



<b>STRUTTURA</b>	<i>Direzione Regionale:</i> SALUTE E POLITICHE SOCIALI		
<b>PROPONENTE</b>	<i>Area:</i> POLITICHE PER L'INCLUSIONE		
Prot. n. _____ del _____			
<b>OGGETTO: Schema di deliberazione concernente:</b>			
L.R.11/2016. Linee guida operative agli ambiti territoriali per le prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore delle persone non autosufficienti, in condizione di disabilità gravissima, ai sensi del decreto interministeriale 26 settembre 2016.			
_____ (ORLANDI MARIA CRISTINA) (DI TULLIO PATRIZIA) (A. MAZZAROTTO) (V. PANELLA) L' ESTENSORE IL RESP. PROCEDIMENTO IL DIRIGENTE RESPONSABILE IL DIRETTORE REGIONALE			
<b>ASSESSORATO</b>	POLITICHE SOCIALI, SPORT E SICUREZZA		
<b>PROPONENTE</b>	(Visini Rita) L'ASSESSORE		
<b>DI CONCERTO</b>	_____		
<b>ALL'ESAME PREVENTIVO COMM.NE CONS.RE</b> <input type="checkbox"/>			
<b>COMMISSIONE CONSILIARE:</b>		<b>VISTO PER COPERTURA FINANZIARIA:</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Data dell' esame:</b>		IL DIRETTORE DELLA DIREZIONE REGIONALE PROGRAMMAZIONE ECONOMICA, BILANCIO, DEMANIO E PATRIMONIO	
con osservazioni <input type="checkbox"/>		senza osservazioni <input type="checkbox"/>	
<b>SEGRETERIA DELLA GIUNTA</b>		<b>Data di ricezione: 28/02/2017 prot. 108</b>	
<b>ISTRUTTORIA:</b> _____			
_____			
_____			
_____			
_____		_____	
IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO		IL DIRIGENTE COMPETENTE	
_____		_____	
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA		IL PRESIDENTE	

Oggetto: L.R.11/2016. Linee guida operative agli ambiti territoriali per le prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore delle persone non autosufficienti, in condizione di disabilità gravissima, ai sensi del decreto interministeriale 26 settembre 2016.

## LA GIUNTA REGIONALE

**SU PROPOSTA** dell'Assessore alle Politiche Sociali, Sport e Sicurezza;

**VISTO** lo Statuto della Regione Lazio;

**VISTA** la legge regionale 18 febbraio 2002, n.6 “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza e al personale regionale” e successive modifiche e integrazioni;

**VISTO** il regolamento regionale 6 settembre 2002, n.1 “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale” e successive modifiche e integrazioni;

**VISTA** la legge 8 novembre 2000, n.328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

**VISTA** la legge 5 febbraio 1992, n.104 “Legge-quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate” come modificata dalla legge 21 maggio 1998, n.162;

**VISTA** la legge regionale 10 agosto 2016, n.11 “Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio”;

**VISTA** la legge regionale 23 novembre 2006, n.20 “Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza”;

**VISTA** la legge regionale 02 dicembre 1988, n.80 “Norme per l’assistenza domiciliare e successivi provvedimenti”;

**VISTO** il decreto legislativo del 23 giugno 2011, n.118 “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42”;

**VISTA** la legge regionale 20 novembre 2001, n. 25 “Norme in materia di programmazione, bilancio e contabilità della Regione”;

**VISTA** la legge regionale 31 dicembre 2016, n.17 “Legge di stabilità regionale 2017”;

**VISTA** la legge regionale 31 dicembre 2016, n.18 “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2017 – 2019”;

**VISTO** il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”;

**VISTO** il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”, allegato 1 punto 1.C “Area integrazione socio-sanitaria”;

**VISTO** il D.P.C.M del 13 gennaio 2017 di aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza;

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

**VISTE** le seguenti deliberazioni della Giunta regionale:

- D.G.R. 01 agosto 2013, n.239 “ Programma di utilizzazione delle risorse statali di cui al D.M. 20 marzo 2013.- Fondo per le non autosufficienze, annualità 2013. Modalità di attuazione degli interventi. Importo complessivo € 23.952.500,00”;
- D.G.R. 30 settembre 2014, n. 633 “Programma di utilizzazione delle risorse statali di cui al D.M.7 maggio 2014 - Fondo per le non autosufficienze, annualità 2014. Modalità di attuazione degli interventi. Importo complessivo € 30.022.000,00 - Cap. H41131 es. fin. 2014”;

**VISTE**, altresì, le deliberazioni della Giunta regionale:

- D.G.R. 25 gennaio 2008, n.40 “Adozione dello Strumento di Valutazione Multidimensionale regionale per l’ammissione e presa in carico di persone portatrici di problematiche assistenziali complesse negli ambiti domiciliare, semiresidenziale e residenziale”;
- D.G.R. 03 maggio 2016, n.223 “Servizi e interventi di assistenza alla persona nella Regione Lazio”;
- D.G.R. 08 luglio 2011, n.315 “Il Punto Unico d’Accesso sociosanitario integrato nella Regione Lazio – Linee d’Indirizzo”;

**VISTO** il Decreto del Commissario *ad acta* n.431 del 24 dicembre 2012 “La Valutazione Multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell’Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio”;

**VISTO** il Decreto del Commissario *ad acta* n.306 del 1 ottobre 2014 “Adozione della Scheda S.Va.M.Di. per la valutazione delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale per l’accesso alla residenzialità, semiresidenzialità e domiciliarità”;

**VISTI** :

- l’art. 1 della legge 27 dicembre 2006, n.296, in particolare i commi 1264 e 1265 che, rispettivamente, istituiscono il “Fondo per le non autosufficienze” e dispongono che i provvedimenti concernenti l’utilizzo dello stesso siano adottati dal Ministro della solidarietà sociale, di concerto con il Ministro della Salute, il Ministro delle politiche per la famiglia ed il Ministro dell’economia e delle finanze previa intesa in sede di Conferenza unificata;

- il decreto interministeriale 26 settembre 2016 relativo al riparto delle risorse del Fondo per le non autosufficienze, anno 2016, registrato dalla Corte dei Conti il 3 novembre 2016 al foglio n. 4038 che, all'art.2, stabilisce che le risorse del Fondo devono essere utilizzate per le finalità di cui allo stesso articolo, nel rispetto dei modelli organizzativi regionali, per la realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone non autosufficienti, individuando, le aree prioritarie di intervento;

**RILEVATO** che il citato decreto interministeriale, all'art. 3, stabilisce quanto segue:

- comma 2:  
è definita condizione di disabilità gravissima, ai soli fini del decreto, quella delle persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1998, n. 18 o, comunque, definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013 e per le quali si è verificata almeno una delle condizioni indicate dalle lettere da a) ad i) del comma 2 dello stesso articolo, specificando i profili, le scale di valutazione da utilizzare ed i punteggi da assumere nella valutazione;
- comma 4:
- la definizione di disabilità gravissima di cui al comma 2 è adottata in via sperimentale;
- le Regioni si impegnano entro il termine del 2017 a includere tra le persone beneficiarie quelle nelle condizioni previste all'art.2 del decreto 26 settembre 2016 se non lo abbiano già fatto nei precedenti atti di programmazione del 2015;
- la definizione di disabilità gravissima sarà sottoposta a valutazione a seguito della rilevazione delle persone in tale condizione che, in base al comma 5, le Regioni dovranno trasmettere entro il primo trimestre 2017; l'obiettivo (art. 7) è definire livelli essenziali delle prestazioni assistenziali per questa tipologia di utenza da garantire in modo omogeneo indipendentemente dalla residenza della persona, nei limiti delle risorse del FNA disponibile;

**DATO ATTO** che per la definizione di disabilità gravissima, in discontinuità con quanto stabilito nei precedenti decreti di riparto del FNA (2013/2014/2015), a rilevare è il grado di deficit/compromissione funzionale connesso alla patologia accertata con conseguente necessità di assistenza intensa ed integrata alla persona in ambito domiciliare e che, pertanto, ciò determinerà un ampliamento della platea dei beneficiari;

**DATO ATTO** che anche la legge regionale 10 agosto 2016 n.11, all'art.22, per quanto concerne i livelli essenziali delle prestazioni sociali, alla lettera e) richiama il servizio di assistenza domiciliare con prestazioni di cura sociali e sanitarie integrate;

**VISTA** la deliberazione di Giunta regionale 7 novembre 2016, n.662 che, nel programmare l'utilizzazione degli stanziamenti per il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali, anno 2016, prevede al punto 2, di finalizzare l'importo complessivo di euro 14.100.000,00, corrispondente alla riserva obbligatoria del 40% indicata dal decreto di riparto del FNA 2016, alle prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore delle persone in condizione di disabilità gravissima come definite all'art. 2 del decreto;

**VISTA** la deliberazione di Giunta regionale 5 luglio 2016, n.384 “ L.R. 38/96 articolo 47. Individuazione degli ambiti territoriali per la gestione associata da parte degli enti locali degli interventi e dei servizi socio assistenziali, compresi quelli di sostegno per l'inclusione attiva delle persone in condizioni di vulnerabilità, finanziati con le risorse del fondo nazionale di cui all'articolo 1, comma 386 della legge 28 dicembre 2015, n. 208”;

**VISTA** la determinazione dirigenziale 15 dicembre 2016 n.G15088 con la quale, in attuazione della citata D.G.R. 662/2016, si è provveduto:

- al riparto ed all'assegnazione ai distretti socio sanitari del Lazio, secondo i criteri consolidati popolazione (90%) e territorio (10%), del budget 2016 per le prestazioni di assistenza domiciliare integrata in favore delle persone in condizione di disabilità gravissima, ai sensi del decreto interministeriale 26 settembre 2016;
- all'impegno in favore dei suddetti soggetti della quota del 70% del budget spettante, pari ad euro 9.870.000,00 complessivi, esercizio finanziario 2016;
- alla definizione di criteri e modalità per la pianificazione e gestione territoriale del servizio, in conformità alle disposizioni di cui all'art. 3 del succitato decreto;
- alla indicazione di specifiche prescrizioni per il rispetto degli obblighi informativi imposti dal decreto agli ambiti territoriali in quanto soggetti erogatori di servizi;
- al coordinamento con le linee guida regionali in materia di disabilità gravissima precedentemente dettate con le determinazioni dirigenziali n. B11355/14 e n. G15714/15 disponendo il superamento delle stesse per quanto non compatibili con la nuova definizione della condizione legata alla complessità ed intensità del deficit funzionale e del correlato bisogno assistenziale;

**VISTA** la determinazione dirigenziale 22 dicembre 2016, n.G15629 con la quale, in attuazione della citata D.G.R. 662/2016, si è provveduto:

- alla prenotazione di impegno, sull'esercizio finanziario 2017, in favore dei distretti socio sanitari del Lazio della restante quota del 30% del budget loro assegnato per le prestazioni di assistenza domiciliare integrata in favore delle persone in condizione di disabilità gravissima per il 2016, pari ad euro 4.230.000,00;
- alla indicazione, ai fini dell'erogazione della quota a saldo, di uno specifico adempimento informativo concernente l'acquisizione, entro il 15 marzo 2017, dei dati sulle prese in carico ed erogazione delle prestazioni assistenziali domiciliari in ambito territoriale fornite alle persone in condizione di disabilità gravissima che gli stessi distretti, come soggetti erogatori di servizi, sono tenuti a rimettere secondo le modalità previste all'art.3, comma 5 del 26 settembre 2016;

**RIBADITE** le indicazioni programmatiche e gestionali di cui alla determinazione dirigenziale n.G15088/16 in merito alle sottomisura 3.2 (SLA) e 3.3 (Alzheimer) del piano sociale di zona di cui alla D.G.R. 136/2014;

**ATTESO** che, in attuazione della D.G.R. 662/2016, è necessario definire le nuove linee guida operative regionali agli ambiti territoriali per le prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore delle persone in condizioni di disabilità gravissima in conformità con le disposizioni contenute nel decreto interministeriale 26 settembre 2016;

**RITENUTO**, pertanto, di approvare l'Allegato A alla presente deliberazione, che ne costituisce parte integrante e sostanziale, denominato "*Linee guida operative regionali agli ambiti territoriali per le prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore delle persone in condizioni di disabilità gravissima*",

DELIBERA

Per le motivazioni indicate in premessa che si richiamano integralmente:

Di approvare l'Allegato A alla presente deliberazione, che ne costituisce parte integrante e sostanziale, denominato "*Linee guida operative regionali agli ambiti territoriali per il servizio di assistenza domiciliare in favore delle persone in condizioni di disabilità gravissima*"

Copia

***Linee guida operative regionali agli ambiti territoriali per le prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore delle persone in condizioni di disabilità gravissima.***

**Premessa**

Il decreto interministeriale 26 settembre 2016, registrato dalla Corte dei Conti in data 3 novembre 2016 (di seguito *decreto*) attribuisce alle Regioni una quota delle risorse assegnate al Fondo Nazionale per le Non autosufficienze (FNA) per l'anno 2016 pari complessivamente ad euro 390 milioni che dovranno essere utilizzate per le finalità di cui allo stesso decreto.

Le Regioni, infatti, in coerenza con i propri modelli organizzativi, utilizzano le risorse per realizzare prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio sanitari in favore di persone non autosufficienti che, tenuto conto dell'art. 22 comma 4 delle legge 8 novembre 2000 n. 328, diano priorità alle aree di intervento, di seguito indicate, riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni:

- a) l'attivazione o il rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, anche in termini di ore di assistenza personale e supporto familiare, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni alla evoluzione dei modelli di assistenza domiciliari;
- b) la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con trasferimenti monetari nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari nelle forme individuate dalle Regioni o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato, di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b) del decreto interministeriale e in tal senso monitorati;
- c) la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie, nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare, assumendo l'onere della quota sociale e di altre azioni di supporto individuate nel piano personalizzato, di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b) del decreto interministeriale e ad esclusione delle prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea.

Le Regioni utilizzano le risorse prioritariamente e, comunque, in maniera esclusiva per una quota non inferiore al 40%, per gli interventi di cui all'articolo 2 del *decreto* a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA).

Le risorse, inoltre, sono finalizzate alla copertura dei **costi di rilevanza sociale** dell'assistenza socio-sanitaria e sono aggiuntive rispetto alle risorse già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti da parte delle Regioni, nonché da parte delle autonomie locali. Le prestazioni e i servizi non sono sostitutivi, ma aggiuntivi e complementari, a quelli sanitari.

Le prestazioni assistenziali contemplate integrano il complesso dell'offerta dei servizi territoriali per la non autosufficienza.

## 1) Risorse finanziarie

La deliberazione di Giunta regionale 7 novembre 2016, n.662 concernente il Programma di utilizzazione degli stanziamenti per il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali, anno 2016, finalizza la somma totale di euro 14.100.000,00, corrispondente alla quota minima obbligatoria del 40%, prevista dal *decreto*, alla copertura dei costi sociali per gli interventi di cui all'art. 2 a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica.

Tale somma è destinata ai distretti socio sanitari individuati come *ambiti territoriali* ottimali per la gestione delle prestazioni: la Regione Lazio ha, infatti, confermato per la pianificazione territoriale dei servizi nell'anno 2016 (D.G.R 384/2016), l'articolazione territoriale definita nella D.G.R.136/14 e ribadita con la D.G.R. 585/2015.

Lo stanziamento di euro 14.1000,000 è stato, pertanto, ripartito in favore di Roma Capitale, dei Comuni e degli Enti Capofila dei distretti socio sanitari del Lazio in base al criterio consolidato del 90% popolazione residente (ultimi dati demografici fonte ISTAT) e 10% estensione territoriale, andando a costituire il budget distrettuale specificamente destinato alle disabilità gravissime.

Con determinazione dirigenziale del 15 dicembre 2016, n.G15088 è stato assunto l'impegno in favore dei distretti socio sanitari della quota pari al 70% del budget spettante, per un importo complessivo di euro 9.870.000,00 sul capitolo di spesa H41131.

Con determinazione dirigenziale, 22 dicembre 2016, n.G15629 si è provveduto alla prenotazione di impegno sull'esercizio finanziario 2017 della restante quota del 30%, pari ad euro 4.230.000,00 complessivi con indicazione puntuale delle modalità di successiva liquidazione dell'importo.

Gli ambiti territoriali sono stati informati, con nota protocollo n. 50966 del 1.02.2017, dell'adozione dei succitati atti e di alcuni adempimenti essenziali nella gestione delle prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore delle persone in condizione di disabilità gravissima.

## 2) Contesto di riferimento e finalità generali

Le presenti linee guida si pongono come indirizzi operativi agli ambiti territoriali per la gestione degli interventi in materia di disabilità gravissima; modificano, in coerenza con le indicazioni contenute nel *decreto*, le precedenti linee guida (adottate con determinazioni dirigenziali nn. G 11355/14 e G 15714/15) e coordinano le varie disposizioni in funzione, soprattutto, della nuova definizione di disabilità gravissima, di cui all'art. 3 dello stesso *decreto*, adottata in via sperimentale.

Le linee guida regionali, in conformità a quanto previsto dalla legge 8 novembre 2000, n.328 e dalla legge regionale 10 agosto 2016, n. 11, indicano come obiettivi prioritari:

- favorire, ove possibile, la permanenza nel proprio domicilio delle persone con importanti compromissioni funzionali che richiedono un elevato livello di intensità assistenziale;
- garantire una maggiore flessibilità organizzativa dei modelli di offerta, attraverso soluzioni personalizzate che siano in grado di conciliare più aspetti: adattabilità, appropriatezza, tempestività ed efficacia delle cura/assistenza domiciliare ad alta integrazione, elevando la qualità stessa del servizio;
- implementare la rete di sostegno ed aiuto alle persone in condizione di disabilità ed al nucleo familiare;

- rafforzare l'integrazione socio sanitaria in risposta ad un bisogno complesso.

### 3) Condizione di disabilità gravissima e destinatari

Gli ambiti territoriali potranno utilizzare le risorse per il supporto assistenziale alle persone in condizione di disabilità gravissima, ivi comprese quelle affette da sclerosi laterale amiotrofica, come definite dall'art.3 del *decreto*.

Ai soli fini del *decreto*, si intendono in condizione di disabilità gravissima le **persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013, e per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:**

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS)  $\leq 10$ ;
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)  $\geq 4$ ;
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo  $\leq 1$  ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS)  $\geq 9$ , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con  $QI \leq 34$  e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER)  $\leq 8$ ;
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche .

Per la valutazione della condizione di disabilità gravissima, di cui alle precedenti lettere a), c), d), e), e h), si rinvia alle scale di misurazione illustrate **nell'Allegato 1** al *decreto*.

Per l'individuazione delle altre persone in condizione di dipendenza vitale, di cui alla precedente lettera i), si utilizzano, invece, i criteri di cui **all'Allegato 2** dello stesso *decreto*.

Nel caso in cui le condizioni di cui alle lettere a) e d) siano determinate da eventi traumatici e l'accertamento dell'invalidità non sia ancora definito ai sensi delle disposizioni vigenti, gli interessati possono comunque accedere, nelle more della definizione del processo di accertamento, ai benefici previsti dalle Regioni, in presenza di una diagnosi medica di patologia o menomazione da parte dello specialista di riferimento che accompagna il rilievo funzionale.

#### 4) Obblighi informativi

L'art. 3 del *decreto* prevede una serie di adempimenti di carattere informativo, in particolare:

- la Regione dovrà (comma 5) comunicare al Ministero competente, entro il primo trimestre del 2017, il numero di persone in condizioni di disabilità gravissima rilevate, sul proprio territorio, per tipologia di disabilità/compromissione funzionale secondo le condizioni individuate al comma 2, dalla lettera a) alla lettera i);
- le informazioni sulla presa in carico e le prestazioni erogate alle persone in condizione di disabilità gravissima (comma 6), rilevate ai sensi del succitato comma 5, devono essere messe a disposizione del Casellario dell'assistenza, di cui all'art. 13 del decreto-legge n. 78 del 2010, secondo le modalità previste dal decreto interministeriale 16 dicembre 2014 ed, in particolare, mediante la trasmissione del modulo SINA, di cui all'art. 5, comma 3, lettera b) del medesimo decreto.

Le informazioni, trasmesse da tutti gli enti erogatori degli interventi, saranno utilizzate per validare il numero complessivo delle persone in condizione di disabilità gravissima rilevate ai sensi del comma 5.

Tale rilevazione costituirà un punto di partenza per la revisione ed integrazione dei criteri futuri di riparto delle risorse del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze anche al fine di definire livelli essenziali di prestazione per questa tipologia di utenza su tutto il territorio nazionale, nei limiti delle risorse disponibili.

Sulla base delle informazioni raccolte, il Ministero sottoporrà a valutazione la definizione di disabilità gravissima adottata in via sperimentale.

La Regione Lazio richiamava i soggetti erogatori delle prestazioni all'obbligo di fornire dati già nel 2014 e 2015 (determinazioni nn. G11355/14 e G15714/15).

Per l'anno 2016, l'erogazione ai distretti socio sanitari degli importi costituenti la quota del 30% del budget 2016 assegnato è condizionata all'acquisizione, **entro il termine del 15 marzo 2017**, dei dati sulle prese in carico e sull'erogazione delle prestazioni assistenziali domiciliari in ambito territoriale fornite alle persone in condizione di disabilità gravissima (determinazione n.G15629/2016).

A tal fine, si riporta la tabella che ciascun ambito dovrà compilare e trasmettere entro il termine sopraindicato alla Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali, Area Politiche per l'inclusione, all'indirizzo pec:

[inclusione.salutementaleedisabilita@regione.lazio.legalmail.it](mailto:inclusione.salutementaleedisabilita@regione.lazio.legalmail.it) .

<b>Persone in condizione di disabilità gravissima D.M. 26 settembre 2016 Articolo 3, comma 2, lettere da a) ad i)</b>	<b>Numero rilevato dalla Regione</b>	<b>Ambito</b>
persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10		
persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7)		
persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4		
persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA		

Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B		
persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo $\leq 1$ ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) $\geq 9$ , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod		
persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore		
persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5		
persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) $\leq 8$ ;		
ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche		

## 5) Integrazione socio sanitaria e Piano Assistenziale Individuale Integrato

L'art.4 del *decreto* 26 settembre 2016, al fine di facilitare attività sociosanitarie assistenziali integrate e di razionalizzare la spesa, richiama l'impegno delle Regioni a:

- a) prevedere o rafforzare, ai fini della massima semplificazione degli aspetti procedurali, punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi localizzati negli ambiti territoriali di cui alla lettera d), da parte di Aziende Sanitarie e Comuni, così da agevolare e semplificare l'informazione e l'accesso ai servizi sociosanitari;
- b) attivare o rafforzare modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano personalizzato di assistenza, che integri le diverse componenti sanitaria, sociosanitaria e sociale in modo da assicurare la continuità assistenziale, superando la frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali e quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona non autosufficiente ha bisogno e favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia, anche attraverso l'uso di nuove tecnologie;
- c) implementare modalità di valutazione della non autosufficienza attraverso unità multiprofessionali UVM, in cui siano presenti le componenti clinica e sociale, utilizzando le scale già in essere presso le Regioni, tenendo anche conto, ai fini della valutazione bio-psico-sociale, nella prospettiva della classificazione ICF, delle condizioni di bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci;
- d) adottare ambiti territoriali di programmazione omogenei per il comparto sanitario e sociale, prevedendo che gli ambiti sociali intercomunali di cui all'articolo 8 della legge 8 novembre 2000, n. 328, trovino coincidenza per le attività di programmazione ed erogazione integrata degli interventi con le delimitazioni territoriali dei distretti sanitari;
- e) formulare indirizzi, dandone comunicazione al Ministero del lavoro e delle politiche sociali e al Ministero della salute, ferme restando le disponibilità specifiche dei finanziamenti sanitario, sociosanitario e sociale, per la ricomposizione delle prestazioni e delle erogazioni, in un contesto di massima flessibilità delle risposte, adattata anche alle esigenze del nucleo familiare della persona non autosufficiente (es.: budget di cura).

La valutazione multidimensionale, come indicato anche nel succitato art.4 del *decreto* alla lettera c), è un approccio integrato (socio-sanitario) alle procedure di valutazione e di presa in carico della persona in condizione di disabilità volto ad identificare e descrivere la natura del bisogno, l'entità dei problemi di carattere, fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale.

Gli strumenti per effettuare la valutazione multidimensionale del bisogno scientificamente validati e, in particolare, quelli concernenti la non autosufficienza, procedono all'esame di quattro assi collegati alla funzionalità psicofisica (autonomia funzionale, mobilità, area cognitiva, disturbi comportamentali) e di un asse collegato alle caratteristiche sociali (supporti/reti formali e informali e autonomia finanziaria).

Il principio della valutazione multidimensionale, sancito in modo esplicito dal DPCM 14 febbraio 2001, art. 4, comma 3, è stata ripreso:

- dalla deliberazione di Giunta regionale 25 gennaio 2008, n. 40 "Adozione dello Strumento di Valutazione Multidimensionale regionale per l'ammissione e presa in carico di persone portatrici di problematiche assistenziali complesse negli ambiti domiciliare, semiresidenziale e residenziale";
- dal decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta 24 dicembre 2012, n. 431 "La Valutazione Multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio".

Nello specifico, la Regione Lazio con i decreti del Presidente in qualità di Commissario ad acta del 25 luglio 2014, n. 247 e del 1 ottobre 2014, n. 306 ha provveduto all'adozione della *Scheda di Valutazione Multidimensionale del Disabile* (S.Va.M.Di) dotandosi, così, di uno strumento unico di valutazione multidimensionale per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale, al fine di garantire omogeneità di criteri valutativi ed equità nell'accesso alle prestazioni in regime residenziale, semiresidenziale e domiciliare.

Tale strumento consente di delineare il profilo di funzionamento della persona con disabilità e di individuare il setting assistenziale maggiormente appropriato al bisogno espresso.

Il ***Piano Assistenziale Individuale (PAI) integrato***, attivato secondo le modalità di cui all'art. 14 della Legge 328/00 e cioè su istanza dell'interessato, è ***predisposto dall'UVM in cui, necessariamente, deve essere presente l'assistente sociale designato dall'ambito territoriale***; il PAI rappresenta la modalità operativa attraverso la quale si realizza la valutazione multidimensionale e la continuità del processo assistenziale; il PAI deve essere un programma di lavoro condiviso ed organico dell'equipe multiprofessionale e multidisciplinare che fotografa i bisogni della persona e li traduce in setting assistenziali (servizi/interventi).

La progettazione individuale condivisa con l'interessato declina la natura degli interventi con gli obiettivi da raggiungere, le figure professionali coinvolte, il coordinamento necessario, le modalità e i tempi di attuazione degli interventi con i relativi costi, l'eventuale compartecipazione dell'utente, le verifiche sull'appropriatezza e l'efficacia delle misure attuate, la ricomposizione del quadro degli interventi in atto sulla medesima persona e, come previsto dall'art.53 della L.R. 11/16, dovrebbe fondarsi sul budget di salute.

## 6) Servizi sociali ed interventi di assistenza alla persona

La legge 8 novembre 2000, n. 328 all'articolo 22, comma 4 lettera d) include l'assistenza domiciliare tra i servizi essenziali da garantire al cittadino.

Il ruolo centrale di questo servizio, nell'ambito del sistema integrato, è richiamato nella legge regionale 10 agosto 2016, n. 11 che all'art. 22, nell'ambito dei livelli essenziali delle prestazioni da assicurare in modo omogeneo, alla lettera e) richiama il servizio di assistenza domiciliare con prestazioni di cura sociali e sanitarie integrate fornendo, nel successivo art. 26, la declinazione dei contenuti e degli obiettivi.

Il suddetto art.26, al comma 4 fa esplicitamente riferimento all'assistenza domiciliare integrata quale forma di assistenza volta a soddisfare le esigenze di persone con bisogni complessi aventi necessità di assistenza continuativa e che richiedono interventi di tipo sociale a rilevanza sanitaria e di tipo sanitario a rilevanza sociale nel contesto di vita quotidiano.

Il modello di welfare promosso dalla Regione Lazio è fortemente orientato a dare priorità alla permanenza nel contesto familiare e sociale delle persone per qualsiasi causa non autosufficienti, elevando la qualità della vita delle stesse e dei familiari che prestano loro assistenza, evitando fenomeni di isolamento ed il ricorso forzato a percorsi di istituzionalizzazione.

Con deliberazione di Giunta regionale del 3 maggio 2016, n. 223, la Regione Lazio ha introdotto una disciplina sistematica ed omogenea dei servizi e degli interventi sociali di assistenza alla persona, ulteriori rispetto a quelli di tipo residenziale e semiresidenziale.

Si richiamano le disposizioni contenute *nell'Allegato alla D.G.R.223/16, in particolare il punto B "Servizi sociali di assistenza alla persona" articolato nel punto B.1 "Servizio di assistenza domiciliare" e nel punto C.2 "Interventi di assistenza a persone in condizione di disabilità gravissima"*.

## 7) Interventi di assistenza a persone in condizioni di disabilità gravissima.

L'intervento di assistenza in ambito domiciliare a persone in condizioni di disabilità gravissima si realizza attraverso il riconoscimento di un contributo economico, denominato *assegno di cura* ( art. 25, comma 2, lett. a) della L.R.11/2016), finalizzato all'acquisto di *prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia*.

Tale forma di assistenza riesce ad offrire risposte puntuali e mirate ai bisogni assistenziali espressi e svolge un ruolo complementare rispetto al servizio pubblico di assistenza domiciliare (di cui al punto B.1 dell'Allegato alla D.G.R. 223/16).

Per l'attuazione di tale intervento assistenziale è necessario che:

- i soggetti pubblici competenti, nell'ambito degli interventi di integrazione e sostegno sociale, predispongano appositi interventi di carattere economico finalizzati all'assunzione di un assistente alla persona sulla base di un piano personalizzato di assistenza;
- le prestazioni rese dall'assistente siano oggetto di un apposito rapporto di lavoro a norma di legge, nel rispetto degli inquadramenti previsti, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia;
- la responsabilità della scelta dell'assistente alla persona, degli obblighi e degli adempimenti derivanti della gestione del rapporto di lavoro sia esclusivamente della persona che firma il contratto;
- il beneficiario del finanziamento (o chi ne fa le veci ai sensi di legge) sia consapevole che l'assunzione dell'assistente alla persona è un atto tra privati, che comporta l'impegno a carico del

datore di lavoro di assolvere gli adempimenti conseguenti al contratto instaurato tra cui, in particolare, il pagamento del corrispettivo ed il versamento degli oneri assicurativi e previdenziali.

Nessuna somma potrà essere richiesta al soggetto pubblico competente oltre agli importi riconosciuti come direttamente e strettamente connessi all'attività di assistenza svolta in conformità al piano personalizzato di assistenza.

## 8) Figure professionali

L'assistente alla persona è un operatore che interviene per aiutare la persona in condizioni di disabilità negli atti quotidiani compensando i suoi limiti funzionali e permettendole così di restare nel proprio ambiente familiare e domestico.

Per supportare i cittadini nella libera scelta degli assistenti alla persona, la Regione Lazio ha previsto l'istituzione, da parte degli ambiti territoriali e dei Municipi per Roma Capitale, di appositi **registri** ai quali possono iscriversi le persone fisiche che intendono operare nel campo dell'assistenza a persone in condizioni di disabilità e/o di non autosufficienza (punto C.4 dell'Allegato alla D.G.R.223/16).

Per quanto attiene, in particolare, i requisiti di professionalità degli operatori che possono fornire assistenza alle persone nelle condizioni di disabilità gravissime, si riportano le disposizioni di cui alla lettera C.2 del succitato Allegato:

- operatore sociosanitario (OSS);
- assistente domiciliare e dei servizi tutelari (ADEST);
- operatore socioassistenziale (OSA);
- operatore tecnico ausiliario (OTA);
- assistente familiare (DGR 607/2009);
- diploma quinquennale professionale nel settore dei servizi sociosanitari.

Possono altresì svolgere le funzioni di operatore le persone non in possesso dei titoli sopra indicati, ma con documentata esperienza in tali funzioni almeno quinquennale in strutture e servizi socio assistenziali per persone con disabilità e/o per persone anziane, che si iscrivano ad un corso utile al rilascio di uno dei titoli sopra elencati nel rispetto della tempistica prevista.

Il mancato conseguimento del titolo nell'arco temporale indicato fa venir meno l'idoneità allo svolgimento delle funzioni proprie di questa forma di assistenza.

La verifica dei requisiti professionali, il loro permanere nel corso del rapporto di lavoro così come la valutazione di eventuali inadempienze o responsabilità dell'assistente alla persona è rimessa all'ambito territoriale che può disporre la decadenza o la cancellazione dal registro.

Gli ambiti territoriali possono, altresì, stipulare convenzioni per affidare la gestione dei registri e l'accertamento dei requisiti di cui sopra ad organismi senza fine di lucro specificatamente dedicati a questo tipo di attività individuati sulla base di procedure selettive pubbliche (con esclusione dei soggetti accreditati a svolgere i servizi e gli interventi di assistenza alla persona).

Le convenzioni possono prevedere l'espletamento di ulteriori attività di consulenza alle persone con disabilità, alle loro famiglie, a coloro che intendono lavorare come assistenti alla persona, oppure attività di informazione sull'accesso agli interventi di sostegno economico e attività di supporto tecnico per gli adempimenti connessi al rapporto di lavoro.

## 9) Intervento di assistenza alla persona ed atto di impegno

La persona destinataria dell'intervento (o chi ne fa le veci ai sensi di legge) sottoscrive, unitamente al piano personalizzato integrato di assistenza, un apposito **atto di impegno** predisposto dal soggetto pubblico competente (ambito territoriale) nel quale, conformemente a quanto previsto dalla D.G.R. 233/2016:

- si impegna ad utilizzare il sostegno economico concesso quale aiuto economico a esclusivo titolo di rimborso spese totale o parziale, comprensivo, degli oneri diretti e indiretti derivanti dal contratto stipulato con l'assistente personale;
- si impegna a regolarizzare il rapporto con l'assistente scelto mediante rapporto di lavoro, nel rispetto delle normative vigenti;
- si fa carico di ogni onere assicurativo, previdenziale e assistenziale scaturente dal suddetto contratto;
- si impegna a stipulare idonea polizza assicurativa RCT a favore dell'assistente personale per eventuali danni provocati a terzi;
- si impegna a concordare con il servizio sociale territoriale eventuali variazioni del piano personalizzato di assistenza;
- si impegna a presentare, con periodicità stabilita dai servizi sociali territoriali, la rendicontazione delle spese sostenute per l'acquisizione dell'intervento;
- si impegna al pagamento delle spese esclusivamente con mezzi tracciabili (assegni, bonifici, ecc.) producendo a richiesta del soggetto pubblico competente copia di idonea documentazione;
- si impegna a riconoscere al soggetto pubblico competente il pieno esercizio della vigilanza e del controllo sull'attuazione del piano personalizzato e sull'osservanza dell'atto di impegno;
- accetta che, al verificarsi di eventuali proprie inadempienze di cui ai punti sopra elencati, il soggetto pubblico titolare del servizio contesti per iscritto tali inadempienze, assegnando un termine per la loro regolarizzazione. Trascorso inutilmente tale termine, si potrà procedere alla riduzione e/o revoca del sostegno economico ed al recupero delle somme eventualmente erogate e non giustificate.

## 10) Assegni di cura

Gli **assegni di cura**, ai sensi dell'art. 25 comma 2 lett. a della L.R. 11/16, **sono benefici a carattere economico o titoli validi per l'acquisto di prestazioni da soggetti accreditati dal sistema integrato finalizzati a sostenere le famiglie che si prendono cura dei familiari non autosufficienti.**

Il sostegno di natura economica concesso dal soggetto pubblico competente (ambito territoriale) è finalizzato, secondo il modello organizzativo sopra descritto, a compensare, in modo totale o parziale, le spese da sostenere per l'acquisizione delle prestazioni assistenziali domiciliari contemplate nel PAI, mediante la sottoscrizione di regolare contratto di lavoro.

Non vengono finanziate le spese derivanti da rapporti di lavoro realizzati con i familiari ed affini, come individuati all'articolo 433 del Codice civile.

L'assegno di cura è compatibile con la fruizione di altri servizi ed interventi del complessivo sistema di offerta, quali:

- interventi di assistenza domiciliare integrata, componente sanitaria;
- interventi riabilitativi a carattere ambulatoriale e/o domiciliare;
- ricoveri ospedalieri/riabilitativi per un periodo non superiore ai 15 giorni, decorso il quale il contributo verrà sospeso;

- ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie ed altre azioni di sollievo, complementari al percorso di assistenza domiciliare definito nel PAI.

L'assegno di cura non viene riconosciuto o, se già attribuito, viene interrotto nei casi seguenti:

- ricoveri di sollievo il cui costo sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea presso strutture sanitarie o socio sanitarie;
- trasferimento della residenza della persona beneficiaria in altra regione.

L'assegno di cura non è cumulabile con altri interventi di assistenza, componente sociale, a domicilio già attivi in favore del cittadino e coperti da risorse regionali, se non in termini di possibile implementazione delle ore di copertura assistenziali necessarie a seguito di rivisitazione del PAI a tutela della persona.

## 11) Determinazione dell'importo dell'assegno di cura

Il sostegno economico per la realizzazione dell'intervento di assistenza alla persona (c.d. assegno di cura) come sopra descritto, di durata **annuale**, sarà erogato agli aventi diritto fino alla concorrenza delle risorse disponibili in ambito distrettuale, tenendo conto degli importi minimi e massimi e dei criteri di priorità nell'accesso indicati con il presente atto.

L'**importo** minimo da erogare viene fissato in euro 800,00 mensili per ciascuna persona nelle condizioni di disabilità gravissima indicate dalle lettere da a) ad i) dell'art.3 del *decreto* (valutata in base alle scale ed ai criteri di cui agli Allegati al *decreto*).

L'importo suindicato può essere graduato fino ad un massimo mensile di euro 1.200,00, in sede di definizione del PAI, sulla base dei diversi interventi programmati, del contesto relazionale ed ambientale, del supporto riconducibile alla rete familiare e/o informale esistente, delle condizioni di autonomia finanziaria (economiche) oggetto di valutazione multidimensionale attraverso la scheda S.Va.M.Di.

Tale valutazione costituisce, infatti, il presupposto stesso per considerare adeguato o meno l'intervento a domicilio attuato attraverso la scelta di un assistente alla persona.

Nell'accesso all'assegno di cura, si indicano quali **criteri di priorità**:

- la continuità per i soggetti già presi in carico semprechè la condizione di disabilità gravissima risponda ai nuovi criteri di compromissione funzionale di cui all'art. 3 del *decreto*;
- l'ampliamento alla nuova utenza individuata come beneficiaria dal *decreto*, per la quale sussiste un preciso obbligo di inserimento nelle programmazioni regionali degli interventi ai sensi dell'art.3 comma 4 del *decreto*;
- la valutazione dell'ISEE per i nuclei familiari con componenti con disabilità, secondo il DPCM del 5 dicembre 2013, n.159 avente ad oggetto il "Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'indicatore della situazione economica equivalente (I.S.E.E)" e la legge 26 maggio 2016, n.89;
- l'implementazione delle ore di assistenza necessarie a seguito di rivisitazione del PAI integrato.

Il percorso di accesso all'assegno di cura si avvale del modello proprio della Regione Lazio in ordine all'assetto organizzativo del sistema territoriale dei servizi (ambito distrettuale/comune di residenza/municipio/ASL), in particolare, di quelli rivolti alle persone non autosufficienti.

I **Punti Unici di Accesso** (PUA), con la loro articolazione organizzativa, costituiscono la sede privilegiata per l'informazione, l'orientamento e la presentazione della richiesta.

E' rimessa al soggetto competente (ambito territoriale) la disciplina dei seguenti aspetti:

- modulistica per la richiesta dell'intervento di assistenza alla persona attraverso il riconoscimento dell'assegno di cura;
- cadenza di erogazione della misura economica concordata nel PAI da adeguare, eventualmente a seguito delle verifiche previste, alla evoluzione della condizione personale/familiare;
- adempimenti legati all'atto di impegno sottoscritto, comprese le modalità di rendicontazione delle spese sostenute riconducibili alla gestione del rapporto di lavoro instaurato per l'acquisizione delle prestazioni di assistenza, componente sociale;
- verifica degli interventi domiciliari attivati e valutazione della loro compatibilità con l'obiettivo di tutela bio psico fisica della persona assistita e di supporto alla famiglia.

Per quanto attiene le modalità di erogazione dell'assegno di cura, il soggetto competente procederà mediante **bonifico bancario in favore della persona assistita**.

## 12) Caregiver

Il *decreto* 26 settembre 2016 prevede, all'art. 2 lett. b) che il supporto alla persona non autosufficiente ed alla sua famiglia possa attuarsi anche mediante la fornitura diretta di servizi e prestazioni di assistenza da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato.

La stessa legge regionale n. 11/2016, all'art. 26 comma 8, prevede il riconoscimento ed il supporto alla figura del caregiver familiare, quale componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato.

Il caregiver familiare è la persona che volontariamente, in modo gratuito e responsabile, si prende cura di una persona non autosufficiente o, comunque, in condizione di necessario ausilio di lunga durata non in grado di prendersi cura di sé.

L'attività di cura ed assistenza quotidianamente prestata dalla figura del caregiver favoriscono sicuramente il mantenimento dell'assistito nel contesto familiare e relazionale e la sua permanenza al domicilio, nonostante la complessità ed intensità assistenziale legata alla compromissione funzionale a carattere permanente.

Il ruolo sempre più importante assunto dalle famiglie nelle politiche di welfare, in particolare dalla figura del caregiver familiare nell'ambito dei servizi per la disabilità, si è tradotto, a livello nazionale, nell'adozione della Proposta di Legge, agli Atti della Camera, per il riconoscimento e il sostegno dell'attività di cura e assistenza familiare.

L'UVM integrata con l'assistente sociale designato dall'ambito territoriale, cui è rimessa la valutazione multidimensionale del bisogno in sede di definizione del PAI, riconosce formalmente la figura del *caregiver* familiare, convivente con la persona assistita, stabilisce il **contributo di cura** e le attività richieste allo stesso che concorre all'attuazione delle cure domiciliari previste dal PAI.

Il caregiver deve rapportarsi, in modo continuo, con gli altri operatori del sistema dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari professionali e deve confrontarsi costantemente, oltretutto con un referente per l'assistenza sanitaria, anche con il responsabile del PAI che diventa figura di riferimento per il caregiver.

Il **contributo di cura** è riconosciuto ed erogato alla persona in condizione di disabilità gravissima nella misura di 700,00 euro mensili per l'arco temporale di un anno.

La disciplina degli aspetti relativi alla modulistica per la richiesta, la cadenza dell'erogazione e la rendicontazione del contributo di cura, come per l'assegno di cura, è rimessa al soggetto competente (ambito territoriale).

Per quanto attiene le modalità di erogazione del contributo, il soggetto competente procederà **mediante bonifico bancario in favore della persona assistita**.

Il contributo di cura è cumulabile con pensioni, indennità di accompagnamento ed ogni altro assegno riconosciuto a carattere previdenziale e/o assicurativo; non è cumulabile, invece, con l'assegno di cura previsto per l'intervento di assistenza alla persona (punto C.2 DGR 233/2016) e con altri interventi di assistenza, componente sociale, a domicilio già attivi in favore del cittadino e coperti da risorse regionali. Per quanto riguarda la compatibilità del contributo di cura con la fruizione di altri servizi ed interventi del complessivo sistema di offerta, si rinvia a quanto previsto per l'assegno di cura al paragrafo 10).

Il contributo di cura è finalizzato a prevenire e/o contrastare possibili forme di disagio economico derivanti dall'assunzione dell'onere di cura da parte del caregiver che comporta, necessariamente, un cambiamento di condizione e di ruolo professionale a cui, spesso, sono connessi anche importanti risvolti di natura economica per il nucleo familiare.

E' previsto, in tal senso, un budget di 1.200,00 euro annui per ciascun utente beneficiario del contributo di cura, nella disponibilità dell'ambito territoriale, che può essere utilizzato per la copertura dei costi relativi all'impiego di personale qualificato per la sostituzione temporanea del caregiver familiare nel caso di:

- **interventi di sollievo programmati** in fase di definizione ed attuazione del PAI al fine di sostenere il caregiver familiare nella ricerca e nel mantenimento del benessere, dell'equilibrio personale e familiare, per prevenire rischi di malattie da *stress* fisico-psichico (rischi burnout);
- **interventi di sollievo di emergenza** (malattia, ricovero, assenza forzata, ecc.) al fine di permettere al caregiver familiare di affrontare nel modo migliore possibili difficoltà o urgenze.

### **13) Monitoraggio e rendicontazione**

In coerenza con gli obblighi informativi previsti all'art.3 del *decreto*, richiamati nelle presenti linee guida, e con le prescrizioni di cui alle determinazioni regionali di assegnazione dei fondi agli ambiti territoriali, la Regione Lazio al fine di valutare l'impatto del programma di intervento per le persone in condizioni di disabilità gravissima e di adottare eventuali correttivi, ritiene opportuno definire una apposita scheda in cui siano inseriti i dati del piano d'ambito per la disabilità gravissima.

La scheda, a margine delle presenti linee guida, dovrà essere rimessa dai soggetti competenti alla Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali, Area Politiche per l'inclusione, all'indirizzo pec: [inclusione.salutementaleedisabilita@regione.lazio.legalmail.it](mailto:inclusione.salutementaleedisabilita@regione.lazio.legalmail.it) entro il 30 giugno 2017; con le stesse modalità dovranno essere forniti costantemente gli aggiornamenti al piano d'ambito per la disabilità gravissima.

Per quanto attiene la rendicontazione degli importi così come per la quantificazione del fondo di programmazione, si rinvia alle modalità in uso per le altre misure del Piano sociale di zona. In particolare, si rinvia a quanto previsto dalla D.G.R. 662/2016 circa la mancata rendicontazione delle spese sostenute dagli ambiti territoriali nelle pregresse annualità.

### **14 ) Misura 3.2 Interventi in favore di soggetti affetti da SLA e misura 3.3 Interventi in favore di malati di Alzheimer**

L'azione "assistenza domiciliare" richiamata nel programma regionale di interventi in favore di soggetti affetti da SLA di cui alla D.G.R. 233/2012 e nel programma regionale di interventi in

favore dei malati di Alzheimer e loro familiari di cui alla D.G.R. 504/2012 dovrà conformarsi alle disposizioni di carattere operativo contenute nella D.G.R. 223/2016, in particolare, ai punti B.1 e C.2 dell'allegato nonché alle presenti linee guida.

a) Il *decreto* riconducendo la condizione di disabilità gravissima, anche per le persone affette da SLA, alla gravità della compromissione funzionale si pone in discontinuità rispetto alle precedenti linee guida.

Come già indicato nella determinazione G15088/2016, gli ambiti territoriali non potranno più attenersi né alle quattro fasce di contribuzione massima regionale indicate per l'assegno di cura e basate sulla diversa stadiazione della patologia né a quanto previsto per il care giver familiare (riduzione 50% dell'importo) ai sensi della determinazione B08766/2012.

b) Per le prestazioni di assistenza domiciliare in favore dei malati di Alzheimer, nel caso in cui il deficit funzionale connesso all'evoluzione della patologia rientra nelle condizioni di cui all'art. 3, comma 2 del *decreto*, le risorse relative alla copertura del servizio/intervento potranno essere imputate al budget distrettuale per la disabilità gravissima anziché al budget assegnato agli ambiti sovradistrettuali, ai sensi della D.G.R. 504/12, e destinato nello specifico al percorso domiciliare per questa tipologia di utenza.

Con riferimento alle suindicate lett. a) e b), si ribadiscono, pertanto, gli importi minimi e massimi indicati al paragrafo 11) per quanto attiene *l'assegno di cura* per l'intervento di assistenza alla persona e al paragrafo 12) per il *contributo di cura* riconosciuto all'assistito che opti per il care giver familiare

#### 14.1) **Fondi residui**

Le risorse assegnate agli ambiti territoriali nelle precedenti annualità per gli interventi in favore dei malati di SLA continueranno ad essere utilizzate in conformità alle precedenti linee guida (determinazione B08766/2012) fino al termine dell'annualità di intervento in corso per gli utenti in carico.

Diversamente, gli eventuali fondi residui relativi alle annualità pregresse confluiranno nel budget assegnato per il piano d'ambito per la disabilità gravissima; i distretti hanno l'obbligo di comunicare tale disponibilità con nota contenente certificazione da parte del competente ufficio di ragioneria delle somme residue corrispondenti agli impegni di spesa non utilizzati alla Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali, Area Politiche per l'inclusione, all'indirizzo pec: [inclusione.salutementaleedisabilita@regione.lazio.legalmail.it](mailto:inclusione.salutementaleedisabilita@regione.lazio.legalmail.it) .

#### 14.2) **Misura 3 Interventi in materia di non autosufficienza**

Alla luce delle disposizioni contenute nel *decreto* interministeriale 26 settembre 2016 e nelle presenti Linee guida regionali, gli ambiti territoriali sono chiamati ad adottare, sia in termini di programmazione che di gestione, i dovuti correttivi agli interventi di cui alla Misura 3 articolata nelle seguenti sottomisure:

- a) Sottomisura 3.1 Interventi legge regionale 20/2016;
- b) Sottomisura 3.2 Interventi a favore di soggetti affetti da SLA;
- c) Sottomisura 3.3 Interventi a favore di soggetti affetti da Alzheimer.

Nello specifico, gli interventi di assistenza in favore dei soggetti affetti da SLA di cui alla Sottomisura 3.2 saranno inseriti nel piano d'ambito per la disabilità gravissima laddove siano

soddisfatti i criteri di cui al nuovo *decreto* e saranno, invece, ricompresi nel piano relativo alla sottomisura 3.1 in tutti gli altri casi.

Per quanto riguarda gli interventi in favore di soggetti affetti da Alzheimer saranno inseriti nel piano d'ambito per la disabilità gravissima, afferendo alle relative risorse, nel caso in cui lo stato di demenza risponda ai criteri funzionali di cui al nuovo *decreto*; diversamente, continueranno ad essere compresi nella sottomisura 3.3 e gestiti secondo la governance distrettuale di cui alla D.G.R. 504/2012.

Le ricadute, in termini finanziari, connesse all'applicazione della nuova definizione sperimentale di disabilità gravissima sulla Misura 3 sono tali da rendere opportuna una maggiore elasticità nella gestione delle risorse afferenti alla stessa.

Oltre a quanto già indicato al sottoparagrafo 14.1), i distretti sociosanitari potranno richiedere l'impiego di fondi residui di altre misure del Piano di zona, purchè non afferenti ai servizi essenziali, per la copertura dei costi relativi al piano per la non autosufficienza (sottomisura 3.1) o al piano d'ambito per la disabilità gravissima.

Quanto sopra a condizione che la maggior somma così destinata non implichi un incremento di spesa rispetto alla sommatoria dei massimali assegnati al distretto nell'anno di riferimento. I distretti dovranno inviare una richiesta - approvata con deliberazione del Comitato istituzionale - contenente certificazione da parte dell'ufficio di ragioneria dell'ente capofila delle somme residue corrispondenti agli impegni di spesa non utilizzati di cui si richiede l'utilizzazione, alla Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali, Area Politiche per l'inclusione, all'indirizzo pec: [inclusione.salutementaleedisabilita@regione.lazio.legalmail.it](mailto:inclusione.salutementaleedisabilita@regione.lazio.legalmail.it) .

I soggetti competenti sono invitati a dare la massima informazione e diffusione al riguardo.

**SCHEMA PIANO D'AMBITO PER LA DISABILITA' GRAVISSIMA**

**ASL:**

**AMBITO TERRITORIALE:**

**DATI COMPLESSIVI**

<b>N° UTENTI</b>	<b>UTENTI IN CONTINUITA'</b>	<b>IMPLEMENTAZIONE DELLE ORE UTENTI IN CONTINUITA'</b>	<b>NUOVI UTENTI</b>	<b>ORE ASSISTENZA DOMICILIARE</b>	<b>MODALITA' DI INTERVENTO</b> (servizio assistenza domiciliare, intervento assistenza alla persona, caregiver)

**DATI SINGOLI UTENTI**

	<b>CONTINUITA' SI/NO</b>	<b>IMPLEMENTAZIONE DELLE ORE SI/NO</b>	<b>NUOVO UTENTE</b>	<b>ORE ASSISTENZA DOMICILIARE</b>	<b>MODALITA' DI INTERVENTO</b> (servizio assistenza domiciliare, intervento assistenza alla persona, caregiver)	<b>ALTRI INTERVENTI PREVISTI NEL PAI</b>
<b>UTENTE 1</b>						
<b>UTENTE 2</b>						

**Numero richieste complessive** (inserire il numero complessivo di utenti in condizioni di disabilità gravissima includendo anche le richieste non soddisfatte con il budget d'ambito per la disabilità gravissima)

*Il Presidente pone ai voti, a norma di legge, il suesteso schema di deliberazione che risulta approvato all'unanimità.*

Copia