

REGIONE  
TOSCANA



Repubblica Italiana

# BOLLETTINO UFFICIALE della Regione Toscana

Parte Seconda n. 48 del 28.11.2007

Supplemento n. 131

mercoledì, 28 novembre 2007

Firenze

**Bollettino Ufficiale: via F. Baracca, 88 - 50127 Firenze - Fax: 055 - 4384620**

Portineria

tel. 055-438.46.22

E-mail:

[redazione@regione.toscana.it](mailto:redazione@regione.toscana.it)

[vendita@regione.toscana.it](mailto:vendita@regione.toscana.it)

## AVVISO IMPORTANTE

Si comunica che a partire dal 1 gennaio 2008 il Bollettino Ufficiale della Regione Toscana sarà pubblicato esclusivamente in forma digitale. L'accesso alle edizioni del B.U.R.T. disponibili sul sito WEB della Regione Toscana, sarà libero, gratuito e senza limiti di tempo, a partire da quella data.

Tutti gli abbonamenti all'edizione cartacea e telematica del B.U.R.T. in atto andranno in scadenza entro dicembre 2007. Non è più prevista l'attivazione o il rinnovo di abbonamenti al B.U.R.T. per l'anno 2008.

## SEZIONE I

**CONSIGLIO REGIONALE**  
**- Deliberazioni**

DELIBERAZIONE 31 ottobre 2007, n. 113

**Piano integrato sociale regionale (P.I.S.R.) 2007-2010.**

ema,

### **2.2.2. Il carattere universalistico della assistenza per i soggetti non autosufficienti e disabili (progetto per un Fondo)**

Le problematiche dell'invecchiamento della popolazione dominano il dibattito politico ed economico: l'impegno pubblico nell'assistenza alle persone non autosufficienti è attualmente inadeguato.

Questi cittadini ricevono prestazioni sanitarie e assistenziali continuative, ma solo un terzo è oggetto di interventi "specifici", con un significativo contributo familiare a sostegno del costo e con una quantità di prestazioni assicurate dal servizio pubblico che è avvertita come inadeguata.

Da qui la necessità di sviluppare un Progetto Integrato Regionale per la "Assistenza e integrazione per la non autosufficienza" (le cui prime linee sono contenute nell'allegato 3 al presente Piano), che istituisca uno specifico Fondo alimentato sia dalle risorse già destinate a prestazioni assistenziali e di cura, sia dalla fiscalità generale, finalizzato a fare fronte alle diffuse esigenze di assistenza universalistica dei non autosufficienti.

Lo sviluppo dell'offerta di servizi si fonda sulle "prestazioni assistenziali di base", confermando l'orientamento a privilegiare la permanenza del soggetto non autosufficiente nel contesto familiare, limitando i casi di inserimento in strutture residenziali, che, soprattutto per i soggetti giovani con disabilità, devono garantire una connotazione familiare. Il sistema di erogazione delle prestazioni dovrà essere articolato, flessibile e capace di rispondere ai bisogni di una utenza diversificata.

Il riconoscimento della condizione di non autosufficienza da parte delle strutture pubbliche ed il percorso assistenziale personalizzato da queste individuato come necessario, costituiscono diritto del cittadino alla certezza delle prestazioni sociosanitarie ed interventi di natura domiciliare, semiresidenziale e residenziale, secondo quanto previsto dal successivo punto 7.2.2.;

La costituzione del Fondo per la non autosufficienza dovrà assicurare la copertura del fabbisogno assistenziale, tenendo conto della crescita della popolazione anziana; la copertura del Fondo potrà avvenire anche prevedendo l'utilizzo indiretto di risorse che attualmente sono relative agli emolumenti economici di cui all'articolo 24 della legge 328/2000. Si tratta di un impegno di straordinario rilievo senza il quale sarà a rischio la tenuta dell'attuale sistema di welfare per la non autosufficienza.

Nel 2008 si attiveranno le prime azioni del Progetto di "Assistenza continuativa a persone non autosufficienti":

- messa a regime degli esiti di sperimentazioni già attivate con gli interventi previsti dalla Deliberazione n. 402 del 26-04-2004 "Azioni per la riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti ...",
- estensione del modello a tutto il territorio regionale,
- implementazione della copertura del modello assistenziale ad un numero significativo di soggetti, valutati secondo modelli multidimensionali.

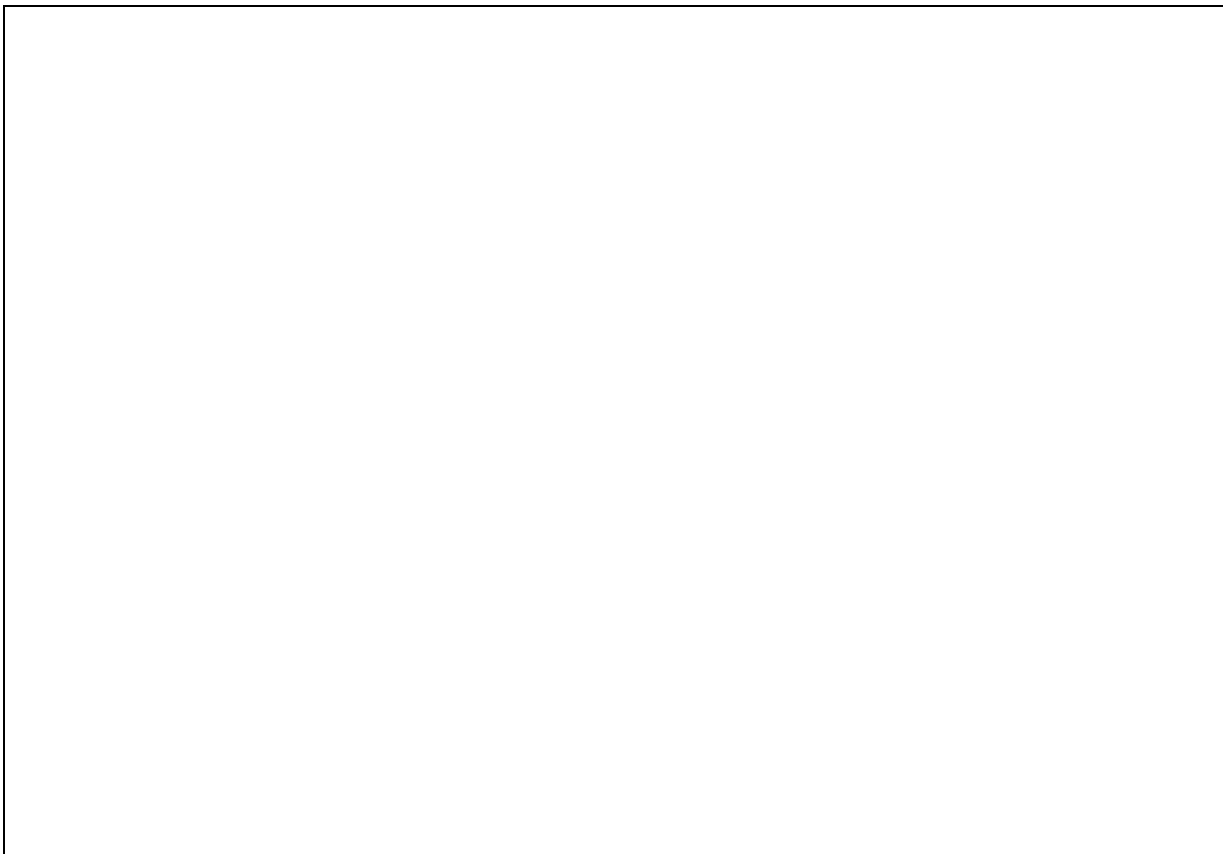
La necessaria gradualità con la quale deve svilupparsi un tale modello comporta che in una prima fase lo stesso sia attivato nei confronti dei soggetti non autosufficienti anziani, e di soggetti disabili che saranno individuati al fine di approfondire i caratteri di estendibilità del progetto alle diverse aree della disabilità fisica e mentale.

Azioni di sistema necessarie:

- diffusione dei punti unici di accesso, per un accesso unificato ai servizi in modo da evitare difficoltà nella richiesta d'assistenza o attivazioni duplicate d'intervento, e per identificare il luogo fisico dove segnalare il bisogno e ottenere la valutazione;
- riqualificazione delle unità di valutazione multidisciplinare presenti in ogni zona/distretto, per la definizione del programma assistenziale individuale e della verifica periodica degli esiti del percorso assistenziale;
- prevenzione della non autosufficienza, soprattutto nei confronti degli "anziani fragili" ed azioni di intervento relative al superamento di tutte le barriere all'accessibilità, in termini fisici, sensoriali e di conoscenza.
- continuità di assistenza tra ospedale e territorio;
- sviluppo di un sistema di risposte flessibili, in primo luogo territoriali, domiciliari e di sostegno alla cura familiare, e quindi residenziali, sulla base del principio di appropriatezza;
- gestione unitaria ed integrata delle risorse da parte di soggetti istituzionali territoriali.

Per i servizi domiciliari e semiresidenziali si prevede un forte potenziamento in ambito zonale sia per le prestazioni a carattere sanitario, sia per i servizi di cura alla persona. Questo determina anche la definizione dei contenuti e delle procedure per il Piano personalizzato di assistenza.

Vi è poi la necessità di favorire percorsi di emersione del lavoro di cura, di accesso alla formazione specifica, al sostegno pubblico all'incontro della domanda-offerta, alle funzioni di accompagnamento e di riferimento per le famiglie, attraverso forme di riconoscimento e di orientamento delle funzioni di cura alla persona, di accudimento a domicilio tramite familiari, *care-giver*, ovvero con "assistenti familiari", sostenendo in particolare i percorsi che hanno portato ad un'uscita dal lavoro o comunque a minore capacità di produzione di reddito familiare.



### **7.7.2. Le politiche per la non autosufficienza**

La rete dei servizi territoriali toscani, con riferimento al DPEF e con avvio nel 2008, si arricchirà, entro il 2010, del "sistema integrato dei servizi sociosanitari verso la persona non autosufficiente", impiegando a tal fine un fondo integrato e mirato di risorse che riunifica e consolida quelle sociali (statali, regionali, comunali) e quelle sanitarie (regionali), incrementate dalla fiscalità generale.

Gli strumenti della programmazione sociosanitaria toscana definiscono l'impianto del sistema integrato dei servizi sociosanitari verso la persona non autosufficiente, individuando alcuni strumenti e azioni fondamentali, che saranno oggetto di successivi atti normativi e gestionali:

- sottoscrizione di un patto istituzionale E' un patto pubblico che viene sottoscritto tra Regione ed Enti Locali; indica la scelta di un rapporto di cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, nell'ambito delle rispettive competenze, con assunzione di responsabilità e di definizione delle risorse;
- riconoscimento del diritto del cittadino alla prestazione sociosanitaria integrata Il fondo permette il rafforzamento del diritto di cittadinanza rendendo possibile il passaggio dal riconoscimento del "titolo alla prestazione, a quello del "diritto alla prestazione sociosanitaria integrata".
- definizione dei livelli di risposta assistenziale da assicurare sulla base degli indici di gravità I L.E.A. conferiscono al sistema dei servizi caratteristica di certezza (prestazione certa ed esigibile per chiunque si trovi in una determinata condizione di bisogno) e si caratterizzano come tipologia di offerta commisurata all'indice di gravità del bisogno, nell'ambito delle risorse rese disponibili;
- individuazione dei destinatari delle offerte integrate: i destinatari delle offerte integrate alimentate con il Fondo per la non autosufficienza sono tutte le persone non autosufficienti,

le cui condizioni di bisogno, indipendentemente dall'età e dalla patologia di riferimento, accertate con modalità multidimensionali che tengono conto di difficoltà organico-funzionali, cognitivo-comportamentali e socio-relazionali-ambientali, presentano indici di gravità di fronte ai quali viene attivato il fondo

- configurazione e articolazione della mappa delle offerte integrate coperte e sostenute dal fondo: le offerte assistenziali integrate sono articolate in quattro aree tipologiche, sulla base dei progetti personalizzati che prevedono offerte miste nelle aree della residenzialità, della semiresidenzialità, della domiciliarità anche attraverso forme di assistenza indiretta e/o integrativa
- accertamento per la compartecipazione economica della prestazione socio-sanitaria integrata: il diritto alla prestazione sociosanitaria integrata, garantita con criterio di universalità e con l'utilizzo di risorse sanitarie non inferiori a quelle attualmente impiegate e rivalutabili, considerate sia complessivamente che a livello individuale, potrà essere accompagnato, per la parte restante, da un livello di compartecipazione disciplinato con la introduzione dell'ISEE e avuto riguardo alle risorse assegnate dal Fondo per la non autosufficienza

Il sistema integrato dei servizi sociosanitari distrettuali si avvale del modello integrato di accesso già disegnato nelle grandi linee dalla del. 402/2004 della GRT intorno ad alcuni strumenti e requisiti fondamentali:

- a) attivazione del PUA (punto unico di accesso distrettuale)
- b) valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno
- c) i protocolli della continuità assistenziale territorio-ospedale, territorio-medici di medicina generale, territorio-specialistica
- d) quantificazione dei carichi assistenziali e la determinazione degli indici di gravità
- e) articolazione dei pacchetti assistenziali
- f) quantificazione delle risorse rese disponibili dal Fondo per la non autosufficienza

Il quadro degli impegni nel versante della non autosufficienza prevede e conferma elementi di coerenza tra gli obiettivi della programmazione precedente ed alcuni obiettivi di sviluppo legati anche a percorsi di sperimentazione e di validazione in corso (cure domiciliari-modello assistenziale per le demenze).

**Obiettivi di periodo:**

breve termine:

- incrementare, in previsione della attivazione del Fondo per la non autosufficienza, i servizi domiciliari e semiresidenziali;
- completare la programmazione delle offerte "modulari" residenziali in tutte le Zone attraverso un percorso di concertazione tra i soggetti istituzionali (S.d.S. o Articolazioni zonali delle Conferenze dei Sindaci) e i gestori;
- concludere entro il 2007 la sperimentazione della Del. 402/2004.
- avviare una breve e limitata sperimentazione sull'ampliamento dell'offerta assistenziale in previsione del Fondo per la non autosufficienza, da concludersi entro il giugno 2008
- aggiornamento e formazione permanente del personale

medio-lungo termine:

- definizione delle nuove modalità per la valutazione della non autosufficienza
- Programma di formazione sulle nuove modalità valutative a tutti gli operatori dei servizi
- ricerca di criteri e approcci valutativi uniformi di fronte alle aree della disabilità e della non autosufficienza attraverso gli strumenti concettuali dell'ICF .



disabilità, dei familiari, del volontariato, promuoverà interventi per agevolare una piena integrazione sociale, scolastica, lavorativa e ambientale.

Confermando l'obiettivo di finalizzare gli interventi al raggiungimento della massima autonomia ed integrazione della persona disabile nel contesto familiare e nella vita sociale, la Giunta si impegna nell'arco di validità del Piano a monitorare le seguenti azioni integrate:

- strategie preventive per il mantenimento dell'autonomia e dell'autosufficienza residua unitamente all'eventuale recupero degli esiti invalidanti;
- monitoraggio delle procedure di valutazione da parte dei nuclei distrettuali, dello stato funzionale delle persone con problemi di disabilità all'interno dei percorsi di presa in carico integrata (sociale e sanitaria);
- orientamento e governo dei percorsi socio riabilitativo assistenziali finalizzati al recupero e mantenimento del disabile in forme appropriate;
- possibilità, per le persone disabili, di accesso ai servizi previsti dal Fondo per la non autosufficienza;
- sostegno alle iniziative per la piena accessibilità degli ambienti pubblici e privati (anche nello specifico della disabilità sensoriale);
- sostegno alle iniziative per l'attivazione di forme innovative e multifunzionali di residenzialità;
- sostegno e promozione alla realizzazione di percorsi turistici fruibili da parte dei disabili.

### **7.8.1. I cittadini con disabilità in età evolutiva**

Secondo l'organizzazione dei servizi—alla disabilità in età evolutiva, sono assicurate risposte globali ed integrate, che si basano sulla presa in carico dei soggetti da parte delle competenti strutture territoriali. Per tali soggetti è garantito un percorso assistenziale certo e continuativo a partire dagli interventi di riabilitazione, protesi ed ausili, sostegni scolastici ed extrascolastici, aiuto personale, tempo libero, gioco e attività motoria e vacanze estive. Ciò non toglie che vi siano ancora carenze da colmare in modo particolare per quanto riguarda il rapporto con il sistema scolastico e la promozione dell'autonomia e dell'indipendenza della persona.

Linee di intervento:

- iniziative finalizzate a sensibilizzare gli attori istituzionali sulla necessità di migliorare e perfezionare le forme di collaborazione sperimentate negli ultimi anni, valorizzando gli aspetti positivi emersi durante le varie esperienze attivate sul territorio;
- iniziative che rendano la scuola punto di riferimento per la condivisione di attrezzature multimediali e/o specifiche per favorire l'integrazione degli alunni in situazione di disabilità;
- definizione di accordi per forme sperimentali di sostegno scolastico in scuole pubbliche e private
- definizione di accordi strutturali con i soggetti pubblici e privati che operano nel settore dell'orientamento e della formazione;
- messa in rete di esperienze di integrazione sperimentali ed innovative;
- iniziative per la tutela nel campo degli abusi e dei maltrattamenti di minori con disabilità;
- iniziative volte alla utilizzazione delle attività di sport per tutti, per la riappropriazione delle capacità personali nel rispetto dei limiti e dalle abilità individuali.
- estensione e potenziamento dei presidi territoriali per favorire l'accesso e la presa in carico dei minori disabili con particolari gravità associate a patologie progressive
- ridefinire e omogeneizzare la rete dei servizi territoriali per i disabili: domiciliari, semiresidenziali e residenziali

**Allegato 3.****Prime linee sul progetto per l'assistenza continuativa a persone non autosufficienti****Il quadro di riferimento**

Le problematiche connesse all'invecchiamento della popolazione dominano il dibattito politico, pongono al centro il tema della sostenibilità dei sistemi di assistenza e delle risposte al bisogno dei cittadini e delle famiglie. Particolare attenzione viene rivolta al problema della non autosufficienza che riguarda un settore dove il livello di copertura del bisogno accertato ha oggi risposte parziali e sostanzialmente inadeguate.

La Toscana, come il resto d'Italia, è interessata da un processo di progressivo invecchiamento della popolazione che appare anche più intenso di quello riscontrabile a livello nazionale e che pone notevoli problemi in relazione ai processi di cura: per il 20% delle famiglie toscane vi è almeno un parente non autosufficiente.

Il dato INPS per il 2006 sulle erogazioni di indennità di accompagnamento ci dice che in Toscana sono circa 120.000, di cui 77.500 relative ad anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti (in grande maggioranza - 50.750 - ultraottantenni) e 40.500 minori e adulti disabili.

In questo dato, caratterizzato dal concetto di "non autosufficienza" accertato da commissioni mediche ai sensi della normativa nazionale sulla invalidità civile, compaiono livelli e gradi diversi di non autosufficienza e disabilità che comportano previsioni di assistenza molto differenziate e graduate.

Stime più orientate all'accertamento negli anziani della non autosufficienza per livello di gravità (Osservatorio Epidemiologico della Agenzia Regionale di Sanità) individuano in quasi 40.000 i soggetti con grave non autosufficienza (3 o + BADL perdute), oltre 28.000 gli ultraottantenni. Di questi circa 5.200 sono inseriti in strutture.

L'incidenza dei non autosufficienti gravi sulla popolazione anziana di riferimento è pari in Toscana al 4,7%, peraltro il trend di invecchiamento della popolazione rende le attuali inadeguatezze potenzialmente ancor più pesanti per il futuro.

**I servizi attuali**

Questa popolazione, conosciuta dai servizi territoriali, riceve le prestazioni sanitarie essenziali ma solo per un terzo è oggetto di interventi "specifici", spesso con un significativo contributo familiare a sostegno del loro costo o con una durata delle prestazioni inadeguata rispetto alle necessità.

Nelle strutture residenziali sono inserite circa 14.500 persone di cui 8.000 anziani non autosufficienti cui è riconosciuta la quota sanitaria. Sempre rifacendosi alle stime ARS si può quindi rilevare come in strutture RSA vi siano circa 2.600 soggetti moderatamente non autosufficienti, 5.200 gravemente non autosufficienti, e una quota ulteriore inserita a diverso titolo.

Qui si sommano interventi assicurati da altri specifici percorsi assistenziali (disabili, soggetti con problematiche di salute mentale, cosiddetti adulti inabili, ecc.), sia soggetti inseriti direttamente o con il sostegno delle famiglie.

Vi sono in lista di attesa in ambito regionale circa 3.000 persone.

Il deficit più grosso si avverte però per l'assistenza domiciliare e per le forme di sostegno e sollievo alle attività che sono svolte direttamente dai familiari in contesto domestico.

Le rilevazioni delle diverse forme di assistenza domiciliare ci dicono che sono tra i 20.000 e i 30.000 i soggetti assistiti, spesso però con quote di assistenza assolutamente modeste (qualche decina di ore/anno) o coperte con accessi dei MMG.

Sulle forme di sostegno alle famiglie vi sono esperienze assolutamente interessanti attivate nei territori, che mirano soprattutto a promuovere e a sostenere l'incontro della offerta/domanda di "assistenti familiari" e i percorsi di emersione del lavoro non regolare, che però spesso impattano con il problema della regolarizzazione dei lavoratori extracomunitari.

Recenti Ordini del Giorno anche del Consiglio Regionale sui temi sociali hanno riaffermato i valori della coesione e dell'inclusione sociale per realizzare i diritti di cittadinanza, individuare le priorità politiche di welfare regionale e locale, qualificare il sistema e promuovendo l'integrazione dei diritti di cittadinanza sociale con quelli alla salute.

L'assistenza universalistica e solidaristica dei non autosufficienti e, in genere, di tutte le disabilità, per fronteggiare gli effetti sociali dell'invecchiamento medio della popolazione ed estendere le diverse forme di intervento di cura, rappresenta un impegno di straordinario rilievo che mette in discussione la tenuta dell'attuale sistema di welfare toscano.

### **I livelli di assistenza**

Il progetto per accrescere l'impegno pubblico nell'assistenza continuativa e garantire l'attuazione del principio di universalità di accesso ai servizi per i non autosufficienti deve coniugare quantità e qualità per pervenire ad una progressiva trasformazione del sistema.

La crescita della responsabilità pubblica costituisce il nucleo della proposta, che si realizza tramite la crescita dei servizi pubblici e l'attivazione di livelli essenziali per i non autosufficienti come parte del processo di introduzione di livelli essenziali per il complesso di servizi e interventi sociali. Così come il coinvolgimento operativo di tutti gli attori del sistema (cooperazione, terzo settore, ecc) garantisce la possibilità di risposte capillari sul territorio.

I livelli, coniugati al principio della valutazione del bisogno assistenziale e della presa in carico delle persone sulla base di progetti integrati di intervento, devono avere caratteristica di certezza, (prestazione certa per chiunque si trovi in una determinata condizione di bisogno) e realizzarsi come tipologia di offerta (presenza di alcune tipologie di offerta in ogni realtà territoriale e/o ogni dato numero di abitanti).

Il primo livello che deve essere individuato e assicurato riguarda le modalità di accertamento della non autosufficienza.

Oggi la Legge nazionale prevede modalità di accertamento della disabilità ai sensi della Legge 104/1992. Per la non autosufficienza ci si rifà invece alla normativa sulla invalidità civile.

Questo sistema è inadeguato in una prospettiva di sostanziale riforma del sistema di assistenza alla non autosufficienza. L'articolo 54 (Politiche per gli anziani) della L.R. 41/2005 dispone già che la condizione di persona anziana non autosufficiente è accertata, relativamente ai soggetti ultrasessantacinquenni, mediante valutazione che tiene conto dell'analisi globale della persona con riferimento a:

- a) stato di salute funzionale organico;
- b) condizioni cognitive e comportamentali;
- c) situazione socio-ambientale e familiare.

Sono previsti atti regionali di programmazione che promuovono la realizzazione di sistemi di valutazione contestuale e globale della persona anziana portatrice di minorazioni, al fine dell'accertamento delle diverse condizioni, basate su percorsi di graduale intensità assistenziale. In tal senso viene confermato e sarà portato a regime l'impianto già indicato dalla delibera di Giunta Regionale 402/2004 relativo alla valutazione basata su un'indagine multidimensionale dei bisogni, utilizzando strumenti derivanti dal cosiddetto "schema polare".

## **Il Patto istituzionale**

Il nuovo programma deve fondarsi su un patto pubblico che viene stabilito tra Regione ed Enti Locali, in analogia con il sistema che si auspica sia generalizzato a livello nazionale (intesa in Conferenza unificata tra Stato e Regioni).

Il patto indica la scelta di un rapporto di cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, nell'ambito delle rispettive competenze, con assunzione di responsabilità. La Regione dedica a questo programma risorse già oggi impiegate per i programmi sanitari e socio assistenziali della non autosufficienza e risorse "ulteriori" determinate a seguito della definizione del progetto. Questo quadro è costruito in stretto raccordo con le eventuali determinazioni e progettualità che sorgessero in ambito nazionale.

Nel patto ciascun soggetto dovrà impegnarsi ad assicurare il complesso delle risorse già dedicate alle politiche di sostegno della non autosufficienza o ad altre tipologie di soggetti utenti dei servizi. Saranno determinate modalità incentivanti per la crescita della spesa sociale in ambito zonale. Sarà assicurata l'unitarietà del Fondo anche a fronte della origine diversificata dei finanziamenti, per soggetto istituzionale o per componente sanitaria o sociale.

Le Società della Salute, quale nuovo modello organizzativo, di programmazione e di governo delle competenze sociali e sanitarie integrate, rappresentano lo strumento efficace per la gestione di queste problematiche complesse in ambito zonale.

Attraverso la predisposizione dei Piani Integrati di Salute, ciascun soggetto assume i propri impegni a valenza pluriennale, fissando insieme i rispettivi obiettivi di crescita e le forme di verifica da attivare predisponendo anche un sistema di monitoraggio integrato socio sanitario.

## **Lo sviluppo della offerta di servizi**

Lo sviluppo della offerta di servizi si fonderà su alcuni presupposti che hanno a riferimento le "prestazioni assistenziali di base". L'elaborazione toscana è stata già ampiamente sviluppata ed ha trovato riferimento in numerose sperimentazioni e progetti che hanno sempre come centro il principio della valutazione multidimensionale ed una articolata risposta assistenziale ai bisogni complessi. In particolare la Delibera n. 402/2004, pur avendo carattere sperimentale, organizza con metodo i diversi processi assistenziali relativi alla non autosufficienza.

Il modello toscano conferma l'orientamento a privilegiare la permanenza del soggetto non autosufficiente nel contesto familiare, limitando i casi di inserimento in strutture residenziali, ed anche in quel caso privilegiando, soprattutto per i soggetti giovani con disabilità, la connotazione familiare delle strutture.

La costituzione del Fondo per la non autosufficienza dovrà assicurare la copertura del fabbisogno assistenziale, tenendo conto della crescita della popolazione anziana, anche prevedendo l'utilizzo di risorse relative ad emolumenti economici concessi ai cittadini non autosufficienti (articolo 24 della Legge 328/2000 - indennità di accompagnamento), oltre che ulteriori risorse rese disponibili dal sistema.

Il complesso delle prestazioni deve trovare il momento della definizione attraverso il Piano di assistenza personalizzato, che consegue alla valutazione multifattoriale. In tale ambito dovrà essere identificata ogni forma assistenziale utile a soddisfare i bisogni della persona e del nucleo familiare.

### **Linee programmatiche relative all'attuazione del Progetto nel 2008**

Nel 2008 si attivano le prime azioni del Progetto di "Assistenza e integrazione per la non autosufficienza":

- messa a regime degli esiti di sperimentazioni già attivate, interventi previsti dalla Deliberazione n. 402 del 26-04-2004 "Azioni per la riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti ...",
- estensione del modello a tutto il territorio regionale,
- copertura del modello assistenziale per un numero significativo di soggetti, valutati secondo modelli multidimensionali,
- definizione dei criteri di un sistema tariffario unico (per le residenze e i servizi domiciliari).

La necessaria gradualità con la quale deve svilupparsi un tale modello indica che in una prima fase lo stesso è attivato nei confronti dei soggetti non autosufficienti anziani e di soggetti disabili gravi individuati al fine di approfondire i caratteri di progressiva estensione del progetto alle diverse aree della disabilità fisica e mentale.

Per la disabilità vengono inoltre coordinati progetti relativi al sostegno per l'inserimento lavorativo, per l'autonomia personale, per la continuità delle forme di accompagnamento e assistenza del cosiddetto "Sempre con noi".

Azioni di sistema necessarie:

- diffusione dei punti unici di accesso, per un accesso unificato ai servizi in modo da evitare difficoltà nella richiesta d'assistenza o attivazioni duplicate d'intervento, e per identificare il luogo fisico dove segnalare il bisogno e ottenere la valutazione;
- riqualificazione delle unità di valutazione multidisciplinare presenti in ogni zona/distretto, per la definizione del programma assistenziale individuale e della verifica periodica degli esiti del percorso assistenziale;
- azioni di prevenzione della non autosufficienza, soprattutto nei confronti degli "anziani fragili";
- continuità di assistenza tra ospedale e territorio;
- sviluppo di un sistema di risposte flessibili, in primo luogo territoriali, domiciliari e di sostegno alla cura familiare, e quindi residenziali, sulla base del principio di appropriatezza;
- gestione unitaria ed integrata, da parte di soggetti istituzionali territoriali (Società della Salute) del Fondo per la non autosufficienza composto di risorse derivanti dal fondo sanitario, dal fondo sociale, dalla spesa dei Comuni e di altri soggetti locali.

## La previsione di interventi:

In ambito residenziale:

- copertura di circa 9.000 soggetti/anno in struttura (incremento di circa 1.000): con l'attuazione di inserimenti temporanei per una significativa percentuale dei posti è possibile incidere in modo significativo sulle liste di attesa;
- valutazione della proposta di intervento per fornire risposte adeguate secondo i criteri dell'appropriatezza;
- definizione di una soglia massima di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini (uguale con riferimento agli emolumenti assistenziali - indennità di accompagnamento - e differenziata relativamente al reddito su base ISEE);
- sostegno specifico agli interventi temporanei in particolare riferiti ai percorsi di dimissione ospedaliera.

In ambito territoriale/domiciliare:

- qualificazione e incremento di circa il 50% degli interventi attuali attivi, con la definizione di un budget che incrementa la quantità di prestazioni assistenziali fornite, adeguandola a standard assistenziali riconosciuti,
- valutazione della proposta di intervento per fornire risposte adeguate secondo i criteri dell'appropriatezza;
- definizione di linee guida relative alle tipologie di risposte da offrire (con riferimento al budget di assistenza individuato) e integrazione delle diverse forme di assistenza domiciliare;
- definizione di una soglia massima di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, (criteri simili rispetto a quella residenziale, minore incidenza percentuale sul costo della prestazione).

Sostegno familiare:

- attivazione di percorsi di emersione per circa 5.000 famiglie con "assistenti familiari"
- percorsi di qualificazione e aggiornamento per la figura di "assistente familiare" (badante);
- sviluppo da parte dei centri per l'impiego di forme promozione dell'incontro tra domanda e offerta per il lavoro di cura familiare;
- promozione di sportelli di orientamento e pronta risposta "sociale e integrata" per problematiche sorte nell'ambito del lavoro di cura familiare;
- sostegno ai percorsi di abbandono del lavoro per necessità di cura o di minore capacità di produzione del reddito familiare.

I contenuti del presente allegato costituiscono il riferimento per l'avvio del percorso di concertazione sul progetto per l'assistenza continuativa a persone non autosufficienti.