

REGOLAMENTO PER LA CONCESSIONE DELL'ASSEGNO DI CURA

PREMESSA

VISTE le sottoindicate Delibere di Giunta Regionale:

- n. 1377/1999, così come modificata e integrata soprattutto dalla DGR 1206/07, la quale definisce l'Assegno di Cura per anziani non autosufficienti come "una delle opportunità della rete dei servizi prevista dalla L.R. 5/94 ed è concessa in alternativa all'inserimento stabile in strutture residenziali, sulla base della valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) e della disponibilità della famiglia ad assicurare, in parte od in toto il programma di assistenza personalizzato;
- n. 1122/2002 "Direttiva per la formazione di progetti personalizzati finalizzati a favorire le condizioni di domiciliarità e le opportunità di vita indipendente dei cittadini in situazione di handicap grave (assegno di cura e di sostegno)";
- n. 2068/2004 che integra la DGR 1122/02 prevedendo un terzo livello di contribuzione, a favore di persone con disabilità gravissime o in stato vegetativo e/o di minima coscienza assistite al domicilio, in situazione di dipendenza totale, non in grado di collaborare all'assistenza personale e che necessitano di assistenza completa nell'arco delle 24 ore;
- n. 1762/2011 ad oggetto: "Programma attuativo della Regione Emilia Romagna per l'assistenza domiciliare ai malati di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) nell'ambito del Fondo Nazionale per le non autosufficienze per l'anno 2011";
- n. 1848/2012 ad oggetto: "Integrazione della DGR 2068/2004 e della DGR 1762/2011: Introduzione livello più elevato dell'assegno di cura per le gravissime disabilità".
- N. 1732/2014 ad oggetto: "Programma gravissime disabilità acquisite (DGR 2068/2004 e s.m.): aggiornamento assegno di cura DGR 1848/12.";
- n. 2308/2016 ad oggetto: "Determinazioni in materia di soglie ISEE per l'accesso a prestazioni sociali agevolate in ambito sociale e sociosanitario, dal 01/01/2017";
- n. 130/2021 ad oggetto: "Approvazione della programmazione regionale per il triennio 2019-2021 del Fondo Nazionale per le non Autosufficienze";
- n. 905 del 05/06/2023 ad oggetto: "PROGRAMMAZIONE REGIONALE PER IL TRIENNIO 2022-2024 DEL FONDO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICIENZE"

ATTESO che:

- L'Assegno di cura è un sostegno economico a favore delle famiglie che assistono in casa propria una persona non autosufficiente ed ha l'obiettivo di garantire la permanenza presso il proprio domicilio quale scelta elettiva assistenziale. Gli assegni di cura sono una delle forme di intervento che è possibile attivare all'interno di un più complessivo piano individualizzato di assistenza e costituiscono un sostegno al lavoro di cura dei famigliari e caregivers impegnati nell'assicurare parte del piano individualizzato di cura e non si configurano come sussidi economici "a domanda";
- Finalità dell'intervento è quella di potenziare le opportunità di permanenza nel proprio contesto di vita dei cittadini riconoscendo un contributo economico a sostegno dell'accoglienza e del lavoro di cura svolto dalle famiglie o da terzi al fine anche di evitare, o posticipare il più a lungo possibile, il ricorso ai servizi residenziali;
- Esso è predisposto sulla base di una valutazione globale del bisogno e di un progetto assistenziale individualizzato, concordato con l'utente e/o la sua famiglia, per la realizzazione del quale può essere previsto un contributo economico denominato assegno di cura. Tale contributo, alternativo al ricovero in strutture residenziali, integra e non sostituisce l'accesso alle altre opportunità della rete dei servizi disponibili sul territorio, è erogato a riconoscimento dell'impegno per attività socio-sanitarie richieste per il mantenimento al domicilio di persone che necessitano di assistenza permanente, continuativa e globale nella sfera individuale ed in quella di relazione.

CONSIDERATO che la sopracitata normativa prevede che l'Assegno di cura si caratterizza come prestazione da garantire in modo uniforme in un percorso di garanzia dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali per la non autosufficienza (LEPS) e che dovrà essere erogato rispettando i requisiti previsti a livello nazionale e regionale per l'utilizzo delle risorse FNA.

Tutto ciò premesso si forniscono le seguenti indicazioni:

1) GRAVISSIMA DISABILITA'

L'erogazione degli assegni di cura deve rispettare i seguenti requisiti previsti a livello nazionale:

- deve inserirsi in un quadro più generale di valutazione multidimensionale del bisogno e di progettazione personalizzata, in cui può ritenersi appropriato erogare assistenza in forma indiretta;
- può essere modulata sulla base di altri servizi inclusi nel progetto personalizzato (ad esempio, la frequenza di centri diurni);
- deve essere ancorata ad un bisogno di sostegno inteso come assistenza personale;
- in assenza di altri servizi, prevede un trasferimento di almeno 400 euro mensili per 12 mensilità;
- può eventualmente essere condizionata a ISEE, ma per valori non inferiori a 50 mila euro, accresciuti a 65 mila in caso di beneficiari minorenni, dove l'ISEE da utilizzare è quello per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria;
- deve essere sottoposta a rendicontazione e/o a monitoraggio del sostegno prestato secondo gli impegni assunti dai caregivers familiari nel progetto personalizzato.

Gli utenti devono essere beneficiari di Indennità di accompagnamento (IDA) ai sensi della Legge 18/1980 o dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013.

Per le persone di cui alle seguenti lettere della classificazione nazionale di gravissima disabilità:

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 ;
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche;

potrà essere erogato l'assegno di cura di cui alla DGR 2068/04 e successive modifiche ed integrazioni (DGR 1732/14). Per tali assegni non sono previste limitazioni legate a specifiche fasce di età o cause di insorgenza della disabilità, né distinzioni tra disabilità congenita o acquisita.

TIPOLOGIE DI ASSEGNO DI CURA

Livello base

Livello elevato

Per l'accesso all'assegno di cura di cui alla DGR 2068/04 viene confermata la condizione di massima dipendenza assistenziale da accertare attraverso la scala Barthel modificata.

Per l'accesso al livello più alto dell'assegno di cura istituito con DGR 1848/12, l'équipe multiprofessionale deve accertare la presenza di almeno una delle condizioni oggettive di seguito indicate, presenti in modo continuativo, che necessitano e motivano un più elevato impegno assistenziale:

- 1) Necessità di frequenti aspirazioni nel cavo orale o tracheobronchiali nell'arco delle intere 24 ore;
- 2) Presenza ventilazione assistita;
- 3) Presenza CVC con necessità di infusione continua;
- 4) Attuazione di un piano assistenziale, condiviso con la famiglia, che preveda il coinvolgimento attivo dei familiari o di personale assistenziale messo a disposizione dalla famiglia in un numero di alzate dal letto vs la sedia/carrozzina non inferiore a 4 giornaliere, in conseguenza di una delle seguenti condizioni, esclusivamente su base documentale:
 - pregresse lesioni da decubito di grado 3° o 4°;
 - presenza di POA (Calcificazione Paraosteoarticolare);
 - retrazione in flessione degli arti inferiori o superiori.

Per le persone di cui alla seguente lettera della classificazione nazionale di gravissima disabilità :

c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 persone anziane valutate dalle UVG, con particolare riferimento alle persone con grave o gravissimo stato di demenza della classificazione nazionale, possono essere erogati i livelli più alti (A e B) dell'assegno di cura per anziani di cui alla DGR 159/09. In assenza di altri servizi si prevede un trasferimento di almeno 400 euro mensili per la durata del progetto per almeno 12 mensilità.

TIPOLOGIE DI ASSEGNO DI CURA:

Livello A (livello elevato) per programmi assistenziali rivolti ad anziani che necessitano di una presenza continua nell'arco della giornata e di elevata assistenza diretta in alternativa al ricovero in struttura residenziale. Di norma tale livello viene assegnato per i PAI con impegni di cura del familiare con una prevalenza di attività assistenziali tra quelle di livello elevato o per i PAI con impegni di cura rivolti a soggetti dementi con gravi disturbi comportamentali e/o cognitivi con necessità di assistenza continua;

Livello B (livello alto) per programmi assistenziali rivolti ad anziani che necessitano di una presenza continua nell'arco della giornata e di assistenza diretta di livello alto. Di norma tale livello viene assegnato per i programmi assistenziali individuali che non si trovino nella condizione precedente, con impegni di cura del familiare con una prevalenza di attività assistenziali tra quelle di livello alto.

Per le persone di cui alle seguenti lettere della classificazione nazionale di gravissima disabilità :

f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;

g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;

h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala *Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation* (LAPMER) ≤ 8 ;

può essere erogato l'assegno di cura sulla base dei criteri previsti dalla DGR 1122/02 e tenendo conto della presenza nel progetto personalizzato di eventuali interventi di assistenza domiciliare socio-assistenziale o socio-educativa o di altri servizi equivalenti, quali in particolare la frequenza del centro diurno o altri servizi educativi.

TIPOLOGIE DI ASSEGNO DI CURA

Livello A - di norma a fronte di situazioni di impegno assistenziale elevato;

Livello B - a fronte di situazioni di impegno assistenziale ridotto e nell'ambito di progetti assistenziali individualizzati che prevedano anche il ricorso ad altri servizi o interventi.

Gli importi degli assegni non possono essere modificati, ai sensi di quanto disposto dalla DGR 130/2021, in ragione della sola età anagrafica dei beneficiari, in particolare al compimento del 18° o 65° anno di età.

2) NON AUTOSUFFICIENZE GRAVI

Per gli utenti anziani o disabili adulti che non rientrano nella classificazione nazionale di gravissima disabilità ossia:

ANZIANI

Sono destinatarie dell'intervento di contribuzione le famiglie che mantengono l'anziano, residente nel territorio provinciale, certificato non autosufficiente, nel proprio contesto, garantendo allo stesso, direttamente, o avvalendosi per alcune attività dell'intervento di altre persone non appartenenti al nucleo familiare, prestazioni socioassistenziali di rilievo sanitario, nell'ambito di un complessivo programma di assistenza domiciliare, definito dall'UVG.

Alle stesse condizioni, sono altresì destinatari del contributo economico:

- le famiglie che, in attuazione delle finalità indicate dal primo comma dell'art. 13 della legge regionale n. 5/94, accolgono nel proprio ambito l'anziano solo;
- altri soggetti che con l'anziano intrattengono consolidati e verificabili rapporti di "cura", anche se non legati da vincolo familiare;
- l'anziano stesso quando sia in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita;
- l'Amministratore di Sostegno;
- gli anziani di nazionalità extracomunitaria, purché in regola con la carta di soggiorno.

L'Assegno di cura può essere concesso anche ad un anziano domiciliato fuori provincia, ma residente nel territorio ferrarese, qualora sia possibile acquisire documentazione socio-sanitaria necessaria alla formulazione del PAI, attraverso la collaborazione dei servizi che operano nel territorio del domicilio.

- livello A (livello elevato) per programmi assistenziali rivolti ad anziani che necessitano di una presenza continua nell'arco della giornata e di elevata assistenza diretta in alternativa al ricovero in struttura residenziale. Di norma tale livello viene assegnato per i PAI con impegni di cura del familiare con una prevalenza di attività assistenziali tra quelle di livello elevato per i PAI con impegni di cura rivolti a soggetti dementi con gravi disturbi comportamentali e/o cognitivi con necessita di assistenza continua;
- livello B (livello alto) per programmi assistenziali rivolti ad anziani che necessitano di una presenza continua nell'arco della giornata e di assistenza diretta di livello alto. Di norma tale livello viene assegnato per i programmi assistenziali individuali che non si trovino nella condizione precedente, con impegni di cura del familiare con una prevalenza di attività assistenziali tra quelle di livello alto;

- livello C (livello medio) per programmi assistenziali individuali che non si trovino nelle condizioni precedenti, con impegni di cura del familiare con una prevalenza di attività assistenziali di livello medio.

DISABILI

Possono essere destinatari del contributo economico:

- cittadino disabile non autosufficiente ma autonomo che pur non essendo in grado di svolgere da solo le normali attività quotidiane, è capace di autodeterminare la propria esistenza e di costruire un proprio progetto di vita;
- famiglie al cui interno vi sia un componente in situazione di handicap grave (18 – 64 anni) con compromissione delle funzioni cognitive o sensoriale o totale dipendenza fisica, che si fanno carico direttamente, oppure avvalendosi della collaborazione di persone non appartenenti al nucleo familiare, di assicurare le prestazioni necessarie al mantenimento della persona disabile stessa al proprio domicilio, in adesione ad un programma socio assistenziale personalizzato e concordato con il Responsabile del caso;
- famiglie che si rendono disponibili ad accogliere nel proprio ambito la persona disabile rimasta sola;
- altri soggetti, anche non appartenenti al nucleo familiare, che hanno verificabili e consolidati rapporti di assistenza con la persona disabile e si rendano disponibili alla convivenza presso il domicilio di quest'ultimo, oppure ad ospitarlo presso il proprio domicilio, oppure a garantire una presenza a casa del disabile in relazione alle necessità, così come sarà definito nel progetto assistenziale personalizzato.

Il contributo giornaliero è fissato in base alla normativa regionale:

- Livello A - di norma a fronte di situazioni di impegno assistenziale elevato;
- Livello B - a fronte di situazioni di impegno assistenziale ridotto e nell'ambito di progetti assistenziali individualizzati che prevedano anche il ricorso ad altri servizi o interventi.

L'Assegno di cura può essere concesso anche ad un utente domiciliato fuori provincia, ma residente nel territorio ferrarese, qualora sia possibile acquisire documentazione socio-sanitaria necessaria alla formulazione del PAI, attraverso la collaborazione dei servizi che operano nel territorio del domicilio.

3) INTERVENTI PER FAVORIRE LA EMERSIONE E REGOLARIZZAZIONE DEI RAPPORTI DI LAVORO

Allo scopo di favorire il processo di regolarizzazione delle assistenti familiari in possesso dei necessari requisiti, la Regione Emilia Romagna prevede un contributo aggiuntivo all'Assegno di cura il cui importo è stabilito dalla normativa regionale (a prescindere dal livello dell'assegno) per gli utenti che si avvalgono della collaborazione di assistenti familiari con un regolare contratto e che siano in possesso di un ISEE corrispondente ai limiti fissati dalla normativa regionale (a tale proposito si fa rinvio a quanto disposto dalla DGR 249/2015 e dal DPCM 159/2013 comma 2 art 6 che consente il riferimento all'ISEE ordinario o per nucleo ristretto).

Il contributo viene concesso previa verifica della documentazione attestante il regolare contratto e l'effettiva contribuzione previdenziale nei confronti dell'assistente familiare. Tale verifica dovrà essere rifatta ad ogni successivo rinnovo acquisendo la documentazione.

Il Responsabile del Caso valuterà la congruità degli interventi che il familiare si impegna ad assicurare congiuntamente all'impegno orario indicato nel contratto dell'assistente familiare, in relazione ai bisogni dell'utente evidenziati nel PAI.

Dovranno essere esclusi dall'applicazione di questo contributo gli apporti delle assistenti familiari inferiori alle 20 ore settimanali. Il livello di contratto deve essere:

- BS "assistenza a persona autosufficiente" badante;
- CS "assistenza a persona non autosufficiente" lavoratore non formato, badante;
- DS "assistenza a persona non autosufficiente" lavoratore formato, OSS.

Con il termine regolare contrattualizzazione ci si riferisce, ai fini del contributo aggiuntivo, sia ai contratti individuali con l'assistente familiare, sia ai rapporti con soggetti terzi che forniscono personale per l'assistenza familiare rilasciando regolare fattura.

Nel caso di contratto diretto tra l'utente o suo familiare e l'assistente familiare, la verifica della regolare contrattualizzazione avviene tramite presentazione della copia della comunicazione obbligatoria della avvenuta assunzione presentata per via telematica all'INPS dal datore di lavoro. Nel caso il rapporto di lavoro non sia tra la famiglia e l'assistente familiare ma tra la famiglia e un soggetto imprenditoriale terzo, ai fini della concessione del contributo occorre produrre:

a) copia della fattura;

b) dichiarazione della impresa che assicura il servizio, attestante:

- l'entità oraria degli interventi di assistenza e la destinazione degli stessi a favore della persona non autosufficiente beneficiaria dell'Assegno di cura;
- la regolare contrattualizzazione degli assistenti.

4) PROCEDURE PER L'ACCESSO

La concessione dell'Assegno di cura può avvenire solo in seguito ad una valutazione globale del bisogno dell'utente, della sua famiglia o chi per essa e secondo la disponibilità economica del budget distrettuale.

La presa in carico deve essere effettuata dal Servizio Sociale Territoriale competente per territorio in cui ha residenza l'utente.

L'operatore preposto alla rilevazione del bisogno assistenziale è l'Assistente Sociale del Servizio Sociale territoriale – responsabile del caso.

Il percorso di accesso alla valutazione viene attivato dall'Assistente Sociale che valuterà gli aspetti di sua pertinenza.

Sarà compito del Responsabile del caso raccogliere tutta la documentazione necessaria per la valutazione delle condizioni di bisogno.

5) DOCUMENTAZIONE

1. verbale di accertamento della condizione di disabilità grave (art. 3 co. 3 L. 104/92) SOLO PER AREA DISABILITÀ;

2. verbale di invalidità civile;

3. certificato ISEE aggiornato, per la valutazione del rispetto del limite di reddito.

Il nucleo di riferimento, per le prestazioni socio sanitarie (assegni di cura), è quello previsto dal co. 2 dell'art. 6 del DPCM n. 159/2013, se non diversamente scelto dal beneficiario che ha facoltà di optare per il riferimento al nucleo standard previsto dall'art. 3 dello stesso DPCM n. 159/2013;

4. documentazione sanitaria se già in possesso;

5. eventuale contratto di lavoro assistente familiare o copia del cedolino attestante i contributi versati.

6) PERCORSO

Il Responsabile del caso, in una prima fase di conoscenza:

A) condivide con l'utente e/o la famiglia una proposta di intervento assistenziale verificando la possibilità del mantenimento nel proprio contesto abitativo;

B) verifica l'effettiva disponibilità del referente socio assistenziale ad assicurare le attività socio-sanitarie necessarie;

C) attiva la UVM/UVG/équipe 2068 per la valutazione multidimensionale e l'elaborazione del Programma Assistenziale Individualizzato (PAI).

UVM/UVG/équipe 2068 valuta:

- documentazione sanitaria recente;
- a campione ISEE aggiornato e contratto di lavoro badante.

Predisporre:

- schede di valutazione socio-sanitarie (B.I.N.A. /scheda RER disabili /Barthel);
- PAI.

UVM/UVG/équipe 2068 si attiene ai criteri sopra definiti per la determinazione della proposta di entità del contributo, tenendo conto anche:

- della frequenza delle attività assistenziali;

- del relativo impegno temporale e della sua distribuzione nell'arco della giornata;
- della incidenza degli impegni di cura derivanti da condizioni sanitarie complesse;
- della possibilità di specifiche valutazioni finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo del mantenimento dell'utente nel proprio contesto e del suo benessere.

Solo per area anziani, se l'utente è titolare d'Indennità d'Accompagnamento o indennità analoga erogata da INPS o INAIL o da altri, il contributo economico è ridotto, dalla data di concessione della stessa in modo proporzionale secondo le indicazioni della deliberazione di Giunta Regionale. L'utente avrà l'obbligo di comunicare al responsabile del caso il riconoscimento dell'Indennità di accompagnamento ai fini del recupero. A cura dell'ufficio amministrativo dovrà essere effettuata altresì la verifica del riconoscimento dell'Indennità di Accompagnamento presso il Servizio di Medicina Legale.

Gli eventuali recuperi devono essere attuati con riferimento al solo periodo di erogazione dell'Assegno di cura nei mesi successivi all'avvenuta concessione o, in via cautelativa, dalla data di verifica presso il servizio di medicina legale.

Non possono essere concessi Assegni di cura di livello C area anziani a soggetti che percepiscono l'Indennità di Accompagnamento.

In caso di riconoscimento dell'Indennità di Accompagnamento dalla data di decorrenza della stessa, l'Assegno di Cura di tipo C, sarà sospeso e si procederà al recupero dell'intera somma corrisposta, comprensiva dell'eventuale integrazione del contributo aggiuntivo, citato al punto 3), con possibilità di rateizzazione in accordo con i regolamenti interni in materia di recupero crediti.

7) PERCORSO ASSEGNI DI CURA MINORI

Il servizio Sociale e/o la UO NPIA territoriale, individuano fra gli utenti di loro competenza, i soggetti che potrebbero avere le caratteristiche per accedere al percorso sostenuto dal FNA e dopo aver verificato l'esistenza del requisito fondamentale della presenza dell'Indennità di Accompagnamento (IDA), definiscono in corso di ETI Disabili il percorso comune che conduce alla definizione di PAI.

Il Responsabile del budget FNA (delegato dal DASS) e il NPI recettore competente effettuano la valutazione dei criteri di appropriatezza clinica e definiscono la fascia economica dell'Assegno di cura, all'interno di incontri periodici programmati (almeno trimestrali).

Effettuata la valutazione, l'informativa, che l'utente è in possesso dei requisiti per accedere al percorso, viene restituita ai seguenti destinatari:

- al Responsabile dell'ETI disabili distrettuali
- ai referenti UONPIA;
- ai referenti del Servizio Sociale coinvolti nel caso;
- al referente amministrativo DASS.

I PAI sottoscritti vengono inviati tramite Cloud dal referente amministrativo DASS ai SST competenti.

8) CRITERI DI PRIORITA'

Al fine di garantire equità nell'accesso e/o rinnovo all'Assegno di cura in rapporto alle risorse disponibili previste dalla programmazione annuale delle risorse per la Non Autosufficienza, e per non penalizzare soprattutto coloro i quali presentino le condizioni di maggiore svantaggio, si indicano qui di seguito i criteri di riferimento:

AREA ANZIANI

- Assenza di sostegno familiare adeguato;
- Assenza di Indennità d'Accompagnamento;
- Necessita di più risposte assistenziali (ovvero compresenza di servizi assistenziali e sanitari pubblici e/o privati).

In caso di necessità di contenimento della spesa, utilizzando i parametri sopra elencati si potrà definire una lista di attesa sulla base dei seguenti criteri:

1. Emergenza sociale
2. Oncologico
3. Livello Assegno di Cura
4. Punteggio BINA
5. Data richiesta

AREA DISABILI

- Interventi a favore di disabili adulti in condizione di gravità, per i quali i servizi sociali del territorio non abbiano ancora predisposto alcun progetto di assistenza individualizzato o che usufruiscono al minimo delle altre opportunità della rete dei servizi disponibili sul territorio;
- Nuclei familiari in cui siano presenti più persone in situazione di handicap;
- Persone disabili che vivono sole, autonome ma non autosufficienti;
- Nuclei familiari composti da adulti disabili gravi e genitori anziani;

In caso di necessità di contenimento della spesa, utilizzando i parametri sopra elencati si potrà definire una lista di attesa sulla base dei seguenti criteri:

1. Emergenza sociale;
2. Assenza o fragilità della rete;
3. Livello di gravità del disabile (ADL IADL).

9) CONTENUTI DEL CONTRATTO

Nell'accordo debbono essere indicati:

- il programma assistenziale personalizzato e gli obiettivi da perseguire;
- le attività assistenziali che la famiglia e/o il care giver si impegnano ad assicurare;
- la decorrenza e il termine dell'efficacia del contratto/accordo;
- le modalità della verifica;
- l'entità del contributo;
- le modalità di erogazione;
- gli altri impegni da parte del referente del contratto.

Tra questi impegni vanno esplicitati in particolare quelli relativi alla tempestiva comunicazione:

- della eventuale corresponsione dell'Indennità di Accompagnamento ed al conseguente impegno a restituire eventuali somme indebitamente percepite;
- di eventuali significative variazioni del reddito familiare di riferimento;
- di eventuale ingresso in struttura a carattere residenziale, comprese le case famiglia anche temporaneamente;
- del decesso dell'utente.

Inoltre nel caso il piano di assistenza venga assicurato anche mediante il ricorso ad assistenti familiari nel contratto/accordo, il referente del contratto si impegna :

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

Nel caso di richiesta di contributo di cui al punto 3) del presente regolamento, il richiedente dovrà produrre la documentazione attestante il regolare contratto e l'effettiva contribuzione previdenziale nei confronti dell'assistente familiare.

Il referente del contratto deve assicurare ogni richiesta di verifica da parte del Responsabile del Caso, se necessario verrà attivata una rivalutazione complessiva del caso ed una riformulazione del programma assistenziale personalizzato da parte dell'UVG/UVM/équipe 2068.

I firmatari del contratto/accordo saranno i componenti dell'UVG/UVM/équipe 2068, la persona che si assume la responsabilità dell'assistenza e l'Assistente Sociale Responsabile del Caso.

DURATA DEL CONTRATTO

L'accordo ha una durata di norma pari a sei mesi o, comunque, per situazioni tendenzialmente stabilizzate, non superiore ai 12 mesi.

In caso di situazioni di particolare complessità sociosanitaria evidenziate dai BINAH più elevati (tra cui gli assegni cura di tipo A) o di eccezionale fragilità sociale (totale assenza o grave fragilità sociosanitaria del familiare/caregiver) connessa al severo rischio di istituzionalizzazione dell'anziano, l'accordo può essere rinnovato o prorogato più volte come specificato nell'articolo successivo.

10) VERIFICHE

Durante il periodo del contratto/accordo è necessario verificare la situazione, tenendo conto dei risultati ottenuti, anche in termini di sostegno e benessere del nucleo familiare.

Anche per gli assegni di durata sino a 12 mesi le verifiche devono essere effettuate semestralmente; in caso di esito negativo della verifica dovrà essere data comunicazione scritta e motivata all'interessato entro il termine di 15 giorni circa la cessazione del contratto.

La verifica è a cura del Responsabile del Caso e viene svolta al domicilio dell'utente.

Se non sono intervenuti mutamenti sostanziali, l'Assegno di cura è strumento adeguato a sostenere il lavoro assistenziale e di cura; il rinnovo o più rinnovi potranno avere durata di 6 o 12 mesi, compatibilmente con le risorse disponibili.

SOSPENSIONI

E' prevista, previo accertamento, la sospensione temporanea del contratto nelle seguenti evenienze:

- per gli inserimenti temporanei in strutture residenziali, ricoveri di Sollievo.

Non si prevedono sospensioni a fronte di ricovero ospedaliero di durata di 30 giorni o periodi più lunghi se il ricovero comporta un appesantimento del lavoro di cura.

REVOCHE

E' prevista, previo accertamento, la revoca del contratto per:

- Inserimento stabile in struttura protetta;
- Inadempienza contrattuale da parte del soggetto che si è assunto la responsabilità dell'accordo;
- Superamento dei limiti ISEE ove necessari;
- Mancata presentazione della documentazione ISEE ove richiesta.

11) PERCORSO AMMINISTRATIVO

In seguito alla valutazione positiva dal parte dell'UVG/UVM/équipe 2068 in GARSIA l'operatore amministrativo elabora la parte di propria competenza e predispone il contratto sul programma GARSIA e lo invia, per la sottoscrizione alla RC, già sottoscritto dall'UVG/UVM/Equipe 2068, che raccoglie la firma del caregiver.

Il contratto/accordo una volta sottoscritto da tutte le parti viene restituito all'Ufficio Amministrativo che avvia le procedure di pagamento.

Il pagamento avviene con cadenza bimestrale entro il 30 del mese successivo al bimestre di riferimento. Entro tale data si procederà alla pubblicazione dei pagamenti da effettuare sul sito aziendale – Amministrazione trasparente - Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici - Atti di concessione - Art. 26, c. 2 - Art. 27, i dati personali saranno resi anonimi.

I pagamenti saranno approvati e liquidati in modalità semplificata ai sensi di quanto previsto dal provvedimento della Direzione Generale in materia di deleghe.

Ai fini del rispetto di quanto previsto in materia di osservanza dei tempi procedurali stabiliti dal decreto L.gs. 33/2012, i contratti/accordi di nuova attivazione e/o i rinnovi dovranno pervenire agli uffici amministrativi entro il termine perentorio fissato nell'ultimo giorno di ogni bimestre.

Il Responsabile del Caso potrà visualizzare la corresponsione dell'A.C. e la conclusione dell'iter amministrativo, sul programma GARSIA.

Nei casi ove, per sostenere il progetto, si rendesse necessario il rinnovo, il Responsabile del Caso provvederà all'aggiornamento della pratica in Garsia e controllo dell'ISEE.

CONTABILIZZAZIONE DEGLI ASSEGNI DI CURA

L'Ufficio amministrativo effettua i conteggi per la definizione degli importi dovuti; nel caso in cui vi sia stata verifica con esito positivo per l'Indennità di Accompagnamento, si provvede al recupero delle somme erogate in eccedenza, così come previsto dalla normativa regionale, predisponendo una comunicazione per l'utente.

Provvede altresì all'invio al bilancio delle informazioni relative ai dati anagrafici del referente, codici bancari, importi dell'assegno e nominativo dell'utente, mediante supporto informatico, al Servizio Bilanci, con la richiesta di emissione di mandato di pagamento.

L'A.C. avrà decorrenza dal primo giorno del mese successivo alla firma del contratto/accordo.

ELEABORAZIONE DATI STATISTICI

I dati statistici relativi all'erogazione degli assegni di cura sono rilevati tramite il flusso regionale SMAC.

12) RICHIESTE NON ACCOLTE

Nel caso in cui l'UVG/UVM/équipe 2068 esprima una valutazione negativa rispetto all'opportunità dell'erogazione dell'A.C. in relazione "alle finalità proprie dell'assegno stesso", ne dovrà dare comunicazione motivata all'Assistente Sociale che ha effettuato la prima valutazione del bisogno entro il termine di 15 giorni che provvederà a comunicarlo all'utente precisandogli che potrà presentare ricorso motivato al Direttore U.O. Assistenza Anziani e Disabili, entro 15 giorni dalla comunicazione, anche tramite e-mail indirizzata alla UVG/UVM/équipe 2068.

Gli interessati potranno avere successivamente, in presenza di aggravamento della situazione socio-sanitaria o di modifiche della stessa, una nuova valutazione dello stato di bisogno.

13) Applicazione normativa Privacy

I dati personali e sensibili forniti dall'interessato, saranno trattati nel pieno rispetto delle vigenti norme e secondo le indicazioni contenute nella deliberazione del Direttore Generale dell'AZIENDA USL DI FERRARA n. 44 del 28/02/2020 ad oggetto: "ADOZIONE DEL DOCUMENTO: "REGOLAMENTO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI NELL'AZIENDA USL DI FERRARA (REGOLAMENTO UE 2016/679 E D.LGS. 30.06.2003 N.196) E REVOCA DELLA PROPRIA PRECEDENTE DELIBERAZIONE N. 253 DEL 28.12.2018". e nella Deliberazione 243 del 20/09/2022 ad oggetto: "AGGIORNAMENTO DEL "REGOLAMENTO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DELL'AZIENDA USL DI FERRARA" e Delibera 243 del 20/09/2022.

Allegato A

CRITERI PER DETERMINARE IL PUNTEGGIO AGGIUNTIVO DEGLI UTENTI IN LISTA DI ATTESA PER ASSEGNO DI CURA ANZIANI

Si premette che la durata degli assegni di cura deve essere, di norma, di 6 mesi rinnovabile fino a 12 mesi. Tuttavia eccezionalmente vi possono essere casi in cui la RdC valuti la possibilità di rinnovo ulteriore, si specifica che le situazioni di questi utenti dovrebbero ricalcare le condizioni rappresentate dalle deroghe per inserimenti in CRA, precisate nei regolamenti dei SST.

Si attribuiscono i seguenti punteggi:

1) Punteggio rispetto allo storico dell'intervento:

0 Cessato fino ad un anno prima

50 – Cessato fino a due anni prima

100 - Cessato fino a tre anni prima

150 - Cessato fino a quattro anni prima o mai avuto

2) Punteggio rispetto alla presenza nella lista di attesa

da 10 per ogni mese di presenza nella lista di attesa fino ad un massimo di un anno, ossia fino ad un massimo di 120 punti.

I punteggi così attribuiti saranno aggiornati ad ogni eventuale rinnovo.