

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visto l'articolo 51 della Legge regionale 23 dicembre 2004, n.27 (Legge finanziaria regionale) che istituisce il Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA);

Richiamata la propria Deliberazione n.509 del 16 aprile 2007 recante "Fondo regionale per la non autosufficienza. Programma per l'avvio nel 2007 e per lo sviluppo nel triennio 2007 - 2009", con la quale:

- a. è stato avviato nel corrente esercizio 2007 il Fondo regionale per la non autosufficienza, istituito dall'articolo 51 della Legge regionale 23 dicembre 2004, n. 27;
- b. è stato definito in 311 milioni di euro l'impegno finanziario complessivo della Regione Emilia-Romagna per il 2007 in ragione di 211 milioni di euro quale consolidamento per il 2007 del livello delle risorse derivanti dal Fondo sanitario regionale nella misura già destinata da questa Giunta per il 2006 e di 100 milioni di euro quali risorse aggiuntive per il 2007 del bilancio regionale;
- c. sono stati stabiliti i servizi a carico del FRNA per la fase di avvio del medesimo, in attesa della approvazione del Piano sociale e sanitario;
- d. è stata accantonata, rispetto alla complessiva disponibilità di 311 milioni di euro, la somma di 15 milioni, riservandosi di valutarne più compiutamente la destinazione ad ulteriori interventi, quali:
 - 1) interventi di sostegno a favore di minori in condizioni di gravissima disabilità;
 - 2) interventi di accoglienza residenziale per adulti in condizione di gravissima disabilità acquisita;
 - 3) sviluppo degli interventi socio-riabilitativi per disabili;
 - 4) omogeneizzazione degli interventi socio-sanitari a bassa intensità assistenziale in relazione a quanto previsto dal DPCM 14/02/2001 e dal DPCM 29/11/2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza per i pazienti psichiatrici;
- e. sono state pertanto ripartite risorse, pari a 296.269.856 euro, tra le Aziende sanitarie locali sulla base della distribuzione della popolazione residente ultra-settantacinquenne, con eccezione della quota destinata all'assegno di cura per le gravissime disabilità acquisite, ripartita sulla base della frequenza dei casi;

f. è stato acquisito il documento "Programma per l'avvio nel 2007 del Fondo regionale per la non autosufficienza e per lo sviluppo nel triennio 2007-2009", approvato dalla Cabina di regia regionale per le politiche sociali e sanitarie di cui alla deliberazione di questa Giunta n. 2187/2005, con il quale sono stati definiti il sistema di governo del FRNA, le modalità di riparto delle risorse da applicarsi nella fase di avvio e gli impegni reciproci - Regione ed Enti Locali;

Richiamata in particolare la lettera l) del dispositivo della citata Deliberazione n.509/2007 con la quale è stato previsto di definire successivi e specifici atti di indirizzo regionale in merito:

1. alle modalità di tenuta della "contabilità separata", nell'ambito del bilancio delle Aziende USL, alla rendicontazione del FRNA e ai rapporti di natura amministrativa tra nuovo Ufficio di Piano e Azienda USL;
2. all'assistenza domiciliare, rispetto alla quale nel corso del 2007 è prevista la ridefinizione dei criteri del grado di complessità per ottenere il riconoscimento degli oneri, congiuntamente ad una ridefinizione del sostegno dei piani individualizzati;
3. all'emersione, regolarizzazione e qualificazione del lavoro delle assistenti familiari;
4. ai programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione per gli anziani fragili;
5. all'adozione di criteri e standard per garantire equità ed omogeneità in tutto il territorio regionale per l'utilizzo di fondi per contributi per l'adattamento domestico;

Preso atto che, così come previsto con la D.G.R. n. 509/07, la definizione dei documenti sopra indicati è stata effettuata entro il 30 giugno e che è stata effettuata un'elaborazione condivisa con gli Enti Locali ed è stata garantita una condivisione con le forze sociali;

Richiamata l'urgenza di provvedere ad approvare le linee di indirizzo regionale allegate al fine di consentire alla programmazione locale di dare attuazione alle attività innovative come previsto al punto m) del dispositivo della propria Deliberazione 509/2007, dal momento che le indicazioni condivise a livello regionale di cui al presente provvedimento costituiscono indirizzo omogeneo e vincolante per la realizzazione delle attività e degli interventi innovativi del Fondo regionale per la non autosufficienza;

Richiamate altresì le proprie Deliberazioni:

- n.2068 del 18 ottobre 2004 "Il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per

persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta. Prime indicazioni" che prevede interventi di carattere residenziale e l'erogazione di un assegno di cura che sono stati inseriti tra gli interventi finanziati con il FRNA;

- n. 1004 del 2/7/2007 "Attuazione d.a.l. n. 91/2006 e d.g.r. 1791/2006: individuazione delle azioni e dei criteri di riparto per realizzare gli obiettivi del programma finalizzato per la promozione e sviluppo degli uffici di piano";

Preso atto che:

- è stata svolta l'analisi relativa alla distribuzione dei casi che rientrano nei criteri per l'accoglienza in residenza delle persone con gravissima disabilità acquisita secondo quanto previsto dalla Deliberazione G.R. n. 2068/2004 (vedi Allegato 6);
- sono stati definiti i criteri per inserire nel Fondo regionale per la non autosufficienza anche l'assistenza residenziale prevista dalla Deliberazione G.R. n. 2068/2004, come meglio precisato nell'Allegato 6;
- si rende pertanto possibile ripartire alle Aziende USL, sulla base dei criteri indicati nell'Allegato 6 parte integrante della presente deliberazione, la quota parte pari a 7.888.320 euro dei 15 milioni di euro che erano stati provvisoriamente accantonati anche in attesa della definizione di successive indicazioni tra le quali anche quelle di cui al precedente alinea riguardanti la residenzialità D.G.R. n. 2068/04;

Dato atto che l'elaborazione degli allegati è stata frutto di un intenso lavoro congiunto all'interno del Gruppo tecnico della Cabina di Regia regionale per le politiche sociali e sanitarie di cui alla Deliberazione di questa Giunta n. 2817/2005;

Dato atto del parere positivo espresso nella seduta del 20 luglio 2007 dalla Cabina di Regia regionale per le politiche sociali e sanitarie di cui alla Deliberazione di questa Giunta 2817/2005 sui documenti citati in premessa ed approvati con il presente atto;

Dato altresì atto del confronto avvenuto con le Organizzazioni sindacali e della cooperazione sociale;

Ritenuto pertanto di dover provvedere ad approvare le allegate linee di indirizzo, in attuazione di quanto previsto dalla propria deliberazione n. 509/2007:

- a. "Indirizzi e criteri di gestione e rendicontazione del Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA)";
- b. Ridefinizione degli incentivi per il mantenimento a domicilio, comprensivi dell'accoglienza temporanea di sollievo, come dettagliatamente indicato nell'allegato 2 "Modifiche ed integrazioni alla deliberazione della Giunta Regionale n. 1378/1999 e successive modificazioni ed integrazioni";
- c. "Linee di indirizzo per favorire la qualificazione e la regolarizzazione del lavoro di cura delle assistenti familiari nell'ambito delle azioni e degli interventi del FRNA";
- d. "Linee per la definizione di programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione per i soggetti fragili";
- e. "Contributi del fondo regionale per la non autosufficienza finalizzati ad interventi di adattamento dell'ambiente domestico";
- f. "Criteri per il finanziamento dell'assistenza residenziale delle persone con gravissima disabilità acquisite e l'assegnazione delle relative risorse;

Dato atto, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della propria deliberazione n. 450/07 del parere di regolarità amministrativa espresso dal Direttore Generale alla Sanità e Politiche sociali Dott. Leonida Grisendi;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute Giovanni Bissoni e dell'Assessore Politiche sociali ed Educative, Immigrazione, Volontariato, Associazionismo e Terzo Settore Anna Maria Dapporto;

A voti unanimi e palesi

D e l i b e r a

- a. di approvare il documento di cui all'Allegato 1, parte sostanziale ed integrante della presente deliberazione, "Indirizzi e criteri di gestione e rendicontazione del Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA)";
- b. di modificare la propria deliberazione n. 1378/1999 e successive modificazioni come dettagliatamente previsto nell'Allegato 2, parte integrante e sostanziale del presente atto, dando atto che in tal modo è assicurata la ridefinizione degli incentivi per il mantenimento a domicilio comprensivi dell'accoglienza temporanea di sollievo;
- c. di stabilire che, poichè le modifiche introdotte con il presente atto alla propria deliberazione n. 1378/1999 richiedono un profondo mutamento nell'organizzazione della

rete territoriale e necessitano di un adeguato periodo di transizione, a livello di ambito distrettuale, sulla base dell'istruttoria dell'Ufficio di Piano, il Comitato di distretto in accordo con il Direttore di Distretto definisce il percorso di recepimento delle innovazioni previste al precedente punto b) del presente atto, dando atto del rispetto dei requisiti e delle indicazioni previste nel presente provvedimento e della effettiva operatività del programma di dimissioni protette distrettuale, condizione indispensabile per lo sviluppo delle azioni e degli interventi di sostegno al domicilio e l'utilizzo del FRNA;

- d. di stabilire che il percorso di cui al precedente punto c) potrà anche essere graduale e progressivo per i servizi e gli interventi previsti, conservando comunque la definizione dell'ambito distrettuale come ambito vincolante anche nella gradualità e progressività e che tale definizione dovrà avvenire entro il termine di approvazione del Piano attuativo del "Piano sociale di zona per la salute e il benessere sociale" 2008 e dovrà comunque prevedere il completamento del percorso entro 12 mesi dalla data di pubblicazione della presente deliberazione. Per consentire il necessario monitoraggio, copia del percorso di recepimento approvato dal Comitato di distretto e dal Direttore di Distretto è trasmessa all'Ufficio di supporto della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria ed alla Regione;
- e. di stabilire che sino alla data di approvazione del percorso di recepimento di cui al comma precedente da parte del Comitato di distretto e del Direttore di distretto per quanto riguarda le modifiche introdotte al punto b) del presente atto, si applicano le modalità previste dalla normativa regionale vigente;
- f. di modificare la propria deliberazione n. 1377/1999 e successive modifiche ed integrazioni prevedendo in via sperimentale per i beneficiari dell'Assegno di Cura in possesso degli ulteriori seguenti requisiti:
-) utilizzazione per il lavoro di cura di assistenti familiari con regolare contratto;
 -) condizione economico reddituale valutata in base all'ISEE estratto del solo beneficiario non superiore a 10.000 €;
- la concessione un contributo economico mensile supplementare pari a 160 €. Tale contributo non è rapportato al livello di intensità assistenziale e viene concesso dietro attestazione della regolare contrattualizzazione del rapporto di lavoro con l'assistente familiare e verifica della condizione economico reddituale;

- g. di prevedere che entro 60 giorni dalla data di pubblicazione della presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale Regionale in ogni ambito distrettuale siano predisposti gli strumenti e le forme organizzative necessarie per implementare e dare attuazione alla modifica della propria Deliberazione n. 1377/1999 di cui al precedente punto f);
- h. di approvare il documento di cui all'Allegato n.3, parte sostanziale ed integrante della presente deliberazione, "Linee di indirizzo per favorire la qualificazione e la regolarizzazione del lavoro di cura delle assistenti familiari nell'ambito delle azioni e degli interventi del FRNA";
- i. di approvare il documento di cui all'Allegato n.4, parte sostanziale ed integrante della presente deliberazione, "Linee per la definizione di programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione per i soggetti fragili", programmi che dovranno essere inseriti, a partire dal 2008, nell'ambito del "Piano sociale di zona per la salute e il benessere sociale" prevedendo dal 2008 per la realizzazione degli stessi, risorse pari ad almeno il 2% dell'assegnazione complessiva regionale del FRNA su base distrettuale;
- j. di approvare il documento di cui all'Allegato n.5, parte sostanziale ed integrante della presente deliberazione, "Contributi del fondo regionale per la non autosufficienza finalizzati ad interventi di adattamento dell'ambiente domestico", parte integrante della presente deliberazione prevedendo che entro il 1.1.2008 dovranno essere messe in atto tutte le azioni organizzative e gli accordi tra i servizi coinvolti, necessari a rendere operativo il percorso di finanziamento degli interventi di adattamento dell'ambiente domestico mediante il FRNA;
- k. di approvare i criteri per il finanziamento dell'assistenza residenziale delle persone con gravissima disabilità acquisite e l'assegnazione delle relative risorse, contenuti nell'Allegato n.6, "*Criteri per il finanziamento dell'assistenza residenziale per gravissime disabilità acquisite (DGR 2068/2004)*", definiti sulla base dell'analisi riguardante il censimento del fabbisogno di soluzioni residenziali e le relative stime dei costi;
- l. di dare atto dell'ampio confronto avvenuto su tali documenti con le Parti istituzionali interessate e con le Organizzazioni sindacali;
- m. di dare atto che il termine per la completa implementazione degli indirizzi condivisi a livello regionale approvati con il presente provvedimento è indicato specificatamente in

ognuno dei documenti allegati e che i Comitati di Distretto insieme ai Direttori di Distretto sono tenuti a rispettare tali termini;

- n. nelle more dell'approvazione del Piano sociale e sanitario, di ripartire tra le Aziende Sanitarie locali sulla base delle frequenza dei casi la somma di 7.888.320 euro, così come rappresentato nella Tavola 1, allegato parte integrante del presente provvedimento, somma destinata a finanziare per l'anno 2007 la quota parte a carico del FRNA della assistenza residenziale per le gravissime disabilità acquisite (D.G.R. n.2068/2004) secondo i criteri indicati nell'Allegato 6;
- o. di pubblicare il presente provvedimento, completo di tutti gli allegati, nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

- - -

TAVOLA 1

ASSEGNAZIONE ALLE AUSL QUOTA FRNA (45%) ANNO 2007 PER ASSISTENZA RESIDENZIALE PER GRAVISSIME DISABILITA' ACQUISITE DELIBERAZIONE GR 2068/2004

AUSL	Casi già in carico	Nuovi casi previsti nel corso del 2007	Assegnazione 2007 FRNA (euro)
Piacenza	16	13	555.120
Parma	37	3	991.440
Reggio Emilia	26	5	727.920
Modena	32	9	926.640
Bologna	43	4	1.157.760
Imola	4	1	114.480
Ferrara	19	8	578.880
Ravenna	20	5	572.400
Forlì	20	3	550.800
Cesena	35	1	918.000
Rimini	29	4	794.880
TOTALE	281	56	7.888.320

Allegato 1

Indirizzi e criteri di gestione e rendicontazione del Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA)

La L.R. 27/2004 all'art. 51 prevede l'istituzione di un Fondo regionale per la non autosufficienza e stabilisce che il Fondo ha contabilità separata e destinazione vincolata nell'ambito del Bilancio delle Aziende USL e demanda all'Ufficio di piano, costituito congiuntamente dai Comuni dell'ambito distrettuale e dall'Azienda USL, l'elaborazione annuale del piano delle attività per la non autosufficienza.

I successivi documenti di programmazione regionale ed in particolare il Programma per l'avvio del Fondo regionale per la non autosufficienza e per lo sviluppo nel triennio 2007-2009, approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 509 del 16/4/2007 (di seguito indicato come Programma), ridisegnano le funzioni di programmazione, governo e gestione del FRNA e arricchiscono ulteriormente i compiti dell'Ufficio di Piano.

Più precisamente 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 delle risorse del FRNA". 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 FRNA ha contabilità separata nel bilancio dell'AUSL 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 FRNA da parte dell'AUSL e dei rapporti amministrativi tra Nuovo ufficio di piano e AUSL, 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 FRNA.

Con il presente atto di indirizzo sono pertanto definiti:

1. la funzione amministrativa tecnico-contabile e gestionale del FRNA ed i rapporti amministrativi tra Nuovo ufficio di piano e AUSL
2. le modalità della contabilità separata
3. Monitoraggio dell'esercizio delle funzioni amministrative di gestione del FRNA

- 1. La funzione amministrativa tecnico-contabile e gestionale del FRNA ed i rapporti amministrativi tra Nuovo ufficio di piano e AUSL.**

Ai fini del presente documento non si riprendono le funzioni e i ruoli definiti dal Programma in capo alla Conferenza sociale e sanitaria territoriale e al Comitato di Distretto in ordine alla programmazione e al monitoraggio del FRNA, se non per rimarcare la

finalità di assicurare equità di accesso alla rete dei servizi e lo sviluppo equilibrato della rete dei servizi in termini di ampliamento e qualificazione, in quanto le modalità di gestione devono essere esse stesse orientate al perseguimento di dette finalità. In tale senso anche nella gestione del FRNA si intendono valorizzare funzioni volte a realizzare omogeneità dei criteri di accesso ai servizi ed alle opportunità della rete, l'individuazione di contenuti e livelli qualitativi omogenei per tipologia di servizio/intervento, l'equità sotto il profilo economico a parità di servizi. In questo senso i Nuovi uffici di piano possono garantire un adeguato esercizio delle funzioni ed allo stesso tempo si evidenzia la necessità di valorizzare gli Uffici di supporto delle Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie, strumenti tecnici di coordinamento ed a supporto alla Conferenza, anche utilizzando competenze tecniche presenti nelle Aziende USL.

Per quanto riguarda il funzionamento dei Uffici di Piano si rimanda ai requisiti essenziali sul piano istituzionale ed organizzativo previsti dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 1004 del 2007, che qui si intendono integralmente richiamati.

La Convenzione tra Comune capofila, o altro soggetto come individuato dalla citata Deliberazione, e AUSL dovrà oltre che indicare le risorse finanziarie e le figure professionali specifiche necessarie all'attività del Nuovo Ufficio di Piano, anche regolare ed organizzare l'esercizio delle funzioni in ordine all'utilizzo delle risorse, al monitoraggio e alla verifica in itinere dei risultati del Piano annuale per la non autosufficienza e dell'equilibrio del FRNA, anche garantendo l'obiettivo di ricostruzione "allargata" di tutti gli interventi a favore della non autosufficienza realizzati in ogni territorio come indicato nell'allegato alla deliberazione G.R. n. 509/2007.

Inoltre nella convenzione di cui sopra o con atto integrativo della stessa, se già approvata, vengono definite le modalità dell'esercizio delle funzioni amministrative tecnico contabili della gestione del FRNA; tali funzioni possono essere assegnate:

- a) al Comune Capofila,
- b) all'Azienda USL:
- c) alla forma associativa costituita tra i Comuni tra quelle disciplinate dal T.U.E.L. e dalla L.R. 11/2001 e successive modifiche (L.R. 6/2004);
- d) al Comune, nel caso di coincidenza del territorio del distretto con quello di un unico Comune.

In ogni caso deve essere assicurata una contabilità economica ed analitica dell'utilizzo del FRNA che consenta il rispetto delle modalità e dei tempi degli obblighi informativi delle AUSL verso la Regione e verso lo Stato.

Vengono altresì definite le modalità di gestione dei flussi informativi tra soggetto individuato come responsabile delle funzioni amministrative tecnico-contabili e l'Ufficio di Piano, al fine di garantire le informazioni necessarie a monitorare gli

interventi e le attività del Piano annuale per la non autosufficienza, nella prospettiva di una ricostruzione "allargata", come indicato nella Deliberazione G.R. n. 509/2007.

La definizione delle modalità amministrative della gestione del FRNA, nel rispetto delle previsioni del Programma soprattutto con riferimento all'esercizio integrato delle funzioni tra Comuni e AUSL per il tramite dell'Ufficio di piano, si orienta e garantisce il rispetto di alcuni principi e criteri che devono guidare anche le scelte gestionali demandate agli ambiti distrettuali:

- Ø chiarezza e certezza delle responsabilità in ordine all'utilizzo delle risorse economiche, alla relativa rendicontazione ed agli adempimenti di natura amministrativa e contabile;
- Ø l'integrazione della gestione amministrativa del FRNA con le funzioni amministrative dell'Azienda USL per l'erogazione dell'assistenza sanitaria, farmaceutica e riabilitativa a favore dei cittadini cui sono rivolti gli interventi del FRNA;
- Ø semplicità e non ridondanza delle strutture e dei percorsi amministrativi per la gestione delle risorse del FRNA;
- Ø gestione unitaria ed integrata delle risorse del FRNA con le risorse assegnate dal Fondo sociale regionale con la partecipazione dei Comuni per l'attuazione in forma associata dei Programmi finalizzati;
- Ø unitarietà a livello aziendale delle modalità di gestione del FRNA per consentire equità nella gestione, il monitoraggio coordinato sull'utilizzo delle risorse anche ai fini del rispetto degli obblighi dell'AUSL nei confronti della Regione;
- Ø garanzia dell'effettuazione del monitoraggio sull'utilizzo delle risorse del FRNA in corso d'esercizio ed a conclusione dell'esercizio per assicurare il pieno ed efficace impiego del FRNA, la necessaria flessibilità ed adeguamento della programmazione in corso d'anno;
- Ø tempestività e certezza della rendicontazione anche a fini contabili per consentire all'Azienda USL, se la gestione del FRNA avviene da parte di altro soggetto, di assolvere ai propri obblighi informativi verso la Regione e verso lo Stato entro i termini stabiliti.

La gestione del FRNA sotto il profilo amministrativo-contabile riguarda:

- Ø la predisposizione, l'approvazione e la stipula delle convenzioni (e in prospettiva degli accordi di fornitura) con i soggetti gestori delle strutture diurne o residenziali e con i soggetti gestori dell'assistenza domiciliare, e gli adempimenti di attuazione delle convenzioni (compreso l'accertamento dello svolgimento delle attività, la liquidazione delle fatture ed il relativo pagamento);

- Ø la liquidazione e l'erogazione degli assegni di cura;
- Ø l'organizzazione e/o il finanziamento delle iniziative che possono essere supportate dal FRNA, a questo proposito si veda l'elencazione contenuta nel Programma, e l'adozione dei relativi atti amministrativi, (compresi i rapporti dal punto di vista amministrativo-contabile con i diversi soggetti, l'accertamento dello svolgimento delle attività, la liquidazione delle fatture ed il relativo pagamento);
- Ø l'acquisizione di beni e servizi, cioè l'attività contrattuale in generale nel rispetto della vigente normativa, strumentali o di supporto alla realizzazione degli interventi e delle attività supportate dal FRNA (compresi i rapporti con i fornitori, l'accertamento dello svolgimento delle attività, la liquidazione delle fatture ed il relativo pagamento).

In attesa di indicazioni più precise del Piano Regionale Sociale e Sanitario per quanto riguarda l'accesso alla rete dei servizi e l'accertamento delle condizioni di eleggibilità, deve essere assicurata una valutazione unitaria multidimensionale e multiprofessionale, utilizzando per l'area anziani le competenze del Servizio di assistenza anziani (SAA), già definite negli accordi di programma stipulati fra Comuni e Azienda USL, per l'area disabili il Servizio territoriale per disabili e l'equipe multiprofessionale interprofessionale distrettuale prevista dalla Deliberazione di G.R. n. 2068/2004.

Nella individuazione delle modalità di gestione del FRNA è necessario poi tenere conto della responsabilità amministrativa e contabile in capo al soggetto cui sono assegnate le risorse, cioè le Aziende USL ed i loro organi di amministrazione (Direttore generale) e controllo (Collegio sindacale), oltre che degli obblighi verso altri soggetti in ordine all'utilizzo del Fondo sanitario regionale (rendicontazione alla Regione e obblighi informativi verso il Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e delle Finanze).

Nel rispetto di tali previsioni le concrete modalità di gestione del FRNA dovranno essere individuate in ambito distrettuale in un quadro coordinato dalla Conferenza sociale e sanitaria territoriale tenendo conto delle peculiarità e dell'organizzazione dei servizi storicamente consolidata nei diversi ambiti distrettuali.

2. Le modalità di contabilità separata e di rendicontazione del FRNA

L'Azienda USL, in quanto assegnataria delle risorse provenienti dal FRNA, è tenuta a contabilizzare il contributo annualmente ricevuto, così come è tenuta a contabilizzarne l'utilizzo, a carico del bilancio aziendale.

I costi ed i ricavi connessi al FRNA dovranno pertanto essere contabilizzati nel Bilancio aziendale in appositi conti economici. Al fine di darne evidenza in maniera trasparente, si propone una modifica allo schema di bilancio delle aziende USL, da disporsi con deliberazione della Giunta Regionale¹⁴¹.

Altro vincolo per una evidenza chiara e separata delle risorse trasferite/utilizzate è l'obbligo di rendicontazione del fondo sanitario che le aziende hanno nei confronti dei Ministeri dell'economia e della salute; obbligo che si estende alla Regione, in sede di consolidamento dei dati delle aziende sanitarie ai fini dei controlli di equilibrio finanziario da parte dei medesimi Ministeri.

Presupposto per una corretta contabilizzazione del FRNA è la definizione chiara ed esplicita del sistema di governo e di gestione del fondo medesimo a livello aziendale e distrettuale.

Al fine di ottemperare al disposto della legge in ordine alla *contabilità separata e destinazione vincolata nell'ambito del bilancio delle aziende USL* la gestione del FRNA si può configurare, dal punto di vista contabile, come una gestione "per conto terzi."

Tale gestione non deve produrre alcun effetto nella formazione del bilancio d'esercizio della gestione aziendale.

Valutato che il FRNA dovrà essere gestito a livello distrettuale, ed in particolare che l'art. 51 c. 5 LR 27/2004 stabilisce che il Fondo distrettuale ha contabilità separata, appare opportuna l'attivazione di un bilancio separato per singolo distretto o funzione sovra-distrettuale; occorre infatti assicurare la massima trasparenza e verificabilità circa le risorse disponibili a livello distrettuale ed il loro utilizzo; le risorse, gli organi di governo, gli organi di gestione del FRNA sono individuati a livello distrettuale, così come le fasi di programmazione, di monitoraggio e di verifica sono gestite secondo tempistiche e modalità definite a livello distrettuale.

L'individuazione e l'articolazione dei conti del bilancio separato deve essere tale da riflettere la natura del costo sostenuto; ulteriori esigenze conoscitive, connesse alle modalità di erogazione delle prestazioni o all'area dei destinatari, potranno essere soddisfatte mediante la tenuta della contabilità analitica.

La contabilità analitica dovrà dunque rilevare i costi relativi all'erogazione delle prestazioni a carico del FRNA al fine anche di fornire le informazioni utili per la compilazione del modello ministeriale relativo ai costi per i Livelli essenziali di assistenza.

Si propone uno schema di conto economico, uniforme a livello regionale, da utilizzarsi ai fini della tenuta della contabilità

separata del FRNA e tale da consentire il consolidamento a livello aziendale dei bilanci separati distrettuali FRNA.

Le rendicontazioni da prodursi a preventivo, periodicamente e a consuntivo in nessun caso dovranno infatti essere ricavate extra-contabilmente. Solo le corrette registrazioni di bilancio, ancorché derivanti dal "bilancio separato FRNA", potranno garantire certezza delle informazioni.

La gestione del FRNA deve chiudersi in pareggio, per non alterare il risultato del bilancio aziendale. Qualora, in chiusura d'esercizio, la gestione del FRNA presenti ricavi "eccedenti" rispetto ai costi sostenuti, le risorse non impiegate dovranno essere considerate quali ricavi anticipati e come tali rinviati all'esercizio successivo mediante la tecnica contabile del risconto passivo. Ad avvio del nuovo anno, i contributi, opportunamente riscontati, integreranno le risorse previste per l'esercizio stesso.

Il percorso contabile può essere così tracciato:

1. La regione ripartisce tra le aziende USL le risorse, che vengono direttamente iscritte ad apposita voce di ricavo nel Bilancio aziendale, opportunamente articolata in specifici conti, tali da consentire una evidenza della natura delle fonti di finanziamento (FSN - Risorse del Bilancio regionale - Altro);
2. La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria ripartisce le risorse tra i distretti, destinandone eventualmente una parte a funzioni sovra-distrettuali.
3. Gli Ufficio di Piano, sulla base del Piano annuale delle attività per la non autosufficienza, predispongono il piano di utilizzo delle risorse, redigendo, di fatto, un bilancio economico preventivo;
4. L'azienda trasferisce contabilmente le risorse al "bilancio separato distrettuale FRNA", tramite la registrazione di costo nel proprio bilancio, ad apposite voce di acquisto di beni e servizi per la non autosufficienza- FRNA;
5. IL "bilancio separato distrettuale FRNA" acquisisce le risorse ad una voce di ricavo FRNA, opportunamente articolata in conti specifici, in relazione alla provenienza delle risorse.

La gestione amministrativa e contabile, come definito in precedenza:

- A. può rimanere completamente attribuita all'Azienda USL, quale soggetto giuridico cui sono assegnate le risorse; in tal caso le obbligazioni giuridiche rimangono in capo all'Azienda.
- B. come pure è ipotizzabile una gestione in capo ad altro soggetto giuridico opportunamente individuato.

Nel caso in cui la gestione venga affidata ad un soggetto terzo, si realizza un vero e proprio trasferimento delle risorse

dall'Azienda USL al soggetto individuato per la gestione del fondo.

Tale soggetto avrà comunque obbligo, sia in sede previsionale, così come in sede di rendicontazione trimestrale e consuntiva, di rendere all'Azienda USL le informazioni economico-finanziarie secondo i medesimi schemi di bilancio previsti per il "bilancio separato distrettuale FRNA "; questo, al fine anche di consentire all'Azienda, come più volte affermato, di assolvere ai propri obblighi informativi verso la regione e verso lo stato, entro i termini stabiliti, con tempestività e certezza di informazioni.

Pertanto si ritiene opportuno fissare sin da ora le seguenti scadenze per la rendicontazione trimestrale: 20 aprile per il 1° trimestre; 20 luglio, 20 ottobre e 20 gennaio rispettivamente per 2°, 3° e 4° trimestre; per la redazione del Bilancio d'esercizio, le informazioni dovranno essere rese entro il 28 febbraio.

L'Azienda dovrà mettere in condizioni il soggetto terzo di disporre delle risorse per far fronte ai pagamenti derivanti dalle obbligazioni direttamente assunte. L'entità dei trasferimenti dovrà essere coerente con le risorse trasferite per cassa dalla regione alle aziende a titolo del FRNA.

Fino ad ora si è trattato del Conto economico. Per quanto riguarda lo Stato Patrimoniale in questa fase si ritiene che il medesimo debba conservare la sua forma unitaria aziendale. Eventuali articolazioni in conti specifici, se valutate opportune, potranno essere individuate alla luce delle effettive modalità di gestione del Fondo: con obbligazioni giuridiche in capo all'azienda/obbligazioni giuridiche in capo a soggetti terzi.

Con riferimento alle strutture a gestione diretta dell'AUSL che erogano prestazioni ricomprese nel FRNA, si ritiene che l'Azienda USL debba addebitare al "bilancio separato distrettuale FRNA" gli oneri a rilievo sanitario in relazioni alle prestazioni erogate.

I costi sostenuti per la gestione di queste strutture (personale in particolare) sono contabilizzati nel bilancio aziendale: l'addebito comporterà la rilevazione di un Concorso, rimborso e recupero pari all'ammontare dell'onere a rilievo sanitario calcolato in relazione alle prestazioni erogate. Nel bilancio separato distrettuale FRNA l'addebito comporterà un'equivalente rilevazione di un acquisto di servizi erogati dall'Azienda USL.

3. Monitoraggio dell'esercizio delle funzioni amministrative di gestione del FRNA

Al fine di assicurare gli obiettivi di equità ed efficienza del sistema regionale, la Regione assicura un monitoraggio delle modalità di esercizio delle funzioni amministrative. A tal fine l'AUSL competente trasmette alla Regione ed alla Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale copia delle convenzioni con i

Comuni capofila o altro soggetto entro 30 gg dalla stipula delle stesse.

Al termine del primo biennio sulla base delle esperienze realizzate le indicazioni di cui alla presente direttiva potranno essere oggetto di approfondimento, revisione e/o integrazione.

- - -

Allegato 2: "Modifiche ed integrazioni alla deliberazione della Giunta Regionale n. 1378/1999 e successive modificazioni ed integrazioni"

1) Il punto 4.1 è sostituito dal seguente:

4.1 Sostegno degli interventi per il mantenimento a domicilio

Nella predisposizione del **Progetto individualizzato di vita e di cure** i servizi territoriali (SAA per gli anziani, etc.) perseguono, in accordo con le scelte delle persone e dei familiari, prioritariamente l'obiettivo di mantenere le persone non autosufficienti nel proprio ambiente domestico. Quando questo obiettivo è perseguibile prevedono la costruzione di un pacchetto personalizzato di interventi ed opportunità, in relazione alle condizioni, ai bisogni ed alle scelte dei beneficiari, tenendo conto, sino alla definizione dei criteri regionali condivisi previsti dall'art. 49 della L.R. 2/2003, dei requisiti di accesso relativi all'ISEE/reddito, come definiti dalla normativa regionale o dai regolamenti di accesso e contribuzione al costo dei servizi di ambito distrettuale, tra i seguenti interventi:

- servizi di teleassistenza (telesoccorso e telecontrollo) e telesorveglianza;
- programma di presa in carico dell'assistenza domiciliare, comprensivo di servizi di supporto (trasporti, pasti, lavanderia, spesa a domicilio, consegna farmaci a domicilio etc.) e di interventi di sostegno, consulenza e aggiornamento dei caregiver informali;
- supervisione e consulenza, affiancamento, integrazione ed eventuale sostituzione, tutoring di assistenti familiari che prestano cure ed assistenza a persone non autosufficienti;
- consulenza e concessione di contributo una tantum per l'adattamento domestico;
- l'inserimento in strutture semiresidenziali;
- il sostegno dei progetti assistenziali individuali in altre strutture residenziali o negli alloggi con servizi;
- accoglienza temporanea di sollievo in strutture residenziali e semiresidenziali, come definita nel successivo punto 4.4;
- interventi di sostegno per i familiari che assicurano direttamente le cure e l'assistenza a persone non autosufficienti (assegni di cura, altri tipi di sostegno in particolare per i familiari delle persone colpite da demenza "caffè alzheimer", etc.).

I percorsi di sostegno alla domiciliarità dedicati alle persone con disabilità comprendono anche interventi educativi individuali o di gruppo finalizzati a favorire l'acquisizione e/o il mantenimento delle abilità personali e sociali, nonché a favorire la vita indipendente e promuovere la partecipazione attiva alla vita sociale.

Al fine di ottimizzare l'utilizzo di interventi e risorse per rispondere ai bisogni complessivi della persona non autosufficiente, in sede di predisposizione del **Progetto individualizzato di vita e di cure** nel caso esistano problemi legati alla mobilità ed all'autonomia delle persone, i servizi territoriali si attivano con i servizi dell'AUSL che garantiscono l'assistenza protesica. A tal fine vengono definiti percorsi socio-sanitari integrati, anche attraverso una stretta collaborazione dei servizi territoriali (SAA, etc.) che assicurano la valutazione e l'accesso, dei servizi sociali dei Comuni, con i Dipartimenti delle cure primarie delle AUSL, per l'erogazione dell'assistenza protesica (di cui al D.M. 332/99 e succ. mod. e int.) nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, e gli specialisti medici per la prescrizione, al fine di facilitare l'accesso, migliorare l'appropriatezza e la personalizzazione delle prescrizione, assicurare un migliore benessere complessivo delle persone e dei loro caregiver.

La condivisa definizione tra Comuni ed AUSL e l'effettiva operatività di un programma di dimissioni protette che assicuri alle persone non autosufficienti dimesse dall'ospedale la continuità assistenziale e l'adeguatezza dei percorsi assistenziali di cui necessitano è condizione indispensabile da assicurare in ogni ambito distrettuale ed è elemento indispensabile per lo sviluppo delle azioni e degli interventi di sostegno al domicilio e l'utilizzo del FRNA.

Nell'Allegato A sono definite le caratteristiche degli interventi e i requisiti minimi che, in attesa dell'accreditamento, debbono essere assicurati dai soggetti gestori dei servizi e degli interventi di sostegno al domicilio. Il possesso degli stessi è condizione per l'utilizzo delle risorse del FRNA.

Criteri selezione

Destinatari dei progetti individualizzati per il mantenimento a domicilio sono le persone non autosufficienti secondo i criteri di eleggibilità definiti nel Piano Regionale Sociale e Sanitario. Sino a tale definizione i criteri sono i seguenti: per gli anziani: valutazione multidimensionale dell'UVGT, tramite strumenti utilizzati per l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari, ad esempio la Bina; per i disabili: valutazione multidimensionale del Servizio territoriale per disabili sulla base della certificazione di handicap con connotazione di gravità di cui al comma 3 dell'art 3 della Legge 104/92 e della equipe multiprofessionale interistituzionale distrettuale prevista dalla Delibera di G.R. n. 2068/2004 sulla base dei criteri e delle condizioni ivi indicati per le gravissime disabilità acquisite.

Per contributi per l'adattamento domestico e per l'assegno di cura si rimanda alle specifiche norme che prevedono criteri

regionali per l'accesso alle prestazioni in base alla condizione economica e reddituale.

Valorizzazione degli interventi di sostegno al domicilio

Per gli interventi di sostegno a domicilio previsti nel **Progetto Individualizzato di vita e di cure** si assicura ai soggetti gestori dei servizi di norma un contributo delle spese per i seguenti interventi:

- a) teleassistenza (telesoccorso e telecontrollo) e telesorveglianza;
- b) assistenza domiciliare, comprensivi dei servizi accessori e delle funzioni di consulenza, integrazione, sostituzione e tutoring delle assistenti familiari.

Nell'Allegato B viene definito l'entità del contributo del FRNA per singola tipologia di intervento omogenea per tutto il territorio regionale che viene riconosciuto al soggetto gestore del servizio. Tale entità potrà essere periodicamente adeguata con Determina del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali.

Il soggetto territoriale responsabile su base distrettuale della attuazione del programma del FRNA:

- a) definisce il budget ed assegna le risorse alle Unità responsabili delle diverse aree di intervento (ad esempio SAA per gli anziani, etc.);
- b) in attesa dell'accreditamento, definisce gli accordi con i soggetti gestori dei servizi per gli interventi per il mantenimento a domicilio e le modalità di rendicontazione, verifica ed erogazione del contributo a carico del FRNA;
- c) assicura un sistema informativo unitario di tutti i beneficiari che consenta il riepilogo delle tipologie degli interventi, delle quantità e delle somme utilizzate per la realizzazione di ogni singolo progetto individualizzato, che consenta il collegamento con i dati relativi agli interventi di assistenza domiciliare sanitaria e alla fruizione di ausili e presidi riconducibili al DM 332/99.

L'Unità responsabile delle diverse aree di intervento (ad esempio SAA per gli anziani, etc.) assicura l'accesso, la prima valutazione, la presa in carico complessiva, il controllo e la valutazione degli interventi attraverso gli strumenti tecnici per la valutazione (ad esempio UVGT, UVM, etc.) e i responsabili del caso e:

- a) elabora, in accordo con le scelte delle persone e dei familiari, la proposta di **Progetto individualizzato di vita e di cure**, ne valuta la compatibilità con le risorse assegnate e l'impatto per l'intero anno dei progetti individualizzati per il mantenimento a domicilio già finanziati e ne autorizza l'attuazione;

- b) assicura la costante verifica del budget assegnato, monitorando costantemente l'utilizzo delle risorse rispetto ai programmi autorizzati,
- c) valuta ed autorizza modifiche ai Progetti che comportino un aumento delle risorse destinate complessivamente al singolo progetto;
- d) assicura un costante rapporto di collaborazione con i soggetti gestori dei servizi e degli interventi.

2) E' aggiunto il punto 4.5:

4.5 ACCOGLIENZA TEMPORANEA DI SOLLIEVO

In relazione ai bisogni degli anziani non autosufficienti e di coloro che li assistono con continuità in ogni ambito distrettuale è garantita una adeguata disponibilità e opportunità di accoglienza temporanea di sollievo presso le strutture residenziali e semiresidenziali.

La Regione tiene monitorato lo sviluppo di questa nuova opportunità e sulla base delle esperienze valuterà se prevedere una soglia minima da assicurare in ogni ambito territoriale.

Le dotazione relativa alle opportunità di ricovero di sollievo non concorre alla determinazione del raggiungimento del limite minimo per le strutture residenziali indicata nella Deliberazione GR 509/2007 ed è garantita tenendo conto delle richieste dei caregiver, modulando su questa la necessaria variabilità stagionale.

I servizi di contatto (Sportelli sociali, SAA, servizi sociali dei Comuni, etc.) con gli anziani e i loro familiari sono tenuti a portare a conoscenza gli stessi della opportunità di poter richiedere accoglienza temporanea di sollievo per le finalità e secondo le modalità qui indicate.

Il SAA si organizza in modo da garantire una adeguata gestione dell'accoglienza temporanea di sollievo, flessibile ed orientata ai bisogni ed alle scelte degli anziani e dei loro caregiver, assicurando percorso di accesso ed assistenziali adeguati e separati in relazione a:

- programmabilità o meno del ricovero di sollievo;
- necessità o meno di ridefinire il PAI in seguito ad una modifica sostanziale delle condizioni dell'anziano;
- complessità dei bisogni dell'anziano e rilevanza dei necessari interventi sanitari.

La garanzia della tempestività dell'opportunità dell'accoglienza (nel caso di emergenze) e del rispetto di quanto programmato e concordato con i familiari rappresentano elementi di qualità decisivi per lo sviluppo di questa modalità di intervento e per la soddisfazione degli anziani e dei loro familiari.

L'accoglienza temporanea di sollievo persegue le seguenti finalità:

- assicurare una adeguata assistenza personale in situazioni di emergenza dovute a mancanza improvvisa (temporanea o prolungata) del caregiver principale (familiare o assistente familiare);
- garantire un periodo di sollievo per coloro che assistono persone non autosufficienti programmabile sulla base delle esigenze dell'anziano e del caregiver stesso;
- assicurare l'accompagnamento nella ridefinizione delle capacità di cura del caregiver principale a seguito di una modifica dell'equilibrio assistenziale conseguente alle mutate condizioni dell'anziano.

Le accoglienze temporanee di sollievo sono una opportunità ed una risorsa per il sostegno del mantenimento a domicilio e costituiscono una delle opportunità da utilizzare nel Programma personalizzato di vita e di cura.

L'accoglienza temporanea di sollievo va assicurata anche in un ambito distrettuale diverso da quello della residenza dell'anziano, quando questo è richiesto dai familiari per assicurare la vicinanza anche durante l'accoglienza di sollievo.

In tale evenienza i servizi dell'ambito distrettuale di residenza prendono contatto con i servizi dove è richiesto il ricovero di sollievo definendo i relativi rapporti economici.

Il SAA definisce procedure e percorsi semplificati che garantiscano per tutti l'accoglienza temporanea di sollievo la tempestività e la semplicità delle risposte.

In particolare per le condizioni di emergenza devono essere previste procedure che assicurano la disponibilità delle opportunità nell'arco di tempo minimo e consoni per rispondere ai bisogni delle persone. In particolare se non si dispone già di una valutazione di non autosufficienza e dei bisogni dell'anziano e dei suoi familiari, occorre prevedere percorsi di valutazione in tempi rapidi, eventualmente anche successiva all'avvio della ospitalità di sollievo. Tale valutazione, in relazione alle caratteristiche conosciute dell'anziano, può essere svolta anche in modo semplificato dall'Assistente sociale dell'UVGT in accordo con il MMG.

L'accoglienza temporanea di sollievo ha durata di norma massimo di 30 giorni, variabile in relazione ai bisogni ed alle richieste dell'anziano e dei familiari e a quanto previsto nel Programma di Assistenza Individualizzato.

Nell'arco dell'anno gli anziani non autosufficienti assistiti a domicilio possono usufruire di una contribuzione ridotta a carico dell'anziano nel caso di accoglienza in struttura residenziale di 25 euro al giorno (salvo intervento del Comune di residenza per eventuali condizioni economiche particolarmente disagiate) per un massimo di 30 giorni di accoglienza temporanea di sollievo in strutture residenziali, anche frazionabili in più periodi.

Il FRNA, per il periodo massimo di 30 giorni annui, assicura la quota di 65 euro al giorno per ogni giorno di ricovero di sollievo in struttura residenziale.

Per le accoglienze temporanee di sollievo in strutture residenziali le prestazioni sanitarie sono garantite dall'AUSL o tramite una integrazione dei servizi o dei rimborsi garantiti alle strutture residenziali già convenzionate per i posti in più dedicati all'accoglienza temporanea di sollievo o mediante il riconoscimento di un rimborso forfettario per l'assistenza infermieristica e riabilitativa in misura variabile tra 10 e 13 euro al giorno in relazione ai livelli assistenziali garantiti per le strutture non convenzionate che si rendono disponibili a garantirli.

In attesa di una ridefinizione complessiva all'interno dei requisiti per l'accreditamento, l'assistenza medica viene assicurata ai sensi dell'Accordo integrativo regionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale vigente:

A) dal medico incaricato delle attività di diagnosi e cura nella struttura;

B) dal medico di medicina generale dell'ospite che usufruisce dell'accoglienza temporanea di sollievo negli altri casi.

In caso di accoglienza temporanea di sollievo oltre il trentesimo giorno nell'anno, fermo restando l'onere a carico del Fondo Sanitario per gli oneri sanitari come sopra indicati, la contribuzione a carico dell'anziano è prevista in 46 euro giornalieri, e in 44 a carico del FRNA.

Sulla base della valutazione delle condizioni dell'anziano e dei bisogni dei familiari vengono identificate, tra le strutture disponibili a garantire accoglienza temporanea di sollievo, quelle che garantiscono le condizioni abitative, i livelli di intensità assistenziale (in particolare in relazione all'eventuale bisogno di copertura infermieristica nell'arco delle 24 h) e di competenza professionale adeguati per rispondere a tali bisogni.

Per quanto riguarda l'accoglienza temporanea di sollievo in centro diurno si applicano i normali criteri previsti dalla normativa vigente per il livello più alto. Il FRNA per un periodo massimo annuo di 30 giorni assicura gli oneri previsti dalla normativa vigente con una maggiorazione di 5 euro al giorno con il vincolo per l'ente gestore di mantenere la contribuzione a carico dell'anziano comunque entro il limite di 25 euro al giorno.

In attesa del completamento della definizione delle procedure e dei criteri dell'accreditamento, al fine di garantire un adeguato numero di opportunità di accoglienza temporanea di sollievo vengono definiti accordi con gli enti gestori di strutture residenziali che sono disponibili a garantire dette disponibilità nei periodi che vengono concordati attraverso diverse modalità:

-) recuperando parte dell'attuale offerta già convenzionata, in particolare nei distretti a più alta concentrazione di posti convenzionati, interessati da riduzione dei posti convenzionati a seguito di processi di riequilibrio territoriale dell'offerta;

-) utilizzando posti autorizzati ma non convenzionati, in strutture già convenzionate, ottimizzando in tal modo l'utilizzo delle risorse e dei servizi sanitari;

-) utilizzando posti in strutture autorizzate ma non convenzionate, disponibili a partecipare alla programmazione dell'offerta di posti di sollievo e temporanei, limitatamente alle accoglienze temporanea di sollievo programmabili e che non richiedono una ridefinizione del Piano Assistenza Individualizzato ed un'elevata tutela sanitaria.

Il SAA tiene monitorato lo sviluppo di questa nuova opportunità assistenziale, verificando le richieste, l'utilizzo ed il mancato utilizzo in relazione alla non disponibilità di accoglienza temporanea di sollievo corrispondente alle necessità ed alle richieste degli anziani e dei loro familiari. Tale monitoraggio fornisce elementi importanti per la programmazione annuale e gli accordi con gli enti gestori.

3) il punto 5 Sostegno di progetti assistenziali individuali in altre strutture residenziali è modificato come segue:

Il primo capoverso è sostituito da:

"Il SAA, previa valutazione dell'UVGT, può proporre il sostegno di piani individualizzati di assistenza per anziani non autosufficienti da inserire, in attesa della definizione delle norme e dei requisiti per l'accreditamento, in strutture residenziali non convenzionate o su posti non convenzionati ai sensi della presente direttiva o domiciliati in alloggi con servizi o tipologie abitative simili."

Il punto c) del secondo paragrafo è sostituito da:

" c) l'entità dell'onere a rilievo sanitario giornaliero da riconoscersi all'ente gestore per il periodo di effettiva permanenza dell'anziano nella struttura residenziale o nelle abitazioni è determinato secondo i criteri e le misure indicate al precedente punto 4.3".

ALLEGATO A dell'allegato 2

Le caratteristiche degli interventi di sostegno al domicilio e requisiti minimi

In attesa della definizione dei criteri per l'accreditamento, è condizione per l'utilizzo delle risorse del FRNA il possesso dei requisiti di seguito indicati.

teleassistenza (telesoccorso e telecontrollo) e telesorveglianza

- Il servizio base di teleassistenza deve avere finalità chiare ed esplicitate:
 - o assicurare un sistema di telesoccorso che tramite la tecnologia garantisce il monitoraggio e l'attivazione di interventi per situazioni problematiche, non solo emergenziali, attivando le reti formali ed informali ed, in relazione al tipo di bisogno manifestato, gli idonei servizi;
 - o assicurare un contatto mediante telefonate programmate per verificare la situazione della persona;
- Il servizio di telesorveglianza ha la finalità di aumentare il senso di sicurezza ed autonomia mediante l'utilizzo di dispositivi di segnalazione di eventi significativi per il benessere della persona (ad esempio cadute, presenza in vita, escursione termica, antintrusione, etc.) sino all'introduzione di gestioni domotizzate mediante controllo a distanza;
- I teleservizi devono essere inseriti nella rete dei servizi e dotati di protocolli di collaborazione con i servizi territoriali ed assicurare un alto livello di coinvolgimento degli operatori del territorio (assistenti sociali, MMG, etc.)
- I teleservizi devono garantire un approccio flessibile ed integrato sia rispetto alle necessità degli utenti che rispetto alle modalità organizzative, con la capacità di fornire risposte diversificate per gli utenti, per le tecnologie (in relazione anche alle condizioni, alle esigenze ed alle opzioni degli utenti, anche per quanto riguarda il senso di sicurezza), per la gestione (anche con la possibilità di valorizzare le risorse locali per le funzioni di telecontrollo, telecompagnia e sostegno della rete sociale)
- Il personale della centrale operativa deve essere selezionato e formato adeguatamente, assicurando una indispensabile "competenza sociale" nella gestione della comunicazione, della relazione e nell'attivazione della rete dei servizi;
- I teleservizi devono disporre di protocolli operativi per ogni funzione
- I teleservizi assicurano competenza e costante verifica della funzionalità delle attrezzature
- I teleservizi dispongono di un sistema informativo flessibile che garantisca la rintracciabilità delle comunicazioni e delle azioni adottate e dati sintetici sui servizi erogati

assistenza domiciliare

Il servizio risponde a bisogni di carattere temporaneo o prolungato, ha l'obiettivo di promuovere o mantenere le condizioni di vita indipendente presso il luogo di vita abituale, sostenendo l'autonomia e la libertà di scelta delle persone, garantendo il maggior benessere possibile per il beneficiario e per i caregiver informali.

In particolare per le persone non autosufficienti e per il loro nucleo familiare il servizio di assistenza domiciliare:

- favorisce il mantenimento a domicilio;
- garantisce assistenza in modo continuativo, limitata od estesa nel tempo;
- favorisce il recupero e/o il mantenimento delle capacità residue di autonomia e relazionali;
- supporta i familiari e sostiene l'acquisizione di competenze per un'autonomia di intervento;
- persegue la migliore qualità della vita possibile per le persone non autosufficienti ed i loro familiari;
- evita il ricovero inappropriato in ospedale, evita o ritarda il ricovero in struttura residenziale.

Tali obiettivi sono perseguiti attraverso l'erogazione di diverse tipologie di prestazioni, fornite in modo integrato tra professionisti e discipline differenti ed assicurando comunque il coordinamento e l'integrazione organizzativa tra Comuni ed Ausl:

A) Presa in carico tramite supervisione, consulenza e affiancamento, delle persone non autosufficienti assistite a domicilio direttamente da familiari e con l'aiuto di assistenti familiari. Questo obiettivo rappresenta la principale innovazione e linea di sviluppo da perseguire per aggiornare la funzione del servizio di assistenza domiciliare al mutato contesto demografico e sociale e si attua attraverso l'integrazione, l'affiancamento e l'eventuale sostituzione, garantendo anche la funzione di tutoring sia per i familiari che per le assistenti familiari.

B) Presa in carico complessiva e svolgimento delle prestazioni di carattere socio-assistenziale previste nel piano individualizzato di assistenza tra quelle relative a:

Cura personale: ad esempio aiuto nell'igiene personale, nel vestirsi, nella somministrazione del cibo, etc.

Supporto sociale: nella vita quotidiana, nel mantenimento della propria indipendenza e nelle proprie relazioni, nella promozione alla partecipazione ad attività sociali;

Supporto educativo, emotivo e psicologico, compresa la mediazione nelle relazioni interpersonali e nell'approccio ad ambienti diversi dalla casa, il monitoraggio del comportamento e supporto delle funzioni cognitive, interventi educativi finalizzati all'acquisizione e/o al mantenimento delle abilità personali e sociali e favorisce la partecipazione ai gruppi di

auto-aiuto e a momenti di supporto ed incontro quali i Caffè Alzheimer o iniziative simili;

Assistenza pratica: per esempio aiuto nella cura della casa, negli approvvigionamenti, etc.

C) prestazioni di carattere sanitario (medico, infermieristico e riabilitativo) di competenza del Dipartimento di cure primarie.

Il servizio di assistenza domiciliare sociale deve:

- assicurare la funzione tecnico-direttiva del servizio e di coordinamento;

- assicurare la dotazione di personale addetto all'assistenza in possesso del titolo di OSS. In alternativa in via transitoria sino del completamento del processo di riqualificazione, nel termine che verrà stabilito a seguito della verifica sui fabbisogni e sull'attuazione dei programmi di riqualificazione, il personale addetto all'assistenza deve essere in possesso del titolo di Ota o ADB o comunque di una esperienza lavorativa di almeno due anni nel settore dei servizi alla persona, con una conoscenza della lingua italiana adeguata all'espletamento delle funzioni assegnate, garantendo la continuità degli interventi anche mediante la riduzione del turn-over degli operatori;

- essere in grado di operare nell'arco di almeno 12 ore giornaliere, per tutti i giorni della settimana, anche festivi, e comunque prevedere gli interventi anche nell'arco delle 24 ore in relazione ai bisogni delle persone e del nucleo familiare e di quanto previsto nei PAI;

- assicurare forme strutturate di collaborazione con il Dipartimento di cure Primarie. A tal fine sono definite congiuntamente sulla base dell'ambito distrettuale protocolli e percorsi assistenziali per la valutazione, la presa in carico, favorendo una organizzazione del servizio di assistenza domiciliare con sub articolazione operativa coincidente con gli ambiti di intervento dei Nuclei di cure primarie;

- assicurare la predisposizione di un piano assistenziale individualizzato integrato comprensivo di indicazioni relative ai tempi (sincronia, complementarietà, frequenze, grado complessivo di copertura giornaliera/settimanale), alla intensità (professionalità, attività, modalità di erogazione, verifiche). Tale programma dovrà essere unico e integrato nel caso di contemporaneo intervento socio-assistenziale e sanitario. In tal caso deve essere anche:

- identificato un unico responsabile operativo del PAI che assicuri la conformità delle attività al programma assistenziale e la comunicazione con la famiglia;

- documentata l'attività in un'unica cartella socio-sanitaria;

- assicurare il debito informativo nei confronti dell'Ufficio di Piano e dell'AUSL e della Regione;

- assicurare il monitoraggio dell'attuazione del programma assistenziale individualizzato, la rivalutazione e l'aggiornamento dello stesso;

- assicurare la collaborazione e l'integrazione per gli interventi previsti dal programma dimissione protette, le cui modalità sono definite a livello di ambito distrettuale tra Comuni ed AUSL.

Per quanto riguarda i servizi accessori devono essere garantiti i seguenti criteri:

trasporti: individuali per assicurare fruizione dei servizi diurni, partecipazione a momenti di incontro per gruppi omogenei (ad esempio caffè alzheimer per i dementi), visite mediche, esami diagnostici e per garantire la partecipazione alla vita sociale e di relazione con adeguate garanzie assicurative e mezzi idonei alle condizioni individuali

pasti: possibilità di preparazione e fornitura giornaliera (festivi compresi), procedura per garantire il servizio in caso di emergenze, possibilità di scelta tra menù diversi, garanzia personalizzazione menù anche per esigenze dietetiche particolari.

ALLEGATO B dell'allegato 2

VALORIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI DI SOSTEGNO A DOMICILIO A CARICO DEL FRNA

Per gli interventi per il mantenimento a domicilio che rientrano nei **Progetti individualizzati di vita e di cure** il FRNA riconosce un contributo nelle seguenti misure:

Assistenza domiciliare:

11 euro h operatore per assistenza domiciliare, comprensivo spese coordinamento del servizio e trasporto, e per attività di consulenza individuale e tutoring. Nel caso il Piano assistenziale individualizzato preveda interventi di più operatori il contributo è relativo alla somma delle ore di attività;

4 euro per pasto;

teleassistenza (telesoccorso e telecontrollo)

26 euro per spese una tantum installazione.

16 euro per spese mensili per la gestione del servizio.

Telesorveglianza

50% delle spese sostenute variabile in base alle tipologie dei dispositivi e comunque con un limite massimo di contributo pari a 75 euro.

Trasporti

Se assicurato tramite collaborazione con associazione di volontariato, 50% del rimborso delle spese sostenute concordato con le associazioni di volontariato;

se assicurato in altra forma, 50% delle spese sostenute.

Programmi per gruppi omogenei di destinatari

Per le attività rivolte a gruppi omogenei di destinatari (ad esempio Caffè Alzheimer, Gruppi di auto aiuto, incontri di aggiornamento/formazione con assistenti familiari o con familiari, etc) vanno definiti programmi di azione su base annuale. Il FRNA può contribuire nel limite massimo del 50% delle spese del programma, relativamente alle spese relative agli operatori ed alle attrezzature necessarie per lo svolgimento delle stesse.

Allegato 3

Linee di indirizzo per favorire la qualificazione e la regolarizzazione del lavoro di cura delle assistenti familiari nell'ambito delle azioni e degli interventi del FRNA

Premessa

La presenza nelle comunità locali di persone, in prevalenza donne e straniere, che collaborano molto spesso nelle famiglie per il lavoro di cura è uno dei fenomeni che ha caratterizzato in modo significativo gli ultimi anni, modificando ed ampliando le forme di assistenza delle persone anziane e disabili, con evidenti riflessi anche sulla rete dei servizi, oltre che nelle relazioni familiari e nel contesto sociale.

Le caratteristiche di questo fenomeno sono complesse. La rapidità dei mutamenti interni ne costituisce uno degli elementi essenziali, rendendo inappropriato un approccio monodirezionale che non si confronti con i continui mutamenti.

La presenza di persone per lo più straniere e donne nelle famiglie non si limita alle cure delle persone non autosufficienti, ma costituisce una risorsa anche per assicurare una convivenza, venuta meno a seguito delle modifiche delle strutture familiari, anche con persone autosufficienti o parzialmente non autosufficienti. Inoltre il considerare le assistenti familiari in un unico riferimento con le colf (vedi percorsi di regolarizzazione, la gestione contributiva) rende meno netti i confini e più difficile la conoscenza del fenomeno.

Nell'ambito del Piano triennale per il FRNA (Deliberazione GR 509/2007) è prevista la condivisione di linee di indirizzo per l'emersione e qualificazione del lavoro di cura delle assistenti familiari. Il presente documento, per quanto attiene all'ambito delle azioni e degli interventi e delle azioni del FRNA, è l'attuazione di quanto previsto dalla DGR 509, nella consapevolezza della necessità di inserire gli interventi qui indicati in un approccio più vasto di politiche integrate per l'inclusione (immigrazione, casa, formazione, lavoro, cultura) che non possono certamente esaurirsi nell'ambito degli interventi socio-sanitari.

La consapevolezza della necessità di un **approccio integrato** per rendere efficaci anche gli interventi e le azioni indicate nel presente documento richiede a tutti i livelli il coinvolgimento di molteplici soggetti responsabili ed attori delle politiche di settore richiamate e l'adozione di una logica di governance territoriale per affrontare, all'interno dei problemi legati all'immigrazione, lo specifico rappresentato dalla diffusione delle assistenti familiari.

Negli ultimi anni sono state condotte molte analisi del fenomeno in diversi territori della Regione.

La stessa Regione ha promosso un approfondimento in tre ambiti territoriali.

Dalle analisi condotte emerge un mondo variegato, in costante modificazione, con un alto tasso di turn over e ricambio anche in conseguenza dei diversi progetti migratori e di vita che caratterizzano l'universo delle assistenti familiari.

Dall'indagine regionale, divulgata nel 2004, emersero quattro profili di assistenti familiari caratterizzati da provenienza, situazioni personali e di età eterogenee, disponibilità e aspettative diverse, progetti di vita e di lavoro molto differenti. Al di là della caratterizzazione di questi profili e dell'esattezza dell'ipotesi interpretativa, è opportuno richiamare questi elementi per evidenziare la necessità di un approccio flessibile capace di coniugare interventi diversi e di connettersi con le prospettive di vita e di lavoro delle assistenti familiari. Diversamente, forte è il rischio di definire modelli e strumenti di interventi tarati su una assimilazione non reale tra assistenti familiari e operatori della rete e di utilizzare risorse senza consolidare risultati.

Da questo punto di vista, nel rispetto delle normative, occorre affiancare ad una strategia forte ed articolata destinata alle assistenti familiari regolari o regolarizzabili e alle famiglie che le utilizzano, anche una serie di interventi a bassa soglia e a largo contatto per entrare in rapporto e fornire strumenti di qualificazione anche alle assistenti familiari non regolari.

Obiettivi

- Sostenere le famiglie e le persone non autosufficienti nella scelta di mantenimento a domicilio.
- Avviare un percorso di progressiva integrazione del lavoro delle assistenti familiari nella rete dei servizi.
- Favorire l'emersione e la regolarizzazione nell'ambito degli strumenti di sostegno al domicilio, in particolare attraverso l'utilizzo dell'assegno di cura.
- Assicurare l'integrazione degli interventi tra servizi professionali ed assistenti familiari.
- Garantire differenziazione e flessibilità, con attenzione anche al mondo delle assistenti non regolari.

In sostanza con l'avvio del FRNA il sistema dei servizi deve assumere la realtà delle famiglie e delle persone non autosufficienti che utilizzano assistenti familiari come un tema centrale nella prospettiva del sostegno alla domiciliarità e definire un sistema ordinario e flessibile di intervento.

Impegno degli ambiti distrettuali

In ogni ambito distrettuale devono essere assicurati strumenti ed interventi che consentano il progressivo inserimento dell'attività di cura delle assistenti familiari nella rete dei servizi ed il sostegno alle famiglie ed alle assistenti familiari.

Nel corso degli ultimi anni sono state realizzate diverse esperienze significative che debbono essere consolidate e portate

a sistema, assicurandone uno sviluppo equilibrato in ogni ambito distrettuale.

Il programma per la non autosufficienza del 2007 deve prevedere azioni e interventi relativi alla qualificazione e regolarizzazione dell'assistenza familiare che avviano l'attuazione delle linee indicate nel presente documento. Sulla base di questa esperienza, il programma attuativo del "Piano sociale di zona per la salute e il benessere sociale" del 2008 potrà prevedere un programma più organico e articolato che declini l'obiettivo generale della qualificazione connessa alla regolarizzazione, assicurando la piena articolazione delle azioni di seguito indicate, per la realizzazione delle quali è possibile utilizzare anche le risorse del FRNA.

Premessa indispensabile per l'efficacia dei programmi di intervento di ambito distrettuale è la **conoscenza della dimensione e delle caratteristiche dell'assistenza familiare** in relazione alle peculiarità di ciascun ambito distrettuale.

Nell'ambito di un più ampio approccio alle politiche dell'immigrazione, occorre garantire a tutti i livelli una attenzione specifica alla realtà delle assistenti familiari dal livello regionale agli ambiti distrettuali. Valorizzando il sistema già esistente, a livello provinciale deve essere assicurato un costante monitoraggio dell'andamento della diffusione e presenza di assistenti familiari, delle sue dimensioni quantitative e delle sue modifiche qualitative (provenienza, turn over, composizione familiare, etc.), in coordinamento e collaborazione con:

- gli Osservatori provinciali sull'immigrazione,
- gli sportelli unici per l'immigrazione,
- le sedi INPS provinciali
- i Consigli Territoriali per l'immigrazione.

L'Ufficio di supporto della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, è chiamato a svolgere il ruolo di cerniera tra il livello provinciale e gli ambiti distrettuali, ambiti nei quali i flussi e le informazioni sul mercato regolare vengono integrati sulla base di elementi ed informazioni sull'andamento della presenza reale, per quanto ricostruibile.

Si sottolinea la necessità di assicurare il coinvolgimento delle Consulte di rappresentanza dei cittadini stranieri di ambito provinciale o comunale.

Il monitoraggio, coordinato a livello provinciale, deve promuovere una conoscenza articolata su base territoriale, di ambito distrettuale e comunale.

Azioni ed interventi

La relazione tra assistente familiare, persona assistita e familiari è esposta a un forte rischio di isolamento e a volte di forti contrasti e contenziosi.

Tali rischi sono in parte connessi al tipo di rapporto, che si svolge all'interno delle mura domestiche e che investe molteplici aspetti: dalla modalità in cui nasce il rapporto, alla sua

definizione, all'adattamento reciproco, alla sua gestione, anche dal punto di vista amministrativo e relazionale.

Le azioni e gli interventi che sono indicati successivamente come base minima dei programmi di ambito distrettuale rappresentano strumenti per creare reti di sostegno e di tutela della relazione tra assistente familiare, persona non autosufficiente e familiari, accompagnando i soggetti di questa relazione per ridurre il rischio di isolamento e solitudine. Per la realizzazione delle diverse azioni e degli interventi indicati ci si potrà avvalere in modo produttivo di una funzione di *tutoring*, già sperimentata nell'ambito del supporto alla domiciliarità, sia come sostegno alla famiglia che come monitoraggio della corrispondenza del progetto assistenziale ai bisogni della persona non autosufficiente e per l'affiancamento all'assistente familiare. Questa funzione, svolta da operatori della rete (OSS, RAA, educatore, etc.), adeguatamente preparati, rientra a pieno nel quadro di azioni per il sostegno della domiciliarità e può essere considerata come risorsa per accompagnare (facilitare e monitorare) l'attuazione di tali progetti, assumendo una particolare rilevanza in presenza di una assistenza familiare privata.

1) Sostegno alle famiglie

- Assicurare, all'interno o in collegamento con gli sportelli sociali, un punto di ascolto (distribuito ed articolato nel territorio) competente e qualificato in grado di fornire informazioni, indicazioni ed indirizzare le famiglie in ordine alle diverse problematiche;

- Promuovere, in collaborazione con i centri dell'impiego e con tutti gli attori sociali coinvolti, un sistema strutturato di incontro domanda-offerta di lavoro che, nel rispetto delle competenze proprie dei centri per l'impiego e delle agenzie deputate al reclutamento del personale, preveda una collaborazione tra centri per l'impiego e sportelli sociali, al fine di garantire consulenza ed orientamento al livello più prossimo possibile, semplificando le procedure ed i percorsi per le famiglie;

- Sostenere le famiglie assicurando l'Integrazione con la rete dei servizi ed in particolare con l'assistenza domiciliare, innovando l'organizzazione dell'assistenza domiciliare e prevedendo forme di presa in carico leggera e flessibile anche per le persone non autosufficienti per le quali le cure sono garantite da assistenti familiari in relazione ai bisogni delle persone ed al PAI in particolare per:

A) interventi di integrazione nei PAI dell'attività delle assistenti familiari (aiuto ed integrazione nelle attività complesse che non possono essere svolte da una sola persona, nella gestione sostituzioni ed emergenze),

B) interventi di consulenza per i familiari su problematiche specifiche e di supporto e mediazione culturale in considerazione delle problematiche connesse con la convivenza e le relazioni con persone di culture diverse (vedi Progetto Elsa FC), sviluppando

anche in collaborazione con il terzo settore interventi di mediazione psicologica e culturale che favoriscano la comprensione reciproca e la relazione ed il superamento delle situazioni conflittuali;

D) attivazione di accordi con soggetti del terzo settore per assicurare la copertura dei periodi di sostituzione delle assistenti familiari anche con soluzioni innovative e regolari, consolidando alcune esperienze in atto nel territorio regionale (progetto Sin.Te.Si di Piacenza e Progetto Fuori Orario Mo e Re), e la partecipazione delle assistenti ad attività formative,

E) disponibilità di accoglienza temporanea di sollievo (programmata in coincidenza del periodo di ferie delle assistenti familiari o per emergenze) per le persone non autosufficienti che presentano più elevate necessità assistenziali che non possono trovare adeguata risposta a domicilio,

F) Sviluppo dell'utilizzo dell'assegno di cura promuovendo un contatto attivo ed azioni mirate sulla base dell'incrocio integrato delle informazioni relative alle regolarizzazioni delle assistenti familiari ed al beneficio dell'Indennità di accompagnamento.

2) Sostegno alle assistenti familiari

- Promuovere, in collaborazione con i Centri di educazione permanente e/o con i centri di formazione professionale o con altre risorse formative del territorio un numero adeguato di iniziative mirate all'apprendimento della lingua collegandolo all'approfondimento linguistico di tematiche inerenti i problemi relazionali, assistenziali, fisici, di gestione della casa, di accesso ai servizi della comunità, etc, anche sperimentando forme innovative di apprendimento a distanza (vedi progetto Aspasia RE);

- Assicurare, all'interno della rete dei servizi, un punto di ascolto accessibile, competente e qualificato in grado di fornire informazioni, indicazioni e sostegno in ordine alle diverse problematiche, dove poter sviluppare anche forme di auto-aiuto;

- Integrare l'attività delle assistenti familiari nella rete dei servizi fornendo:

a) interventi di affiancamento e di formazione in situazione rispetto a problematiche specifiche e circoscritte legate all'assistenza,

b) attività strutturata di tutoring svolto da operatori della rete (OSS, RAA, educatore, etc.), adeguatamente preparati, nei confronti delle assistenti famigliari, dei famigliari delle persone non autosufficienti, nell'ambito dei progetti assistenziali che prevedono l'assegno di cura (vedi progetto madreperla MO-RE-FO-BO),

- Sviluppare, previa condivisione con l'Amministrazione Provinciale, una serie di attività formative e di aggiornamento in modo nuovo e flessibile, puntando sull'autoformazione, sull'affiancamento, e sulla verifica periodica in collegamento strutturato con operatori della rete dei servizi (CP, CD, Ass. dom) a ciò adeguatamente preparati, inserendo in tal modo le assistenti familiari in una importante rete di relazioni. Un

simile modello consente una alta riproducibilità e la possibilità di entrare in contatto in tempi brevi con un elevato numero di assistenti familiari, superando il limite delle esperienze condotte a seguito della DGR 924/2003 (vedi progetto Aspasia RE);

- Garantire, il riconoscimento dei crediti formativi derivanti dalla partecipazione ad attività formative strutturate e coerenti con i contenuti delle Unità Formative capitalizzabili già definite;

- Promuovere iniziative di aggiornamento di breve durata in collaborazione con i servizi della rete, su tematiche assistenziali specifiche rivolte congiuntamente a familiari ed assistenti familiari.

Anche se non può appartenere in modo specifico ai contenuti di un programma di intervento con obiettivi socio-sanitari, si sottolinea l'importanza che nell'ottica dell'integrazione delle politiche e degli interventi richiamata in premessa, sia favorita in ambito comunale (anche in collaborazione con le Associazioni del volontariato, del terzo settore, della rete dei Centri sociali), la messa a disposizione di spazi di incontro per le assistenti familiari.

3) Interventi per favorire la emersione e regolarizzazione dei rapporti di lavoro

Nell'ambito delle finalità proprie dell'assegno di cura la Regione intende ampliare quanto già previsto dall'attuale normativa al fine di concorrere a consolidare per quanto possibile il processo di regolarizzazione delle assistenti familiari in possesso dei necessari requisiti.

In aggiunta a quanto già previsto, si intende avviare una sperimentazione di sostegno economico del processo di regolarizzazione prevedendo, nel caso di concessione dell'assegno di cura, un contributo aggiuntivo di 160 euro mensili (a prescindere dal livello dell'assegno A, B o C) per gli anziani che utilizzano assistenti familiari con regolare contratto e che hanno un ISEE estratto inferiore a 10.000 euro.

Il contributo viene concesso nell'ambito del progetto che prevede l'assegno di cura, sulla base di una specifica richiesta e della presentazione della documentazione attestante il regolare contratto e l'effettiva contribuzione previdenziale nei confronti dell'assistente familiare.

La normativa regionale sull'assegno di cura viene adeguata in tal senso prevedendo a livello locale un periodo tecnico massimo di due mesi per la predisposizione degli strumenti e delle forme organizzative per implementare la nuova misura, entro il quale ogni ambito distrettuale deve aver attivato questa nuova modalità.

Sulla base degli elementi di conoscenza disponibili si ritiene che il numero di potenziali beneficiari di questa nuova misura tra gli attuali percettori degli assegni di cura sia di circa 3700 persone, con una spesa annua a livello regionale di circa 7

milioni di euro. Su base regionale per ogni nuovi 1000 beneficiari degli assegni di cura in generale, si stima di attivare circa 330 interventi di incremento dell'assegno di cura, considerando che solo una parte delle famiglie utilizza assistenti familiari e solo una parte di queste rientra nei limiti per la concessione del contributo aggiuntivo di 160 euro; pertanto, complessivamente, per ogni 1000 nuovi beneficiari dell'assegno di cura, si stima una spesa per il solo contributo aggiuntivo di circa 640.000 euro. Dopo una prima fase di sperimentazione si valuterà l'impatto di questa misura e la possibilità di rivederne le modalità di attuazione.

4) Interventi di ambito regionale

La Regione promuove una riflessione per una attenta valutazione delle esperienze formative sin qui realizzate e per garantire gli strumenti necessari per il riconoscimento dei crediti formativi delle assistenti familiari, nella convinzione della necessità di approcci formativi differenziati e flessibili in relazione anche ai diversi progetti migratori e di vita delle assistenti familiari.

Con l'obiettivo di assicurare comunque, anche alle assistenti familiari che non partecipano o che non possono partecipare a momenti formativi strutturati, strumenti di conoscenza e di apprendimento, la Regione si impegna a proseguire l'esperienza di produzione di strumenti informativi di semplice lettura e diffusione, anche attraverso altri strumenti che possono essere utilizzati in modo flessibile a domicilio (DVD, etc.).

Allegato n. 4

Linee per la definizione di programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione per i soggetti fragili

INDICE

1. Premessa
2. Obiettivi generali
3. Rischio di isolamento e variabili sociali e territoriali
4. Le previsioni della Del GR 509/2007 e gli interventi del FRNA: indicazioni e vincoli
5. Proposta di elementi essenziali dei programmi di ambito distrettuale
 - 5.1 Coinvolgimento e messa in rete dei soggetti che svolgono attività nel territorio.
 - 5.2 Identificazione a livello locale delle condizioni e dei fattori di rischio di fragilità.
 - 5.3 Mappatura dei soggetti a rischio di solitudine e isolamento.
 - o 5.3.1. Criteri generali e fattori predittivi di fragilità.
 - o 5.3.2 Mappatura della fragilità: generale e specifica per varie tipologie di emergenze.
 - 5.4 Sviluppo di programmi ed approcci specifici.
 - o 5.4.1 Zone montane, collinari ed aree rurali.

- o 5.4.2 Emergenze (climatiche, sanitarie, infrastrutturali).
- 5.5. Azioni ed interventi.
 - o 5.5.1 Interventi di comunità
 - o 5.5.2 Interventi individuali sulla popolazione fragile mappata.
- 5.6 Interventi e percorsi informativi e di condivisione nell'ambito del territorio.
- 5.7 Definizione di strumenti di monitoraggio ed indicatori del grado di realizzazione e di impatto delle iniziative e delle azioni.

1. Premessa

Gli approcci tradizionali alle esigenze ed ai bisogni della popolazione anziana sono ancor oggi caratterizzati da un'attenzione prevalente, se non esclusiva, ai bisogni assistenziali, secondo l'equazione anziano uguale malato o invalido. Tale visione pessimistica, produce effetti diretti ed indiretti sul benessere psico-fisico degli anziani fungendo da catalizzatore delle condizioni di non autosufficienza. La mancanza di risorse ed opportunità sociali, siano esse lavorative e/o ricreative riduce, infatti, la partecipazione sociale degli anziani alla vita di comunità. D'altro canto, la vita biologica e la vita psichica si svolgono in rapporti stretti ed essenziali con l'ambiente e la privazione di stimoli ambientali riduce gli adattamenti a qualsiasi età la si consideri.

Sebbene la condizione di solitudine possa nascere dalla perdita della famiglia di origine, del coniuge, dall'allontanamento dei figli, sono soprattutto le dinamiche sociali a favorire l'emarginazione e l'isolamento (autoemarginazione) delle persone anziane, con conseguenze sia sul piano fisico che psichico.

Creare le condizioni per il superamento del senso di impotenza, della solitudine e dell'isolamento, costituisce lo strumento per sostenere il processo di empowerment dell'anziano, inteso come un processo che permette di accrescere e migliorare le possibilità di scelta e di azione in relazione ai propri bisogni, desideri, interessi, quindi un processo che permette un aumento del potere inteso come possibilità di promuovere e impedire o ridurre l'impatto della rarefazione delle relazioni, dei cambiamenti ed adattamenti, e tra questi la perdita dell'autonomia.

I maggiori problemi, riguardano gli anziani ai limiti della autosufficienza o non autosufficienti, i cosiddetti anziani fragili.

La progettazione di programmi di contrasto all'isolamento e alla solitudine rappresenta quindi lo strumento per dare risposta anche a quelle forme di disagio, che seppur non ancora visibili, rappresentano la condizione facilitante per la perdita dell'autosufficienza e della salute psico-fisica per tutti i soggetti fragili, anziani e non.

2. Obiettivi generali

Le evidenze scientifiche e quelle derivanti da un'analisi delle migliori pratiche suggeriscono un cambiamento di prospettiva nell'approccio ai problemi della popolazione anziana e di quella fragile.

Occorre superare l'orientamento settoriale ed integrare ai vari livelli di responsabilità le politiche di settore, riportando nel giusto ambito la collocazione dei problemi e superare l'atteggiamento basato sull'emergenza per promuovere una condizione di "normalità".

Sia il "Piano di azione per la comunità regionale. Una Società per tutte le età: invecchiamento della popolazione e prospettive di sviluppo" (delibera G.R. n. 2299 del 22/11/2004) che il "Rapporto

nazionale sulle strategie per la protezione sociale e l'inclusione sociale" (novembre 2006), richiamano la necessità di questo nuovo approccio, in linea con le indicazioni e gli obiettivi di integrazione dell'Unione Europea.

Nel disegnare politiche di contrasto all'esclusione sociale occorre una logica di trasversalità nel contesto delle politiche pubbliche, al fine di ridurre innanzitutto le condizioni che creano e favoriscono l'isolamento.

Leva strategica di tale approccio è un adeguato coordinamento, affinché la promozione della cultura dell'inclusione sia tenuta nella massima considerazione anche nelle programmazioni specifiche delle singole politiche di settore:

Occorre promuovere la consapevolezza delle responsabilità, ai diversi livelli (regionale, territoriale), nel concorrere a ridurre o favorire l'isolamento, nel sostenere o spezzare le reti sociali e relazionali, delle scelte urbanistiche, di politiche della casa, dei trasporti, del commercio, della cultura, dello sport.

Promuovere una valutazione preventiva di tale scelte anche rispetto alla capacità di sostenere o minare le reti sociali, aumentare o ridurre il rischio di isolamento è un modo concreto per promuovere un corretto approccio per l'inclusione sociale a partire dal livello territoriale.

Intesa in questo senso, la promozione di programmi di azione di ambito distrettuale di sostegno delle reti sociali e di prevenzione per i soggetti fragili rappresenta per un verso la concreta attuazione di alcuni qualificanti obiettivi del "Piano di azione per la comunità regionale. Una Società per tutte le età: invecchiamento della popolazione e prospettive di sviluppo". E per un altro una specificazione del Programma regionale per l'inclusione sociale in attuazione del Piano Azione Nazionale in applicazione del Programma Europeo.

Obiettivo di fondo dei programmi di ambito distrettuale è la (ri)-costruzione di un sistema a rete che contrasti la solitudine e l'isolamento, intervenendo sulle condizioni ordinarie durante tutto l'anno, favorendo il sostegno delle forme aggregative, delle reti relazionali e sociali esistenti e la prevenzione attiva delle conseguenze sociali legate alla condizione di solitudine, fragilità e di non autosufficienza, nella consapevolezza che tale obiettivo non è raggiungibile se non anche attraverso l'integrazione delle politiche di programmazione territoriale.

3. Rischio di isolamento e variabili sociali e territoriali

Il rischio di isolamento e rarefazione delle reti relazionali interessa in modo differenziato la popolazione.

Una prima variabile è rappresentata dall'età. Gli anziani risultano i più esposti a questo rischio.

Anche se la condizione anagrafica non può essere un riferimento totalmente significativo, in quanto la "prossimità relazionale" varia molto tra le persone anagraficamente sole, va ricordato come circa il 40% della popolazione =>75 vive in nuclei monopersonali.

Un'altra variabile è rappresentata dal contesto sociale.

Il processo di invecchiamento è distribuito in modo non omogeneo nel territorio regionale: le aree collinari e montane sono maggiormente interessate dal punto di vista quantitativo, mentre le concentrazioni urbane presentano condizioni particolari che rendono più complessa la condizione degli anziani, in particolare di quelli soli.

La variabile territoriale quindi rappresenta un elemento decisivo che occorre tener presente nell'approcciare il tema dell'invecchiamento della popolazione. Le condizioni generali di vita delle singole comunità locali diventano quindi determinanti per comprendere le ragioni e definire strategie di intervento di contrasto e riduzione dell'isolamento degli anziani. Non è quindi sufficiente un'analisi quantitativa, ma occorre una capacità di analisi e di intervento sugli aspetti qualitativi e specifici, in ogni ambito distrettuale, costruendo una capacità di lettura delle specifiche condizioni di rischio di isolamento e rarefazione delle relazioni.

4. Le previsioni della Del GR 509/2007 e gli interventi del FRNA: indicazioni e vincoli

Le Linee triennali per l'avvio del FRNA (DGR 509 DEL 16/04/07) prevedono l'attuazione di un programma, in ogni ambito distrettuale, che garantisca il monitoraggio delle persone fragili, sia per le condizioni ordinarie che per le situazioni di emergenza (ad es. variazioni climatiche).

L'attenzione alle condizioni sociali e relazionali delle persone fragili rappresenta una scelta strategica per ricollocare anche gli interventi di cura nell'ambito "normale" della vita quotidiana, nella convinzione che tale approccio, anticipando una spirale di decadimento, garantisca anche una migliore qualità della vita delle persone fragili ed alla lunga riduca le necessità di interventi e servizi più impegnativi.

E' per questa ragione che il programma regionale del FRNA per il triennio 2007-2009 ha posto la elaborazione ed attuazione di un programma di ambito distrettuale per il sostegno delle reti sociali e relazionali ed il contrasto dell'isolamento quale elemento indispensabile per la dotazione della rete di ambito distrettuale.

A partire dal 2008 il "Piano sociale di zona per la salute e il benessere sociale" dovrà contenere un programma di intervento di ambito distrettuale per il sostegno delle reti sociali e relazionali ed il contrasto dell'isolamento rivolto a tutta la popolazione fragile o a rischio di fragilità.

Il FRNA può cofinanziare le attività e gli interventi del programma di ambito distrettuale rivolte alle persone fragili non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza, che si articola in iniziative e programmi specifici. Il programma generale deve interessare l'insieme del territorio di riferimento, mentre specifiche iniziative o programmi di intervento possono essere rivolti a gruppi di popolazione o a specifici territori o a particolari azioni.

A partire dal 2008 le risorse destinate ai programmi di sostegno delle reti sociali e relazionali ed il contrasto dell'isolamento di norma corrispondono almeno al 2% dell'assegnazione complessiva regionale del FRNA su base distrettuale.

Per la realizzazione dei programmi locali, gli ambiti distrettuali dovranno attenersi alle indicazioni del presente documento.

Già nel corso del 2007 è possibile cofinanziare con il FRNA interventi ed azioni in linea con gli indirizzi del presente documento.

5. Proposta di elementi essenziali dei programmi di ambito distrettuale

Per favorire un processo metodologicamente omogeneo di costruzione dei programmi di ambito distrettuale, si forniscono alcuni elementi essenziali che si ritiene possano costituire indice minimo condiviso, rimandando ovviamente alla specificità di ogni territorio l'identificazione delle iniziative più opportune ed efficaci in relazione alle peculiarità locali.

5.1 Coinvolgimento e messa in rete dei soggetti che svolgono attività nel territorio

Il riconoscimento della rete sociale, nella quale opera la rete dei servizi, è strategica ai fini della costruzione di un programma di azione a contrasto della solitudine e dell'isolamento.

La prima e rilevante scelta metodologica consiste nel coinvolgere, sin dalla fase di identificazione dei problemi, tutti i soggetti che sono attivi nel territorio di riferimento, riconoscendo e valorizzando, senza istituzionalizzare, il contributo delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale ed ogni altro soggetto che liberamente concorre a ridurre l'isolamento sociale delle persone.

La promozione di una organizzazione a rete tra i vari soggetti che si occupano istituzionalmente delle problematiche legate al mondo degli anziani e tra i soggetti che, pur non avendo un ruolo formale, sono disponibili a mettere a disposizione le proprie capacità a favore del benessere dell'anziano, rappresenta lo strumento per dare continuità alle azioni a partire dalla valorizzazione delle risorse esistenti.

Spesso in molti territori, più che mancanza totale di servizi e di iniziative, quello che si riscontra è la mancanza di comunicazione tra le varie forze sociali che vi operano. In genere, anche in contesti molto disagiati e difficili, per esempio la scuola è sempre presente, così come, ad esempio, centri di aggregazione legati ad istituzioni religiose: è allora fondamentale una conoscenza molto precisa del territorio in cui si opera e soprattutto vanno incluse, contattate e messe in rete tutte le risorse positive e attive della società all'interno del territorio stesso. Questo per poter sfruttare tutte le sinergie possibili ed avviare il lavoro di educazione permanente nei

confronti di cittadini, associazioni ed istituzioni. Da una prima fase di conoscenza descrittiva delle risorse del territorio si dovrebbe poi passare ad una fase operativa di incontri e confronto tra i vari soggetti per comprendere meglio la realtà ed arrivare ad una fase successiva di progettazione comune tra tutte le forze attive, inclusi gli stessi cittadini. La ricostruzione della rete e la mappatura, dunque, rappresenta un nodo chiave per l'avvio di azioni concrete. Un possibile percorso per raggiungere tale obiettivo, è il seguente:

1. *Mappatura delle realtà associative, forme aggregative e altri soggetti sensibili alle problematiche della popolazione anziana e/o di volontariato e promozione sociale del territorio;*
2. *Contatti con i suddetti soggetti per approfondimento ed Identificazione dei problemi di rischio di isolamento specifici del contesto territoriale di riferimento;*
3. *Censimento delle iniziative già esistenti e già attive;*
4. *Condivisione di una messa in rete delle risorse e delle attività già esistenti sviluppando tutte le sinergie possibili con i soggetti disponibili;*
5. *Sviluppo eventuale di ulteriori azioni;*
6. *Manutenzione e supervisione del lavoro di rete.*

5.2 Identificazione a livello locale delle condizioni e dei fattori di rischio di fragilità

L'area geografica di residenza rappresenta una delle variabili di contesto di primaria rilevanza per l'analisi dei fenomeni sociali. In particolare in Emilia-Romagna, dove si registra una eterogeneità, sia in termini di conformazione morfogeografica del territorio (dai grandi agglomerati urbani, alle aree montane, collinari, rurali, e marine), che di distribuzione della popolazione anziana nelle diverse aree geografiche.

Ciò premesso, è necessario che nel programma di ambito distrettuale si evidenzino i fattori specifici e peculiari che creano condizioni di rischio di fragilità (anche rilevando la percezione soggettiva delle fasce di popolazione più esposte a tale rischio) e si individuino strategie e strumenti con l'obiettivo del miglioramento delle condizioni di vita nelle zone di maggior disagio (zone di montagna, zone collinari e/o rurali).

5.3 Mappatura dei soggetti a rischio di solitudine e isolamento

5.3.1 Criteri generali e fattori predittivi di fragilità

Definizione di fragilità sociale

La fragilità non è limitata ad alcune fasce di età (anziana) né esclusivamente legata alle condizioni sanitarie e di autonomia funzionale.

Certamente la condizione di isolamento e "povertà relazionale" aumenta il rischio di fragilità ed il percorso verso la non autosufficienza ed è la risultante di diversi fattori sociali e psicofisici.

Si ritiene che un approccio "ampio" e generale alla condizione di fragilità sia indispensabile nella prospettiva di ri-costruzione di reti sociali e relazionali, quali principali strumenti di contrasto dell'isolamento, in una logica di prevenzione anche delle conseguenze negative della non autosufficienza.

Per una lettura e mappatura territoriale, si propongono alcuni criteri generali, da arricchire, in sede locale, per individuare la condizione generale di fragilità sociale:

◆ *La mancanza e/o forte rarefazione delle reti familiari e sociali, da non confondere con la condizione anagrafica di solitudine, rappresenta l'elemento base che associato a due o più dei seguenti fattori può far identificare il rischio di fragilità sociale:*

- ◆ Alta necessità di assistenza (continuativa);
- ◆ Età molto avanzata (ultraottantenni), associata a condizione di reale solitudine;
- ◆ Basso reddito;
- ◆ *Condizione di Caregiver anziano (soprattutto donne), in particolare di persone con necessità di assistenza continuativa (ad esempio dementi, gravissime disabilità, etc.);*
- ◆ Persone in condizioni di isolamento in zone ad alto tasso di criminalità;
- ◆ Persone con limitata autonomia nella mobilità;
- ◆ Persone che vivono in zone isolate (montagna, collina, zone rurali);

5.3.2 Mappatura della fragilità: generale e specifica per varie tipologie di emergenze

Mappatura della fragilità generale

A partire dalle caratteristiche generali sopra elencate, è opportuno realizzare una mappatura della fragilità sociale indagando sulla presenza/assenza delle reti di sostegno formali e informali, a partire dalla specifica persona e dal contesto territoriale in cui vive.

Tale azione svolta su base territoriale (quartiere, frazione, etc.), in collaborazione con le associazioni ed i soggetti attivi in quel contesto, rappresenta già un primo intervento per il riconoscimento e/o la ricostruzione delle reti relazionali.

Questa mappatura risulta importante per sviluppare azioni e programmi ordinari di comunità, per creare condizioni di "normali" reti relazionali, utili ed indispensabili anche per intervenire in condizioni di specifiche emergenze.

Mappatura della fragilità specifica per emergenze straordinarie

La mappatura generale va arricchita di elementi conoscitivi, anche attraverso l'ampliamento delle caratteristiche dei soggetti fragili, in relazione a possibili emergenze climatiche (ondate di calore e di freddo).

Si richiamano a questo proposito i criteri già evidenziati a livello regionale nelle linee guida per gli interventi di contrasto delle ondate di calore per le emergenze rappresentate dalle ondate di calore.

Similmente vanno identificati nel tempo, se necessari, criteri specifici per altre emergenze climatiche (freddo) o per emergenze sanitarie (epidemie influenzali, etc.) o per emergenze infrastrutturali (black out elettrici, etc.).

La mappatura generale della fragilità sociale rappresenta in ogni caso la base per ogni specifico approfondimento.

5.4 Sviluppo di programmi ed approcci specifici

Il programma di ambito distrettuale, in relazione alla specificità del territorio dovrà prevedere lo sviluppo di programmi specifici in relazione a:

- presenza di zone montane, collinari e/o aree rurali
- emergenze climatiche (ondate di calore e/o freddo)
- emergenze sanitarie (epidemie influenzali, etc.)
- emergenze infrastrutturali (black-out elettrici, etc.).

5.4.1 Aree montane, collinari e/o rurali

Per quanto riguarda le zone montane, collinari e le aree rurali si richiamano, a titolo indicativo, alcune azioni ed interventi indicati nel "Piano di azione per la comunità regionale. Una Società per tutte le età: invecchiamento della popolazione e prospettive di sviluppo":

a) Miglioramento delle condizioni di vita e delle infrastrutture nelle aree montane e collinari:

- q Interventi nel settore dei trasporti e della mobilità
- q Diffuso utilizzo delle nuove tecnologie per ridurre le necessità di movimento facilitando l'accesso ai servizi ed alla pubblica amministrazione.
- q Sostenere, attraverso esercizi commerciali polifunzionali, il mantenimento di importanti presidi di comunità
- q Promuovere la diffusione di nuove forme associative/cooperative, anche di piccole dimensioni, che mettano insieme fruitori dei servizi ed organizzatori di risposte, in particolare per servizi di prossimità e servizi di cura, garantendo per entrambi il radicamento sul territorio e favorendo il massimo coinvolgimento di entrambi.

q Sperimentare forme innovative per l'accoglienza temporanea nel periodo invernale di anziani che vivono isolati in strutture abitative, utilizzabili negli altri periodi dell'anno per attività diverse (turismo scolastico, turismo sociale, etc.).

q Diffondere l'uso di tecnologie appropriate per ampliare le possibilità di vita indipendente anche nelle zone collinari e montane, attraverso il telesoccorso e la teleassistenza e la sperimentazione di progetti mirati di telemedicina.

q Valorizzare le risorse ed i servizi esistenti in una prospettiva di integrazione e sostegno delle piccole comunità, diffondendo anche esperienze di portierato sociale e presidio delle frazioni.

b) Miglioramento delle condizioni di vita degli anziani che vivono nelle aree rurali e utilizzo di nuove forme di integrazione tra attività di produzione ed attività di cura

q Prestare attenzione nella programmazione delle iniziative di sostegno dei caregiver (formazione, informazione, opuscoli, etc.) delle specificità della popolazione rurale;

q Combinare il valore del mondo agricolo e nuove forme di sviluppo degli interventi di cura, sostenendo lo sviluppo di iniziative che, previa adeguata formazione e verifica delle condizioni abitative, consentano ad alcune aziende agricole di ospitare anziani (massimo piccoli gruppi di 2/3) e di fornire gli interventi di cura e di assistenza, garantendo al tempo stesso la permanenza in un ambiente di vita più caldo e familiare.

5.4.2 Emergenze (climatiche, sanitarie, infrastrutturali)

Come già sperimentato negli ultimi anni, negli ambiti distrettuali con popolazione superiore a 50.000 abitanti, le aree che presentano condizioni climatiche caratterizzate da elevate temperature ed umidità e quindi maggiormente a rischio per le ondate di calore, articolano, all'interno del Programma di ambito distrettuale, le azioni e gli interventi per il contrasto degli effetti negativi delle eventuali ondate di calore.

Le positive esperienze condotte negli ultimi anni vanno consolidate ed inserite in una cornice di azione più ampia, ordinaria e non emergenziale, quale appunto il piano di ambito distrettuale di cui al presente documento.

Progressivamente, nel corso del 2008-2009, nei programmi di ambito distrettuali vanno previsti anche le azioni e gli interventi per altre emergenze climatiche (freddo) per le zone maggiormente interessate, e per le emergenze sanitarie (epidemie influenzali, etc.) e infrastrutturali (black-out elettrici, etc.).

5.5. Azioni ed interventi

A titolo indicativo *si propongono alcuni dei possibili interventi ed azioni*, che nelle esperienze condotte a livello regionale ed anche in altri contesti europei si sono rilevati efficaci nel ridurre e contrastare il rischio di isolamento.

5.5.1 Interventi di comunità

◆ **Sostegno Associazioni e reti sociali e relazionali**

L'auto-organizzazione ha bisogno dell'attenzione delle istituzioni e di una crescita culturale di tutte le parti della società civile: la valorizzazione delle risorse disponibili facilita infatti la strutturazione di sistemi di supporto e di aiuto accessibili a chiunque.

Tutte le esperienze sociali, aggregative e ricreative a favore degli anziani e della popolazione fragile, che nell'insieme costituiscono le reti informali e le risorse non professionali, sono spesso le più fruibili all'interno della rete sociale di cui gli anziani fanno parte.

Caratteristica peculiare delle forme aggregative spontanee è l'autonomia gestionale, che deve essere garantita anche in presenza di un riconoscimento. E' importante, infatti, che in tali ambiti, il sostegno delle istituzioni non configuri, come un'erogazione di servizi, ma come forma di ascolto e mediazione tra anziani e territorio, pur tenendo conto del rischio di l'autoreferenzialità.

In tal senso gli obiettivi possono essere così sintetizzati:

- a) Accrescere e promuovere le iniziative già realizzate, anche attraverso la promozione di nuove attività;
- b) Favorire il collegamento tra le varie forme di aggregazione e tra queste ed i servizi presenti sul territorio;
- c) Promuovere attività che conferiscano alle varie forme di aggregazione il ruolo di osservatorio privilegiato dei bisogni e delle risorse degli anziani (anche attraverso la formazione);
- d) Favorire gli scambi intergenerazionali attraverso il collegamento delle esperienze aggregative di junior e senior (anche attraverso attività di scambi di volontari all'estero).

L'esperienza dei centri sociali rappresenta una delle realtà più significative, in ambito regionale, per quel che riguarda il protagonismo e la partecipazione della popolazione anziana, all'autogestione delle attività che la coinvolgono.

Occorre sostenere lo sviluppo di tali iniziative, promuovendone anche una riflessione sui cambiamenti in atto, anche in considerazione dei diversi bisogni ed esperienze di cui saranno portatori gli anziani del futuro prossimo.

◆ **Ricostruzione delle reti sociali e relazionali ove carenti o assenti**

La costruzione della mappa delle persone fragili deve poter consentire di rintracciare la fascia di popolazione anziana e non, priva di una rete relazionale familiare, amicale o di vicinato, ed indirizzare a questa le iniziative, in collaborazione con l'associazionismo, per la ricostruzione di reti, valorizzando e consolidando in ogni ambito territoriale esperienze e progetti come Ývedi progetti "La finestra sul cortile" o "Il portierato sociale".

In questo quadro possono essere promossi:

- A) Programmi attivi di contatto con la fascia di popolazione a rischio, tramite la messa in rete delle opportunità di telefonia sociale (assicurando un contatto telefonico periodico per gli anziani ultrasessantacinquenni) e la valorizzazione del ruolo dei volontari, previa adeguata formazione, per il sostegno delle reti relazionali;
- B) Sostegno e sviluppo di iniziative e di servizi di prossimità;
- C) Sviluppo e valorizzazione delle attività ed iniziative con valore preventivo e di mantenimento delle autonomie e degli equilibri personali e sociali;
- D) Valorizzazione e diffusione esperienze ed interventi a bassa soglia ed alto impatto preventivo, tipo:
 - a. il centro servizi di Cesena (in rapporto con associazioni e artigiani; accordi con esercenti pubblici per censimento e pubblicizzazione disponibilità consegne a domicilio per settore merceologico, etc.);
 - b. momenti aggregativi per preparare e consumare insieme il pasto, superando dove possibile la forma di fornitura a domicilio e favorendo un momento di socializzazione ed incontro;
 - c. centri di aggregazione sociale per persone sole (vedi esperienza del Comune di Modena);
 - d. favorire il mantenimento della salute e la qualità della vita delle persone anziane che vivono sole e maggiormente esposte alla perdita di autonomia e alla possibilità di allontanamento dal loro domicilio (vedi esperienza del Comune di Ferrara).

◆ **Potenziamento della rete dei servizi con valore preventivo:**

- ◆ Teleassistenza e telecontrollo;
- ◆ Alloggi con servizi;
- ◆ Messa in rete varie opportunità di telefonia sociale;
- ◆ Promozione e sostegno di nuove esperienze di vita in piccole comunità volontarie ("vivere insieme");
- ◆ Messa in rete ed a sistema delle opportunità esistenti in collaborazione con organizzazioni di volontariato e associazioni di promozione sociale quali ad esempio:
 - ◆ Trasporti collettivi ed individuali
 - ◆ Spesa, farmaci e libri a domicilio

◆ **Programmi di prevenzione di fattori di rischio fortemente problematici per persone fragili (ad esempio programmi territoriali di prevenzione delle cadute, etc.)**

5.5.2 Interventi individuali sulla popolazione fragile mappata

Previsione interventi individuali per le persone inserite nella mappa di fragilità sociale, sia ordinari (contatto pro-attivo, etc.) sia in caso di emergenze.

5.6 Interventi e percorsi informativi e di condivisione nell'ambito del territorio

Nel pieno spirito del Piano Sociale e Sanitario per il triennio 2007-2009, si pone l'esigenza di una più attenta valutazione nell'organizzazione dei servizi, in termini di informazioni, accesso, modalità di comunicazione e di relazione, tenendo conto delle specifiche esigenze delle persone in condizioni di fragilità, evitando così un'informazione asimmetrica, che raggiunga solo una certa fetta di popolazione.

A livello locale dovrà essere particolarmente curata l'informazione specifica per gli operatori dei servizi sulle buone pratiche da garantire, oltre a rafforzare l'informazione generale attraverso la diffusione di indicazioni e consigli utili per la popolazione a rischio e per i loro caregiver informali.

A livello locale si suggerisce di coinvolgere i soggetti attivi (ad esempio Centri sociali, patronati sindacali, gruppi parrocchiali, etc.) che possono contribuire a diffondere in modo capillare le opportunità attivate.

5.7. Definizione di strumenti di monitoraggio ed indicatori del grado di realizzazione e di impatto delle iniziative e delle azioni

Il Programma di ambito distrettuale deve prevedere strumenti di monitoraggio sia della diffusione e prevalenza delle condizioni di rischio di isolamento sociale, che delle azioni e degli interventi per quanto riguarda il grado di realizzazione degli stessi, il grado di coinvolgimento della popolazione identificata come target e di impatto complessivo del programma. Sulla base delle esperienze che si svilupperanno sarà possibile condividere e diffondere a livello regionale gli strumenti che risulteranno più idonei.

- - -

Allegato 5

CONTRIBUTI DEL FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA FINALIZZATI AD INTERVENTI DI ADATTAMENTO DELL'AMBIENTE DOMESTICO.

Il programma di avvio del FRNA (DGR 509 DEL 16/04/07) tra le 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, prevede anche interventi di consulenza e sostegno economico per l'adattamento domestico, 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 caregivers.

Le risorse del FRNA che vengono destinate dagli ambiti distrettuali al sostegno della domiciliarità possono essere utilizzate anche per l'adattamento dell'ambiente domestico, attraverso il sostegno dello sviluppo della rete dei Centri per l'adattamento domestico (CAAD) istituiti con Deliberazione GR n.2248/2003 e attraverso l'erogazione di contributi.

La eventuale concessione di contributi è un'ulteriore opportunità da inserire nell'ambito del programma personalizzato a favore della persona non autosufficiente che viene attivato dai servizi territoriali, quando dalla valutazione multidimensionale emergono problemi legati alla condizione dell'abitazione per una adeguata e confortevole vita a domicilio (accessibilità, libertà di movimento e di autogestione, attività di assistenza e cura).

I contributi pertanto non vengono concessi in base a domanda specifica, ma sono uno degli interventi prevedibili e finanziabili, se ricorrono le condizioni soggettive di cui all'allegato A, nell'ambito del "pacchetto personalizzato" di interventi per sostenere il mantenimento a domicilio e rappresentano uno degli interventi utilizzabili dai servizi socio-sanitari territoriali nella predisposizione del programma assistenziale individualizzato (PAI), compreso il progetto individuale per le persone disabili di cui all'articolo 7, comma 3, della L.R. 2/03.

E' quindi necessario che le procedure, i tempi di realizzazione degli interventi ed i tempi di erogazione del contributo siano i più brevi e congrui con l'obiettivo del sostegno a domicilio, di norma non superiori a 60/90 giorni dal momento della evidenziazione del bisogno a quello della realizzazione dell'intervento di adattamento, compatibilmente con la complessità tecnica dello stesso e della disponibilità dei tecnici e dei professionisti e imprese che lo realizzano.

Gli ambiti distrettuali che intendono avvalersi del FRNA per finanziare interventi di consulenza e adattamento dell'ambiente domestico di persone non autosufficienti residenti nel territorio distrettuale, possono concedere contributi secondo i criteri

indicati nell'Allegato A, assicurando il rispetto delle procedure previste nell'Allegato B.

In attesa di una revisione più complessa delle diverse normative regionali che prevedono contributi economici per l'accessibilità e/o l'adattamento domestico, condizione necessaria per la concessione dei contributi con risorse del FRNA è l'adozione a livello territoriale di un sistema informativo condiviso che consenta la ricostruzione unitaria di tutte le richieste (L. 13/89, art. 10 LR 29/97, FRNA). Il coinvolgimento in tutte le procedure dei Comuni facilita il raggiungimento di questo obiettivo. La Regione sostiene ed agevola questo processo, promuovendo l'allineamento dei flussi informativi già esistenti.

In questo contesto, ferme restando le finalità e le modalità previste dalla presente direttiva, viene svolta un'azione di analisi e di raccordo con le richieste ancora inevase degli altri canali di finanziamento regionale.

Inoltre, al fine di garantire la più alta integrazione e la maggiore efficacia degli interventi, è opportuno che a livello locale si costruiscano momenti e strumenti di connessione e coordinamento anche con l'AUSL ed in particolare il servizio che gestisce la concessione di ausili prescrivibili o riconducibili al DM 332/98 "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del servizio Sanitario Nazionale: modalità di erogazione e tariffe".

ALLEGATO A dell'allegato 5

CRITERI E MODALITÀ DI ACCESSO AI CONTRIBUTI FINALIZZATI AD INTERVENTI DI ADATTAMENTO DELL'AMBIENTE DOMESTICO (FRNA).

1. FINALITÀ

Al fine di limitare le situazioni di dipendenza assistenziale e per favorire l'autonomia, la gestione e la permanenza nel proprio ambiente di vita delle persone non autosufficienti, ed agevolare il lavoro di assistenza e di cura, i contributi del FRNA destinati all'adattamento dell'ambiente domestico di abitazioni private previsti all'interno dei PAI (Piani assistenza Individualizzati), vengono erogati secondo le modalità ed i criteri di seguito indicati.

2. TIPOLOGIA DI INTERVENTI FINANZIABILI

Sono finanziabili interventi riguardanti:

- Alloggi di proprietà del beneficiario del contributo e/o del convivente o di altro familiare;
- Alloggi in locazione da soggetto privato o assegnazione da ente pubblico con regolare contratto ai sensi di legge (contratto con beneficiario, convivente o altro familiare).

Prima di effettuare interventi di tipo strutturale o murario è necessaria l'acquisizione del consenso del proprietario, fatte salve le autorizzazioni obbligatorie per legge.

Sono finanziabili le seguenti tipologie di intervento:

- Ogni intervento, inserito nel Piano assistenziale individuale (PAI), di tipo strutturale o che preveda utilizzo di attrezzature, dispositivi e ausili per migliorare l'accessibilità e la mobilità e/o l'attività di cura praticata all'interno dell'ambiente domestico,
- Interventi per l'accessibilità interna ed esterna di tipo non strutturale e di ridotta entità (non superiori a 8.000 euro).

In ogni caso non sono finanziabili interventi prescrivibili o riconducibili al DM 332/99 "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale: modalità di erogazione e tariffe".

Al fine di ottimizzare l'utilizzo di interventi e risorse per rispondere ai bisogni complessivi della persona non autosufficiente, nel caso in cui sia necessaria la prescrizione di ausili, ortesi e protesi previsti dal DM 332/99, è opportuno che, a partire dal PAI, vengano definiti percorsi socio-sanitari integrati, attraverso una stretta collaborazione dei servizi territoriali (SAA, servizi territoriali per disabili, etc.) che assicurano la valutazione e l'accesso, dei servizi sociali dei Comuni, con i Dipartimenti delle cure primarie delle AUSL, per l'erogazione dell'assistenza protesica (di cui al D.M. 332/99 e

succ. modifiche e integrazioni) nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, e gli specialisti medici per la prescrizione, al fine di facilitare l'accesso, migliorare l'appropriatezza e la personalizzazione delle prescrizione, assicurare un migliore benessere complessivo delle persone e dei loro caregiver.

Per evitare sovrapposizioni di finanziamento degli interventi di adattamento domestico realizzati tramite FRNA con canali di finanziamento previsti da altre leggi nazionali o regionali (interventi finanziabili dalla legge n. 13/89 "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati" e dalla Legge Regionale 29/97 art. 10 contributi per l'autonomia nell'ambiente domestico), prima di erogare il contributo il Soggetto individuato a livello distrettuale, nella Convenzione tra Comune o altro soggetto e l'AUSL in base a quanto previsto dalla Deliberazione GR 1004/2007 e dal documento "Indirizzi e criteri di gestione e rendicontazione del Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA)", quale responsabile della gestione amministrativa tecnico-contabile del FRNA, acquisisce una sottoscrizione con la quale il beneficiario per gli interventi oggetto del contributo del FRNA si impegna a non richiedere altri contributi per gli stessi interventi, pena la restituzione del contributo che verrà concesso e dichiara di non essere beneficiario di altri contributi pubblici.

Di norma i contributi vengono concessi previa verifica della realizzazione dell'intervento.

Nel caso di utenti valutati in situazione di disagio economico, i cui criteri sono definiti dal Comitato di distretto e dal Direttore di Distretto, vengono definiti accordi con il beneficiario del contributo e con gli artigiani e/o professionisti e/o le imprese che realizzano l'intervento di adattamento modalità di pagamento che assicurano la tempestiva realizzazione dell'intervento stesso, anche tramite liquidazione diretta al fornitore/esecutore dell'intervento.

3. SOGGETTI BENEFICIARI DEL FINANZIAMENTO

Per beneficiare dei contributi per interventi di adattamento domestico previsti nei Piani Assistenziali Individualizzati, i cittadini residenti nell'ambito distrettuale di riferimento debbono essere valutati come non autosufficienti dai servizi socio-sanitari territoriali. La valutazione di non autosufficienza, in attesa di definizioni operative più precise in merito alla gestione generale del Fondo Regionale per la non autosufficienza viene certificata nel seguente modo:

- per i cittadini disabili: **certificazione di handicap con connotazione di gravità di cui al comma 3 dell'articolo 3 della legge 104/92**, rilasciata ai sensi dell'articolo 4 della medesima legge nazionale;

- per i cittadini anziani: **valutazione di non autosufficienza** (tramite strumenti utilizzati per l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari, ad esempio scheda Bina) **da parte dell' Unità di Valutazione Geriatria (UVG) distrettuale.**

4. REQUISITI DI ACCESSO E VALUTAZIONE

Sono requisiti di accesso ai contributi per l'adattamento dell'ambiente domestico (FRNA):

- il possesso da parte del soggetto non autosufficiente della specifica certificazione per le persone anziane o disabili prevista al punto 3;
- un valore dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) riferito al nucleo familiare della persona con disabilità non superiore a 34.000 EURO calcolato secondo quanto previsto dal D.lgs.31 marzo 1998 n.109 e successive modifiche ed integrazioni.

5. ENTITÀ DEL CONTRIBUTO

Il tetto massimo di spesa ammissibile per ogni contributo è di norma fissato in 8.000 EURO.

Tale limite è aumentato a 25.000 per esigenze particolari per dotazioni domotiche, motivate da situazioni eccezionali.

Il limite di spesa viene rivalutato periodicamente con riferimento alla variazione percentuale dell'indice dei prezzi al consumo calcolato dall'ISTAT con determinazione del Responsabile del Servizio regionale competente.

Il contributo regionale di norma non potrà essere superiore al limite percentuale indicato di seguito in relazione a valore dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) della spesa ammissibile sostenuta:

- a) ISEE da € 0,00 a € 8.000,00: **90%**;
- b) ISEE da € 8.001,00 a € 13.000,00 : **70%**;
- c) ISEE da € 13.001,00 a € 21.000,00 : **50%**;
- d) ISEE da € 21.001,00 a € 34.000,00: **40%**.

In caso di esigenze particolari per dotazioni domotiche si utilizzano le percentuali precedenti ridotte rispettivamente del 15%.

In caso di carenza di risorse il minore valore dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) costituisce criterio generale di priorità per l'inserimento nei Piani di Assistenza Individualizzati anche del sostegno economico all'adattamento domestico.

ALLEGATO B dell'allegato 5

PERCORSO DI FINANZIAMENTO DEGLI INTERVENTI DI ADATTAMENTO DELL'AMBIENTE DOMESTICO (FRNA).

Le risorse del FRNA, e quindi anche quella parte dei PAI che prevedono sostegni economici per l'adattamento domestico, sono gestite dal soggetto individuato quale responsabile delle funzioni amministrative gestionali e tecnico-contabili del FRNA in base alle indicazioni regionali (dalla deliberazione G.R. 1004/2007 e dal documento "Indirizzi e criteri di gestione e rendicontazione del Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA)) in coordinamento con l'Ufficio di Piano ed i Servizi della rete.

1. PROCEDURE PER L'EROGAZIONE DEI CONTRIBUTI

Il soggetto individuato quale responsabile delle funzioni amministrative gestionali e tecnico-contabili del FRNA, in accordo con l'Ufficio di Piano, deve garantire nell'ambito distrettuale di competenza l'applicazione delle procedure di erogazione dei contributi di seguito indicate:

- a) il percorso viene avviato su iniziativa dei servizi socio-sanitari di ambito distrettuale (per gli anziani: Servizio Assistenza Anziani; per i disabili: Servizio territoriale per disabili; per persone con gravissima disabilità acquisita: èquipe multiprofessionale interistituzionale distrettuale prevista dalla DGR 2068/2004) o anche su segnalazione da parte di altri operatori o servizi (Ospedale, etc.). Nell'ambito della valutazione multidimensionale, sulla base delle condizioni dell'abitazione, si evidenziano anche la necessità di interventi per l'adattamento domestico in relazione alle condizioni individuali di chi riceve l'assistenza e le cure e di chi le assicura. Se nel programma assistenziale individualizzato (PAI) si prevede la necessità di interventi di adattamento domestico i servizi socio-sanitari di ambito distrettuale attivano e si avvalgono della consulenza tecnica del Centro Provinciale per l'adattamento dell'ambiente domestico (CAAD), nelle sue diverse articolazioni. Inoltre se ricorrono le condizioni previste nell'Allegato A) (non autosufficienza e situazione economica-patrimoniale) è possibile prevedere nel PAI anche la proposta di contributi economici, con i criteri indicati nell'Allegato A);
- b) gli operatori del CAAD provinciale effettuano un sopralluogo presso il domicilio della persona non autosufficiente e definiscono un'ipotesi di intervento di massima per l'adattamento dell'ambiente domestico, che porti a soluzione i problemi evidenziati e garantisca accessibilità, libertà di movimento, la più ampia autogestione delle attività possibile, sostegno ed alleggerimento del lavoro di cura;
- c) il cittadino beneficiario o un suo familiare o un membro della rete informale di sostegno sociale attiva privatamente i professionisti per la progettazione (tecnici progettisti) se necessari, e/o gli artigiani e tecnici installatori per

l'esecuzione dell'intervento di adattamento domestico, richiedendo un preventivo di intervento secondo le indicazioni tecniche suggerite dal CAAD;

- d) l'équipe multiprofessionale del CAAD analizza il progetto di intervento, il relativo preventivo di spesa predisposto dai professionisti incaricati dal cittadino, la documentazione amministrativa sulle autorizzazioni eventualmente necessarie per realizzare gli interventi ed il consenso del/i proprietario/i dell'immobile, effettua una valutazione di appropriatezza e congruità del progetto di adattamento dell'ambiente domestico ed identifica le spese ammissibili;
- e) il Soggetto individuato quale responsabile delle funzioni amministrative gestionali e tecnico-contabili del FRNA a livello distrettuale, secondo procedure concordate con l'Ufficio di Piano per quanto riguarda la gestione ed il monitoraggio delle risorse assegnate, nel caso di valutazione positiva ai sensi del punto d) da parte del CAAD, approva la concessione del contributo a favore della persona nell'ambito del PAI ed impegna la relativa somma;
- f) successivamente all'esecuzione dell'intervento realizzato dai professionisti incaricati dal cittadino, il CAAD procede all'accertamento dell'esecuzione dei lavori e della conformità degli stessi con il progetto valutato precedentemente appropriato e congruo ai sensi del punto d);
- g) di norma, salvo quanto previsto al punto 5 dell'Allegato A), successivamente alla verifica della regolare esecuzione degli interventi, il Soggetto responsabile delle funzioni amministrative gestionali e tecnico-contabili del FRNA, liquida il contributo, sulla base dei documenti di spesa.

Il contributo viene liquidato di norma al cittadino entro un tempo massimo di 90 giorni dall'accertamento della regolare esecuzione dei lavori, previa presentazione dei documenti di spesa.

- h) Il Soggetto Responsabile delle funzioni amministrative gestionali e tecnico-contabili del FRNA a livello distrettuale in accordo con l'Ufficio di Piano garantisce il flusso informativo riguardante gli interventi di adattamento dell'ambiente domestico realizzati annualmente con risorse del FRNA per il monitoraggio distrettuale e regionale.

La Regione, tramite i sopracitati strumenti informativi, svolge attività di monitoraggio sull'applicazione in tutto il territorio regionale della presente direttiva, al fine di intervenire con eventuali correttivi o adeguamenti volti a migliorare l'efficienza e l'efficacia dei processi messi in atto ed assicurare il supporto al confronto con le parti sociali.

Prima ipotesi di dati informativi minimi rilevati in ogni ambito distrettuale da trasmettere in Regione:

1. numero progetti individualizzati contenenti interventi di adattamento dell'ambiente domestico divisi per: area anziani, area disabilità, area gravissime disabilità acquisite DGR 2068/04;
2. risorse totali del FRNA destinate a interventi di adattamento dell'ambiente domestico;
3. tempo medio di attesa per la realizzazione dell'intervento (giorni intercorrenti tra la valutazione multidimensionale con stesura del PAI e la realizzazione dell'intervento);
4. tempo medio di attesa per la liquidazione del contributo (giorni intercorrenti tra la assegnazione del contributo e la liquidazione dello stesso dell'intervento);
5. ammontare medio del contributo per persona;
6. entità degli interventi: divisi per fasce di spesa ammissibile effettuata: sino a 4.000 euro, da 4.001 a 8.000; oltre 8.000 e per fascia di ISEE.
7. numero situazioni che non hanno potuto beneficiare del contributo economico, pur in presenza di tutti gli altri requisiti, per superamento limite ISEE.

Allegato n. 6 - Criteri per il finanziamento dell'assistenza residenziale per le persone con gravissima disabilità acquisite (DGR 2068/2004)

1. Le soluzioni residenziali

1.1 La corretta definizione delle soluzioni residenziali nel percorso assistenziale

Il sistema disegnato dalla DGR 2068/2004 prevede, al termine del percorso riabilitativo, e comunque per i comi dopo un periodo di almeno 6/9 mesi dall'evento, la predisposizione di una offerta di posti residenziali, sia in piccoli nuclei di strutture per anziani o disabili sia in caso eccezionale mediante inserimenti individuali, nel rispetto di garanzie di qualità ed adeguatezza dell'assistenza, per favorire la vicinanza con l'ambiente di residenza.

Pertanto le soluzioni residenziali previste dalla DRG 2068 sono utilizzabili soltanto al termine del complesso percorso riabilitativo, nelle sue diverse fasi, e si collocano quali opportunità di lunga assistenza alternative al domicilio, quando non esistono le condizioni (familiari, sociali, ambientali) per garantire una adeguata assistenza a domicilio.

2.2 La definizione dei percorsi riabilitativi precedenti le soluzioni residenziali

L'organizzazione dei percorsi riabilitativi per le gravissime disabilità si sviluppa a partire dagli appropriati interventi nella fase preospedaliera e il tempestivo ricovero ospedaliero in sede idonea per trattamenti rianimatori o neurochirurgici, trattamenti di durata variabile da alcuni giorni ad alcune settimane (fase acuta- i dati del registro regionale GRACER ne indicano in 31 giorni la durata media). Dopo questa fase, possono essere necessari interventi medico-riabilitativi di tipo intensivo, anch'essi da effettuare in regime di ricovero ospedaliero, che possono durare da alcune settimane ad alcuni mesi (fase post-acuta). Nella maggior parte dei casi, dopo la fase di ospedalizzazione, permangono sequele che rendono necessari interventi di carattere sanitario e sociale a lungo termine, volti ad affrontare menomazioni e disabilità persistenti, e difficoltà di reinserimento familiare, sociale, scolastico e lavorativo (fase degli esiti).

Con la DGR 2125/2005 sono state approvate le linee guida per l'organizzazione della rete integrata regionale di strutture, presidi e servizi riabilitativi per le persone affette da Gravi Cerebrolesioni Acquisite (progetto GRACER): in particolare sono state definite le strutture riabilitative in grado di garantire un percorso assistenziale integrato per il paziente con grave cerebrolesione acquisita sia nella fase acuta che nella fase post-acuta.

La rete per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite (GCA) è costituita dalle strutture riabilitative pubbliche e private

accreditate (Spoke) in rete con l'Unità Gravi Cerebrolesioni del Dipartimento di Medicina Riabilitativa dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara (Hub), che ha avviato dall'aprile 2004 il Registro Regionale GRACER attraverso cui è possibile valutare il fabbisogno riabilitativo ed assistenziale delle persone affette da GCA, i percorsi e gli esiti nei diversi nodi della rete. Complessivamente in Regione sono stati individuati 98 posti letto per l'offerta di prestazioni riabilitative intensive nei diversi nodi della rete di cui 75 nelle strutture sanitarie pubbliche e 23 nelle strutture private accreditate.

Dai dati di attività del registro GRACER risulta come, alla fine della fase acuta, il 57.2% dei pazienti sono stati trasferiti in reparti di riabilitazione intensiva; il 7.1% in reparti di riabilitazione estensiva, il 4% a domicilio, mentre un 22.2% risulta deceduto. Il 9.6% dei pazienti risulta inviato alle strutture di lungodegenza o residenziali: tale percentuale passa al 19% analizzando la sola popolazione di pazienti che, al termine della fase acuta si presenta in stato vegetativo.

Per quanto riguarda la fase degli esiti e della gestione territoriale le indicazioni della delibera G.R. 2125/2005 vanno coordinate ed integrate con lo sviluppo e l'attuazione di quanto previsto dalla Delibera G.R. 2068/2004.

Si è avviato un processo di coordinamento sia per le mielolesioni e per alcune patologie neurologiche involutive in fase avanzata, tenendo conto della specificità delle disabilità gravissime conseguenti a patologie non legate ad un evento ma ad un processo degenerativo - involutivo. La conclusione di questo percorso dovrà consentire di disporre anche per questi due gruppi di patologie di chiari percorsi assistenziali.

Alla conclusione del progetto riabilitativo in fase post-acuta, sia con interventi di tipo intensivo che estensivo (lungodegenza), il sostegno al ritorno ed al mantenimento a domicilio rappresenta la scelta privilegiata, da attuare attraverso una corretta dimissione protetta che garantisca la continuità assistenziale.

Se ciò non risulta possibile, o per la incompatibilità delle disabilità con un'assistenza a domicilio o per l'assenza di una situazione familiare, personale o ambientale in grado di garantire il ritorno al domicilio, il piano personalizzato di assistenza può prevedere la permanenza in strutture residenziali.

E' necessario che gli operatori coinvolti nel progetto GRACER, ed in particolare quelli che operano negli SPOKE Territoriali, deputati alla gestione dei percorsi di deospedalizzazione e reinserimento, definiscano relazioni funzionali e modalità di integrazione con queste strutture tali da consentirne l'utilizzo adeguato e tempestivo.

1.3 Lo stato attuale

E' stato censito il fabbisogno di soluzioni residenziali ad aprile 2007: complessivamente sono 337 i casi individuati per i quali è appropriata una soluzione residenziale. Di questi sono

281 le persone già ospitate in struttura che hanno terminato il percorso riabilitativo, mentre 56 che nel corso dei prossimi mesi completeranno il percorso riabilitativo e pertanto avranno necessità di una soluzione residenziale di lunga durata. Nella maggioranza dei casi (193), è già stato garantito un inserimento in struttura in linea con quanto previsto dalla DGR 2068/04 in particolare per quanto riguarda l'assunzione totale della spesa dal FS.

Un numero minore di persone si trova invece in una situazione ancora provvisoria rispetto a quanto previsto dalla direttiva. Si tratta in particolare di persone inserite provvisoriamente in reparti ospedalieri di lungodegenza pubblica (41) o privata (7) pur avendo completato il percorso riabilitativo, oppure di persone inserite in strutture per anziani (34) o per disabili (6), ma con le regole organizzative e di compartecipazione valide per queste tipologie di struttura, senza la totale copertura del FS. Complessivamente sono dunque 88 i casi per i quali è tuttora in corso la completa applicazione della DGR 2068/04.

AUSL	TOTALE CASI con caratteristiche 2068 da soluzione residenziali al di là della attuale collocazione compresi nuovi casi	Inserimenti residenziali in linea con 2068, a provvisorio totale carico FS, in nuclei o inserimenti individuali presso CP/RSA, CSSR, o altri nuclei	Provvisoriamente in lungodegenza (da superare)	Inserimenti individuali presso rete anziani o disabili secondo le regole di anziani e disabili (da superare)		Nuovi casi ancora nel percorso riabilitativo che necessiteranno ingresso in soluzione residenziale 2068 nei prossimi mesi
				Rete Anziani	Rete Disabili	
PC	29	16				13
PR	40	27	10	0	0	3
RE	31	25	1			5
MO	41	19	7	6	0	9
BO	47	22	5	15	1	4
IM	5	3	1			1
FE	27	8	5	3	3	8
RA	25	12	5	1	2	5
FO	23	20	0	0	0	3
CE	36	18	8	9		1
RN	33	23	6	0	0	4
TOTALE	337 di cui:	193	48	34	6	56
		281				

1.4 Criteri per l'inserimento nel FRNA e per il finanziamento 2007

Si prevede:

1) l'imputazione della spesa a carico del Fondo Sanitario del 55% per le spese prettamente sanitarie e carico del FRNA del 45%;

2) per il 2007 il mantenimento del limite massimo di spesa equivalente alla tariffa per la lungodegenza (prevedibile per il 2007 in 160 euro) ed il riconoscimento del finanziamento

dall'1.1.2007 per i 281 casi già inseriti mentre per le 56 situazioni ancora da inserire si è considerata una media di 5 mesi.

1.5 Ipotesi finanziamento 2007

	<i>A carico del FRNA - 45% costo giornaliero max di riferimento 160 euro pari alla tariffa lungodegenza (72 euro)</i>	<i>A carico del FSR - 55% costo giornaliero max di riferimento 160 euro pari alla tariffa lungodegenza (88 euro)</i>	Totale
PC	555.120	678.480	1.223.600
PR	991.440	1.211.760	2.203.200
RE	727.920	889.680	1.617.600
MO	926.640	1.132.560	2.059.000
BO	1.157.760	1.415.040	2.572.800
IM	114.480	139.920	254.400
FE	578.880	707.520	1.286.400
RA	572.400	699.600	1.272.000
FO	550.800	673.200	1.224.000
CE	918.000	1.122.000	2.040.000
RN	794.880	971.520	1.766.000
TOTALE	7.888.320	9.641.820	17.529.600

L'assegnazione è riferita all'ipotesi di utilizzo per tutti gli inserimenti della tariffa massima di 160 euro ed è senz'altro valida per gli inserimenti in lungodegenze, mentre può risultare superiore o inferiore a quanto realmente speso in molte altre situazioni.

Per l'utilizzo delle risorse del FRNA nel corso del 2007 si forniscono le seguenti indicazioni:

- nel limite del tetto massimo di 160 euro, le spese sostenute vengono poste a carico del FS PER IL 55% e del FRNA nella misura del 45%;
- gli inserimenti in lungodegenza terminato il periodo di riabilitazione (48 ad aprile 2007) vengono di norma progressivamente superati nel corso del 2007, tenendo conto della opportunità di eccezioni per tutelare la continuità assistenziale in caso di situazioni particolari (prolungato inserimento positivo e rischi di alterare l'equilibrio positivo instaurato anche con i familiari, difficile accessibilità dell'eventuale soluzione alternativa).

1.6 Prospettive

Entro la fine del 2007 la Regione individua i criteri e standard e tariffe per le soluzioni residenziali per le gravissime disabilità acquisite, accompagnando questo percorso attraverso:

- l'organizzazione di un percorso formativo di accompagnamento all'adozione dei criteri e standard regionali rivolto ai professionisti ed agli operatori dei nuclei, alle figure di governo del sistema ed ai professionisti delle equipe multiprofessionali distrettuali;
- la definizione di uno schema minimo regionale di cartella socio-sanitaria unitaria ed avvio di un sistema informativo specifico.

A partire dal 2008, le AUSL che hanno provvisoriamente definito tariffe superiori ai limiti regionali ridefiniscono i contenuti degli accordi in relazione ai nuovi criteri e standard e di conseguenza ridefiniscono le tariffe in linea con gli indirizzi regionali. In presenza di specifici servizi e prestazioni sanitarie aggiuntive, ritenute necessarie dalla AUSL stessa, possono riconoscere una quota aggiuntiva della tariffa a carico del Bilancio sanitario