

# **ATTO DI INDIRIZZO APPLICATIVO PER LO SVILUPPO LOCALE PER GLI INTERVENTI RIVOLTI ALLA NON AUTOSUFFICIENZA (Anni 2010-2011)**

## **1. PREMESSA**

La Regione Abruzzo , al fine di sostenere la qualità di vita delle persone in condizioni di non autosufficienza, in particolare delle persone disabili gravi e delle persone anziane con più di sessantacinque anni, promuove nell'intero territorio regionale un complesso di interventi al fine di facilitare la piena integrazione della persona non autosufficiente in ogni contesto della vita, di valorizzare la domiciliarità ed alleviare l'impegno quotidiano dei nuclei familiari, caratterizzato da un elevato grado di integrazione sociale e sanitaria, pianificato e gestito tramite il Piano Locale per la non autosufficienza (PLNA).

Il Decreto interministeriale del 6.8.2008, con il quale sono ripartite le risorse assegnate al Fondo per le non autosufficienze, stabilisce, all'art. 2, le tre aree prioritarie di intervento del precedente decreto interministeriale del 12.10.2007, ed in particolare:

- a) La previsione o il rafforzamento di punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi con particolare riferimento alla condizione di non autosufficienza che agevolino e semplifichino l'informazione e l'accesso ai servizi sociosanitari;
- b) L'attivazione di modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano individualizzato di assistenza che tenga conto sia delle prestazioni erogate dai servizi sociali che di quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona non autosufficiente ha bisogno, favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia, anche attraverso l'uso di nuove tecnologie;
- c) L'attivazione o il rafforzamento di servizi sociosanitari e socioassistenziali con riferimento prioritario alla domiciliarità, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente.

Il Piano Locale per la non autosufficienza è finalizzato, pertanto, a rendere la permanenza della persona non autosufficiente nel nucleo familiare meno difficile e più soddisfacente anche sotto il profilo delle relazioni affettive intrafamiliari e delle relazioni sociali e ad evitare i ricoveri impropri.

Tale finalità viene perseguita attraverso la creazione e lo sviluppo continuo di una rete, composta ed organizzata, di politiche, di risorse e di interventi a sostegno della domiciliarità e dei nuclei familiari che si fanno carico della cura, dell'assistenza e della tutela delle persone non autosufficienti.

Il Piano Locale per la non Autosufficienza si caratterizza come strumento di concertazione tra Ente dell'Ambito Territoriale Sociale (ATS) e Distretto Sanitario di Base (DSB) e stabilisce le modalità operative per l'attuazione degli interventi territoriali e domiciliari per la non autosufficienza, nel rispetto delle indicazioni fornite dal DPCM

29.11.2001 (*Definizione dei livelli essenziali di assistenza*) e successive modifiche o integrazioni.

**La durata del PLNA è relativa al biennio 2010-2011, con decorrenza dal 01 gennaio 2010.**

Dal punto di vista del cittadino, l'integrazione si fonda sul processo di presa in carico.

La presa in carico, dalla quale può originarsi l'invio e l'accesso ai diversi tipi di prestazioni e di interventi, richiede unitarietà nei momenti della valutazione, della definizione del progetto assistenziale individualizzato (PAI), della verifica e dell'aggiornamento del progetto medesimo.

Il Piano Locale per la non autosufficienza (PLNA) definisce :

- il sistema delle responsabilità locali nell'attuazione delle politiche sociali e sanitarie per la domiciliarità;
- individua i processi unitari per la valutazione del bisogno di cura da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) di cui al Piano Sociale Regionale 2007 – 2009 e Piano Sanitario Regionale 2008 - 2010;
- individua un processo di presa in carico attraverso il progetto assistenziale individualizzato, di sostegno e di accompagnamento della persona non autosufficiente e del suo nucleo familiare nell'ambito degli interventi specificati nel paragrafo successivo, da valutare nella loro globalità, in rapporto alla situazione di bisogno di assistenza rilevato mediante utilizzazione di specifiche scale di valutazione;
- gli interventi e le risorse (professionali e finanziarie, sociali e sanitarie, eventuali quote di cofinanziamento da parte dell'ATS e dell'ASL) da attuare;
- gli strumenti per la valutazione degli interventi attuati.

## **2. TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI**

L'insieme delle politiche di sostegno della domiciliarità si caratterizza **nell'implementazione** della rete dei servizi già programmati all'interno dei Piani di Zona, a seguito della presa in carico della persona non autosufficiente.

I servizi/interventi/prestazioni ritenuti necessari dall'UVM per la persona non autosufficiente, devono essere inseriti nel PAI, predisposto dalla UVM medesima, prevedendo necessariamente **almeno un intervento sanitario ed un intervento sociale**.

Il PAI deve individuare l'operatore di riferimento, sia per la persona assistita ed i suoi familiari sia per gli altri operatori che intervengono a domicilio per la realizzazione del progetto stesso. Tale compito si sostanzia in una attività di raccordo e di collegamento tra servizi e nucleo familiare che deve essere resa in forma unitaria, evitando sovrapposizioni di interventi che molto spesso risultano deleteri ai fini assistenziali. Fatta salva l'autonomia della UVM nell'individuazione dell'operatore più adeguato a svolgere tale funzione nello specifico progetto assistenziale, si ritiene che l'assistente sociale dell'ATS e l'infermiere

professionale del DSB siano le figure professionali che in misura prevalente dovranno essere implicate nello svolgimento di tale compito.

## **2.1 ADI – Assistenza domiciliare integrata**

L'ADI consiste in prestazioni socio assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) erogate **a domicilio** a persone non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera, per evitare ricoveri impropri e mantenere l'anziano e il disabile grave nel proprio ambiente di vita.

## **2.2 Assistenza domiciliare socio assistenziale**

Il servizio è rivolto a persone che necessitano di interventi di carattere socio-assistenziale finalizzati alla prevenzione, al mantenimento e al recupero delle potenzialità residue che permettono alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione.

Sono servizi rivolti alla cura ed igiene della persona, aiuto nella gestione della propria abitazione e sostegno psicologico.

## **2.3 Servizio di aiuto personale**

Servizio previsto dall'art. 9 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104, funzionalmente integrativo e complementare ma non sostitutivo al servizio domiciliare.

Esso consiste in prestazioni strutturate, finalizzate a soddisfare esigenze personali connesse con la vita di relazione, con la fruibilità del tempo libero e con particolari interessi professionali e di studio. Esso è funzionalmente collegato al sistema dei servizi sociosanitari ed assistenziali e in particolare al servizio di assistenza domiciliare.

## **2.4 Telesoccorso – Teleassistenza**

Il servizio prevede interventi tempestivi che coprono l'intero arco della giornata, rivolti ad anziani e disabili in situazione di gravità che possono incorrere in situazioni di emergenza, o di improvvisa difficoltà, derivanti da difficoltà psico-fisiche, abitative ed economiche. Tale tipo di assistenza garantisce interventi di supporto e di aiuto da eseguirsi in tempi e modi adeguati al bisogno e, comunque idonei a consentire la fruizione degli interventi attivati e dei servizi pubblici presenti nel territorio.

Servizio complementare della teleassistenza, quale insieme dei servizi alla persona erogabili telefonicamente, è la telecompagnia, che spesso si rivela per l'utente l'unica occasione di evasione dalla solitudine e stimolo alla socializzazione.

## **2.5 Trasporto**

Il servizio di trasporto, anche mediante un servizio taxi sociale, è rivolto principalmente alle persone anziane sole o disabili gravi al fine di facilitare il contatto con

le realtà sociali, ricreative, culturali del proprio territorio e partecipare ad attività quali laboratori, teatri, manifestazioni, ecc. . Tale servizio comprende inoltre l'accompagnamento a visite mediche, o terapie riabilitative ed altre attività di socializzazione ed integrazione sociale.

## **2.6 Assegnazioni economiche per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale**

Per la concessione delle assegnazioni economiche, il nucleo familiare di riferimento è costituito dalla sola persona non autosufficiente beneficiaria delle cure; si considera, pertanto, la situazione economica e patrimoniale della stessa, estratta da quella del nucleo familiare di riferimento.

La priorità di accesso all'assegno di cura è definita valutando il possesso del reddito più basso ai sensi della normativa vigente sull'ISEE.

**E' esclusa ogni possibilità di attribuzione delle assegnazioni economiche attraverso bandi o altre forme di diffusione e selezione pubblica.**

**E' esclusa, inoltre, ogni possibilità di cumulo delle assegnazioni economiche di cui ai punti 2.6.1 e 2.6.2 del presente Atto di indirizzo applicativo.**

### **2.6.1 Assegno di cura**

L'assegno di cura è un sostegno economico in favore dei nuclei familiari finalizzato ad integrare le risorse economiche necessarie ad assicurare la continuità dell'assistenza alla persona non autosufficiente ed a garantire alla stessa la permanenza nel nucleo familiare o nell'ambiente di appartenenza evitando il ricovero in strutture residenziali.

L'erogazione dell' assegno di cura è subordinata alla disponibilità del nucleo familiare ad assicurare la permanenza della persona non autosufficiente nel proprio contesto abitativo, sociale ed affettivo e ad evitare il ricorso al ricovero ospedaliero o in istituto. Tale disponibilità si realizza attraverso l'assistenza diretta verso la persona non autosufficiente da parte del nucleo familiare, ovvero mediante ricorso alla prestazione lavorativa di assistenti familiari.

La disponibilità all'assistenza diretta e, qualora ricorra il caso, l'individuazione dell'assistente familiare, devono essere formalizzate attraverso apposito accordo sottoscritto con il Servizio sociale competente ed inserito nel progetto assistenziale individualizzato. Nell'accordo devono essere indicati:

- il progetto assistenziale personalizzato e gli obiettivi da perseguire;
- le attività assistenziali che il nucleo familiare si impegna ad assicurare;
- la durata del contratto/accordo;
- le modalità ed i tempi della verifica;
- l'entità del contributo;

- le modalità di erogazione;
- gli altri impegni da parte del familiare che si assume la responsabilità dell'accordo.

L'Ente di Ambito Sociale è tenuto a verificare il rispetto dell'accordo sottoscritto e, in caso di ricorso ad assistenti familiari esterni, ad **acquisire copia dei versamenti contributivi trimestrali effettuati.**

L'importo minimo mensile dell'assegno di cura è stabilito in 300,00 Euro e quello massimo in 500,00 Euro.

### **2.6.2 Assegnazioni per progetti**

E' un beneficio economico finalizzato alla vita indipendente o alla promozione dell'autonomia personale, attraverso il quale la persona non autosufficiente gestisce, su richiesta, in forma autogestita (es. scegliendo l'assistente personale) i servizi socio assistenziali che l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) ritiene necessari per la realizzazione del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI).

L'importo minimo mensile delle assegnazioni per progetti è stabilito in 500,00 Euro e quello massimo in 900,00 Euro.

### **2.7 Centri diurni**

Le attività di assistenza e cura delle persone non autosufficienti da parte dei nuclei familiari richiedono di essere supportati e sostenuti da una rete di servizi sul territorio, attraverso i quali sia possibile accedere a servizi e prestazioni che integrano il carico assistenziale sostenuto dal nucleo familiare.

Fanno parte di questa area di intervento servizi quali i *centri diurni*, intesi come strutture semiresidenziali finalizzate alla prevenzione della istituzionalizzazione, al sostegno e sollievo al nucleo familiare ed al miglioramento e mantenimento dell'autonomia residua della persona non autosufficiente.

## **3. MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DEL PIANO LOCALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA**

Il Piano locale per la non autosufficienza (PLNA) viene approvato dall'organo esecutivo dell'Ente di ambito sociale (EAS), **con atto formale**, e individua, oltre alla definizione del contenuto di cui al punto 1, l'intervento o gli interventi che l'Ambito Territoriale Sociale intende attuare **esclusivamente** tra quelli elencati al punto 2, **distinti per annualità.**

All'Ambito Territoriale Sociale che prevedrà, nel precitato atto formale di approvazione del PLNA, un cofinanziamento per l'attuazione dello stesso, verrà corrisposta una premialità in proporzione alla misura del cofinanziamento, da liquidare per la seconda

annualità. L'entità della premialità verrà stabilita dalla Giunta Regionale, a seguito di **ulteriori fondi per la non autosufficienza di provenienza regionale, statale** (Fondo per le Non Autosufficienze, fondi PAR – FAS Piani Attuativi Regionali legati alla quota regionale del Fondo per le Aree Sottoutilizzate e del Quadro Strategico Nazionale -QSN - obiettivo di servizio 0.6 – ADI) **ed europea** (Fondo Sociale Europeo - FSE di premialità, destinati all'inclusione sociale per la non autosufficienza).

Nella fase di redazione del Piano, l'EAS assicurerà il confronto con le OO.SS. dei pensionati e le Associazioni per disabili a livello locale.

Al Piano devono essere allegati:

- il verbale della Conferenza dei Sindaci dei Comuni facenti parte dell'ambito territoriale sociale pluricomunale;
- il verbale del confronto con le OO.SS. Confederali e dei Pensionati e con le Associazioni di disabili;
- **il protocollo d'intesa, specifico per il PLNA**, tra l'Ambito Territoriale Sociale e l'Azienda USL territorialmente competente. Questo dovrà indicare, specificamente per l'ADI, la copertura dell'80% del costo del servizio da parte della ASL, così come previsto dal Piano Sociale Regionale.

Il Piano locale deve essere presentato a cura dell'EAS alla Regione Abruzzo - Direzione Regionale "Politiche attive del Lavoro, Formazione ed Istruzione, Politiche Sociali", in Via Rieti 45, Pescara, entro il **termine perentorio di 60 giorni** dalla data di comunicazione degli importi assegnati. Decorso tale termine, gli importi assegnati agli ATS inadempienti verranno ripartiti tra gli altri Ambiti aventi diritto con gli stessi criteri utilizzati per la ripartizione del fondo. Detti importi dovranno essere destinati ad implementare i servizi ed interventi già previsti nel PLNA.

Nel periodo di vigenza del Piano è possibile apportare modifiche e integrazioni al PLNA includendo, sostituendo o eliminando uno o più servizi previsti nel presente Atto di indirizzo, dandone comunicazione al Servizio Regionale competente.

#### **4. MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI CONTRIBUTI ASSEGNATI**

La liquidazione dei fondi regionali agli ATS verrà disposta separatamente per ciascun anno, a seguito di verifica di compatibilità dei PLNA rispetto a quanto previsto dal presente atto di indirizzo applicativo, con le seguenti modalità:

per la prima annualità

- 50% dell'importo assegnato all'acquisizione e verifica positiva del PLNA;
- 50% alla presentazione del rapporto semestrale sulle attività svolte conformemente a quelle previste nel Piano locale.

Per la seconda annualità:

- 50% all'acquisizione della rendicontazione della prima annualità;
- 50% alla presentazione del rapporto semestrale sulle attività svolte, per la seconda annualità, conformemente a quelle previste nel PLNA.

## **5. RENDICONTAZIONE**

Gli Enti di Ambito Sociale , destinatari dei contributi, sono tenuti ad inviare apposita rendicontazione relativa alla prima annualità entro il mese di marzo 2011 e quella relativa alla seconda annualità entro il mese di marzo 2012, unitamente ad un rapporto finale sui risultati raggiunti con il PLNA.

Nella rendicontazione dovranno essere specificamente riportati, **per ciascun tipo di intervento**:

- il n. degli utenti disabili
- il n. degli utenti anziani
- la spesa sostenuta per disabili
- la spesa sostenuta per anziani

Le rendicontazioni, infine, vanno corredate con la scheda “Utente/PAI” che registra, per ciascun utente, tutti i servizi erogati (sanitari e sociali, finanziati con risorse PLNA e con altre risorse).

In caso di mancata o irregolare rendicontazione si procederà al recupero delle somme non utilizzate.

## **6. COMPENSAZIONE SOMME**

Qualora dalla rendicontazione del precedente PLNA si riscontri un irregolare o mancato utilizzo delle somme assegnate, queste verranno conguagliate con le somme da liquidare per il PLNA 2010-2011.