 05.03.009 capitolo SC05.0738)”.*

L’art. 34, co. 4, lett. b), della l.r. n. 2/2007, autorizza la spesa di **6 milioni di euro**, per la **realizzazione di un programma sperimentale a sostegno dei nuclei familiari che si avvalgono dell’aiuto di un assistente familiare** per la gestione delle responsabilità di cura di persone non autosufficienti. La medesima legge regionale, inoltre, alla lett. f), co. 4, art. 34, conferma la somma di **700 mila euro**, per la prosecuzione del **programma riferito alla rete pubblica delle assistenti familiari** adottato ai sensi del co. 4, art. 17 della l.r. n. 4/2006.

Con tale delibera, la regione approva il **programma sperimentale a sostegno dei nuclei familiari che si avvalgono dell’aiuto di un assistente familiare** per la gestione delle responsabilità di cura di persone non autosufficienti articolato in tre linee di attività;

- di destinare la somma complessiva di **6 milioni di euro** ad azioni di sostegno ai nuclei familiari che sopportano un rilevante carico assistenziale derivante dalla presenza di un familiare non autosufficiente, attraverso l’erogazione di un contributo economico di **3 mila euro** all’anno;
- di destinare la somma complessiva di **665 mila euro** ad azioni di informazione, promozione e qualificazione dell’assistente familiare, da ripartire tra gli ambiti territoriali per la gestione associata dei servizi alla persona in relazione alla popolazione ultrasessantacinquenne residente previa presentazione di specifico programma;
- di destinare la somma complessiva di **35 mila euro** ad azioni dirette di informazione, promozione e monitoraggio rivolte all’intero territorio regionale e tendenti in particolare a rinforzare le aree geografiche che presentano maggiori criticità;

- di impegnare per l'anno 2007 la somma complessiva di euro **6.700.000**, di cui euro **6.000.000** sulla UPB S 05.03.007 capitolo SC05.0681, ed euro **700.000** sulla UPB S 05.03.009 capitolo SC05.0738 del Bilancio regionale 2007.

DGR 20 dicembre 2007, n. 51/37 *“Fondo non autosufficienza: finanziamento dei piani personalizzati a favore di persone con grave disabilità, avvio del programma regionale a favore degli anziani non autosufficienti. Euro 41.111.925”*.

La regione, con tale delibera, prevede:

- di assicurare il **finanziamento di 6.685 piani a favore di bambini e adulti con disabilità grave e di 6.637 piani rivolti ad anziani ultrassessantacinquenni**;
- di assicurare la copertura finanziaria per la continuazione dei piani personalizzati in corso e per l'avvio e la realizzazione dei nuovi piani personalizzati presentati nei termini previsti;
- di incrementare l'entità del finanziamento di piani relativi a soggetti facenti parte dello stesso nucleo familiare per un importo pari a **4 mila euro** annui;
- il finanziamento è assicurato fino al 31.12.2008 ed è erogata una prima anticipazione delle risorse spettanti per il finanziamento dei piani personalizzati per nove mesi; successivamente sarà erogata la quota residua sulla base di una verifica della effettiva data di avvio dei piani e della loro durata, delle eventuali incompatibilità dei finanziamenti ricevuti da differenti programmi;
- i finanziamenti sono erogati ad integrazione delle economie realizzate dai Comuni sui finanziamenti degli anni precedenti.
 - La spesa complessiva di **euro 41.111.925** è imputata:
 - per euro 24.232.990,92 al capitolo SC05.0673 UPB S05.03.007;
 - per euro 9.300.000,00 al capitolo SC05.0681 UPB S05.03.007;
 - per euro 6.503.934,08 al capitolo SC05.0668 UPB S05.03.007;
 - per euro 1.075.000,00 al capitolo SC05.0610 UPB S05.03.005.

REGIONE SICILIA

Legge regionale 31 luglio 2003, n. 10 *“Norme per la tutela e la valorizzazione della famiglia”*⁹⁶.

L'art. 10 prevede che l'Assessorato della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali è autorizzato a promuovere, anche mediante i comuni, interventi di carattere innovativo e sperimentale in ambito socio-sanitario da realizzare attraverso l'attribuzione, in base a livelli di reddito predeterminati, di erogazioni finanziarie denominate **buoni socio-sanitari**, da corrispondere con carattere periodico, **in alternativa alle prestazioni di natura residenziale eventualmente dovute a nuclei familiari i quali comprendano nel loro ambito anziani non autosufficienti o disabili gravi**.

Il buono può essere, altresì, impiegato dalla famiglia per l'acquisto di prestazioni socio-sanitarie a carattere domiciliare, offerte da enti ed organismi no profit, accreditati secondo strumenti e modalità in grado di consentire la libera scelta dell'utente nell'ambito di una gamma di prestazioni determinate riconducibili alla condizione dell'utente medesimo, nonché una concreta ed effettiva verifica, in rapporto alla natura delle prestazioni stesse richieste dalla famiglia, sull'appropriatezza dell'intervento, sulla qualità dei comportamenti dell'ente erogatore e dei singoli operatori. L'importo del buono non può, in ogni caso, superare per ciascuno dei soggetti, anziano non autosufficiente o disabile grave, l'ammontare dell'indennità di accompagnamento predeterminata dalla disciplina vigente in materia.

⁹⁶ Pubb. in G.U.R. Sicilia 1° agosto 2003, n. 34.

DPR 7 luglio 2005 “Definizione dei criteri per l’erogazione del buono socio-sanitario a nuclei familiari con anziani non autosufficienti o disabili gravi ex art. 10 della legge regionale n. 10 del 31 luglio 2003”⁹⁷.

DPR 7 ottobre 2005 “Modifiche ed integrazioni al DPR 7 luglio 2005, concernente definizione dei criteri per l’erogazione del buono socio-sanitario a nuclei familiari con anziani non autosufficienti o disabili gravi ex art. 10 della legge regionale 31 luglio 2003, n. 10”⁹⁸.

Con il DPR 7 luglio 2005 il Presidente della Regione ai sensi dell’art. 10, co. 4 della l.r. n. 10/2003 procede all’approvazione delle prima direttiva sui criteri, le modalità ed i livelli di reddito per la concessione del buono socio-sanitario a nuclei familiari con anziani non autosufficienti o disabili gravi.

L’erogazione del **buono socio-sanitario** riconosce ed incentiva l’impegno ed il lavoro di assistenza e cura della famiglia nei confronti dei soggetti conviventi bisognevoli di assistenza continua, ad integrazione e supporto dell’attività socio-sanitaria di prevenzione, cura e riabilitazione fisica o psichica, in alternativa al ricovero ed all’abbandono, ponendo a frutto l’impegno degli stessi familiari e l’appoggio delle reti di solidarietà e di mutuo aiuto, quali il vicinato ed il volontariato. Ovvero, ed in alternativa, con l’acquisto delle medesime prestazioni presso organismi accreditati e l’impiego di operatori qualificati, in stretta relazione ai bisogni accertati, integrando le prestazioni già previste nel piano personalizzato.

La concessione del buono rappresenta un’opportunità volta ad incentivare e sostenere la domiciliarità ed a frenare o ridurre la crescente domanda di residenzialità.

Il **buono socio-sanitario**, da erogare a favore delle famiglie in relazione alla gravità della condizione di non autosufficienza dell’anziano o del disabile, si distingue in:

- **buono sociale**: provvidenza economica a supporto del reddito familiare, finalizzata a sostenere la famiglia nel prendersi cura dei propri familiari, con l’impiego del care giver familiare e delle reti di solidarietà familiare o dei soggetti legati da rapporti consolidati con le famiglie;
- **buono di servizio (voucher)**: titolo per l’acquisto di specifiche prestazioni domiciliari erogate da care giver professionale presso organismi ed enti non profit, riconosciuti ed accreditati in armonia con quanto previsto dalle linee guida per l’attuazione del Piano sanitario regionale (DPRS 4 novembre 2002), liberamente scelti dalle famiglie in rapporto diretto alla condizione sofferta dal familiare o presso strutture ed operatori delle Aziende Usl.

Sono **destinatari** del buono socio-sanitario le famiglie residenti nel territorio regionale che mantengono o accolgono anziani (di età non inferiore a 69 anni e 1 giorno) in condizioni di non autosufficienza debitamente certificata o disabili gravi purché conviventi e legati da vincoli di parentela, ai quali garantiscono direttamente, o con impiego di altre persone non appartenenti al nucleo familiare, prestazioni di assistenza e di aiuto personale anche di rilievo sanitario nell’ambito di un predefinito **piano personalizzato** di assistenza elaborato dall’UVM (Unità di valutazione multidimensionale) UVG (Unità di valutazione geriatrica) o UVD di concerto con gli uffici del servizio sociale appartenenti ai distretti socio-sanitari.

I distretti socio-sanitari attivano il buono socio-sanitario mediante previsione nei propri piani di zona, ai sensi dell’art. 19 della l. n. 328/2000. I distretti socio-sanitari, con la collaborazione delle associazioni di volontariato e di solidarietà familiare presenti nel territorio, assicurano alle famiglie un costante supporto tecnico e di consulenza sulle problematiche assistenziali, psicologiche e giuridiche, una specifica attività informativa sulle procedure di accesso ai servizi e di aggiornamento dei familiari e degli operatori impiegati in incontri periodici, ed infine, l’inserimento temporaneo, a sollievo delle famiglie, degli anziani o dei disabili nella rete dei servizi residenziali in alternativa al buono socio-sanitario.

⁹⁷ Pubbl. in G.U.R. Sicilia 14 luglio 2005, n. 30.

⁹⁸ Pubbl. in G.U.R. Sicilia 10 ottobre 2005, n. 43.

L'entità del buono socio-sanitario determinato su base mensile sia nella forma del buono sociale che del buono di servizio voucher, da erogare a favore delle famiglie, si pone in relazione alla gravità della condizione di non autosufficienza dell'anziano o del disabile ed alle necessità assistenziali che il nucleo familiare dovrà assicurare direttamente o mediante l'acquisto presso care giver professionali. L'importo del buono socio-sanitario sarà pari a quello dell'indennità di accompagnamento fissato per l'anno di competenza. Le risorse assegnate sono pari complessivamente a **15 milioni di euro**, a favore dei nuclei familiari con reddito Isee non superiore a 7 mila euro nella misura massima di 450,78 euro mensili per un periodo non superiore a 6 mesi. Ai destinatari di indennità di accompagnamento o assegno equivalente erogato dall'Inps l'entità del buono è ridotta del 50%.

DPR 6 marzo 2008 *“Nuovi criteri e modalità per l'erogazione del buono socio-sanitario a favore dei nuclei familiari con anziani non autosufficienti o con disabili gravi”*⁹⁹.

Rispetto al precedente DPR del luglio 2005, il presente fa riferimento:

- ad anziani di età non inferiore ai 65 anni e 1 giorno;
- a nuclei familiari con un Isee non superiore a 9 mila euro;
- il quantum del beneficio da erogare viene stabilito rispettivamente in 350,00 ed in 450,00 mensili, in base alla gravità del bisogno assistenziale (medio-lieve o medio-grave);
- il buono sociale non può superare il periodo di 3 mesi di erogazione.

DECRETO 2 luglio 2008 *“Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio”*¹⁰⁰.

L'Allegato al presente decreto contiene le “Linee guida per l'accesso alle cure domiciliari” che disciplinano l'accesso alle cure domiciliari dal 1° ottobre 2007.

In particolare prevede la nuova architettura del sistema socio-sanitario siciliano ed i quattro elementi determinanti del cambiamento:

- lo “Sportello unico per l'integrazione socio-sanitaria”, che si sta attivando presso tutti i 62 distretti della Regione. Lo Sportello unico sarà gestito dai singoli distretti, con funzionamento 12 ore giornaliere per 6 giorni la settimana. Si intende in tal modo garantire la corretta informazione sulle strutture esistenti nel territorio dell'azienda sanitaria locale, in grado di guidare la persona verso risposte adeguate al bisogno segnalato, semplificando e facilitando i percorsi di accesso alle prestazioni. E' un processo graduale che, a regime, garantirà che la rete dei servizi sia pronta alle necessità del caso, in relazione alla gravità dello stesso ed alle risorse economiche del soggetto (stati di fragilità sociale);
- lo sviluppo dell'“assistenza domiciliare”, che deve superare i limiti prestazionali ed erogativi che ne hanno caratterizzato l'avvio; ne consegue che l'“assistenza domiciliare” scompare per essere sostituita e integrata nella nuova definizione di “cure domiciliari”, come definito nel documento della Commissione nazionale L.E.A.;
- l'istituzione e l'attivazione dell'ufficio distrettuale dell'assistenza distrettuale, affidato alla responsabilità del referente delle cure domiciliari. Una modalità mirata a chiarire le responsabilità e a creare un nodo organizzativo specifico per dare impulso alle attività domiciliari, anche quelle più complesse, integrate con i servizi sociali;
- la costituzione e l'attivazione dell'équipe multidisciplinare nel distretto, che permetta di superare la dispersione di risorse umane e professionali che si è venuta a creare nel tempo con la costituzione di varie équipes specialistiche. Le équipes si attiveranno per la valutazione multidimensionale del caso, per la predisposizione dei piani di assistenza e per l'attivazione degli interventi, con l'importante coinvolgimento del medico di medicina generale.

⁹⁹ Pubbl. in G.U.R. Sicilia 21 marzo 2008, n. 13.

¹⁰⁰ Pubbl. in G.U.R. Sicilia 25 luglio 2008, n. 33.

Decreto 2 marzo 2009 “*Approvazione del Programma regionale delle politiche sociali e socio-sanitarie 2010-2012*”¹⁰¹.

Il Programma regionale è da considerare in continuità con i precedenti documenti di programmazione della Regione siciliana, finalizzati a sostenere la costruzione di un sistema di welfare regionale coerente con la legge n. 328/2000, che ha delineato a livello nazionale il nuovo sistema integrato di politiche sociali e socio-sanitarie.

Il D.P.R.S. 23 marzo 2007, in particolare, individuando la data del 31 dicembre 2009, quale termine ultimo della sperimentazione avviata con il D.P.R.S. 4 novembre 2002, ha inteso evidenziare la necessità, nel triennio 2010-2012, di portare a sistema un modello di costruzione delle politiche territoriali che abbia quale obiettivo prioritario l'integrazione delle politiche stesse, costruite attraverso un efficiente, condiviso e democratico sistema di governance e di partecipazione.

REGIONE TOSCANA

DGR 26 aprile 2004, n. 402 “*Azioni per la riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti in attuazione del P.S.R. 2002/2004 di cui alla Delib.C.R. n. 60/2002 e rideterminazione della quota capitaria sanitaria nelle R.S.A.*”¹⁰².

Il Piano Sanitario Regionale 2002/2004, approvato con D.C.R. n. 60/2002, dedica una specifica azione strategica alla salute della popolazione anziana con particolare attenzione alle situazioni di non autosufficienza, e in particolare, prevede lo sviluppo nel triennio di azioni mirate:

- alla riorganizzazione delle strutture residenziali, con diversificazione dell'offerta di prestazioni in tipologie corrispondenti alle categorie di bisogno secondo parametri di qualità definiti, per favorire la flessibilità delle prestazioni in relazione all'evoluzione della condizione e dei bisogni della persona e del relativo progetto assistenziale, con il concorso di competenze e risorse sanitarie e sociali, con utilizzazione di un sistema di remunerazione orientato sull'effettivo consumo di risorse;
- alla diffusione dell'assistenza domiciliare integrata, sviluppando il ruolo regolatore e programmatore del servizio pubblico, soprattutto in funzione di coordinamento e controllo di qualità, la partecipazione attiva dei comuni e delle comunità locali nell'ambito delle zone/distretto, l'ampliamento dell'offerta di servizi anche attraverso il concorso del privato imprenditoriale e “no profit”, avviando il processo di definizione dei parametri di qualità necessari per la valorizzazione dei servizi di assistenza domiciliare;
- alla riqualificazione delle unità di valutazione multidisciplinare presenti in ogni zona/distretto, a cui è affidato il compito della definizione del programma assistenziale individuale e della verifica periodica degli esiti del percorso assistenziale.

Con tale atto la Giunta regionale ha deliberato:

- di approvare il documento “**Sviluppo di un percorso di revisione e riqualificazione del processo assistenziale per le persone anziane non autosufficienti**”, contenuto nell'allegato n. 1), comprensivo degli allegati 1.A e 1.B;
- di fornire **linee-guida per la sperimentazione diffusa sul territorio del modello di assistenza domiciliare integrata**, come da allegato 1.A;
- di fornire indicazioni e parametri per la **sperimentazione del nuovo assetto delle strutture residenziali per l'assistenza a persone anziane non autosufficienti (RSA)**, come da allegato 1.B.

¹⁰¹ Pubbl. in G.U.R. Sicilia 13 marzo 2009, n. 11.

¹⁰² Pubbl. in B.U.R. Toscana 19 maggio 2004, n. 20, parte seconda, supplemento n. 89.

DGR 30 maggio 2006, n. 403

Con l'atto n. 403/2006 la Giunta regionale ha inserito nel Piano regionale di sviluppo 2006-2010, Punto 2.5, il **Programma di interesse regionale sulla non autosufficienza**, individuandolo come programma strategico regionale, con l'obiettivo di istituire uno specifico **Fondo per la non autosufficienza**, alimentato da risorse già destinate a prestazioni assistenziali di cura e dalla fiscalità generale, finalizzato a dare fronte alle diffuse esigenze di assistenza delle persone non autosufficienti, privilegiando la loro permanenza nel contesto familiare e limitando i casi di istituzionalizzazione.

DCR 31 ottobre 2007, n. 113 “Piano integrato sociale regionale (P.I.S.R.) 2007-2010”¹⁰³.

L'Allegato 3 della delibera n. 113/2007 contiene le **Prime linee sul progetto per l'assistenza continuativa a persone non autosufficienti**.

In particolare, le **linee programmatiche relative all'attuazione del progetto nel 2008** riguardano:

- messa a regime degli esiti di sperimentazioni già attivate, interventi previsti dalla DGR n. 402/2004;
- estensione del modello a tutto il territorio regionale,
- copertura del modello assistenziale per un numero significativo di soggetti, valutati secondo modelli multidimensionali,
- definizione dei criteri di un sistema tariffario unico (per le residenze e i servizi domiciliari).

Le **azioni di sistema necessarie** riguardano:

- diffusione dei punti unici di accesso;
- riqualificazione delle unità di valutazione multidisciplinare presenti in ogni Zona/Distretto, per la definizione del programma assistenziale individuale e della verifica periodica degli esiti del percorso assistenziale;
- azioni di prevenzione della non autosufficienza;
- continuità di assistenza tra ospedale e territorio;
- sviluppo di un sistema di risposte flessibili, in primo luogo territoriali, domiciliari e di sostegno alla cura familiare, e quindi residenziali, sulla base del principio di appropriatezza;
- gestione unitaria ed integrata, da parte di soggetti istituzionali territoriali (Società della Salute) del **Fondo per la non autosufficienza** composto di risorse derivanti dal Fondo sanitario, dal Fondo sociale, dalla spesa dei Comuni e di altri soggetti locali.

DGR 27 dicembre 2007, n. 1023 “Avvio di una “fase pilota” del progetto Assistenza continua alla persona non autosufficiente”¹⁰⁴.

Con l'atto n. 1023/2007 la Giunta delibera:

- di approvare l'**avvio della “fase pilota” del Progetto “Assistenza continuativa verso la persona non autosufficiente”**;
- di autorizzare gli Uffici regionali alla verifica di quanto presentato dalle 34 Zone Distretto, **accertando il possesso dei requisiti essenziali** del nuovo modello organizzativo distrettuale di accesso per la persona non autosufficiente e l'offerta assistenziale da sperimentare;
- di prenotare per l'attuazione della fase pilota del progetto la somma di euro **8.722.252,48** disponibile sui seguenti capitoli del Bilancio di previsione 2007: euro 7.157.034,75 sul Cap. 23036 “Assistenza e integrazione per la non autosufficienza – Fondi statali”, che presenta la necessaria disponibilità ed euro 1.565.217,73 sul Cap. 26006 “F.N.P.S. - risorse per

¹⁰³ Pubbl. in B.U.R. Toscana 28 novembre 2007, n. 48, parte seconda, suppl. n. 131.

¹⁰⁴ Pubbl. in B.U.R. Toscana 9 gennaio 2008, n. 2.

- l'integrazione socio sanitaria - azioni progettuali realizzate da enti e aziende pubbliche", che presenta la necessaria disponibilità;
- di dare mandato al competente ufficio regionale di selezionare sei Zone Distretto con maggiori emergenze e necessità assistenziali che sperimenteranno progetti assistenziali più significativi. L'ufficio regionale provvederà altresì ad impegnare le risorse previste per la fase di avvio del Fondo e a ripartirle tra le 34 Zone Distretto. Tale ripartizione dovrà essere effettuata tenendo conto dei seguenti parametri: numero degli ultrasessantacinquenni residenti nella Zona Distretto e percentuale degli ultrasessantacinquenni residenti sul totale dei residenti nella Zona Distretto.

La Giunta regionale ha recentemente approvato (luglio 2008) la **proposta di legge per ridurre le liste di attesa e potenziare l'assistenza domiciliare in favore delle persone non autosufficienti**.

Gli obiettivi principali della nuova legge sono:

- **l'abbattimento entro il 2010 delle liste di attesa per l'inserimento nelle strutture residenziali;**
- **il potenziamento dei servizi per l'assistenza domiciliare.**

E' prevista, inoltre, l'istituzione di un apposito **Fondo per finanziare lo sviluppo di un sistema di servizi** capace di rispondere ai bisogni accertati in modo da migliorare le condizioni di vita e l'autonomia delle persone non autosufficienti, senza fare ricorso a nuove forme di tassazione.

Altri elementi contenuti nella proposta di legge sono la certezza, l'appropriatezza e la tempestività della prestazione alla persona e ai familiari, l'ampliamento della rete di servizi e interventi, procedure d'accesso facilitate e garantite, la definizione delle forme di assistenza e di compartecipazione alla spesa, la sottoscrizione di un patto interistituzionale per il governo integrato del Fondo.

Per quanto riguarda la **composizione del Fondo e ripartizione delle risorse** la proposta di legge prevede che a **livello regionale** alimenteranno il Fondo le risorse del Fondo sanitario, di quello sociale e quelle aggiuntive definite dalla legge finanziaria toscana; a **livello nazionale**, invece, verrà fatto affidamento sul Fondo appositamente creato e sulle ulteriori risorse trasferite per obiettivi coerenti con la legge. Potranno confluire nel Fondo anche eventuali lasciti o donazioni.

Attualmente la spesa annua regionale per interventi a favore di anziani non autosufficienti si aggira sui **300 milioni di euro**. Le risorse aggiuntive regionali per il 2008 sono pari a **25 milioni di euro**, i trasferimenti nazionali **21 milioni**; per il 2009 si stima un aumento sia dello stanziamento regionale, **37 milioni di euro**, che di quello statale, **28 milioni**, per il 2010, infine, l'ammontare complessivo stimato è di **80 milioni di euro**.

La Regione provvederà a ripartire il Fondo tra le 34 Zone-Distretto in base a vari criteri (popolazione, indice di non autosufficienza o disabilità e di residenzialità). Spetta alle Società della salute o alle Aziende sanitarie locali, a gestire le risorse con una contabilità separata.

Gli **interventi finanziati** domiciliari, diretti e indiretti, costituiscono la scelta prioritaria: si punta a mantenere la persona anziana nella propria abitazione, la famiglia è considerata l'ambito più favorevole per la cura.

Grazie al Fondo verranno poi finanziati anche gli **inserimenti nelle RSA**, permanenti, temporanei o di sollievo, e nelle strutture semiresidenziali. L'**assistenza domiciliare** verrà potenziata allargandola ad almeno 16mila persone. E' previsto, inoltre, un **sostegno alle famiglie per l'assunzione di 5mila assistenti di cura**. I destinatari sono i residenti nel territorio regionale che si trovino nella condizione di non autosufficienza accertata dall' Unità di valutazione multidisciplinare.

Accesso alle prestazioni. Elemento centrale di tutto il progetto è l'apertura di 295 **Punto Insieme**, gli sportelli di prima accoglienza e ascolto. Il loro coordinamento spetta al Punto Unico di Accesso, istituito presso ogni Zona-Distretto.

Il Punto Insieme è uno sportello gestito da un operatore socio-sanitario adeguatamente formato dove i familiari della persona che ha bisogno di aiuto si rivolgono.

La proposta di legge stabilisce, inoltre, forme di compartecipazione al costo delle prestazioni da parte dell'assistito in base al reddito e al patrimonio.

Legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66 *“Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza”*¹⁰⁵.

La Regione con la presente legge istituisce il **Fondo regionale per la non autosufficienza** al fine di sostenere ed estendere il sistema pubblico dei servizi sociosanitari integrati a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane.

La Regione con l'istituzione di un apposito Fondo: persegue l'obiettivo di migliorare la qualità, quantità e appropriatezza delle risposte assistenziali a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane; promuove la realizzazione di un sistema improntato alla prevenzione della non autosufficienza e della fragilità; favorisce percorsi assistenziali che realizzano la vita indipendente e la domiciliarità.

Si considerano non autosufficienti le persone che hanno subito una perdita permanente, parziale o totale, dell'autonomia, delle abilità fisiche, sensoriali, cognitive e relazionali, da qualsiasi causa determinata, con conseguente incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto rilevante di altre persone. Le condizioni di non autosufficienza possono presentarsi sotto forma di disabilità psicofisica e mentale. Le caratteristiche della non autosufficienza sono determinate dall'età delle persone, dalle distinzioni di genere, dai tempi e dai modi di insorgenza della disabilità.

Sono **destinatari delle prestazioni** a carico del Fondo coloro che: sono residenti nel territorio regionale; si trovano nella condizione di non autosufficienza e con un alto indice di gravità accertato sulla base della valutazione effettuata dall'unità di valutazione multidisciplinare (UVM); sono stati riconosciuti disabili in condizione di gravità ai sensi dell'3, co. 3 della l. n. 104/1992.

Il Fondo è costituito dalle seguenti **risorse**: da risorse provenienti dal Fondo sanitario regionale destinate al sostegno dei servizi sociosanitari a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane, secondo le indicazioni del piano sanitario e sociale integrato regionale; da risorse provenienti dal Fondo sociale regionale; da risorse provenienti dal Fondo nazionale per l'assistenza alle persone non autosufficienti, nonché da eventuali ulteriori risorse nazionali trasferite per finalità coerenti con gli obiettivi della presente legge; da risorse provenienti da lasciti o donazioni, compatibili con questa finalità sociosanitaria.

Il Fondo è **ripartito** tra le zone-distretto dalla Giunta regionale facendo riferimento ai seguenti criteri generali: indicatori di carattere demografico; indicatori relativi all'incidenza della popolazione in condizioni di disabilità e di non autosufficienza; indicatori relativi alle persone non autosufficienti, disabili e anziane accolte nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

Le **risorse del Fondo** sono destinate all'erogazione delle prestazioni previste dal piano di assistenza personalizzato (PAP), nell'ambito delle seguenti **tipologie di intervento**: interventi domiciliari sociosanitari, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta dal servizio pubblico; interventi in forma indiretta, domiciliari o per la vita indipendente, tramite titoli per l'acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali, in coerenza con la programmazione regionale; inserimenti in strutture semiresidenziali; inserimenti temporanei o di sollievo in residenza; inserimenti permanenti in residenza.

¹⁰⁵ Pubbl. in B.U.R. Toscana 19 dicembre 2008, n. 44, parte prima.

Le risorse per la costituzione del Fondo, determinate ai sensi dell'art. 2 dal piano sanitario regionale e dal piano integrato sociale regionale, nonché quelle assegnate dallo Stato, sono allocate sull'unità previsionale di base (UPB) 235 "Interventi per la non autosufficienza – Spese correnti" del bilancio di previsione 2008 e pluriennale 2008 - 2010.

REGIONE UMBRIA

DCR 27 maggio 2008, n. 243 “**LEGGE REGIONALE** – *“Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni”*”.

Il Consiglio regionale con il presente atto delibera di approvare la legge regionale concernente: “Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni”.

Legge regionale 4 giugno 2008, n. 9 “*Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni*”¹⁰⁶.

La Regione con la presente legge istituisce il **Fondo regionale per la non autosufficienza** al fine di incrementare il sistema di protezione sociale e di cura delle persone non autosufficienti e delle relative famiglie.

Possono usufruire delle prestazioni dei servizi, finanziati con il Fondo, le persone non autosufficienti aventi diritto all'assistenza sanitaria che hanno subito una perdita permanente parziale o totale dell'autonomia delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali, da qualsiasi ragione determinata, con conseguente incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto rilevante di altre persone, considerando i fattori ambientali e personali che concorrono a determinare tale incapacità coerentemente con quanto previsto dalle indicazioni della Organizzazione mondiale della sanità (O.M.S.) attraverso la classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (I.C.F.).

L'accesso alle prestazioni dei servizi finanziati con il Fondo è garantito dalla rete territoriale dei servizi socio-sanitari attraverso i centri di salute dei Distretti socio-sanitari e gli uffici della cittadinanza dei comuni, che assicurano l'uniformità dell'informazione e l'accoglienza, confluendo in un **punto unico** rappresentato dal Distretto socio-sanitario.

Spetta al Distretto socio-sanitario competente per territorio provvedere alla **presa in carico del soggetto non autosufficiente** ed all'attivazione della unità multidisciplinare di valutazione.

Viene, inoltre, istituito il **Programma assistenziale personalizzato (PAP)** che individua obiettivi ed esiti attesi in termini di mantenimento e miglioramento delle condizioni di salute, indica le prestazioni da assicurare alla persona non autosufficiente e alla famiglia, fissa i tempi e le modalità di erogazione delle prestazioni, nonché i criteri di verifica in itinere dei risultati raggiunti. Alla definizione del PAP partecipano la persona non autosufficiente, o eventualmente chi è stato nominato dal Giudice tutelare, i suoi familiari e conviventi.

Al fine di assicurare la piena applicazione del PAP la persona non autosufficiente, o eventualmente chi è stato nominato dal Giudice tutelare, i suoi familiari o conviventi e il responsabile del PAP predispongono e sottoscrivono il **Patto per la cura e il benessere** con il quale vengono garantite e coordinate le prestazioni sanitarie e socio-assistenziali, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche.

¹⁰⁶ Pubbl. in B.U.R. Umbria 11 giugno 2008, n. 27, S.O. n. 1.

Il Fondo per garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni, in favore delle persone non autosufficienti anziani, adulti e minori, finanzia le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

La Giunta regionale adotta, contestualmente al Piano sanitario ed al Piano sociale, il **Piano regionale integrato per la non autosufficienza** che ha durata triennale e definisce: i **criteri generali di riparto del Fondo** e l'assegnazione delle risorse da destinare alle Aziende Unità sanitarie locali con il vincolo di destinazione per i Distretti socio-sanitari e Ambiti territoriali sociali; le aree prioritarie di intervento nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza da garantire alle persone non autosufficienti; gli indirizzi per l'organizzazione dei servizi territoriali operanti a livello di Azienda Unità sanitaria locale e a livello di Comune.

Il Fondo regionale per la non autosufficienza è alimentato da: risorse provenienti dal riparto del Fondo nazionale per la non autosufficienza; risorse provenienti dal finanziamento di parte corrente del Servizio sanitario regionale specificatamente destinate alle finalità della presente legge; risorse proprie del bilancio regionale afferenti anche al Fondo sociale regionale; eventuali altre risorse di natura privata.

Per l'anno 2008 è autorizzata la spesa di **31 milioni e 750 mila euro** così ripartiti: 7 milioni di euro dal Fondo nazionale per la non autosufficienza annualità 2007 e 2008; 20 milioni e 750 mila euro dal Servizio sanitario regionale; 4 milioni di euro con risorse proprie regionali.

DGR 16 febbraio 2009, n. 183 *“D.G.R. n. 584 del 30/03/2005 - strutture destinate alla residenzialità permanente per persone disabili gravi. Adeguamento Tariffe”*.

Con DGR. n. 584/2005 sulla base di simulazioni in corso di perfezionamento, si era pervenuti, per quanto riguarda il sistema tariffario, alla determinazione di tariffe provvisorie, pari ad 74,68 euro, da applicare nei rapporti contrattuali con le strutture Famiglie comunità “Dopo di noi” e con le strutture Comunità alloggio per soggetti disabili gravi, in possesso dei requisiti previsti dal D.M. 21 maggio 2001, n. 308 e dalla DGR 12 gennaio 2005, n. 21.

Dopo le richieste (l'aggiornamento delle attuali tariffe in considerazione degli effetti inflattivi, degli incrementi di costo del personale e dell'aumento dei costi di gestione) da parte dei rappresentanti gestori delle predette strutture, si è tenuto un incontro per l'adeguamento delle tariffe fissate dalla DGR n.584/2005 relativamente alle prestazioni di assistenza residenziale rivolte, rispettivamente a persone con handicap grave (art. 3, co. 3 e art. 4 l. n. 104/1992) prive dell'assistenza dei familiari, e a persone adulte con handicap grave.

La direzione regionale sanità e servizi sociali, tenuto conto della composizione e qualità dei fattori produttivi necessari per la produzione delle prestazioni in condizioni di efficienza ed efficacia propone che a partire dal **1 gennaio 2009** il sistema tariffario di cui alla DGR n. 584 del 30 marzo 2005, sia aggiornato secondo le tariffe omnicomprensive pro capite pro die di seguito riportate:

- per le strutture Famiglie comunità “Dopo di noi” tariffa omnicomprensiva, pro capite pro die pari ad **83,00 euro**;
- per le strutture Comunità alloggio per soggetti disabili gravi, tariffa omnicomprensiva, pro capite pro die pari ad **85,90 euro**.

DGR 16 febbraio 2009, n. 184 *“D.G.R. n. 391 del 27/03/2002 e D.G.R. n. 53 del 04/02/2004: Definizione tariffe regionali di riferimento da applicare nei rapporti tra il Servizio Sanitario Regionale e residenze protette per l'assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti - Adeguamento tariffe”*.

Con DGR n. 391/2002 e con DGR n.53/2004 si era pervenuti, per quanto riguarda il sistema tariffario, alla determinazione delle tariffe previste attraverso un'analisi dei costi di produzione delle diverse tipologie di attività, tenuto conto delle componenti essenziali di costo ordinariamente sopportate dalle residenze protette, rivalutati sulla base dell'aggiornamento dei requisiti minimi strutturali ed organizzativi richiesti e nel rispetto dei contratti di lavoro.

La tariffa determinata, da riconoscere alle residenze protette, in possesso dei requisiti previsti dal DPR 14 gennaio 1997, dal PSR 1999-2001 e dalla DGR n.53/2004, è stata fissata nella misura di 83,08 euro.

Dopo le richieste (l'aggiornamento delle attuali tariffe in considerazione degli effetti inflattivi, degli incrementi di costo del personale e dell' aumento dei costi di gestione) da parte dei rappresentanti gestori delle Residenze protette si è svolto un incontro per l'adeguamento delle tariffe fissate dalla DGR 391/2002 relativamente alle prestazioni di assistenza residenziale rivolte agli anziani ospiti presso le Residenze Protette.

La direzione regionale sanità e servizi sociali, tenuto conto della composizione e qualità dei fattori produttivi necessari per la produzione delle prestazioni in condizioni di efficienza ed efficacia propone che a partire dal **1 gennaio 2009**, la tariffa omnicomprensiva, pro capite, pro die applicata alle Residenze protette e fissata con DGR n. 391/2002 e DGR n.53/2004, viene aggiornata nella misura di **87,20 euro**.

DCR 3 marzo 2009, n. 290 *“Piano regionale integrato per la non autosufficienza (PRINA) 2009/2011”*.

Il Programma Regionale Integrato per la Non Autosufficienza (PRINA), di cui all'art. 11 della legge regionale di *“Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni”*, nel triennio di vigenza dovrà definire il modello organizzativo fornendo i relativi indirizzi per i servizi territoriali operanti sia a livello di Azienda USL che a livello di Ambiti territoriali sociali, le aree prioritarie di intervento, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, da garantire alle persone non autosufficienti, nonché i criteri generali di riparto del Fondo da assegnare alle Aziende USL con vincolo di destinazione per i distretti sociosanitari e per gli Ambiti territoriali sociali.

In particolare attraverso il PRINA la Regione Umbria, intende perseguire i seguenti obiettivi:

- sviluppare un sistema integrato e flessibile di interventi domiciliari e di sostegno alla cura familiare e, laddove sia possibile, sviluppare un'assistenza personalizzata per lo svolgimento delle attività quotidiane, fornita da un assistente alla persona all'interno di un rapporto autogestito che assume la configurazione di rapporto sociale (art. 39, co. 2, lett. 1 *ter*), della legge 104/1992 come modificato dalla legge 162/1998);
- assicurare la continuità tra ospedale e servizi territoriali socio-sanitari e soci-assistenziali attraverso l'attivazione di percorsi individualizzati di sostegno ed accompagnamento della persona non autosufficiente e della sua famiglia;
- garantire la gestione integrata delle risorse attraverso l'adozione di progettazioni assunte sia dai Piani di zona che dai Piani Attuativi Territoriali;
- favorire l'emersione del lavoro di cura da rapporto privato a rapporto sociale, mediante una regolazione pubblica che ne garantisca la qualificazione, fornisca il sostegno pubblico all'incontro tra domanda e offerta, nonché l'accompagnamento nella scelta dell'assistenza familiare. Ciò anche al fine di assicurare l'inserimento delle risorse dell'assistente familiare nella rete pubblica di presa in carico e di intervento nei confronti delle persone non autosufficienti e loro famiglie.

All'interno del PRINA andranno definite anche le azioni di sistema a supporto delle strutture e del processo assistenziale, quali la formazione, la comunicazione sociale, il sistema informativo e la valutazione. Il PRINA, in particolare, definisce il modello organizzativo (il governo dell'accesso, la presa in carico della persona non autosufficiente, la valutazione multiprofessionale ed il programma assistenziale personalizzato, il Patto per la cura ed il benessere, il coordinamento integrato), l'offerta dei servizi (diritto alla prestazione ed equità nella erogazione, la continuità assistenziale nell'offerta dei servizi, la domiciliarità ed il sostegno all'assistenza familiare, la rete dei servizi semiresidenziali e residenziali), gli strumenti della programmazione e della *governance*, la comunicazione, la formazione e la valutazione, il finanziamento del PRINA, risorse e criteri di riparto.

REGIONE VALLE D'AOSTA

Legge regionale 3 maggio 1993, n. 22 *“Provvidenze a favore di persone anziane e handicappate, alcooldipendenti, tossicodipendenti, infetti da HIV e affetti da AIDS”*¹⁰⁷.

La presente legge prevede che per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza a favore di persone anziane e handicappate, alcooldipendenti, tossicodipendenti, infetti da HIV e affetti da AIDS, la Giunta regionale determina criteri e modalità relativi all'erogazione delle provvidenze economiche per: il pagamento di rette per l'ospitalità in strutture protette assistenziali e socio-riabilitative, sia in regime diurno sia in regime residenziale; la concessione di contributi a privati per interventi assistenziali alternativi all'istituzionalizzazione.

Le provvidenze sono concesse ai soggetti richiedenti che si trovino in effettivo stato di bisogno, certificato dai competenti servizi socio-sanitari, in relazione alle condizioni psico-fisiche ed alla situazione familiare e socio-ambientale.

Lo stato di bisogno è determinato, oltre che dall'insufficienza del reddito familiare del richiedente in rapporto alle esigenze minime vitali di tutti i componenti del nucleo quando non vi siano altre persone tenute a provvedere o che di fatto provvedano, dalla sussistenza di almeno una delle seguenti condizioni: incapacità, totale o parziale, del richiedente di provvedere autonomamente a sé stesso ed il cui nucleo familiare non sia in grado di assicurargli l'assistenza necessaria; sottoposizione del richiedente a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che impongano o rendano necessari interventi assistenziali o socio-riabilitativi.

DGR 18 febbraio 2002, n. 491 *“Determinazione di criteri e modalità relativi all'erogazione, nell'anno 2002, delle provvidenze di cui alla legge regionale 3 maggio 1993, n. 22, recante Provvidenze a favore di persone anziane e handicappate, alcooldipendenti, tossicodipendenti, infette da HIV e affette da AIDS”*¹⁰⁸.

Legge regionale 20 giugno 2006, n. 13 *“Approvazione del piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006/2008”*¹⁰⁹.

Tra gli obiettivi per il soddisfacimento dei bisogni di salute e di benessere sociale previsti nel Piano particolare importanza assumono l'Obiettivo 11 finalizzato a potenziare attività di assistenza domiciliare, semi-residenziale e residenziale alternative al ricovero, mediante processi di integrazione fra servizi sanitari e sociali e l'Obiettivo 23 finalizzato a sviluppare gli interventi tesi a contrastare le situazioni di bisogno sociale, con particolare attenzione alla disabilità e alla non autosufficienza.

REGIONE VENETO

Legge regionale 30 gennaio 2004, n. 1 *“Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2004”*¹¹⁰.

L'art. 34, co. 1, prevede che la Giunta regionale provveda alla nuova programmazione della residenzialità extraospedaliera finalizzata a realizzare un sistema integrato di servizi domiciliari, residenziali e semiresidenziali che assicurino la permanenza a domicilio e nel proprio contesto di vita delle persone non autosufficienti.

¹⁰⁷ Pubbl. in B.U.R. Valle d'Aosta 11 maggio 1993, n. 21.

¹⁰⁸ Pubbl. in B.U.R. Valle d'Aosta 16 luglio 2002, n. 30.

¹⁰⁹ Pubbl. in B.U.R. Valle d'Aosta 4 luglio 2006, n. 27, S.O. n. 1.

¹¹⁰ Pubbl. in B.U.R. Veneto 3 febbraio 2004, n. 12.

DGR 28 febbraio 2006, n. 464 “*L’assistenza alle persone non autosufficienti. Art. 34, comma 1, L.r. 30 gennaio 2004, n. 1*”¹¹¹.

In ottemperanza al dettato normativo dell’art. 34, co. 1 della l.r. n. 1/2004 (di cui sopra), l’Allegato A del provvedimento n. 464/2006 rappresenta il **nuovo assetto del sistema della residenzialità** e si pone in ottica di continuità e di implementazione di quanto avviato con la DGR 10 marzo 2000, n. 751 “*Assistenza residenziale - extraospedaliera intensiva ed estensiva - L.r. n. 5/1996 (Art. 13, comma 3 - Art. 17) - PSSR 1996-1998*”¹¹², con la quale la Giunta regionale ha delineato la **programmazione della residenzialità**, fondandola su livelli di fabbisogno territoriale, ed ha promosso lo sviluppo del sistema della residenzialità in tutto il territorio regionale, attraverso la nascita di servizi e strutture vicine ai contesti sociali in cui le persone vivono.

L’individuazione di livelli e criteri specifici di fabbisogno ha permesso di programmare su tutto il territorio regionale livelli uniformi di risposta alle esigenze espresse dai cittadini.

I servizi residenziali per le persone non autosufficienti hanno superato la vecchia caratterizzazione di “istituto” e di “casa di riposo”, per configurarsi come **centri servizi erogatori di prestazioni e di interventi diversificati e complessi**, nel cui ambito si articolano diversi livelli di intensità assistenziale.

I cambiamenti culturali e di contesto socio-economico richiedono procedure più articolate e flessibili, tali da far convergere le risorse della domiciliarità, della residenzialità e dei servizi sanitari verso obiettivi condivisi e interventi coordinati.

Con il presente provvedimento vengono perseguiti due orientamenti strategici:

- la **centralità del cittadino** e il **diritto alla libera scelta**;
- la **programmazione territoriale delle risorse**.

Progetto di legge regionale 9 marzo 2006, n. 131 – “*Disposizioni per la istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e per la sua disciplina*”.

DGR 20 febbraio 2007, n. 394 “*Interventi ed indirizzi per l’assistenza alle persone non autosufficienti. Art. 34, comma 1, L.r. 1 del 30 gennaio 2004 e art. 4 della L.r. 2/2006*”¹¹³.

La Giunta regionale con tale delibera approva l’**Allegato A)** “*Assistenza socio-sanitaria alle persone anziane non autosufficienti*” alla presente deliberazione che costituisce il quadro di riferimento ai fini della programmazione regionale e locale dell’assistenza socio-sanitaria alle persone non autosufficienti nei servizi residenziali e che si accorda con gli indirizzi già espressi nell’ambito della DGR n. 464/2006.

DGR 28 marzo 2007, n. 827 “*Il sistema della domiciliarità: finanziamento per l’anno 2007 dei Piani Locali per la Domiciliarità e dei Piani Locali della Disabilità*”¹¹⁴.

La Regione ha intrapreso un percorso orientato a valorizzare gli **interventi di sostegno della domiciliarità delle persone non autosufficienti anziane e disabili**, attraverso un processo di **pianificazione locale**, di rafforzamento della rete, di sinergia degli enti, di riorganizzazione delle modalità gestionali delle risorse disponibili.

Nello specifico: la Regione ha istituito il **Fondo per la domiciliarità relativo alle persone con disabilità e alle persone anziane** (DGR n. 2359/2004 e art. 26 della l.r. n. 9/2005), il **Piano locale**

¹¹¹ Pubbl. in B.U.R. Veneto 28 marzo 2006, n. 30.

¹¹² Pubbl. in B.U.R. Veneto 14 aprile 2000, n. 34.

¹¹³ Pubbl. in B.U.R. Veneto 20 marzo 2007, n. 28.

¹¹⁴ Pubbl. in B.U.R. Veneto 24 aprile 2007, n. 39.

per la domiciliarità (DGR n. 39/2006 e DGR n. 3109/2006) e il **Piano locale della disabilità** (DGR n. 1859/2006 e n. 4470/2006).

Le **risorse regionali** destinate agli interventi previsti nei **Piani locali per la domiciliarità** per i non autosufficienti sono ripartite in:

- assegni di cura per un totale di euro 38.202.778, 00;
- assistenza domiciliare per un totale di euro 16.030.898,00;
- interventi di sollievo alle famiglie, la formazione degli operatori e altri interventi per un totale di euro 6.034.106, 00.

Le **risorse regionali** destinate agli interventi territoriali e domiciliari previsti nei **Piani locali per la disabilità** ammontano complessivamente a euro 10.100.000,00 ripartire in euro 9.100.000,00 per interventi di promozione dell'autonomia personale e in euro 1.000.000,00 per realizzare progetti innovativi inerenti i centri diurni per disabili.

Legge regionale 27 febbraio 2008, n. 1 “*Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2008*”¹¹⁵.

L'art. 3 prevede che al fine di ampliare ed implementare il sistema regionale di assistenza sociale e di protezione per le persone non autosufficienti e di tutelare le loro famiglie, di potenziare la rete dei servizi e garantire le prestazioni attraverso la realizzazione di progetti individuali per le persone non autosufficienti, nonché di erogare titoli per la fruizione di prestazioni sociali e socio-sanitarie commisurate alla gravità del bisogno, a decorrere dal 1° luglio 2008 è istituito il **Fondo regionale per la non autosufficienza**.

Nel Fondo di cui sopra confluiscono:

- le risorse del Fondo per la non autosufficienza di cui all'art. 43 della legge regionale 14 gennaio 2003, n. 3 “*Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2003*”¹¹⁶;
- le risorse del Fondo per la domiciliarità di cui all'art. 26 della legge regionale 25 febbraio 2005, n. 9 “*Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2005*”¹¹⁷;
- le risorse destinate al finanziamento del servizio di telesoccorso e telecontrollo a domicilio con sistemi telematici integrati;
- le risorse destinate al finanziamento dell'attività di assistenza semiresidenziale di tipo riabilitativo ed educativo nei centri diurni delle persone con disabilità, rientranti nell'ambito delle somme assegnate alle aziende ULSS per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001 e alla DGR n. 3972/2002 e successive modificazioni ed integrazioni.

Nel Fondo confluiscono altresì le risorse derivanti dallo Stato o da altri soggetti pubblici o privati destinati alla non autosufficienza.

In attesa dell'approvazione della legge regionale di disciplina del Fondo, la Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare e la Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria che si devono rispettivamente esprimere entro trenta giorni, stabilisce annualmente il riparto del Fondo in relazione alle diverse tipologie di intervento a favore delle persone non autosufficienti, che è erogato alle aziende ULSS e che può essere utilizzato esclusivamente per le finalità e con le modalità deliberate di concerto con le rispettive Conferenze dei sindaci coerentemente con i rispettivi piani di zona.

¹¹⁵ Pubbl. in B.U.R. Veneto 29 febbraio 2008, n. 19.

¹¹⁶ Pubbl. in B.U.R. Veneto 17 gennaio 2003, n. 5.

¹¹⁷ Pubbl. in B.U.R. Veneto 1° marzo 2005, n. 24.

Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo si fa fronte con le risorse allocate nell'upb U0243 "Fondo regionale per la non autosufficienza" del bilancio di previsione 2008 e pluriennale 2008-2010.

In particolare, il Fondo viene suddiviso nel bilancio regionale in due grandi comparti: la **residenzialità** e la **domiciliarità**.

Per quanto riguarda la residenzialità vengono accorpate in questo settore le voci relative all'assistenza riabilitativa residenziale per anziani non autosufficienti presso strutture (429 milioni di euro stanziati dalla Giunta nel 2008), l'assistenza riabilitativa semiresidenziale per anziani presso centri diurni (6 milioni di euro), l'assistenza riabilitativa residenziale per disabili (46 milioni di euro) per un totale di **481 milioni di euro** e cioè con il 3,85% in più (18,5 milioni di euro) rispetto al 2007. Per la domiciliarità, invece, sono state accorpate le seguenti voci: trasferimenti alle amministrazioni pubbliche a favore degli utenti disabili dei CEOD – Centro educativo occupazionale diurno (6,1 milioni di euro stanziati nel 2008), interventi a favore delle persone disabili e loro famiglie (26,9 milioni di euro), interventi a favore degli anziani non autosufficienti (58,3 milioni di euro) per un totale di **98.310.000 milioni di euro** con l'11,81% in più (11.610.000 milioni di euro) rispetto allo stanziamento 2007.

DGR 8 agosto 2008, n. 1921 *“Piani Locali per la Domiciliarità: assegnazione contributi anno 2008 per assistenza domiciliare. DGR n. 1137 del 6.5.2008”*¹¹⁸.

Con la DGR n. 1137 del 2008 è stato effettuato il **riparto tra i 21 territori di ULSS delle risorse regionali destinate agli interventi previsti nei Piani Locali per la Domiciliarità** secondo tre voci: **assegni di cura, assistenza domiciliare, altro**. Inoltre, con il medesimo atto è stata disposta la prenotazione delle somme destinate all'assistenza domiciliare, rinviandone l'assegnazione a successivo provvedimento della Giunta Regionale. Con il **presente provvedimento** si effettua l'**assegnazione delle risorse destinate all'assistenza domiciliare**, come ripartite per l'**anno 2008**. Nell'Allegato A del presente atto sono riportate le quote spettanti agli Enti Locali per l'anno 2007 e, nell'ultima colonna, il conguaglio rispetto all'assegnazione di cui alla DGR 1427/2007, all. D. Nell'Allegato B è indicata la distribuzione del finanziamento predisposto per l'assistenza domiciliare 2008, definito per ciascun territorio di ULSS con la citata DGR n. 1137/2008, come ripartito tra gli enti in maniera proporzionale alle spettanze per il 2007, con gli importi indicati nella colonna "finanziamento ADI 2008 per ente".

DGR 7 ottobre 2008, n. 2870 *“Piani Locali per la Domiciliarità: finanziamento agli enti per l'assegno di cura, primo semestre 2008. DGR n. 1137 del 6.5.2008”*¹¹⁹.

Con le DGR n. 4135 del 2006 e n. 287 del 2008 sono state definite: le **procedure per l'accesso all'assegno di cura**, la **valutazione del bisogno assistenziale e dell'assistenza** fornita, la valutazione della **condizione economica familiare**, i criteri di **determinazione dell'entità del contributo** riconoscibile, le **modalità di erogazione dell'assegno**.

In particolare, è previsto che l'erogazione avvenga in 2 tranches semestrali, tenendo conto delle risorse economiche disponibili.

Le **disponibilità economiche per l'anno 2008** sono state determinate con la DGR n. 1137 del 2008, con la quale è stato effettuato il **riparto tra i 21 territori di ULSS delle risorse regionali destinate agli interventi previsti nei Piani Locali per la Domiciliarità**; per l'assegno di cura sono stati riservati complessivamente **41.073.954,00 euro**.

In seguito al presente provvedimento, la **disponibilità economica regionale** per l'assegno di cura per l'anno 2008 viene **incrementata di 1.500.000,00 euro**.

¹¹⁸ Pubbl. in B.U.R. Veneto 19 agosto 2008, n. 69.

¹¹⁹ Pubbl. in B.U.R. Veneto 4 novembre 2008, n. 91.

Tale incremento viene ripartito tra i 21 territori di ULSS in proporzione alla somma riservata per l'assegno di cura con DGR n. 1137/2008, come indicato nella colonna c) dell'**Allegato A** di questa delibera.

L'assegnazione della cifra spettante ad ogni ente beneficiario, ad esclusione delle Aziende Ulss di cui sopra, viene determinata in base alle domande presentate nel primo semestre 2008 e all'ammontare degli assegni di cura che dovranno essere erogati dagli enti beneficiari del presente riparto secondo le graduatorie costituite in base i criteri sopra esposti e delle eventuali compensazioni relative ad errori, integrazioni e/o modifiche delle pratiche relative ai semestri precedenti (**Allegato B**, colonna C).

DGR 30 dicembre 2008, n. 4251 “*Legge Nazionale 296 del 27 dicembre 2006, art. 1, comma 1264. Fondo Nazionale per le non autosufficienze. Integrazione finanziamento per l'anno 2008 dei Piani Locali per la Domiciliarità (DGR n. 1137 del 6/05/08)*”¹²⁰.

Con la legge 296 del 27 dicembre 2006, art. 1, co. 1264, è stato istituito il “**Fondo per le non autosufficienze**”, al fine di garantire l’attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali con riguardo alle persone non autosufficienti.

Sulla base dell’intesa raggiunta in data 20 marzo 2008 in sede di Conferenza Unificata Stato, Regioni e Città metropolitane, con decreto del 6 agosto 2008, il Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze, ha ripartito le risorse di detto Fondo per l’anno 2008, assegnando alla Regione del Veneto la somma di **22.782.033,49 euro**.

In considerazione della domanda espressa ed in coerenza con le indicazioni nel decreto ministeriale, con il presente provvedimento si delibera di ripartire la somma di 22.782.033,49 euro, proveniente dal Fondo nazionale per le non autosufficienze al fine di attuare e supportare i servizi e gli interventi previsti nei Piani Locali per la Domiciliarità delle aziende Ulss del Veneto, con particolare riferimento dell’**Assegno di Cura** e per lo sviluppo ulteriore degli sportelli integrati, le attività di sollievo alla famiglia, la collaborazione delle reti solidaristiche della comunità locale, le progettualità sperimentali, e le altre voci eventualmente indicate nei singoli Piani locali della Domiciliarità di cui alle deliberazioni di Giunta Regionale 39/06 e 1137/08.

La Giunta Regionale pertanto decide di assegnare agli Enti individuati negli Allegati A (Colonna A) e B (Colonna A), gli importi distribuiti come segue:

- **16.184.403,46 euro** pari al 71,04 %, ad incrementare la parte di Fondo per la Domiciliarità da destinarsi all’**Assegno di cura**, fino al raggiungimento dell’intero importo teorico necessario a soddisfare tutte le domande idonee presentate nel 2008;
- **6.597.630,03, euro** pari al rimanente 28,96%, da dedicare allo sviluppo dello **sportello integrato e alle altre attività di sollievo alla famiglia**, la collaborazione delle reti solidaristiche della comunità locale, le progettualità sperimentali.

DGR 27 gennaio 2009, n. 127 “*Residenzialità extraospedaliera per anziani non autosufficienti e disabili. Rendicontazione anno 2007*”¹²¹.

Con deliberazione 21 luglio 2000, n. 2313 la Giunta Regionale ha disposto di dare attuazione al processo di trasferimento in **capo alle Aziende Ulss delle funzioni socio-sanitarie relative alla residenzialità extraospedaliera**, in conformità alle previsioni relative al D.L. n. 229/1999.

Successivamente, la **Giunta Regionale ha provveduto annualmente all’approvazione delle rendicontazioni presentate dai Centri di Servizio residenziali e semiresidenziali che accolgono persone anziane non autosufficienti e disabili**. Il percorso avviato prevede che alla deliberazione di approvazione del valore attribuito alla quota sociosanitaria con relativa ripartizione per voci componenti, segua la deliberazione di approvazione dei rendiconti trasmessi alla competente Direzione Regionale per i Servizi Sociali.

¹²⁰ Pubbl. in B.U.R. Veneto 3 febbraio 2009, n. 11.

¹²¹ Pubbl. in B.U.R. Veneto 17 febbraio 2009, n. 15.

Per l'anno 2007, con deliberazione 7 agosto 2007, n. 2646, la Giunta Regionale ha riconosciuto il valore delle quote di rilievo sanitario per l'anno 2007 per i Centri di Servizio residenziali e semiresidenziali per persone anziane non autosufficienti e disabili.

Negli Allegati A e B sono riportati i rendiconti approvati, per l'anno 2007, presentati dalle Aziende Ulss relativi alle attività di prestazioni socio-sanitarie nei Centri di Servizio residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti e disabili.

DGR 3 febbraio 2009, n. 216 *“Residenzialità extraospedaliera per anziani non autosufficienti e disabili accolti nei Centri di Servizio residenziali. Anno 2009”*¹²².

DGR 24 febbraio 2009, n. 471 *“DGR 394 del 20 febbraio 2007 “Indirizzi ed interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti. Art. 34, comma 1, LR 1 del 30 gennaio 2004 e art. 4 della LR 2/06” - Paragrafo 3.2 e paragrafo 7”*.

Con le Deliberazioni n. 464/2006 e 394/2007, la Giunta Regionale ha provveduto a dare disposizioni alle Aziende ULSS per l'**assistenza alle persone anziane non autosufficienti nei Centri di Servizio residenziali**, introducendo importanti innovazioni nell'accesso al sistema della residenzialità ed individuando nella impegnativa di residenzialità il titolo rilasciato al cittadino per l'accesso alle prestazioni rese nei Centri di Servizio residenziali. La DGR n. 394/2007 stabilisce che la Giunta Regionale annualmente aggiorni, in relazione al dato statistico dell'anno precedente, il **fabbisogno di residenzialità**. I dati, per l'anno 2009, sono riportati nell'Allegato A.

L'Allegato B riporta la tabella - parametro di riferimento per la **programmazione dei posti letto autorizzabili/accreditabili** presso le strutture.

DGR 07 aprile 2009, n. 957 *“Progetti mirati di intervento a favore della domiciliarità in situazioni straordinarie. Anno 2009”*.

Con provvedimento 6 maggio 2008, n. 1139 la Giunta Regionale ha previsto l'attivazione di **progetti mirati di intervento a favore della domiciliarità in situazioni straordinarie** presentati dai Comuni del Veneto o dagli enti da essi delegati all'esercizio delle funzioni sociali. Con lo stesso provvedimento, inoltre, la Giunta Regionale ha approvato le indicazioni per la presentazione di progetti individuali mirati in situazioni straordinarie.

L'esperienza acquisita durante il precedente esercizio, anche a seguito dell'applicazione della DGR n. 1139/2008, ha evidenziato l'esistenza di alcune eccezionali situazioni individuali che sono caratterizzate dalla necessità di interventi straordinari di tipo assistenziale, particolarmente impegnativi e onerosi, che consentono di sostenere la decisione consapevole delle persone interessate di continuare a vivere nel proprio domicilio e nel proprio contesto di vita, con la massima autonomia possibile. Tenuto conto di ciò, anche per il 2009, la Regione intende proseguire nel riconoscimento delle persone non autosufficienti a ricevere ogni sostegno indispensabile a garantire la vita domiciliare e l'autonomia.

I progetti mirati in questione possono essere rivolti a persone che, affette da gravi patologie o disabilità, con esclusione di patologie psichiche e/o psichiatriche, sono in grado di esprimere coscientemente la volontà di rimanere nel proprio domicilio, ma che presentano situazioni di elevatissimo impegno assistenziale sociosanitario.

Con il presente provvedimento la Giunta Regionale riserva al finanziamento di tali progetti la somma di **500.000,00 euro** nell'ambito del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza.

¹²² Pubbl. in B.U.R. Veneto 10 marzo 2009, n. 21.

DGR 21 aprile 2009, n. 1083 *“Accertamento e liquidazione agli enti per l’assegno di cura, secondo semestre 2008, e apertura di una “finestra” temporale per l’inserimento reddito ISEE. DGR 1137/08 e DGR 4251/08”*.

Con la presente deliberazione la Giunta Regionale, ha determinato la definitiva **assegnazione agli enti gestori degli importi per l’assegno di cura 2008**. Questa assegnazione segue quelle effettuate con le deliberazioni della Giunta regionale 1137/2008 e 2870/2008 e la DGR n. 4251/2008 e rende possibile il conguaglio dell’assegno di cura relativo al primo semestre 2008 e l’erogazione dell’intero importo del secondo semestre 2008.

L’assegnazione complessiva risulta notevolmente superiore a quella del 2007 - **si passa infatti da 48,3 milioni di euro ai 56,8 milioni del 2008** - e che, con la presente deliberazione viene garantito ad ogni beneficiario il massimo contributo teoricamente riconoscibile.

L’approvazione delle graduatorie è stata stabilita solo ora perché molti Comuni non hanno valutato correttamente le implicazioni temporali delle nuove disposizioni in merito alla presentazione delle dichiarazioni ISEE, creando una situazione di forte disagio da parte di alcuni cittadini che si sono visti loro malgrado escludere dal beneficio dell’assegno di cura. Al fine di venire incontro a tale situazioni, nella presente deliberazione è prevista una **apertura straordinaria della procedura ISEE net per l’inserimento delle domande relative al secondo semestre 2008 con una dichiarazione ISEE del primo semestre 2009**. Si tratta di una possibilità limitata nel tempo, **con scadenza il 5 giugno 2009**.

Sia **gli importi assegnati che le nuove graduatorie sono da oggi consultabili in ISEE net**, e accessibili mediante password dal responsabile del procedimento, mentre seguiranno immediatamente le procedure per il trasferimento delle rimanenti risorse ai Comuni o agli enti delegati. Il provvedimento dispone l’erogazione degli assegni di cura alle persone beneficiarie non appena introiettate le corrispondenti somme dalla tesoreria regionale.

Nel portale ISEE net sono reperibili tutte le informazioni utili per la gestione della procedura, in ogni caso gli uffici regionali sono a disposizione per ogni chiarimento.

L’Allegato A della presente deliberazione contiene gli enti beneficiari dell’erogazione a saldo.

PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO

Disegno di legge n. 148/2003: istituzione del Fondo provinciale per la non autosufficienza.

Tale disegno di legge prevede nella provincia autonoma di Bolzano l’istituzione di un **Fondo provinciale per la non autosufficienza**.

Si tratta di un Fondo **pubblico e universale** che eroga prestazioni a fronte di un diritto esigibile delle persone non autosufficienti; non è previsto alcun ruolo per le assicurazioni private.

Il Fondo viene finanziato con tre fonti: **risorse dei bilanci provinciali**, un **trasferimento specifico della Regione Trentino Alto Adige** e un **contributo obbligatorio a carico dei cittadini**.

Il progetto prevede prestazioni differenziate su tre livelli di gravità: si va da un minimo di 415 euro mensili per l’assistenza domiciliare dei casi meno gravi a un massimo di 2.015 euro mensili per l’assistenza residenziale dei casi più gravi. Nel progetto della provincia di Bolzano le prestazioni sono solo in denaro.

L’importo delle prestazioni dipende unicamente dal **livello della disabilità** e non dipende né dall’ammontare dei contributi precedentemente pagati né dalla condizione economica del beneficiario.

La funzione essenziale del Fondo consiste nella socializzazione di un rischio importante che oggi è sopportato direttamente dai nuclei familiari.

Il progetto prevede una **progressività della contribuzione**: sono stabilite soglie di esenzione e modalità di graduazione del contributo sulla base dell'Ise.

La scelta di utilizzare l'Ise per determinare l'entità di una contribuzione obbligatoria e universale si giustifica con l'intento di cercare la massima equità distributiva.

Notevole sembra l'attenzione che si è prestata al problema della **sostenibilità finanziaria e dell'equità intergenerazionale**: per garantire anche per il futuro questo sistema di tutele, viene creato un apposito "Fondo di garanzia". Si tratta dell'accantonamento di riserve allo scopo di erogare prestazioni stabili nel tempo pur con dinamiche demografiche sfavorevoli, livelli contributivi costanti e un impegno finanziario per la provincia.

Legge provinciale 12 ottobre 2007, n. 9 *"Interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti"*¹²³.

Ai fini della presente legge si intende per non autosufficiente una persona incapace in misura rilevante e permanente, a causa di patologie o disabilità fisiche, psichiche o mentali, di svolgere le attività della vita quotidiana negli ambiti costituiti da alimentazione, igiene personale, funzioni escretorie, mobilità, vita psico-sociale e conduzione dell'economia domestica, e che necessita pertanto dell'aiuto regolare di un'altra persona, mediamente per più di due ore al giorno alla settimana; al riguardo va tenuta presente la possibilità di migliorare l'autonomia personale del richiedente mediante l'utilizzo di ausili tecnici.

L'art. 4 istituisce il **Fondo per l'assistenza ai non autosufficienti**, suddiviso nel **Fondo prestazioni**, destinato alla gestione e alla copertura finanziaria della spesa corrente per le prestazioni in atto, e nel **Fondo integrativo a capitalizzazione**, destinato alla copertura a lungo termine della spesa per le prestazioni future.

Il **Fondo prestazioni** è destinato alla copertura delle spese derivanti dall'erogazione dell'assegno di cura e delle altre spese correnti.

Il **Fondo integrativo a capitalizzazione**, invece, dopo una fase di alimentazione e capitalizzazione è destinato all'integrazione del Fondo prestazioni.

L'art. 5 prevede che nel Fondo confluiscono le seguenti **risorse finanziarie**:

- l'assegnazione annua a carico del bilancio provinciale;
- le assegnazioni regionali per gli interventi in favore delle persone non autosufficienti;
- le eventuali assegnazioni statali destinate all'assistenza delle persone non autosufficienti;
- gli interessi attivi ed altri proventi derivanti dalla gestione patrimoniale del Fondo;
- entrate previste dalla legge, con destinazione vincolata all'assistenza di persone non autosufficienti;
- altre somme liberamente assegnate.

L'art. 6 dispone che per l'attuazione degli interventi della presente legge e l'amministrazione del Fondo di cui agli artt. 4 e 5, la Giunta provinciale è autorizzata a disporre la gestione fuori bilancio ai sensi dell'articolo 65 della legge provinciale 29 gennaio 2002, n. 1, e del relativo regolamento. Le modalità di gestione del Fondo sono stabilite dalla Giunta provinciale con apposita deliberazione 23 giugno 2008, n. 2231.

L'art. 10, co. 5 precisa che **non sono a carico del Fondo** le prestazioni educative, formative e occupazionali, né quelle sanitarie.

¹²³ Pubbl. in B.U.R. Trentino-Alto Adige 30 ottobre 2007, n. 44.

L'art. 14 prevede che l'entità del Fondo è determinata dalla Provincia con legge finanziaria annuale.

In sede di determinazione del Fondo si tiene conto delle assegnazioni della Regione Trentino Alto Adige e anche degli eventuali proventi derivanti dalla gestione patrimoniale del Fondo a capitalizzazione.

Alla **spesa complessiva di 242,39 milioni di euro** a carico del bilancio provinciale per gli esercizi 2008 e 2009 si provvede nel modo seguente:

- a) 197,70 milioni di euro mediante quote degli stanziamenti previsti nel bilancio pluriennale per il biennio 2008-2009, alla funzione-obiettivo 9, lettera b.1, per l'importo di 104,69 milioni di euro e alla funzione-obiettivo 10, lettera b.1, per l'importo di 93,01 milioni di euro, per l'attuazione degli interventi previsti ai sensi delle disposizioni di legge provinciale che cessano di aver attuazione con l'entrata in vigore della presente legge;
- b) all'ulteriore maggior spesa di 44,69 milioni di euro mediante corrispondente quota dello stanziamento previsto nel bilancio pluriennale per il biennio 2008-2009 alla funzione-obiettivo 27, lettera b.1.

Per gli esercizi successivi al 2009 si provvede con i mezzi stabiliti con legge finanziaria annuale.

DGP 23 giugno 2008, n. 2231 *“Modalità di erogazione delle prestazioni del Fondo per l'assistenza ai non autosufficienti e modalità di gestione del Fondo stesso”*¹²⁴.

DGP 7 luglio 2008, n. 2452 *“Definizione delle prestazioni di cura e assistenza rilevanti ai fini della legge di assistenza ai non autosufficienti”*¹²⁵.

Con il presente atto la Giunta definisce le prestazioni di cura e assistenza rilevanti ai fini della l. p. n. 9/2007 finalizzate a garantire una vita dignitosa alle persone non autosufficienti. Le prestazioni mirano alla conservazione dell'autonomia e delle capacità residue della persona non autosufficiente e sono assicurate solo nella misura in cui l'assistito necessita dell'aiuto di terzi. Tali prestazioni possono essere erogate in forma di accompagnamento, di istruzioni per svolgere determinate attività, di sorveglianza, di controllo e sostegno nello svolgimento di singole attività e in forma dell'assolvimento completo di determinate attività. Le prestazioni di cura ed assistenza sono erogate dal competente personale dei servizi di assistenza sociale ed infermieristica. Le prestazioni di cura ed assistenza sono a pagamento.

Sono invece esenti alle seguenti condizioni e qualora siano erogate dal personale sanitario: a) la persona non autosufficiente viene collocata all'assistenza domiciliare integrata; b) la persona non autosufficiente viene dimessa dall'ospedale con patologia acuta; c) lo stato morboso della persona già assistita a domicilio passa dalla fase cronica stabile in una fase acuta o fase di malattia e cura complessa.

¹²⁴ Pubbl. in B.U.R. Trentino-Alto Adige 8 luglio 2008, n. 28.

¹²⁵ Pubbl. in B.U.R. Trentino-Alto Adige 15 luglio 2008, n. 29.

PROVINCIA AUTONOMA TRENTO

Legge provinciale 12 luglio 1991, n. 14 *“Ordinamento dei servizi socio-assistenziali in provincia di Trento”*¹²⁶.

L'art. 24 della presente legge dispone che gli **interventi di aiuto e sostegno alla persona**, al nucleo familiare e a gruppi comprendono: interventi a sostegno psico-sociale, quale aiuto a persone, a nuclei familiari e a gruppi da attuarsi, anche in collaborazione con altri servizi e strutture, sulla base di specifici progetti che attivino e valorizzino le risorse personali ed interpersonali; interventi di aiuto per l'accesso ai servizi volti ad informare, orientare e motivare persone singole e nuclei familiari sulle possibilità esistenti al fine di facilitarne la fruizione; interventi di assistenza economica al fine di garantire il soddisfacimento di bisogni sia fondamentali che specifici. Essi sono disposti a favore di persone singole o di nuclei familiari in maniera coordinata con eventuali altri tipi di intervento e comprendono: sussidi economici mensili a fronte dell'insufficienza del reddito familiare in rapporto alle esigenze minime vitali; interventi «una tantum» per sopperire a situazioni di emergenza individuale o familiare; sussidi economici mensili per l'assistenza e la cura a domicilio di persone che, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un'assistenza continua. Sono previsti, altresì, prestiti sull'onore, da restituire senza interessi secondo piani concordati, a favore di soggetti e di nuclei familiari in situazioni temporanee di grave difficoltà finanziaria.

Legge provinciale 28 maggio 1998, n. 6 *“Interventi a favore degli anziani e delle persone non autosufficienti o con gravi disabilità”*¹²⁷.

La Provincia autonoma di Trento, con la presente legge, promuove la realizzazione di azioni positive per il miglioramento della qualità di vita degli anziani e delle persone non autosufficienti o con gravi disabilità, assicurando una adeguata qualità ed efficienza dei servizi e delle prestazioni. In particolare: gli interventi della Provincia sono rivolti a sviluppare, secondo il principio di sussidiarietà, iniziative idonee a consentire **all'anziano e alle persone non autosufficienti o con gravi disabilità** di mantenere la loro autonomia personale e di rimanere per quanto possibile nell'ambiente di vita mediante una rete di servizi rivolti in particolare a favorirne l'assistenza nell'ambito familiare e l'integrazione sociale; promuovere il riconoscimento e l'esercizio dei diritti degli anziani e delle persone non autosufficienti o con gravi disabilità, nonché il mantenimento delle attività degli anziani su base volontaria, in particolare attraverso forme associate di uso del tempo disponibile per scopi di utilità sociale; sostenere e agevolare le famiglie che si occupano direttamente nell'ambito familiare dell'assistenza dei soggetti non autosufficienti anche facendosi aiutare da persone esterne alla famiglia stessa; garantire una gestione efficace e personalizzata dei servizi; favorire l'accesso degli anziani e delle persone non autosufficienti o con gravi disabilità ai servizi socio-assistenziali e sanitari; favorire l'accesso ad iniziative a sostegno dei diritti di cittadinanza e della vita di relazione di anziani e di persone non autosufficienti o con gravi disabilità con particolare riguardo a quelle di carattere artistico-culturale; contribuire a rendere armonico ed equilibrato il processo di transizione all'età anziana; dare compiuta informazione ai cittadini sui servizi di assistenza, sulle prestazioni offerte, sulle possibilità di scelta esistenti, sulle modalità di erogazione delle prestazioni e diffondere la trattazione delle tematiche relative agli anziani e alle persone non autosufficienti o con gravi disabilità, anche attraverso programmi radiofonici e televisivi.

L'art. 8 dispone che con deliberazione della Giunta provinciale sono definiti i criteri e le modalità per l'attuazione degli interventi economici mensili per l'assistenza e la cura a domicilio di persone che, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un'assistenza continua previsti all'art. 24, co. 1, lett. c), punto 3) della l.p. n. 14/1991. Inoltre, con la suddetta

¹²⁶ Pubbl. in B.U.R. Trentino-Alto Adige 23 luglio 1991, n. 32.

¹²⁷ Pubbl. in B.U.R. Trentino-Alto Adige 9 giugno 1998, n. 24.

deliberazione sono definiti in particolare i criteri e le modalità di accertamento della non autosufficienza e della condizione economica, nonché la misura dell'intervento. Tali interventi unitamente agli interventi di assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) e all'ospedalizzazione a domicilio, sono volti a favorire il permanere, ove possibile, della persona non autosufficiente nell'ambito familiare, limitando il ricorso alle strutture residenziali.

Disegno di legge n. 209/2002: istituzione del Fondo provinciale per la non autosufficienza.

Tale disegno di legge prevede nella provincia autonoma di Trento l'istituzione di un **Fondo provinciale per la non autosufficienza**.

Si tratta di un Fondo **pubblico e universale** che eroga prestazioni a fronte di un diritto esigibile delle persone non autosufficienti; non è previsto alcun ruolo per le assicurazioni private.

Il Fondo viene finanziato con tre fonti: **risorse dei bilanci provinciali**, un **trasferimento specifico della Regione Trentino Alto Adige** e un **contributo obbligatorio** a carico dei cittadini.

Il progetto prevede prestazioni differenziate su tre livelli di gravità: si va da un minimo di 415 euro mensili per l'assistenza domiciliare dei casi meno gravi a un massimo di 2.015 euro mensili per l'assistenza residenziale dei casi più gravi. Nel progetto della provincia di Trento il beneficiario può scegliere tra prestazioni in denaro, in natura o in buoni servizio.

L'importo delle prestazioni dipende unicamente dal **livello della disabilità** e non dipende né dall'ammontare dei contributi precedentemente pagati né dalla condizione economica del beneficiario.

La funzione essenziale del Fondo consiste nella socializzazione di un rischio importante che oggi è sopportato direttamente dai nuclei familiari.

Il progetto prevede una **progressività della contribuzione**: sono stabilite soglie di esenzione e modalità di graduazione del contributo sulla base dell'Ise.

La scelta di utilizzare l'Ise per determinare l'entità di una contribuzione obbligatoria e universale si giustifica con l'intento di cercare la massima equità distributiva.

Notevole sembra l'attenzione che si è prestata al problema della **sostenibilità finanziaria e dell'equità intergenerazionale**: per garantire anche per il futuro questo sistema di tutele, viene creato un apposito "Fondo di garanzia". Si tratta dell'accantonamento di riserve allo scopo di erogare prestazioni stabili nel tempo pur con dinamiche demografiche sfavorevoli, livelli contributivi costanti e un impegno finanziario per la provincia.

Legge provinciale 27 luglio 2007, n. 13 *"Politiche sociali nella provincia di Trento"*¹²⁸.

La presente legge con l'art. 54, co. 1, lett. b) ha abrogato l'intera l.p. n. 14/1991 (anche l'art. 24) ad esclusione dell'art. 47 e con l'art. 54, co. 2, lett. a) ha abrogato l'art. 8 della l.p. n. 6/1998. Inoltre, il Capo VIII contiene modificazioni della l.p. n. 6/1998.

¹²⁸ Pubbl. in B.U.R. Trentino-Alto Adige 7 agosto 2007, n. 32.