



REGIONE DELL'UMBRIA

OGGETTO: FORMA INTERVENTO SPERIMENTALE, ANNO 2001-2002, SOSTEGNO FAMIGLIE CHE ASSISTONO CASA CONGIUNTI ANZIANI GRAVEMENTE NON AUTOSUFFICIENTI E BISOGNOSI ASSISTENZA CONTINUATIVA, EROGAZIONE ASSEGNO DI CURA.....

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

27/12/2001

n.

1789

LORENZETTI MARIA RITA	Presidente
MONELLI DANILO	Vice Presidente
BOCCI GIANPIERO	Assessore
DI BARTOLO FEDERICO	Assessore
GIROLAMINI ADA	Assessore
GROSSI GAIA	Assessore
MADDOLI GIANFRANCO	Assessore
RIOMMI VINCENZO	Assessore
ROSI MAURIZIO	Assessore

presenti	assenti
X	
X	
X	
X	
X	
X	
X	
X	
X	

Presidente : LORENZETTI MARIA RITA

Relatore : ROSI MAURIZIO

Direttore: DE SALVO DOMENICO

Segretario Verbalizzante : MANUALI PAOLA

REGIONE DELL'UMBRIA	
Direzione Sanità e Servizi Sociali	
000545	14 GEN. 2002
Cat. 3	Cl. 1 Fasc. 7

ATTO AMMINISTRATIVO
ESECUTIVO II 0.8 GEN. 2002



DIRIGENTE

UFF. BIANCO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
UFF. CENTRALE	Prof. N. 391	
Sanità		
1.1 GEN. 2002		

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta del Direttore Regionale alla Sanità e Servizi Sociali;

Preso atto, ai sensi dell'art. 21 del Regolamento interno di questa Giunta:

a) del parere di regolarità tecnico-amministrativa e della dichiarazione che l'atto non comporta impegno di spesa resi dal Dirigente di Servizio/Dirigente in posizione individuale competente;

b) del parere di legittimità espresso dal Direttore;

Vista la legge regionale 22 aprile 1997, n. 15 e la normativa attuativa della stessa;

Visto il Regolamento interno di questa Giunta;

A voti unanimi, espressi nei modi di legge,

DELIBERA

1. di fare proprio il documento istruttorio, l'allegato e la conseguente proposta del Direttore che prevede l'erogazione da parte delle Aziende Usl di un assegno di cura per anziani non autosufficienti assistiti in famiglia, corredati dai pareri di cui all'art. 21 del Regolamento interno della Giunta, che si allegano alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;
2. di indicare alle Aziende Usl, come obiettivo da raggiungere, l'erogazione dell'assegno sino all'esaurimento della quota minima di budget prevista per ognuna di esse, entro un anno dall'inizio della sperimentazione;
3. di dare atto che l'assegno di cura è ricompreso nelle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria erogate nell'ambito dei servizi di assistenza domiciliare a carico del Fondo sanitario regionale e quindi finanziato dalle Aziende USL nell'ambito della quota indistinta loro attribuita;
4. di dare mandato al Servizio II della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali per l'attivazione di un coordinamento regionale con i delegati aziendali in materia di promozione e tutela della salute degli anziani, per garantire un monitoraggio sulle modalità di applicazione e gli effetti dell'introduzione dell'assegno di cura;
5. di effettuare una prima valutazione dell'applicazione del provvedimento dopo quattro mesi dall'inizio della sperimentazione anche con il coinvolgimento del tavolo permanente di consultazione con i Sindacati Pensionati per apportare miglioramenti e correttivi eventualmente resisi necessari;
6. di disporre la pubblicazione del testo del presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione Umbria al fine di una più ampia diffusione presso i soggetti interessati.

IL DIRETTORE:

IL PRESIDENTE:

IL RELATORE:

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE:



DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Forma di intervento sperimentale, per l'anno 2001-2002, di sostegno alle famiglie che assistono in casa congiunti anziani, gravemente non autosufficienti e bisognosi di assistenza continuativa, attraverso l'erogazione di un *assegno di cura*. Indicazioni alle Aziende Sanitarie Locali della Regione Umbria.

Premesso che la famiglia rappresenta l'elemento principale nel garantire la buona qualità della vita delle persone anziane che, se bisognose di sostegno, vi trovano idonea risposta, l'aiuto a coloro che aiutano è cardine indispensabile per una valida strategia di tutela per gli anziani.

A tale proposito ed a seguito dei confronti avvenuti con le OO. SS. rappresentative degli anziani e con gli operatori del settore, constatando l'attuale carenza di dati a nostra disposizione indicativi del bisogno assistenziale di anziani gravemente non autosufficienti, che necessitano di assistenza continuativa, nonché l'impossibilità di disporre di risorse finanziarie, verosimilmente, capaci di soddisfare tale bisogno ascrivibile a tutte le famiglie che mantengono al proprio interno anziani gravemente non autosufficienti bisognosi di assistenza continuativa, si è concordato quanto segue:

- nella consapevolezza che l'*assegno di cura* si prefigura come misura parziale e non esaustiva per il sostegno alle famiglie con anziani gravemente non autosufficienti bisognosi di assistenza continuativa, si ritiene indispensabile, per la futura programmazione dei servizi per tali soggetti, l'istituzione di un osservatorio epidemiologico regionale, idoneo a monitorare i fenomeni concernenti la non autosufficienza degli anziani ed i relativi setting assistenziali dove essi vengono mantenuti;
- si stabilisce che l'obiettivo primario dell'*assegno di cura* è quello di sostenere le famiglie che assistono anziani gravemente non autosufficienti, in casa, anche puntando a verificare la necessità del ricorso alla istituzionalizzazione per i cittadini ospitati in residenze per anziani prima della adozione della presente misura;
- si stabilisce che tale risorsa economica non va impiegata per l'acquisto di prestazioni sanitarie fruibili nell'ambito dei servizi del S.S.R..

In prima istanza:

andrà favorito il rientro in famiglia degli anziani già ospiti di strutture residenziali prevedendo i seguenti passaggi:

- revisione delle condizioni socio-sanitarie e relazionali di tutti gli anziani istituzionalizzati al 30/9/2001;
- definizione del piano personalizzato di assistenza per ciascun anziano;
- verifica della possibilità di deistituzionalizzazione in accordo con il contesto familiare di riferimento.

Tale verifica esiterà in una relazione di attività, che le Aziende Usl dovranno inviare entro sei mesi dal presente atto alla Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali, il cui espletamento costituirà vincolo per l'attivazione della procedura di assegnazione dell'*assegno di cura* agli anziani residenti in famiglia.

Andranno verificate le liste di attesa per l'ingresso in residenzialità esistenti al 30/11/01 al fine di selezionare gli anziani che possono avere accesso all'*assegno di cura* come misura alternativa.



Per le situazioni che riguardano anziani residenti in famiglia, si stabiliscono dei criteri atti a diversificare la domanda ed il relativo diritto di accesso al beneficio, in modo da configurare una scala di priorità:

1. età superiore agli 80 anni, compiuti all'atto di presentazione della domanda (per la particolare fragilità di tali soggetti e verosimilmente del loro ambiente familiare) prevedendo una deroga per gli anziani dai 65 anni in poi risultanti in lista di attesa per l'inserimento in strutture residenziali (RP ed RSA) al 30/11/01 come precedentemente richiamato
2. unica fascia di diritto: grave non autosufficienza con bisogno di assistenza continuativa;
3. diritto all'indennità di accompagnamento (già percepita o in attesa di definizione: a tale proposito, in quest'ultimo caso, si ravvisa la necessità di agevolare gli aspetti burocratici amministrativi che, attualmente prevedono tempi lunghi di attesa);
4. presenza di almeno un familiare, convivente con il paziente, che si assume la responsabilità di siglare il "contratto" e ne garantisce l'attuazione ed il rispetto (garanzia per il paziente, inserito in un piano assistenziale individuale dei servizi territoriali, e garanzie per l'ASL, cessazione del diritto per ricovero in ospedale o struttura residenziale o semi residenziale);
5. severi deficit funzionali e/o cognitivi, con non più di due ADL conservate e/o CDR uguale o superiore a 4 (certificati dal MMG del paziente, su apposita modulistica);
6. composizione quantitativa e qualitativa della famiglia (vedasi Piano sociale regionale);
7. condizione economica della persona e della famiglia di appartenenza (ISE: patrimonio e redditi; vedasi Piano sociale regionale) che gli interessati potranno documentare anche avvalendosi dei C.A.F. (Centri di assistenza fiscale).

In base a quanto sopra esposto ed in attuazione delle direttive poste da Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, il Piano sanitario Regionale 1999-2001 ha posto tra i suoi obiettivi quello della "promozione e tutela della salute degli anziani" individuando un'ipotesi programmatica tesa a privilegiare l'ADI ed a rafforzare il sistema assistenziale territoriale mediante un'articolata offerta di servizi deputati a facilitare la deospedalizzazione, ad impedire il ricovero improprio ed a sollevare le famiglie dall'eccessivo carico assistenziale.

Di pari passo anche il Piano sociale regionale 2000-2002, in linea con il P.S.R. per ciò che concerne gli interventi integrati socio-sanitari, prevede la sperimentazione di forme di intervento a sostegno delle famiglie che si prendono cura di soggetti "dipendenti".

In questa logica al fine di prevenire l'ospedalizzazione impropria o l'istituzionalizzazione evitabile degli anziani gravemente non autosufficienti, eventi particolarmente critici, in quanto fonte di forte disagio psicologico comportante il rischio di aggravare condizioni di dipendenza già esistenti, si colloca la previsione di istituire un "assegno di cura" finalizzato a sostenere le famiglie che normalmente si prendono cura della persona anziana gravemente non autosufficiente convivente, in modo tale da consentire il mantenimento di quest'ultima nel proprio contesto di vita salvaguardandone l'individualità, i rapporti familiari e le relazioni sociali.

La domanda per l'ammissione al beneficio avanzata dagli interessati, deve sempre essere corredata dal certificato del MMG del paziente avente diritto, attestante il relativo grado di grave non autosufficienza, dallo stato di famiglia, dalla certificazione ISE a cura del Comune di appartenenza e da quella attestante l'eventuale presenza, nel nucleo familiare, di altri soggetti invalidi o disabili.



Per agevolare i cittadini aventi diritto, la domanda va presentata al relativo centro di salute del territorio dove risiede l'anziano che provvederà a trasferirla al Distretto di appartenenza dove confluirà nella lista unica redatta a scala territoriale per ASL. Tali singole liste di ASL saranno ricomposte a livello Regionale, presso l'istituendo osservatorio dei bisogni assistenziali socio sanitari degli anziani non autosufficienti.

L'accertamento delle condizioni che giustificano l'ammissione al beneficio dell'assegno di cura sarà realizzata dalla Unità di Valutazione Geriatrica UVG delle Aziende Usf competenti all'interno di un programma personalizzato di assistenza domiciliare integrata (ADI) disposto alla stessa UVG e con criteri univoci definiti a livello Regionale.

Beneficiari dell'assegno di cura - individuabile in L. 27.000 giornalieri, corrispondenti a Lire 810.000 mensili e quindi Lire 9.720.000 per mesi 12, rivalutabili annualmente in base all'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie - sono le famiglie conviventi con la persona anziana gravemente non autosufficiente in cui il familiare responsabile dell'assistenza sia un parente del paziente entro il terzo grado o un affine entro il secondo grado.

I beneficiari sottoscriveranno un "contratto di assistenza" con l'ufficio competente dell'Azienda USL di appartenenza (Distretto o Centro di salute) definendo gli impegni assunti all'interno del programma personalizzato di assistenza. Le attività di cura dirette all'anziano non autosufficiente che possono essere incluse nel progetto e che sono da ritenersi attività socio assistenziali a rilievo sanitario, attengono in primo luogo ed indicativamente alla

- cura delle operazioni per l'igiene personale quotidiana
- cura delle operazioni periodiche di pulizia completa della persona
- assistenza e aiuto nella deambulazione, mobilitazione e vestizione
- attività per il mantenimento delle residue capacità psico-fisiche ed il contenimento del possibile peggioramento
- attività di stimolo per il mantenimento delle capacità relazionali e di comunicazione

L'assegno di cura va ricompreso nelle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria erogate nell'ambito dei servizi di assistenza domiciliare a carico del Fondo sanitario regionale e quindi finanziato dalle Aziende USL nell'ambito della quota indistinta loro attribuita.

Le Aziende ASL deriveranno dalla quota capitaria, il budget da dedicare a tale sperimentazione annuale dell'assegno di cura (l'assegno di cura della sperimentazione non costituirà un diritto acquisito permanente).

Si ritiene di fissare a livello regionale un budget corrispondente a Lire 3.500.000.000= che garantirà l'erogazione del beneficio (durata annuale della sperimentazione, ma non necessariamente dell'indennità: ad es. decesso del paziente ed inserimento di uno nuovo) ad almeno 360 soggetti in tutto il territorio regionale ripartiti tra le quattro Aziende USL in maniera direttamente proporzionale alla popolazione anziana ultrasessantacinquenne, come da tabella seguente:



AZ. ULS	Anziani >65 anni anno 1999	Fruitori	Budget previsto
ULS n. 1	24.819	49	469.959.549
ULS n. 2	68.415	133	1.295.470.508
ULS n. 3	39.733	77	752.363.220
ULS n. 4	51.829	101	981.406.723
	184.796	360	3.499.200.000

Elaborazione Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali

Per garantire un coordinamento ed un monitoraggio sulle modalità di applicazione e gli effetti del presente atto verrà attivato un tavolo regionale ad hoc con i Direttori Generali o i Loro delegati.

In prima istanza i risultati attesi dall'attivazione dell'assegno di cura riguarderanno il miglioramento della qualità della vita degli anziani non autosufficienti ed un alleggerimento del lavoro di cura a carico degli affidatari, un'eventuale riduzione o ritardo nell'istituzionalizzazione delle persone non autosufficienti, stimabile di almeno il 10%, con possibile riduzione dei ricoveri impropri e conseguente diminuzione dei costi sanitari connessi a tali fenomeni.

Il risparmio derivante dall'auspicabile decremento nel numero degli anziani istituzionalizzati dovrà essere reinvestito nell'ambito dei servizi domiciliari o comunque alternativi all'istituzionalizzazione attivati a parte delle Aziende Usl.

Perugia, 12.2001

L'Istruttore
(Dott.ssa Paola Bellini)

VISTO DEL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Visto il documento istruttorio e riscontrata la regolarità del procedimento, ai sensi dell'art. 21, comma 2, del Regolamento interno della Giunta, si trasmette al Direttore per le determinazioni di competenza.

Perugia, 13.12.2001

Il Responsabile del procedimento
(Dott. Carlo Romagnoli)

PARERE IN ORDINE ALLA REGOLARITA' TECNICO-AMMINISTRATIVA E DICHIARAZIONE CONTABILE

Ai sensi dell'art. 21, commi 3 e 4, del Regolamento interno della Giunta, si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnico-amministrativa del documento istruttorio e si dichiara che l'atto non comporta impegno di spesa.

Perugia, 13.12.2001

Il Dirigente di Servizio
(Dott. Carlo Romagnoli)



PROPOSTA E PARERE DI LEGITTIMITA'

Il Direttore Regionale alla Sanità e Servizi Sociali;

Visto il documento istruttorio;

Atteso che sull'atto sono stati espressi il parere di regolarità tecnico-amministrativa e la dichiarazione contabile prescritti;

Non ravvisando vizi sotto il profilo della legittimità;

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

Perugia, 14.12.2001

Il Direttore
(Dott. Domenico De Salvo)



AssegnoDiCura
PB/gc



Allegato 1 Schema operativo per L'EROGAZIONE DI "ASSEGNI DI CURA" PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI IN FAMIGLIA.

• **BENEFICIARI**

Familiari, parenti entro il terzo grado o gli affini entro il secondo grado, conviventi con la persona anziana gravemente non autosufficiente bisognosa di assistenza continuativa.

• **IMPORTO DELL'ASSEGNO DI CURA**

L'equivalente a lire 27.000 pro die, pari a Lire 810.000 per trenta giorni

• **ENTE EROGATORE**

Azienda USL di appartenenza territoriale dell'anziano non autosufficiente (distretto o Centro di salute).

Le Aziende dovranno garantire l'erogazione dell'assegno sino all'esaurimento della quota minima di budget prevista per ognuna di esse, entro un anno dall'inizio della sperimentazione

L'assegno di cura è ricompreso nelle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria erogate nell'ambito dei servizi di assistenza domiciliare a Carico del Fondo sanitario regionale e quindi finanziato dalle Aziende USL nell'ambito della quota indistinta loro attribuita.

• **PROCEDURA**

La domanda viene

1. presentata dal familiare interessato, debitamente corredata da: certificato medico del MMG redatto su apposita modulistica regionale etc;
2. consegnata presso il centro di salute di riferimento territoriale;
3. valutata dalla UVG Aziendale, con i criteri stabiliti a livello regionale;
4. inserita nella apposita graduatoria di ASL che verrà utilizzata sino al completo esaurimento del budget previsto (se necessario differenziato per Distretto, in base all'indice di invecchiamento);
5. l'assegno viene erogato, dopo condivisione del piano assistenziale individuale formulato di concerto tra familiare, UVG Aziendale, MMG e Centro di salute, entro 30 giorni dalla stipula del "contratto di assistenza" tra Direttore Generale e familiare;
6. l'assegno viene sospeso definitivamente in caso di istituzionalizzazione permanente o di decesso dell'anziano, di assenza del familiare di riferimento o di non rispetto dei vincoli contrattuali; viene sospeso temporaneamente per ricovero o istituzionalizzazione temporanei.

Ha comunque durata corrispondente ai 12 mesi di sperimentazione.

Gli sviluppi temporanei del provvedimento saranno definiti a conclusione del processo di verifica sulla sperimentazione.

• **CONTENUTO DEL CONTRATTO**

Il "contratto di assistenza" stipulato dai beneficiari con l'ufficio competente dell'Azienda USL di appartenenza (distretto o Centro di salute) definisce gli impegni assunti all'interno del programma personalizzato di assistenza ed è riferito ad un periodo definito (indicativamente 6 mesi) riconfermabile previa rivalutazione.

Le attività di cura dirette all'anziano non autosufficiente che possono essere incluse nel progetto e che possono ritenersi attività socio assistenziali a rilievo sanitario, attengono in primo luogo ed indicativamente alla:

- cura delle operazioni per l'igiene personale quotidiana;



- cura delle operazioni periodiche di pulizia completa della persona;
- assistenza e aiuto nella deambulazione, mobilizzazione e vestizione;
- attività per il mantenimento delle residue capacità psico-fisiche ed il contenimento del possibile peggioramento;
- attività di stimolo per il mantenimento delle capacità relazionali e di comunicazione.

L'Ente erogatore provvederà ad effettuare verifiche periodiche volte a garantire il rispetto del "contratto di assistenza" e a valutare i benefici a favore dell'anziano.



17 GEN. 2002

Per copia conforme
all'originale.



L. DIRIGENTE