

Allegato B

PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEGNI DI CURA E VOUCHER

per Anziani non Autosufficienti e Persone con Disabilità

2022-2024

1. FINALITA' DEL PROGRAMMA REGIONALE

La Regione promuove la permanenza a domicilio delle persone anziane non autosufficienti (LEPS) ovvero in condizioni di disabilità grave e gravissima (Obiettivi di servizio) come definite all'art. 3 del D.M. 26/9/2016, e Piano nazionale non autosufficienza 2022-2024, che necessitano di assistenza continua 24 ore al giorno e per sostenere i loro familiari nel carico di cura. A tal fine viene attivato un programma di Assegni di Cura e di Voucher.

2. TIPOLOGIA DELL'INTERVENTO

2.1 Gli assegni di cura costituiscono una forma di assistenza sociale domiciliare indiretta, assicurata dagli Ambiti Territoriali attraverso erogazioni finanziarie in favore di persone Anziane non autosufficienti ovvero con disabilità assistite a domicilio, in sostituzione di prestazioni professionali di assistenza domiciliare per la parte e per le prestazioni di competenza del sistema di welfare sociale, prioritariamente in integrazione con prestazioni di natura sanitaria da erogarsi a cura del SSR, qualora necessarie. Detti Assegni di cura consentono alla persona anziana non autosufficiente o disabile, ovvero ai suoi familiari, di contrattualizzare in autonomia uno o più assistenti familiari per l'assistenza al domicilio. Non sono riconosciuti quali forme di sostegno al reddito o di contributi economici.

I voucher per l'assistenza analogamente costituiscono una forma di assistenza sociale domiciliare indiretta, assicurata dagli Ambiti Territoriali a persone non autosufficienti ovvero con disabilità assistite a domicilio, attraverso il rilascio di buoni e erogazioni finanziarie per l'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare per la parte e per le prestazioni di competenza del sistema di welfare, prioritariamente in integrazione con prestazioni di natura sanitaria da erogarsi a cura del SSR, qualora necessarie. Detti voucher consentono alla persona anziana non autosufficiente o disabile, ovvero ai suoi familiari, di acquistare in autonomia servizi di assistenza domiciliare sociale o integrata presso soggetti accreditati con gli Ambiti sociali. Non sono riconosciuti quali forme di sostegno al reddito o di contributi economici.

Il PAI o Progetto personalizzato deve prevedere le prestazioni di cui necessita la persona beneficiaria e che vengono sostituite con l'Assegno o con il voucher. L'intervento (Assegno ovvero Voucher) deve essere previsto nel PAI (Piano Assistenziale Individualizzato) redatto in Unità di Valutazione Integrata con la presenza necessaria della componente dell'Ambito sociale territoriale, a seguito di valutazione multidimensionale. Presuppongono pertanto la presa in carico da parte del sistema dei servizi territoriali integrati. Qualora il beneficiario non abbia bisogno di prestazioni sanitarie, l'Ambito, previa valutazione multidimensionale, redige un progetto personalizzato completo delle prestazioni e servizi di cui necessita il beneficiario, di quelle di cui fruisce, dell'eventuale assegno di cura o voucher in sostituzione delle prestazioni indicate nel PAI.

Le prestazioni sostituibili o acquistabili con l'Assegno o con il Voucher sono quelle professionali previste per i servizi denominati di "Assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari" e "Assistenza domiciliare socio-assistenziale" di cui al Catalogo dei servizi sociali di cui alla DGR n. 107 del 2014 e per il primo caso

dalla DGR n. 41/2011 e DCA n. 1/2013 che la denomina “Cure domiciliari integrate”, di competenza del sistema di welfare territoriale (con esclusione quindi di quelle di aiuto infermieristico).

L'intervento persegue i seguenti obiettivi specifici:

- favorire la permanenza a domicilio dei non autosufficienti anche in condizioni di alto carico assistenziale o disabilità gravissima;
- facilitare le famiglie nell'assunzione del carico di cura, anche quando siano in condizioni di difficoltà economica, sostenendole nell'acquisizione in autonomia delle prestazioni di assistenza domiciliari, anche temporanee;
- contrastare le situazioni di indigenza economica potenzialmente derivante dagli oneri per la cura di una persona in condizioni di disabilità o non autosufficienza;
- favorire il rientro a domicilio, anche temporaneo, di persone in condizioni di non autosufficienza o disabilità ricoverate presso strutture sociali o sociosanitarie.

Gli assegni di cura o i voucher concorrono prioritariamente alla realizzazione dei P.A.I. di “Cure Domiciliari” ex D.G.R. n. 41/2011, che sono definiti dalle U.V.I. distrettuali sulla base di una valutazione multidimensionale del bisogno assistenziale. In tal caso sostituiscono le ore di prestazioni di “assistenza tutelare” garantite dall'oss, di competenza dell'Ambito Territoriale e costituiscono la quota di spesa sociale dei piani di assistenza individualizzati/P.A.I. delle Cure Domiciliari Integrate.

Possono essere aggiuntivi e complementari a ogni altra prestazione o intervento a carattere esclusivamente sociale erogata dai Comuni dell'Ambito per una presa in carico globale dell'assistito e della sua famiglia, come ad es.: il trasporto, il segretariato sociale ecc.

Sono cumulabili con pensioni, indennità di accompagnamento ed ogni altro assegno o emolumento riconosciuto con carattere previdenziale e/o assicurativo. Non sono cumulabili con altre misure di sostegno al reddito erogate dagli Ambiti per i non autosufficienti né con altri programmi assistenziali che prevedono lo stesso tipo di prestazioni, e pertanto con i programmi per il Dopo di Noi e per Vita Indipendente, salvo che questi ultimi non finanzino esclusivamente prestazioni e servizi necessari per la persona da prevedersi nel progetto personalizzato e non ricompresi nell'Assegno o nel Voucher (es. adeguamenti dell'abitazione, domotica, collocamento temporaneo in struttura residenziale a scopo di sollievo ovvero brevi permanenze in soluzioni residenziali finalizzate alla progressiva emancipazione dalla famiglia d'origine).

Secondo gli indirizzi del Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022-2024 (D.P.C.M. del 03/10/2022), le forme di assistenza indiretta anche garantite attraverso trasferimenti monetari, devono essere finalizzate all'acquisto di prestazioni individuate come necessarie o utili alla assistenza domiciliare dell'Anziano non autosufficiente e della persona con disabilità, devono essere commisurate quindi al bisogno e all'intensità assistenziale individuati attraverso valutazione multidimensionale. Livello di bisogno e tipologia delle prestazioni, la forma attraverso cui queste ultime sono garantite (diretta o indiretta, Servizi o Assegni/Voucher), l'eventuale impegno nell'assistenza del care giver familiare con la sua individuazione, devono essere riportati nel PAI o progetto personalizzato. L'utilizzo degli Assegni o dei Voucher deve essere dimostrato dal beneficiario all'Ambito attraverso documentazione che ne dimostri l'effettivo acquisto, escluso dai tenuti agli alimenti ai sensi del c.c., fino almeno al 70% dell'importo dell'assegno o del voucher. Il 30% massimo dell'importo è corrisposto quale forma di riconoscimento e

supporto alle funzioni di cura svolte dal Care giver familiare e non necessita di documentazione a supporto, ma solo dell'impegno verificato di un caregiver familiare nella cura del beneficiario. L'entità dell'Assegno o Voucher deve essere modulata in funzione degli eventuali altri servizi e prestazioni di cui fruisce il beneficiario, e che devono essere previsti nel PAI o progetto personalizzato.

2.2 L'importo dell'assegno di cura e del voucher sono fissati di norma, salvo le condizioni sotto indicate ai punti denominati "Riduzioni" e "Maggiorazioni", in due importi mensili massimi:

– € 1.200,00 mensili per tutte le persone anziane non autosufficienti con alto carico assistenziale o con disabilità gravissima valutate dalle U.V.I. con gli strumenti consueti (SVAMA o SVAMDI ex DGR n. 323 e n. 324 del 03/7/2012), con le schede di valutazione approvate con D.M. 26/9/2016 All. 1 e 2, e con ogni eventuale altro strumento valutativo atto a completare la valutazione multidimensionale secondo quanto ritengono i professionisti delle UVI;

– € 600,00 mensili per tutte le persone anziane non autosufficienti con basso carico assistenziale o con disabilità grave valutate dalle UVI con gli strumenti consueti (SVAMA o SVAMDI), con le schede di valutazione approvate con D.M. 26/9/2016 All. 1 e 2, e punteggi al di sotto delle soglie ivi fissate, e con eventuale ogni altro strumento valutativo atto a completare la valutazione multidimensionale secondo quanto ritengono i professionisti delle UVI.

Riduzioni: in coerenza degli indirizzi del PNNA relativamente alla modulazione dei benefici indiretti, l'importo massimo dell'Assegno o del Voucher è ridotto dall'Ambito del 40% nei seguenti casi:

- a. il beneficiario abbia un ISEE sociosanitario superiore a € 20.000, o a € 35.000 se si tratta di minori;
- b. il beneficiario riceve altre prestazioni di assistenza sociale o sociosanitaria (che comunque alleggeriscono il carico di cura della famiglia e il bisogno di acquisire prestazioni di aiuto domiciliare) anche non domiciliare (es. diurna, esclusa residenziale) ovvero frequenti la scuola fino al grado secondario di secondo grado;

Nel caso in cui ricorrano 2 delle condizioni sopra elencate l'Assegno o il Voucher è ridotto di un ulteriore 10%.

Maggiorazioni: l'importo massimo dell'assegno o del voucher è incrementato dall'Ambito del 10% solo per alcune tipologie di disabilità gravissima con supporto alle funzioni vitali che non fruiscono di altre forme di assistenza. Si tratta delle condizioni misurate con le scale:

a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10

b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7)

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.

2.3 L'assegno o voucher ha una durata massima di 12 mesi continuativi ed è erogato mediante bonifico bancario con cadenza bimestrale a partire dalla data di valutazione da parte dell'U.V.I.; può essere prorogato oltre i 12 mesi, in base alle disponibilità finanziarie dell'Ambito Territoriale e per una durata in mesi compatibile con tale disponibilità. Al termine del periodo di erogazione deve essere sostituito con le ore di prestazioni di assistenza domiciliare erogate dagli operatori professionali (OSS, nel caso della cure domiciliari integrate) dei servizi territoriali, per la quota di competenza dell'Ambito Territoriale, per garantire la continuità assistenziale del P.A.I. Qualora l'utente necessiti di un periodo di ricovero, è tenuto a darne tempestiva comunicazione al Comune capofila dell'Ambito Territoriale. L'erogazione dell'assegno di cura non è sospesa se tale periodo non supera i 30 giorni. Oltre tale termine, il Comune Capofila dispone la sospensione dell'assegno, che potrà essere

riattivato in ogni caso solo al rientro a domicilio. In caso di decesso, il Comune capofila dispone l'interruzione dell'assegno o del voucher a partire dal mese successivo al decesso. I familiari o eredi del deceduto non hanno alcun titolo di diritto sull'assegno o voucher.

3. BENEFICIARI

Possono accedere agli Assegni di cura o ai Voucher del presente Programma le persone Anziane (quindi sopra il 65 anni d'età) non autosufficienti o persone in condizione di disabilità residenti nell'Ambito Territoriale e per le quali le U.V.I. distrettuali abbiano già effettuato una valutazione multidimensionale, e per il quali viene redatto un P.A.I. o Progetto personalizzato.

Beneficiario dell'assegno o del voucher è la persona anziana non autosufficiente o con disabilità. È essenziale che la U.V.I. individui nel progetto sociosanitario/P.A.I. un care giver familiare di riferimento che assume almeno la responsabilità della gestione delle prestazioni assistenziali programmate dalla U.V.I. affinché siano erogate nei modi e nei tempi prescritti.

Esclusioni: Sono esclusi coloro che usufruiscono di servizi residenziali sia sociosanitari che socioassistenziali.

Sono escluse dagli Assegni di cura e dai Voucher le persone anziane non autosufficienti o con disabilità con ISEE sociosanitario superiore a € 50.000, o € 65.000 se si tratti di minori. Qualora le persone escluse per superamento della soglia ISEE, quindi non beneficiarie di Assegni o Voucher, accedano a servizi di assistenza previsti nel PAI e garantiti dal sistema pubblico di assistenza, partecipano alla spesa secondo i regolamenti di Ambito sulla compartecipazione al costo dei servizi.

3.1 Anziani non Autosufficienti con alto carico assistenziale, e persone con disabilità gravissima

Per Anziani (over 65 anni) non Autosufficienti con alto carico assistenziale e persone in condizioni di disabilità gravissima, ai sensi del Decreto Ministeriale del 26/9/2016 art. 3, s'intendono le persone "beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988", oppure "definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013", di qualsiasi età 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) ≤ 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) ≥ 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, valutate con la scala, tra le seguenti, appropriata in relazione alla patologia: Medical Research Council (MRC) con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti, Expanded Disability Status Scale (EDSS) con punteggio alla ≥ 9 , Hoehn e Yahr mod in stadio 5
- 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 ≤ 34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 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.

Le condizioni di disabilità gravissima sono individuate in UVI attraverso la somministrazione delle scale di valutazione indicate nell'Allegato 1 D.M. del 26/9/2016 alle quali si fa espresso rinvio, assumendo i punteggi /parametri fissati all'art.3 comma 2 sopra riportati. Per le persone di cui alla lettera i) rilevano i criteri indicati nell'Allegato 2 del D.M. del 26/9/2016, ai quali si fa espresso rinvio.

3.2 Gravi - Per persone in condizione di Disabilità grave o anziane non autosufficienti con basso carico assistenziale s'intendono coloro che beneficiano dell'indennità di accompagnamento, oppure "definite gravi ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013". Si rinvia al punto 2.2 per le modalità e strumenti di valutazione.

4. TIPOLOGIE DI SPESE RICONOSCIBILI

- Ciascun istante all'atto della presentazione dell'istanza si impegna a documentare le spese per l'assistenza prevista nel PAI, attraverso documentazione giustificativa;
- Ciascun beneficiario, provvederà a documentare almeno semestralmente le spese sostenute ed eleggibili (cfr. successivo punto 4.1), fornendo la relativa idonea documentazione giustificativa;
- Saranno ritenute ammissibili esclusivamente le somme relative a spese direttamente riconducibili al non autosufficiente assistito.

L'Ambito con controlli a campione e anche con visite domiciliari del Servizio Sociale e della Polizia municipale, verifica l'effettiva assistenza al beneficiario e la documentazione prodotta. Può eventualmente avviare procedimento amministrativo per dichiarare la decadenza dal beneficio in caso ravvisi gravi irregolarità o difformità da quanto programmato.

4.1 Spese ammissibili

- L'Assegno o il voucher possono essere utilizzati a copertura totale o parziale delle spese che i beneficiari sostengono per acquisto di servizi o prestazioni sociali tipiche dei servizi di Assistenza domiciliare socioassistenziale e di Cure Domiciliari integrate, quali:
- affiancamento o sostituzione del caregiver nelle attività di igiene e cura della persona non autosufficiente (anche con assistente personale);
- affiancamento o sostituzione del caregiver nelle attività di pulizia della casa (anche con assistente personale);
- affiancamento o sostituzione del caregiver nelle attività di lavaggio e cambio della biancheria della persona non autosufficiente (anche con assistente personale);

- affiancamento o sostituzione del caregiver nella preparazione dei pasti della persona non autosufficiente (anche con assistente personale);
- affiancamento o sostituzione del caregiver nello svolgimento delle normali attività quotidiane della persona non autosufficiente (anche con assistente personale);
- affiancamento o sostituzione del caregiver nelle attività di accompagnamento presso familiari e vicini e presso luoghi di interesse culturale o sportivo, finalizzata a mantenere o ristabilire relazioni affettive e sociali (anche con assistente personale);
- prestazioni socio educative e di sostegno alle funzioni genitoriali (solo per minori), erogate da educatori professionali o psicologi (per non più del 50% del valore dell'Assegno o del voucher);
- acquisto di ausili e presidi non a carico del SSN;
- trasporto sociale verso diverse destinazioni, volte a favorire la piena partecipazione delle persone non autosufficienti alla vita sociale, formativa e lavorativa (escluso trasporto scolastico), o per facilitare l'accesso alle strutture socio-assistenziali, socio-sanitarie e sanitarie, ai centri diurni integrati e alla rete di servizi socio-ricreativi ed aggregativi;
- altre tipologie di spesa riferite a servizi coerenti e compatibili con i bisogni assistenziali del beneficiario, come previsti nel PAI

I beneficiari dovranno fornire documenti necessari a dare prova della spesa ammissibile che sostengono, fino alla concorrenza di almeno il 70% dell'importo dell'Assegno o Voucher:

Contratti di lavoro; incarichi professionali anche temporanei; voucher INPS per l'acquisto di servizi di cura; ricevute di pagamento; bonifici bancari; fatture e/o scontrini parlanti; bollettini con attestazioni di pagamento; Per i Voucher saranno i soggetti fornitori accreditati a documentare all'Ambito l'effettuazione delle prestazioni previste nel PAI, con documentazione controfirmata dal beneficiario.

5. PROCEDURE DI ACCESSO

Le procedure di accesso agli assegni di cura e voucher risultano essere le medesime previste per le Cure Domiciliari ex D.G.R. n. 41/2011, disciplinate dal Regolamento per l'accesso e la erogazione dei servizi sociosanitari ex art. 41 L.R.11/2007, allegato al Piano di Zona, per tutte le persone non autosufficienti che pur in assenza di disabilità motoria, necessitano di assistenza continuativa. Nel caso in cui una persona o un suo familiare o caregiver di riferimento si rivolga al Segretariato Sociale o ai Servizi Sociali dell'Ambito Territoriale, l'assistente sociale effettua una decodifica della domanda di assegno di cura o voucher per definirne l'appropriatezza attraverso una valutazione delle condizioni sociali del richiedente e del suo contesto familiare, abitativo, economico etc. anche mediante visita domiciliare e acquisizione delle informazioni e delle certificazioni necessarie. I tempi per le attività dell'assistente sociale sono al massimo di 30 giorni dall'istanza.

Nel caso in cui si rilevi una condizione di fragilità prevalentemente sociale, viene proposto al richiedente uno dei molteplici servizi sociali offerti dall'Ambito Territoriale come ad es. un progetto di vita indipendente, di tutoraggio familiare, di assistenza domiciliare sociale o di accoglienza in una struttura sociale, e vengono avviate le procedure per l'attivazione del servizio più opportuno e la presa in carico sociale. Nel caso in cui l'assistente sociale rilevi un bisogno complesso (cfr. DGR 41/2011) e ritenga che l'assegno di cura o il voucher possa effettivamente essere la modalità più appropriata d'intervento, attiva le procedure per il percorso sociosanitario di accesso e valutazione ex DGR 41/2011. In accordo con il Coordinatore dell'Ufficio di Piano trasmette quindi la scheda di valutazione sociale ed eventuale documentazione al Distretto Sanitario per chiedere una valutazione multidimensionale a cura della UVI e la predisposizione di un PAI. In entrambi i casi è responsabilità del professionista dell'ambito sociale la redazione di un progetto personalizzato sociale e la presa in carico della persona con disabilità per la parte degli interventi sociali. Tale adempimento va svolto

entro il termine di 30 giorni. Nel progetto personalizzato di assegni di cura o voucher sono indicati i seguenti dati: inizio e termine del progetto, quota dell'assegno di cura o voucher, modalità del pagamento, familiare di riferimento della persona con disabilità che ne cura l'assistenza oppure l'assistente familiare assunto a contratto. In caso di criticità nell'attivazione del percorso sociosanitario di valutazione, l'assistente sociale, in accordo con il Coordinatore dell'Ufficio di Piano può anche attivare una procedura semplificata per l'accesso agli assegni di cura, come indicato al par. 8.1.

6. CRITERI DI PRIORITA' DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA

Nell'ordine:

1. Anziani non autosufficienti ad alto carico assistenziale
2. Persone con disabilità gravissima
3. Anziani non autosufficienti a basso carico assistenziale
4. Persone con disabilità grave

Fermi restando l'ordine di priorità sopra esposto, è prioritario l'accesso di coloro che sono inseriti in programmi di Cure Domiciliari integrate.

Sono considerate prioritarie le persone con punteggi più alti, e con condizioni sociali ed economiche svantaggiate della persona interessata valutate attraverso la Scheda di Valutazione Sociale (all. C SVAMA e SVAMD) e con ISEE più basso).

Gli Assegni di cura e i voucher sono riconosciuti e rilasciati entro le disponibilità finanziarie di cui dispone l'Ambito.

L'accesso al programma si esplica secondo le procedure, la tempistica e la modulistica già adottati congiuntamente da Ambito Territoriale e Distretto Sanitario con Regolamento P.U.A. e U.V.I. e con Protocollo d'Intesa per le Cure Domiciliari ai sensi della L.R. 11/2007, della D.G.R.C. n. 41/2011 e D.C.A. n. 1/2013.

Considerata la gravità delle patologie, le persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica, le persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC), le persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7) e per ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, si consente di presentare la domanda per accedere al contributo come disabile gravissimo allegando la ricevuta che attesti la presentazione della domanda per il riconoscimento dell'invalidità civile (al fine dell'ottenimento dell'accompagnamento).

Le valutazioni (sanitaria e sociale) andranno effettuate nel minor tempo possibile e l'Ambito dovrà mettere in stato di attesa l'erogazione dell'Assegno/Voucher che sarà immediatamente esigibile quando i requisiti formali saranno completi.

La permanenza nel programma di Assegni di cura o di Voucher per le persone affette da patologie progressivamente ingravescenti o non suscettibili di miglioramenti è determinata senza necessità di rivalutazione, ma solo di aggiornamento del PAI in relazione ad eventuali modifiche della condizione.

Hanno pari diritto di accesso sia gli utenti già beneficiari sia i nuovi richiedenti.

7. FINANZIAMENTO DEL PROGRAMMA

Per la realizzazione del Programma Assegni di Cura e Voucher la Regione destina periodicamente ai Comuni capofila e ai Consorzi di Ambito Territoriale risorse vincolate a carico del Fondo non Autosufficienza per la realizzazione di progetti di Ambito. La programmazione delle risorse del FNA

per Assegni e voucher è svincolata dalla tempistica e dalle procedure del Piano Sociale di Zona. Il Fondo Non Autosufficienze può essere integrato dai Comuni/ConSORZI di Ambito Territoriale con risorse programmate nel Piano Sociale di Zona a valere sul Fondo Unico di Ambito.

8. CRITERI DI PROGRAMMAZIONE E PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DI AMBITO

Per accedere al finanziamento degli Assegni di cura o Voucher i Comuni /ConSORZI di Ambito Territoriale devono predisporre annualmente progetti di Ambito secondo la modulistica fornita dalla DG Politiche sociali, in cui indicano i potenziali beneficiari con le relative caratteristiche e informazioni rilevate per la loro individuazione, e trasmetterli in formato digitale alla Direzione Generale per le Politiche Sociali.

Per la predisposizione dei progetti i Comuni Capofila ed i ConSORZI di Politiche Sociali provvedono a:

- informare i cittadini e gli utenti già in carico ai servizi delle opportunità del presente Programma Regionale, nonché raccogliere le domande dei richiedenti; – concordare con il Distretto Sanitario la rivalutazione degli utenti già in carico per definire l'entità dell'assegno di cura/voucher e garantire la prosecuzione della presa in carico; 2 – concordare con il Distretto Sanitario la convocazione delle UVI per la valutazione dei nuovi richiedenti e la definizione dei nuovi P.A.I.; – acquisire agli atti dell'Ufficio di Piano sia le schede di valutazione che i P.A.I. redatti dalle U.V.I. – compilare il modulo fornito dagli uffici regionali, sulla base delle valutazioni dell'UVI per la richiesta del finanziamento. La valutazione dei casi da parte della U.V.I. deve avvenire entro 30 giorni dalla “proposta di ammissione al percorso integrato” trasmessa dai Servizi Sociali al Distretto Sanitario, come previsto dalla DGRC n. 41/2011. Le persone con disabilità gravissima già valutate con le scale ex D.M. 26/9/2016 e già beneficiarie di assegni di cura non devono essere rivalutate, si procede eventualmente al solo aggiornamento del PAI se il servizio sociale ritiene necessario.

8.1 Deroghe In caso di ritardo da parte del Distretto nella rivalutazione o valutazione dei casi, rispetto ai tempi di presentazione del Progetto di Ambito, il Coordinatore dell'Ufficio di Piano / Direttore del Consorzio trasmette alla D.G. Politiche sociali e socio sanitarie e alla Direzione Generale per la Salute dettagliata relazione sulle criticità riscontrate e chiede l'autorizzazione a predisporre progetti di Ambito in deroga ai criteri di cui sopra, fermo restando l'attivazione delle procedure di contestazione dei ritardi di cui al Piano triennale regionale di riferimento. In tale evenienza le persone richiedenti assegno di cura o voucher provvedono ad acquisire presso struttura sanitaria pubblica la certificazione medica nonché la valutazione effettuata attraverso le scale ex D.M. 26/9/16 e il servizio sociale dell'Ambito, acquisita la certificazione, provvede a redigere un progetto personalizzato a carattere sociale entro il termine di 30 giorni.

9. CRITERI DI RIPARTO E FINANZIAMENTO DEI PROGETTI DI AMBITO

La D.G.50.05 provvede periodicamente a fissare mediante Circolare una data di trasmissione progetti di Ambito e ad istruire i progetti entro massimo 40 giorni dalla data suddetta. In base agli esiti dell'istruttoria sui progetti pervenuti nei termini, al numero dei P.A.I. ed alle relative risorse programmate e disponibili, la Direzione Politiche sociali e socio sanitarie provvede con successivi Decreti, ad approvare il riparto, l'assegnazione e la liquidazione del FNA in favore degli Ambiti Territoriali. I trasferimenti finanziari avverranno con cadenza periodica, compatibilmente con le disponibilità di risorse finanziarie trasferite dal Ministero Politiche sociali alla competente Direzione Generale e fino all'esaurimento delle risorse del FNA annualmente ripartito dal Ministero delle Politiche Sociali. In ogni caso, in presenza delle risorse disponibili le liquidazioni verranno disposte nel termine di 30 giorni dall'istanza. Le risorse del FNA, una volta acquisite, devono essere caricate

nelle schede finanziarie e progettuali del Piano di Zona. Per sopperire alle necessità del fabbisogno territoriale, gli Ambiti possono cofinanziare gli assegni di cura al fine di assicurare la presa in carico delle persone eventualmente escluse dal finanziamento del FNA per carenza di risorse. La quota di cofinanziamento degli assegni di cura deve essere programmata annualmente nelle schede progettuali e finanziarie del Piano di Zona con risorse a carico del Fondo Unico di Ambito.

Criteri di riparto agli Ambiti sociali - la DG Politiche sociali annualmente ripartisce e assegna agli ambiti sociali le risorse FNA destinate ad Assegni di cura e voucher, nei limiti delle risorse assegnate dal Ministero, secondo i seguenti criteri già seguiti nel precedente biennio 2020-2021:

- il 70% delle risorse FNA destinate annualmente agli Assegni di cura o Voucher viene ripartita in favore degli Ambiti Territoriali sulla base del n. non autosufficienti alto carico e di gravissimi presenti nella programmazione di Ambito presentata entro la data stabilita annualmente dalla Direzione Politiche Sociali con specifiche comunicazioni, e che avranno prodotto la rendicontazione di una quota minima del 70% delle risorse trasferite a valere sul medesimo Fondo nell'anno precedente a quello oggetto di programmazione;
- il 10% delle risorse residue rispetto all'ammontare complessivo del Fondo per la Non Autosufficienza per Assegni di cura viene assegnato, sulla base della popolazione residente, in favore degli Ambiti Territoriali che hanno rendicontato al 1° marzo di ciascun anno una quota minima del 90% delle risorse afferenti al medesimo Fondo riferite al secondo anno precedente a quello di riferimento;
- il restante 20% delle risorse di cui trattasi viene ripartito sulla base della popolazione residente in favore di tutti gli Ambiti Territoriali, al fine di garantire maggiore omogeneità territoriale all'accesso alle prestazioni per le persone non autosufficienti o gravissimi, nonché a garanzia di un livello minimo di risorse disponibili anche per gli Ambiti che non presenteranno entro i termini la programmazione di Ambito;
- un accantonamento del 2,5% delle risorse annualmente programmate per poter riconoscere l'assegno di cura/voucher per eventuali casi di estrema gravità ed urgenza che dovessero emergere in corso d'anno; tale quota sarà liquidata all'Ambito su richiesta in relazione a specifici casi che si manifesteranno in corso d'anno e debitamente motivati.

La Giunta può, all'esito dell'andamento della attuazione del programma, adeguare con propria deliberazione dopo il primo anno, i criteri di assegnazione e riparto.

All'esito del monitoraggio del livello di spesa, la DG Politiche Sociali può, a salvaguardia della possibilità per la generalità dei cittadini e degli Ambiti sociali di disporre delle risorse finanziarie, rimodulare le assegnazioni, in modo da garantire il livello di rendicontazione richiesto dai provvedimenti ministeriali per i trasferimenti del FNA.

10. CRITERI DI EROGAZIONE

Gli assegni di cura o i voucher sono erogati mediante bonifico bancario intestato alla persona non autosufficiente (o amministratore di sostegno o tutore giuridico o in casi straordinari e nelle more della formalizzazione dell'amministratore di sostegno o tutore il care giver familiare formalmente individuato, ovvero nelle more di attivazione di conto corrente cointestato) con cadenza bimestrale. Essi decorrono con valore retroattivo dalla data di redazione del P.A.I. da parte dell'U.V.I. per la durata di 12 mesi, eventualmente prorogabili in presenza di copertura finanziaria. La data di pagamento del primo bonifico deve essere fissata entro max 30 giorni successivi alla data di notifica del Decreto di Liquidazione da parte della Regione. Nel caso di utenti che già ricevono da parte dell'Ambito prestazioni domiciliari di "assistenza tutelare e aiuto infermieristico" garantite dall'O.S.S., il primo assegno di cura/voucher deve necessariamente coincidere con la data di cessazione delle prestazioni ovvero loro riduzione. Allo stesso tempo, le prestazioni non devono

essere sospese prima dell'accredito del Bonifico Bancario all'utente, trattandosi di prestazioni L.E.A. L'assistente Sociale, delegato a rappresentare l'Ambito in seno alla UVI, oltre ad effettuare la valutazione sociale (All. C Scheda SVAMA – SVAMD) deve: – accertare che il richiedente sia in possesso della documentazione utile ad ricevere i Bonifici (coordinate bancarie del conto corrente ed eventuale nomina di un familiare o care giver come amministratore di sostegno o tutore giuridico); – indicare in allegato al P.A.I. dell'UVI la data d'inizio ed il termine del pagamento dell'assegno di cura/voucher e la procedura per il pagamento, acquisendo la firma per accettazione dell'assistito o di un suo familiare di riferimento / care giver e rilasciarne copia, con i recapiti dell'Ufficio incaricato della pratica; – comunicare all'interessato l'avvenuta notifica del Decreto di Liquidazione da parte della Regione e attivare la prassi concordata preventivamente per il pagamento. Ugualmente, al termine delle risorse disponibili per l'assegno di cura o voucher, gli uffici dell'ambito sociale provvedono a darne comunicazione all'interessato e ad attivare le prestazioni professionali dell'assistenza domiciliare o comunque idonee all'assistenza della persona disabile o non autosufficiente. La continuità della presa in carico è infatti garantita da parte dell'Ambito Territoriale attraverso l'alternanza tra assegno di cura o voucher e prestazioni domiciliari, in particolar modo degli OSS per le cure domiciliari. I Beneficiari di assegno di cura o voucher hanno facoltà di rinunciare alle prestazioni domiciliari erogate in forma diretta a vantaggio degli assegni di cura o voucher, ma in tal caso perdono il diritto alla continuità della presa in carico per la quota di competenza dell'Ambito Territoriale. A tal fine sottoscrivono una dichiarazione di rinuncia alle prestazioni che esoneri l'Ambito Territoriale dal garantire la continuità assistenziale del P.A.I. e potranno ricevere l'assegno di cura o il voucher per periodi determinati e non continuativi e per una durata compatibile con le risorse disponibili. In caso di decesso del beneficiario, il diritto all'assegno di cura/voucher cessa dal mese successivo al decesso, e trattandosi di prestazione sostitutiva di assistenza diretta gli eredi non hanno diritto al percepimento di eventuali rate non ancora erogate, salvo che non possano dimostrare di aver comunque sostenuto le spese per le prestazioni di assistenza previste in favore del beneficiario nel progetto personalizzato o nel PAI.

11. MONITORAGGIO E CONTROLLO

L'ambito sociale assicura il monitoraggio dell'avanzamento della spesa attraverso l'alimentazione del sistema informativo SIOSS, nonché attraverso il rilascio di dichiarazioni di spesa.

Il Case manager del caso periodicamente si reca a domicilio dell'assistito, con cadenza almeno semestrale, per verificare le condizioni della persona assistita, il buon andamento del progetto, il corretto utilizzo dell'assegno di cura o del voucher, l'effettiva assistenza del care giver familiare e redige una breve relazione di monitoraggio.

L'Ambito sociale acquisisce, dal beneficiario o suo care giver o tutore, e verifica semestralmente la documentazione comprovante le spese sostenute, con riferimento all'effettiva effettuazione dell'assistenza, alla coerenza delle spese documentate con il PAI. In caso di parziale incoerenza e difformità della documentazione a supporto riconosce soltanto gli importi corrispondenti a spese coerenti e ammissibili. L'Ambito sociale garantisce comunque attraverso i propri servizi di segretariato sociale supporto alla famiglia per la predisposizione della documentazione da produrre.

Secondo le previsioni del Piano nazionale, gli Ambiti sottopongono progressivamente a controllo gli Assegni e i Voucher. Pertanto, per il primo anno di attuazione devono essere documentati campione di almeno il 30% dei beneficiari, fino al 100% nel biennio successivo.

La Regione effettua annualmente il monitoraggio degli assegni di cura e delle risorse stanziare del FNA attraverso: il Sistema SIOSS; apposite schede di monitoraggio in formato digitale; – Dichiarazione del Coordinatore dell'Ufficio di Piano / Direttore del Consorzio Servizi Sociali sulle spese sostenute e sul numero di utenti assistiti; – relazione dello stesso dirigente sul percorso di accesso e valutazione degli utenti, il buon andamento dei progetti di assegno di cura/voucher, eventuali criticità rilevate, basata sui progetti personalizzati e sulle relazioni di monitoraggio, verifiche a campione anche sui progetti personalizzati e sulle spese riconosciute.

La Regione inoltre attua, in prosecuzione a quanto già avviato nel precedente triennio, un programma di audit, al fine di accompagnare gli Ambiti nell'appropriatezza degli interventi e delle procedure.