

Deliberazione Assemblea Legislativa 9 dicembre 2014 n. 381
Piano regionale integrato per la non autosufficienza (PRINA) - Anno 2014.

(Umbria, BUR 24 dicembre 2014, n. 60, S.O. n. 1)

L'ASSEMBLEA LEGISLATIVA

Visto l'atto amministrativo proposto dalla Giunta regionale con deliberazione n. 1266 del 15 ottobre 2014, concernente: "L.R. 9/2008. Approvazione del Nuovo Piano regionale integrato per la non autosufficienza (PRINA). Assegnazione del Fondo regionale per la non autosufficienza alle Aziende USL/Comuni Capofila delle Zone Sociali regionali complessivamente pari ad euro. 9.854.713,82 - Anno 2014", depositato alla Presidenza dell'Assemblea legislativa in data 6 novembre 2014 e trasmesso per il parere alla III Commissione consiliare permanente in data 7 novembre 2014 (ATTO n. 1702);

Visto il parere e udita la relazione della III Commissione consiliare permanente illustrata oralmente, ai sensi dell'articolo 27, comma 6 del regolamento interno, dal consigliere Massimo Buconi (ATTO n. 1702-BIS);

Ritenuto procedere all'approvazione del Piano regionale Integrato per la non autosufficienza (PRINA) - anno 2014, così come risulta negli allegati nn. 1, 2 e 3, che costituiscono parte integrante e sostanziale al presente atto;

Viste le proprie precedenti deliberazioni:

- deliberazione del Consiglio regionale del 28 aprile 2009, n. 298 concernente "Piano sanitario regionale 2009/2011";

- deliberazione del Consiglio regionale 19 gennaio 2010, n. 368 concernente "Piano sociale regionale 2010-2012";

Vista la legge regionale 12 novembre 2012, n. 18 (Ordinamento del Sistema Sanitario Regionale);

Vista la legge regionale 28 dicembre 2009, n. 26 (Disciplina per la realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali);

Vista la legge regionale 3 ottobre 2007, n. 28 e s.m.i. (Interventi per il sostegno e la qualificazione dell'attività di assistenza familiare domiciliare);

Vista la legge regionale 4 giugno 2008, n. 9 (Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni);

Vista la legge 5 febbraio 1992, n. 104, come modificata dalla legge 21 maggio 1998, n. 162;

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001;

Visto l'art. 1 della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Legge finanziaria 2007);

Vista la legge 220/2010;

Visto l'art. 1, comma 2, del D.P.C.M. 18 maggio 2011;

Visto il decreto 11 novembre 2011;

Visto l'art. 1 della legge 27 dicembre 2013, n. 147;

Vista l'Intesa sancita in Conferenza Unificata in data in data 20 febbraio 2014;

Visto il decreto 7 maggio 2014 del Ministro del Lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze e con il Ministro della Salute;

Visto l'Accordo del 5 agosto 2014 sancito in Conferenza Unificata (rep. atti 101/CU) ai sensi dell'art. 3, c. 2 del decreto interministeriale 7 maggio 2014;

Richiamate le delibere di Giunta regionale: n. 21 del 12 gennaio 2005; n. 1853 del 22 dicembre 2008; n. 230 del 23 febbraio 2009; n. 1708 del 30 novembre 2009; n. 661 del 20 giugno 2011; n. 909 del 29 luglio 2011; n. 1553 del 16 dicembre 2011; n. 1411 del 12 novembre 2012; n. 1524 del 23 dicembre 2013 e n. 342 del 31 marzo 2014;

Dato atto dell'espletamento della fase di concertazione sociale ed istituzionale;

Visto lo Statuto regionale;

Visto il regolamento interno dell'Assemblea legislativa;

con n. 16 voti favorevoli e n. 8 voti di astensione

espressi nei modi di legge dai 24 consiglieri presenti e votanti

Delibera

di approvare, ai sensi dell'articolo 11, comma 1 della legge regionale 4 giugno 2008, n. 9, l'atto amministrativo concernente: "Piano regionale integrato per la non autosufficienza (PRINA) - anno 2014", così come risulta negli allegati nn. 1, 2 e 3 che costituiscono parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

Allegato 1

Nuovo piano per la non autosufficienza (PRINA)

1 - PRIMO TRIENNIO DI APPLICAZIONE PRINA (2008-2010)

La Regione Umbria, con legge regionale n. 9 del 4 giugno del 2008, all'art. 3 definisce le persone non autosufficienti come coloro "che hanno subito una perdita permanente parziale o totale dell'autonomia delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali, da qualsiasi ragione determinata, con conseguente incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto rilevante di altre persone, considerando i fattori ambientali e personali che concorrono a determinare tale incapacità coerentemente con quanto previsto dalle indicazioni della Organizzazione mondiale della sanità (O.M.S.) attraverso la classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (I.C.F.)."

L'introduzione di un Fondo regionale finalizzato alla non autosufficienza, ha rappresentato l'occasione per ridisegnare complessivamente le politiche per le persone non autosufficienti. Infatti, nel primo triennio (2008-2010, esteso fino all'anno 2012 e prorogato al 2013 con la Delib.G.R. 1524 del 23 dicembre 2013) di

applicazione del PRINA si è registrato un ripensamento dell'insieme dei servizi e delle prestazioni dedicate, che ha portato ad un progetto unitario di sviluppo pluriennale. In quasi tutte le realtà territoriali vi è stata un'utilizzazione del Fondo come strumento per una complessiva riorganizzazione delle azioni in tema di politiche sociali e socio-sanitarie di assistenza continuativa, portando a ridisegnare il sistema degli interventi e articolando l'offerta dei servizi tra domiciliare, semiresidenziale e residenziale il più vicino possibile ai bisogni ed alle esigenze dei cittadini e delle loro famiglie, pur tenendo conto della contrazione delle risorse economiche sia sul versante sociale che sanitario che hanno contraddistinto gli ultimi anni.

Nello specifico ciò ha condotto:

> ad integrare in modo funzionale il sistema del doppio accesso (Centri di Salute e Uffici della Cittadinanza), assicurando ai cittadini percorsi unici;

> a rafforzare le Unità di valutazione che, integrate in modo permanente anche dal personale sociale dei Comuni, sono diventate il nodo strategico per la presa in carico e per l'allocazione mirata delle risorse sui progetti di assistenza personalizzata (PAP);

> a rivisitare il percorso assistenziale attraverso cui sono stati definiti chiaramente obiettivi, ruoli e ambiti di intervento, assicurando qualità e uniformità alle prestazioni erogate.

Il modello sperimentato in questo periodo, ha di fatto prodotto un consolidamento dell'approccio integrato, sia sul versante della programmazione che su quelli della gestione ed organizzazione.

Gli obiettivi strategici della nuova programmazione che vengono definiti in continuità con quella precedente, sono i seguenti:

> avviare una nuova fase di programmazione territoriale (Piano attuativo triennale e Programmi Operativi - annuali, quale parte integrante del Programma delle attività territoriali del Distretto socio-sanitario e del Piano di zona) di tipo partecipato, così come previsto dagli strumenti di pianificazione sanitaria e sociale, oltreché dalla Delib.G.R. 342/2014 con la quale è stato siglato un protocollo di Intesa tra la Regione Umbria, l'ANCI regionale, la SPI, la FNP e la UILP, che afferisce, in particolare al riconoscimento della funzione concertativa dei Tavoli territoriali integrati (Zone sociali - Distretti socio-sanitari);

> confermare l'attuale assetto della rete integrata degli Uffici della Cittadinanza e dei Centri di Salute, quali "porte di accesso territoriali" tese a facilitare l'accesso del cittadino al sistema dei servizi integrati così come disposto all'art. 2, comma 1, lettera a) del Decreto interministeriale del 7 maggio 2014, adottato di concerto dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze;

> effettuare la presa in carico della persona non autosufficiente, sulla base di una valutazione unitaria ed uniforme dei bisogni, individuando la risposta più appropriata attraverso "la formulazione di un progetto individuale finalizzato a realizzare la piena inclusione della persona nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché, nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro in armonia con quanto stabilito dalla normativa in vigore (L. 328/2000, L.R. 9/2008, D.M. del 7 maggio 2014 sopra citato) tramite:

o la conferma del modello di accesso alla rete dei servizi fino ad oggi sperimentato nel territorio regionale tramite l'utilizzo di apposito disciplinare;

o la conferma, per la valutazione multidimensionale, del ruolo dell'UVM (Unità di Valutazione Multidisciplinare) che, con l'obiettivo di garantire l'appropriatezza dell'intervento, vede coinvolte:

- le figure sanitarie del distretto (specialisti, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, il personale dell'area infermieristica e dell'area riabilitativa, con l'integrazione di uno psichiatra e di uno psicologo ai fini della "valutazione della salute mentale" di cui Delib.G.R. 230 del 23 febbraio 2009 - "Atto di indirizzo di cui all'art. 6 comma 2, della L.R. 9/2008 "criteri per la composizione delle UVM e criteri di classificazione dei casi sottoposti a valutazione di non autosufficienza";

- i professionisti sociali della zona di riferimento.

Resta inteso che la valutazione multidimensionale tiene conto anche della valutazione bio-psico-sociale delle condizioni di bisogno, della situazione economica e dei supporti forniti dalla famiglia e/o caregiver;

o il pieno utilizzo, condiviso in tutto il territorio regionale, degli strumenti di valutazione già in essere - VAOR per l'area anziani e SVAMDI per l'area disabilità e delle scale HONOS, BPRS o FPS per la psichiatria, la cui criticità è rappresentata dalla mancata informatizzazione;

> predisporre il Programma Assistenziale Personalizzato (PAP), sulla base del progetto globale, ovvero integrando la valutazione con una ponderazione di tutte le risorse che possono essere messe a disposizione, sulla base del principio dell'accomodamento ragionevole.

Resta inteso che Il PAP è volto a definir e garantire, per ciascun utente, il livello assistenziale più appropriato ed il monitoraggio delle necessità assistenziali, ivi compresi eventuali nuovi bisogni, e che, a seguito della sua definizione, si sottoscrive con la persona e la relativa famiglia il Patto per la cura e il benessere, al fine di assicurare il coinvolgimento di una rete più ampia e la sua piena applicazione, con il quale vengono garantite e coordinate le prestazioni sanitarie e socio-assistenziali, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche (art. 8 L.R. 9/2008);

> definire la continuità assistenziale intesa come "il sistema integrato di accompagnamento della persona non autosufficiente nelle sue diverse fasi del bisogno, all'interno di un progetto personalizzato organico di presa in carico della persona, che, affrontato in maniera multidisciplinare, tenga insieme la rete integrata dei servizi non più centrata sulla prestazione. La continuità assistenziale, dovrà, quindi, assicurare:

o un progetto centrato sulla persona;

o la standardizzazione dei processi di cura in termini di efficacia e di efficienza;

o la definizione di una serie di percorsi diagnostico-terapeutici e percorsi di sostegno e di cura che rispondano a livelli scientifici di qualità condivisi con gli specialisti territoriali ed ospedalieri.

> rivedere i percorsi assistenziali, residenziali e semiresidenziali, al fine di indirizzare maggiori risorse sul sostegno alla domiciliarità, attraverso una strutturazione diversa del semiresidenziale e prevedendo anche una riconversione di posti residenziali verso il semiresidenziale e/o verso ricoveri di sollievo.

Nel rispondere al dettato dell'art. 9 della L.R. 9/2008, le prestazioni, graduate nell'erogazione sulla base della definizione di gravità della condizione della persona non autosufficiente, dovranno essere "orientate a favorire la permanenza dell'assistito nel proprio domicilio ed evitare il ricovero in strutture residenziali" e ad accrescere "le opportunità di sviluppo psicosociale della persona non autosufficiente".

> garantire, a livello di programmazione aziendale la presenza in ciascuna Zona/Distretto, di centri diurni per minori con disabilità e minori affetti da autismo e per anziani affetti da Alzheimer.

> sostenere maggiormente le famiglie nel lavoro di cura verso i propri componenti più deboli (anziani non autosufficienti, disabili, ecc.), attraverso la qualificazione dell'assistenza domiciliare tutelare e l'accompagnamento nella ricerca di personale qualificato per l'assistenza a domicilio.

> garantire alla rete familiare il supporto dei ricoveri di sollievo per tutte le forme di non autosufficienza, al fine di favorire la permanenza dell'utente all'interno della propria abitazione con percorsi programmati definiti all'interno del PAP e del Patto di Cura.

> consolidare il modello organizzativo come meglio declinato nel "Disciplinare del percorso di accesso ai benefici di cui alla L.R. n. 9/2008, stante l'attuale positivo riscontro sull'implementazione degli assetti organizzativi e gestionali sperimentata in una prima fase e rafforzata in una seconda del PRINA 2010-2012.

> Sottoporre a monitoraggio annuale l'attuazione del PRINA sulla base di un percorso partecipato con i distretti e le zone sociali.

Sulla base dei report di monitoraggio annualmente effettuati, la Giunta regionale, con propria deliberazione n. 1524 del 23 dicembre 2013, ha ribadito la necessità di concentrare maggiormente gli sforzi verso la riduzione delle diversità di approccio tra i territori, affinché tutto il sistema sia orientato a sostenere i livelli conseguiti di domiciliarità e di semiresidenzialità, anche attraverso la riorganizzazione complessiva degli interventi messi in campo. Nella stessa deliberazione, in attuazione di quanto previsto dall'art. 14 della legge regionale 9/2008, la Regione Umbria ha ribadito il fondamentale ruolo di rappresentanza delle organizzazioni e delle formazioni sociali che tutelano i cittadini nella costruzione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, prevedendo di assumere il confronto e la concertazione come metodo di relazione con esse.

Il confronto dei vari livelli istituzionali con le organizzazioni sindacali e le espressioni della società civile ha assunto, pertanto, un ruolo basilare in ambito sociale ed in data 31/3/2014, tra la Regione Umbria, ANCI, SPI, FNP e UILP, è stato sottoscritto un protocollo d'intesa sugli interventi del piano regionale integrato per la non autosufficienza, il quale, nella cornice dei sopracitati obiettivi strategici, impegna il sistema dei servizi a concentrare gli sforzi nel raggiungimento dei seguenti obiettivi:

1. con riferimento ai percorsi assistenziali "indirizzare maggiori risorse sul sostegno alla domiciliarità, attraverso una strutturazione diversa del semiresidenziale per tutte le categorie della non autosufficienza e, laddove possibile, una riconversione di posti residenziali in semiresidenziali e/o in ricoveri di sollievo. Pertanto, nel rispondere al dettato dell'art. 9 della L.R. 9/2008, le prestazioni, graduate nell'erogazione sulla base della definizione di gravità della condizione della persona non autosufficiente, dovranno essere orientate a favorire la permanenza dell'assistito nel proprio domicilio, onde evitare il ricovero in strutture residenziali ed accrescere le opportunità di sviluppo psicosociale della persona disabile";

2. sostenere maggiormente le famiglie nel lavoro di cura verso i loro componenti più deboli (anziani non autosufficienti, disabili, ecc.) "attraverso la qualificazione e l'incremento dell'assistenza domiciliare ed il sostegno economico alla presenza di personale qualificato per l'assistenza continuativa domiciliare (...). Si dovrà, pertanto, prevedere, nel prossimo triennio, un incremento integrato tra la componente sociale e la componente sanitaria, del 20% degli utenti assistiti a domicilio".

3. potenziare il sistema di controllo e vigilanza "anche attraverso un atto di indirizzo regionale che preveda, in particolare, forme di partecipazione attiva dei familiari degli ospiti delle strutture residenziali per persone non autosufficienti, costituendo anche eventuali comitati ad hoc".

Nell'intento di dare piena attuazione alla finalità ultima del nuovo PRINA (garantire un sistema socio-sanitario integrato), è previsto il trasferimento diretto alle dodici Zone sociali di risorse finanziarie "sociali", pari ad euro 2.000.000,00, strettamente vincolate al potenziamento dei servizi e degli interventi del welfare domiciliare e di supporto familiare, così da adempiere agli obiettivi primari dell'empowerment della persona non autosufficiente, del mantenimento della stessa presso il proprio domicilio e del sostegno alle proprie famiglie (o ai propri caregiver) nel lavoro di cura.

Nell'attuazione di questo nuovo Piano regionale integrato sulla non autosufficienza si definiscono i seguenti vincoli e strumenti della programmazione:

> Il vincolo della programmazione territoriale, con l'elaborazione del Piano integrato Attuativo Triennale da parte delle Zone/Distretti e del Piano Operativo annuale redatto dalle Zone/Distretti (art. 12 comma 6 L.R. 9/2008).

> L'azione di supporto al personale sociale e sanitario coinvolto nei percorsi di accesso, valutazione e progettazione, attraverso piani regionali di formazione

> La riqualificazione del personale che opera nei servizi territoriali, domiciliari e residenziali per persone disabili e non autosufficienti compreso il terzo settore

> L'informatizzazione dei sistemi di valutazione al fine di consentirne il pieno utilizzo

> La messa a regime del Sistema Informativo per la Non Autosufficienza (SINA) su tutto il territorio regionale

2. RISORSE ECONOMICHE

Il Fondo regionale per la non autosufficienza, ai sensi dell'art. 13 della L.R. n. 9/2008, viene alimentato da risorse provenienti dal riparto del Fondo nazionale per la non autosufficienza, dal finanziamento di parte corrente del Servizio sanitario regionale, specificatamente destinato alle finalità della non autosufficienza, da risorse proprie del bilancio regionale afferenti anche al Fondo sociale regionale (di cui alla L.R. 26/2009), nonché da eventuali risorse di natura privata. Ed inoltre, alla realizzazione degli obiettivi di cui alla L.R. n. 9/2008, concorrono i Comuni con risorse proprie appositamente destinate nei bilanci annuali e pluriennali.

Il Fondo nazionale per le non autosufficienze è stato istituito dalla legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007) con la finalità di garantire, su tutto il territorio nazionale, l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali in favore delle persone non autosufficienti individuando le risorse finalizzate alla copertura dei relativi costi. Il suddetto Fondo è stato ripartito tra le Regioni e le Province autonome (in base alla popolazione non autosufficiente e altri indicatori socio-economici) per un ammontare di 100 milioni di euro nell'anno 2007, 300 milioni nel 2008, 400 milioni nel 2009 e il 2010 per tornare, nel 2011, a quota 100 milioni. Nel 2012 il Fondo non è stato rifinanziato fatta eccezione per risorse destinate ad interventi a favore di malati di SLA. In relazione a tale annualità solo le risorse proprie del bilancio regionale (pari a 4 milioni di euro) hanno, pertanto, permesso di garantire la copertura degli interventi previsti dalla L.R. 9/2008. Nell'anno 2013 la regione Umbria ha potuto contare sia su risorse del FNNA pari ad euro 4.785.000,00 (il 30% delle quali vincolato agli interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima) che su stanziamenti regionali pari ad euro 1.500.000,00, oltre ad economie riferite agli anni precedenti, (euro 1.664.121,00) per un totale complessivo pari ad euro 7.949.121,00.

Per l'anno 2014 la legge 27 dicembre 2013, n. 147 (legge di stabilità 2014), all'art. 1, c. 199, ha autorizzato la spesa complessiva di 275 milioni di euro in favore degli interventi di pertinenza del Fondo per le non autosufficienze, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA). Con il successivo comma 200, il Fondo in argomento è stato incrementato di ulteriori 75 milioni di euro da destinare, esclusivamente, in aggiunta alle risorse ordinariamente previste, in favore degli interventi di assistenza domiciliare per le persone affette da disabilità gravi e gravissime, ivi incluse quelle affette da SLA.. Per l'anno 2014 il finanziamento del Fondo regionale per la non autosufficienza è, pertanto, garantito da un trasferimento statale, pari a euro 5.814.000,00 e da risorse del bilancio regionale costituite dalla quota sanitaria, pari a euro 2.040.713,82 e dalla quota sociale, pari a euro 2.000.000,00 (interamente destinati al potenziamento degli interventi a favore della domiciliarità ivi comprese le due sperimentazioni sotto specificate). Pertanto le risorse complessive sono pari ad euro 9.854.714,00 (DGR n. 342 del 31 marzo 2014).

Con la suddetta Delib.G.R. si prevede inoltre il vincolo di un incremento, integrato tra la componente sociale e la componente sanitaria, del 20% degli utenti assistiti a domicilio.

Per quanto riguarda i criteri di riparto delle risorse va fatto riferimento alla Deliberazione n. 290/2009, del Consiglio Regionale dell'Umbria ed alla Delib.G.R. n. 1708/2009 con cui sono stati definiti i riferimenti metodologici per la redazione del Piano attuativo triennale PRINA e del Programma operativo PRINA ed è stato approvato il nomenclatore tariffario delle prestazioni e degli interventi per i non autosufficienti, individuando le tipologie dei beneficiari e le prestazioni da erogare.

3. AREE DI INTERVENTO PER LE PERSONE CON DISABILITÀ

La "Convenzione delle Nazioni Unite per i diritti delle persone con disabilità" si prefigge, come scopo principale, quello di promuovere, proteggere e garantire il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, che definisce come persone che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri.

Va sottolineata la portata innovativa della convenzione laddove essa sposta l'attenzione dalla disabilità, quale concetto a sé, ad una lettura più ampia della persona che in base alle proprie caratteristiche, nell'interazione con il proprio ambiente di vita, può vivere una condizione di discriminazione e di non uguaglianza con gli altri. Assumendo come postulato l'evoluzione del concetto stesso di disabilità, frutto dell'interazione tra persone con minorazioni e barriere attitudinali ed ambientali che impedisce la loro piena ed efficace partecipazione nella società su una base di parità con gli altri, la Convenzione sancisce, dunque, il passaggio ad un nuovo approccio culturale alla disabilità che si concretizza nella formulazione di azioni politiche realmente inclusive, riconoscendo e valorizzando le diversità e promuovendo la tutela di tutti i diritti umani.

In tale ottica diviene, pertanto, fondamentale tener conto, nei percorsi valutativi e progettuali per la disabilità e la non autosufficienza, delle potenzialità personali, della possibilità di "essere" ciò che una persona desidera, delle sue vulnerabilità, dei rischi di cadere ad un livello inferiore di benessere e delle opportunità offerte dall'ambiente in cui la persona vive. Nel sistema organizzativo umbro, già fortemente orientato in tal senso, andranno ulteriormente approfonditi gli elementi portanti del sistema, che, nello specifico, attengono all'accesso, alla valutazione ed alla presa in carico attraverso l'elaborazione di progetti di vita (cd progetto personalizzato/globale).

È sulla base di tale approccio che la prossima programmazione regionale dovrà, pertanto, orientare annualmente l'erogazione dei servizi e degli interventi, entro i parametri individuati dal livello nazionale e di concerto con i Distretti sanitari e le Zone sociali. Ovviamente si terrà conto della differenziazione degli interventi e servizi sulla base delle necessità di cura, di assistenza e di prevenzione.

3.1 Minori con disabilità

L'area dei minori, a livello distrettuale, va inserita nel contesto più generale di un unico Servizio dell'Età Evolutiva deputato alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione delle patologie neurologiche, neuropsicologiche, psicopatologiche e psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza (da 0 a 18 anni) e di tutti i disordini dello sviluppo del bambino nelle sue varie linee di espressione (psicomotoria, linguistica, cognitiva, intellettiva e relazionale) per una presa in carico complessiva, che prevede un continuo contatto ed una fattiva collaborazione con gli istituti scolastici ed i servizi sociali territorialmente competenti.

La presenza di una unica UVM minori porta ad una valutazione unitaria di tutti i servizi sanitari e socio-sanitari che si occupano dell'infanzia e dell'adolescenza, investendo un campo di azione più ampio che coinvolge anche i Servizi specialistici sia regionali che extra-regionali e con i quali il raccordo nell'elaborazione del PAP spesso risulta importante, soprattutto nei rapporti con la famiglia.

La disabilità minori, per la sua specificità, vede direttamente coinvolto il nucleo familiare-genitoriale che va sostenuto, anche con interventi mirati, volti ad ottenere lo sviluppo di una collaborazione fra servizio e genitori, con l'obiettivo di migliorare la condizione del minore. La programmazione regionale andrà mirata ad affiancare ed eventualmente sostituire gli interventi di assistenza domiciliare con progettualità mirate e laboratori abilitativi in particolare per i disturbi del linguaggio, disturbi di apprendimento e ritardo mentale finalizzati all'empowerment delle autonomie possibile.

Accanto a ciò, i Piani attuativi triennali e i Piani operativi annuali, dovranno prevedere, in ogni Zona Sociale/Distretto, un'offerta di semiresidenzialità per minori con disabilità rispondenti a specifici bisogni, con personale adeguatamente formato, ed un'offerta per minori affetti da autismo, sempre con personale formato ed in grado di lavorare sugli obiettivi definiti all'interno del PAP (da rivedere sotto il profilo della programmazione integrata con le zone sociali).

L'UVM minori deve farsi carico altresì, anche di tutte le situazioni a carattere prevalentemente psichiatrico dell'infanzia e dell'adolescenza, elaborando una risposta unitaria alla complessità attuale dei bisogni dei minori, in pieno raccordo con i Dipartimenti di salute mentale territorialmente competenti.

Anche i minori affetti da disabilità gravissime, rispetto alle risorse economiche nazionali, sono sottoposti alle disposizioni previste dall'Accordo del 5 agosto 2014 all'art. 1 e 2, sopra richiamato.

3.2 Disabilità

Nella Delib.G.R. n. 1708/2009 recante in oggetto "Nomenclatore tariffario degli interventi e prestazioni a favore di persone non autosufficienti anziani adulti e minori", come integrata da successiva Delib.G.R. 1524/2013, viene delineata l'offerta di servizi rivolti a persone adulte con disabilità come di seguito indicati:

1. Residenzialità
2. Semiresidenzialità
3. Assistenza domiciliare
4. Inclusione socio lavorativa

Nel campo della psichiatria la scelta della semiresidenzialità rimane prioritaria (considerato anche l'obiettivo principale di non rinunciare ad una inclusione socio-lavorativa), residuando la opzione residenzialità solo nei casi di disabilità gravissima in situazioni di totale mancanza di adeguata rete familiare.

Con riferimento all'utenza affetta da disabilità gravissime si richiama l'Accordo di riparto del fondo nazionale per le non autosufficienze, annualità 2014, del 5 agosto 2014 avvenuto in Conferenza Unificata, il quale, all'art. 1, comma 1, definisce tali quelle "delle persone in condizione di dipendenza vitale, che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere sociosanitario nelle 24 ore, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantirne l'integrità psico-fisica". Lo stesso Accordo prevede, inoltre, all'art. 2, che, "le Regioni, si impegnano ad utilizzare una quota non inferiore al 40% delle risorse economiche, complessivamente determinate dall'art. 1, commi 199, 200 della legge n. 147/2013, esclusivamente per gli interventi di assistenza domiciliare, diretta e indiretta, in favore delle disabilità gravissime", come definite dall'art. 1 del presente Accordo, ivi compresa la sclerosi laterale amiotrofica, con divieto ad utilizzi diversi. Particolare attenzione andrà, pertanto, posta all'utenza affetta da disabilità gravissime ed ai malati di SLA, il cui percorso assistenziale, redatto dalla UVM, attiene ad interventi, sia sanitari che sociali, che possono prevedere l'erogazione di assegni di sollievo, così da permettere il mantenimento dell'utente all'interno del proprio domicilio.

3.3 Sperimentazione Progetto di vita indipendente

Il forte mutamento nell'approccio culturale alla disabilità, mutuato dalla Convenzione ONU sopra richiamata, conduce ad una presa in carico della persona in un'ottica di globalità. Questo cambio di paradigma costituisce l'elemento fondamentale per la definizione e realizzazione di efficaci progetti d'intervento, comporta azioni di informazione, orientamento, valutazione, raccordo con le risorse solidaristiche del territorio, una progettazione condivisa ed un accompagnamento della persona e della famiglia per tutto il tempo necessari a raggiungere un sufficiente livello di autonomia e di inclusione sociale. In tale contesto si prevede l'avvio, con utilizzo delle risorse trasferite alle Zone sociali, della sperimentazione di progetti di "vita Indipendente" (art. 6 D.M. 8 agosto 2014). Ciascuna ipotesi di progetto personalizzato potrà essere presentata dalla persona con disabilità, fisica o sensoriale, certificata ai sensi della L. 104/92 (handicap art. 3, comma 3) presso l'ufficio di cittadinanza competente sulla base della residenza. La UVM, nella sua composizione ordinaria, integrata da specialisti di volta in volta individuati sulla base delle peculiarità del progetto presentato, accerterà che siano presenti le condizioni atte a sostanziare un progetto di vita indipendente. In tal modo verranno definite le istanze accoglibili a partire da una ponderazione degli interventi sociali, socio sanitari e sanitari già in atto, i quali, laddove ritenuti coerenti con il progetto presentato, potranno essere ricompresi in tale contesto recuperandone le risorse.

La sottoscrizione del Patto per la salute ed il benessere sarà lo strumento che di fatto assicurerà la piena applicazione del Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP) di "vita indipendente". La durata annuale di ciascun progetto potrà essere prorogata per un periodo equivalente, nel quadro di una sperimentazione triennale(2015-2017) volta a permettere la proroga della durata anche in relazione ai progetti presentati nella seconda annualità. Saranno, pertanto, proposti due inviti ad aderire alla sperimentazione medesima. È previsto il monitoraggio in itinere e finale.

4. ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Per ciò che concerne l'invecchiamento della popolazione umbra, dal 2002 al 2014, gli anziani (over 65) sono passati dal 22,8% al 24,1% della popolazione. Entrambe tali percentuali sono più alte della media nazionale (rispettivamente 18,7% e 21,2%), il che ci posiziona fra le regioni più anziane d'Italia.

Ciò detto la programmazione strategica regionale non potrà non tenere conto di tale composizione della popolazione, differenziando gli interventi sulla base delle necessità delle singole persone come già esplicitato nella Delib.G.R. n. 342 del 31 marzo 2014 - "Approvazione schema di protocollo di intesa sugli interventi del Piano regionale integrato per la non autosufficienza (PRINA)", alla quale si fa rinvio per il dettaglio degli interventi in quest'area.

La scelta di puntare sulla permanenza presso il proprio domicilio della persona non autosufficiente ed in particolare dell'anziano non autosufficiente, impone un ripensamento dei servizi propri della domiciliarità ampiamente intesa. A partire quindi dai dati Istat, i quali confermano un buon posizionamento della nostra regione nel ricorso al servizio domiciliare, certificato da un incremento del +3,1%, il nuovo PRINA intende rafforzare tale tendenza sostenendo, da un lato l'ulteriore ricorso ai servizi domiciliari e, dall'altro, promuovendo la sperimentazione di forme di sostegno diretto alle famiglie che si avvalgono di assistenti familiari e l'eventuale possibile inserimento nei Centri Diurni per anziani.

4.1 Progetto Sperimentale di supporto alla permanenza nel proprio domicilio delle persone anziane non autosufficienti

Obiettivo generale del progetto è quello di garantire la qualità della vita della persone anziane non autosufficienti favorendone la permanenza presso il proprio domicilio così da ridurre l'inserimento in strutture residenziali, intercettando e valutando precocemente le persone "fragili", anziani ultra 65enni o persone infra 65enni con caratteristiche assimilabili, che accedono alla rete dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, così da garantire loro ed alle proprie famiglie e/o caregiver una presa in carico integrata (socio-sanitaria).

Si prevede un percorso di "continuità assistenziale" anche di coloro che sono ricoverati presso le strutture ospedaliere, utilizzando, in maniera coordinata ed innovativa, le risorse ed i percorsi della rete formale ed informale, sociale e sociosanitaria, dei soggetti pubblici e di quelli del Terzo Settore tramite la sperimentazione di modelli assistenziali che offrano soluzioni alternative all'inserimento in strutture residenziali.

Quanto sopra potrà essere garantito attraverso un supporto economico erogato alla persona anziana non autosufficiente ed alla sua famiglia attraverso la sottoscrizione del Patto per la cura ed il Benessere sulla base del Progetto Assistenziale Personalizzato, realizzato in sede di UMV (Unità Multidisciplinare di Valutazione).

5. SISTEMI DI MONITORAGGIO: SINA

Al fine di meglio monitorare la congruità nell'utilizzo delle risorse e la conseguente corrispondenza agli obiettivi della nuova programmazione triennale oltreché ai vincoli posti dal livello nazionale, di cui al decreto interministeriale del 7 maggio 2014 (tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze) verrà annualmente richiesta ai Distretti afferenti alle due Az. USL ed ai comuni capofila di zona sociale la compilazione di apposita scheda. Si richiama, in tale contesto, il disposto dell'art. 3 del decreto n. 296/2006 in materia di Sistema Informativo Nazionale per il monitoraggio della non autosufficienza (SINA).

6. DISCIPLINARE DEL PERCORSO DI ACCESSO AI BENEFICI DI CUI ALLA L.R. 9/2008.

DISCIPLINARE DEL PERCORSO DI ACCESSO AI BENEFICI DI CUI ALLA L.R. n. 9/2008
(ISTITUZIONE DEL FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA) ED AL Reg. reg. 20
MAGGIO 2009, n. 4 (DISCIPLINA DI ATTUAZIONE DELLA L.R. n. 9/2008)

Il presente disciplinare, in coerenza con il disposto della legge regionale 4 giugno 2008, n. 9, e del Piano Regionale Integrato per la Non Autosufficienza (PRINA) e dei successivi atti regionali attuativi, definisce criteri e linee guida operative relative a:

- I. Diritto alle prestazioni e definizione delle tipologie di interventi erogabili con il Fondo;
- II. Informazione, orientamento e procedure per l'accesso;
- III. Percorsi e modalità di accesso alle prestazioni;
- IV. Criteri guida per la formulazione dei Programmi Assistenziali Personalizzati (PAP), e l'erogazione delle prestazioni;
- V. Criteri guida per la definizione delle priorità di intervento;
- VI. Condizioni per l'erogazione delle prestazioni;
- VII. Criteri per la gradualità nella erogazione delle prestazioni.

I. Diritto alle prestazioni e definizione delle diverse tipologie

Possono usufruire delle prestazioni dei servizi finanziati con il Fondo regionale per la non autosufficienza (di seguito denominato Fondo), le persone non autosufficienti residenti in Umbria, ivi compresa l'area psichiatrica e le gravissime disabilità (gravi patologie cronico degenerative non reversibili compresa la sclerosi laterale amiotrofica, gravissime disabilità psichiche multi patologiche, gravi cerebro lesioni, stati vegetativi, etc.) aventi diritto all'assistenza socio-sanitaria, secondo quanto definito dalla legge regionale 4 giugno 2008, n. 9.

Per i residenti in Comuni diversi da quelli del territorio della ASL e delle rispettive Zone Sociali o in altri Stati, la prestazione, se spettante, viene erogata previo assenso del Comune o dello Stato di residenza a farsi carico dell'eventuale compartecipazione, se non dovuta dalla persona non autosufficiente, come disciplinato dagli artt. 2 e 37 della legge regionale 26 del 28 dicembre 2009.

Le risorse del Fondo, di cui all'art. 19 della legge regionale 4 giugno 2008 n. 9, sono destinate all'erogazione delle prestazioni previste dal Programma Assistenziale Personalizzato (PAP), di cui all'art. 7 della legge sopra richiamata, nell'ambito delle seguenti tipologie:

- interventi a carattere domiciliare:

- o assistenza tutelare per persone non autosufficienti anziani e disabili adulti (assistenza domiciliare con finalità assistenziale);

- o assistenza domiciliare con finalità socio riabilitativa per persone non autosufficienti minori e adulti;

- interventi di sollievo alle famiglie attraverso l'erogazione di assegno di sollievo e/o la programmazione di ricoveri di sollievo;

- interventi a carattere semiresidenziale:

- o inserimento in Centri Socio Riabilitativi Educativi Diurni per persone non autosufficienti disabili adulti, inserimenti in Centri per disabili minori quali: Centri Socio-Terapeutico-Riabilitativi, Centri Socio-Educativo-Assistenziali e Centri per persone non autosufficienti autistici;

- o inserimento in Centri Diurni per anziani non autosufficienti affetti da patologie cronico-degenerative e per malati di Alzheimer;

- interventi a carattere residenziale:
 - inserimento in Centri Socio-Riabilitativo-Educativi Residenziali, in Comunità Alloggio, in Famiglie comunità "Dopo di noi" per disabili adulti e disabili minori;
 - inserimento in Residenze Protette per persone non autosufficienti anziane;
- servizio di trasporto per i casi inseriti nei Centri residenziali e a ciclo diurno;
- interventi volti a facilitare l'accesso e la frequenza alle attività scolastiche e formative dei disabili in età evolutiva.

II. Informazioni, orientamento e procedure per l'accesso

Le informazioni possono essere ottenute presso tutti i Centri di Salute delle ASL e gli Uffici della Cittadinanza delle Zone Sociali.

Al cittadino in tali sedi è garantita l'accoglienza e l'orientamento verso tutta la rete dei servizi sociali e socio-sanitari.

In tali sedi i cittadini possono rivolgersi per presentare la propria istanza di accesso (secondo la modulistica allegata) ai servizi/interventi rivolti alla non autosufficienza. All'accesso, il personale preposto effettua la prima raccolta delle informazioni sul bisogno rappresentato.

A tal fine l'operatore dell'accesso raccoglie le informazioni relative a:

- indagini valutative pregresse;
- problematiche di tipo funzionale (autonomia);
- problematiche cognitivo-comportamentali;
- problematiche di tipo sanitario;
- problematiche di tipo sociale.

Qualora si individuino le caratteristiche del bisogno complesso, con la presenza di una o più problematiche riferite nelle diverse aree indagate, è possibile l'accoglimento dell'istanza del cittadino, presentata su apposita modulistica.

Si avviano in tal modo le procedure per la successiva valutazione più approfondita del bisogno, la presa in carico e l'attuazione degli interventi/prestazioni che dovranno essere previsti nel PAP.

Il personale che accoglie l'istanza, provvede ad apporre timbro e firma per attestarne la data di ricevimento. Successivamente l'istanza deve essere inviata al protocollo della ASL e del Comune di riferimento, entro e non oltre sette giorni dalla data di ricevimento della stessa.

Il termine di 60 giorni per la valutazione e la stipula del PAI, così come previsto dall'art. 4 del Reg. reg. 20 maggio 2009, n. 4, decorre dal giorno di protocollo dell'istanza.

L'istanza deve essere corredata della necessaria documentazione socio-sanitaria e socio-assistenziale come di seguito riportata:

- stato di famiglia dell'utente e della famiglia che se ne prende cura;

- fotocopia del verbale del riconoscimento di Invalidità Civile (con eventuale Indennità di Accompagnamento), se il cittadino fruisce di tale beneficio;
- fotocopia del verbale di riconoscimento di handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 e dell'art. 4 della legge 104/92 per i disabili adulti e fotocopia del verbale di riconoscimento di handicap per i minori, se il cittadino fruisce di tale beneficio;
- copia della documentazione, attestante la presenza nel nucleo familiare della persona non autosufficiente, di altra/e persona/e con invalidità civile (verbali di riconoscimento di invalidità civile almeno al 100%) e/o di riconoscimento di handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 e dell'art. 4 della legge 104/92;
- certificazione ISEE ai sensi della normativa vigente.

Al momento della domanda, i documenti di cui sopra, ad eccezione della certificazione ISEE, possono essere resi nella forma dell'autocertificazione per essere, poi, acquisiti prima della eventuale firma del Patto per la Cura ed il Benessere di cui ai punti successivi.

Gli Uffici competenti possono richiedere ogni altro documento ritenuto necessario ai fini della presa in carico e della definizione del PAP.

III Percorsi e modalità di accesso alle prestazioni

I cittadini, possono rivolgersi per presentare, la propria istanza, sia agli Uffici di Cittadinanza delle Zone Sociali che ai Centri di Salute delle Aziende Sanitarie, in ogni caso gli è garantita la presa in carico all'interno di un Punto Unico di accesso (PUA); ed in ogni caso, l'istanza viene inoltrata al Distretto Sanitario di riferimento

La presa in carico della persona non autosufficiente avviene sulla base della valutazione dell'Unità Multidimensionale di Valutazione (UMV) competente che, in collaborazione con il Centro di Salute e con l'Ufficio di Cittadinanza di riferimento ed utilizzando gli strumenti indicati dalla Delib.G.R. n. 230 del 23 febbraio 2009, provvede alla elaborazione del PAP e all'individuazione del case manager o responsabile del PAP stesso.

È condizione per l'erogazione delle prestazioni la sottoscrizione del Patto per la Cura e il Benessere da parte della persona non autosufficiente, o eventualmente da parte di chi è stato nominato dal Giudice Tutelare, il familiare o convivente che assume la responsabilità della cura della persona e il responsabile del PAP o case manager.

In tale Patto sono specificate le modalità assistenziali nonché il livello di compartecipazione dello stesso utente alle prestazioni/interventi erogati, se dovuto.

Tale Patto di Cura viene sottoscritto dal Direttore di Distretto e dal Dirigente del Comune capofila o loro delegati.

IV. Criteri guida per la formulazione dei PAP e l'erogazione delle prestazioni

Il presente disciplinare fornisce dei criteri guida per la definizione delle prestazioni e per la formulazione dei PAP differenziati per area di intervento ed in particolare:

1. Persone non autosufficienti anziane

Le persone anziane che possono fruire dell'assistenza tutelare debbono avere:

- a. non più di due ADL conservate;
- b. essere in carico al sistema delle cure domiciliari sanitarie;

c. adeguato supporto familiare e/o informale;

Le persone anziane che possono fruire dell'assistenza tutelare, possono altresì accedere ai servizi di aiuto e di sostegno familiare e domestico per favorire la permanenza a domicilio quali:

- ricovero di sollievo per un periodo massimo di trenta giorni in presenza di particolari e documentate esigenze familiari;
- assegno di sollievo e contributo economico per la copertura di costi finalizzati all'assistenza familiare;
- governo della casa e miglioramento delle condizioni abitative.

Le persone che possono fruire dell'inserimento in strutture semiresidenziali per anziani non autosufficienti, inclusi i Centri Diurni Alzheimer, devono avere le seguenti caratteristiche:

- pazienti di entrambi i sessi che siano assimilabili al paziente cronico degenerativo o affetti da Demenza di Alzheimer secondo criteri clinici (DSM IV, NINCDS - ADRDA, ICD10) purché privi di disturbi del comportamento tali da essere incompatibili con la vita in comunità.

Le persone che possono fruire dell'inserimento in strutture residenziali Residenze Protette devono avere le seguenti caratteristiche:

- anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico - degenerative, non più gestibili a domicilio, con non più di due ADL conservate rispetto alle funzioni che la persona è in grado di svolgere.

2. Persone non autosufficienti disabili giovani e adulti

Le persone che possono fruire dell'assistenza domiciliare con finalità assistenziali devono avere:

- riconoscimento di handicap grave accertato dalla competente commissione medica, ai sensi degli artt. 3 e 4 della legge 104/92;
- adeguato supporto familiare e/o informale.

Le persone che possono fruire dell'assistenza domiciliare con finalità socio riabilitativa ed educativa devono avere:

- una compromissione dell'autonomia che consenta comunque loro lo sviluppo delle capacità residue o il mantenimento dell'autonomia acquisita nell'ambito del più complessivo progetto individualizzato elaborato dall'UMV.

Le persone che possono fruire dell'assistenza domiciliare possono altresì accedere ai servizi di aiuto e di sostegno familiare e domestico per favorire la permanenza a domicilio quali:

- assegno di sollievo e contributo economico per la copertura di costi finalizzati all'assistenza familiare;
- ricovero di sollievo per un periodo massimo di trenta giorni in presenza di particolari e documentate esigenze familiari;
- governo della casa e miglioramento delle condizioni abitative.

Le persone che possono fruire dell'inserimento in strutture semiresidenziali devono avere:

- riconoscimento di handicap grave accertato dalla competente commissione medica, ai sensi degli artt. 3 e 4 della legge 104/92;

- una compromissione dell'autonomia che consenta comunque lo sviluppo delle capacità residue o il mantenimento dell'autonomia acquisita nell'ambito del più complessivo progetto personalizzato elaborato dall'UMV.

Le persone che possono fruire dell'inserimento in strutture residenziali devono avere le seguenti caratteristiche:

- riconoscimento di handicap grave accertato dalla competente commissione medica, ai sensi degli artt. 3 e 4 della legge 104/92
- impossibilità della gestione a domicilio;

- per l'inserimento in Centro Socio Riabilitativo Educativo Residenziale:

o una compromissione dell'autonomia che consenta comunque loro lo sviluppo delle capacità residue o il mantenimento dell'autonomia acquisita nell'ambito del più complessivo progetto personalizzato elaborato dall'UMV;

- per l'inserimento in Comunità Alloggio e Famiglie Comunità Dopo di Noi:

o una compromissione dell'autonomia che presuppone l'esigenza di una continuità assistenziale e di cura in una struttura protetta, in particolare in assenza o di inadeguatezza di rete familiare e parentale all'interno del più complessivo progetto personalizzato elaborato dall'UMV.

I criteri per il riconoscimento di disabilità gravissima sono riportati nell'Accordo di riparto del fondo nazionale per le non autosufficienze, annualità 2014, del 5 agosto 2014, che stabilisce, all'art. 1, comma 1, la definizione di gravissime disabilità....."quella delle persone in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere sociosanitario nelle 24 ore, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantirne l'integrità psico-fisica".

3. Persone non autosufficienti disabili in età evolutiva

Le persone che possono fruire dell'assistenza domiciliare con finalità socio riabilitativa ed educativa, nonché di quella con finalità socio educativa assistenziale devono avere:

- riconoscimento di handicap accertato dalla competente commissione medica, ai sensi degli artt. 3 e 4 della legge 104/92;
- una compromissione dell'autonomia che consenta il recupero, il mantenimento o lo sviluppo di funzioni compromesse o non ancora strutturate, sia lo sviluppo di autonomie funzionali e sociali nell'ambito del più complessivo progetto personalizzato elaborato dall'UMV.

Le persone che possono fruire dell'assistenza domiciliare possono altresì accedere ai servizi di aiuto e di sostegno familiare e domestico per favorire la permanenza a domicilio, quali:

- ricovero di sollievo per un periodo massimo di trenta giorni in presenza di particolari e documentate esigenze familiari;
- assegno di sollievo e contributo economico per la copertura di costi finalizzati all'assistenza familiare;
- governo della casa e miglioramento delle condizioni abitative;
- le persone possono fruire anche della assistenza domiciliare con finalità socio educativa assistenziale.

L'assistenza sociale, scolastica ed educativa, i cui criteri di attivazione degli interventi sono stabiliti dal protocollo di intesa sottoscritto tra la Regione Umbria e l'Ufficio Scolastico Regionale, sarà prevista nel programma operativo annuale di Distretto e di Zona Sociale.

Le persone che possono fruire dell'inserimento in strutture semiresidenziali devono avere:

- una compromissione dell'autonomia che consenta comunque loro il recupero, lo sviluppo di funzioni compromesse o non ancora strutturate, sia lo sviluppo di autonomie funzionali e sociali nell'ambito del più complessivo progetto personalizzato elaborato dall'UMV;
- per le strutture socio terapeutiche riabilitative devono essere anche in possesso del riconoscimento di handicap grave accertato dalla competente commissione medica, ai sensi degli artt. 3 e 4 della legge 104/92;
- per le strutture comunitarie a carattere socio educativo assistenziale devono essere anche in possesso del:
 - riconoscimento di handicap accertato dalla competente commissione medica, ai sensi degli artt. 3 e 4 della legge 104/92;
 - una compromissione dell'autonomia che consenta comunque loro il recupero, lo sviluppo di funzioni compromesse o non ancora strutturate, sia lo sviluppo di autonomie funzionali e sociali nell'ambito del più complessivo progetto personalizzato elaborato dall'UMV.

Per i Centri Diurni per persone non autosufficienti autistici non è previsto altro vincolo se non la specificità della patologia.

Le persone che possono fruire dell'inserimento in strutture residenziali devono avere le seguenti caratteristiche:

- per le strutture educative comunitarie a valenza socio terapeutica riabilitativa:
 - riconoscimento di handicap grave accertato dalla competente commissione medica, ai sensi degli artt. 3 e 4 della legge 104/92;
 - impossibilità della gestione a domicilio.
- per le strutture educative comunitarie a carattere socio educativo assistenziale:
 - riconoscimento di handicap accertato dalla competente commissione medica, ai sensi degli artt. 3 e 4 della legge 104/92;
 - impossibilità della gestione a domicilio.

I criteri per il riconoscimento di disabilità gravissima sono riportati nell'Accordo di riparto del fondo nazionale per le non autosufficienze, annualità 2014, del 5 agosto 2014, che stabilisce, all'art. 1, comma 1, la definizione di gravissime disabilità "quella delle persone in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere sociosanitario nelle 24 ore, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantirne l'integrità psico-fisica".

4. Persone non autosufficienti psichiatriche

L'Unità di Valutazione psichiatrica, al fine di elaborare, il piano assistenziale individuale (PAI) utilizza le scale HONOS, BPRS o FPS. L'erogazione dei servizi di assistenza domiciliare, semiresidenzialità e residenzialità dovranno tener conto di tale valutazione e di quanto il servizio possa mettere in atto per l'utente.

5. Persone non autosufficienti

Per quanto riguarda ulteriori interventi rivolti al soggetto non autosufficiente si fa riferimento alla Delib.G.R. 1708/2009 Allegato 2).

V. Criteri guida per la definizione delle priorità di intervento

Il presente disciplinare individua nelle seguenti condizioni, la definizione delle priorità di intervento da applicare in ogni singola Zona Sociale/Distretto:

- livello di gravità clinica stabilito dalla UMV, compresa quella psichiatrica, correlato all'appropriatezza del servizio o alla prestazione da erogare;
- presenza in casa di altri componenti in condizioni di non autosufficienza, attestata dalla apposita documentazione da allegare all'istanza così come sopra previsto;
- assenza o inadeguatezza della rete familiare o della rete parentale (solo per gli inserimenti residenziali) attestata dalla relazione sociale da inviare all'UMV da parte del Servizio competente;
- precarie condizioni economiche della persona (la priorità è inversamente proporzionale alla certificazione ISEE).

A parità di punteggio, così come stabilito dall'art. 4 del Reg. reg. n. 4 del 20 maggio 2009, la priorità viene stabilita sulla base della bassa redditività dell'assistito.

Per le Persone con disabilità non autosufficienti, si utilizzano rispettivamente le schede SVAMDI o VAOR secondo la tipologia di bisogno prevalente.

Per le patologie psichiatriche, si ribadisce l'utilizzo delle scale di valutazione sopra indicate.

VI. Condizioni per l'erogazione delle prestazioni

Le condizioni per l'erogazione delle prestazioni sono:

- la definizione della compartecipazione alla copertura del costo degli interventi sociali da parte del soggetto destinatario delle prestazioni, secondo livelli differenziati di situazione economica;
- la sottoscrizione da parte della persona non autosufficiente (o eventualmente chi è stato nominato dal Giudice tutelare, il familiare o convivente che assume la responsabilità della cura della persona) del Patto per la Cura e il Benessere.

VII. Criteri per la gradualità nella erogazione delle prestazioni

La gradualità nella erogazione delle prestazioni di cui all'articolo 10, comma 1, lettera c) della legge regionale n. 9 del 4 giugno 2008 avviene secondo i seguenti criteri:

a) gli interventi previsti nel PRINA e dalla Programmazione territoriale (Programma attuativo triennale e Programmi operativi) sono prioritariamente indirizzati verso le persone non autosufficienti, con un alto bisogno assistenziale;

b) le risorse a copertura delle diverse prestazioni previste per l'alto bisogno assistenziale sono definite nei limiti delle risorse finanziarie disponibili.