

REGOLAMENTO PER L'EROGAZIONE DI INTERVENTI ECONOMICI A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITÀ DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI ai sensi delle deliberazioni della Giunta Regionale n.39-11190 del 6/4/09 e n. 56- 13332 del 15/2/10

PREMESSA

A seguito dell'approvazione da parte della Giunta Regionale della Deliberazione n. 51 – 11389 del 23.12.2003: “D.P.C.M 29 novembre 2001, allegato 1, Punto 1.C. Applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio sanitaria” e della successiva predisposizione della convenzione tra A.S.L. TO4 e gli Enti Gestori – si è provveduto all'applicazione dei livelli essenziali di assistenza relativi all'articolazione delle cure domiciliari dell'assistenza territoriale, semi residenziale e residenziale degli anziani non autosufficienti e dei disabili in condizioni di gravità assegnando al Distretto il compito di assicurare l'integrazione tra i servizi sanitari, sanitari a rilievo sociale e sociali a rilievo sanitario.

Con particolare riferimento all'articolazione delle cure domiciliari nella fase di lungo assistenza, l'A.S.L. TO4 e gli Enti gestori si sono impegnati con i succitati accordi a perseguire i seguenti obiettivi:

- la promozione e la differenziazione delle attività e dei servizi in relazione alla molteplicità dei bisogni espressi privilegiando le azioni volte ad evitare l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione impropria;
- il perfezionamento dei livelli quantitativi e qualitativi di intervento con particolare riferimento a quelli svolti al domicilio in forma integrata;
- il mantenimento del cittadino nel proprio contesto di vita il più a lungo possibile;
- l'attivazione di una rete complessa e diversificata di prestazioni in ambito distrettuale anche attraverso il coinvolgimento del volontariato e del privato sociale;
- il supporto di care giver anche attraverso azioni finalizzate a potenziare l'autonomia di interventi.

La Regione Piemonte, con deliberazione della Giunta Regionale 6 aprile 2009, n.39-11190: *“Riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria ed istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungo assistenza di anziani non autosufficienti. Estensione dei criteri per la compartecipazione al costo delle prestazioni di natura domiciliare di cui alla D.G.R n. 37-6500 del 23.7.2007”*, ha inteso ricondurre, per quanto possibile, ad uniformità il diritto alle Cure domiciliari in Lungo assistenza e, nello stesso tempo, istituire il contributo economico a sostegno della domiciliarità di anziani non autosufficienti, disciplinando, fra l'altro, i destinatari, i massimali, le condizioni per l'erogazione, il riconoscimento di un rimborso spese a favore del familiare o dell'affidatario permettendo di dare continuità ed incrementare il numero di interventi economici già attivi.

Ai sensi della suddetta DGR 6 aprile 2009, n.39-11190 l'ASL TO4 e gli Enti Gestori hanno adottato un Regolamento Unico per tutto il territorio per l'erogazione degli interventi a sostegno della domiciliarità.

La Regione Piemonte con deliberazione della Giunta Regionale 15/2/2010 n. 56-13332 *“Assegnazione risorse a sostegno della domiciliarità per non autosufficienti in lungo assistenza a*

Approvato con Deliberazione n. 10 del 27.04.2010 dell'Assemblea Consortile

favore di anziani e persone con disabilità con età inferiore a 65 anni . Modifiche ed integrazioni alla DGR 39-11190 del 6/4/09” ha esteso l’istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungo assistenza a persone con disabilità non autosufficienti di età inferiori a 65 anni ed ha definito i destinatari, i massimali, le condizioni di erogazione, il riconoscimento di un rimborso spesa a favore del familiare o dell’affidatario. La stessa stabilisce inoltre che, a seguito di alcuni mesi dell’applicazione della DGR 39-11190 del 6/4/09, al fine di migliorare le modalità di applicazione del contributo economico, apporta modifiche ed integrazioni alla deliberazione suddetta.

In ottemperanza alle suddette deliberazioni della Giunta Regionale l’ASLTO 4 e gli Enti Gestori delle funzioni socio assistenziali ad esso afferenti hanno sottoscritto dei protocolli d’intesa ai fini di regolamentare in modo omogeneo le attività socio sanitarie nelle cure domiciliari in lungoassistenza e riformulare i criteri attualmente utilizzati per l’erogazione dei contributi economici.

ART. 1 OGGETTO E FINALITÀ

L’Azienda sanitaria TO4 e gli Enti Gestori delle funzioni socio assistenziali ad essa afferenti intendono, con il presente regolamento, riformulare i criteri attualmente utilizzati per la erogazione dei contributi economici finalizzati alla lungo assistenza domiciliare in ottemperanza con quanto disposto dalla deliberazione della Giunta Regionale 6 aprile 2009, n.39-11190: *“Riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria ed istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungo assistenza di anziani non autosufficienti. Estensione dei criteri per la compartecipazione al costo delle prestazioni di natura domiciliare di cui alla D.G.R n. 37-6500 del 23.7.2007”*. e successivamente dalla DGR 56-13332 del 15/2/10 *“Assegnazione risorse a sostegno della domiciliarità per non autosufficienti in lungo assistenza a favore di anziani e persone con disabilità con età inferiore a 65 anni . Modifiche ed integrazioni alla DGR 39-11190 del 6/4/09”*

I contributi economici a sostegno della domiciliarità in lungoassistenza, oggetto del presente regolamento, sono finalizzati alla:

- a) promozione e sostegno del ruolo esercitato dalla famiglia o dal nucleo di convivenza, distinguendo le attività prestate in base ai fondamentali doveri di solidarietà tra i componenti e lo svolgimento di prestazioni riconducibili al lavoro di cura;
- b) promozione e sostegno dell’assunzione di un ruolo parafamiliare da parte di volontari singoli attraverso la modalità dell’affidamento familiare, distinguendo tra l’esercizio di funzioni tipiche della solidarietà di vicinato e lo svolgimento di prestazioni riconducibili al lavoro di cura;
- c) valorizzazione del ruolo esercitato dagli operatori di diversa qualifica in un sistema di cura che ottimizzi e promuova lo sviluppo delle risorse umane.

Tali finalità vengono perseguite riconoscendo ai beneficiari un servizio o una erogazione monetaria per la copertura del costo dei servizi di assistenza tutelare socio-sanitaria così come definiti nel paragrafo 1, allegato A) delle suddette deliberazioni ed in particolare:

- a) assistenza domiciliare svolta da Assistenti domiciliari e delle strutture tutelari (ADEST), da Operatori socio sanitari (OSS) e da Assistenti familiari;
- b) cure familiari svolte da un familiare che risulta parente o affine entro il 4° grado (comprendendo anche i nipoti indiretti) o da un componente del nucleo familiare anagrafico o di fatto convivente con il beneficiario (con esclusione dell’assistente familiare convivente per ragioni lavorative);
- c) affidamento – diurno a domicilio della persona non autosufficiente o residenziale con l’inserimento della persona nel nucleo dell’affidatario – a volontari singoli o a famiglie che si

rendono disponibili ad offrire un riferimento ed un aiuto concreto a chi è privo di reti parentali o con familiari fragili e/o impossibilitati ad esercitare un ruolo significativo;

d) telesoccorso erogato attraverso fornitori riconosciuti dall'Azienda sanitaria/Ente gestore socioassistenziale;

e) pasti a domicilio erogati attraverso fornitori abilitati.

I costi delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria possono, quindi, riferirsi:

a) all'acquisto, da parte del beneficiario, di prestazioni di assistenza domiciliare svolta da Assistenti domiciliari e delle strutture tutelari (ADEST) o da Operatori socio sanitari (OSS) o da Assistenti Familiari presso fornitori accreditati o riconosciuti dall'Azienda sanitaria/Enti gestori;

b) alla regolare assunzione di un Assistente familiare da parte del titolare del PAI, da chi lo rappresenta o da un congiunto;

c) al riconoscimento economico dovuto alle cure familiari ed all'affidamento secondo i massimali e le modalità successivamente stabilite;

d) all'acquisto diretto, da parte del beneficiario, del servizio di telesoccorso e/o di pasti a domicilio da fornitori accreditati o riconosciuti dall'Azienda sanitaria/Ente gestore.

Le prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria di cui al comma precedente sono soggette a compartecipazione paritaria tra Azienda sanitaria ed Utenti/Enti gestori così come disposto dalla DGR 51-11389/2003 e devono essere previste da un Piano Individualizzato o da un Piano Assistenziale Individualizzato. Il PI/PAI domiciliare può contenere un mix delle prestazioni erogabili come sopra specificate, integrabili con interventi semiresidenziali e/o residenziali temporanei di sollievo, questi ultimi temporanei, finanziati con risorse finalizzate alla residenzialità e semiresidenzialità.

I contributi economici a sostegno della domiciliarità sono, comunque, erogati fino alla concorrenza e nel limite delle risorse economiche disponibili e quantificate annualmente dagli Enti coinvolti.

ART. 2 DESTINATARI

Le misure di sostegno economico disciplinate dal presente regolamento sono destinate:

a) agli anziani, residenti sul territorio dell'ASL TO4, dichiarati non autosufficienti dalle competenti Unità di valutazione ed inseribili in progetti di cure domiciliari in lungo assistenza, per finanziare i quali verrà utilizzato l'intero ammontare delle risorse erogate dalla Regione con la D.G.R. n.39-11190 del 6/4/09;

b) alle persone con disabilità, residenti sul territorio dell'ASL TO4, non autosufficienti di età inferiore a 65 anni con le seguenti tipologie di disabilità:

- persone, minori e adulte, affette da patologie croniche invalidanti che determinano notevoli limitazioni della loro autonomia
- persone colpite da minorazioni fisiche
- persone colpite da minorazioni di natura intellettuale e/o fisica anche associata a disturbi del comportamento e relazionali non prevalenti
- minori con situazioni psico sociali anomale associate a sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali (ICD X/ICF) fatti salvi gli interventi di esclusiva competenza sanitaria

dichiarati non autosufficienti dalle competenti Unità di valutazione ed inseribili in progetti di cure domiciliari in lungo assistenza, per finanziare i quali verrà utilizzato l'intero ammontare delle risorse erogate dalla Regione con la D.G.R. n.56-13332 del 15/2/10;

I progetti di vita indipendente disciplinati dalle "Linee guida per la predisposizione dei progetti di vita indipendente" di cui alla DGR 48-9266/2008 sono alternativi alle prestazioni socio sanitari domiciliari previsti dalla DGR56-13332 del 15/2/10, fino a che sussistono i requisiti per il mantenimento del progetto "vita indipendente".

Approvato con Deliberazione n. 10 del 27.04.2010 dell'Assemblea Consortile

Gli interventi economici sono prioritariamente destinati a persone per le quali non è possibile attivare interventi all'interno delle risorse già esistenti.

ART. 3

DEFINIZIONE TIPOLOGIE INTERVENTI ECONOMICI A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITÀ

Il contributo economico è definito in base alle seguenti tipologie d'intervento:

1) **Assegno di domiciliarità** nel caso di prestazioni domiciliari direttamente acquisite dalla famiglia (assistente familiare regolarmente assunto, con l'applicazione del CCNL del Lavoro Domestico, dal soggetto beneficiario o da un fornitore riconosciuto da ASL ed Enti Gestori);

2) **Sostegno intrafamiliare** svolto da un familiare distinguendo quando:

- ha un ruolo solo di caregiver: tale ruolo non è monetizzato, in quanto intrinseco al legame di parentela e all'eventuale scelta di convivenza;
- oltre al ruolo di caregiver, svolge anche compiti di cura nei confronti dell'anziano non autosufficiente secondo i tre livelli di necessità assistenziale definiti dalla Commissione valutativa. In questi casi il familiare deve dimostrare la reale disponibilità di tempo e di capacità nella cura e nell'assistenza dell'anziano.

3) **Affidamento** quando il sostegno è fornito da un volontario riconosciuto dal Servizio Sociale.

L'attività del volontario può essere integrata dall'intervento domiciliare effettuato dall'assistente familiare o da altra figura professionale fino alla concorrenza del massimale previsto, analogamente a quanto avviene per i familiari. L'affidatario può essere distinto in:

- Affidatario caregiver: ruolo più leggero nel caso di bassa e media intensità assistenziale
- Affidatario con compiti di cura
- Affidamento residenziale: accoglienza temporanea o definitiva presso l'abitazione dell'affidatario nei casi in cui l'assenza di reti parentali precluda la permanenza presso il proprio domicilio.

4) **Servizi di Telesoccorso e/o pasti a domicilio.**

ART. 4

MODALITÀ D'ACCESSO

L'erogazione delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria in lungo assistenza domiciliare è organizzata mediante la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione del piano di lavoro integrato e individualizzato, il monitoraggio costante, la verifica periodica e la valutazione finale dei risultati.

La persona non autosufficiente – ove intenda accedere alle suddette prestazioni – dovrà, quindi, intraprendere uno specifico percorso che, attraverso la valutazione, conduce alla definizione di un piano individualizzato periodicamente verificato dai competenti servizi.

Alle Unità di valutazione distrettuali è richiesto di:

- a) recepire ed istruire la richiesta di cure domiciliari in lungo assistenza presentata dalle persone interessate nei tempi previsti;
- b) individuare, attraverso la valutazione multi dimensionale, i bisogni sanitari e socio sanitari dei richiedenti indicando le risposte più idonee al loro soddisfacimento e privilegiando – ove possibile – il mantenimento al domicilio di coloro che lo desiderino;
- c) garantire completa informazione – anche mediante documentazione scritta – alle persone ed alle famiglie sui loro diritti e relativamente alle procedure per fruire del complesso delle prestazioni erogabili;

d) predisporre e/o approvare un progetto d'intervento identificando la fascia d'intensità assistenziale, il livello e la tipologia di prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria adeguato;
e) assicurare la verifica periodica dell'attuazione degli impegni previsti nel progetto (anche mediante l'esame della relativa documentazione), il mantenimento delle condizioni di erogazione del contributo economico, nonché procedere ad una eventuale revisione del progetto attivato.

Le competenti Unità Valutative distrettuali provvederanno, altresì, alla predisposizione dei PI attraverso l'attività degli operatori socio-sanitari che hanno in carico la persona costituiti in apposita équipe multidisciplinare.

I contributi economici finalizzati alla copertura del costo dei servizi di assistenza tutelare sociosanitaria sono alternativi al ricovero definitivo in struttura residenziale.

Per tale ragione le persone dichiarate eleggibili ad un PI o ad un PAI di cure domiciliari in lungo assistenza dall'Unità di valutazione competente – e che ad esso aderiscano – sono escluse dalla lista d'attesa per un progetto assistenziale che preveda la residenzialità.

Per le suddette persone viene, in ogni caso, fatto salvo quanto previsto dalla D.G.R. 42-8390/2008 con la quale si dispone che, qualora il soggetto con progetto domiciliare o semiresidenziale necessiti di un progetto di residenzialità, ridefinito sempre e comunque dall'Unità di valutazione, verrà inserito nella lista d'attesa tenendo conto della data di prima valutazione.

In analogia con quanto previsto nel comma precedente, le persone già valutate ed in lista d'attesa per la residenzialità o semi residenzialità, nelle situazioni in cui non sia stato preso in considerazione un progetto di domiciliarità da parte della competente Unità di valutazione, possono richiedere una riprogettazione e, se ne sussistono le condizioni, passare ad un progetto di domiciliarità.

Resta inoltre fermo quanto previsto dalle “Linee guida per la predisposizione dei progetti di vita indipendente” di cui alla DGR 48-9266/2008 relativamente alle persone per le quali, non sussistendo più i requisiti per il mantenimento dei progetti, si rendano necessarie prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria domiciliari o residenziali.

Ulteriori indicazioni del percorso d'accesso saranno dettagliate nei regolamenti delle Unità Valutative Distrettuali.

ART. 5

CRITERI DI DETERMINAZIONE DEL VALORE ECONOMICO DEL CONTRIBUTO

Gli interventi economici sono erogati in base alla valutazione congiunta nell'ambito delle Unità Valutative Multidisciplinari distrettuali circa le esigenze assistenziali e sanitarie e al conseguente “progetto individualizzato” concordato con l'interessato/famiglia.

In applicazione delle linee regionali della vigente normativa l'intervento verrà erogato in base a tre livelli di intensità assistenziale e a tre tipologie di contributo, così come definito dalla seguente tabella:

TIPOLOGIE LIVELLI INTENSITÀ ASSISTENZIALE	ASSEGNO DI DOMICILIARITA'	SOSTEGNO INTRAFAMILIARE	AFFIDAMENTO
LIVELLO ALTA INTENSITÀ (punteggio oltre il 15)	Fino a € 1.350,00 mensili* suddiviso in - 50% quota sanitaria - 50 % quota sociale in base al reddito * € 1.640,00 se senza rete familiare (per l'anziano) e nel caso di assenza di rete familiare o famiglia fragile o complessità assistenziale (per disabile)	€ 400,00 mensili suddiviso in: - 50% quota sanitaria - 50 % quota sociale in base al reddito	1.Affidatario caregiver: non previsto 2.Affidatario con compiti di cura: € 600,00 mensili 3.Affidatario residenziale: € 700,00 suddiviso in - 50% quota sanitaria - 50 % quota sociale in base al reddito
LIVELLO MEDIA INTENSITÀ (punteggio da 10 a 15)	Fino a € 1.100,00 mensili suddiviso in - 50% quota sanitaria - 50 % quota sociale in base al reddito	€ 300,00 mensili suddiviso in - 50% quota sanitaria - 50 % quota sociale in base al reddito	1.Affidatario caregiver: € 200,00 2.Affidatario con compiti di cura: € 500,00 mensili 3.Affidatario residenziale: € 700,00 suddiviso in - 50% quota sanitaria - 50 % quota sociale in base al reddito
LIVELLO BASSA INTENSITÀ (punteggio da 4 a 9)	Fino a € 800,00 mensili suddiviso in - 50% quota sanitaria - 50 % quota sociale in base al reddito	€ 200,00 mensili suddiviso in - 50% quota sanitaria - 50 % quota sociale in base al reddito	1.Affidatario caregiver: € 200,00 2.Affidatario con compiti di cura: € 400,00 mensili 3.Affidatario residenziale: € 700,00 suddiviso in - 50% quota sanitaria - 50 % quota sociale in base al reddito

I massimali di contributo suindicati potranno essere periodicamente aggiornati, con specifico provvedimento degli Enti coinvolti.

Il costo dell'assistenza tutelare socio-sanitaria prevista dai PI è per il 50% (componente sanitaria) a carico dell'Azienda sanitaria e viene dalla stessa assunto prescindendo dal reddito del beneficiario, mentre il restante 50% (componente sociale) è a carico dell'utente che potrà avvalersi del sostegno economico fornito dall'Ente gestore in ottemperanza alle disposizioni di cui all'allegato C) della D.G.R. n.39-11190 del 6/4/09 e della DGR56-13332 del 15/2/10.

E' condizione indispensabile per l'erogazione del contributo economico a sostegno della domiciliarità in lungo assistenza l'accettazione – da parte del soggetto destinatario e/o di chi ha titolo a rappresentarlo in tutto o in parte (familiare, Amministratore di sostegno, Curatore, Tutore) – dell'intero PI/PAI domiciliare redatto dalla competente équipe multidisciplinare. Tale accettazione comprende l'impegno dell'utente a farsi carico della quota di costo della prestazione posta a suo diretto onere. L'utente, inoltre, qualora non ancora riconosciuto invalido civile, è tenuto a presentare domanda per ottenere tale riconoscimento e le conseguenti eventuali provvidenze concesse dallo Stato a titolo di minorazione.

Il PI/ PAI può prevedere le tipologie di prestazioni indicate all'Articolo 3 del presente regolamento – anche tra loro integrate – ed i relativi contributi, sino ai massimali individuati nel suindicato prospetto. Il PI /PAI, inoltre, deve contenere la data di inizio e di fine del progetto.

Si precisa che in caso di un mix di prestazioni il massimale di riferimento è quello relativo al livello di intensità riconosciuto dalle Unità Valutative di competenza e alla copertura massima del costo di assistenza tutelare socio-sanitaria prevista dal PI.

Con specifico riferimento alle cure familiari si precisa, altresì, che concorre al riconoscimento economico il familiare che – oltre al semplice ruolo di care giver (che non dà diritto ad alcun contributo) – svolge anche compiti di cura nei confronti di soggetti non autosufficienti, secondo i tre livelli di necessità assistenziale summenzionati.

Nel caso in cui uno dei familiari fruisca del congedo parentale di cui all'art. 42 comma 5 del Dlgs 151/2001 non è possibile erogare nel sistema della domiciliarità interventi consistenti in contributi economici alle famiglie che assistono direttamente la persona non autosufficiente ad esclusione dei fruitori del congedo in oggetto che dimostrino che tale congedo implica una riduzione dello stipendio normalmente ricevuto.

I contributi economici erogati ai familiari che espletano le suddette funzioni non si configurano come una remunerazione delle attività svolte, ma si giustificano in relazione alle spese sostenute ed all'eventuale mancato guadagno.

Nel caso in cui il PI/PAI preveda il ricorso all'affidamento diurno o residenziale il contributo economico a sostegno della domiciliarità è erogato all'affidatario con le stesse modalità di cui al comma precedente.

Ad ogni affidatario non può essere affidata più di una persona. E' possibile la valutazione di eventuali eccezioni, legate a casi di coniugi, strette parentele, convivenze, particolari condizioni di vicinato, nonché situazioni specifiche in aree territoriali. L'attività volontaria dell'affidatario può essere integrata dall'intervento domiciliare effettuato dall'assistente familiare o da altra figura professionale fino alla concorrenza del massimale previsto, analogamente con quanto indicato al comma precedente per i familiari.

L'affidamento residenziale è finalizzato all'accoglienza temporanea/definitiva della persona non autosufficiente presso il domicilio dell'affidatario nei casi in cui l'assenza di reti parentali ne precluderebbe la permanenza presso l'abitazione. Si tratta di un intervento connotato dalla continuità delle cure, attivabile in situazioni di maggiore necessità assistenziale, evitando così il ricorso all'istituzionalizzazione dell'persona non autosufficiente.

I contributi economici erogati per l'affidamento residenziale non si configurano come una remunerazione delle attività svolte, ma si giustificano in relazione alle spese sostenute.

Ai fini di un'applicazione di criteri uniformi di valutazione della situazione economica, rilevante per l'individuazione dei criteri di compartecipazione ai costi dei servizi oggetto del presente

regolamento, si applicano le disposizioni di cui al D.lgs. 109/1998, così come modificato dal D.lgs. 130/2000 e le disposizioni regionali contenute nell'allegato C) della D.G.R. n. 39- 11190 del 6/4/09 e nell'allegato F ella DGR56-13332 del 15/2/10

Il reddito considerato, quindi, è quello del beneficiario, rilevato dalla certificazione ISE, comprensiva della DSU (dichiarazione sostitutiva unica), costituito da tutti gli introiti dichiarati, derivanti da pensioni, redditi vitalizi di qualsiasi natura effettivamente percepiti, redditi da lavoro dipendente o autonomo, redditi patrimoniali e altre entrate economiche, accertate dall'Ente Gestore. Ai fini della valutazione della situazione economica complessiva verranno considerate le eventuali altre risorse economiche reddituali e patrimoniali non contemplate dallo strumento ISEE quali, ad esempio:

Indennità concesse a titolo di minorazione

- Indennità di accompagnamento per invalidità civile
- Indennità per cecità assoluta
- Indennità speciali per ciechi ventesimisti
- Indennità di comunicazione per sordomuti

Altre entrate non fiscalmente rilevanti quali:

- Pensione invalidità civile (per i disabili)
- Assegno sociale (A.S.)
- Pensione sociale (P.S.)
- Integrazioni sociali alle pensioni minime
- Rendite INAIL
- Pensioni estere
- Pensioni di guerra
- Quota del 20% netta su pensione di reversibilità per Invalidi 100%.

Per la determinazione della quota sociale per l'integrazione economica si procede secondo quanto di seguito indicato:

a) dalla documentazione presentata dall'utente si calcola il reddito ISE individuale, *al quale si aggiungono le eventuali* entrate non comprese nell'ISE, ad esclusione delle indennità di accompagnamento, e si detrae la franchigia sul reddito di cui al successivo Art.6.

b) dal reddito complessivo annuo così ottenuto si calcola il reddito mensile;

c) in relazione al livello di intensità riconosciuto dalle Unità valutative e al PI/PAI predisposto dall'equipe multidisciplinare si determina la tipologia e l'entità del contributo mensile spettante a sostegno di un progetto di domiciliarità;

d) il 50% dell'importo del contributo, corrispondente alla quota sanitaria, viene comunque erogato;

e) dal rimanente 50%, corrispondente alla quota sociale del contributo spettante, viene detratta la quota mensile dell'indennità di accompagnamento;

f) l'eventuale differenza verrà erogata mensilmente unitamente alla quota sanitaria di cui al punto d).

Qualora il reddito complessivo annuo sia inferiore alla franchigia sul reddito (€ 9.000,00) si terrà conto della differenza negativa nella determinazione della quota sociale del contributo spettante, ma l'Ente Gestore non è tenuto ad integrazione alcuna.

In casi di nuclei con la presenza di due soggetti non autosufficienti aventi diritto all'intervento, per il secondo componente il contributo spettante è ridotto del 50 %.

I soggetti anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti affetti da insufficienza renale cronica possono usufruire del contributo economico a sostegno della domiciliarità in lungo assistenza, in aggiunta al contributo economico, riconosciuto ai sensi della D.G.R. n. 8-12316 del 12 ottobre 2009 "Potenziamento delle cure domiciliari nei pazienti affetti da insufficienza renale terminale con necessità di trattamento dialitico tramite contributo economico di sostegno alla dialisi domiciliare".

ART. 6 FRANCHIGIE

Si definisce franchigia il valore da utilizzare per determinare una quota di disponibilità da sottrarre al risultato della situazione economica complessiva.

Per la valutazione della situazione economica finalizzata all'erogazione di contributi a sostegno della domiciliarità delle persone non autosufficienti si considerano le seguenti franchigie già previste dal succitato D.lgs. 109/1998, così come modificato dal D.lgs. 130/2000:

a) franchigia sull'affitto: qualora il beneficiario risieda in abitazione in locazione, si detrae il valore del canone annuo, fino a concorrenza, per un ammontare massimo di euro 5.164,57 (euro 430,40 mensili);

b) franchigia sul patrimonio mobiliare: dall'ammontare del patrimonio mobiliare come sopra determinato, si detrae - fino a concorrenza - la franchigia di euro: 15.493,71;

c) franchigia sul patrimonio immobiliare: dall'ammontare del patrimonio immobiliare come sopra determinato, si detrae - fino a concorrenza - la franchigia di euro: 51.645,69 per la casa adibita a prima abitazione dell'assistito. Tale detrazione è alternativa a quella relativa al valore del capitale residuo del mutuo contratto per l'acquisto o la costruzione del bene.

Inoltre, si riconosce un'ulteriore franchigia sul reddito come indicato dalle disposizioni regionali contenute nell'allegato F) della D.G.R. n. 56-13332/2010, al beneficiario della prestazione spetta – per le proprie spese ed esigenze personali - una quota di reddito non inferiore alla maggiorazione sociale delle pensioni a favore di soggetti disagiati, introdotta dall'art. 38 della Legge 28 dicembre 2001 n. 448 (Legge finanziaria 2002). Tale maggiorazione, individuata di anno in anno, è pari, nel 2009, a € 594,64.

Tale soglia, stante le specificità territoriali e le caratteristiche dell'intervento, è elevata a € 750,00 mensili, pari a € 9.000,00 annuali.

In analogia con quanto previsto dalla DGR 37-65000 del 23.07.07 e dalla DGR 17-15226 del 30.03.05, nel caso in cui l'unico percettore di reddito di un nucleo familiare sia tenuto alla compartecipazione di un progetto di lungoassistenza domiciliare e che a causa di tale evento insorgano difficoltà economiche a cui il nucleo non è in grado di far fronte autonomamente, quota parte del reddito della persona assistita a domicilio deve essere lasciato a disposizione del coniuge o altro familiare convivente privo di redditi.

In particolare, se si accerta che il coniuge o gli altri familiari conviventi fiscalmente a carico non dispongano di beni patrimoniali e/o di un reddito autonomo sufficiente al proprio sostentamento e/o al pagamento di locazione e delle altre spese necessarie, è possibile, aumentare la franchigia di cui al precedente punto a) di un'ulteriore quota di reddito non inferiore alla maggiorazione sociale delle pensioni a favore di soggetti disagiati, introdotta dall'art. 38 della Legge 28 dicembre 2001 n. 448 (Legge finanziaria 2002). Tale maggiorazione, individuata di anno in anno, è pari, nel 2009, a € 594,64 (€ 7.135,68 annuali).

I suindicati importi delle franchigie potranno essere periodicamente aggiornati, con specifico provvedimento degli Enti coinvolti.

ART. 7 VALIDITA' DELLA SITUAZIONE ECONOMICA DICHIARATA

La situazione economica dichiarata ha validità annuale.

Qualora la consistenza patrimoniale o il reddito differisca di oltre 1/5 da quella rilevata nella dichiarazione sostitutiva unica durante il periodo di fruizione del contributo economico, il beneficiario della prestazione dovrà autocertificare la variazione all'Ente Gestore che la assumerà

quale base di calcolo. Il beneficiario si dovrà impegnare, altresì, a produrre, l'anno successivo, la dichiarazione comprovante tale variazione.

ART. 8 OBBLIGHI DEI BENEFICIARI

Il contributo erogato deve essere utilizzato per le finalità previste nel progetto individualizzato. I beneficiari, nel sottoscrivere il Piano Individualizzato (PI), assumono i seguenti obblighi in riferimento alla tipologia d'intervento come previsto dall'Art. 3:

Assegno di Domiciliarità

- Gli assistenti familiari impiegati, se non direttamente forniti da agenzie accreditate da ASL ed EE.GG., vengono individuati ed assunti con l'applicazione del CCN del Lavoro Domestico, nel pieno rispetto della normativa vigente, dalla persona non autosufficiente titolare del contributo o dai suoi familiari.
- Ogni onere retributivo, assicurativo e previdenziale riguardante il personale impiegato è posto a carico del titolare del contratto di assunzione. Il titolare del contratto si farà obbligo di rendicontare attraverso la presentazione, all'Ente erogatore del contributo, del bollettino trimestrale attestante l'avvenuto versamento dei contributi previdenziali all'INPS ovvero analoga documentazione.
- Nessun rapporto di lavoro intercorrerà pertanto tra l'Ente Gestore, l'Azienda Sanitaria e gli assistenti familiari.
- L'attivazione del contributo prevede la formalizzazione di un contratto (protocollo) sottoscritto dalle parti interessate nel quale sono indicati le modalità ed i tempi d'attuazione e di verifica del Piano Individualizzato.
- Il titolare del contributo o il suo familiare s'impegna a comunicare all'Ente erogatore entro 15 giorni, pena la sospensione del contributo, le variazioni anagrafiche, dei redditi, dell'indennità di accompagnamento, del parente di riferimento, gli eventuali inserimenti residenziali temporanei o definitivi e la data del decesso.
- L'ASL TO4 e gli Enti Gestori sono sollevati da qualsiasi onere e responsabilità sia relativamente all'osservanza delle disposizioni di legge e regolamenti, sia per qualunque atto od omissione, da parte degli assistenti familiari nei confronti della persona non autosufficiente e di terzi che possono rimandare a responsabilità amministrative, civili e penali.

Sostegno Intrafamiliare:

- Il familiare, parente o affine entro il IV° grado (comprendendo anche i nipoti indiretti) o il componente del nucleo familiare anagrafico o di fatto convivente con il beneficiario (con esclusione dell'assistente familiare convivente per ragioni lavorative) dovrà attestare il possesso del requisito nonché la disponibilità di tempo nella cura attraverso la sottoscrizione del PAI.

Affidamento:

- Il volontario che svolge anche compiti di cura dovrà dimostrare la disponibilità di tempo e di capacità nella cura attraverso la sottoscrizione del PAI.
- Il volontario non potrà vantare alcun ulteriore compenso per il sostegno garantito alla persona non autosufficiente.

In tutti i casi il beneficiario e/o i suoi familiari/tutore dovranno collaborare e facilitare l'azione di monitoraggio del progetto assistenziale condotto dagli operatori socio-sanitari appositamente individuati.

ART. 9 COMPETENZE ENTI ISTITUZIONALI

Gli Enti erogatori (ASL, EE.GG), nell'ambito delle risorse messe a disposizione, provvederanno a versare il contributo, comprensivo della quota sanitaria e sociale, ai beneficiari con cadenza mensile.

ART. 10 MONITORAGGIO

Gli operatori dei servizi dell'ASL TO4 e degli Enti Gestori appositamente individuati verificheranno periodicamente la corrispondenza tra l'assistenza prestata e quanto previsto dal PI, nonché il permanere delle condizioni che hanno determinato l'avvio dell'intervento.

ART. 11 CRITERI DI ASSEGNAZIONE DEI CONTRIBUTI

Presso i Distretti Sanitari saranno costituite, in base ai finanziamenti regionali, due liste d'attesa, (per ultra65 e persone con disabilità inferiori ai 65 anni) dei soggetti valutati dall'Unità Valutativa distrettuale sulla base del punteggio attribuito. La lista d'attesa per le persone con disabilità di età inferiore ai 65 anni si articolerà in due differenti graduatorie (minori e adulti) alle quali ciascun ente capofila dovrà destinare distinte risorse ricavate dalla suddivisione percentuale della popolazione fra minori ed adulti.

L'assegnazione del contributo economico avverrà sulla base dell'intensità assistenziale riconosciuta e del relativo progetto individuale.

ART. 12 SOSPENSIONE E REVOCA

Il contributo è sospeso in caso di ricovero ospedaliero o ricoveri di sollievo in struttura residenziale superiore a 30 giorni.

Il contributo è revocato, dalla data del verificarsi dell'evento, in caso di:

- a) inserimento definitivo in struttura residenziale;
- b) decesso;
- c) non rispetto degli impegni sottoscritti nel PAI;
- d) accertamento di notizie mendaci. In questo caso, i beneficiari dei contributi oltre ad incorrere nelle sanzioni penali previste dalle leggi vigenti, saranno tenuti alla restituzione delle somme indebitamente percepite.

L'erogazione del contributo economico a sostegno della domiciliarità non viene sospeso – in caso di fruizione di residenzialità temporanea – qualora l'assistenza tutelare sia prestata da un assistente familiare, assunto con secondo il C.C.N. del Lavoro Domestico o comunque vi sia un contratto in essere non sospendibile.

ART. 13 RISPETTO DELLE NORME VIGENTI ED ABROGAZIONI

Per tutto quanto non disciplinato dal presente regolamento, si fa riferimento alle normative vigenti e agli altri regolamenti dell'Azienda sanitaria e degli Enti gestori, ove compatibili.

Copia del presente regolamento, a norma dell'articolo 22 della legge 7.08.1990 n. 241 e s.m.i., sarà tenuta a disposizione del pubblico presso le sedi dell'Azienda sanitaria e degli Enti gestori, perché se ne possa prendere visione in ogni momento.

Le norme contenute nel presente regolamento sostituiscono quelle precedentemente approvate dai rispettivi Enti coinvolti e disciplinanti l'erogazione di contributi economici a sostegno della domiciliarità di persone non autosufficienti, che devono pertanto intendersi abrogate.

ART. 14 DECORRENZA E NORMA TRANSITORIA

Il presente regolamento, stante l'urgenza e l'indifferibilità, è immediatamente esecutivo.

Considerata l'eterogeneità delle precedenti disposizioni regolamentari e demandata agli accordi stipulati con il distretto sanitario di riferimento, la decorrenza dei nuovi criteri agli utenti già beneficiari di contributi a sostegno della domiciliarità.

ART. 15 CONTROVERSIE

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