

**RIORDINO DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA TUTELARE SOCIO SANITARIA E  
ISTITUZIONE DEL CONTRIBUTO ECONOMICO A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITA'  
PER LA LUNGOASSISTENZA DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI.**

PREMESSA

I nuovi crescenti bisogni dei soggetti non autosufficienti comportano, per la loro intensità e consistenza, una rivisitazione dell'attuale sistema dell'offerta dei servizi nell'ambito delle "Cure Domiciliari", che, in relazione alle modalità attuative dell'Allegato A "L'articolazione delle cure domiciliari nella fase di lungoassistenza" della DGR n. 51 - 11389 del 23 dicembre 2003 "D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio-sanitaria", riconsideri il sistema delle prestazioni di assistenza tutelare socio sanitaria, ormai composite e diversificate.

Nell'attuale contesto regionale l'applicazione della suddetta D.G.R. 51 – 11389/03 - così come evidenziato da una recente indagine, svoltasi nel mese di giugno 2008, condotta congiuntamente dagli Assessorati Regionali al Welfare e alla Tutela della Salute e Sanità e supportata dall'ARESS - è parziale e disomogenea ed ha dato luogo a una moltitudine di sperimentazioni territoriali diverse. Tale disomogeneità applicativa, o mancanza di applicazione, rende l'accesso e le modalità erogative delle "Cure Domiciliari in Lungoassistenza" fortemente "diseguale" per i cittadini piemontesi, e determina la necessità di ricondurre, per quanto possibile, ad uniformità il diritto ad un intervento compreso nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Tra le molteplici criticità rilevate dall'indagine emerge, in particolare, la necessità di una ridefinizione più adeguata ed attuale delle "Prestazioni di assistenza tutelare socio sanitaria", che non possono più essere esclusivamente ricondotte alla figura professionale dell'ADEST/OSS, ma devono essere estese al riconoscimento del lavoro di cura prestato da familiari e/o conviventi, da volontari riconosciuti, attraverso lo strumento "dell'affidamento", nonché da assistenti familiari.

Il riconoscimento di tali figure, quali soggetti che intervengono nelle prestazioni di assistenza tutelare, consente non solo di meglio interpretare ciò che nella D.G.R. n. 51 - 11389/2003 viene indicato come *"risorsa locale adeguata e validata dalle competenti Unità Valutazione Geriatrica (U.V.G.) nell'ambito del Progetto individuale"*, ma anche di realizzare quanto espresso a tal proposito dal Piano Socio Sanitario Regionale 2007/2010 - paragrafo 4.5.2 - e di rendere coerente quanto previsto dalla recente D.G.R. n. 42 – 8390 del 10 marzo 2008 "Cartella Geriatrica dell'Unità di Valutazione Geriatrica e Linee Guida del Piano Assistenziale Individuale".

Tale riconoscimento dà l'opportunità di regolamentare in modo omogeneo il "Contributo economico a sostegno della domiciliarità in lungoassistenza", che sotto diverse forme e modalità viene attualmente erogato da Aziende Sanitarie Locali (A.S.L.) ed Enti Gestori della funzioni socio-assistenziali (EE.GG.) in alcuni territori regionali ad anziani non autosufficienti, in base a semplici accordi locali, proponendolo come uno degli strumenti, a disposizione delle Unità di Valutazione

Geriatrica, da utilizzare per la realizzazione del Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.) in Lungoassistenza (LA), in applicazione dei L.E.A. sulle Cure Domiciliari.

Il Contributo economico a sostegno alla domiciliarità in lungoassistenza, oggetto del presente atto deliberativo, viene inizialmente e prioritariamente rivolto alle persone anziane ultrasessantacinquenni non autosufficienti residenti nel territorio piemontese.

Nel corso degli anni, a partire dalla D.G.R. n. 113-16221/92 fino alla D.G.R. n. 42-8390/2008, sono stati progressivamente definiti i criteri di valutazione sanitaria e sociale dei soggetti anziani.

Attualmente sono in fase di studio e predisposizione gli atti normativi relativi alla valutazione di altre categorie di soggetti non autosufficienti, che nella misura in cui saranno validati ed approvati, consentiranno la progressiva estensione del Contributo economico di sostegno alla domiciliarità in lungoassistenza a tutti i soggetti non autosufficienti, indipendentemente dalla fascia di età.

## 1. RIORDINO DELLE PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE DI ASSISTENZA TUTELARE

Il Riordino delle prestazioni socio sanitarie di assistenza tutelare comporta, in questa fase, un'identificazione più precisa dei ruoli da attribuire ai vari attori interagenti nel sistema delle Cure Domiciliari, riconoscendo ciò che "di fatto" è già diffusamente presente, con modalità diverse, nel territorio regionale.

Tale riordino è altresì necessario a rendere meglio applicabile quanto è stato deliberato con le recenti D.G.R. 21-7391 del 12 novembre 2007 "Rivalutazione dei parametri di riferimento per l'attribuzione del "peso" ai casi di Cure domiciliari correlato al consumo delle risorse impiegate. Criteri per le procedure di addebito in ambito extraregionale per prestazioni non soggette a compensazione" e della già succitata D.G.R. 42-8390/2008.

In particolare quest'ultima, nel definire Linee Guida per la realizzazione del P.A.I. domiciliare in lungoassistenza, considera la possibilità del contributo di nuove figure "professionali" (es. l'assistente familiare) e figure non professionali come i familiari e gli affidatari, nonché di prestazioni sociali a valenza sanitaria.

L'identificazione e il riconoscimento delle prestazioni socio sanitarie si ispira fondamentalmente ai seguenti principi:

- promozione e sostegno del ruolo esercitato dalla famiglia, distinguendo le attività prestate in base ai fondamentali doveri di solidarietà intrafamiliare e svolgimento di prestazioni riconducibili al lavoro di cura;
- promozione e sostegno dell'assunzione di un ruolo parafamiliare da parte di volontari singoli attraverso la modalità dell'affidamento familiare, distinguendo tra l'esercizio di funzioni tipiche della solidarietà di vicinato e lo svolgimento di prestazioni riconducibili al lavoro di cura;

- definizione del ruolo esercitato dagli operatori professionali di diversa qualifica nel sistema della cura - in questo caso assistenti domiciliari e collaboratori familiari - in relazione allo specificità professionale e alla necessità di ottimizzare/promuovere lo sviluppo delle risorse umane.

Di seguito si descrivono le fondamentali prestazioni oggetto del presente "Riordino", identificandone le caratteristiche e specificandone chi le esegue, sia questa figura professionale o non.

#### ASSISTENZA TUTELARE SOCIO SANITARIA NELLE CURE DOMICILIARI

##### IN LUNGOASSISTENZA

Assistenza domiciliare	<p>Interventi di supporto alla persona nella gestione della vita quotidiana e/o con esigenza di tutela, al fine di garantire il recupero/mantenimento dell'autosufficienza residua, per consentire la permanenza al domicilio il più a lungo possibile e ritardando un eventuale ricorso alla istituzionalizzazione, attraverso un sostegno diretto nell'ambiente domestico e nel rapporto con l'esterno.</p> <p>Costituiscono pertanto ambiti di intervento la cura e igiene della persona, prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione, la cura e l'igiene ambientale, il disbrigo pratiche, l'accompagnamento a visite, la spesa e la preparazione dei pasti, l'aiuto nella vita di relazione ecc.</p>	<p><b>L'Adest(1)/OSS:</b> * Per gli operatori Adest/OSS si individua come peculiare e vincolante l'esercizio di un ruolo di supporto professionale, così come definito dalla D.G.R. 46-5662 del 25 marzo 2002 ".</p> <p><b>L'Assistente familiare:</b> ** Con il termine "Assistente Familiare" si intende unificare quel vasto ed eterogeneo "mondo" prevalentemente femminile, spesso di origine straniera, impropriamente definito "colf"/"badante", che quotidianamente ha compiti e responsabilità di cura. Si tratta di una figura che gestisce sia di cura alla persona sia il lavoro domestico della cura della casa, il lavoro svolto a domicilio in modo continuativo e/o residenziale, in rete con gli altri soggetti coinvolti (familiari, operatori pubblici e privati ecc.).</p>
Cure familiari **	Cure prestate ad un congiunto da parte di chi ha con l'interessato legami di tipo familiare, per legami di parentela o di affinità, oppure convive anagraficamente o di fatto con il beneficiario, attraverso un'assistenza diretta e personale.	<b>Il familiare</b> , che risulta parente o affine entro il 4° grado (comprendendo anche i nipoti indiretti) o il componente del nucleo familiare anagrafico o di fatto convivente con il beneficiario (con esclusione dell'assistente familiare convivente per ragioni lavorative), che può dedicare del tempo all'assistenza della persona non autosufficiente.
Affidamento**	<p>Intervento di carattere non professionale prestato tramite volontari, singoli o famiglie, che si rendono disponibili a sostenere nel quotidiano anziani singoli o in coppia, nell'intento di mantenerli a domicilio.</p> <p>Si distinguono due tipologie di affidamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- diurna a domicilio della persona non autosufficiente;</li> <li>- residenziale, con una maggiore prevalenza del lavoro di cura, che comporta un inserimento della persona all'interno del nucleo affidatario.</li> </ul>	<b>Il/la volontario/a</b> capace di relazionarsi con una persona anziana nella quotidianità in un'ottica di solidarietà e vicinanza affettiva, per offrire un riferimento e un aiuto concreto a quelle persone prive di reti parentali o con familiari fragili e/o impossibilitati ad esercitare un ruolo significativo. Per la sua natura volontaristica non richiede competenze professionali specifiche, mentre richiede invece competenze e disponibilità simili a quelle normalmente assicurate da una famiglia presente e capace.
Telesoccorso**	Installazione di un terminale sul telefono di casa, che mette in collegamento la persona 24 ore su 24 con una centrale operativa in grado di attivare un intervento immediato in situazioni di necessità.	<b>Il fornitore</b> è riconosciuto da A.S.L.NEE.GG., in tutti i casi, è necessario che il gestore metta a disposizione personale presente 24 ore su 24 presso la sede della centrale operativa, in grado sia di ricevere le telefonate ed attivare gli

		opportuni interventi sia di effettuare telefonate "monitoraggio" ai soggetti in carico.
Pasti a domicilio**	Servizio di consegna pasti espletato direttamente presso l'abitazione dell'anziano.	<b>Il fornitore</b> è riconosciuto da A.S.L.\EE.GG., che provvede direttamente al confezionamento e alla consegna a domicilio di pasti.

\* prestazioni sanitarie a rilevanza sociale

\*\* prestazioni sociali a rilevanza sanitaria

(1) figura ad esaurimento

## 2. CONTRIBUTO ECONOMICO A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITÀ IN LUNGOASSISTENZA.

Il Contributo economico a sostegno della domiciliarità in lungoassistenza, in questa fase prioritariamente rivolto a favore di persone anziane non autosufficienti, si configura come erogazione monetaria riconosciuta al beneficiario del P.A.I., per la copertura del costo dei servizi di assistenza tutelare socio sanitaria, descritte nel precedente paragrafo 1.

Le prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria sono soggette a compartecipazione paritaria fra A.S.L. e Utente/EE.GG., così come disposto dalla D.G.R. 51-11389/2003 e devono essere previste dal P.A.I. redatto secondo le modalità della D.G.R. 42-8390/2008.

I costi delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria sono da riferirsi:

- al riconoscimento economico dovuto alle prestazioni di cura familiare e affidamento, secondo i massimali e le modalità successivamente stabilite;
- all'assunzione di un Assistente Familiare,;
- all'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare del profilo professionale ADEST/OSS presso fornitori accreditati o riconosciuti dalle A.S.L.\EE.GG.;
- all'acquisto del servizio di telesoccorso;
- all'acquisto di pasti a domicilio.

Il Contributo in questione rappresenta una delle modalità di realizzazione delle prestazioni previste dal P.A.I.

Il P.A.I. domiciliare può contenere un mix di prestazioni erogabili, come sopra specificate, integrabili con interventi semiresidenziali e/o residenziali temporanei di sollievo, all'interno dei massimali previsti di seguito.

Tali prestazioni possono essere realizzate sia attraverso l'offerta pubblica di assistenza tutelare socio sanitaria, secondo le modalità e gli accordi locali tra le A.S.L. e gli EE.GG., sia attraverso il contributo economico a sostegno della domiciliarità.

Ai fini di una applicazione di criteri uniformi di valutazione della situazione economica, rilevante per l'individuazione dei criteri di compartecipazione ai costi dei servizi socio-assistenziali, si applicano le disposizioni di cui all'Allegato C) del presente provvedimento.

## 2.1 Destinatari

I destinatari oggetto della presente deliberazione sono i soggetti anziani, che fanno domanda alla competente U.V.G. territoriale, e sono stati dichiarati non autosufficienti ed eligibili ad un Progetto di Cure Domiciliari in Lungoassistenza.

Gli anziani, già valutati ed in lista di attesa per la residenzialità o semiresidenzialità, nelle situazioni in cui non sia stato preso in considerazione un Progetto di domiciliarità da parte della competente U.V.G., possono richiedere una riprogettazione del Progetto stesso. Nel caso sussistano le condizioni è possibile passare ad un Progetto di domiciliarità, in analogia alla D.G.R. 42-8390/2008, la quale prevede che *“Qualora per sopravvenute circostanze il soggetto, con Progetto domiciliare o semiresidenziale necessiti di un Progetto di residenzialità, ridefinito sempre e comunque dall’U.V.G., verrà inserito nella lista d’attesa tenendo conto della data della prima valutazione”*.

I beneficiari del Contributo economico a sostegno della domiciliarità in lungoassistenza sono esclusi dalla lista di attesa per un Progetto di Residenzialità, fatto salvo quanto previsto dalla D.G.R.42-8390/2008.

Resta fermo quanto previsto dalle “Linee Guida di Vita Indipendente” di cui alla D.G.R. 48-9266 del 21 luglio 2008 “Linee Guida per la predisposizione dei Progetti di Vita Indipendente”, relativa alle persone ultrasessantacinquenni, fino a che sussistano i requisiti per il mantenimento del Progetto.

## 2.2 Massimali erogabili

Gli importi relativi al Contributo economico a sostegno della domiciliarità in lungoassistenza, devono essere erogati con i massimali di seguito indicati, rapportati ai livelli di intensità individuati nel Progetto di Cure Domiciliari in Lungoassistenza, definito dalla competente U.V.G., a norma della D.G.R. 42-8390/2008.

Tali importi si riferiscono alla copertura massima del costo di assistenza tutelare socio sanitaria prevista dal P.A.I.:

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| • Bassa intensità assistenziale (punteggio da 4 a 9)      | fino a euro 800 mensili    |
| • Media intensità assistenziale (punteggio da 10 a 15)    | fino a euro 1.100 mensili  |
| • Medio–alta intensità assistenziale (punteggio oltre 15) | fino a euro 1.350 mensili* |
- \*(1.640 se senza rete familiare)

Il costo dell’assistenza tutelare socio sanitaria prevista dal P.A.I. è per il 50% (componente sanitaria) a carico dell’A.S.L., mentre il restante 50% (componente sociale) è a carico dell’Utente/EE.GG..

Qualora il beneficiario sia titolare di Indennità di Accompagnamento, tale previdenza va utilizzata per la copertura della componente sociale.

## **2.3 Condizioni e modalità di erogazione.**

E' condizione indispensabile per l'erogazione del Contributo economico a sostegno della domiciliarità in lungoassistenza l'accettazione da parte del soggetto destinatario, o del familiare, o, ove necessario, dell'amministratore di sostegno, del curatore, del tutore, dell'intero P.A.I. domiciliare, redatto dalla competente équipe interdisciplinare, prevista dalla D.G.R. 42-8390/2008.

Tale accettazione implica l'impegno dell'Utente alla corresponsione della quota eventualmente a suo carico.

### **A) Assistente familiare**

Nei casi in cui il P.A.I. preveda l'attività di un Assistente Familiare, questo/a deve essere regolarmente assunto/a con l'applicazione del C.C.N. del Lavoro Domestico.

L'assistente familiare può essere assunto/a dal soggetto beneficiario o da fornitore riconosciuto da A.S.L. ed EE.GG.

### **B) Familiare**

I due fondamentali ruoli esercitati dai familiari comportano differenziazioni sul piano del riconoscimento economico:

- 1) quando il familiare è solo caregiver, tale ruolo non è monetizzato, in quanto intrinseco al legame di parentela e all'eventuale scelta di convivenza;
- 2) nel caso in cui il familiare, oltre al ruolo di caregiver, svolga anche compiti di cura nei confronti di anziani non autosufficienti, secondo i tre livelli di necessità assistenziale sopramenzionati, sono previste quote di riconoscimento economico differenti a seconda della tipologia in cui è stato valutato il beneficiario, integrando nel P.A.I., oltre al lavoro dei familiari, altre prestazioni/servizi, che possono essere "mixati" fra di loro fino al massimale erogabile.

Nei casi in cui il P.A.I. preveda le attività di un familiare, con comprovata disponibilità di tempo e capacità, il Contributo economico a sostegno della domiciliarità in lungoassistenza è concesso a favore del familiare che si fa carico, in via preminente, della cura e dell'assistenza dell'anziano, previa formalizzazione dell'impegno con A.S.L. ed EE.GG.

Si riconoscono pertanto ai **familiari**, che svolgono funzioni di cura, le seguenti quote:

- **Euro 200,00** per anziano non autosufficiente a bassa intensità assistenziale;
- **Euro 300,00** per anziano non autosufficiente a media intensità assistenziale;
- **Euro 400,00** per anziano non autosufficiente a media-alta intensità assistenziale.

Il contributo economico ai familiari non si configura come una remunerazione delle attività di assistenza svolte, ma si giustifica in relazione alle spese sostenute e all'eventuale mancato guadagno.

### **C) Affidatario**

Nei casi in cui il P.A.I. preveda il ricorso "all'affidamento" diurno o residenziale, il Contributo economico a sostegno della domiciliarità in lungoassistenza è concesso all'affidatario con le stesse modalità del familiare di cui sopra.

Ad ogni affidatario non può essere affidata più di una persona anziana. E' possibile la valutazione di eventuali eccezioni, legate a casi di coniugi, strette parentele, convivenze, particolari condizioni di vicinato, nonché situazioni specifiche in aree geografiche ad alta dispersione territoriale.

Laddove il servizio sociale attiva l'affidamento a un volontario riconosciuto, l'attività del volontario può essere integrata dall'intervento domiciliare effettuato dall'assistente familiare o da altra figura professionale fino alla concorrenza del massimale previsto, analogamente a quanto avviene per i familiari.

Il contributo economico all'affidatario non si configura come una remunerazione delle attività di assistenza, bensì come un ristoro in relazione alle spese sostenute .

#### **1) affidatario caregiver**

**Euro 200,00** quando l'affidatario esercita unicamente il ruolo di caregiver (ruolo più "leggero"), nel caso di bassa e media intensità assistenziale per un soggetto anziano non autosufficiente.

Tale ruolo sarà necessariamente integrato da altri servizi facenti parte del P.A.I. (es. assistente familiare).

#### **2) affidatario con compiti di cura**

Quando l'affidatario svolge anche compiti di cura, il contributo economico previsto è diversificato sulla base delle tipologie così ripartite:

- **Euro 400,00** per un soggetto anziano non autosufficiente a bassa intensità assistenziale senza rete familiare;
- **Euro 500,00** per un soggetto anziano non autosufficiente a media intensità assistenziale senza rete familiare;
- **Euro 600,00** per un soggetto anziano non autosufficiente a media-alta intensità assistenziale senza rete familiare, nei confronti del quale viene attivato un affidamento, ipotizzando un intervento che preveda, oltre a passaggi plurimi durante l'arco della giornata, anche più momenti di copertura notturna in caso di necessità.

#### **3) Affidamento residenziale**

Si intende l'accoglienza temporanea/definitiva della persona anziana presso il domicilio dell'affidatario nei casi in cui l'assenza di reti parentali precluderebbe la permanenza presso la propria abitazione. Si tratta di un intervento connotato dalla continuità delle cure, attivabile in situazioni di maggiore necessità assistenziale, evitando/ritardando così il ricorso all'istituzionalizzazione dell'anziano, con un rimborso pari a **700,00 Euro** mensili.

#### **2.4 Controversie**

La Commissione Centrale per le rivalutazioni cliniche, di cui alla D.G.R. 74-28035 del 02/08/1999, integrata con le figure professionali in possesso di specifica competenza sull'area degli anziani - da individuarsi con apposito provvedimento regionale - costituisce il livello di riferimento e di garanzia in ordine alle eventuali controversie, che dovessero insorgere tra i diversi soggetti (A.S.L., EE.GG., utenti/familiari/associazioni rappresentative).