

Deliberazione N.

325**Assessore****Assessore Fortini Lucia**

DIR.GEN./ DIR. STAFF (*)		U.O.D. / Staff
DG	05	00

Regione Campania

GIUNTA REGIONALE

SEDUTA DEL **30/06/2020**

PROCESSO VERBALE

Oggetto :

Programmazione Fondo Non Autosufficienza.

1)	Presidente	Vincenzo	DE LUCA	PRESIDENTE
2)	Vice Presidente	Fulvio	BONAVITACOLA	
3)	Assessore	Ettore	CINQUE	
4)	”	Bruno	DISCEPOLO	
5)	”	Valeria	FASCIONE	
6)	”	Lucia	FORTINI	
7)	”	Antonio	MARCHIELLO	
8)	”	Chiara	MARCIANI	
9)	”	Corrado	MATERA	
10)	”	Sonia	PALMERI	
	Segretario	Mauro	FERRARA	

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Direzione Generale e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Direttore a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO che

- a) con la L.R. n.11 del 23/8/2007 "*Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328*" la Regione Campania ha dato attuazione alla potestà legislativa regionale in materia di politiche sociali, prevista dall'art. 118 della Costituzione;
- b) la suddetta norma disciplina la programmazione e realizzazione di un sistema organico di interventi e servizi sociali e dedica il Titolo V (art. 37 – 42) ai *Servizi Sociali e Sanitari Integrati per la Non Autosufficienza*;
- c) l'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)", al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti, istituisce presso il Ministero delle solidarietà sociale un fondo denominato Fondo per le Non Autosufficienze;
- d) Il D.P.C.M. del 21/11/2019, su proposta del Ministro per la Famiglia e le Disabilità, del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministro della Salute e il Ministro dell'Economia e Finanze, adotta il "Piano Nazionale per la Non Autosufficienza" per il triennio 2019 – 2021";

PREMESSO altresì

- a) che il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza costituisce l'atto di programmazione nazionale delle risorse del Fondo per le Non Autosufficienze per il triennio 2019 – 2021, ed individua lo sviluppo degli interventi necessari alla definizione dei Livelli Essenziali delle prestazioni sociali, tra i quali prevede gli assegni di cura;
- b) che il D.P.C.M. del 21/11/2019 approva il riparto triennale delle risorse del F.N.A. In favore delle regioni ed assegna alla Regione Campania una dotazione complessiva di euro 144.928.260,00 per il triennio 2019 – 2021 destinata agli Ambiti Territoriali per la realizzazione degli interventi per non autosufficienti, in base alle indicazioni della programmazione regionale;
- c) che il suddetto DPCM dispone all'art. 1 che le Regioni adottino un analogo Piano Regionale per la Non Autosufficienza sulla base delle indicazioni fornite dal Piano Nazionale, per la programmazione e realizzazione degli interventi per non autosufficienti a valere sulle risorse ripartite con il predetto Decreto ed eventualmente integrate con risorse regionali;
- d) che il Decreto Ministeriale n. 37 del 23/03/2020, in applicazione dell'articolo 2, comma 5 del DPCM 21 novembre 2019, ha assegnato ulteriori risorse assegnate al "Fondo per le non autosufficienze" per l'anno 2020, ai sensi dell'articolo 1, comma 331, della Legge 27 dicembre 2019, n. 160, quantificate per la Campania in € 4.230.000,00;

CONSIDERATO che

- a) la L.R. 11/2007 costituisce all'art. 42 il "Fondo Sociale per la Non Autosufficienza" al fine di assicurare alle persone non autosufficienti la esigibilità delle prestazioni sociali e sanitarie integrate nonché di tutelare i familiari che le assistono; dispone che il fondo finanzi le prestazioni sociali a carico dei Comuni integrate a quelle sanitarie e individua al comma 3 lettera a) gli assegni di cura come una delle prestazioni erogabili per fornire assistenza domiciliare integrata alle persone non autosufficienti;
- b) il Piano Sociale Regionale 2019 – 2021 approvato con DGR n. 897 del 28/12/2018 prevede tra i suoi obiettivi di promuovere la presa in carico integrata delle persone non autosufficienti, contenerne l'istituzionalizzazione e di favorire l'incremento dell'assistenza domiciliare anche attraverso gli assegni di cura;
- c) che la Direzione Generale Politiche Sociali e Sociosanitarie con il D.D. n. 223 del 1/7/2019, pubblicato sul BURC n. 38/2019 ha adottato il "Piano Regionale di Assegni di Cura per disabili gravissimi e gravi" che contiene indicazioni rivolte ai Comuni degli Ambiti Territoriali per la programmazione ed erogazione degli assegni di cura, intesi come prestazioni sociali integrate con le prestazioni sanitarie per fornire assistenza domiciliare ai non autosufficienti ex art. 41 della L.R. 11/2007 e ne prevede il finanziamento con le risorse del Fondo Non Autosufficienze in base alle quote di riparto nazionale che si rendono periodicamente disponibili;
- d) con D.G.R. n. 624 del 4/12/2019, la Giunta Regionale, preso atto della rilevazione dei disabili gravissimi effettuata dalle UVI e della programmazione di assegni di cura effettuata dagli Ambiti Territoriali, ha disposto criteri di riparto del FNA 2018 ad integrazione di quelli individuati con D.D. 223/2019, al fine di salvaguardare il diritto all'assistenza delle persone non autosufficienti di tutto il territorio regionale;

RILEVATO

- a) che condizione essenziale per l'acquisizione delle risorse ripartite con D.P.C.M. del 21/11/2019 è l'adozione da parte della Regione Campania di un Piano Regionale per la Non Autosufficienza;
- b) che la dotazione finanziaria assegnata alla Regione Campania per complessivi euro 144.928.260,00 è suddivisa in: euro 48.492.720,00 per l'anno 2019 euro 48.306.600,00 per l'anno 2020 ed euro 48.128.940,00 per l'anno 2021 e che sarà acquisita ogni anno sul Bilancio Regionale di previsione per gli anni 2020, 2021 e 2022;
- c) l'importo pari ad euro 48.306.600,00 per l'anno 2020 va integrato con quello disposto dal DM 37/2020 pari ad ulteriori euro 4.230.000,00;
- d) che sulla base dell'esperienza maturata nel corso del 2019 per l'attuazione del D.D. 223/2019 ed in coerenza con le disposizioni ministeriali per il riparto alle Regioni ex art.3 del D.P.C.M. 21/11/19, si rende necessario definire ed aggiornare il Programma Regionale di Assegni di Cura relativamente ai criteri di riparto e assegnazione agli Ambiti Territoriali;

PRESO ATTO

- a) della nota prot. 476/sp del 29 maggio 2020 dell'Assessore alle Politiche sociali di convocazione dell'Osservatorio regionale sulla condizione delle persone con disabilità per trattare la tematica del Fondo non Autosufficienza in attuazione del Piano Nazionale ex DPCM 21 novembre 2019;
- b) dell'esito dell'incontro, tenutosi in data 5 giugno dal quale è emersa la necessità di una maggiore definizione all'interno del Piano Regionale in ordine alla tempistica del procedimento di accesso alla misura di cui trattasi con riferimento alla valutazione degli utenti e l'erogazione degli assegni di cura; in occasione del medesimo incontro è stata ribadita la rilevanza del sistema di monitoraggio sui beneficiari della misura anche in relazione al numero di utenti che per carenze di risorse non riescono ad accedere alla misura in argomento; è stata segnalata infine l'esigenza di un maggiore raccordo tra Ambiti ed ASL competenti, insieme, alla corretta attivazione dell'iter procedimentale volto a verificare la sussistenza dei presupposti per il riconoscimento del beneficio di cui trattasi; è stato, pertanto, previsto di condividere il Piano Regionale con la Direzione Salute e di adottarlo mediante deliberazione congiunta per garantire la necessità dell'opportuno raccordo organizzativo al fine di riunioni di concertazione svoltesi con le associazioni di impiegare al meglio il FNA anche per il triennio 2019 – 2021 alla erogazione degli assegni di cura in favore di utenti valutati gravissimi e gravi;
- c) delle osservazioni pervenute dai componenti dell'osservatorio e dalla Direzione generale per la Salute;

RITENUTO

- a) necessario dover approvare il Piano Regionale per la Non Autosufficienza, allegato alla presente (All.A) che ne costituisce parte integrante e sostanziale, finalizzato alla promozione di interventi domiciliari per non autosufficienti attraverso gli assegni di cura, in recepimento delle indicazioni del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza ex D.P.C.M. 21/11/19;
- b) necessario, altresì, dovere approvare il Programma Regionale di Assegni di cura per disabili gravissimi e gravi, quale strumento operativo per l'attuazione del Piano Regionale per le Non Autosufficienze per il triennio 2020 – 2021 che allegato alla presente (All.B) corredato della relativa modulistica che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- c) di dover prevedere che il Piano Regionale Non Autosufficienza sia finanziato con le risorse del FNA secondo le quote ripartite con il D.P.C.M.21/11/19 per il triennio 2019 – 2021, da acquisire sul Bilancio Regionale di previsione per il triennio 2020 – 2022, come di seguito indicato:
Anno 2019 euro 48.492.720,00;
Anno 2020 euro 52.536.600,00;
Anno 2021 euro 48.128.940,00;
- d) di dover prevedere che per l'accesso alle risorse per ciascuna annualità gli enti capofila degli Ambiti Territoriali presentino alla Direzione Generale Politiche Sociali e Socio Sanitarie:
- Progetti di Ambito per l'erogazione di assegni di cura in coerenza con le indicazioni contenute nel Programma Regionale (All. B) e correlate circolari attuative;
- rendicontazione delle risorse ripartite nel secondo anno precedente, a partire dal FNA 2017, per una quota non inferiore al 80% delle somme acquisite;
- e) dover prevedere che per ciascuna annualità del triennio di riferimento, in base agli esiti del procedimento istruttorio effettuato sui progetti di Ambito Territoriale e sulla rendicontazione delle spese pregresse, la Giunta assumerà con apposita deliberazione misure atte a garantire il livello minimo delle prestazioni per le persone non autosufficienti, a tutela del diritto alla salute e all'assistenza, e disporrà i criteri di riparto e assegnazione in favore degli Ambiti Territoriali;
- f) dover dare mandato alla Direzione Generale Politiche Sociali e Socio-sanitarie di assumere tutti i conseguenziali provvedimenti attuativi del presente provvedimento;

VISTI

tutti gli atti richiamati in premessa che qui si intendono integralmente riportati

PROPONE, e la Giunta in conformità a voto unanime

DELIBERA

1. di approvare il Piano Regionale per la Non Autosufficienza, allegato alla presente (All. A) che ne costituisce parte integrante e sostanziale, finalizzato alla promozione di interventi domiciliari per non autosufficienti attraverso gli assegni di cura, in recepimento delle indicazioni del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza ex D.P.C.M. 21/11/19;
2. di approvare il Programma Regionale di Assegni di cura per disabili gravissimi e gravi, quale strumento operativo per l'attuazione del Piano Regionale per le Non Autosufficienze per il triennio 2020 – 2021 che allegato alla presente (All. B) corredato della relativa modulistica che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
3. di prevedere che il Piano Regionale Non Autosufficienza sia finanziato con le risorse del FNA secondo le quote ripartite con il D.P.C.M.21/11/19 per il triennio 2019 – 2021, da acquisire sul Bilancio Regionale di previsione per il triennio 2020 – 2022, come di seguito indicato:
Anno 2019 euro 48.492.720,00;
Anno 2020 euro 52.536.600,00;
Anno 2021 euro 48.128.940,00;
4. di prevedere che per l'accesso alle risorse per ciascuna annualità gli enti capofila degli Ambiti Territoriali presentino alla Direzione Generale Politiche Sociali e Socio Sanitarie:
 - Progetti di Ambito per l'erogazione di assegni di cura in coerenza con le indicazioni contenute nel Programma Regionale (All.B) e correlate circolari attuative;
 - rendicontazione delle risorse ripartite nel secondo anno precedente, a partire dal FNA 2017, per una quota non inferiore al 80% delle somme acquisite;
5. di prevedere che per ciascuna annualità del triennio di riferimento, in base agli esiti del procedimento istruttorio effettuato sui progetti di Ambito Territoriale e sulla rendicontazione delle spese pregresse, la Giunta assumerà con apposita deliberazione misure atte a garantire il livello minimo delle prestazioni per le persone non autosufficienti, a tutela del diritto alla salute e all'assistenza, e disporrà i criteri di riparto e assegnazione in favore degli Ambiti Territoriali;
6. di dare mandato alla Direzione Generale Politiche Sociali e Socio-sanitarie di assumere tutti i conseguenziali provvedimenti attuativi del presente provvedimento;
7. di dare mandato alla Direzione Generale Politiche Sociali e Socio-sanitarie di trasmettere il presente provvedimento al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali per l'accesso al finanziamento del FNA per il triennio 2019 – 2021 di cui al D.P.C.M. del 21/11/19;
8. di trasmettere il presente atto all'Assessore all'Istruzione e alle Politiche Sociali, all'Assessore al Bilancio, al Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale, al Responsabile della Programmazione Unitaria, alla Direzione Generale Risorse Finanziarie, alla Direzione Generale Politiche Sociali e Socio Sanitarie, al BURC e agli uffici competenti per la relativa pubblicazione



GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

DELIBERAZIONE n°	325	del	30/06/2020	DIR.GEN./DIR. STAFF (*)	UOD/STAFF DIR.GEN.
				DG 05	00

OGGETTO :
Programmazione Fondo Non Autosufficienza.

QUADRO A	CODICE	COGNOME	MATRICOLA	FIRMA
PRESIDENTE <input type="checkbox"/> ASSESSORE <input type="checkbox"/>		<i>Assessore Fortini Lucia</i>	504	31/07/2020
DIRETTORE GENERALE / DIRIGENTE STAFF		<i>Dott.ssa Somma Maria</i>	20182	31/07/2020

VISTO DIRETTORE GENERALE ATTIVITA' ASSISTENZA GIUNTA	COGNOME	FIRMA
DATA ADOZIONE	30/06/2020	INVIATO PER L'ESECUZIONE IN DATA
		03/08/2020

AI SEGUENTI UFFICI:

40 . 1 : Gabinetto del Presidente

50 . 5 : Direzione Generale per le politiche sociali e socio-sanitarie

50 . 13 : Direzione generale per le risorse finanziarie

Dichiarazione di conformità della copia cartacea:

Il presente documento, ai sensi del T.U. dpr 445/2000 e successive modificazioni è copia conforme cartacea dei dati custoditi in banca dati della Regione Campania.

Firma

(*)
 DG= Direzione Generale
 US= Ufficio Speciale
 SM= Struttura di Missione
 UDCP= Uffici di Diretta Collaborazione con il Presidente

ALLEGATO A

PIANO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA TRIENNIO 2020 – 2022

1. QUADRO NORMATIVO ED ATTUAZIONE DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

1.1. Il contesto normativo

Il Piano Regionale per la non Autosufficienza si inquadra nel contesto normativo della L.R n. 11/2007 e s.m.i. “Legge per la Dignità e la Cittadinanza Sociale” che disciplina la programmazione e la erogazione dei servizi sociali e sociosanitari. Il Piano tiene conto delle disposizioni contenute nei regolamenti regionali attuativi della citata legge e delle numerose deliberazioni che hanno dettato specifici indirizzi al fine di garantire, nell'applicazione della disciplina di riferimento, uniformità e coerenza con le finalità del legislatore.

Il Piano per la non Autosufficienza è assunto in stretto raccordo con il Piano triennale Sociale Regionale, infatti, quest'ultimo prevede tra le azioni strategiche del triennio 2019-2020 la promozione della presa in carico integrata delle persone non autosufficienti, al fine di contenere il ricorso all'istituzionalizzazione e favorire l'incremento delle risorse e degli interventi di assistenza domiciliare, anche attraverso gli assegni di cura.

Il conseguimento della suddetta finalità prevede lo stretto raccordo tra Comuni ed ASL per una concreta integrazione sociosanitaria, tema al quale la stessa norma nazionale dedica ampio spazio. Difatti, in attuazione dell'art. 19 della L.R. 11/2007, i soggetti competenti a sostenere le politiche in materia sociale sono stati individuati gli ambiti territoriali, non a caso coincidenti con uno o più Distretti Sanitari di una stessa ASL. In fase di prima applicazione la Giunta Regionale, con Delibera n. 320 del 3/7/2012 ha definito i primi Ambiti Territoriali che, in esito alle diverse modifiche, di assetto e/o di forma giuridica, attualmente risultano in un numero pari a 60.

Lo strumento di programmazione e di realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali è il Piano di Zona che, attraverso la sottoscrizione di un Accordo di Programma con la ASL include anche la programmazione dei servizi sociosanitari in regime di compartecipazione alla spesa, tra i quali l'assistenza domiciliare per le persone non autosufficienti.

Particolare rilievo, nell'ambito che ci occupa, assumono gli sportelli di segretariato sociale e i servizi sociali dell'ambito territoriale che hanno il compito di intercettare i bisogni espressi dai cittadini non autosufficienti.

1.2. L'integrazione sociosanitaria

Il Titolo V della legge regionale n. 11/2007 (art. 37 - 42) è dedicato ai “Servizi sociali e sanitari integrati per la non autosufficienza” e disciplina i principi della programmazione sociosanitaria degli interventi e della integrazione organizzativa, gestionale e professionale da parte dei Comuni associati in ambiti e delle ASL.

L'art. 41 della predetta L.R. 11/2007 prevede l'istituzione della Porta Unitaria di Accesso (P.U.A.) alle prestazioni socio sanitarie e delle Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) mediante un regolamento adottato da Comuni ed ASL in allegato al Piano di Zona.

Al fine di dare puntuale attuazione alla disciplina normativa in esame la Giunta Regionale ha dettato diverse Deliberazioni, proposte dagli Uffici competenti rispettivamente in materia sociale e sanitaria, che hanno contribuito a costruire percorsi integrati in piena sinergia a sostegno della non autosufficienza.

La DGR 41 del 14/2/2011 recante "Il Sistema dei Servizi Domiciliari in Campania" fornisce indicazioni operative a Comuni ed ASL per l'attuazione dell'art. 41 e quindi per la regolamentazione delle procedure sociosanitarie di accesso e valutazione multidimensionale, nonché per la presa in carico degli utenti mediante un progetto sociosanitario personalizzato. Si tratta di indicazioni propedeutiche alla corretta erogazione degli interventi domiciliari che sono denominati "Cure Domiciliari" e suddivisi in I, II e III livello secondo il grado d'intensità assistenziale, prevedendo per ciascun livello le prestazioni di competenza sanitaria e sociale e le relative figure professionali.

Oltre alla già citata DGR 41/2011 la Regione ha disciplinato in dettaglio la P.U.A. adottando la DGR n. 790 del 21/12/2012 recante "Linee Operative per l'accesso unitario ai servizi sociosanitari – P.U.A."

L'accesso unitario è inteso come una funzione integrata esercitata dagli sportelli di Segretariato Sociale per conto dei Comuni e dai Distretti Sanitari per conto delle ASL.

In attuazione delle predette deliberazioni i Comuni e le ASL hanno istituito le U.V.I. presso ciascun Distretto sanitario ed hanno adottato un regolamento che disciplina le funzioni integrate di accesso, valutazione e presa in carico delle persone non autosufficienti che presentano un bisogno sociosanitario complesso che richiede l'apporto congiunto di interventi sanitari e socioassistenziali.

Le U.V.I. Sono composte al minimo dal medico di base, dal medico specialista del Distretto Sanitario e dall'assistente sociale delegato dai Comuni dell'Ambito Territoriale. Tale composizione minima può essere integrata da altre figure professionali sia sanitarie che sociali secondo i casi specifici.

2. LE MODALITÀ DI INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI DEGLI INTERVENTI

I beneficiari degli interventi finanziati con il F.N.A. sono persone che presentano un bisogno sociosanitario complesso che richiede una presa in carico integrata tra ASL e Comuni dell'Ambito Territoriali. Sono individuate attraverso la valutazione sociosanitaria operata delle Unità di valutazione Integrata (U.V.I.).

2.1 Gli strumenti utilizzati dalle UVI.

Per valutare le condizioni di bisogno assistenziale sia sanitario che sociale e per definire un Piano Assistenziale Individuale sono in uso le schede SVAMA per gli anziani e SVAMDI per i disabili adulti, adottate dalla Regione con le DGR n. 323 e n. 324 del 3/7/2012, strumenti validi per tutti i servizi sociosanitari, anche domiciliari.

Includono una elaborata Scheda di Valutazione Sociale (Allegato C), strumento di lavoro dell'assistente sociale dell'Ambito sia per la fase di valutazione che per la successiva fase di presa in carico e di monitoraggio. La scheda permette attraverso alcune scale di analizzare l'insieme delle condizioni di disagio sociale e di bisogno assistenziale sia dell'interessato che della sua famiglia come ad esempio la copertura oraria dell'assistenza fornita dai familiari o anche il livello di stress subito dagli stessi.

La scala di valutazione sanitaria Barthel é stata individuata con il primo Programma Regionale di Assegni di Cura, (Decreto 261/2016), come lo strumento necessario a rilevare il livello di intensità del bisogno assistenziale e quindi idoneo a distinguere disabili gravissimi e disabili gravi, parametrando di conseguenza l'importo mensile dell'assegno. Tale criterio resta ancora valido per individuare i criteri di ammissione agli assegni di cura dei disabili gravi cioè coloro che, oltre alla certificazione della L.104/92, a seguito di valutazione abbiano riportato un punteggio Barthel minimo di 55 punti su 100.

Solo di recente, con il secondo Programma regionale ex D.D. 223/2019, sono state invece adottate le scale di valutazione sanitaria approvate con D.M. del 26/9/2016, in aggiunta alle

schede SVAMA e SVAMD, per l'individuazione delle persone con disabilità gravissime e l'accesso agli assegni di cura.

Va tuttavia considerato che accedono prioritariamente al programma di assegni di cura le persone con disabilità gravissima e quindi, data la disponibilità finanziaria dell'Ambito, solo una quota minoritaria di utenti in condizioni di disabilità grave riceve l'assegno di cura e secondo il criterio prioritario del più alto punteggio della scala Barthel a partire da un minimo di 55 punti. Ovviamente per i gravi che non ricevono assegno di cura restano in vigore le prestazioni assistenziali degli O.S.S.

2.2 La valutazione delle condizioni economiche

La valutazione delle condizioni economiche del paziente ha un ruolo determinante per l'accesso agli assegni di cura in quanto costituisce un secondo criterio di priorità a parità di punteggio Barthel. Non è invece utilizzata per determinare la quota di assegno mensile, in quanto essa è parametrata solo in base alla gravità clinica. Questo elemento differenzia gli assegni di cura dalle prestazioni assistenziali fornite dagli O.S.S. per le quali è prevista una quota di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti, come del resto per tutte le prestazioni sociosanitarie. Le fasce di reddito per la compartecipazione sono state definite con il D.C.A. n. 6/2010.

2.3 Le scale di valutazione ex art. 3 del D.M. del 26/09/2016

Un approfondimento specifico va fatto per il lungo e complesso percorso di rilevazione dei gravissimi mediante le scale ex DM 26/9/16.

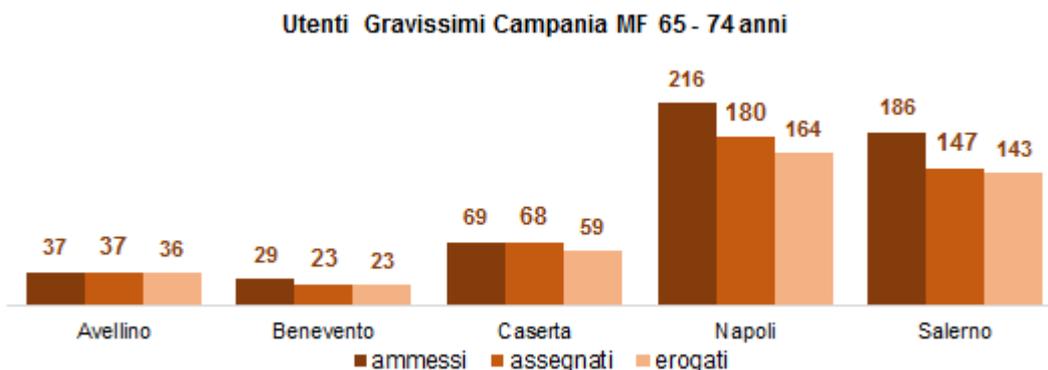
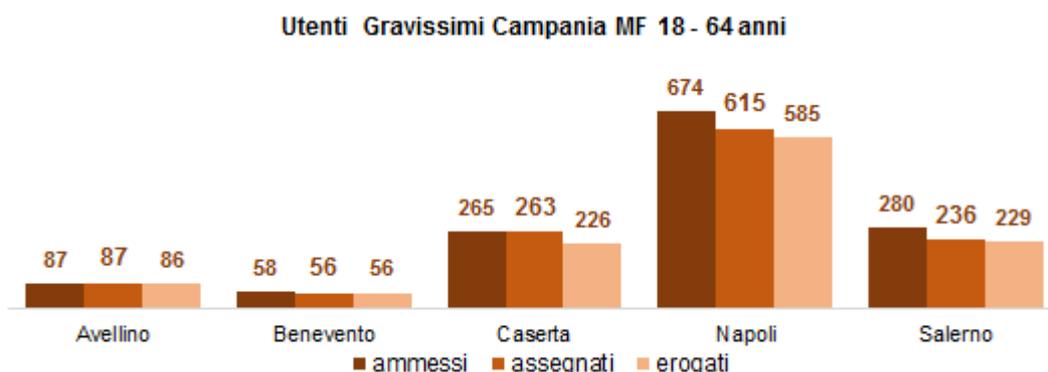
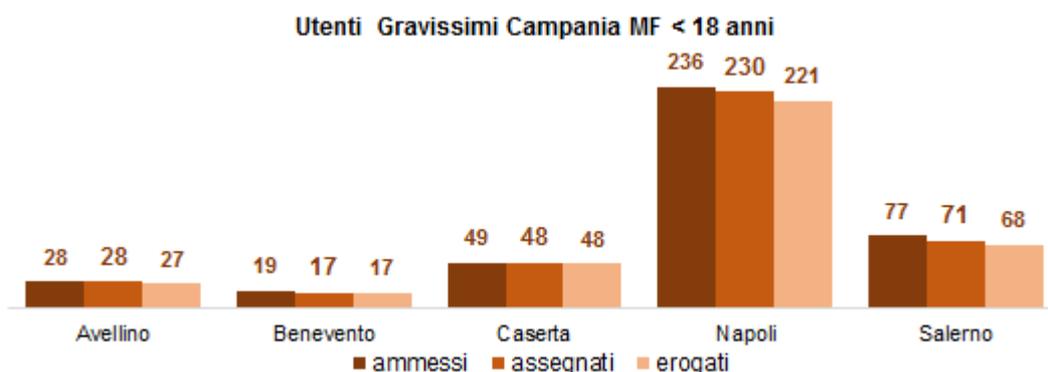
Sono state utilizzate per la prima volta nel corso del 2017 per effettuare una rilevazione del numero di persone con disabilità gravissime valutate dalle UVI e prese in carico indipendentemente dal tipo di servizio offerto. La rilevazione nasceva a seguito delle indicazioni ministeriali, dalla esigenza di mappare il fabbisogno regionale ma ha visto un percorso complesso per le difficoltà di integrazione tra le diverse strutture regionali preposte alla stessa e, ad ogni modo i dati reperiti seppur interessanti sono risultati incompleti e disomogenei.

Nel 2019, con il Decreto n. 223 del 1/07/2019 "Programma regionale di Assegni di cura" sono invece recepite e adottate per l'accesso ai P.A.I. di Cure Domiciliari che prevedono un assegno di cura. Entro la data del 30/10/19, fissata per la presentazione dei progetti, è pervenuto un dato parziale corrispondente alla rilevazione effettuata dalle UVI fino a quella data (ma che è proseguita oltre) per 49 Ambiti Territoriali su 59. Sebbene si tratti di una rilevazione assolutamente incompleta, per la scadenza temporale ma soprattutto per la limitatezza del territorio di riferimento che non include aree densamente popolate come la città di Napoli, ha già permesso di evidenziare a quella data un numero di 2.162 gravissimi e 798 gravi individuati come potenziali beneficiari di assegni di cura.

Il Monitoraggio del FNA 2017 ha invece individuato su tutto il territorio regionale un numero di 2979 gravissimi beneficiari di assegno di cura ma individuati secondo le vecchie procedure con il punteggio della Scala Barthel. Il dato è in costante crescita poiché le rilevazioni sono in corso e si potrà conoscerne l'esito nel corso del 2020 in vista della presentazione dei nuovi progetti di Ambito Territoriale per l'ammissione al finanziamento del FNA 19.

Utenti FNA 2017 Gravissimi																
	<18 anni			18-64 anni			65-74 anni			>74 anni			Totale			
	Am	As	Er	Am	As	Er	Am	As	Er	Am	As	Er	Am	As	Er	
Avellino	28	28	27	87	87	86	37	37	36	118	118	116	270	270	265	
Benevento	19	17	17	58	56	56	29	23	23	134	101	100	240	197	196	
Caserta	49	48	48	265	263	226	69	68	59	145	133	116	528	512	449	
Napoli	236	230	221	674	615	585	216	180	164	583	443	419	1.709	1.468	1.389	
Salerno	77	71	68	280	236	229	186	147	143	287	257	240	830	711	680	
Campania	409	394	381	1.364	1.257	1.182	537	455	425	1.267	1.052	991	3.577	3.158	2.979	

LEGENDA: Am = ammessi; As = assegnati; Er = erogati



3. LA DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI PROGRAMMATI

3.1 Il Fondo Non Autosufficienza.

Il FNA è sempre stato destinato alla stessa tipologia d'intervento per gravissimi e gravi.

Nei primi anni di utilizzo, il fondo è stato destinato ad incrementare gli interventi domiciliari ed in particolare "le prestazioni di assistenza tutelare ed aiuto infermieristico" che in base ai L.E.A. sono di competenza dei comuni al 50% dei costi. L'ADI è stata finanziata con il totale FNA per gli anni 2007 – 2010 e con quota parte dei riparti del FNA 2013 e 2014, in base alle scelte di programmazione degli stessi Comuni attraverso i Piani Sociali di Zona.

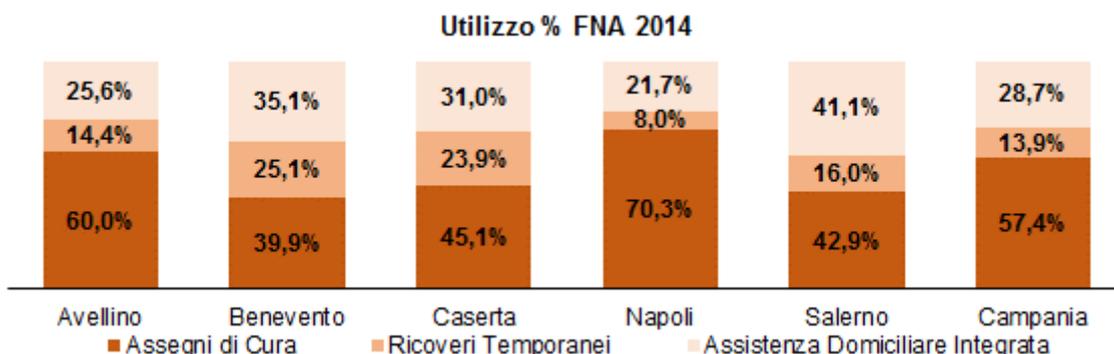
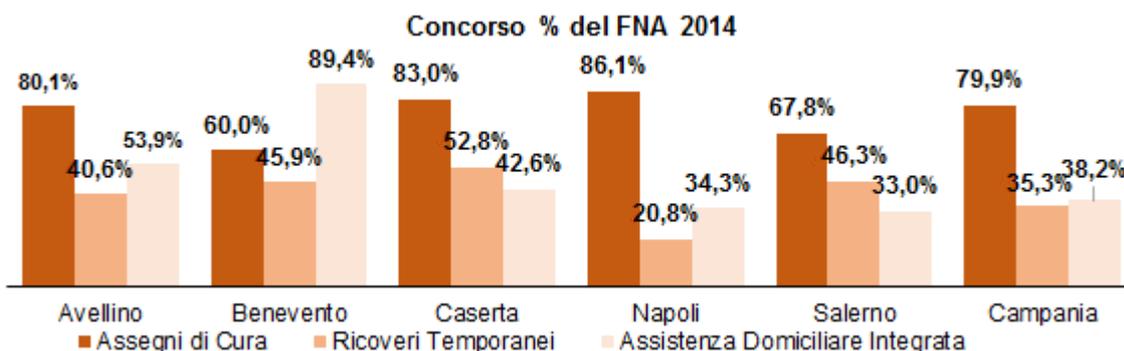
Sulla base del fabbisogno territoriale il Piano di Zona poteva prevedere l'incremento degli interventi domiciliari sia attraverso le prestazioni domiciliari ma anche attraverso il pagamento di un assegno di cura mensile oppure un periodo di ricovero temporaneo per eventuali esigenze familiari.

Nel complesso per le tre tipologie di intervento furono programmati € 32.126.977,10, così come riportato nella seguente tabella.

Dotazioni degli interventi finanziati anche con il FNA 2014				
	Assegni di Cura	Ricoveri Temporanei	Assistenza Domiciliare Integrata	TOTALE
Avellino	1.266.930,90	601.395,80	802.732,17	2.671.058,87
Benevento	789.268,01	649.285,58	465.715,50	1.904.269,09
Caserta	1.333.180,47	1.110.204,98	1.786.671,56	4.230.057,01
Napoli	6.552.859,27	3.080.292,03	5.084.998,89	14.718.150,19
Salerno	2.446.737,59	1.337.293,21	4.819.411,14	8.603.441,94
Campania	12.388.976,24	6.778.471,60	12.959.529,26	32.126.977,10

L'importo del FNA 2014 per ciascuna delle tipologie è riportato nella tabella seguente, mentre nel grafico successivo si presenta il suo concorso percentuale ed in quello seguente la sua distribuzione tra esse.

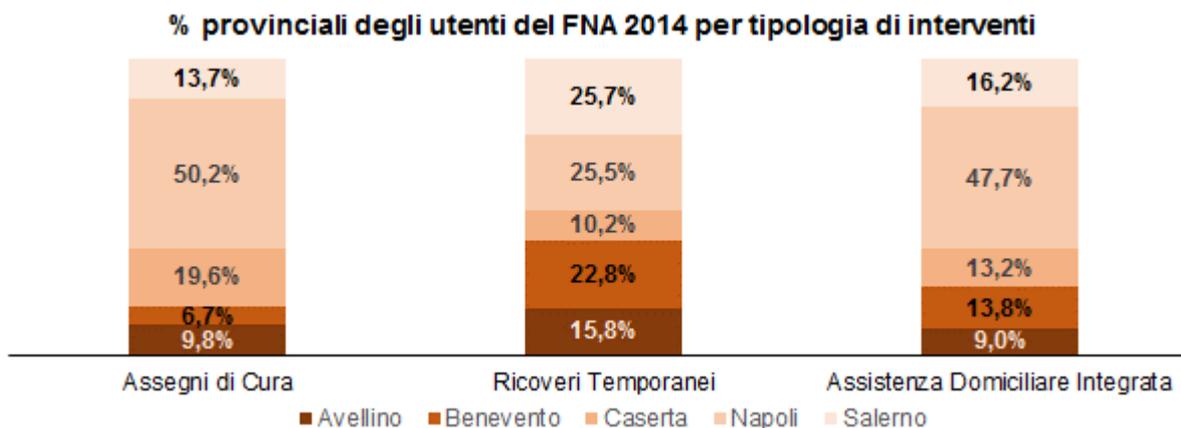
Importo del FNA destinato agli interventi				
	Assegni di Cura	Ricoveri Temporanei	Assistenza Domiciliare Integrata	TOTALE
Avellino	1.014.930,90	244.062,76	432.886,70	1.691.880,36
Benevento	473.593,84	298.135,95	416.463,95	1.188.193,74
Caserta	1.106.130,60	586.721,38	760.556,33	2.453.408,31
Napoli	5.640.215,38	641.774,82	1.744.947,57	8.026.937,77
Salerno	1.659.473,07	619.612,96	1.591.320,09	3.870.406,12
Campania	9.894.343,79	2.390.307,87	4.946.174,64	17.230.826,30



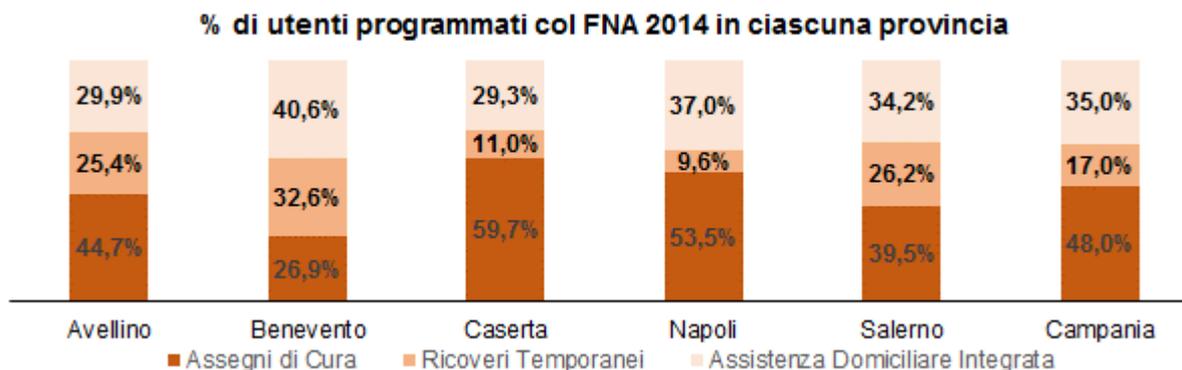
Nel complesso per gli interventi finanziati anche con il FNA 2014 furono previsti 2.941 beneficiari, presenti nelle 5 province.

N. beneficiari previsti dei servizi finanziati anche con il FNA 2014				
	Assegni di Cura	Ricoveri Temporanei	Assistenza Domiciliare Integrata	TOTALE
Avellino	139	79	93	311
Benevento	94	114	142	350
Caserta	277	51	136	464
Napoli	710	127	491	1.328
Salerno	193	128	167	488
Campania	1.413	499	1.029	2.941

Di seguito si riporta la distribuzione nelle 5 province del numero di beneficiari di ciascuna tipologia di intervento.



Infine il grafico seguente descrive la distribuzione percentuale delle tre tipologie di intervento in ciascuna provincia e nell'intera regione.



3.2 Gli assegni di cura

Gli assegni di cura sono stati introdotti in via sperimentale nel 2013 con la DGR n. 34 del 8/2/13 per i soli malati di SLA con le risorse del FNA 2011, poi estesi dal 2014 a tutte le persone con gravi disabilità attraverso Indicazioni Operative rese in tal senso per l'adozione dei piani di Zona ed utilizzando le risorse afferenti al riparto del FNA 2013 e 2014.

Il successo dell'iniziativa e l'elevato interesse per questo tipo d'intervento da parte dei diretti interessati e delle associazioni di tutela ha indotto la Regione a prevedere gli assegni di cura tra gli obiettivi strategici del III P.S.R. 2016 – 2018 e tra le azioni strategiche per la promozione della presa in carico integrata delle persone non autosufficienti del IV P.S.R. in corso di attuazione per il triennio 2019 – 20121.

Dopo i primi anni di programmazione si è inteso sistematizzare tale intervento attraverso un documento condiviso con gli uffici della sanità e le principali associazioni di tutela dei disabili per dare indicazioni operative dettagliate agli Ambiti Territoriali.

Con il Decreto n. 261 del 18/7/2016 è stato varato il primo "Programma Regionale di Assegni di Cura" finanziato fino ad oggi con tutti i successivi riparti del FNA opportunamente integrato con una quota di compartecipazione regionale.

Sulla base dell'esperienza maturata anche attraverso il monitoraggio degli interventi e dei flussi finanziari (vedi sotto) ed in recepimento delle indicazioni ministeriali di cui al D.M. 26/9/2016 , con il Decreto n. 223 del 1/7/29019 è stato adottato il secondo PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEGNI DI CURA PER DISABILI GRAVISSIMI E GRAVI , attualmente in vigore, che recepisce la definizione di "disabilità gravissima" ex art. 3 del D.M. 26/9/2016 e adotta le relative scale di valutazione sanitaria per l'accesso agli assegni di cura e la definizione della relativa quota mensile.

Il DD 223/2019 riprende alcuni elementi della prima esperienza di programmazione ex DGR 34/2013 per i soli ammalati di SLA prevedendo che le risorse FNA siano correlate all'effettivo fabbisogno di ciascun Ambito Territoriale. Infatti il riparto avviene in base al numero di non autosufficienti valutati dalle UVI, ammessi ad usufruire di un P.A.I. di Cure Domiciliari ed ai relativi costi calcolati per 12 mesi.

Gli assegni di cura rappresentano una forma di assistenza domiciliare indiretta e concorrono alla realizzazione dei progetti sociosanitari di Cure Domiciliari definiti dalle U.V.I. sulla base di una valutazione multidimensionale del bisogno assistenziale. Sostituiscono le ore di prestazioni di "assistenza tutelare ed aiuto infermieristico" garantite dall'O.S.S. (operatore sociosanitario) e costituiscono la quota di spesa sociale dei piani di assistenza P.A.I. di competenza dei Comuni, in attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Sono nel contempo aggiuntivi e complementari ad ogni altra prestazione esclusivamente sociale erogata dall'Ambito Territoriale, ad esclusione di altre misure di sostegno al reddito, per

favorire una presa in carico globale delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie.

Con tale intervento la Regione intende favorire la permanenza a domicilio dei non autosufficienti, per una migliore qualità di vita degli stessi, contrastando i ricoveri inappropriati ed assicurando un sostegno economico adeguato alle loro famiglie che ne hanno assunto il carico di cura quando anche siano in condizioni di difficoltà economica.

Costituiscono infatti un titolo di riconoscimento delle “prestazioni di assistenza tutelare e aiuto infermieristico” svolte dai familiari degli ammalati, sulla base delle indicazioni fornite dai medici dell'UVI. Si tratta di un riconoscimento fondamentale molto richiesto e sollecitato dalle associazioni di tutela delle persone con disabilità in quanto permette all'interessato di essere assistito con continuità da un familiare di fiducia evitando il turn over di operatori professionali “estranei”, nella considerazione che il rapporto di relazione, di confidenza intima e di fiducia sia essenziale alla qualità dell'assistenza e alla vita della persona non autosufficiente. Allo stesso tempo tale riconoscimento permette di compensare le gravi situazioni familiari conseguenti alla perdita del lavoro o alla riduzione dei tempi di lavoro da parte del familiare care giver.

Gli assegni di cura possono essere utilizzati anche per l'acquisto di presidi sanitari di qualità adeguata alle necessità dell'assistito che non siano fornite dal S.S.N. oppure all'acquisto presso terzi di ore di prestazioni assistenziali, lasciando in tale prospettiva all'ammalato la possibilità di scelta dell'operatore professionale, dei tempi, delle modalità di assistenza e degli strumenti più adeguati alle proprie condizioni, nella prospettiva di garantire il rispetto del principio di “autodeterminazione” sancito dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità.

3.3. Criticità della pregressa esperienza.

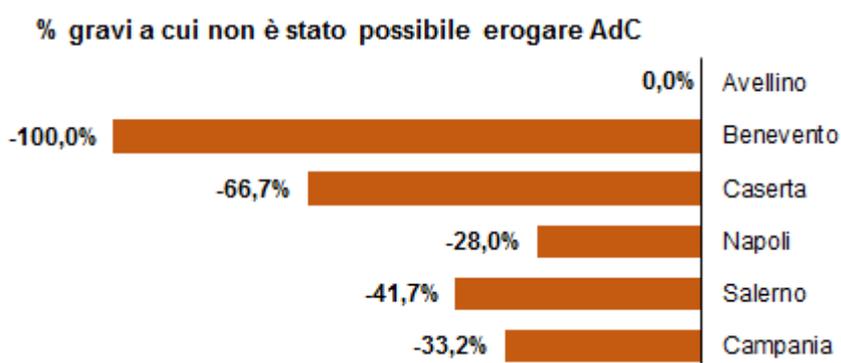
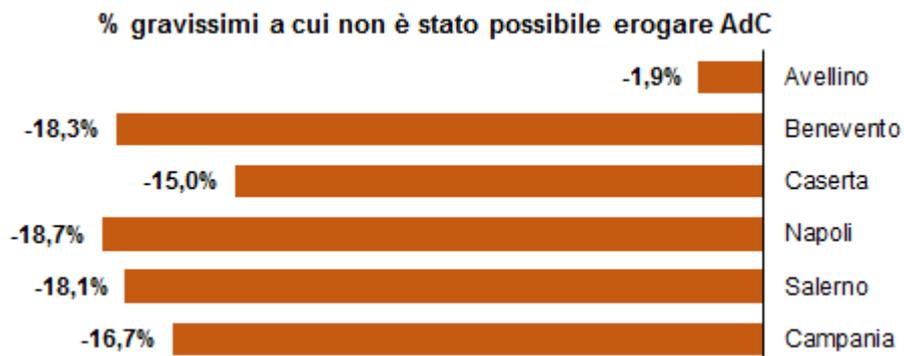
La principale criticità concerne difficoltà organizzative degli Uffici di Piani di Zona o la modifica e la riorganizzazione degli stessi assetti territoriali. Più in generale in alcuni territori negli anni pregressi non è stata compresa la finalità degli assegni di cura di attuare i Livelli Essenziali di Assistenza.

Si consideri ad esempio che dai dati del Monitoraggio del FNA 2017 risulta che alla data del 31/12/2019 solo 15 Ambiti hanno speso l'intero ammontare della dotazione e che complessivamente la percentuale di spesa su base regionale è del 79,6%.

Erogazione FNA 2017						
	N. Ambiti presenti	N. Ambiti con 100% spesa	% Ambiti con 100% spesa	Risorse FNA liquidate agli Ambiti	Risorse FNA liquidate dagli Ambiti	% Risorse FNA liquidate dagli Ambiti
Avellino	6	1	16,7%	3.970.599,96	2.879.966,21	72,5%
Benevento	5	1	20,0%	2.767.421,32	2.200.392,18	79,5%
Caserta	10	3	30,0%	6.425.649,94	4.464.542,06	69,5%
Napoli	25	4	16,0%	19.706.742,78	16.015.570,09	81,3%
Salerno	13	6	46,2%	9.261.286,00	7.977.427,04	86,1%
Campania	59	15	25,4%	42.131.700,00	33.537.897,58	79,6%

	Gravissimi			Gravi		
	ammessi	assegnati	erogati	ammessi	assegnati	erogati
Avellino	270	270	265	3	3	3
Benevento	240	197	196	1	0	0
Caserta	528	512	449	33	11	11
Napoli	1709	1468	1.389	261	224	188
Salerno	830	711	680	36	33	21
Campania	3577	3158	2979	334	271	223

Nei grafici seguenti si presentano le percentuali di cittadini gravissimi e gravi ai quali, benché siano stati ammessi alla fruizione di AdC, non è stata possibile l'erogazione per mancanza di risorse.



Una seconda criticità verte su ritardi nella rilevazione delle persone con disabilità gravissima da parte delle UVI. L'assenza di indicazioni congiuntamente emanate per Comuni ed ASL ha determinato innanzitutto problemi di comunicazione tra gli enti territoriali preposti alla presa in carico delle persone non autosufficienti e notevoli ritardi nelle procedure.

Il percorso ha impattato con le consuete procedure di valutazione già regolamentate da Comuni ed ASL dal 2012, con la carenza di personale dei Distretti Sanitari preposto alle UVI, con difficoltà di recepimento dovute anche alla settorialità delle scale che sono adottate per il solo utilizzo del FNA, ma non incidono in alcun modo sul complesso sistema di valutazione per l'ammissione all'intervento sociosanitario di Cure Domiciliari. Le indicazioni ministeriali rivolte alla Direzione Politiche Sociali richiederebbero una rivisitazione delle delibere congiunte del 2012 con le quali sono state adottate le schede SVAMA e SVAMDI, in assenza della quale le sole indicazioni sociali possono incontrare molteplici ritardi e difficoltà organizzative nel comparto sanitario.

4. OBIETTIVI DEL PIANO REGIONALE E PROGRAMMAZIONE DELLE RISORSE

Obiettivo strategico del Piano Regionale Non Autosufficienze in linea con il IV P.S.R. è l'incremento del numero di persone non autosufficienti che beneficiano di assegni di cura .

In via prioritaria si prevede di incrementare i P.A.I. per le Cure Domiciliari mediante assegni di cura, in coerenza con le precedenti programmazioni del FNA. In via secondaria si prevede la possibilità di estendere gli assegni di cura come intervento esclusivamente sociale anche a coloro che non ricevono assistenza domiciliare da parte della ASL ma presentano condizioni di disabilità gravissima o grave e necessitano di assistenza e sorveglianza continuativa nelle 24 ore come ad es. i malati di alzheimer, al fine di sostenere il carico di cura delle famiglie.

A tal fine le risorse del riparto FNA 2019, 2020 e 2021 sono destinate all'attuazione del Programma Regionale di Assegni di Cura (ALLEGATO B) per il triennio 2020 – 2022.

Le risorse saranno trasferite ai Comuni capofila / Consorzi degli Ambiti Territoriali, sulla base dell'effettivo fabbisogno territoriale e quindi del numero di persone non autosufficienti prese in carico congiuntamente nelle Cure Domiciliari sulla base di una valutazione multidimensionale effettuata dalla U.V.I.

Le somme che saranno trasferite agli enti territoriali dovranno essere, come di consueto, prioritariamente destinate agli interventi per gravissimi; infatti Il Programma Regionale prevede che accedano prioritariamente agli assegni di cura le persone che a seguito di valutazione da parte delle UVI risultino in condizioni di disabilità gravissima ex art. 3 del D.M. 26/9/2016. Inoltre, a fronte della rilevazione delle persone con disabilità gravissima effettuata dalle UVI e della programmazione territoriale di assegni di cura la Giunta si riserva di definire i criteri di riparto del fondo per ciascuna annualità, al fine di attuare misure idonee a garantire il diritto all'assistenza delle persone non autosufficienti con particolare riguardo alle persone con disabilità gravissima.

Per il raggiungimento di tale obiettivo è altresì necessario attivare le seguenti azioni strategiche: **la compartecipazione regionale al FNA; il potenziamento della integrazione tra Comuni ed ASL; il rafforzamento del monitoraggio degli interventi e delle risorse.**

4.1 Risorse regionali di compartecipazione al F.N.A.

Se molto è stato fatto per attuare la normativa nazionale per i non autosufficienti restano ancora dei punti incompiuti.

L'art. 42 della legge regionale n. 11/2007 prevede anche un fondo regionale per la non autosufficienza per le prestazioni sociosanitarie integrate, compresi gli assegni di cura, cui è stata data in parte esecuzione a partire dal 2016. Il ricorso agli assegni di cura è in sensibile aumento, pertanto, in prospettiva si potrebbero integrare le risorse del FNA attraverso una attenta ed orientata programmazione delle somme che complessivamente concorrono al sostegno del sistema sociale campano.

4.2 Potenziamento dell'integrazione sociosanitaria

Per l'incremento degli assegni di cura si rende necessario perseguire il rafforzamento del percorso integrato di accesso e valutazione mediante le UVI, attraverso azioni concordate tra le due Direzioni Regionali preposte, che permetta di fornire indicazioni univoche alle ASL ed ai Comuni, a partire da una revisione degli strumenti di valutazione per l'accesso alle Cure Domiciliari. Allo stesso tempo è opportuno provvedere insieme alla Direzione Tutela della Salute ad avviare un sistema di monitoraggio del percorso di accesso e valutazione per le Cure Domiciliari e della funzionalità delle UVI.

Si rende infine opportuno valorizzare il ruolo chiave degli assistenti sociali responsabili della valutazione sociale in sede di U.V.I., della presa in carico sociale delle persone non autosufficienti e del monitoraggio degli interventi. Si tratta di divulgare tra gli operatori che sono a più diretto contatto con l'utenza le strategie regionali del presente Piano, diffondere modalità univoche di risposta alle legittime aspettative dei cittadini e favorire uno scambio di buone prassi per una corretta presa in carico delle persone non autosufficienti. Allo scopo è opportuno prevedere incontri formativi oltre che materiale divulgativo del presente Piano Regionale, ma in linea generale promuovere un raccordo diretto tra gli assistenti sociali e gli uffici regionali per superare i disguidi organizzativi sperimentati a livello locale (cfr. punto 3) che hanno determinato differenti modalità di attuazione della misura regionale tra un Ambito Territoriale e l'altro o una difformità di risposte alle richieste dei diretti interessati.

Si ritiene pertanto opportuno individuare tempistiche stringenti per la definizione del procedimento volto a garantire l'esito delle valutazioni a cura delle U.V.I., anche nell'ottica di miglioramento del sistema e di maggiore efficienza del servizio complessivamente reso all'utenza. In particolare dalla data della richiesta, completa sul piano formale e sostanziale da parte di

ciascun Ambito territoriale e/o Consorzio, entro i successivi 45 giorni è necessario che l'UVI concluda le attività di competenza. In caso di mancato rispetto del termine, su segnalazione di parte alla Direzione Generale Salute e/o alla Direzione Generale Politiche sociali e sociosanitarie, verrà informata l'ASL di riferimento per l'adozione delle misure conseguenziali, previa possibilità di presentazione di osservazioni o motivazioni a cura del distretto sanitario di riferimento.

Gli Ambiti di riferimento, dal loro canto, avranno l'onere di attivare il procedimento volto alla richiesta di valutazione ai fini del riconoscimento dell'assegno di cura entro 30 giorni dall'istanza. In caso di inosservanza del termine, su segnalazione di parte alla Direzione Generale Salute e/o alla Direzione Generale Politiche sociali e sociosanitarie, verrà attivata procedura di contraddittorio e, in caso di comprovate inadempienze verranno attivate misure in condivisione con il comitato di coordinamento istituzionale di riferimento o comunque con gli organi di governo dell'ambito di riferimento, utilizzando gli ordinari strumenti normativi e disciplinari nei casi di disservizio all'utenza.

4.3 Monitoraggio delle risorse e degli interventi

Per superare le criticità pregresse è necessario rafforzare gli strumenti ed il procedimento che permette di monitorare l'andamento della spesa e la presa in carico delle persone non autosufficienti.

Per il triennio 2020-2022 è previsto un nuovo e più articolato strumento di monitoraggio che permetta di rilevare le informazioni di dettaglio sui beneficiari degli interventi previste nel Piano Nazionale (All E) oltre ad ulteriori informazioni di carattere finanziario che permettano con cadenza periodica di controllare l'adozione degli atti amministrativi connessi all'utilizzo del FNA e lo stato di avanzamento della spesa, compulsando gli enti territoriali ad una celere ed efficace attuazione del Piano Regionale.

Il Monitoraggio assume un ruolo fondamentale strettamente connesso alla programmazione annuale delle risorse del FNA. Infatti, in linea con la strategia del Piano Nazionale per il riparto delle risorse FNA, è necessario costruire un percorso rigoroso che imponga agli enti territoriali celerità ed efficienza nel trasferimento delle risorse ai diretti interessati, a salvaguardia dei livelli essenziali di assistenza.

Si prevede quindi di condizionare il trasferimento delle risorse per il triennio 2020-2022 alla effettiva capacità di spesa degli enti territoriali, evitandone la dispersione, o limitando da parte di alcuni enti l'accumulo di quote residue o addirittura un uso "improprio".

Anche per il triennio 2020- 2021 Il monitoraggio sarà effettuato mediante la compilazione di un FILE che permette la elaborazione dei dati per indagini conoscitive utili alla programmazione regionale oltre che per rispondere alle informazioni richieste dal Monitoraggio Nazionale e sarà accompagnato da una Dichiarazione di spesa firmata dal responsabile del Piano di Zona.

A differenza dei precedenti anni, sarà predisposto un FILE che conterrà un maggiore dettaglio delle informazioni e la rilevazione avverrà con cadenza semestrale. La Dichiarazione di spesa dovrà essere allegata anche alla programmazione territoriale di assegni di cura, divenendone strumento propedeutico ed essenziale alla programmazione regionale delle risorse.

A questi strumenti si aggiunge la richiesta di una relazione a cura del Responsabile dell'Ambito territoriale che sintetizzi le relazioni degli assistenti sociali e permetta di tracciare il percorso e valutazione degli utenti (dalla domanda di assegni di cura alla effettiva presa in carico integrata), il buon andamento dei progetti ed eventuali criticità rilevate.

Il monitoraggio sarà assicurato attraverso una scheda predisposta dalla Direzione Generale delle Politiche sociali che potrà essere adeguata ed aggiornata in base alle esigenze connesse alla corretta attuazione della misura.

PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEGNI DI CURA per disabili gravissimi e disabili gravi

1. FINALITA' DEL PROGRAMMA REGIONALE

La Regione promuove un Programma di Assegni di Cura per favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti in condizioni di disabilità grave e gravissima (ex art. 3 del D.M. 26/9/2016), che necessitano di assistenza continua 24 ore al giorno e per sostenere i loro familiari nel carico di cura.

2. TIPOLOGIA DELL'INTERVENTO

Gli assegni di cura sono contributi economici onnicomprensivi erogati dall'Ambito Territoriale in favore di persone non autosufficienti in condizioni di disabilità gravissima e grave assistite a domicilio e costituiscono un titolo di riconoscimento delle prestazioni di assistenza tutelare svolte dai familiari, e/o dagli assistenti familiari a contratto, in sostituzione delle prestazioni professionali erogate dagli Operatori Socio Sanitari.

L'intervento persegue i seguenti obiettivi specifici:

- favorire la permanenza a domicilio dei non autosufficienti anche in condizioni di disabilità gravissima;
- assicurare un sostegno economico adeguato alle famiglie che hanno assunto il carico di cura, quando siano anche in condizioni di difficoltà economica;
- contrastare le situazioni di indigenza economica derivante dagli oneri per la cura di una persona in condizioni di disabilità;
- favorire il rientro a domicilio, anche temporaneo, di persone in condizioni di disabilità ricoverate presso strutture sociosanitarie.

Gli assegni di cura concorrono alla realizzazione dei progetti sociosanitari/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. Sostituiscono le ore di prestazioni di "assistenza tutelare ed aiuto infermieristico" 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. Gli assegni di cura possono anche integrare i P.A.I. di Cure Domiciliari che non prevedano compartecipazione alla spesa da parte dei Comuni.

Sono, nel contempo, 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 aggiuntivi anche delle prestazioni sociali erogate direttamente dall'INPS e dal Ministero delle Politiche Sociali.

L'assegno è cumulabile con pensioni, indennità di accompagnamento ed ogni altro assegno o emolumento riconosciuto con carattere previdenziale e/o assicurativo. Non è cumulabile con altre misure di sostegno al reddito erogate dagli Ambiti per i non autosufficienti né con voucher per l'assunzione di badanti.

2.1 L'importo dell'assegno di cura è fissato in due quote mensili distinte tra gravissimi e gravi:

- € 1.200,00 mensili per tutte le persone con disabilità gravissima valutate dalle U.V.I. attraverso le schede di valutazione approvate con D.M. 26/9/2016 All. 1 e 2, indipendentemente dal tipo di patologia;
- € 600,00 mensili per tutte le persone con disabilità grave valutate dalle UVI attraverso la scheda Barthel e che hanno riportato un punteggio minimo di 55.

Intestatario dell'assegno è la persona non autosufficiente. E' essenziale che la U.V.I. individui nel progetto sociosanitario/P.A.I. un care giver di riferimento che assume la responsabilità della gestione delle prestazioni assistenziali programmate dalla U.V.I. in sostituzione degli O.S.S., affinché siano erogate nei modi e nei tempi prescritti.

L'assegno può essere intestato al care giver individuato dalla U.V.I. nel caso in cui sia stato nominato dal Tribunale "amministratore di sostegno" o "tutore giuridico".

I beneficiari sono esentati dalla quota di compartecipazione al costo delle prestazioni sociosanitarie prevista con Decreto Commissariale n. 6/2010 e successive modifiche e integrazioni.

2.2 L'assegno ha una durata 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 immediatamente sostituito con le ore di prestazioni di assistenza domiciliare erogate dagli Operatori SocioSanitari, per la quota di competenza dell'Ambito Territoriale, per garantire la continuità assistenziale del P.A.I. di Cure Domiciliari.

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 a partire dal mese successivo al decesso. I familiari o eredi del deceduto non hanno alcun titolo di diritto sull'assegno.

3. BENEFICIARI

Accedono agli assegni di cura del presente Programma le persone non autosufficienti in condizione di "disabilità gravissima" o di "disabilità grave" residenti nell'Ambito Territoriale e per le quali le U.V.I. distrettuali abbiano già effettuato una valutazione e redatto un progetto sociosanitario/P.A.I. di "Cure Domiciliari". Sono esclusi coloro che usufruiscono di servizi semiresidenziali e residenziali sia sociosanitari che socioassistenziali.

3.1 Gravissimi

Per 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 dal medico specialista della U.V.I. 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 s'intendono coloro che abbiano ricevuto ai sensi della L. 104/92 la valutazione con connotazione di gravità da parte della Commissione Medica della ASL e che siano titolari di indennità di accompagnamento. Possono beneficiare di assegno di cura i disabili gravi per i quali, a seguito di valutazione multidimensionale effettuata dalle UVI con le schede S.V.M.A e S.VA.M.Di, risulti un punteggio dell'Indice Barthel non inferiore a 55 e che siano stati inclusi in un P.A.I. di Cure Domiciliari. Le tempistiche per la valutazione sono indicate nel Piano triennale.

4. PROCEDURE DI ACCESSO

Le procedure di accesso agli assegni di cura 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 car giver 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 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 sociosanitario complesso" (cfr. DGR 41/2011) che richiede una presa in carico congiunta tra Distretto Sanitario e Ambito Territoriale, e ritenga che l'assegno di cura possa effettivamente essere la modalità più appropriata d'intervento, attiva le procedure per il percorso sociosanitario di accesso e valutazione ex DGR 412/2011. 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 progetto sociosanitario di Cure Domiciliari.

In entrambi i casi é responsabilità dell'assistente 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 sono indicati i seguenti dati: inizio e termine del progetto, quota dell'assegno di cura, 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 paragr. 7.1

5. CRITERI DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA

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.

In via prioritaria gli assegni di cura sono attribuiti in base ai PAI di Cure Domiciliari in regime di compartecipazione alla spesa tra ASL e Comuni e sostituiscono la quota di prestazioni tutelari degli O.S.S. dovuta dai Comuni.

In caso di disponibilità finanziaria, gli assegni possono anche essere attribuiti per PAI domiciliari che non prevedano la compartecipazione alla spesa ma solo prestazioni infermieristico - sanitarie; in tal caso si tratta di interventi sociali che arricchiscono e completano gli interventi domiciliari sanitari.

Infine, sempre che ci sia disponibilità finanziaria, gli assegni di cura possono essere intesi come intervento esclusivamente socioassistenziale finalizzato a sostenere il carico di cura delle famiglie per le persone non autosufficienti che non ricevono assistenza domiciliare dalla ASL ma che pur in assenza di disabilità motoria necessitano di assistenza continua nelle 24 ore. Condizione esclusiva per la erogazione degli assegni di cura é che sia stata in ogni caso effettuata una valutazione sanitaria in base alle scale ex D.M.26/9/2016 e sia stata rilevata o meno la connotazione di disabilità gravissima o grave.

L'attribuzione degli assegni di cura o la prosecuzione dell'intervento per coloro che ne hanno già beneficiato nelle precedenti programmazioni avviene fino ad esaurimento delle risorse disponibili nel rispetto delle seguenti priorità:

- a) connotazione di disabilità gravissima e punteggio più elevato a partire dai punteggi/parametri fissati all'art. 3 del D.M. 26/9/2016
 - a.1) a parità di punteggio si valutano le condizioni sociali ed economiche della persona interessata attraverso la Scheda di Valutazione Sociale (all. C SVAMA e SVAMD) e l'ISEE sociosanitario
- b) connotazione di disabilità grave accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 L.104/92, e punteggio più elevato della scala Barthel a partire da 55;
 - b.1) a parità di punteggio si valutano le condizioni sociali ed economiche e della persona interessata attraverso la Scheda di Valutazione Sociale (all. C SVAMA e SVAMD) e l'ISEE sociosanitario

Hanno pari diritto di accesso sia gli utenti già presi in carico nelle Cure Domiciliari, con o senza assegno di cura, sia i nuovi richiedenti.

La prosecuzione degli assegni di cura oltre i primi 12 mesi avviene in via automatica ed in base alla disponibilità finanziaria dell'Ambito Territoriale.

6. FINANZIAMENTO DEL PROGRAMMA

Per la realizzazione del Programma Assegni di Cura la Regione destina periodicamente ai Comuni capofila e ai Consorzi di Ambito Territoriale risorse vincolate a carico del Fondo non Autosufficienze per la realizzazione di progetti di ambito di cure domiciliari congiuntamente programmati con i Distretti Sanitari di competenza e finalizzati a sostenere, mediante assegni di cura, le famiglie che abbiano in carico una persona non autosufficiente con disabilità grave e gravissima.

La programmazione delle risorse del FNA é 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.

7. CRITERI DI PROGRAMMAZIONE E PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DI AMBITO

Per accedere al finanziamento del FNA i Comuni /Consorzi di Ambito Territoriale devono predisporre i Progetti di Ambito secondo la modulistica allegata al presente programma (All. C) e trasmetterli in formato digitale alla Direzione Generale per le Politiche Sociali all'indirizzo PEC dg500500@pec.regione.campania.it .

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

- informare gli utenti, già presi in carico nelle Cure Domiciliari e beneficiari o meno dell'assegno di cura, delle opportunità del presente Programma Regionale, nonché raccogliere le domande dei nuovi richiedenti;
- concordare con il Distretto Sanitario la rivalutazione degli utenti già in Cure Domiciliari mediante le scale di cui al punto 3 oltre che le schede SVAMA e SVAMD1 per definire l'entità dell'assegno di cura 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. di Cure Domiciliari mediante assegni di cura;
- acquisire agli atti dell'Ufficio di Piano sia le schede di valutazione che i P.A.I. redatti dalle U.V.I.
- compilare il modello Allegato C 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.

7.1 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 provvedono ad acquisire presso struttura sanitaria pubblica la certificazione medica nonché la valutazione effettuata attraverso le scale ex D.M. 26/9/16 e l'assistente sociale dell'Ambito, acquisita la certificazione, provvede a redigere un progetto personalizzato di assegno di cura a carattere sociale entro il termine di 30 giorni.

8. 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 max 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, la Direzione Politiche sociali e socio sanitarie rende il parere di conformità al presente Piano Regionale e la Giunta Regionale, assume con deliberazione misure atte a garantire il livello minimo delle prestazioni per le persone non autosufficienti con priorità ai disabili gravissimi, a tutela del diritto alla salute e all'assistenza, e dispone i criteri di riparto e assegnazione in favore degli Ambiti Territoriali, per ciascuna annualità del F.N.A. anche prevedendo modalità di sostegno integrative al detto programma.

2 Dopo -presa in carico- era inserita tra parentesi (chiediamo che le persone....già in carico.....) ho aggiunto la frase in giallo sotto.

La Direzione Politiche sociali e socio sanitarie provvede quindi 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 spesa della competente Direzione Generale e fino al termine 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. In presenza di progetti di Ambito con importi superiori alle disponibilità del Fondo, la Giunta Regionale si riserva di ammettere a finanziamento solo i P.A.I. per gravissimi o anche di ridurre le quote attribuibili a ciascun Ambito.

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 provvedono a cofinanziare gli assegni di cura al fine di assicurare la presa in carico delle persone con disabilità gravissima 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 e la sua liquidazione segue le procedure di approvazione dei Piani previste dalla L.R. 11/2007 e dal Piano Sociale Regionale.

9. CRITERI DI EROGAZIONE

Gli assegni sono erogati mediante bonifico bancario intestato alla persona non autosufficiente (o amministratore di sostegno o tutore giuridico) 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 deve necessariamente coincidere con la data di cessazione delle prestazioni. 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 – SVAMD1) deve:

- accertare che il richiedente sia in possesso della documentazione utile ad effettuare 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 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, l'assistente sociale provvede a darne comunicazione all'interessato e l'Ufficio di Piano provvede ad attivare le

prestazioni professionali dell'O.S.S. La continuità della presa in carico è infatti garantita da parte dell'Ambito Territoriale attraverso l'alternanza tra assegno di cura e prestazioni domiciliari.

I Beneficiari di assegno di cura hanno facoltà di rinunciare alle prestazioni domiciliari erogate dagli O.S.S. a vantaggio degli assegni di cura, 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. di Cure Domiciliari e potranno ricevere l'assegno di cura per periodi determinati e non continuativi e per una durata compatibile con le risorse disponibili.

10. MONITORAGGIO

L'assistente sociale redige oltre alla scheda di valutazione sociale anche un Piano personalizzato di assistenza in cui siano indicati i seguenti dati: inizio e termine del progetto, modalità del pagamento, care giver di riferimento della persona con disabilità che ne cura l'assistenza oppure l'assistente familiare assunto a contratto.

Periodicamente si reca a domicilio dell'assistito, con cadenza di max 6 mesi, per verificare le condizioni della persona assistita, il buon andamento del progetto, il corretto utilizzo dell'assegno di cura e redige una breve relazione di monitoraggio. In caso di assunzione di un'assistente familiare, acquisisce copia del contratto e dei contributi versati; in caso l'assistenza sia fornita da un familiare, acquisisce autocertificazione dello stesso.

L'assistente sociale consegna copia del progetto personalizzato e delle relazioni periodiche di monitoraggio agli atti dell'Ufficio di Piano/Consorzio.

La Regione effettua annualmente il monitoraggio degli assegni di cura e delle risorse stanziare del FNA attraverso:³

- 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, eventuali criticità rilevate, basata sui progetti personalizzati e sulle relazioni di monitoraggio fornite dalle assistenti sociali

La Regione si riserva di chiedere copia a campione dei progetti personalizzati e delle relazioni di monitoraggio.

La presente è completata dalla documentazione di seguito elencata:

Allegato B1 (scale di valutazione)

Allegato B2 (criteri di valutazione)

Allegato C (modulistica di progetto)

3 Anche qui Frase diversa "la Regione deve effettuare il monitoraggio degli assegni di cura e delle risorse stanziare del FNA con cadenza trimestrale" per esperienza mi sembra impraticabile. Il Ministero prevede cadenza annuale.

Scale per la valutazione della condizione di disabilità gravissima
(Articolo 3, comma 2)

Glasgow Coma Scale (Articolo 3, comma 2, lettera a)

Teasdale G, Jennett B. (1974). "Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale.". Lancet 13 (2): 81-4

Apertura occhi	Spontanea	4
	Agli stimoli verbali	3
	Solo al dolore	2
	Nessuna risposta	1
Risposta verbale	Orientata appropriata	5
	Confusa	4
	Con parole inappropriate	3
	Con parole incomprensibili	2
	Nessuna risposta	1
Risposta Motoria	Obbedisce al comando	6
	Localizza gli stimoli dolorosi	5
	Si ritrae in risposta al dolore	4
	Flette gli arti superiori in risposta al dolore	3
	Estende gli arti superiori in risposta al dolore	2
	Nessuna risposta	1



Clinical Dementia Rating Scale (CDR) estesa (Articolo 3, comma 2, lettera d)

Hughes, C. P., Berg, L., Danziger, W. L., et al (1982) A new clinical scale for the staging of dementia.

British Journal of Psychiatry, 140, 566 -572

	NORMALE	DEMENZA DUBBIA	DEMENZA LIEVE	DEMENZA MODERATA	DEMENZA GRAVE
	CDR 0	CDR 0.5	CDR 1	CDR 2	CDR 3
Memoria	Memoria adeguata o smemorata occasionale	Lieve smemorata permanente; parziale rievocazione di eventi	Perdita memoria modesta per eventi recenti; interferenza attività quotidiane	Perdita memoria severa: materiale nuovo perso rapidamente	Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti
Orientamento	Perfettamente orientato		Alcune difficoltà nel tempo; possibile disorientamento topografico	Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
Giudizio soluzione problemi	Risolve bene i problemi giornalieri; giudizio adeguato rispetto al passato	Dubbia compromissione nella soluzione di problemi; analogie differenze	Difficoltà moderata; esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale adeguato	Difficoltà severa esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale compromesso	Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi
Attività sociali	Attività indipendente e livelli usuali ne lavoro, acquisti, pratiche burocratiche	Solo dubbia compromissione nelle attività descritte	Incapace di compiere indipendentemente le attività, ad esclusione di attività facili	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. In grado di essere portato fuori casa	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. Non in grado di uscire
Casa e hobbies	Vita domestica e interessi intellettuali conservati	Vita domestica e interessi intellettuali lievemente compromessi	Lieve ma sensibile compromissione della vita domestica; abbandono hobbies ed interessi	Interessi ridotti, non sostenuti, vita domestica ridotta a funzioni semplici	Nessuna funzionalità fuori dalla propria camera
Cura personale	Interamente capace di curarsi della propria persona	Richiede facilitazione	Richiede aiuto per vestirsi, igiene, utilizzazione effetti personali	Richiede molta assistenza per cura personale; non incontinenza urinaria	Richiede molta assistenza per cura personale; incontinenza urinaria

CDR 4: DEMENZA MOLTO GRAVE

Il paziente presenta severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da solo, nel controllare la funzione intestinale o vescicale.

CDR 5: DEMENZA TERMINALE

Il paziente richiede assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allettato, incontinente.



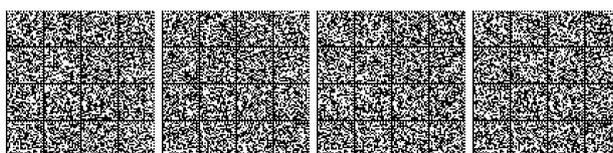
Clinical Dementia Rating Scale

Per ottenere il punteggio della CDR è necessario disporre di informazioni raccolte da un familiare o operatore che conosce il soggetto e di una valutazione delle funzioni cognitive del paziente con particolare riferimento ai seguenti aspetti: 1) memoria; 2) orientamento temporale e spaziale; 3) giudizio ed astrazione; 4) attività sociali e lavorative; 5) vita domestica, interessi ed hobby; 6) cura della propria persona. In base al grado di compromissione viene assegnato un punteggio variabile tra 0 - 0.5 - 1 - 2 - e 3; 0= normale; 0.5= dubbia compromissione; 1 compromissione lieve; 2= compromissione moderata; 3= compromissione severa. Ogni aspetto va valutato in modo indipendente rispetto agli altri. La memoria è considerata categoria primaria; le altre sono secondarie. Se almeno tre categorie secondarie ottengono lo stesso punteggio della memoria, allora il CDR è uguale al punteggio ottenuto nella memoria. Se tre o più categorie secondarie ottengono un valore più alto o più basso della memoria, allora il punteggio della CDR corrisponde a quello ottenuto nella maggior parte delle categorie secondarie. Qualora due categorie ottengano un valore superiore e due un valore inferiore rispetto a quello ottenuto dalla memoria, il valore della CDR corrisponde a quello della memoria. La scala è stata successivamente estesa per classificare in modo più preciso gli stadi più avanzati della demenza (Hayman et al, 1987). I pazienti possono essere perciò classificati in stadio 4 (demenza molto grave) quando presentano severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da soli, nel controllare la funzione intestinale o vescicale. Sono classificati in stadio 5 (demenza terminale) quando richiedono assistenza totale perché completamente incapaci di comunicare, in stato vegetativo, allettati, incontinenti.

ASIA Impairment Scale (AIS) *(Articolo 3, comma2, lettera d)*

www.asia-spinalinjury.org/elearning/ASIA_ISCOS_high.pdf

A=completa	Deficit sensitivo e motorio completo a livello S4-S5
B=incompleta	Deficit motorio completo con conservazione della sensibilità al di sotto del livello neurologico che include S4-S5
C=incompleta	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e più della metà dei muscoli chiave ha una validità inferiore a 3
D=incompleta	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e almeno la metà dei muscoli chiave ha una validità uguale o superiore a 3
E=normale	Nessun deficit neurologico (non ipovalidità muscolare, sensibilità integra, non disturbi sfinterici ma possibili alterazioni dei riflessi)



Bilancio muscolare complessivo alla scala *Medical Research Council* (MRC)*(Articolo 3, comma2, lettera e)***Forza muscolare**

La forza muscolare nei vari distretti muscolari viene valutata con la scala MRC (valori da 5 a 0).

- 5/5 alla scala MRC: movimento possibile contro resistenza massima;
- 4/5 alla scala MRC: movimento possibile solo contro resistenza minima;
- 3/5 alla scala MRC: movimento possibile solo contro gravità;
- 2/5 alla scala MRC: movimento possibile solo in assenza di gravità;
- 1/5 alla scala MRC: accenno al movimento;
- 0/5 alla scala MRC: assenza di movimento;

Expanded Disability Status Scale (EDSS) *(Articolo 3, comma2, lettera e)*

Punteggio EDSS	Caratteristiche cliniche
1-3,5	Paziente deambulante, ma sono presenti deficit neurologici evidenti in diversi sistemi funzionali (motorio, sensitivo, cerebellare, visivo, sfinterico) di grado lieve-moderato, con un impatto parziale sull'autonomia.
4	Paziente autonomo, deambulante senza aiuto e senza riposo, per circa 500 metri.
4,5	Paziente autonomo, con minime limitazioni dell'attività quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 300 metri.
5	Paziente non del tutto autonomo, con modeste limitazioni dell'attività completa quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 200 metri.
5,5	Paziente non del tutto autonomo, con evidenti limitazioni dell'attività quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 100 metri.
6	Paziente che necessita di assistenza saltuaria o costante da un lato per percorrere 100 metri senza fermarsi.
6,5	Paziente che necessita di assistenza bilaterale costante, per camminare 20 metri senza fermarsi.
7	Paziente non in grado di camminare per più di 5 metri, anche con aiuto, e necessita di sedia a rotelle, riuscendo però a spostarsi dalla stessa da solo.
7,5	Paziente che può muovere solo qualche passo. È obbligato all'uso della carrozzella, e può aver bisogno di aiuto per trasferirsi dalla stessa.
8	Paziente che è obbligato a letto non per tutta la giornata o sulla carrozzella. In genere, usa bene una o entrambe le braccia.
8,5	Paziente essenzialmente obbligato a letto. Mantiene alcune funzioni di autoassistenza, con l'uso abbastanza buono di una o entrambe le braccia.
9	Paziente obbligato a letto e dipendente. Può solo comunicare e viene alimentato.
9,5	Paziente obbligato a letto, totalmente dipendente.
10	Morte dovuta alla malattia.



Scala di Hoehn e Yahr (*Articolo 3, comma2, lettera e*)

La scala di Hoehn e Yahr è utile per definire lo stadio clinico del paziente affetto da morbo di Parkinson:

Stadio 1: Malattia unilaterale.

Stadio 2: Malattia bilaterale senza coinvolgimento dell'equilibrio.

Stadio 3: Malattia da lieve a moderata, qualche instabilità posturale indipendente.

Stadio 4: Malattia conclamata, ancora in grado di deambulare autonomamente.

Stadio 5: Paziente costretto a letto o in sedia a rotelle.

LAPMER-Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (*Articolo 3, comma2, lettera b*) *Versione originale italiana: Tesio L. Journal of Applied Measurement 2002;3,1: 50-84*

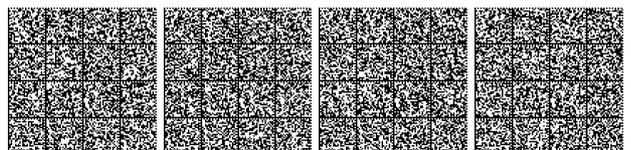
ITEMS	Livelli	Punteggio
Alimentazione	Viene alimentato, cibo di consistenza modificata	0
	Viene alimentato, cibo di consistenza ordinaria	1
	Porta il cibo alla bocca (con o senza supervisione o assistenza)	2
Controllo sfinterico	Non riesce a segnalare necessità di evacuazione né eventuali perdite (vescicali o intestinali)	0
	Riesce a segnalare necessità di evacuazione o eventuali perdite (vescicali o intestinali)	1
Comunicazione	Riesce a segnalare alcuni bisogni, attraverso un comportamento aspecifico o stereotipato	0
	Riesce a segnalare alcuni bisogni identificabili da comportamenti specifici	1
	Comunica bisogni verbalmente	2
Manipolazione	Manipolazione assente, oppure reazione di afferramento	0
	Afferramento palmare spontaneo	1
	Utilizza la pinza pollice-indice	2
Vestizione	Vestizione Passiva	0
	Si sforza di dare una qualche collaborazione	1
Locomozione	Stazionario anche su sedia o carrozzina	0
	SI traferisce nell'ambiente	1
Orientamento spaziale	Non ha orientamento spaziale	0
	Si orienta in ambienti familiari	1
	SI orienta al di fuori del suo ambiente familiare (casa, reparto assistenziale)	2
Prassie	Nessuna prassia, oppure movimenti afinalistici e stereotipati	0
	Realizza prodotti plastici o grafici (incastra, connette, plasma e colora) oppure pilota una carrozzina manualmente	1
	Disegna o pilota una carrozzina elettrica	2



Altre persone in condizione di dipendenza vitale*(articolo 3, comma 2, lettera i)*

1. Le persone con disabilità gravissima, in condizioni di dipendenza vitale, oltre a quelle identificate dall'articolo 3, comma 2, lettere a)-h), sono individuate mediante la valutazione del livello di compromissione della funzionalità, indipendentemente dal tipo di patologia e/o menomazione, attraverso la rilevazione dei seguenti domini:
 - a) motricità;
 - b) stato di coscienza;
 - c) respirazione;
 - d) nutrizione.
2. Le compromissioni rilevate ai fini della identificazione delle persone in condizione di dipendenza vitale sono le seguenti:
 - a) motricità:
 - dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana (ADL): l'attività è svolta completamente da un'altra persona
 - b) stato di coscienza:
 - compromissione severa: raramente/mai prende decisioni
 - persona non cosciente
 - c) respirazione
 - necessità di aspirazione quotidiana
 - presenza di tracheostomia
 - d) nutrizione
 - necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi
 - combinata orale e enterale/parenterale
 - solo tramite sondino naso-gastrico (SNG)
 - solo tramite gastrostomia (es.PEG)
 - solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC)
3. Si intendono in condizioni di dipendenza vitale le persone che hanno compromissioni di cui al comma 3 del presente Allegato in almeno uno dei domini di cui alla lettere a) e b) del comma 1 ed in almeno uno dei domini di cui alle lettere c) e d) del medesimo comma 1.

16A08314



PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEgni DI CURA

ALLEGATO C

indicazioni per la compilazione del Progetto di Ambito

Numero progressivo utente	indicare il numero progressivo 1,2,3, delle persone incluse nel progetto, con il totale a fondo pagina	
codice utente	Indicare iniziali del nome e data di nascita	
data presentazione domanda	indicare la data dell'ultima domanda presentata per l'accesso alle Cure Domiciliari con assegno di cura o la data di richiesta di rivalutazione	
data valutazione o rivalutazione	indicare la data dell'ultima valutazione o della rivalutazione	
condizioni disabilità gravissima ex D.M. 26/9/16	indicare con le lettere alfabetiche (a, b, c, etc..) una delle condizioni di disabilità gravissima previste dal D.M. 26/9/16 e riportate al paragrafo 3.1	
scale di valutazione	Per i gravissimi: indicare la sigla della scala utilizzata tra quelle indicate al paragrafo 3.1 del programma ed incluse negli Allegati 1 e 2 - Per i gravi indicare la scala Barthel	
punteggio	Per i gravissimi indicare il punteggio della scala utilizzata, compatibile con quelli minimi indicati al paragrafo 3.1	– per i gravi indicare il punteggio della scala Barthel
vecchio utente di assegno di cura	Indicare il numero progressivo (1,2,3) per ciascuna colonna, con il totale a fondo pagina	
nuovo utente di assegno di cura		

NOME RESPONSABILE DELLA COMPILAZIONE _____

TELEFONO _____

E-MAIL _____

PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEgni DI CURA

PROGETTO DI AMBITO PER DISABILI GRAVI									C 3
AMBITO TERRITORIALE			Comune capofila / Consorzio						
num. Progressivo utente	Codice utente	Comune di residenza	data presentazione e domanda	data valutazione o rivalutazione in U.V.I.	punteggio scala Barthel	nome assistente sociale responsabile della presa in carico	vecchio utente di assegno di cura	nuovo utente di assegno di cura	TOTALE COSTO PER UTENTE
TOTALE							TOTALE	TOTALE	TOTALE