

Piano e Fondo nazionale per le non autosufficienze (FNNA). I criteri regionali di utilizzo

Il Quaderno, documenta il percorso di attuazione regionale del Fondo nazionale per le non autosufficienze e del Piano nazionale. Gli ultimi interventi pubblicati si concentrano sull'attuazione del Piano nazionale non autosufficienza 2022-24. I precedenti (2009-2019) sulle scelte regionali, a partire dalla sua nascita, di utilizzo del Fondo. Aggiornato al **7 luglio 2024**.

3 luglio 2024

Piano e fondo nazionale non autosufficienze. Assegno di cura e assistenza domiciliare anziani. Alcune considerazioni sulla [delibera](#) che definisce criteri e modalità attuative degli interventi.

La delibera [848/2024](#), che definisce i criteri di riparto del FNNA e le modalità attuative degli interventi "assegno di cura" e "assistenza domiciliare" per anziani non autosufficienti, offre l'opportunità per alcune riflessioni riguardanti l'applicazione regionale del Piano nazionale non autosufficienza e l'utilizzo del Fondo nazionale nella parte non destinata alla disabilità gravissima.

Da dove veniamo

La regione Marche ha utilizzato il Fondo nazionale, non destinato alla disabilità gravissima (DG), per interventi esclusivamente rivolti agli anziani non autosufficienti attraverso due tipologie di sostegni: assegno di cura (AC) e assistenza domiciliare (SAD). L'intero Fondo, fino alla istituzione della quota vincolata per la DG; successivamente per il 50% del finanziamento. Per un dettaglio sull'applicazione regionale del FNNA, dall'istituzione ad oggi, vedi il Quaderno, [Piano e Fondo non autosufficienze. L'attuazione regionale](#).

I fondi sono stati trasferiti agli ATS che potevano destinare ad ognuno dei due interventi una quota non inferiore al 30%. Dagli atti regionali non si evince le modalità di ripartizione del Fondo da parte degli ATS. **Nel 2020, secondo i dati regionali sono stati erogati 2.080 AC.** Se tutti fossero stati erogati per intero (200 euro/mese x12) la cifra si avvicina a 5 milioni di euro. Nello stesso anno la quota di Fondo destinata alla totalità degli interventi rivolti agli anziani è di poco superiore ai 10 milioni di euro e dunque si può supporre che a livello regionale la ripartizione sia stata al 50%. Sempre nello stesso anno i beneficiari dell'assistenza domiciliare sono stati, 1.537. SAD e AC sono alternativi. Stimando circa 40.000 ultra65 beneficiari di IA che vivono a casa, i beneficiari sono circa il 5%. I fruitori del SAD sarebbero invece intorno al 4% anche se è probabile che tra i beneficiari non tutti siano percettori di IA (che lo siano lo prevede la norma regionale, ma non automaticamente le regolamentazioni comunali). Per un approfondimento più generale degli interventi a sostegno della domiciliarità nelle Marche, vedi: [Non autosufficienza. Il sostegno alla domiciliarità nelle politiche delle Marche](#).

Cosa sappiamo del funzionamento di questi due servizi

Dell'AC abbiamo già detto alcune cose. Va aggiunta la presenza di graduatoria. Se il numero di domande è superiore al numero degli assegni disponibili, chi ha l'ISEE più basso sale in graduatoria (ISEE sociosanitario o ordinario? Ogni Ambito decide come ritiene). **Vale però la pena porre l'attenzione sull'entità del trasferimento: 200 euro mese, pari a 6,66 euro giorno.** Da pag. 11 a pag. 14 della Dgr si possono leggere le indicazioni e condizioni poste. Si tratta di un "supporto personalizzato nell'ambito del

Quaderni Marche - Dossier sulle politiche regionali, 3-2014

Aggiornato al 7 luglio 2024

Piano Assistenziale Individualizzato". Prevista la sottoscrizione del "Patto per l'assistenza nel quale vengono individuati i percorsi assistenziali a carico della famiglia, gli impegni a carico dei servizi, la qualità di vita da garantire e le conseguenti modalità di utilizzo dell'assegno di cura (...) L'assistente sociale, in collaborazione con le professionalità comprese nell'UVI, garantisce periodicamente momenti programmati di verifica del PAI e di rispetto delle indicazioni riportate nel Patto sottoscritto con i destinatari del contributo al fine di valutare l'efficacia dell'intervento e di verificare la possibilità di eventuali cambiamenti in corso d'opera, in ordine dell'appropriatezza del contributo". Tutto questo per un sostegno economico che copre molto meno del costo di un'ora di lavoro di un assistente. Il ridicolo ... non ci fa paura!

Va ricordata l'impossibilità di poter accedere ad altri tipi di sostegno (vedi SAD). Non pare inutile chiedersi, quale significato abbia il Piano assistenziale (ma su questo torneremo in altra occasione) e la declamata personalizzazione degli interventi

Del **SAD** sappiamo invece un po' meno. La Regione, come detto, ha indicato in circa 1.500 i beneficiari. Non sappiamo in quanti Comuni, per quante ore settimanali e con quali criteri di accesso. I Regolamenti, dovrebbero essere di Ambito. Nella migliore delle ipotesi saranno 23, ma non è da escludere che all'interno degli ATS ci siano regolamentazioni diverse. E' importante conoscere quanti sono i Comuni che non erogano questo servizio, nonostante ricevano fondi vincolati per realizzarli da oltre **15 anni**. Ad esempio nell'ATS 9 di Jesi nel 2022 non lo erogavano **9 su 21**. Se dovessimo trasferire questo dato a livello regionale avremmo circa il 40% dei Comuni che non lo erogano. La risposta non è facoltativa ma obbligatoria considerato che ricevono fondi con vincolo di destinazione. I cittadini sono informati (per l'AC viene fatto un bando) dell'esistenza di questo servizio? Non hanno richieste? Chiedono compartecipazioni che portano a non utilizzare il servizio? Vengono erogate così poche ore da renderlo poco utile?

Scoperte e coincidenze!! Il Piano nazionale intercetta le necessità dei territori

A fronte della situazione descritta, la Dgr 848/2024 ci informa che le cose stanno cambiando. Gli ATS segnalano un aumento di richiesta di servizi con conseguente aumento della quota parte del Fondo destinata al SAD. Il caso vuole che questa necessità emerga in coincidenza con le disposizioni del **Piano non autosufficienza** che chiede il "graduale passaggio da un sistema basato sui trasferimenti monetari ad un sistema prevalentemente basato sull'erogazione di servizi". Si ha così l'opportunità, per le annualità 2023 e 14 di incrementare i fondi destinati al SAD (vedi pag. 16 del delibera).

Chiedere troppo?

A distanza di 15 anni di applicazione del Fondo nazionale (e nelle annualità in cui è stato finanziato di quello regionale) è troppo chiedere un bilancio (esiti!!) rigoroso di questi interventi (insieme agli altri di sostegno alla domiciliarità non finanziati dal Fondo non autosufficienze)? Se e come stanno rispondendo agli obiettivi indicati più di 15 anni fa e ogni anno replicati?

l'AC si è rivelato un piccolo sostegno economico rivolto a persone con "basso ISEE" e percettori di indennità di accompagnamento. Indicare, a fronte di un contributo di 6,666 euro al giorno adempimenti come quelli descritti (sarebbe bello farne una lettura collettiva), non previsti per nessun altro sostegno assimilabile e ben più significativo è penoso.

Per **Il SAD**. Si vuole finalmente mettere a disposizione il dato reale del numero dei Comuni che lo erogano, per quante persone, con quale intensità e regolamentazione? Come sono utilizzati i fondi destinati ai Comuni che non erogano questo servizio?

Che siano necessari più servizi, forse era intuibile, da ieri, anche ai non esperti. Vediamo, se dopo la constatazione si passa all'effettiva erogazione

6 aprile 2024

- Presidente componenti IV Commissione consiliare
- E p.c. - Assessore sanità e servizi sociali regione Marche

Oggetto: Dgr [421/2024](#). **Richiesta parere FNA annualità 2023: disabilità gravissima e vita indipendente**

Con riferimento all'attuazione regionale del Piano nazionale non autosufficienze 2022-24 (DGR 1496/2023), visti i contenuti della DGR in oggetto riferita all'annualità 2023, rimettiamo all'attenzione i seguenti aspetti con richiesta di intervento.

1) **Nell'annualità 2022** del Fondo la regione Marche ha **sostituito il proprio [fondo regionale](#) di 5,5 milioni di euro con fondi europei**, nonostante l'abissale distanza tra domanda e offerta. Questo il quadro

- Nell'annualità 2021 le 3.873 persone riconosciute in condizione di "**disabilità gravissima**" hanno ricevuto un sostegno mensile di 323 euro mese (la metà se frequentante la scuola o un centro diurno).
- Sono stati 2028 (annualità 2020) i beneficiari dell'**assegno di cura**, pari a 200 euro/mese, per anziani non autosufficienti. **I potenziali beneficiari si possono stimare in 35/36.000** (tolti gli anziani che beneficiano dell'intervento della disabilità gravissima e quelli ricoverati in residenze).
- L'**assistenza domiciliare** (anno 2020) è stata fruita da **1.537 anziani** (sono complessivamente **63.000**, dato Istat, nella nostra Regione, gli anziani non autosufficienti, percettori di indennità di accompagnamento e no).

Nonostante le [ripetute richieste](#), il Fondo regionale non è stato ripristinato. Ci si augura che tale situazione non solo non si ripresenti nel 2023 ma che su detta annualità venga trasferito quanto cancellato nel 2022.

2) Con la [Dgr 1496 del 16 ottobre 2023](#) la regione Marche ha dato attuazione al [Piano nazionale non autosufficienza 2022/24](#). Il Piano, per le annualità 2022-24, prevedeva da parte delle Regioni l'assunzione di alcuni provvedimenti. La delibera regionale di attuazione, pur essendo stata approvata ad un anno di distanza dal Piano nazionale rimandava a successivi atti, alcuni adempimenti ed impegni da approvare (con l'aggiunta di "prevedibilmente" o "indicativamente") entro:

- **dicembre 2023**: 1) Linee guida assistenza domiciliare (SAD); 2) Accordo di programma sanità/sociale; 3) PAI unico regionale; 4) Criteri per Progetti ATS soluzioni abitative anziani non autosufficienti.

- **marzo 2024**: Leps di erogazione: servizi sociali di sollievo.

Nessuno di questi ad oggi è stato approvato.

Gli effetti di questa situazione hanno evidenti pesanti ricadute sulle persone e sui nuclei familiari che si prendono cura dei propri congiunti.

Si chiede, pertanto, alla IV Commissione di intervenire nei confronti della Giunta per il recupero e ripristino del Fondo regionale e per l'adozione degli atti previsti e non ancora emanati.

Gruppo Solidarietà

5 settembre 2023

- Presidente e componenti IV Commissione consiliare
- E p.c. - Assessore sanità e servizi sociali regione Marche

Oggetto: Dgr [1132/2023](#). Richiesta parere “Linee attuative non autosufficienza”. Osservazioni.

Con riferimento alla dgr in oggetto mettiamo all’attenzione alcune considerazioni (che gradiremmo fossero inviate anche ai componenti il [Gruppo di lavoro regionale per la non autosufficienza](#)).

L’aspetto che vorremmo, in particolare, porre all’attenzione è quello relativo alla **armonizzazione e coordinamento di tutti gli interventi di sostegno alla domiciliarità**.

Nella proposta della Giunta, il *Gruppo di lavoro* viene delegato ad elaborare alcune proposte (Accordo di programma interistituzionale, Linee guida regionali SAD, interventi di sollievo in assenza dell’assistente familiare, profilo professionale assistente familiare, modello unico di PAI,..) da tradurre in atti amministrativi: alcuni entro la fine del 2023, altri nel primo semestre 2024.

Questi interventi e sostegni sono, però, solo una parte di quelli che attualmente vengono erogati e finanziati anche dalla Regione. E’ pertanto necessario che al Gruppo di lavoro siano affidate funzioni che vadano oltre lo specifico degli interventi attuativi del Piano così da coordinare, armonizzare, sviluppare il complessivo dei sostegni. Se così non fosse, il Gruppo **si occuperà** (Leps di erogazione) di: *assegno di cura, disabilità gravissima (nella sua nuova denominazione), vita indipendente nazionale, assistenza domiciliare anziani; ma non di altri importanti sostegni: contributo malati di SLA, contributo per minori/adulti con malattia rara, vita indipendente regionale, SAD disabili (ed anche educativa domiciliare in situazione di complessità), fondo caregiver*.

Si tratta di interventi che sono differentemente regolamentati. Ad esempio per quanto guarda i trasferimenti monetari prevedono a seconda della tipologia: contributo fisso, contributo variabile, obbligo di assunzione dell’assistente, presenza/assenza graduatoria.

Una situazione nella quale persone con identica condizione possono ricevere sostegni molto diversi a motivo di una diversa diagnosi, della presenza di graduatoria, di bandi rimasti chiusi, ecc..

Contenitori finanziati in alcuni casi con fondi sociali, in altri con fondi sanitari. Alcuni con soli fondi regionali, altri con fondi sia nazionali che regionali, altri ancora con soli fondi nazionali. Una armonizzazione che non può prescindere anche dall’analizzare l’entità dei sostegni (sia che si tratti di contributo economico che di servizio).

Pare, dunque, evidente, la necessità e l’urgenza di armonizzare e coordinare l’intero sistema di offerta e non solo gli interventi finanziati da Fondo nazionale e previsti nel Piano nazionale.

In questo senso chiediamo alla Commissione di impegnare la giunta in questa direzione attraverso specifico emendamento in sede di parere.

Cordiali saluti

Gruppo Solidarietà

30 agosto 2023

Gli interventi di sostegno alla domiciliarità non si esauriscono con l'attuazione del Piano nazionale non autosufficienza

Il Piano nazionale non autosufficienza obbliga le Regioni ad un Piano attuativo locale. Ma, sullo specifico, del sostegno alla domiciliarità gli interventi regionali sono di natura diversa, con differente regolamentazione e molti di questi prescindono dal Piano e fondo nazionale. E' urgente l'armonizzazione complessiva degli interventi per fare in modo che non siano fatte "parti disuguali tra uguali". A questo va aggiunto un adeguato sostegno finanziario regionale che per il 2022 è stato sostituito con fondi europei

Lo scorso 31 luglio la giunta regionale ha deliberato ([Dgr n. 1132](#)) in attesa del parere del Cal e della Commissione competente, le *Linee attuative regionali degli interventi per la non autosufficienza di cui al Piano nazionale non autosufficienza 2022/2024*. Il provvedimento rimanda, sostanzialmente, l'applicazione delle indicazioni del [Piano nazionale non autosufficienze 2022-24](#), delegando ad un [Gruppo di lavoro regionale](#) l'elaborazione di alcune proposte (Accordo di programma interistituzionale, Linee guida regionali SAD, interventi di sollievo in assenza dell'assistente familiare, profilo professionale assistente familiare, modello unico di PAI) da tradurre in atti amministrativi: alcuni entro la fine del 2023, altri nel primo semestre 2024.

Come è noto il Piano nazionale introduce alcune novità relativamente agli gli interventi finanziati con il Fondo non autosufficienze; novità introdotte in particolare con legge di Bilancio del [2022 \(l. 234/2021\)](#) nello specifico dei cosiddetti Leps di processo e di erogazione. Occorre peraltro ricordare che molti dei cosiddetti Leps di processo: presa in carico, valutazione multidimensionale, piano personalizzato, così come Punto unico di accesso *appartengono* da moltissimi anni alla normativa regionale. La vera novità sarebbe quella di far sperimentare finalmente alle famiglie accoglienza, accompagnamento, progetto e personalizzazione dell'intervento.

Il Gruppo di lavoro è chiamato ad elaborare proposte riguardanti esclusivamente gli interventi finanziati e previsti dal Piano e finanziati dal Fondo. Ciò significa che **si occuperà solo di una parte degli interventi di sostegno alla domiciliarità e non della programmazione complessiva degli interventi**. E' pertanto necessario che al Gruppo di lavoro siano affidate funzioni che vadano oltre lo specifico degli interventi del Piano così da coordinare, armonizzare, sviluppare il complessivo degli interventi.

Se così non fosse , il Gruppo si occuperà (Leps di erogazione) di: *assegno di cura, disabilità gravissima (nella sua nuova denominazione), vita indipendente nazionale, assistenza domiciliare anziani*; ma non di altri importanti sostegni: *contributo malati di SLA, contributo per minori/adulti con malattia rara, vita indipendente regionale, SAD disabili (ed anche educativa domiciliare in situazione di complessità), fondo caregiver*.

Interventi che sono differentemente regolamentati. Ad esempio per quanto guarda i trasferimenti monetari: contributo fisso, contributo variabile, obbligo di assunzione

Quaderni Marche - Dossier sulle politiche regionali, 3-2014

Aggiornato al 7 luglio 2024

dell'assistente, presenza/assenza graduatoria, [QUI la descrizione dei diversi interventi](#) a seconda del *contenitore* in cui sono inseriti.

Una situazione nella quale persone con identica condizione possono ricevere sostegni molto diversi a motivo di una diversa diagnosi, della presenza di graduatoria, di bandi rimasti chiusi, ecc..

Contenitori finanziati in alcuni casi con fondi sociali in altri con fondi sanitari. Alcuni con soli fondi regionali, altri con fondi sia nazionali che regionali, altri ancora con soli fondi nazionali.

Per quanto riguarda, invece, l'erogazione dei servizi, se prendiamo il servizio di assistenza domiciliare solo a riguardo dei trasferimenti regionali sono enormi le differenze (oltre alle differenti modalità erogative da parte dei Comuni singoli o associati) nei sostegni rivolti alle persone con disabilità e anziani non autosufficienti. Nel primo caso il fondo annuale [ex legge 18/1996](#) copre al massimo il 20% (si può stimare - considerati i circa 11,5 milioni che finanziano interventi di educativa scolastica ed extrascolastica, tirocini inclusione - una cifra di circa 1 milione di euro) del costo sostenuto dai Comuni. Nel secondo caso la stragrande maggioranza dei Comuni eroga il servizio utilizzando esclusivamente (ed anzi riducendo negli anni la quota precedentemente assunta) la quota del fondo nazionale e regionale che si può stimare in circa 4/5 milioni di euro.

Altro tema, nello specifico degli interventi previsti, è cosa la Regione, [quando interviene con propri fondi quota](#), intenda privilegiare. Se ci sono e quali le priorità regionali. Con riferimento agli interventi finanziati (AC, SAD, DG) con il Fondo nazionale, i fondi regionali si sono, sostanzialmente, sommati a quelli nazionali senza individuazione di priorità. Sono stati fondi ad esclusiva compensazione, motivati dalla riduzione dei trasferimenti alle persone nel rapporto: Fondo/numero dei beneficiari. Prendiamo la quota di circa, 2.5 milioni destinata alla "disabilità gravissima": non potrebbe privilegiare alcune condizioni che richiedono una "intensità assistenziale" molto alta all'interno delle condizioni previste nel decreto ministeriale del [26 settembre 2016](#)? Sappiamo che non tutte le condizioni previste seppur riconducibili, attraverso le scale, alla *disabilità gravissima* sono, assimilabili in termini di necessità assistenziali. Anche questo potrebbe essere un compito da affidare al [Gruppo di lavoro per la non autosufficienza](#), ampliando quindi le funzioni.

C'è, infine, un altro aspetto, tutto politico e di certo non meno importante, che andrebbe affrontato e chiarito con urgenza. Negli ultimi mesi diversi interventi finanziati con fondi regionali sono stati sostituiti con fondi europei (autismo: contributi alle famiglie, tirocini inclusione). Tra questi anche il Fondo non autosufficienza regionale pari, anno 2022, a circa 5,5 milioni di euro. Se c'è una fascia di popolazione che riceve sostegni inadeguati questa è quella delle persone non autosufficienti e dei loro familiari. Non destinare loro quei pochi soldi messi a bilancio sarebbe un fatto di gravità inaudita. Chiamarlo *crimine* forse rende meglio i termini della questione.

25 aprile 2023

Fondo non autosufficienza e garanzia dei Livelli essenziali (LEPS) di Processo. I nodi vengono al pettine?

Nella delibera n. 487 del 13 aprile 2023 si propone di modificare, accogliendo la richiesta degli Ambiti territoriali sociali, i criteri di utilizzo del fondo regionale non autosufficienza, nella parte riguardante l'applicazione dei cosiddetti Livelli Essenziali (LEPS) di processo (allegato 1), ovvero la previsione della presa in carico integrata e la definizione del Piano di assistenza in tutti gli interventi del Fondo nazionale non autosufficienze, compresi dunque gli "asseggni di cura" ed il sostegno alla persone con "disabilità gravissima". Ma l'impegno di tenere insieme funzioni (quelle previste nei Leps di processo) e condizioni (presenza di personale adeguato e organizzazione conseguente) non potrà essere disatteso a lungo, visto che il Piano regionale per la non autosufficienza dovrà dare attuazione a quello nazionale 2022-24, che lega applicazione del Piano al trasferimento del Fondo¹.

Riportiamo di seguito la DGR n. 487 del 13 aprile 2023, "Richiesta di parere al Consiglio delle Autonomie Locali sullo schema di deliberazione concernente: *"Modifica della DGR n. [Dgr 1790/2022](#) recante "L.R. 32/2014 - Fondo regionale per le non autosufficienze - Criteri di riparto delle risorse tra gli Ambiti Territoriali Sociali e modalità di utilizzo del Fondo regionale per le non autosufficienze – annualità 2022. Interventi a favore delle persone "anziane non autosufficienti" e delle persone con "disabilità gravissima"*".

Di cosa si occupa questa delibera? Dello stralcio della parte della Dgr 1790/2022 che prevede, in linea con il [PNNA 2022.24](#) (Piano Nazionale per la Non Autosufficienza), la "realizzazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LPES) di processo". Ma vale la pena (all. 1, p. 15 della delibera) riprenderla (grassetto nostro): *"In considerazione di quanto riportato sopra, viste le priorità di intervento stabilite dal Ministero e considerato che occorre procedere con urgenza con l'approvazione dei criteri regionali per l'annualità 2022 per consentire agli ATS di avviare le procedure territoriali, nelle more dell'approvazione del PNNA 2022-2024, con la presente deliberazione si approvano i criteri relativi agli interventi a favore degli anziani non autosufficienti e a favore della disabilità gravissima - annualità 2022 e contestualmente si realizza, in maniera graduale e tenendo conto dell'organizzazione regionale e territoriale relativa all'ambito dell'integrazione socio-sanitaria, i LEPS di processo di cui all'articolo 1, comma 163 della Legge 234/2021 secondo le disposizioni previste dal PNNA 2022-2024. Pertanto, alla luce di quanto detto, si evidenzia che per ogni beneficiario dovrà essere assicurato il percorso assistenziale integrato e quindi una presa in carico, la valutazione multidimensionale (UVM) e la definizione del piano personalizzato (PAI)"*.

¹ [Dpcm 3 ottobre 2022](#), Art. 1, comma 5. "Gli Ambiti territoriali sociali garantiscono anche l'offerta dei servizi e degli interventi nelle aree di attività declinate all'art. 1, comma 162, lettere a), b) e c) della legge n. 234 del 2021, sulla base del Progetto di assistenza individualizzato (PAI) definito, con il concorso del destinatario, dalle équipe multidimensionali operanti presso i Punti unici di accesso (PUA), ai sensi di quanto disposto dall'art. 1, comma 163 del medesimo articolo. Tali équipe sono rafforzate mediante l'utilizzo delle risorse destinate al reclutamento del personale aggiuntivo con professionalità sociale di cui all'art. 5 del presente decreto, come indicato nella tabella n. 3 denominata «Personale PUA». L'offerta di servizi di cui all'art. 1, comma 162 della legge n. 234 del 2021 può essere integrata da contributi, diversi dalla indennità di accompagnamento, per il sostegno alle persone non autosufficienti e per il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza secondo le previsioni del Piano nazionale per la non autosufficienza e nel rispetto di quanto previsto ai commi 163 e 164 del medesimo articolo, fermo restando quanto stabilito dall'art. 1, comma 255 della legge n. 205/2017".

Quante sono le persone coinvolte? Assegni di cura: 2.020; SAD: 1.537 (2020); Disabilità gravissima 3.873 (2021). **In totale: 7.430** persone, alle quali devono essere appunto assicurati i LEPS di processo, così sintetizzati nel PNNA 2022-24: *“L’art. 1, comma 163 prevede inoltre, che il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscano alle persone in condizioni di non autosufficienza l’accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA) la cui sede operativa è situata presso le articolazioni del servizio sanitario denominate Case della comunità. Presso i PUA operano équipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario e agli Ambiti territoriali sociali (ATS). Tali équipe integrate assicurano la funzionalità delle unità di valutazione (UVM/UVMD). Sulla base della valutazione dell’UVM/UVMD, con il coinvolgimento della persona non autosufficiente e della sua famiglia o dell’amministratore di sostegno, l’équipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l’indicazione degli interventi modulati secondo l’intensità del bisogno. (art. 1, comma 163, legge n. 234/2021).*

Cosa prevedeva, quindi, la Dgr 1790/2022? Che per tutte le 7.340 persone ATS/Comuni-Distretto sanitario doveva essere attivato un percorso di presa in carico, una valutazione funzionale e la definizione di un Piano assistenziale (vedi allegato A: [Piano nazionale per la non autosufficienza](#), Schema tipo Accordo di programma).

Ad oggi sappiamo che gli *assegni di cura* anziani e *disabilità gravissima* vengono assegnati in base ad automatismi amministrativi: graduatoria per i primi (requisito: 65 anni e beneficiario IA) sulla base ISEE²; condizioni rientranti in quelle previste dal D.M. [26 settembre 2016](#) per i secondi.

Gli ATS, resisi conto delle difficoltà realizzative (vedi allegato 1, DGR 487/2023 *“In sede di Conferenza dei Coordinatori degli Ambiti Territoriali Sociali del 14/03/2023, gli ATS, alla luce delle prime attività che si stanno attuando a livello di ambito territoriale concernenti gli interventi di cui alla DGR 1790/2022, hanno rappresentato che il Leps di processo, considerato che costituisce una novità importante che incide sull’organizzazione dei servizi socio sanitari di ogni ATS, deve necessariamente tener conto per la sua realizzazione soprattutto delle diverse caratteristiche strutturali, procedurali, tempistiche e prassi esistenti a livello di ATS – Distretto sanitario relative all’integrazione socio sanitaria. Pertanto gli ATS chiedono che la parte delle premesse degli allegati A e B della DGR 1790/2022 che affronta il Leps di processo sia modificata tenendo conto di tali circostanze”*), hanno chiesto di rendere discrezionali tali indicazioni (che, non dimentichiamolo, coinvolgono e riguardano anche le UV/UM distrettuali): *“Gli ATS propongono pertanto di rendere facoltativa, per l’annualità 2022, la previsione di inserire nel PAI o in altro documento di valutazione individuale la specifica relativa all’erogazione del contributo economico al beneficiario; ciò perché non tutti i territori sono pronti ad attuare da subito tale previsione, anche in considerazione dell’oggettiva difficoltà a reperire in tempi brevi personale da dedicare a questa nuova azione. Alla luce di quanto sopra, considerato che gli interventi previsti dalla DGR 1790/2022, pur essendo interventi analoghi a quelli che sono in fase di programmazione a valere sul FNA, sono sostenuti con risorse regionali e pertanto le Regioni possono procedere con programmazioni basate su propri criteri anche non strettamente coincidenti con quelli dettati dal PNNA”*.

Come si scioglie la matassa? La situazione si può così sintetizzare: una norma nazionale (Legge Bilancio 2022), prevede che ATS e Aziende sanitarie assicurino ai cittadini i “livelli essenziali di processo” (LEPS): accesso, valutazione, Piano assistenziale. Successivamente un’altra norma nazionale (Piano NNA) trasferisce, attraverso il Fondo non autosufficienze, finanziamenti alle Regioni, affinché vengano realizzati interventi sociali (*Leps di erogazione*) ai cui beneficiari

² Non si può, ancora una volta, non segnalare la pateticità di alcune delle indicazioni previste per l’accesso ad un contributo pari a 6,6, euro giorno (dal *Patto di assistenza*, alla verifica dell’adeguata assistenza).

devono essere garantiti anche i Leps di processo (in sostanza: accesso, valutazione, presa in carico, piano assistenziale).

La Regione quindi, con la dgr 1790, dà attuazione alle indicazioni del PNNA, affinché vengano garantiti ed attuati i Leps di processo. I Coordinatori d'Ambito fanno presente (sintetizziamo noi) che non sono in grado di fare quanto previsto (non emergono indicazioni da parte dell'altro protagonista, AST/Distretti, che si presume non invitato in quanto il FNNA è un trasferimento sociale) e chiedono lo stralcio delle previsioni. Lamentano la difficoltà di reperire, in tempi brevi, personale da dedicare a questa nuova azione. A supporto c'è anche l'escamotage momentaneo, per cui, essendo fondi regionali, non c'è obbligo di seguire indicazioni nazionali legate al Piano nazionale. La Regione accoglie le richieste, consapevole probabilmente che non ci sono realmente le condizioni per realizzare quanto previsto.

Ma la stessa Regione dovrà (avrebbe dovuto farlo entro marzo 2023) dare applicazione al PNNA, che trasferisce il Fondo nazionale. A breve non ci sarà più alcuna legittima via d'uscita dall'applicazione delle disposizioni nazionali, con la consapevolezza che non frattempo niente è mutato, né sta mutando, rispetto al quadro organizzativo e gestionale.

A più riprese abbiamo evidenziato la situazione di abbandono dei servizi di accesso, accompagnamento, valutazione, presa in carico. Una situazione che si è palesata in maniera drammatica durante la fase più acuta della pandemia.

Facile prevedere che sull'annualità 2022, nonostante il Piano nazionale sia riferito alle annualità 2022-24, non cambierà nulla. Ma è evidente che non si può far finta di niente. Tanto più che le Regioni hanno sancito l'Intesa sul Piano l'8 agosto 2022.

Un punto che deve essere chiarito riguarda la carenza di personale per la funzione. Non si è fatto in tempo a trovarlo? I fondi destinati non sono adeguati? E invece per tutte le altre funzioni previste a partire dalla attivazione dei PUA e della congiunta valutazione multidimensionale non sussisterebbero difficoltà realizzative?

Se nulla cambia in termini di dotazione di personale e organizzazione, si continuerà a non garantire alle persone ciò di cui hanno bisogno e diritto. Con due possibilità, non legittime, di uscita dall'impasse: a) rinviare l'applicazione della norma; b) dare applicazione formale anziché sostanziale.

C'è poi, non meno importante, anche un'altra questione: qual è la situazione dei Leps di processo per i servizi rivolti alle persone che usufruiscono di servizi non finanziati dal Fondo (nazionale e regionale) non autosufficiente?

Ciò che pare evidente è che il tema della *presa in carico* non può continuare ad essere rinviato. Per affrontarlo seriamente occorre essere consapevoli che non si può fare con le dotazioni attuali di personale e senza adeguati modelli organizzativi. Due passaggi che sono inscindibili. Significa cambiare rotta e passare dal disinvestimento regionale³ dell'ultimo ventennio all'effettivo investimento.

³ Va ricordato l'investimento nazionale nel potenziamento della dotazione di assistenti sociali negli Ambiti territoriali con specifici finanziamenti. La Legge di bilancio 2021 (L. 178/2020), all'art. 1, co. 797, individua come LEPS un rapporto tra assistenti sociali e popolazione residente pari a 1 a 5.000, cui si aggiunge un ulteriore obiettivo di servizio definito da un operatore ogni 4.000 abitanti. Vedi in particolare: [Fondi per ATS per assistenti sociali in servizio nell'anno 2021 e risorse 2022](#). Il FNNA ha inoltre destinato alle Regioni per il rafforzamento dei PUA, 20 milioni nel 2022 e 50 milioni per ciascun anno 2023-24.

Allegato 1

- **Legge 234/2021 (legge Bilancio 2022) - Art. 1, comma 163.** Il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità». Presso i PUA operano équipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. Tali équipe integrate, nel rispetto di quanto previsto dal citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone, assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'équipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS.

- **DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 3 ottobre 2022, Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024.** (GU Serie Generale n. 294 del 17-12-2022)

Articolo 1 comma 5. Gli Ambiti territoriali sociali garantiscono anche l'offerta dei servizi e degli interventi nelle aree di attività declinate all'art. 1, comma 162, lettere a), b) e c) della legge n. 234 del 2021, sulla base del Progetto di assistenza individualizzato (PAI) definito, con il concorso del destinatario, dalle équipe multidimensionali operanti presso i Punti unici di accesso (PUA), ai sensi di quanto disposto dall'art. 1, comma 163 del medesimo articolo. Tali équipe sono rafforzate mediante l'utilizzo delle risorse destinate al reclutamento del personale aggiuntivo con professionalità sociale di cui all'art. 5 del presente decreto, come indicato nella tabella n. 3 denominata «Personale PUA». L'offerta di servizi di cui all'art. 1, comma 162 della legge n. 234 del 2021 può essere integrata da contributi, diversi dalla indennità di accompagnamento, per il sostegno alle persone non autosufficienti e per il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza secondo le previsioni Piano nazionale per la non autosufficienza e nel rispetto di quanto previsto ai commi 163 e 164 del medesimo articolo, fermo restando quanto stabilito dall'art. 1, comma 255 della legge n. 205/2017.

(...) Un'intera strategia di intervento del PNNA 2022-2024 è quindi dedicata all'attuazione di un LEPS integrato di Processo i cui contenuti sono orientati dal Comma 163 della L. 234/2021 e tesi a garantire la costituzione di sistemi di servizi integrati negli ambiti territoriali secondo il quadro complesso dei bisogni espressi dagli individui e dalle comunità e per sviluppare e consolidare il necessario Percorso assistenziale integrato.

(..) L'art. 1, comma 163 prevede inoltre, che il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscano alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA) la cui sede operativa è situata presso le articolazioni del servizio sanitario denominate Case della comunità. Presso i PUA operano équipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario e agli Ambiti

territoriali sociali (ATS). Tali équipes integrate assicurano la funzionalità delle unità di valutazione (UVM/UVMD). Sulla base della valutazione dell'UVM/UVMD, con il coinvolgimento della persona non autosufficiente e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'équipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. (art. 1, comma 163, legge n. 234/2021).

Accordo di programma

Art. 4 - Cooperazione interprofessionale. In riferimento alle disposizioni del Comma 163 della L. 243/2021, e come definito all'allegato A del presente accordo, la cooperazione interprofessionale si basa sulla costituzione dell'équipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. L'équipe integrata assicura la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. A questo scopo l'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario definiscono i contenuti del processo assistenziale integrato, e coordinano gli strumenti di valutazione dei bisogni complessi.

Art. 5 - Cooperazione organizzativa. In riferimento alle disposizioni del Comma 163 della L. 243/2021, e come definito all'allegato B del presente accordo, il percorso assistenziale integrato è garantito all'interno dell'ambito territoriale sociale (ATS), attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate Case della comunità. Presso i PUA operano équipes integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS, che assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e definiscono il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Nelle more dell'attivazione dei PUA presso le Case della Comunità, le Parti si impegnano a individuare modalità e sedi stabili di concertazione al fine di garantire in ogni caso la valutazione multidimensionale e la presa in carico integrata; allo stesso tempo definiscono la dotazione, le modalità di funzionamento e l'organizzazione dell'équipe integrata comune all'ambito territoriale sociale e al distretto sanitario.

23 luglio 2019

**Il sostegno alla domiciliarità e le persone con *disabilità gravissima* del
fondo nazionale non autosufficienze
Beneficiari, effetti, entità e tipologia del sostegno**

Le riflessioni che seguono intendono approfondire alcuni aspetti collegati agli interventi che schematicamente possiamo definire di "sostegno alla domiciliarità", e che si concretizzano in un contributo economico alla persona o alla famiglia.

Inoltre, a partire dallo specifico della situazione marchigiana - ma alcuni aspetti è probabile che abbiano una valenza più generale - vogliamo tentare di capire quali siano gli effetti del fondo nazionale non autosufficienze per quanto riguarda le "disabilità gravissime" (interventi per i quali deve essere utilizzata una quota del Fondo non inferiore al 50%). Alcune riflessioni le abbiamo già proposte nella nota, [Sostegno alla domiciliarità e "disabilità gravissima"](#), inviata nei mesi scorsi alla regione Marche, cui rimandiamo.

Quaderni Marche - Dossier sulle politiche regionali, 3-2014

Aggiornato al 7 luglio 2024

Una sintesi degli interventi regionali (al novembre 2018) a sostegno della domiciliarità si può desumere anche dai [materiali](#) di un recente corso di formazione.

Cerchiamo di mettere in evidenza alcuni aspetti, pur consapevoli della loro parzialità⁴.

1) Con riferimento alla **disabilità gravissima** (DG), una prima questione sostanziale è se effettivamente, a distanza di 3 anni dalla [definizione dei criteri \(DM 26.9.2016\)](#) attraverso l'utilizzo delle scale di valutazione, l'esito sia stato quello auspicato. Se in sostanza, i beneficiari di questo intervento siano davvero persone in una situazione di disabilità "gravissima", intendendo con ciò una condizione particolare di complessità, per la quale è indispensabile un'assistenza continuativa nelle 24h. Ricordiamo che nel 2013, all'interno del Fondo, è stata introdotta la quota vincolata per le "disabilità gravissime" insieme alla definizione della condizione: persone in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24h. Quindi occorre chiederci, valutando gli esiti, se le scale di valutazione adottate si stiano rivelando uno strumento adeguato ai fini della definizione del bisogno e quindi all'accesso a sostegni adeguati (in questo caso al contributo economico).

2) Una seconda questione riguarda **l'entità del sostegno**. Va ricordato che il Fondo nazionale è un fondo sociale (copre quindi i costi di rilevanza sociale dell'assistenza sociosanitaria). Tale sostegno, nelle varie declinazioni regionali, si sostanzia in un contributo economico variamente denominato; in genere, *assegno di cura* o *assistenza indiretta*. Nelle Marche (fondo nazionale 2016) si è tradotto in un "sostegno" da 150 a 300 euro mese (sostanzialmente finanziato solo dal solo fondo nazionale) per circa 2000 persone⁵. Ma realisticamente può una cifra simile sostenere un'assistenza vitale 24h su 24h? Si aprono dunque almeno altre tre questioni: 1) la relazione tra sostegno economico e fruizione di altri interventi e servizi; 2) la situazione economica

del beneficiario; 3) la condizione di presta assistenza: lavoro di cura familiare o attraverso assistente familiare. Questioni non scindibili dall'entità del sostegno. E' chiaro che con 200/300 euro mese non puoi assumere alcun assistente personale, e puoi considerare quella cifra alla stregua di un semplice "contributo" per chi si prende cura dell'assistenza della persona. In sostanza, una misura che si configura come una **quota aggiuntiva alla indennità di accompagnamento**⁶.

3) Un terzo punto riguarda la "**possibilità di scelta del beneficiario**". Se vivo nelle Marche e ho la Sclerosi laterale amiotrofica (SLA), [vedi pag. 8](#), posso avere un sostegno che oscilla tra gli 850 e 1050 euro mese (ed è peraltro sufficiente avere diagnosi e riconoscimento l. 104, senza "l'esame" delle scale di valutazione) ed ovviamente mi orienterò verso questa "offerta", rispetto a quella rivolta alla condizione di disabilità gravissima. Così come potrei tentare con "la [vita indipendente](#)" che ha visto un consistente aumento dei fondi (tutti regionali) e che dal 2019

⁴ Alcune delle questioni qui non affrontate riguardano il tema della tipologia dei fondi (nazionali/regionali), del vincolo di destinazione, del loro rapporto con i servizi e del sostegno agli interventi sociali dei Comuni, così come alle quote di competenza sanitaria nei servizi sociosanitari.

⁵ La regione Marche, purtroppo, non ha mai messo a disposizione dati ufficiali relativamente alle annualità 2016 e 2017. Dati che dovrebbero indicare numero complessivo dei beneficiari per tipologia di condizione (vedi art. 3, DM 26.9.2016). La condizione di DG viene accertata da specialista del SSN o di Centri accreditati.

⁶ Le Marche al momento non prevedono che il contributo sia soggetto alla "prova dei mezzi". Il contributo economico viene ridotto del 50% nel caso in cui la persona frequenti la scuola o un centro diurno. Il restante 50% del Fondo è destinato ad anziani non autosufficienti per assegno di cura e contributo ai Comuni per erogazione assistenza domiciliare (circa i criteri di utilizzo vedi [qui](#) a pag. 4 e 5).

prevede un sostegno economico, che, in caso di necessità assistenziale “molto alta”, è pari a 13.000 euro all’anno (le *classi* di sostegno sono 4: il contributo economico va da 7.000 a 13.000 euro/anno). La vita indipendente è altra cosa dall’assistenza indiretta e richiede l’assunzione dell’assistente personale, ma tra 3500 euro e 13.000 euro c’è una differenza sostanziale! In entrambe le situazioni citate siamo in presenza della definizione certa dell’entità del sostegno (garantita per tutti i malati di SLA, con graduatoria per vita indipendente). Per la DG invece l’entità del sostegno è data dalla relazione tra quota disponibile e numero dei beneficiari. Ritengo che per il 2018 e anche per il 2019 (che prevede un buon aumento del Fondo nazionale) non si avranno grossi scostamenti nell’entità della quota. All’aumento del Fondo è ipotizzabile un contestuale aumento dei beneficiari (per il semplice motivo che l’informazione di anno in anno raggiunge un numero maggiore di potenziali beneficiari e che per il primo anno - annualità 2016 - i tempi di presentazione delle domande sono stati abbastanza ristretti). Un percorso equo richiederebbe che anche le persone in condizione di DG ricevessero un sostegno definito ed adeguato. Ciò richiederebbe o un fortissimo aumento del fondo nazionale e/o la costituzione di un imponente fondo regionale.

4) Considerato che la quasi totalità del fondo nazionale viene utilizzato come “assistenza indiretta”, si pone per le persone con **disabilità intellettiva** (vi ricomprendiamo anche la condizione di autismo) la relazione con la fruizione dei servizi. Nella prima annualità della applicazione delle scale ai fini della definizione di DG, si può stimare che nelle Marche la quota di questa tipologia di beneficiari raggiunga il 40% del numero complessivo. Soggetti per i quali è essenziale la fruizione di adeguati e competenti servizi extrascolastici (domiciliari e diurni).

5) Per quanto riguarda le **Marche** (per un approfondimento vedi [qui](#)), se il Fondo nazionale non subisce un forte incremento, per erogare un sostegno significativo non sembrano esserci alternative alla creazione di un adeguato fondo regionale aggiuntivo, che potrebbe peraltro orientarsi verso una selettività delle condizioni dei beneficiari della disabilità gravissima (con riferimento, ad esempio, ad alcune delle condizioni previste all’art. 3, del decreto di riparto 2016). Stante l’irrisorio contributo attuale, al fine di aumentarne l’entità, non è peraltro da escludere che la Regione introduca una selettività su base reddituale ora assente.

6) Con riferimento invece alla situazione nazionale, se da un lato appare indispensabile che, oltre all’analisi dei criteri di utilizzo del Fondo ([qui sintesi della FISH su riunione “tavolo non autosufficienza”](#)), le Regioni forniscano dati su numero e tipologia di beneficiari, al fine di avere un quadro adeguato rispetto agli effetti del Fondo, dall’altra c’è da chiedersi, dato che la quasi totalità del Fondo (non solo la parte destinata alla DG) si sostanzia con interventi di assistenza indiretta, se esso non stia rischiando di diventare una sorta di **“fondo aggiuntivo” all’indennità di accompagnamento**, variamente regolato e declinato dalle Regioni.

Se così fosse, andrebbe aperta una riflessione sugli obiettivi e gli effetti del Fondo. In ogni caso, ciò che appare imprescindibile è che effettivamente la quota riservata alla DG raggiunga le persone con necessità di assistenza vitale con un sostegno adeguato alla situazione e che identiche condizioni ricevano identico sostegno. Se la sfida rimane quella di evitare di fare *parti uguali tra disuguali*, alla pari indispensabile è la capacità regionale di inserire questi sostegni all’interno di un’adeguata programmazione regionale.

26 febbraio 2018

Le Marche e il Fondo nazionale non autosufficienze 2017 In attesa dei dati regionali sull'utilizzo del Fondo 2016

Il fondo nazionale non autosufficienze per il 2017 aumenta la dotazione finanziaria (passando da 400 a 500 milioni di euro) con un significativo aumento rispetto al 2016. Cambia anche la quota percentuale vincolata alla disabilità gravissima che passa dal 40 al 50%. Nelle Marche, non sono stati ancora diffusi i dati riferiti al 2016 per la disabilità gravissima, ma il contributo economico ricevuto da queste persone è assolutamente esiguo ed inferiore a quello degli anni precedenti destinato alla "particolare gravità". L'aumentata quota a disposizione per l'annualità 2017, non cambia in maniera significativa il quadro della situazione

Lo scorso 9 febbraio è stato finalmente pubblicato in Gazzetta Ufficiale il riparto del **Fondo nazionale non autosufficienze 2017**. Per un approfondimento rispetto la "vicenda" del **Fondo 2017** rimandiamo all'analisi comparsa nel sito www.condicio.it.

Da segnalare i seguenti aspetti:

a) Il fondo nazionale è aumentato di 50 milioni rispetto al 2016, passando da 400 a 450 milioni. A questi si aggiungono (o dovrebbero aggiungersi) 50 milioni di quota regionale, per un totale di 500 milioni. Si sommano poi 13,6 milioni derivanti da attività di accertamento da parte di INPS sulla permanenza dei requisiti di persone titolari di provvidenze economiche derivanti da disabilità (vedi tabella).

b) Il Ministero del Lavoro e politiche sociali trattiene una quota di 15 milioni per finanziare progetti sperimentali di Vita Indipendente.

c) I criteri di riparto rimangono quelli del 2016. Si rimanda, quindi quanto previsto nel **Decreto di riparto 2016**, che stabiliva una diversa definizione sulla base della rilevazione regionale del numero di persone con disabilità gravissima.

d) La quota destinata alla disabilità gravissima è pari al 50% del Fondo trasferito alle Regioni. Nel 2016 la quota era il 40%.

La quota complessiva del Fondo 2017 è pari a 513,6 milioni. Tolti i 15 milioni gestiti dal Ministero per la **sperimentazione 2017 Vita Indipendente**, il complessivo delle risorse (nazionali + regionali) destinata alle Regioni è pari a 498,6 milioni.

Per le Marche

Cresce, dunque, la quota a disposizione delle Regioni rispetto al 2016. Per le Marche si passa, complessivamente (fondi nazionali + regionali), dagli 11,34 milioni del 2016 (tutti fondi nazionali) ai 14,25 milioni del 2017 (12,6 milioni nazionali + 1,65 milioni regionali). L'aumento complessivo è di circa 3 milioni. La Regione ha istituito con legge 33/2016, articolo 10, il **Fondo regionale straordinario per le non autosufficienze** ad integrazione di quello nazionale, pari a complessivi 3,75 milioni (2,21 per anziani e 1,53 per disabilità gravissima) per gli anni 2016 e 2017; per gli stessi anni ha utilizzato una quota pari **500.000 euro** per il contributo destinato alle persone con "particolare gravità" che non possedevano i criteri per rientrare nella disabilità gravissima.

A quanto ammonta, dunque il finanziamento complessivo 2017? Ai 14,25 milioni del FNNA va aggiunta la quota regionale già stanziata (art. 10, legge 33/2016) pari a 3,75 milioni, per un

Quaderni Marche - Dossier sulle politiche regionali, 3-2014

Aggiornato al 7 luglio 2024

totale di **18 milioni**. A meno che la Regione non ritenga l'1,65 milioni di euro, parte dei 3,75. In questo caso la quota complessiva è di 16,35 milioni.

Da parte nostra si ritiene che i finanziamenti regionali debbano considerarsi aggiuntivi ai 500 milioni del Fondo nazionale (seppur 50 milioni sono a carico delle Regioni a seguito di accordo con il Governo). In caso contrario evidentemente, l'entità del FNNA non sarebbe di 500 ma di 450 milioni.

In sintesi, sulla base del riparto 2017, si ha la seguente situazione rispetto al 2016:

- **Disabilità gravissima**. Il Fondo passa dai 4,5 milioni di euro del 2016 ai 7,1 del 2017 (+ 2,6 milioni). Una quota parte (nel 2016: 900.000 euro di fondo nazionale + 380.000 di fondo sanitario regionale) è destinato al contributo per i malati di SLA (beneficiari circa 150), [vedi qui](#). La quota complessiva è pari a **8,65 milioni** (7,15 + 1,5 regionale) cui vanno aggiunti 380.000 euro vincolati alla SLA. Avendo già impegnato 500.000 euro per la *particolare gravità* ([Dgr 1050/2017](#)) la quota scende a **8,1 milioni**.

- **Anziani non autosufficienti**. Il Fondo passa da 6,7 milioni del 2016 ai 7,1 milioni del 2017. La Regione non ha modificato, [Dgr 1499/2017](#), gli interventi storicamente finanziati: assistenza domiciliare + assegni di cura. La quota complessiva è pari a **9,31 milioni** (7,1 nazionale + 2,22 regionale).

Finanziamento FNNA anni 2016 e 2017. Riparto quota per le Marche

| | | Marche | |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------|--|
| Fondo nazionale 2016 | 400 milioni | 11,4 milioni | Disab gravis. 40%, 4,5 mil. Anziani no auto: 60%: 6,7 mil. |
| Fondo nazionale 2017 | 500 Milioni (50 m. regionali) | 14,2 milioni* | Disab gravis. 50%, 7,1 milioni Anziani non auto: 50%, 7,1 milioni |

* Comprensivo dalla quota regionale pari a 1,65 milioni. Rispetto al complessivo fondo regionale vedi quanto precedentemente indicato.

I beneficiari

Detto dei Fondi e della loro entità finanziaria, l'analisi e la riflessione devono riguardare gli esiti degli interventi 2016 per poter capire gli effetti di questi interventi sui destinatari. Rimandando a precedenti approfondimenti (vedi [Non autosufficienti, gravi e gravissimi. Fondo nazionale non autosufficienze 2016 e scelte regionali](#)) sui criteri di utilizzo del Fondo da parte della regione Marche, occorre ora capire cosa ha prodotto l'intervento nel 2016 nello specifico della **disabilità gravissima**. Occorre, in premessa, ricordare che la scelta, condivisa tra Governo e Regioni, di individuare condizioni specifiche di gravità, definita "gravissima" e un contestuale e crescente fondo vincolato dedicato ha il preciso obiettivo di garantire ad una fascia di popolazione, definita appunto con "disabilità gravissima", uno determinato e significativo sostegno.

1) La regione Marche non ha, ad oggi, diffuso il dato dei beneficiari, né conseguentemente la tipologia. In un recente [comunicato stampa](#) viene indicato un numero pari a **1900** persone. Il contributo per l'assistenza indiretta al disabile in situazione di particolare gravità, [vedi qui](#), che fino al 2015 è stato assorbito dal fondo nazionale per la disabilità gravissima, nello stesso anno è stato fruito da **1430** persone. Si può stimare un + 470 come valore assoluto, ma la cifra è sicuramente maggiore in quanto un numero ad oggi indefinito - non ci sono dati regionali accessibili - non aveva i requisiti per beneficiare del fondo per la disabilità gravissima (impediva di fruire del contributo: il requisito anagrafico, esclusi ultra 65enni e "disabilità conseguenti da Alzheimer, Aids, malattie psichiatriche e oncologiche", poi vanno aggiunti tutti coloro che non hanno i requisiti previsti nel decreto 26 settembre 2016).

Quaderni Marche - Dossier sulle politiche regionali, 3-2014

Aggiornato al 7 luglio 2024

2) Detto del numero dei beneficiari, la quota mensile assegnata è stata la seguente. **Quota massima: 298,75 euro mese; quota minima: 149,33 euro mese.** Quindi, con il Fondo 2016, i disabili gravissimi hanno ricevuto un sostegno economico pari a 150 o 300 euro mese. La somma complessiva messa a disposizione è, presumibilmente, pari a circa 4,7 milioni di euro (3,65 milioni del fondo nazionale e 1,05 di fondo regionale, considerati i 500.000 mila euro per la “particolare gravità”). Si tratta di una quota inferiore a quella fruita dai beneficiari della *particolare gravità* (vedi tabella).

Assistenza indiretta disabile in condizione di particolare gravità.

Anni 2013-2015. Quota mensile contributo massimo

| | | |
|------|-----------------------------------|----------|
| 2013 | Fondo nazionale + fondo regionale | 375 euro |
| 2014 | Fondo nazionale + fondo regionale | 662 euro |
| 2014 | Solo Fondo nazionale | 629 euro |

Se l’obiettivo è quello di fornire un significativo sostegno a persone con disabilità gravissima che vivono a casa, pare molto lontano dall’essere raggiunto. Permane inoltre la grande differenza tra il sostegno che ricevono i malati di SLA (per i quali è sufficiente diagnosi e riconoscimento gravità ai sensi della legge 104) e tutte le altre persone in condizione di disabilità gravissima. Se i dati sopra riportati sono corretti si ha la seguente situazione

Fondo disabilità gravissima 2016 (include anche interventi malati di SLA)

| | | |
|---|--------------|-------------------|
| Fondo malati di SLA (nazionale + regionale) | 1,28 milioni | Beneficiari: 150 |
| Fondo disabilità gravissima (nazionale + regionale) | 4,7 milioni | Beneficiari: 1900 |

Se è vero che il Fondo 2017 è molto maggiore di quello dell’anno precedente, è nel contempo ipotizzabile un aumento del numero dei beneficiari, data anche una maggior consapevolezza diffusa della possibilità di accesso al contributo anche da parte di persone anziane. Permane pertanto una situazione di criticità cui, data la determinazione dei criteri al momento del riparto, si potrà far fronte solo con l’aumento del fondo regionale.

Sarà poi nel contempo importante analizzare il dato dei beneficiari 2016 suddiviso per le 9 condizioni indicate dal Decreto 26 settembre 2016, in particolare la condizione cui all’art. 3, comma 2, lett. f (condizione di dipendenza vitale che necessita di assistenza continuativa).

E’ pertanto auspicabile che la regione Marche metta a disposizione tutti i dati disponibili così da poter essere oggetto di adeguata analisi.

28 febbraio 2017

Non autosufficienti, gravi, gravissimi

Il fondo nazionale non autosufficienze 2016 e le scelte regionali

Con i nuovi stringenti criteri, riguardanti la disabilità “gravissima”, del fondo nazionale non autosufficienze 2016, per la regione Marche si pone il problema dei “disabili particolarmente gravi”, definiti dalle norme regionali, sui quali confluiva il finanziamento nazionale per le “disabilità gravissime”, che non rientrando in tale condizione non possono più essere beneficiari del fondo nazionale. Ma è opportuno ricordare che anche con le precedenti definizioni (2013-2015) far coincidere la particolare gravità con la disabilità gravissima è stata una evidente forzatura. Se la regione Marche, vuole ora continuare a garantire il sostegno a queste persone ha due possibilità: a) intervenire con fondi regionali (presenti fino al 2015); b) rivedere, con le conseguenze del caso, l’utilizzo del restante 60% del fondo destinato agli anziani non autosufficienti (assegno di cura e assistenza domiciliare).

Le vicende riguardanti l’utilizzo da parte della regione Marche del fondo nazionale non autosufficienze (fnna) 2016 per la parte riguardante la *disabilità gravissima*, hanno determinato una situazione di forte preoccupazione in tutte le persone che fino al 2015 hanno usufruito del contributo regionale per la particolare gravità, finanziato dal 2015 con i soli fondi nazionali per la disabilità gravissima. Vale allora la pena cercare di capire, in estrema sintesi, cosa fin qui (2016) è stato previsto nei decreti di riparto del fnna, quali sono state le scelte della regione Marche, perché ci si trova in questa situazione e quali possono essere le soluzioni.

Il Fondo nazionale

Il fondo nazionale è stato istituito nel 2007 e fino al 2010 ha finanziato, attraverso i criteri dei singoli decreti di riparto, interventi rivolti alle persone non autosufficienti. Nel 2011 il fondo è stato vincolato per interventi rivolti ai soli malati di SLA; nel 2012 non è stato finanziato. A partire dal 2013 i decreti di riparto hanno stabilito che una quota parte del fondo fosse destinata ad interventi rivolti alla disabilità gravissima. Pari al 30% nel 2013, del 40% negli anni successivi.

I fondi nazionali delle annualità 2007-2010 sono stati utilizzati dalla regione Marche per interventi rivolti agli anziani non autosufficienti. Nello specifico: a) Potenziamento assistenza domiciliare, B) finanziamento di assegni di cura. Le motivazioni sono indicate in questa [nota](#) in risposta ad una specifica richiesta del [Comitato Associazioni Tutela \(CAT\)](#), nella quale veniva chiesto di utilizzare il fondo anche per interventi riguardanti le persone con disabilità.

Con l’annualità 2013 che ha previsto la destinazione vincolata del 30% per la disabilità gravissima la regione Marche ha deciso di trasferire tale finanziamento all’interno di un intervento regionale, “assistenza domiciliare indiretta al disabile in condizione di particolare gravità” istituito nei primi anni 2000 (vedi [qui a partire dal pag. 114](#)) e finanziato con fondi regionali (ultimo anno di finanziamento regionale: 2014, per 2,5 milioni euro).

Quanto invece agli interventi per i **malati di SLA**, la Regione ha finanziato un primo intervento con fondi propri (attualmente 380.000 euro/anno), cui si sono aggiunti, a partire dall’annualità 2011 del fondo nazionale, la quota vincolata di 100 milioni, pari, per le Marche, a 2,67 milioni euro (utilizzati poi anche per gli anni successivi). Dal 2013 i fondi nazionali per i malati di SLA sono ricompresi nella quota della disabilità gravissima. L’intervento rivolto a questi malati ha continuato ad avere un percorso autonomo (per essere beneficiario è sufficiente avere diagnosi di SLA e riconoscimento situazione di gravità) attraverso un contributo fisso che varia a seconda che la persona sia stata tracheostomizzata o meno ([qui da pag. 3 a pag. 8](#)). Il numero

Quaderni Marche - Dossier sulle politiche regionali, 3-2014

Aggiornato al 7 luglio 2024

dei beneficiari è di circa 150. Il fondo complessivo annuale - nazionale più regionale - è di circa 1,3 milioni di [qui a pag. 2](#))

La disabilità gravissima nei criteri di riparto del Fondo nazionale

Come detto, a partire dal 2013 una quota del fondo nazionale è stata vincolata per la “disabilità gravissima”. Condizione che è stata definita (vedi box) nei decreti di riparto.

- **Criteri 2013:** persone in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continua nelle 24 ore (es.: gravi patologie cronico degenerative non reversibili, ivi inclusa la sclerosi laterale amiotrofica, gravi demenze, gravissime disabilità psichiche multi patologiche, gravi cerebro lesioni, stati vegetativi, etc.).
- **Criteri 2014 e 2015:** 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.
- **Criteri 2016:** la condizione [definita all'articolo 3, comma 3](#) viene rilevata sulla base dell'utilizzo di apposite scale [qui da pag. 7](#).

La scelta, soprattutto a seguito della forte pressione delle associazioni, è stata chiara. Vincolare, rendere dunque disponibile, una significativa quota del fondo per le persone che si trovano in una specifica condizione (gravissimi), che prescinde dalla patologia, così da assicurare loro un robusto sostegno ai fini del mantenimento a domicilio.

La particolare gravità della regione Marche, il suo finanziamento e la disabilità gravissima del FNNA

Viste le definizioni di “disabilità gravissima” cui ai decreti del fondo nazionale, occorre capire cosa ha inteso la regione Marche per “particolare gravità”. Condizione assimilata, dal 2013, alla disabilità gravissima del fondo non autosufficienze. Conseguentemente la quota di fondo nazionale è stata fatta confluire in questo intervento.

Come detto, l'assistenza indiretta per la particolare gravità è un intervento (sostanzialmente un assegno di cura) istituito, regolato e finanziato dalla Regione Marche nei primi anni 2000 a sostegno delle persone che si trovano in una specifica condizione così come definita dalla Regione stessa. 1260 sono stati i beneficiari nel 2013. Questi [i criteri 2015](#) e [le modalità di definizione della condizione](#). Intervento finanziato fino al 2012 solo con fondi regionali; nel 2013 e 2104 sommando fondi regionali e fondi nazionali (al netto di quello utilizzati per intervento per malati di SLA). Nel 2015 solo con fondi nazionali.

Se si mette in relazione la “disabilità gravissima” (criteri dal 2013 al 2016) con la “particolare gravità”, appare [improbabile una automatica sovrapposizione](#).

La diversificazione non avrebbe determinato problemi (l'esclusione del “particolarmente grave” ma non “gravissimo”) se ai fondi nazionali si fossero mantenuti/aggiunti anche quelli regionali.

La non autosufficienza del fondo nazionale e le persone in condizione di particolare gravità

E' evidente che il decreto di riparto 2016 (come anche i precedenti), non impedisce che il restante 60% del fondo sia destinato ai "particolarmente gravi" ma non "gravissimi". Così come alla generalità dei "non autosufficienti" (adulti o anziani). Ma ad oggi quei 6,7 milioni (cui si aggiungono dal 2016, al fine di garantire gli interventi cui agli anni precedenti; 2,2 milioni regionali) finanziano l'intervento rivolto agli anziani non autosufficienti: potenziamento assistenza domiciliare e assegno di cura. L'assegno di cura è fruito da circa 2000 persone ed il finanziamento annuo è di circa 4.8 milioni di euro. Circa 4,2 milioni, una cifra non irrilevante, viene destinata al "potenziamento" dell'assistenza domiciliare.

Percorsi che richiedono buoni guidatori

Giunti a questo punto se la regione Marche vuole continuare a sostenere le persone con "particolare gravità", beneficiarie del contributo fino al 2015, che non rientrano nella disabilità gravissima (non sappiamo al momento quante siano) ha due possibilità:

- a) reintrodurre un fondo regionale a sostegno di queste persone;
- b) rivedere la destinazione del restante 60%, sapendo che una riduzione andrebbe ad incidere e/o sui beneficiari dell'assegno di cura e sui beneficiari dell'assistenza domiciliare comunale (anche se sul punto una volta per tutte sarebbe opportuno che la regione Marche fornisse i dati relativi agli effetti del potenziamento di questo servizio: quante ore erogate per quanti utenti).

Da un lato, dunque, c'è la necessità di "risolvere un problema" come quello che si è creato, dall'altro appare davvero indifferibile recuperare una capacità programmatica che sia davvero tale.

9 dicembre 2016

Fondo nazionale politiche sociali (FPS) e non autosufficienze (FNA).

I criteri di utilizzo della regione Marche

in attesa del parere del Consiglio Autonomie Locali (CAL) e IV Commissione Consiliare

Si va componendo il finanziamento 2016 degli interventi sociali regionali⁷.

Dopo il trasferimento ai Comuni di 11,8 milioni (fondi regionali), [DGR 1229/2016](#), per tirocini lavorativi, assistenza domiciliare ed assistenza educativa scolastica ed extrascolastica (disabilità) e il contributo agli alunni con disabilità sensoriale ([fondi nazionali](#)), [DGR 1379/2016](#), per l'anno scolastico 2016/2017 (oltre ad adesione sperimentazione nazionale per vita indipendente e contributi alle famiglie persone con disturbi spettro autistico, [vedi qui](#)), è la volta dei criteri di utilizzo dei fondi nazionali 2016 [politiche sociali](#) (7,47 milioni euro) e [non autosufficienze](#) (11,3 milioni euro).

La giunta regionale ha deliberato, lo scorso 28 novembre, i criteri di utilizzo dei fondi. Attende il parere del Consiglio delle autonomie locali (CAL) e della Commissione consiliare competente (IV), prima del via libero definitivo.

Di seguito l'illustrazione del contenuto dei due provvedimenti, sui quali ritorneremo dopo l'approvazione definitiva.

⁷ Segnaliamo anche la [DGR 1524 del 5.12.2016](#), **Sostegno all'Inclusione Attiva (SIA) Indicazioni regionali in attuazione delle Linee Guida nazionali**, inviata al CAL per il parere.

Quaderni Marche - Dossier sulle politiche regionali, 3-2014

Aggiornato al 7 luglio 2024

Criteri riparto FNPS 2016 (DGR 1497/2016). Il fondo (integrato con 800.000 euro regionali) prevede il finanziamento di 4 aree di intervento:

- Interventi in favore dei minorenni allontanati temporaneamente dalla loro famiglia di origine (€ 4.659.491,02: 3.859.491 + 800.000);
- Interventi a favore della famiglia in condizione di grave disagio economico (€ 2.013.060,73);
- Interventi a beneficio dei Nidi d'Infanzia e dei Centri Infanzia con pasto e sonno (€ 1.200.000,00);
- Interventi in favore dei detenuti ed ex-detenuti (€ 400.000,00)

L'allegato 1 della delibera, definisce i criteri di ripartizione per ciascuna delle quattro aree di intervento.

Nella tabella, il quadro dei finanziamenti degli ultimi quattro anni rispetto alle aree di intervento. [Dal 2015](#) i fondi, eccetto l'integrazione di 800.000 euro nel 2016 e 220.000 nel 2015, sono nazionali. [Qui](#) la liquidazione dei fondi 2015.

| Leggi regionali | Fondo reg. 2013 | Fondo reg. 2014 | Finanziam. 2015 | Finanziam. 2016 |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| LR 7/94. minori fuori famiglia (affido e comunità) | 5,5 mil. | 5 mil. | 4,65 mil. | 4,65 mil. € |
| LR 30/98, interventi a favore della famiglia | 3 mil. | 2,9 mil. | 1,1 mil. | 2.01 mil. € |
| LR 9/03, promozione e sostegno servizi per infanzia e minori | 5,5 mil. | 6 mil. | 2,8 mil | 1,2 mil. € |
| LR 28/08, Interventi minori adulti con provvedimenti dell'autorità giudiziaria e degli ex detenuti | 800.000 | 1.,4.mil. | 0 | 400.000 € |

Criteri riparto FNA 2016. (DGR1498-16). Il Fondo, per il 60% viene utilizzato (come negli anni scorsi) per il finanziamento di assegni di cura e potenziamento assistenza domiciliare per anziani non autosufficienti e per il 40% (4,52 milioni euro), come da decreto, per la “**disabilità gravissima**”. Con il cambiamento dei [criteri di definizione](#), la Regione Marche non può più utilizzare i fondi come negli [anni scorsi](#). L'allegato D della delibera definisce i criteri attuativi 2016. L'intervento per i malati di SLA (**900.000** euro: 873.300 + 26.700 di fondi regionali) - in continuazione con quello degli anni precedenti - in verità prescinde dalle indicazioni del decreto; quanto agli altri beneficiari (**3,65 milioni** di euro) alcuni passaggi della delibera non appaiono chiari (beneficiari 2016 in rapporto con quelli 2015; domande 2016). In questo senso, nei giorni scorsi, la Campagna “Trasparenza e diritti”, ha [chiesto chiarimenti](#) sia all'assessorato ai servizi sociali che alla IV Commissione Consiliare.

Il fondo **2015** per la **disabilità gravissima**, trasferito nell'intervento di assistenza indiretta per particolare gravità (sempre con finanziamento del Fondo nazionale non autosufficienze 2015) è stato pari a **4,9 milioni di euro**. Nel **2016**, tolta la quota per i malati di SLA, è pari a **3,65 milioni** (-1,25 milioni).

Il finanziamento per i malati di **SLA** rimane immutato rispetto al **2015** che è stato pari a **1,273.956** milioni. Ai 900.000 euro previsti nella delibera vanno aggiunti i 380.000 euro di [fondi regionali](#).

Il fondo 2016, a differenza del 2015 nel quale 7,4 milioni di euro sono stati trasferiti ai Comuni per il finanziamento degli [Ambiti territoriali](#), sembra essere destinato esclusivamente ad interventi e servizi.

4 agosto 2016

Nuovi criteri di riparto fondo nazionale non autosufficienze 2016 Cosa cambia per la regione Marche

I criteri di riparto per il 2016 del fondo nazionale non autosufficienze approvato in Conferenza unificata il 3 agosto introducono alcune novità per quanto riguarda la disabilità gravissima che diverranno effettivamente operative nel 2017. Nella scheda, a partire dalle novità introdotte, cerchiamo di capire quali cambiamenti dovranno avvenire nelle Marche. Con l'auspicio, che seppur non obbligatori, altri ne avvengano

Il 3 agosto la Conferenza unificata ha sancito [l'intesa](#) (punto 4) sul riparto 2016 del [fondo nazionale non autosufficienze](#) già frutto di accordo con le Regioni⁸. I nuovi criteri introducono delle novità rispetto a [quelli del 2015](#). Scopo della scheda è di indicare le novità introdotte insieme alle possibili ricadute applicative per la regione Marche.

Il decreto

Il fondo, divenuto strutturale, come stabilito dalla legge stabilità 2016 è pari a 400 milioni (come 2015). 390 milioni sono destinati alle Regioni, 10 al Ministero (cui si aggiungono altri 5 previsti nella legge stabilità) per progetti sperimentali di vita indipendente ([Qui](#) le linee guida per i progetti 2015). Non cambiano per il 2016 i criteri con i quali vengono ripartiti i fondi alle Regioni (art. 1). Saranno oggetto di modifica per il 2017 sulla base di una rilevazione sulle persone in condizione di disabilità gravissima che le Regioni sono tenute a realizzare (da trasmettere al Ministero entro marzo 2017).

Non cambiano, anche rispetto al 2015, natura e finalità dell'intervento (art. 2): sostegno alla domiciliarità sia attraverso servizi che trasferimenti monetari e ricoveri di sollievo. I fondi sono aggiuntivi rispetto alle prestazioni già erogate e coprono i costi di rilevanza sociale dell'assistenza sociosanitaria. Non varia all'interno della quota parte la percentuale destinata alla disabilità gravissima (40% del fondo). Cambia, rispetto al 2015, invece la modalità con cui viene identificata la persone con disabilità gravissima (art. 3), beneficiaria degli interventi. L'individuazione avverrà attraverso l'utilizzo di apposite griglie e scale di valutazione. Si specifica inoltre che le Regioni che non hanno incluso tra i beneficiari le persone con disabilità gravissima, così come definite nel decreto, dovranno farlo nel 2017. In sostanza il percorso previsto nel decreto 2016 andrà a compimento l'anno successivo. [Qui l'impostazione del Governo rispetto al provvedimento](#) (alcune indicazioni, vedi ad esempio le scale, sono state modificate, ma vale come riferimento rispetto al percorso).

Per le Marche

Per quanto riguarda la regione Marche, come detto, rimane invariata la quota di finanziamento rispetto al 2015, pari a 11,3 milioni. Di questi, circa 4,5 destinati alle disabilità gravissime. Nel 2016 le Regioni non sono tenute ad applicare i nuovi criteri con cui si definiscono i beneficiari. Dovranno farlo nel 2017 (trasmettendo entro il primo trimestre la rilevazione sul numero di persone con "disabilità gravissima" assistite - ai fini "della definizione di livelli essenziali di prestazioni per le persone con disabilità gravissima" - come prevista dal decreto).

⁸ Vedi scheda a cura di Cgil e Spi-Cgil [qui](#).

Quaderni Marche - Dossier sulle politiche regionali, 3-2014

Aggiornato al 7 luglio 2024

Dall'anno prossimo, quindi, la Regione non potrà più trasferire automaticamente, come fatto fino ad oggi, la quota del fondo nazionale ai beneficiari dell'[assistenza indiretta](#) (particolare gravità) in quanto non può esserci assimilazione. Gli attuali beneficiari dell'intervento potranno usufruire del finanziamento del fondo nazionale a condizione che rientrino nei criteri previsti (art. 3, decreto di riparto).

Considerato che dal 2015 l'assistenza indiretta è stata finanziata completamente con il fondo nazionale (fino al 2014 con fondi regionali; negli ultimi anni con una quota di 2,5 milioni); per la regione Marche si porrà il problema delle persone, attualmente beneficiarie dell'indiretta, che non rientrano però nei criteri 2016 del fondo nazionale.

Rimangono ovviamente aperti altri problemi rimasti irrisolti negli anni precedenti, a partire dalle persone con disabilità gravissima ultra65enni. Neanche i precedenti decreti di riparto stabilivano un criterio anagrafico ai fini del beneficio. Le Marche, come è noto, hanno deciso che non rientrassero tra i beneficiari ponendo un limite di tipo anagrafico. Potevano, certo, far domanda per assegno di cura per ultra65enni (200 euro mese), ma in questo caso il numero dei beneficiari è in relazione alle risorse disponibili: lo scorso anno sono stati meno di 2000. L'assegno di cura, di fatto, così come congegnato (criterio di accesso: beneficiario indennità di accompagnamento, graduatoria su base ISEE) è un intervento destinato a poveri beneficiari di indennità di accompagnamento (per approfondimenti vedi in nota)

Ma più in generale i criteri di riparto 2016 impongono alla regione Marche di riprendere un percorso programmatico da troppo tempo abbandonato. Se dunque per quanto riguarda, la "disabilità gravissima", non si potrà più riproporre un automatico trasferimento di fondi su un intervento già previsto, diverso è il discorso per il criterio di utilizzo del restante 60%.

C'è da augurarsi che sulla spinta dell'obbligatorio cambiamento riguardante la "disabilità gravissima", si colga l'occasione di rivedere anche l'intervento rivolto agli anziani non autosufficienti. Che, è cosa nota, non s'improvvisa.

Per approfondire

In [Quaderni Marche. L'utilizzo del Fondo non autosufficiente nelle Marche](#), una raccolta di analisi e documenti sulle modalità di utilizzo del fondo nazionale da parte della Regione. All'interno segnaliamo in particolare le analisi riferite ai criteri di utilizzo degli ultimi anni:

- [Marche. Sono legittimi i criteri di utilizzo del fondo nazionale non autosufficiente 2015?](#)

- [Marche. Sui criteri di utilizzo fondo nazionale non autosufficiente 2014](#)

- [Quale utilizzo della regione Marche del Fondo nazionale non autosufficiente 2013?](#) (in particolare i rimandi normativi in nota alla scheda)

CAMPAGNA "TRASPARENZA E DIRITTI" - COMITATO ASSOCIAZIONI TUTELA

15 dicembre 2015

- Ministro del Lavoro e politiche sociali,
E p. c. - Direttore Generale per l'inclusione e le politiche
sociali

Oggetto: Utilizzo da parte della regione Marche del fondo non autosufficienze 2015. Non rispetto dei criteri del decreto 14 maggio 2015. Richiesta di intervento.

Con la presente si viene a segnalare, al fine di un vostro intervento, le modalità di utilizzo da parte della regione Marche del fondo nazionale. Riteniamo, infatti, che i criteri di utilizzo adottati non rispettino quanto stabilito nel decreto di riparto (14 maggio 2015).

Nella [Dgr 1042 del 23.11.2015](#), le risorse assegnate vengono ripartite agli Ambiti territoriali sociali, con l'indicazione che per quanto riguarda l'intervento di cui all'art. 2, comma 1 (60% delle risorse) e art. 3 (40% delle risorse) il finanziamento possa essere utilizzato, con percentuali definite dai Comitati dei Sindaci, per i seguenti interventi.

- 1) Art. 2, comma 1: PUA, Assegno di cura, SAD;
- 2) Art. 3: assistenza domiciliare indiretta disabile in situazione di particolare gravità e PUA.

Pur non essendo previsto nel decreto di riparto, la regione Marche stabilisce che il fondo possa finanziare (con percentuali definite dai Comuni) anche i Punti Unici di Accesso.

A conferma, di un utilizzo non corretto del fondo nazionale, il contenuto della [Dgr 1070 del 30.11.2015](#), con la quale si trasferiscono ai Comuni finanziamenti sociali. Si prevede (pag. 20), con le motivazioni che si possono verificare, un "fondo di riequilibrio regionale" (pari a 7,4 milioni di euro), finanziato da una quota parte del FNNA "finalizzato prevalentemente" alle funzioni di cui all'art. 4, comma 1, lett. a), b), c), del decreto 14 maggio 2015. Funzioni che il citato decreto non prevede possano essere finanziate con FNNA (Quali siano gli obiettivi del fondo di riequilibrio, fondi FNNA 2015, è, peraltro, spiegato [benissimo qui](#)).

Per quanto sopra illustrato, riteniamo che i criteri di utilizzo, da parte della regione Marche del FNNA 2015, non rispettino quanto stabilito del decreto di riparto. Per questi motivi, Vi chiediamo di intervenire presso la Regione affinché modifichi tali deliberazioni e destini il fondo per interventi e servizi a favore delle persone e non per funzioni non previste.

Certi di un pronto riscontro si inviano distinti saluti

**Comitato Associazioni Tutela
Campagna Trasparenza e diritti**

12 dicembre 2015

Sono legittimi i criteri di utilizzo della regione Marche del fondo nazionale non autosufficienze 2015?

E' di 11,34 milioni la quota 2015 del fondo nazionale non autosufficienze (FNNA) destinata alle Marche per interventi a favore delle persone non autosufficienti. La Regione, nei criteri di utilizzo, ne destina parte anche per funzioni (personale degli Ambiti territoriali) non destinatarie del finanziamento. Un recepimento che si ritiene illegittimo. La scheda descrive i contenuti dei decreti di riparto del fondo nazionale non autosufficienze per gli anni 2014 e 2015 (evidenziandone le differenze) e (senza di) come(,) la regione Marche li ha recepiti. Il contenuto del programma di attuazione è strettamente collegato con la delibera di trasferimento di fondi ai Comuni che prevede un fondo di riequilibrio di circa 7,4 milioni di euro (65% del fondo) alimentato dal FNNA 2015.

Il Comunicato della Campagna "Trasparenza e diritti" e del Comitato Associazioni Tutela, **Marche. Rispettare i criteri di utilizzo del Fondo nazionale non autosufficienze**, ha spiegato perché la delibera 1042/2015, **Marche. Criteri utilizzo fondo nazionale non autosufficienze 2015**, con cui la regione Marche ha definito i criteri di utilizzo del fondo, non rispetta i criteri indicati dal decreto di riparto, che prevede finanziamenti? solo per interventi e servizi e non per funzioni legate alla valutazione (i cosiddetti punti unici di accesso, PUA). In questo modo la regione Marche, non avendo rifinanziato per un centesimo il fondo sociale regionale, utilizza il fondo nazionale(,) vincolato per interventi alle persone non autosufficienti, per sostenere le spese di gestione degli Ambiti territoriali (oltre 7 milioni nel 2013, oltre 11 nel 2014). Lo fa, subdolamente, riprendendo le indicazioni del decreto di riparto 2015, ma interpretandole come se fosse quello del 2014 (che permetteva finanziamenti anche per i PUA). Andiamo a riguardare, allora, il contenuto dei decreti nazionali e delle delibere regionali. In realtà queste ultime sono due. Oltre alla citata delibera di utilizzo del fondo c'è anche la **DGR 1070 del 30.11.2015**, che trasferisce fondi ai Comuni per il finanziamento degli interventi sociali 2015. Di seguito, mettiamo a confronto i criteri di riparto nazionale ed i criteri di utilizzo della regione Marche.

Fondo nazionale non autosufficienze 2014 e 2015. Criteri di riparto

Il fondo nazionale 2014 (Decreto 7 maggio 2014)

Art. 2. Finalità

1. Nel rispetto delle finalità di cui all'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e nel rispetto dei modelli organizzativi regionali e di confronto con le autonomie locali, le risorse di cui all'art. 1 del presente decreto sono destinate alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone non autosufficienti, individuando, tenuto conto dell'art. 22, comma 4, della legge 8 novembre 2000, n. 328, le seguenti aree prioritarie di intervento riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni, nelle more della determinazione del costo e del fabbisogno standard ai sensi dell'art. 2, comma 2, lettera f), della legge 5 maggio 2009, n. 42:

a) la previsione o il rafforzamento, ai fini della massima semplificazione degli aspetti procedurali, di punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi localizzati negli ambiti territoriali di cui all'art. 4, comma 1, lettera a), del presente decreto, da parte di aziende sanitarie e comuni, così da agevolare e semplificare l'informazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari;

b) l'attivazione o il rafforzamento di modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso

un piano personalizzato di assistenza, che integri le diverse componenti sanitaria, sociosanitaria e sociale in

modo da assicurare la continuità assistenziale, superando la frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali e quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona non autosufficiente ha bisogno e

Quaderni Marche - Dossier sulle politiche regionali, 3-2014

Aggiornato al 7 luglio 2024

favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia, anche attraverso l'uso di nuove tecnologie;

c) l'implementazione di modalità di valutazione della non autosufficienza attraverso unità multiprofessionali UVM, in cui siano presenti le componenti clinica e sociale, utilizzando le scale già in essere presso le regioni, tenendo anche conto, ai fini della valutazione bio-psicosociale delle condizioni di bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci;

d) l'attivazione o il rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, anche in termini di ore di assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni alla evoluzione dei modelli di assistenza domiciliari;

e) la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con trasferimenti monetari nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato, di cui alla lettera b), e in tal senso monitorati.

f) la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con

interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie,

nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare, assumendo l'onere

della quota sociale e di altre azioni di supporto individuate nel progetto personalizzato, di cui alla lettera b), e ad esclusione delle prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea.

Art. 3. Disabilità gravissime

1. Le regioni, in coerenza con quanto disposto ai commi 199 e 200 dell'art. 1 della legge 27 dicembre 2013,

n. 147, utilizzano le risorse ripartite in base al presente decreto prioritariamente, e comunque in maniera esclusiva per una quota non inferiore al 30% (poi, attraverso Accordo Governo/Regioni in Conferenza unificata del 5 agosto 2014 portato al 40%), per interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica. Per persone in

condizione di disabilità gravissima, ai soli fini del presente decreto, si intendono le persone in condizione di

dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continua nelle 24 ore (es.: gravi patologie cronico degenerative non reversibili, ivi inclusa la sclerosi laterale amiotrofica, gravissime disabilità psichiche multi patologiche, gravi cerebro lesioni, stati vegetativi, etc.).

Nello stesso Accordo la disabilità gravissima viene così ridefinita, 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 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.

Art. 5. Erogazione e monitoraggio

1. Le regioni comunicano le modalità di attuazione degli interventi di cui al comma 1 dell'art. 2 del presente

decreto, tenuto conto di quanto disposto all'art. 3, comma 1.

Quaderni Marche - Dossier sulle politiche regionali, 3-2014

Aggiornato al 7 luglio 2024

Nel 2014, dunque, le Regioni possono finanziare, per il 60% della quota, tutti gli interventi di cui all'articolo 2 (dunque non solo interventi e servizi) e per il 40% quelli indicati all'articolo 3. Vedremo poi l'utilizzo da parte della regione Marche.

Il fondo nazionale 2015 (Decreto 14 maggio 2015)

Art. 2 Finalità

1. Nel rispetto delle finalità di cui all'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e nel rispetto dei modelli organizzativi regionali e di confronto con le autonomie locali, le risorse di cui all'art. 1 del presente decreto sono destinate alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone non autosufficienti, individuando, tenuto conto dell'art. 22, comma 4, della legge 8 novembre 2000, n. 328, le seguenti aree prioritarie di intervento riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni, nelle more della determinazione del costo e del fabbisogno standard ai sensi dell'art. 2, comma 2, lettera f), della legge 5 maggio 2009, n. 42:

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

Art. 3 Disabilità gravissime

1. Le regioni utilizzano le risorse ripartite in base al presente decreto prioritariamente, e comunque in maniera esclusiva per una quota non inferiore al 40%, per interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica. Per persone in condizione di disabilità gravissima, ai soli fini del presente decreto, si intendono 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.

Art. 5 Erogazione e monitoraggio

1. Le regioni comunicano le modalità di attuazione degli interventi di cui all'art. 2 del presente decreto, tenuto conto di quanto disposto all'art. 3, comma 1.

Nel 2015, non cambia la destinazione degli interventi per la disabilità gravissima cui è fatto obbligo di destinare il 40% delle risorse. Rispetto invece all'utilizzo del restante 60%, vengono indicati i soli interventi che nel decreto 2014 si riferivano alle lettere d), e), f), comma 1,

art. 2. Dunque, nel 2015, non si possono utilizzare i finanziamenti per le funzioni (presa in carico, valutazione) che nel 2014 erano state indicate alle lettere a), b), c), del comma 1 dell'art. 2.

Regione Marche. Criteri di utilizzo fondo nazionale non autosufficienze 2014 e 2015

Criteri 2014 ([DGR 1446/2014](#))

La quota del 60% (art. 2, comma 1 del decreto) viene ripartita (pag. 7) agli ATS. Il Comitato dei sindaci stabilisce l'entità della quota destinata a PUA, Assegno di cura e SAD.

La quota del 40% (art. 3 del decreto: disabilità gravissima) si aggiunge al finanziamento regionale destinato all'intervento di assistenza indiretta al disabile in condizione di particolare gravità (p. 10). Come si può verificare, il finanziamento è destinato interamente a questo intervento).

Con la [DGR 328/2015](#) (nella quale si definisce la modalità di utilizzo della quota del 60% che la regione Marche destina agli anziani non autosufficienti) si stabilisce che la percentuale massima che gli Ambiti possono destinare al finanziamento dei PUA è pari al 15%.

Quindi: per quanto riguarda l'annualità 2014 la regione Marche sceglie di utilizzare la quota:

- **del 60% stabilendo, rispetto al passato, la possibilità di utilizzo da parte degli ATS (concessa dalle indicazioni del decreto ministeriale) oltre che per Assegni di cura e SAD, anche per la funzione di PUA (che sarebbe interessante verificare in quale luogo sia presente), specificando che la quota massima utilizzabile è del 15%.**
- **del 40% per il potenziamento dell'assistenza domiciliare indiretta per disabili in condizione di particolare gravità e del sostegno ai malati di SLA. Alla quota regionale di circa 2,5 milioni si aggiunge, quindi, il finanziamento nazionale.**

Criteri 2015 ([DGR 1042/2015](#))

La quota del 60% (art. 2, comma 1 del decreto), viene ripartita (pag. 8) agli ATS. Il Comitato dei sindaci stabilisce l'entità della quota destinata a PUA, Assegno di cura e SAD. Il PUA non è, però, nel decreto di riparto del fondo 2015 un intervento finanziabile.

La quota del 40% (art. 3 del decreto: disabilità gravissima), si aggiunge al finanziamento regionale destinato all'intervento assistenza indiretta al disabile in condizione di particolare gravità (p. 10). Ma con significative differenze. A) Anche in questo caso (e la modifica si è avuta nel passaggio in IV Commissione, che doveva fornire il parere), non l'intera cifra finanzia l'intervento di assistenza indiretta, ma una quota parte, in quanto i Comitati dei sindaci possono decidere che una percentuale possa essere destinata alla funzione PUA. Inoltre la quota regionale (che nel 2015 era di 2,5 milioni) diverrebbe residuale in quanto nella dgr 1070 (vedi punto successivo) si stabilisce che la quota complessiva destinata a questo intervento è di 4,9 milioni di euro (circa 400.000 euro in più della quota del fondo nazionale).

La lettura dei criteri 2015 non può essere scissa dai contenuti della [DGR 1070/2015](#) (finanziamento regionale interventi sociali dei Comuni per il 2015), nella parte riguardante il *fondo di riequilibrio* (p. 20). Si tratta di 7,42 milioni di euro, attinti dal FNNA 2015 (circa il 65% del finanziamento destinato alla regione Marche). Nella stessa delibera, inoltre, si modifica la citata [DGR 328/2015](#), abrogando la parte in cui si prevede che gli Ambiti possono utilizzare, per la funzione PUA, una quota massima di finanziamento di 15%. Per un commento vedi: [Marche. Il finanziamento 2015 degli interventi sociali dopo l'azzeramento del fondo regionale](#)).

Quaderni Marche - Dossier sulle politiche regionali, 3-2014

Aggiornato al 7 luglio 2024

Quindi per quanto riguarda l'annualità 2015 la regione Marche sceglie di utilizzare la quota:

- del 60%, stabilendo la possibilità di utilizzo da parte degli ATS oltre che per Assegni di cura e SAD, anche per la funzione di PUA (togliendo anche il limite del 15%, così da poter permettere ai Comuni di utilizzare, senza vincoli, il fondo per il pagamento del personale). Facendo finta di non sapere che questa funzione, nel 2015, non può essere finanziata con i fondi nazionali (FNNA);
- del 40% per il potenziamento dell'assistenza domiciliare indiretta per disabili in condizione di particolare gravità, per il potenziamento del sostegno ai malati di SLA e (qui si tratta di novità assoluta) per il finanziamento dei PUA (con percentuale definita dagli Ambiti territoriali). Che, ovviamente anche in questo caso, non è previsto dal decreto di riparto. Peraltro gli interventi per la disabilità gravissima (art. 3 del decreto) mai hanno permesso un utilizzo diverso da quello per interventi e servizi alle persone.

Conclusioni

La regione Marche ha quindi deciso di utilizzare gli 11,34 milioni di euro del fondo nazionale 2015, non solo, come stabilito dal decreto di riparto, per interventi e servizi a favore delle persone non autosufficienti, ma anche per finanziare il personale degli ambiti territoriali sociali. Si scrive Punto unico di accesso (PUA), si legge finanziamento della struttura degli Ambiti (cui la regione Marche non ha destinato fondi nel 2015, contro gli 11 del 2014 ed i 7 del 2013).

Si può verificare, dall'analisi della normativa sopra riportata, che non si tratta di scelte opinabili, ma di criteri che appaiono palesemente illegittimi, in quanto la funzione PUA non è destinataria di finanziamento attraverso il FNNA 2015. Si sottraggono fondi vincolati per interventi e servizi alle persone, per utilizzarli per altre funzioni. Che siano i destinatari degli interventi (con una quota pari al 65% del fondo nazionale) a dover finanziare i costi del personale degli Ambiti sociali appare di una gravità senza precedenti. Che tutto questo avvenga nel più totale silenzio, anche dei cosiddetti "soggetti sociali", rende ancora più inquietante l'intera vicenda.

Per approfondire

Nella rubrica "Documentazione politiche sociali", [Documentazione politiche sociali](#), si possono consultare le norme citate; nella rubrica "Osservatorio Marche", [Osservatorio Marche](#), si possono consultare gli approfondimenti con una ricerca per argomenti. Sullo specifico, vedi anche, [Marche. Il finanziamento 2015 degli interventi sociali dopo l'azzeramento del fondo regionale](#); [Marche. Arrivano fondi ai Comuni ma scompare il fondo sociale regionale](#)

Vedi anche all'interno dei, ["Quaderni Marche". Dossier sulle politiche regionali](#), il numero 3, [Quaderni Marche. L'utilizzo del Fondo non autosufficienze nelle Marche](#).

Vedi il blog della **Campagna "Trasparenza e diritti"**, <http://leamarche.blogspot.it>.

9 febbraio 2014

Quale utilizzo da parte della regione Marche del fondo nazionale non autosufficienze 2013?

Come è noto con il decreto di rifinanziamento 2013 del fondo nazionale per le non autosufficienze, **Fondo non autosufficienze 2013. Criteri e riparto**, il Ministero ha modificato anche i criteri di utilizzo. Le finalità dell'intervento sono definite all'articolo 2; nell'articolo 3 (vedi riquadro), invece si dispone che almeno il 30% del fondo sia destinato alle *disabilità gravissime*, che comprendono anche i malati di SLA.

Articolo 3, (Disabilità gravissime)

1. Le Regioni si impegnano ad utilizzare le risorse ripartite in base al presente decreto prioritariamente, e comunque per una quota non inferiore al 30%, per interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica. Per persone in condizione di disabilità gravissima, ai soli fini del presente decreto, **si intendono le persone in condizione di dipendenza vitale da assistenza continua e vigile 24 ore su 24. Sono tali le persone che rientrano in almeno una delle condizioni di seguito elencate:**

- a) persone con gravi patologie degenerative non reversibili in ventilazione meccanica assistita o NIV a permanenza 24h o coma;
- b) persone con grave stato di demenza valutato sulla base della scala CDRs (*Clinical Dementia Rating scale*), con punteggio 4;
- c) persone con patologie ad andamento cronico degenerativo con pluripatologia (valutate sulla base della scala di valutazione CIRS (*Cumulative Illness Rating Scale*) a 14 *item*, con indice di severità uguale o maggiore di 3 e con indice di comorbilità uguale o maggiore di 3 e con almeno altre due patologie, non concorrenti, oltre la principale;
- d) persone con gravissimi disagi psichici o intellettivi o sordocecità che necessitino di assistenza vigile 24h con grave rischio della loro incolumità vitale;
- e) persone con cerebro lesioni o stati vegetativi che necessitino di assistenza vigile 24h con grave rischio della loro incolumità vitale.

Va ricordato che le risorse del fondo (per le Marche circa 8 milioni di euro, di cui almeno 2,4 milioni per le disabilità gravissime):

- coprono le spese di rilevanza sociale dei servizi sociosanitari,
- sono aggiuntive a quelle già destinate agli interventi da parte di Regioni ed enti locali,
- non sono sostitutive di quelle sanitarie.

Giunti a febbraio 2014, è indispensabile capire come la Regione intenda dare effettiva applicazione alle indicazioni del Ministero.

L'utilizzo del fondo nazionale da parte della Regione fino al 2013

Vale la pena ricostruire brevemente il percorso del fondo nazionale e della sua destinazione nelle Marche.

Il **Fondo nazionale** (per un approfondimento vedi, <http://www.condicio.it/focus/il-fondo-per-le-non-autosufficienze/>) è stato istituito nella legge finanziaria del 2007 (legge 296/2006) ed è stato finanziato con cifre diverse fino al 2010. Nel 2011 è stato disposto un finanziamento per i soli malati di SLA, pari a 100 milioni, fatto confluire nel fondo dello stesso anno. Nel 2012 non è stato finanziato. Nel 2013 è stato rifinanziato con 275 milioni di euro e come detto, almeno il 30% del finanziamento è destinato alle "disabilità gravissime", ivi inclusi i malati di SLA.

Quaderni Marche - Dossier sulle politiche regionali, 3-2014

Aggiornato al 7 luglio 2024

La **regione Marche** con i **fondi 2007-2010** (per un dettaglio vedi in nota) ha destinato l'ammontare del fondo ai soli anziani non autosufficienti⁹ attraverso il potenziamento dell'assistenza domiciliare e l'istituzione dell'assegno di cura (dgr 985/2009). La quota è stata ripartita tra gli Ambiti territoriali che potevano destinare una quota non inferiore al 30% agli assegni di cura. Successivamente (dgr 6/2012) la Regione ha disposto un vincolo di destinazione di 1 milione di euro per gli assegni di cura¹⁰.

Riprendiamo, sinteticamente, da una precedente nostra scheda **Marche. Anziani non autosufficienti e assegni di cura. Analisi e proposte**, in base a quali criteri si può entrare in graduatoria: "per accedere all'assegno (pari a 200 euro al mese) devono essere presenti due condizioni: a) essere percettori di indennità di accompagnamento; b) avere una dichiarazione Isee inferiore ad una certa soglia. La *gravità* è determinata dal requisito del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento; su base reddituale viene poi stilata - a livello di ambito territoriale sociale - la graduatoria dei beneficiari (nella prima annualità hanno fruito dell'assegno il 20% dei richiedenti; i beneficiari sono saliti al 40% nella seconda annualità, per il solo motivo che l'anno successivo molte persone escluse l'anno precedente non hanno ripresentato la domanda). La regione Marche ha dunque scelto - in accordo con le organizzazioni sindacali con le quali ha stipulato un accordo - di destinare una parte della quota del FNNA per assegni di cura rivolti ad anziani non autosufficienti aventi redditi individuali o familiari al di sotto di una certa soglia. Di fatto (...) ad anziani non autosufficienti e nuclei familiari poveri; determinante più che il bisogno di assistenza e cura è la situazione reddituale. Per capirci: nelle Marche un ultrasessantacinquenne (che non sia malato di Sla) che necessita di assistenza continua su 24 ore (...) se ha un Isee familiare sopra i 25.000 euro non rientra tra i beneficiari; se è di 24.000, facilmente figura tra gli ultimi in graduatoria". In sostanza l'assegno di 200 euro al mese è destinato a poveri con più di 65 anni, percettori di indennità di accompagnamento.

Ad oggi questa tipologia di intervento, insieme ad i suoi criteri di accesso, è rimasta inalterata. La condizione di gravità di un anziano ultrasessantacinquenne nulla conta rispetto al requisito reddituale. Nonostante, le richieste di revisione delle delibere (vedi le note CAT, **Regione Marche. Utilizzo fondo non autosufficienza per la disabilità, Criteri utilizzo fondo per le non autosufficienze nelle Marche**), nessuna modifica ad oggi è stata apportata.

La regione Marche (e con essa i sindacati, sottoscrittori dell'accordo, che non risulta abbiano mai proposto modifiche) ritiene evidentemente equo che una persona che necessita di assistenza continuativa per 24 ore debba: - essere escluso se l'isee familiare è di 25,001 euro; - ricevere invece, forse, la misera cifra di 6,66 euro al giorno se l'isee familiare non è vicino alla soglia di povertà.

Come detto, il **fondo nazionale 2011**, è stato destinato esclusivamente ai malati di SLA. Integrando precedenti atti, la Regione, ha previsto una duplice tipologia di contributo, differenziato in base alla presenza di tracheotomia: **Marche. Interventi per malati di Sla (fondo nazionale 2011), Marche. Malati di SLA. Criteri contributo alle famiglie**. Sia nel primo intervento regionale (quello non finanziato dal fondo nazionale) che nel successivo, il contributo, giustamente, prescinde dal criterio anagrafico (per un approfondimento vedi in nota). Criterio che invece, come vedremo più avanti, è presente per gli interventi fruiti da altri disabili che non hanno la diagnosi di SLA.

Nel 2013?

Il **fondo nazionale 2013**, come detto, innova fortemente sia rispetto ai riparti 2007-2010 che 2011. Il vincolo di destinazione impone alla Regione un cambiamento significativo rispetto ai precedenti criteri. Non c'è più un fondo (nazionale) vincolato per la SLA; ci sono almeno 2,4 milioni di euro rivolti alle *disabilità gravissime*. Riteniamo inoltre irrinviabile, per

⁹ La Regione ha motivato l'assenza di finanziamento per interventi rivolti alle persone con disabilità con il fatto che con specifici finanziamenti regionali venivano già sostenuti interventi domiciliari in questo ambito (assistenza indiretta, vita indipendente, legge 18). Vedi, <http://www.grusol.it/apriSociale.asp?id=463>.

¹⁰ Gli interventi realizzati nel triennio 2010-2012 sono stati interamente finanziati dal fondo nazionale. Per il 2013, oltre al residuo dei fondi nazionali, la Regione si è impegnata a mantenere l'intervento utilizzando, fondi propri. L'impegno 2012 è stato di 9,1 milioni.

Quaderni Marche - Dossier sulle politiche regionali, 3-2014

Aggiornato al 7 luglio 2024

le ragioni indicate, la modifica dei criteri di utilizzo anche per gli ultrasessantacinquenni non autosufficienti. Nell'agosto scorso, richiamano il decreto nazionale, il Comitato Associazioni Tutela (CAT), aveva sollecitato un confronto rispetto alla definizione dei nuovi criteri, [Marche. Criteri di utilizzo del fondo nazionale non autosufficienze 2013](#). La risposta della Regione è stata, qualche mese dopo, l'emanazione della dgr 1396-2013, [Marche. Aree intervento fondo non autosufficienze 2013](#). La delibera prevede la seguente ripartizione:

- Il 70%, sostanzialmente, per potenziamento SAD e Assegno di cura (gli interventi finanziati dal 2010). Stabilisce, inoltre, che i criteri di riparto saranno stabiliti con "il tavolo permanente di monitoraggio per il fondo non autosufficienze". Dunque, ancora una volta, con sindacati e Ambiti. Peraltro, permane la fortissima ambiguità rispetto all'utilizzo dei fondi (in molti Ambiti il 70% del finanziamento) destinati al potenziamento del SAD. I fondi, devono essere aggiuntivi, rispetto ai precedenti interventi comunali. Ma ci sono Comuni che non hanno mai aumentato le ore di servizio ed altri che non lo hanno mai attivato. Come dunque sono stati, in questi casi, utilizzati i fondi (vincolati)?

- il 30%, rivolto alle disabilità gravissime, viene fatto confluire nel fondo regionale riguardante "l'assistenza domiciliare al disabile in situazione di particolare gravità". L'intervento, [Marche. Disabilità. Assistenza indiretta. Criteri 2013](#), finanziato con fondi regionali (2,5 milioni di euro nel 2012, per 1211 beneficiari) viene assegnato a persone disabili che rispondono a specifici requisiti di gravità; ulteriori criteri definiscono poi l'entità del contributo (comunque variabile in base al numero dei beneficiari).

Ora il punto è se, **la "disabilità gravissima" del decreto e la "particolare gravità" della Regione sono assimilabili**. Non lo sono. L'intervento regionale (vedi per un approfondimento, [Per patologia o per bisogno? A proposito di recenti provvedimenti della regione Marche](#)), pone per prima cosa un vincolo di tipo anagrafico. Chi ha più di 65 anni non può beneficiarne (a differenza dei malati di SLA). Oltre questo primo insuperabile problema, i criteri d'accesso dell'intervento regionale non includono le tipologie indicate dal decreto. Non vi possono accedere, ad esempio: persone con malattia di Alzheimer e con malattia psichiatrica. Per i soli malati di SLA, continuerebbe a non valere il vincolo anagrafico; l'accesso richiede il solo criterio diagnostico.

Dunque, in alcun modo si può pensare di sovrapporre i criteri della "particolare gravità", alla *disabilità gravissima* del decreto.

Pare pertanto urgente che la Regione, vinca ogni resistenza al confronto e presenti a tutti i "portatori d'interesse", una proposta che non sia discriminante né sulla base della patologia, né su quella dell'età. La *condizione di bisogno*, deve essere il criterio sul quale costruire l'intervento. E su tale base, dovrebbe essere rivisto anche l'intervento per gli ultrasessantacinquenni. Ciò per evitare, che un *disabile gravissimo* di 65 anni, oggi come ieri, continui a ricevere nulla.

E', dunque, auspicabile che sulla base di elementari criteri di equità e giustizia si costruisca un provvedimento che non continui a fare parti disuguali tra uguali.

Quaderni Marche - Dossier sulle politiche regionali, 3-2014

Aggiornato al 7 luglio 2024

CAT - COMITATO ASSOCIAZIONI TUTELA

Segreteria: c/o UILDM, Via Bufalini 3, 60023 Collemarino (An).. Tel. e fax 0731-703327 segreteriaicatmarche@gmail.com

Ancona, 23 giugno 2014

- Assessore servizi sociali Regione
Marche
E p.c. - Dirigente Servizio Politiche sociali

Oggetto: Criteri utilizzo fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2013.

Facendo seguito all'incontro dello scorso 3 giugno in merito ai criteri che l'assessorato intende adottare ai fini dell'utilizzo del Fondo nazionale 2013, visti anche gli esiti dell'incontro del Tavolo nazionale dello scorso 18 giugno, ribadiamo, ancora una volta, il nostro parere negativo, circa la proposta illustrata:

a) mantenimento dei criteri per ultrasessantacinquenni come da dgr 6/2012;
b) utilizzo del 30% del fondo riservato alle disabilità gravissime, come da dgr 1396/2013 (aumento del fondo della assistenza indiretta particolare gravità) con eventuale estensione dei beneficiari alle persone che fruiscono già di tale intervento al compimento dei 65 anni (precedentemente esclusi). Si tratta, come indicato, di circa 10/20 persone.

Come abbiamo fatto notare continuano a rimanere fuori una gran numero di beneficiari in condizione di disabilità gravissima di cui al decreto ministeriale di riparto 2013 (quelli ultra 65anni che non rientrano nell'assegno di cura, quelli infra65 che non rientrano nei criteri dell'indiretta).

Pur avendo presenti le difficoltà regionali illustrate durante l'incontro, continuiamo a pensare che si stia optando per la strada più facile in termini di scelte, che però penalizza tantissime persone adulte e anziane in condizione di disabilità gravissima. E d'altra parte ricordiamo che in questi anni la Regione, sul tema, si assume l'onere di scelte, ad esempio: a) non tenendo conto, giustamente, del criterio anagrafico per quanto riguarda i malati di SLA, b) garantendo a 80 religiosi appartenenti alla Chiesa cattolica, l'assicurazione degli assegni di cura (sarebbe peraltro interessante conoscere la quota percentuale dei beneficiari ultra65 religiosi e no, tenendo conto che la gran parte dei religiosi, per la caratteristica della loro condizione ha Isee pari a 0).

Per questi motivi, così come illustrati più ampiamente nella suddetta riunione, riteniamo indispensabile che la Regione apra un tavolo di confronto allargato ai soggetti interessati con l'obiettivo di discutere sulle complessive modalità di utilizzo dell'intero fondo, che, riteniamo, non può prescindere da un più completo approfondimento sul tema degli interventi socio-sanitari di sostegno alla domiciliarità.

15 maggio 2012

Marche. Criteri utilizzo fondo nazionale non autosufficienze Assegni di cura. Le motivazioni della quota (raddoppiata) destinata a componenti di ordini religiosi della Chiesa Cattolica

Lo scorso dicembre il Comitato associazioni tutela (Cat) aveva formulato le proprie osservazioni e obiezioni, [Sui criteri per l'utilizzo fondo per le non autosufficienze anno 2012](#), alla delibera con cui la regione Marche aveva definito i criteri di utilizzo del Fondo nazionale (annualità 2010) per le non autosufficienze. Tra gli aspetti evidenziati anche quello relativo ad un fondo vincolato di 100.000 euro destinato esclusivamente per assegni di cura a componenti di ordini religiosi della Chiesa cattolica". Per l'occasione aveva inviato una nota anche al Ministero del welfare al fine di conoscere se era nel potere regionale utilizzare quota

Quaderni Marche - Dossier sulle politiche regionali, 3-2014

Aggiornato al 7 luglio 2024

del fondo nazionale con fondo vincolato - all'interno di quello previsto per la generalità della popolazione - per una specifica categoria di beneficiari. Lo scorso 20 aprile il Ministero rispondeva alla richiesta di parere, allegando la risposta ricevuta dalla regione Marche a seguito di richiesta di informazioni (in allegato insieme alla lettera del Gruppo Solidarietà).

Va segnalato in primo luogo che il Ministero non ha espresso un parere in proposito ma si è limitato a girare le informazioni raccolte da parte della regione Marche. Informazioni che successivamente abbiamo ritrovato nell'atto istruttorio della delibera 538-2012 [DGR 538-2012](#), nella quale si chiede al Consiglio delle autonomie locali (CAL) il parere riguardo la proposta di modifica della [DGR 6-2012](#), "Approvazione delle modalità di utilizzo e dei criteri di riparto del Fondo per le non autosufficienze", proprio nella parte riguardante il fondo vincolato per gli assegni di cura rivolto a componenti degli "ordini religiosi della chiesa cattolica". Il fondo viene raddoppiato - da 100 a 200.000 euro - e verrà ripartito tra gli ambiti territoriali. La quota spettante a ciascun Ambito verrà individuata a seguito di pubblicazione di bando regionale per un totale di 80 assegni di cura. L'atto istruttorio della proposta di modifica motiva le ragioni della scelta.

E' importante segnalare che la dgr 6-2012, che ora ci si propone, nella parte sopra indicata, di modificare, non specifica le motivazioni del fondo vincolato per i religiosi della chiesa cattolica, ma solo di destinare una quota di 100.000 euro per questa tipologia di cittadini fermo restando il rispetto degli stessi criteri previsti per gli altri anziani non autosufficienti (indennità 100% e soglia Isee).

La nuova delibera, ora al vaglio del CAL, così come la nota inviata al Ministero, si cura invece di motivare le ragioni della quota vincolata (e ora del suo raddoppio) insieme alla necessità di un bando volto a garantire in tutto il territorio regionale l'erogazione di 80 assegni di cura.

Le ragioni risalirebbero agli esiti delle valutazioni dei tavoli di monitoraggio di cui fanno parte le organizzazioni sindacali confederali e dei pensionati ed i coordinatori degli ambiti territoriali; in particolare in quello di aprile 2011 si evidenziava la situazione di alcuni territori (nello specifico Loreto) particolarmente ricchi di religiosi anziani non autosufficienti aventi spesso Isee pari a zero. In sostanza, la proposta del fondo vincolato troverebbe ragione nella necessità di tutelare gli altri cittadini non autosufficienti. In assenza del doppio canale i religiosi avrebbero potuto in alcuni territori essere ai primi posti della graduatoria impedendo ai "laici" di beneficiare dell'intervento. Va notato che tali problematiche, che determineranno l'emanazione della nuova delibera, emerse nell'aprile 2011 non vengono richiamate nella dgr del gennaio 2012, ma solo ora a giustificazione di istituzione e di raddoppio del fondo vincolato.

Dal documento istruttorio emerge anche che gli ambiti territoriali hanno effettuato un monitoraggio degli istituti religiosi della Regione e del numero dei religiosi non autosufficienti presenti.

Alcuni aspetti paiono significativi di riflessione:

- L'Isee di un appartenente ad un ordine religioso non può essere assimilato a quello di un normale cittadino. Negli istituti religiosi i beni vengono condivisi e non appartengono al singolo componente la comunità. Come è noto ciò non significa che la persona sia indigente o l'Istituto sia privo di sostentamento;
- l'effettuazione del monitoraggio, finalizzata alla erogazione del contributo, indica una chiara volontà di emersione del bisogno finalizzato alla predisposizione dell'intervento.

C'è da augurarsi che con la stessa tenacia agli Ambiti sia affidato il compito di monitorare altre condizioni di bisogno ai fini della realizzazione degli interventi. Ad esempio avviare per ogni Ambito un monitoraggio, finalizzato alla erogazione degli interventi, riguardante: le persone: a) con grave disabilità, b) gravemente malate; c) con forme di demenza, che vivono a casa e non usufruiscono di servizi perché non ne sono a conoscenza.

Allegato 1

28 dicembre 2011

- Gent.me Ministro Fornero e sottosegretario Guerra,

Con la presente veniamo a sottoporre la recente delibera della regione Marche nella quale vengono definiti i criteri di utilizzo del fondo nazionale 2010 per le non autosufficienze per l'annualità 2012.

La Regione ha scelto di destinare il fondo 2012 in continuità con le scelte degli anni precedenti per il potenziamento dell'assistenza domiciliare e per il sostegno alle famiglie con un congiunto non autosufficiente (assegni di cura).

In particolare intendiamo segnalare al Ministero la scelta di destinare una quota vincolata pari a 100.000 euro destinata in via esclusiva per assegni di cura rivolti ad *appartenenti agli ordini religiosi della Chiesa cattolica*. I criteri previsti per l'accesso sono identici agli altri cittadini, ma c'è una linea esclusiva per questi religiosi.

Chiediamo se sia possibile utilizzare il fondo nazionale attuando una "selettività" di questo tipo e facendo venire meno un fondamentale principio di uguaglianza.

In allegato la delibera della regione Marche (inviata al Consiglio delle autonomie locali per un parere che è stato positivo) e la nota di un Comitato di associazioni cui la presente organizzazione fa parte (evidenziata la parte sopra richiamata).

Restando in attesa di riscontro, si ringrazia per l'attenzione e si inviano cordiali saluti

Per Gruppo Solidarietà
Fabio Ragaini

20 aprile 2012

Egregio Dottor Ragaini,
di seguito Le illustriamo gli elementi informativi acquisiti dalla competente Direzione Generale del Ministero del lavoro presso gli Uffici della Regione Marche, inerenti le richieste da lei inoltrate a questa segreteria.

La scelta di destinare una quota FNA 2010 ad interventi specifici rivolti ai componenti degli ordini religiosi in condizione di non autosufficienza è stata dettata dalla necessità di riequilibrare una serie di anomalie che alcuni Ambiti Territoriali Sociali (ATS) registravano durante la fase di determinazione delle graduatorie per l'assegno di cura.

Durante il Tavolo di Monitoraggio FNA 2007-2008-2009 (di cui fanno parte i coordinatori di ATS e le Organizzazioni sindacali Confederali e dei pensionati) dell'Aprile 2011, venne evidenziata dal Coordinatore dell'ATS 13 di Osimo (comprendente anche il Comune di Loreto) la presenza di numerosi istituti religiosi sul proprio territorio (30 istituti - 280 religiosi residenti, di cui 192 ultrasessantacinquenni) che di fatto si traduceva in un'insufficienza delle risorse stanziare per soddisfare le esigenze dei cittadini (graduatoria 2010: dei 42 assegni di cura disponibili, 23 risultavano concedibili a suore). Per la graduatoria 2011 il Tavolo Zonale aveva proposto di escludere i religiosi dalle graduatorie per i benefici; data la particolarità del territorio, l'orientamento del Comitato dei Sindaci è stato quello di assegnare n. 1 assegno per ogni comunità religiosa, riservandosi ulteriori valutazioni orientate alla concessione degli assegni di cura secondo le finalità regionali di cui alla DGRM 985/2009.

Altri territori, pur presentando un numero inferiore di istituti religiosi, di fatto mostravano un'altissima percentuale di religiosi in condizione di non autosufficienza (es. la Comunità Montana Catria e Nerone presenterebbe la cifra indicativa di 31 anziani non autosufficienti su un totale di 37 religiosi di età > 65 anni, distribuiti su tre diversi 3 ordini religiosi).

Altro fattore critico, i religiosi all'interno degli Istituti quasi sempre presentano un reddito ISE/ISEE pari a zero, e pertanto l'incidenza sull'esito delle graduatorie non è trascurabile.

Dal monitoraggio effettuato sul FNA 2007-2008-2009 per l'annualità 2011, sono risultati erogati 58 assegni di cura riservati ai religiosi, attraverso le graduatorie di ATS. Un recente monitoraggio realizzato tra gli Ambiti Territoriali Sociali della Regione ha mostrato una realtà

indicativa di circa 185 Istituti religiosi, per un totale di 1235 religiosi di cui 351 di età superiore ai 65 anni e in possesso dei requisiti per l'assegno di cura.

In riferimento al FNA 2010 si è posto quindi il problema di regolamentare la questione dei religiosi all'interno dei bandi ATS per l'assegno di cura. La soluzione è stata quella di istituire una misura specifica che permettesse di separare le richieste degli ordini religiosi dai bandi riservati alla cittadinanza, avviando un percorso sperimentale che consentisse di valutare l'entità del fenomeno dei non autosufficienti all'interno degli istituti religiosi. Lo stanziamento di € 100.000,00 dovrebbe quindi consentire l'erogazione di circa 42 assegni di cura riservati ai religiosi non autosufficienti per l'anno 2012 (FNA 2010), con probabile inserimento di un massimale da ammettere a finanziamento di 2-3 religiosi per ciascun istituto religioso. Nel corso della riunione del Coordinamento dei Coordinatori di ATS del 20 febbraio scorso, i partecipanti si sono interrogati sulla modalità più opportuna per la distribuzione delle risorse sui territori, considerando che l'ipotesi di ripartire il fondo proporzionalmente al numero dei religiosi >65 anni residenti sui territori non risponderebbe necessariamente a criteri di equità (il monitoraggio recentemente effettuato tra gli ATS ha mostrato realtà che, seppur presentando un numero inferiore di religiosi >65 anni, di fatto lascerebbero presupporre una maggior presenza di religiosi >65 anni non autosufficienti rispetto ad altri Ambiti).

Si è proposta a tal fine l'ipotesi di un bando unico regionale con riparto da effettuarsi a consuntivo, ovvero le domande di assegno dei religiosi dovranno essere inviate e valutate dagli Ambiti competenti, dopodiché verrà redatta una graduatoria unica regionale seguendo il criterio dell'ISEE e dell'età maggiore nel caso di parità di ISEE.

Lo stanziamento della quota di € 100.000,00 per l'erogazione dell'assegno di cura ai religiosi non autosufficienti presenti in Istituti dovrebbe quindi consentire, secondo la Regione Marche, la separazione tra i bandi riservati ai religiosi e quelli riservati alla cittadinanza, stabilendo a priori dei massimali sulle due linee di finanziamento e affievolendo possibili effetti di variabili di difficile controllo sulle graduatorie (alta presenza di istituti/religiosi non autosufficienti con reddito Ise/Isee pari a 0).

Cordiali saluti

La segreteria

Segreteria Sottosegretario di Stato

Prof.ssa Maria Cecilia Guerra

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Via Fornovo, 8 00192 Roma

Tel. 06/4683.5130 - Fax 06/4683.4791 - 4790

9 marzo 2012

Interventi e servizi per anziani non autosufficienti nelle Marche

Analisi, riflessioni e proposte

Di seguito si propongono schematiche riflessioni e proposte in merito ad alcuni interventi attualmente in atto riguardanti gli anziani non autosufficienti nella nostra Regione.

L'obiettivo è quello di analizzare alcune questioni sul tappeto, avanzando conseguenti proposte.

Sostegno alla domiciliarità e interventi del fondo nazionale non autosufficienti

Con il 2013 cesserà sostanzialmente la quota del fondo nazionale (rimangono circa 1,9 milioni del fondo 2010). La Regione si è impegnata a compensare con propri finanziamenti il mancato trasferimento nazionale. La somma annua attualmente utilizzata è di circa 9 milioni di euro. I fondi sono destinati al potenziamento del Sad e all'assegno di cura. A parte la cifra vincolata di 1 milione di euro prevista a partire dal 2012 per gli assegni di cura, l'entità della

a quota destinata ai due interventi non viene definita dalla Regione ma dagli Ambiti (ogni intervento non può essere inferiore al 30% della cifra messa a disposizione).

Aspetti problematici dell'intervento. La sperimentazione di questi anni evidenzia: - la difficoltà a verificare l'effettivo utilizzo aggiuntivo a fine Sad da parte dei Comuni; una piccolissima quota degli aventi diritto riesce ad usufruire dell'assegno di cura (primo anno circa 20%; come si sa il dato del secondo anno - 40% - dipende dalla riduzione delle domande motivate dalla certezza di non avere il beneficio). L'assegno viene inoltre assegnato, nei fatti, ad anziani - fruitori dell'indennità di accompagnamento - o nuclei familiari poveri (vedi stima redditi Isee coperti dal contributo).

Proposte

a) Destinare una quota fissa regionale per l'assegno di cura (così come avviene per la cosiddetta assistenza indiretta per il disabile in condizione di particolare gravità). Ridefinire il criterio di fruizione nel quale l'aspetto legato alla gravità (non più ancorato alla sola indennità di accompagnamento) non è più secondario rispetto al reddito. Anzi, meglio ancora, rivedere una doppia quota dell'assegno (sanitaria e sociale) con le regole dei due settori (universalismo e selettività) con diversa erogazione sulla base della gravità (vedi scelta di utilizzo del fondo nazionale da parte del Piemonte). In ogni caso pare indispensabile che la Regione definisca priorità e obiettivi dell'intervento (ad esempio: sostegno alla famiglie con assistente familiare, sostegno prioritario alle situazioni di maggiore gravità, importi che possano essere effettiva alternativa alla residenzialità, ecc ...)

b) L'introduzione di un fondo stabile e vincolato (è questo l'impegno assunto dalla Regione) per il Sad, deve portare alla definizione di questa tipologia di intervento. Occorre creare quindi le condizioni per determinare un effettivo meccanismo: recupero della somma non spesa; effettivo potenziamento dell'intervento. Diventa centrale dunque la definizione della obbligatorietà dell'intervento da parte dei Comuni. Se il fondo vincolato riguarda servizi discrezionali pare difficile, infatti, non trovarsi nelle seguenti condizioni: a) I Comuni che già lo erogano diminuiscono il loro impegno nel momento in cui arriva il contributo regionale (cosa accaduta in questi anni con le risorse aggiuntive del fondo nazionale); b) i Comuni, e sono tanti, che non lo erogano e quindi non spendono, temono di dover aggiungere alla quota regionale propri fondi e dunque preferiscono continuare a fare come hanno sempre fatto. D'altra parte la motivazione addotta da molti Comuni riguardo la mancata attivazione del servizio, vale a dire la cessazione del finanziamento regionale, è parsa del tutto strumentale ad evitare ogni possibile rischio di assunzione successiva di oneri, ovvero il SAD dove a essere e restare a costo zero per l'amministrazione comunale. Pare inoltre indispensabile andare a definire il livello organizzativo di tale tipologia di intervento attraverso - al pari delle norme di autorizzazione delle strutture diurne e residenziali - la determinazione degli aspetti erogativi del servizio (figura professionale, prestazioni, ecc...). E' importante ricordare inoltre che nessun servizio domiciliare (disabili, minori, anziani) è attualmente normato. Non si può - a maggior ragione in un intervento finanziato dalla Regione - lasciare alla discrezionalità comunale ogni aspetto del servizio. E' necessario infine evidenziare il problema della compartecipazione: sempre più anche ad utenti con redditi medio bassi viene chiesta una compartecipazione di entità rilevante e comunque molto vicina all'acquisto di un prestazione sul mercato irregolare. Ciò determina il mancato ingresso o l'uscita dal sistema dei servizi.

Problematiche residenzialità socio sanitaria

L'intero sistema è costruito senza nessuna attenzione alla appropriatezza dei percorsi. Ciò è sancito dalla mancata definizione dei criteri con i quali vengono definiti i percorsi assistenziali. Se si vuole mettere a sistema il percorso pare indispensabile definire:

a) Criteri di accesso alle strutture attraverso l'utilizzo degli strumenti di valutazione.

Il Ministero impone (Decreto ministeriale 17.12.2008), a tal fine, l'utilizzo di alcuni strumenti (Rug, Aged, Svama, Sosia). Le Marche continuano (non si sa con quale obiettivo) ad utilizzare il Rug per valutare la condizione dei malati ricoverati all'interno delle strutture, ma non per la definizione dei percorsi. Occorre invece che le UVI definiscano tali percorsi in maniera uniforme in tutto il territorio regionale attraverso apposito strumento individuato dalla Regione. A quel punto non dovrà essere più la discrezionalità il criterio che guida l'accesso alle strutture (se nella struttura adeguata non c'è posto si attiva la lista di attesa;

evitando di continuare a vedere ciò che accade nella gran parte dei territori regionali: se nella struttura adeguata non c'è posto non lo si fa sapere all'utente e lo si invia alla prima struttura inadeguata disponibile).

b) Definizione dello standard assistenziale delle Rsa, così da stabilire l'offerta assistenziale di questa struttura. La regolamentazione deve definire (vedi punto precedente), criteri di accesso, di permanenza di dimissione. Al pari delle residenze protette deve essere definito (e dunque ridefinita anche per le RP) cosa compone la quota alberghiera e quali prestazioni gli erogatori sono tenuti ad assicurare. E' del tutto evidente che se la Rsa assicura una prestazione di tipo estensivo e non di mantenimento (dpcm 29.11.2001 e documento prestazioni semiresidenziali e residenziali Commissione Lea) a quelle indicazioni normative riguardanti tariffa e compartecipazione ai costi occorre riferirsi. Più sotto vedi la parte riferita alle demenze.

c) Standard, prestazioni, tariffe delle RP. Come sopra indicato, riguardo le RP c'è un problema di rispetto e di contenuto della convenzione, ma anche di appropriatezza nell'accesso. Se, come avviene per la gran parte oggi, l'imbuto dei percorsi porta quasi tutta la residenzialità permanente all'interno delle RP, è evidente che quel contenitore (20 minuti di assistenza infermieristica al giorno e 80 di Oss) è inadeguato per la maggioranza dei malati ricoverati (a dimostrazione il fatto che molte RP hanno standard infermieristici molto più alti di quelli previsti). A ciò si aggiunge il problema irrisolto (ma tacitamente accettato a danno degli inconsapevoli utenti) della tariffa e delle quote a carico degli utenti. Evidentemente tutti (a partire dalla Regione) ritengono che 66 euro per 100 minuti di assistenza (80+20) sia una tariffa inadeguata; altrimenti non si spiegherebbe perché si accetta che vengano praticate rette stabilmente sopra il 25% di quelle previste, ma spesso superiori al 50% (vedi tariffe che si aggirano e in qualche caso oltrepassano i 50 euro). Una situazione dalla quale l'attuale struttura della convenzione (vedi prestazioni aggiuntive, allegato A1 e A2, dgr 1729-2010) pone le condizioni per non uscirne. E' evidente che ciò si potrebbe fare se esistesse una effettiva volontà regionale di superare le ambiguità presenti. L'aspetto molto grave della convenzione è che le prestazioni aggiuntive non sono quelle di natura alberghiera, ma anche quelle sanitarie; prestazioni che, come è universalmente noto, sono a carico del servizio sanitario e non del cittadino. Se si vuole dunque uscire davvero dalla attuale ambiguità occorre ridefinire in modo non interpretabile le prestazioni ricomprese nella retta. In questo modo, tutto ciò che supera tale previsione diventerà quota aggiuntiva scelta dall'utente.

Diurno e residenziale per demenze (compreso Alzheimer). Il sostegno alla domiciliarità passa – in particolare per le persone con demenza - attraverso una definita offerta di servizi diurni. Aspetto oggi completamente indefinito nella nostra regione (vedi scheda nella nota). Mancata definizione che riguarda anche la residenzialità. I *nuclei Alzheimer*, previsti dalla nostra normativa all'interno dei posti di Rsa anziani, non sono mai stati regolamentati in alcun aspetto (standard assistenziali, fabbisogno, ecc...); alcune strutture rispondono alle esigenze di questi malati attraverso servizi regolamentati localmente (convenzione con Asur). A ciò si aggiunge la confusione, spesso voluta, con i posti di residenza protetta per "demenze senza rilevanti disturbi comportamentali" (120 minuti di assistenza: 20 infermiere, 100 Oss) che non sono nuclei ma posti (93 in tutta la Regione) disseminati in diverse strutture: 36 (20 + 16) al Santa Colomba a Pesaro; 12 a Jesi, 43 a Osimo, 2 a Matelica (determina Asur 143-2011). In questo caso non si può parlare di ritardo ma di un'inaccettabile indifferenza. E' tempo dunque che con urgenza si metta fine a questo inammissibile comportamento omissivo determinando: numero posti di nuclei Alzheimer, con relativo standard; ridefinizione RP demenze, requisiti strutturali ed organizzativi Centri diurni, legge 20-2000.

L'auspicio e la speranza è che si possa da un lato riprendere la riflessione su questioni che, a mio parere, chiedono maggiore analisi e di riflessione, dall'altro che finalmente si faccia ciò di cui molti cittadini hanno bisogno e diritto .

10 dicembre 2012

Anziani non autosufficienti nelle Marche

Il sostegno alla domiciliarità attraverso contributo economico. Analisi e proposte

Sembra certo, attraverso la legge di stabilità, che verranno rifinanziati sia il fondo nazionale sulle politiche sociali che il fondo per le non autosufficienze (FNNA)¹¹. Ancora non è stata definita l'entità dei fondi e destinazione e indicazioni sulle modalità di utilizzo per quanto riguarda il FNNA. Come è noto, il FNNA è stato finanziato fino al 2010; nel 2011, una quota pari a 100 milioni di euro è stata destinata (seppur alla voce FNNA) per interventi riguardanti i soli malati di sclerosi laterale amiotrofica (SLA). Nei prossimi giorni conosceremo quali saranno le scelte del governo in proposito.

Molte organizzazioni¹² hanno sollevato le problematiche riguardanti il rifinanziamento del FNNA; in particolare, ha avuto ampio risalto mediatico la protesta del *Comitato 16 novembre*, www.comitato16novembre.org, composto da malati di Sla e altre malattie altamente invalidanti, culminata con lo sciopero della fame, poi revocato a seguito delle rassicurazioni del governo circa il rifinanziamento del fondo. Carlo Giacobini (vedi nota 1), ha ricostruito con estrema precisione sia la situazione del rifinanziamento del fondo che le proposte avanzate dal Comitato 16 novembre in merito ai criteri di utilizzo. Proprio prendendo spunto da tali proposte vogliamo riprendere la discussione sugli interventi previsti e realizzati dalla regione Marche con il finanziamento nazionale del FNNA.

L'utilizzo del FNNA nelle Marche

Abbiamo a più riprese espresso il nostro dissenso sulle modalità ed i criteri di utilizzo del fondo nazionale da parte della regione Marche¹³; in particolare, dei criteri per l'accesso gli assegni di cura. In sintesi: per accedere all'assegno (pari a 200 euro al mese) si devono presentare due condizioni: a) essere percettori di indennità di accompagnamento; b) avere una dichiarazione Isee inferiore ad una certa soglia. La *gravità* è determinata dal requisito del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento; su base reddituale viene poi stilata - a livello di ambito territoriale sociale - la graduatoria dei beneficiari (nella prima annualità hanno fruito dell'assegno il 20% dei richiedenti; i beneficiari sono saliti al 40% nella seconda annualità, per il solo motivo che l'anno successivo molte persone escluse l'anno precedente non hanno ripresentato la domanda). La regione Marche ha dunque scelto - in accordo con le organizzazioni sindacali con le quali ha stipulato un accordo - di destinare una parte della quota del FNNA per assegni di cura rivolti ad anziani non autosufficienti aventi redditi individuali o familiari al di sotto di una certa soglia. Di fatto, a seguito delle graduatorie, ad anziani non autosufficienti e nuclei familiari poveri; determinante più che il bisogno di assistenza e cura è la situazione reddituale. Per capirci: nelle Marche un ultrasessantacinquenne (che non sia malato di Sla) che necessita di assistenza continua su 24 ore (si rimanda alle sei "categorie" presenti nel documento del Comitato 16 novembre) se ha un Isee familiare sopra i 25.000 euro non rientra tra i beneficiari; se è di 24.000, facilmente figura tra gli ultimi in graduatoria.

¹¹ Da segnalare, sul tema, i puntuali articoli di Carlo Giacobini pubblicati nel sito www.superando.it. Vedi in particolare, [Interventismo compassionevole e "gioco delle tre carte"](#), e [Non Autosufficienza: ora è più difficile temporeggiare](#).

¹² Vedi in particolare l'iniziativa del 31 ottobre della rete "Cresce il welfare, cresce l'Italia", www.cresceilwelfare.it.

¹³ Le Marche, [Marche. Interventi e servizi per anziani non autosufficienti. Analisi e proposte](#), hanno utilizzato il fondo nazionale per interventi riguardanti i soli anziani non autosufficienti finanziando il potenziamento dell'assistenza domiciliare comunale e istituendo assegni di cura. Gli interventi realizzati nel triennio 2010-2012 sono stati interamente finanziati dal fondo nazionale. Per il 2013, oltre al residuo dei fondi nazionali pari a circa 1,9 milioni di euro, la Regione si impegna a mantenere l'intervento utilizzando, fondi propri. L'impegno 2012 è stato di 9,1 milioni. Se mantenuto inalterato la quota regionale dovrà essere di 7,2 milioni. Vedi anche, [Sui criteri per l'utilizzo fondo per le non autosufficienze anno 2012](#).

Quaderni Marche - Dossier sulle politiche regionali, 3-2014

Aggiornato al 7 luglio 2024

E' sostenibile un criterio in base al quale, nei fatti, la *condizione di gravità* non conta nulla? Riteniamo di no e per questo abbiamo ripetutamente sostenuto che è la *condizione della persona* (il bisogno di assistenza e cura) che deve essere determinante nel criterio di accesso¹⁴.

Occorre peraltro far notare che la regione Marche in altri interventi di sostegno economico, rivolti a persone e nuclei familiari di persone con disabilità, ha introdotto il criterio della condizione della persona (necessità e bisogno) ai fini dell'accesso al contributo o nella modulazione dello stesso.

- Per quanto riguarda l'utilizzo della quota Fondo nazionale riservato ai soli malati di SLA, la Regione ha previsto (integrando precedenti atti) una duplice tipologia di contributo, differenziato in base alla presenza o assenza di tracheotomia: [Marche. Interventi per malati di Sla \(fondo nazionale 2011\)](#), [Marche. Malati di SLA. Criteri contributo alle famiglie](#).

- Rispetto al contributo denominato "Assistenza indiretta al disabile in condizione di particolare gravità", il contributo regionale viene assegnato a persone disabili che rispondono a specifici requisiti, indicando poi ulteriori criteri sulla base dei quali definire l'entità il contributo: [Marche. Disabilità. Criteri attuativi 2012 assistenza indiretta](#).

In entrambi i casi tutti i beneficiari accedono all'assegno; con quota fissa i malati di SLA, con quota variabile gli altri.

Per quanto riguarda analogie e differenze di questi interventi rimandiamo ad uno specifico approfondimento in nota a questa scheda.

Pare dunque poco sostenibile, anche sulla base delle scelte regionali per gli interventi sopra descritti, continuare per i soli ultrasessantacinquenni a prevedere come requisiti d'accesso il criterio reddituale e la percezione di indennità di accompagnamento, con una quota fissa (200 euro mese), che prescinde da ogni differente condizione. E' evidente che il mancato rispetto del requisito reddituale impedisce di entrare in graduatoria a persone che richiedono assistenza continuativa sulle 24 ore e che poi il criterio reddituale è determinante per accedere al contributo (presenza di graduatoria). C'è da augurarsi anche sulla base di quanto emerso dal dibattito nazionale di questi giorni che la Regione (ed i sindacati che hanno sostenuto e sostengono questi criteri) non si arrochi nella difesa di un provvedimento che non riesce neanche a fare parti uguali tra diseguali.

¹⁴ Da ultimo in un contributo del marzo 2012, proponevamo alla Regione di "destinare una quota fissa regionale per l'assegno di cura" (così come avviene per la cosiddetta assistenza indiretta per il disabile in condizione di particolare gravità). Ridefinire il criterio di fruizione nel quale l'aspetto legato alla gravità (non più ancorato alla sola indennità di accompagnamento) non è più secondario rispetto al reddito. Anzi, meglio ancora, rivedere una doppia quota dell'assegno (sanitaria e sociale) con le regole dei due settori (universalismo e selettività) con diversa erogazione sulla base della gravità (vedi scelta di utilizzo del fondo nazionale da parte del Piemonte). In ogni caso pare indispensabile che la Regione definisca priorità e obiettivi dell'intervento (ad esempio: sostegno alla famiglie con assistente familiare, sostegno prioritario alle situazioni di maggiore gravità, importi che possano essere effettiva alternativa alla residenzialità, ecc ...)

Quaderni Marche - Dossier sulle politiche regionali, 3-2014

Aggiornato al 7 luglio 2024

Ancona, 20 dicembre 2011

CAT - COMITATO ASSOCIAZIONI TUTELA, Segreteria: c/o UILDM, Via Bufalini 3, 60023 Collemarino (An).. Tel. e fax 0731-703327
e mail: segreteriaicatmarche@gmail.com

- Presidente giunta regionale
- Assessore servizi sociali

Oggetto: Criteri utilizzo fondo per le non autosufficienze anno 2012 (dgr1625-2011).

In riferimento alla delibera in oggetto, cui il Cal ha dato parere favorevole, osserviamo quanto segue:

In fase di predisposizione di quella che sarebbe poi diventata la dgr 985-2009, questo Comitato aveva evidenziato (in quel periodo - evidentemente - ritenevate di una qualche utilità il confronto con il Comitato) alcuni aspetti problematici (nota del 24 marzo 2009); con nota del 24 aprile 2009 la Regione si impegnava a definire con il CAT un percorso di monitoraggio della sperimentazione. In data 7 ottobre 2010, a sperimentazione avviata, avevamo rilevato alcuni aspetti problematici sui quali si riteneva importante intervenire nella fase di definizione dei nuovi criteri.

Le questioni erano le seguenti: - da un lato l'effettivo utilizzo da parte dei Comuni del finanziamento riguardante il SAD: tutti i comuni beneficiari del finanziamento l'hanno attivato? Tutti hanno "potenziato", attraverso il fondo, i propri servizi?; dall'altro le criticità riferite all'assegno di cura (riportiamo in proposito quanto già sostenuto sulla bozza del testo (poi dgr 985-2009), sul quale avevamo formulato le osservazioni: "*modificare l'attuale criterio di accesso: fruizione indennità + criterio Isee. Come avevamo già fatto notare in fase di predisposizione della delibera la gravità non è il principale criterio, ma fondamentale diventa quello reddituale. Ciò appare iniquo. Con l'attuale regolamentazione un utente molto grave che necessita di assistenza continua sulle 24 ore e che per tale motivo magari si avvale anche di una assistente familiare può non fruire del contributo a dispetto di un altro - sempre percettore di indennità - ma non in condizioni di gravità come il precedente*"; sempre nella stessa nota chiedevamo di "*attivare contemporaneamente un gruppo tecnico che anche sulla scorta di diverse esperienze regionali elabori una più accurata proposta. In questo senso non possiamo che ribadire quanto proposto nella nostra nota del 24 marzo 2009 nella quale chiedevamo di stralciare questa parte "al fine di definire una più compiuta proposta regionale attraverso una puntuale definizione dei percorsi e dei beneficiari; con l'obiettivo di mettere in relazione gravità, tipologia dell'assistenza, reddito del beneficiario insieme alla definizione regionale dell'entità del finanziamento e del ruolo della sanità. Si tratterebbe in questo caso di istituire un gruppo tecnico con chiarezza di mandato*".

Purtroppo, a distanza di oltre due anni dalla dgr 985 e dopo un biennio di sperimentazione, avete ritenuto di non apportare modifiche in proposito, se non aumentando la quota a disposizione degli assegni di cura (cui chiedevamo di destinare il 50% del fondo).

Riteniamo inoltre non condivisibile la modifica nella quale si stabilisce l'alternatività tra Assegno e SAD: l'alternatività infatti ha senso solo nel momento in cui si definiscono i "pesi" degli interventi (come accade in altre regolamentazioni regionali). L'assegno di cura vale 6,6 euro giorno; il Sad può essere erogato anche per 2-3 ore settimanali. Secondo voi è sensato - date queste possibili premesse - stabilire l'alternatività degli interventi?

Ci sono poi due ulteriori questioni.

La **prima** riguarda l'entità del fondo utilizzato: 9.100.000 euro, contro il trasferimento nazionale di quasi 11 milioni di euro. Dunque rimane scoperto un fondo di quasi 1,9 milioni. Come si intende utilizzarlo? Vogliamo ricordare che il fondo nazionale riguarda le "non autosufficienze" e comprende dunque le persone con disabilità". In questo senso riteniamo

Quaderni Marche - Dossier sulle politiche regionali, 3-2014

Aggiornato al 7 luglio 2024

debba essere potenziato (con vincolo di destinazione) il sostegno alla domiciliarità (assistenza domiciliare: domestica ed educativa, vita indipendente).

La **seconda** riguarda la destinazione vincolata di 100.000 euro per assegni di cura rivolti a "componenti di ordini religiosi della chiesa cattolica". Sarebbe peraltro opportuno chiedere al governo nazionale se una Regione può vincolare una quota del fondo nazionale per un intervento di questa *selettività*. E' evidente che si tratta di un'indicazione che lede il principio costituzionale di uguaglianza. Per i *non religiosi* c'è una fila (e come specifica la delibera è molto lunga, tanto da motivarne una quota aggiuntiva); per i *religiosi* ci sono più di 40 posti già assicurati (i preti, abbiamo ora scoperto, fanno la fila da un'altra parte). Per i "laici", nella prima annualità, solo il 20% poteva accedervi (forse di più nella seconda quando sono calate le domande, vista la ridottissima possibilità di accesso sperimentata nell'anno precedente); vedremo quale sarà la percentuale dei religiosi. L'uguaglianza con i preti diocesani se può essere un passo avanti nella pari dignità tra *diocesani* e *religiosi*, non è certo una motivazione sufficiente riguardo il principio di equità tra cittadini (e fino a prova contraria lo sono come gli altri). Dobbiamo dire che in occasione dell'emanazione della delibera 1254-2009, a causa di una lettura non sufficientemente attenta, non ci eravamo resi conto che i 600.000 euro comprendevano anche una linea specifica per l'assegno di cura.

A testo approvato non si possono chiedere modifiche, possiamo solo tentare di far conoscere la nostra posizione ad un numero più ampio possibile di persone.

Ancona, 7 ottobre 2010

CAT - COMITATO ASSOCIAZIONI TUTELA, Segreteria: c/o UILDM, Via Bufalini 3, 60023 Collemarino (An). Tel. e fax 0731-703327
e mail: segreteriacatmarche@gmail.com

- Assessore servizi sociali Regione Marche
- E p.c. - Cgil - Cisl - Uil regionali
- Coordinatori Ambito territoriali

Oggetto: Dgr 985/2009. Criteri utilizzo fondo per le non autosufficienze.

Con la presente, in riferimento alla dgr in oggetto, si intendono sottoporre i seguenti punti sia a riguardo dell'applicazione che per auspicabili modifiche dell'atto.

a) Riguardo l'applicazione come era prevedibile la maggior parte degli Ambiti ha scelto di destinare il 70% del fondo al potenziamento del Sad. Sullo specifico è necessario che venga fornito il dato dell'effettivo potenziamento o in altri casi dell'attivazione del Servizio. Come è noto in molti Comuni delle Marche questo Servizio non è presente e ad oggi non ci risulta che in molti di questi sia stato attivato. Così come va verificato il potenziamento nei Comuni nei quali il servizio era già attivo. Si chiede pertanto che venga fornito il dato per ogni Ambito e per ogni Comune al suo interno.

b) Riguardo alla delibera riteniamo che alla luce della sperimentazione di questo anno alcune parti debbano essere modificate insieme alla necessità che al fondo nazionale - confermato per l'anno in corso - si aggiungano anche gli indispensabili fondi regionali. In particolare:

- aumento della parte del fondo destinato agli assegni di cura prevedendone - come già proposto prima dell'approvazione della delibera - una ripartizione fissa al 50%;

- modificare l'attuale criterio di accesso: fruizione indennità + criterio Isee. Come avevamo già fatto notare in fase di predisposizione della delibera la gravità non è il principale criterio, ma fondamentale diventa quello reddituale. Ciò appare iniquo. Con l'attuale regolamentazione un utente molto grave che necessita di assistenza continua sulle 24 ore e che per tale motivo magari si avvale anche di una assistente familiare può non fruire del contributo a dispetto di un altro - sempre percettore di indennità - ma non in condizioni di gravità come il precedente. A tal proposito si segnala la modalità di applicazione del Fondo

Quaderni Marche - Dossier sulle politiche regionali, 3-2014

Aggiornato al 7 luglio 2024

della Regione Piemonte [regione Piemonte](#), destinato al sostegno della domiciliarità attraverso assegni di cura; si prevede che il contributo sia erogato secondo 3 fasce di intensità - determinate attraverso l'applicazione di appositi criteri - a cui si aggiungono altri criteri. Il reddito, del solo richiedente, determina una variazione dell'importo solo per il 50% della quota dell'assegno (il restante 50% considerato come quota sanitaria prescinde dal reddito).

- attivare contemporaneamente un gruppo tecnico che anche sulla scorta di diverse esperienze regionali elabori una più accurata proposta. In questo senso non possiamo che ribadire quanto proposto nella nostra nota del 24 marzo 2009 nella quale chiedevamo di stralciare questa parte "al fine di definire una più compiuta proposta regionale attraverso una puntuale definizione dei percorsi e dei beneficiari; con l'obiettivo di mettere in relazione gravità, tipologia dell'assistenza, reddito del beneficiario insieme alla definizione regionale dell'entità del finanziamento e del ruolo della sanità. Si tratterebbe in questo caso di istituire un gruppo tecnico con chiarezza di mandato (...).

Sperando che a riguardo ci sia possibilità di confronto con tutti gli attori del sistema si coglie l'occasione per inviare cordiali saluti

Ancona, 24 marzo 2009

CAT - COMITATO ASSOCIAZIONI TUTELA, Segreteria: c/o UILDM, Via Bufalini 3, 60023 Collemarino (An). Tel. e fax 0731-703327
e mail: segreteriaicatmarche@gmail.com

- Assessore servizi sociali Regione Marche

Oggetto: Criteri utilizzo fondo per le non autosufficienze. Osservazioni.

La decisione di sostenere la domiciliarità delle persone anziane non autosufficienti attraverso l'introduzione a livello regionale degli *assegni di cura* e il sostegno al Servizio di assistenza domiciliare (SAD) incontra nella fase definitoria diversi problemi.

Un primo aspetto riguarda il finanziamento. E' assai probabile che il vincolo del 30% per ogni servizio si tradurrà nell'utilizzo, da parte dei Comuni, del fondo al 70% per il SAD e si ridurrà al 30% il finanziamento per gli assegni di cura. I Comuni, infatti, a seguito dei sostanziosi tagli del fondo sociale, cercano liquidità per sostenere i propri interventi. Meno disponibili, si mostrano a lasciare che il finanziamento, ancorché utile, sostenga direttamente, tramite l'assegno di cura, le attività prestate da familiari o da assistenti familiari.

Occorre far notare, in merito agli **assegni di cura**, che la proposta in oggetto dispone, ai fini della fruizione, un doppio requisito (la fruizione dell'indennità di accompagnamento e il criterio reddituale). Diventa pertanto ininfluente la gravità della condizione (la fruizione della indennità non è un indicatore) e/o la presenza di un'assistente familiare regolarmente assunto. In sostanza dunque il criterio fondamentale diventa quello reddituale con un identico contributo in tutti i casi. Criterio questo generalmente assunto anche dai Comuni per l'erogazione del SAD. Non è la gravità della condizione che ne determina l'accesso ma, nella sostanza, la situazione reddituale.

In questo quadro (indennità e reddito) le funzioni assegnate all'Unità Valutativa Integrata (UVI) riguardo all'accesso, appaiono sostanzialmente inutili; diversamente dalla parte in cui il contributo economico viene inserito all'interno del PAI come riconoscimento della prestazione effettuata da familiari o altre persone e dunque da verificare (non è il caso in questa sede, anche se sarebbe necessario, approfondire il tema del funzionamento delle UVI). E' comunque opportuno ricordare che il contributo mensile di 200 euro è pari a poco più di 6,5 euro al giorno (in genere il costo di un'ora di assistenza).

Quaderni Marche - Dossier sulle politiche regionali, 3-2014

Aggiornato al 7 luglio 2024

Andrebbe in questo contesto ricordato che gli utenti in oggetto sono persone non autosufficienti che richiedono interventi di tipo sociosanitario e sarebbe pertanto opportuno che le prestazioni, in questo caso di natura economica, fossero fornite congiuntamente dal sistema sociale e da quello sanitario e dunque il riconoscimento economico delle prestazioni erogate dovrebbe essere a carico dei due sistemi (vedi finanziamento dell'assistenza tutelare nella lungosoccorso domiciliare nell'allegato 1c del Dpcm 29.11.2001 sui LEA).

Per le ragioni sopra elencate si propone quanto segue:

- destinare una pari quota (50%) al finanziamento del SAD e a quello degli assegni di cura;
- stralciare dal provvedimento la parte riguardante gli assegni di cura al fine di definire una più compiuta proposta regionale attraverso una puntuale definizione dei percorsi e dei beneficiari; con l'obiettivo di mettere in relazione gravità, tipologia dell'assistenza, reddito del beneficiario insieme alla definizione regionale dell'entità del finanziamento e del ruolo della sanità. Si tratterebbe in questo caso di istituire un gruppo tecnico con chiarezza di mandato. Riteniamo infatti che mantenere inalterata la struttura di questa proposta sia un errore. Si introdurrebbe infatti un sistema di non facile correzione una volta avviato un percorso che riteniamo, lo ripetiamo, fortemente carente.

Se invece si ritenga di mantenere, come non ci auguriamo, inalterata la struttura del provvedimento:

- A riguardo delle condizioni reddituali di accesso si ritiene, proprio nella logica del sostegno alla domiciliarità, che il riferimento debba essere quello del solo richiedente anche al fine di scongiurare la situazione che venga penalizzato chi si assume l'onere dell'assistenza (vedi anche art. 37, comma 3. lett. c, l.r. 25/2008).
- Da modificare inoltre la parte relativa alla sospensione dell'assegno "L'assegno di cura viene sospeso: 1. in caso di inserimento in Residenza protetta o Casa di Riposo; 2. in caso di inserimento in RSA a partire dal 61° giorno di ricovero". Chiediamo che venga così sostituito "L'assegno di cura viene sospeso in caso di inserimento permanente in residenza sociosanitaria". Infatti la maggior parte delle Rsa ospita degenze a tempo con ricoveri del tutto assimilabili alle lungodegenze ospedaliere. Pare pertanto impropria la sospensione dell'assegno al 61° giorno. Così come improprio il riferimento alla casa di Riposo che non dovrebbe più accogliere nuovi utenti in condizioni di non autosufficienza.

Per approfondire

Marche. Utilizzo e criteri fondo nazionale. Le delibere

- [Marche. Criteri utilizzo fondo nazionale non autosufficienze 2018](#)
- [Marche. Criteri di riparto e utilizzo Fondo regionale non autosufficienze 2018](#)
- [Marche. Anziani. Criteri utilizzo fondo nazionale non autosufficienze 2017](#)
- [Marche. Criteri utilizzo fondo nazionale non autosufficienze 2016](#)
- [Marche. Criteri utilizzo fondo nazionale non autosufficienze 2015](#)
- [Marche. Area anziani. Criteri utilizzo fondo non autosufficienze 2014](#)
- [Marche. Criteri utilizzo fondo non autosufficienze 2014](#)
- [Marche. Criteri utilizzo fondo non autosufficienze 2003](#)
- [Marche. Aree intervento fondo non autosufficienze 2013](#)
- [Marche. Modifica criteri utilizzo fondo nazionale non autosufficienze](#)
- [Marche. Criteri utilizzo fondo non autosufficienze](#)
- [Marche. Assegni di cura religiosi non autosufficienti. Il decreto di riparto](#)
- [Marche. Piano attuativo 2010 utilizzo fondo non autosufficienza](#)
- [Regione Marche. Criteri utilizzo fondo nazionale non autosufficienza](#)
- [Fondo 2011 per malati SLA, Marche. Interventi per malati di Sla \(fondo nazionale 2011\)](#)

Criteri utilizzo del Fondo. Analisi e proposte

- [Sostegno domiciliarità, Fondo non autosufficienze e disabilità gravissima](#)
- [Il sostegno alla domiciliarità nella regione Marche](#)

Quaderni Marche - Dossier sulle politiche regionali, 3-2014

Aggiornato al 7 luglio 2024

- [Le Marche e il Fondo nazionale non autosufficienze 2017](#)
- [FNPS e fondo non autosufficienze. Criteri utilizzo della regione Marche](#)
- [Criteri Fondo nazionale non autosufficienze 2016. Cosa cambia per le Marche](#)
- [Marche. Sono legittimi i criteri di utilizzo del fondo nazionale non autosufficienze 2015?](#)
- [Marche. Utilizzo Fondo non autosufficienze 2015. Il Ministero tace](#)
- [Marche. Rispettare i criteri di utilizzo del Fondo nazionale non autosufficienze](#)
- [Marche. Sui criteri di utilizzo fondo non autosufficienze 2014](#)
- [Marche. Criteri di utilizzo del fondo nazionale non autosufficienze 2013](#)
- [Sui criteri per l'utilizzo fondo per le non autosufficienze anno 2012](#)
- [Marche. Anziani non autosufficienti e assegni di cura. Analisi e proposte](#)
- [Marche. Assegni di cura non autosufficienti. Raddoppiata la quota per i religiosi](#)
- [Sull'utilizzo del fondo per le non autosufficienze](#)
- [Marche. Interventi e servizi per anziani non autosufficienti. Analisi e proposte](#)
- [Servizi sociali nelle Marche. Sulla "strategia" regionale 2012](#)

Il sostegno alla domiciliarità attraverso contributo economico. Commento

- [Il sostegno alla domiciliarità nella regione Marche](#)
- [Persone con disabilità. Recenti provvedimenti della regione Marche](#)
- [Persone con disabilità nelle Marche. Tra bisogni e risposte. Dati a confronto](#)
- [Per patologia o per bisogno? A proposito di recenti provvedimenti della regione Marche](#)
- [Disabilità. Recenti provvedimenti della regione Marche](#)
- [Marche. Non convince la proposta di revisione della vita indipendente](#)
- [Disabilità. Petizione a sostegno della domiciliarità. Finanziamento aggiuntivo della Regione](#)
- [I servizi territoriali per la disabilità nella programmazione della regione Marche](#)

Intervento regionale per assistenza indiretta disabile particolare gravità e SLA

- [Malati di SLA. Modalità e tempi attuazione intervento 2019](#)
- [Interventi a favore dei malati di SLA. Criteri 2019](#)
- [Interventi malati di SLA 2018. Integrazione fondi](#)
- [Marche. Interventi a favore dei malati di SLA. Criteri 2018](#)
- [Marche. Interventi malati di SLA. Applicazione criteri 2017](#)
- [Marche. Interventi a favore dei malati di SLA. Criteri 2017](#)
- [Marche. Disabilità. Fondo per soggetti già beneficiari assistenza indiretta particolare gravità](#)
- [Marche. Interventi a favore dei malati di SLA. Anno 2016](#)
- [Marche. Disabilità. Assistenza indiretta particolare gravità. Criteri 2015](#)
- [Marche. Interventi per malati di SLA. Anno 2015](#)
- [Marche. Interventi a favore dei malati di SLA \(2014\)](#)
- [Marche. Interventi a favore dei malati di SLA 2013](#)
- [Marche. Malati di SLA. Criteri contributo alle famiglie](#)
- [Marche. Interventi a favore dei malati di SLA](#)
- [Marche. Assistenza indiretta disabile in particolare gravità. Riparto 2013](#)
- [Marche. Disabilità. Assistenza indiretta. Criteri 2013](#)
- [Marche. Disabilità. Tempi applicazione criteri assistenza indiretta 2013](#)