

REGIONE TOSCANA
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE TOSCANA CENTRO
Sede Legale Piazza Santa Maria Nuova n. 1 – 50122 Firenze

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

Numero della delibera	183
Data della delibera	25-02-2016
Oggetto	Società della Salute
Contenuto	Recepimento delibera SdS di Empoli n. 20 del 21/12/2015 e adozione del Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente e del Regolamento per le modalità di accesso e di applicazione dell'ISEE e alle prestazioni dell'area della non autosufficienza"

Dipartimento	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
Direttore del Dipartimento	RAVAGLIA DINO
Struttura	UOC SERV AMM EROG PREST
Direttore della Struttura	MARCONCINI GABRIELE
Responsabile del procedimento	MARCONCINI GABRIELE

Conti Economici			
Spesa	Descrizione Conto	Codice Conto	Anno Bilancio
Spesa prevista	Conto Economico	Codice Conto	Anno Bilancio

Estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo		
Allegato	N° di pag.	Oggetto
A	11	Fondo per la non autosufficienza - progetto assistenza continua alla persona non autosufficiente
B	11	modalità di accesso e applicazione dell'ISEE alle prestazione dell'area della non autosufficienza

Tipologia di pubblicazione	Integrale	Parziale
-----------------------------------	-----------	----------

IL DIRETTORE GENERALE

Visti

- Il Decreto Legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- il Decreto Legislativo n. 267/2000 "Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali";
- la Legge n. 328 del 8 novembre 2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e successive modificazioni;
- la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale" e successive modificazioni,
- la Legge Regionale n. 40 del 24 Febbraio 2005 "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale" e successive modificazioni che al Capo III bis "Società della Salute" disciplina finalità, funzioni e assetti organizzativi delle Società della Salute in Toscana;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 243 del 11.04.2011 con la quale la Regione Toscana ha approvato "Disposizioni operative per il funzionamento delle Società della Salute in Toscana";
- la Deliberazione del Consiglio Regionale n. 91 del 5 novembre 2014 con la quale è stato approvato il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012 – 2015;
- la Legge Regionale n. 84 del 28 dicembre 2015, recante il "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005", che ha abrogato la Legge Regionale n. 28 del 16 marzo 2015, recante "Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale";

Visti altresì

- la Legge Regionale n. 66/2008 avente ad oggetto "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza";
- la DGRT n. 370 del 22/03/2010 con la quale è stato approvato il "Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente – area anziani" e con la quale la Regione Toscana fornisce indicazioni operative sulle modalità organizzative e funzionali del sistema di servizi e interventi per la non autosufficienza;
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 5/12/2013 che ha rivisto le modalità di determinazione dell'ISEE;
- il Decreto del Ministero del Lavoro che approva i nuovi modelli di Dichiarazione Sostitutiva Unica in vigore da Gennaio 2015;

Rilevato che l'art 83 della LR 84/2015 stabilisce che "Le Aziende unità sanitarie locali (USL) di nuova istituzione di cui all' art 32 della l.r. 40/2005 operano a decorrere dal 1° gennaio 2016";

Richiamata la deliberazione n. 1 del 7 gennaio 2016 "Presenza d'atto costituzione dell'Azienda Usl Toscana Centro" e la deliberazione n. 2 del 7 gennaio 2016 "Deleghe di funzioni ai dirigenti";

Richiamata la Deliberazione n. 83 del 12/02/2016 approvazione Convenzione per l'esercizio e l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie del territorio empolesse valdelsa – anno 2016 tra l'Azienda Usl Toscana Centro, l'Unione dei Comuni Circondario Empolese Valdelsa e la Società della Salute di Empoli con la quale vengono regolati i rapporti tra gli enti sottoscrittori al fine di garantire per il territorio della Zona Empolese Valdelsa l'integrazione socio sanitaria;

Preso atto che la SdS di Empoli risulta l'ente assegnatario delle risorse regionali relative al Fondo Regionale per la non Autosufficienza e che ai sensi della Convenzione sopra richiamata ha autonomia

progettuale e regolamentare ma che svolge tali attività avvalendosi delle strutture e del personale di questa Azienda Sanitaria;

Visto, il Bilancio di Previsione per l'anno 2016 della SdS di Empoli nel quale vengono iscritti in forma di stima 2.261.544,33 € di Fondo per la Non Autosufficienza calcolati in forma prudenziale sulla base di quanto stanziato nell'anno 2015 dalla Regione Toscana per la SdS di Empoli ed in attesa dello stanziamento per l'anno 2016;

Richiamata la Deliberazione dell'Assemblea dei Soci della SdS di Empoli n. 20 del 21/12/2015 "Modifiche alla propria deliberazione n. 14 del 19/05/2015 – Fondo per la Non Autosufficienza: modifiche al Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente e al Regolamento per le modalità di accesso e di applicazione dell'ISEE e alle prestazioni dell'area della non autosufficienza" con la quale la SdS di Empoli, ha apportato modifiche e integrazioni ai due documenti;

Preso atto che con il Regolamento delle modalità di accesso e applicazione dell'ISEE alle prestazioni dell'Area della Non Autosufficienza approvato dalla SdS di Empoli con la deliberazione sopra richiamata, in virtù di quanto disposto all'art. 6 della Convenzione di cui alla Deliberazione n. 83 del 12/02/2016, vengono stabilite le modalità di applicazione dell'ISEE anche per le prestazioni di tipo residenziale permanente per anziani non autosufficienti che non rientrano negli interventi previsti dal Fondo per la Non Autosufficienza ma che prevedono un intervento economico di risorse comunali;

Ritenuto opportuno recepire i contenuti della Delibera dell'Assemblea dei Soci n. 20 del 21/12/2015 e di adottare il "Progetto per l'Assistenza continua alla Persona Non Autosufficiente" e il Regolamento "Modalità di accesso e applicazione dell'ISEE alle prestazioni dell'Area della Non Autosufficienza", rispettivamente allegati di lettera A) e B) alla presente deliberazione quali parti integranti e sostanziali;

Dato atto che del presente provvedimento è stato dato conto alla UOC Bilancio (Ambito Empoli);

Visto che l'istruttoria della presente Deliberazione è stata curata dal Direttore della UOC Servizi Amministrativi per l'Erogazione delle Prestazioni (Ambito Empoli), Dr. Gabriele Marconcini in qualità di responsabile del relativo procedimento;

Vista la proposta del Direttore della UOC Servizi Amministrativi per l'Erogazione delle Prestazioni (Ambito Empoli), Dr. Gabriele Marconcini, che ne attesta la regolarità tecnica, amministrativa e la legittimità;

Vista la sottoscrizione del Direttore del Dipartimento Amministrativo (Ambito Empoli), Dr. Dino Ravaglia, che ne attesta la coerenza agli indirizzi e agli obiettivi del Dipartimento medesimo;

Visti l'art. 3 ter del D.Lgs. n. 502/92 articolo introdotto dal D.Lgs. n. 229/99 e l'art. 42, comma 2 della LRT n. 40/05 e ss.mm.ii.;

Ritenuto opportuno, per motivi di urgenza, di dichiarare il presente atto deliberativo immediatamente eseguibile ai sensi dell'art. 42, comma 4 della LRT n. 40/05 e ss.mm.ii, al fine di dare immediata attuazione a quanto disposto dal Progetto e dal Regolamento allegati e garantire la continuità delle attività di collaborazione;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa che qui si intendono integralmente richiamate

1. di recepire i contenuti della Delibera dell'Assemblea dei Soci n. 20 del 21/12/2015 e di adottare il "Progetto per l'Assistenza continua alla Persona Non Autosufficiente" e il Regolamento "Modalità di accesso e applicazione dell'ISEE alle prestazioni dell'Area della Non Autosufficienza", rispettivamente allegati di lettera A) e B) alla presente deliberazione quali parti integranti e sostanziali;
2. di garantire lo svolgimento di quanto previsto dal "Progetto per l'Assistenza continua alla Persona Non Autosufficiente" e il Regolamento "Modalità di accesso e applicazione dell'ISEE alle prestazioni dell'Area della Non Autosufficienza" tramite le proprie strutture ed il proprio personale in continuità con quanto precedentemente disposto e ai sensi della Convenzione sottoscritta con la

SdS di Empoli e l'Unione dei Comuni Circondario Empolese Valdelsa di cui alla propria deliberazione n. 83 del 12/02/2016;

3. assumere che dal presente provvedimento non derivano costi a carico di questa Azienda USL Toscana Centro;
4. di dichiarare, per motivi di urgenza, il presente atto deliberativo immediatamente eseguibile ai sensi dell'art. 42, comma 4, della LRT n. 40/05 e ss.mm.ii., al fine di dare immediata attuazione a quanto disposto dal Progetto e dal Regolamento allegati e garantire la continuità delle attività di collaborazione;
5. trasmettere al Collegio Sindacale il presente atto a norma di quanto previsto dall'art. 3-ter del D.Lgs. n. 502/92, come modificato dal D.Lgs. n. 229/99 e tenuto conto di quanto previsto dall'art. 42, comma 2 della LRT n. 40/05 e ss.mm.ii.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Paolo Morello Marchese)

Allegato A

FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA PROGETTO ASSISTENZA CONTINUA ALLA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE

Art. 1 Riferimenti normativi

Legge Regionale n. 66/2008

Istituzione Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

Delibera GRT 370/2010

Approvazione del Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente

Decreto 1354/2010

Approvazione nuove procedure di valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno della persona anziana non autosufficiente.

Decreto 1759/2010

Modifiche al decreto 1354/2010

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 dicembre 2013, n. 159

Nuove modalità di calcolo dell'ISEE

Art. 2 Oggetto

Gli interventi di cui al presente regolamento sono finanziati dal Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, salvo quanto diversamente specificato e sono assicurati per tutto il periodo in cui è garantito tale finanziamento.

Con il progetto si riconosce alla persona non autosufficiente il diritto alla garanzia della prestazione socio sanitaria appropriata, attraverso la valutazione dello stato di bisogno, la redazione del progetto personalizzato e l'erogazione delle prestazioni relative.

I principi generali del presente progetto sono: l'orientamento alla prevenzione della non autosufficienza, la promozione della domiciliarità nel rispetto dell'appropriatezza, il pieno utilizzo della rete dei servizi territoriali, la presa in carico del cittadino attraverso progetti di assistenza personalizzati, condivisi con la famiglia.

In ogni caso la compartecipazione richiesta non potrà superare il 100% del costo della prestazione al netto dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Art. 3 Obiettivi generali

- Realizzare il diritto dei cittadini alla garanzia della prestazione socio sanitaria appropriata, nel rispetto dei principi di equità e giustizia, attraverso una lettura tempestiva ed una appropriata valutazione multidimensionale del bisogno.
- Realizzare il diritto del cittadino ad un trattamento personalizzato attraverso l'elaborazione di un Piano di Assistenza Personalizzato.

Art. 4 Destinatari

Possono accedere alle prestazioni previste dal presente documento i cittadini con i seguenti requisiti:

- Residenza nei comuni di Capraia e Limite, Castelfiorentino, Cerreto Guidi, Certaldo, Empoli, Fucecchio, Gambassi Terme, Montaione, Montespertoli, Montelupo Fiorentino, Vinci.
- Persone di età superiore a 65 anni con valutazione di non autosufficienza da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale e in casi particolari, persone di età compresa tra 18 e 65 anni che necessitano di interventi per i quali il case manager richieda una valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale.

Casi di assoluta eccezionalità e urgenza, non riferibili direttamente alle situazioni sopra elencate, sono ammessi previa autorizzazione del Direttore dei Servizi Sociali.

Art. 5 **Accesso - Punto Insieme**

Per beneficiare degli interventi previsti nel presente progetto sono necessarie le seguenti condizioni:

- Valutazione di non autosufficienza da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale,
- Positività delle verifiche periodiche dell'adeguatezza del Piano Assistenziale Personalizzato da parte del Responsabile del Piano.

L'avvio del procedimento finalizzato all'accesso agli interventi e servizi di cui al presente regolamento avviene tramite i Punti Insieme dislocati sul territorio.

Questi provvedono a:

- Fornire informazioni e orientamento sui servizi e prestazioni di cui al presente regolamento,
- Consegnare la modulistica necessaria per la compilazione della domanda,
- Ritirare la domanda e la relativa documentazione allegata, accertandosi della sua completezza,
- Avviare le procedure protocollando la domanda, registrando l'avvio del procedimento e trasmettendo tempestivamente la documentazione al personale amministrativo di supporto all'Unità di Valutazione Multidimensionale.

La domanda di accesso può essere presentata dal diretto interessato, da familiari o parenti, da amministratore di sostegno.

Deve essere corredata dalla scheda clinica compilata dal Medico curante e dalla Dichiarazione sostitutiva unica ISEE in corso di validità, (salvo quanto previsto per la rinuncia alla presentazione dell'ISEE).

Non sono ammesse domande di accesso incomplete.

Nel caso in cui la **famiglia richieda il ricovero definitivo in RSA**, il personale del Punto Insieme, consegna la modulistica di accesso e si preoccupa di informare il richiedente della necessità di un preventivo colloquio con l'assistente sociale. A tal fine si farà carico di comunicare al segretariato sociale il nominativo ed i riferimenti utili affinché il servizio sociale possa concordare telefonicamente un appuntamento con l'interessato. Una volta effettuato il colloquio l'utente riconsegna la domanda compilata al Punto Insieme.

Art. 6 **Prima valutazione a domicilio**

Il personale amministrativo di supporto all'Unità di Valutazione:

- riceve la domanda dal Punto Insieme,
- attiva il servizio infermieristico e il servizio sociale per la visita domiciliare trasmettendo loro l'ISEE della persona da valutare.
- in sede di valutazione il personale che effettua la visita domiciliare avrà cura di informare la famiglia dell'eventuale costo dei servizi e del valore dei contributi economici erogabili in relazione all'ISEE.

Il personale del servizio infermieristico e sociale a seguito della visita domiciliare compilano su supporto informatico le schede di valutazione descritte all'articolo successivo e comunicano al personale amministrativo di supporto all'Unità di Valutazione l'avvenuta valutazione.

Art. 7 **Unità di Valutazione Multidimensionale** **La Valutazione e l'Isogravità**

L'Unità di Valutazione Multidimensionale è composta da un nucleo stabile formato da un Medico dei servizi sanitari territoriali che svolge il ruolo di coordinatore, un'Assistente Sociale, un Infermiere e supportata dal servizio amministrativo. L'Unità di Valutazione Multidimensionale può essere eventualmente integrata in rapporto alle necessità, dal medico di medicina generale, dall'assistente sociale referente del caso, da professionalità specialistiche e operatori della riabilitazione.

La valutazione complessiva delle condizioni di bisogno della persona non autosufficiente è eseguita dalla Unità di Valutazione Multidimensionale che si avvale di una procedura e di schede valutative che prendono a riferimento le condizioni sanitarie, cognitive comportamentali e la situazione socio ambientale e familiare, come previsto dalla delibera R.T. 370/2010.

La procedura valutativa produce 5 diversi livelli di isogravità ai quali corrispondono diversi pacchetti di prestazioni illustrati e dettagliati di seguito.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale progetta il percorso assistenziale appropriato denominato Piano assistenziale personalizzato. Questo viene elaborato entro 30 giorni dalla data di presentazione della domanda completa.

Nei casi di isogravità compresa tra 3 e 5 è ammesso l'accesso alle risorse del Fondo per la Non Autosufficienza previste dal presente regolamento; nei casi di isogravità 1 e 2, qualora l'Unità di Valutazione Multidimensionale valuti che il bisogno assistenziale debba essere assolto attraverso un Piano Assistenziale Personalizzato, si ricorre all'utilizzo delle risorse ordinarie sociali o sanitarie e/o alla compartecipazione della famiglia e/o alle sole risorse della stessa.

Art. 8 Piano Assistenziale Personalizzato

Il Piano di Assistenza Personalizzato, elaborato dall'Unità di Valutazione Multidimensionale e condiviso, prima della sottoscrizione, con l'assistito o con la famiglia, riporta il livello isogravità, la pianificazione degli interventi (servizi e/o contributi) e la loro durata e l'entità della compartecipazione o il valore del contributo.

Il Piano Assistenziale Personalizzato ha una durata massima di 12 mesi. Alla scadenza prevista è rinnovabile con le modalità descritte ai punti successivi o, se non rinnovato, decade automaticamente.

Il Piano Assistenziale Personalizzato ha scadenza indipendente dall'ISEE.

Il tempo massimo previsto per la decorrenza dell'erogazione delle prestazioni assistenziali previste nel Piano Assistenziale Personalizzato è di 60 giorni dalla presentazione della domanda, che può essere protratto fino a 90 giorni per gli inserimenti in residenze sanitarie assistite.

Per ogni Piano di Assistenza Personalizzato è individuato un Responsabile del Piano che costituisce l'interfaccia con la famiglia e che ha il compito di verificarne periodicamente l'effettiva attuazione e l'adeguatezza. Il Responsabile del Piano propone il rinnovo come previsto ai punti successivi.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale, fermo restando il livello di isogravità individuato, dispone di autonomia nell'elaborare il Piano Assistenziale più adeguato a rispondere anche alle aspettative della famiglia.

La sottoscrizione del Piano Assistenziale Personalizzato è da considerarsi come piena accettazione da parte della famiglia della proposta assistenziale e della eventuale compartecipazione al costo del servizio.

Non è prevista alcuna rivalutazione successiva alla firma del Piano Assistenziale Personalizzato prima che siano decorsi almeno 6 mesi dalla valutazione, se non nei casi di seguito descritti.

Nel caso di prestazioni il cui costo è suscettibile di variazioni in relazione alla struttura frequentata (struttura residenziale o semiresidenziale) o al numero di prestazioni erogate (assistenza domiciliare e/o giorni di frequenza per centri diurni), la determinazione del costo riportato sul Piano Assistenziale Personalizzato deve intendersi come costo medio e quindi soggetto a eventuale ulteriore determinazione.

Nella logica dell'accomodamento ragionevole e in casi di assoluta eccezionalità, qualora non sia possibile sottoscrivere l'accordo con l'utente o la famiglia perché viene richiesto e accettato solo un intervento residenziale, le risorse previste dal Piano Assistenziale Personalizzato per interventi domiciliari, potranno essere convertite in contributo per ricovero in RSA in posti privati autonomamente individuati dalla famiglia.

Il Responsabile del Piano Assistenziale Personalizzato.

Il Coordinatore dell'Unità di Valutazione Multidimensionale individua il Responsabile del Piano Assistenziale Personalizzato che ha il compito di seguirne l'attuazione e di essere referente per la presa in carico della persona interessata o dei familiari.

Rivalutazione del Piano Assistenziale Personalizzato prima della scadenza prevista.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale, su proposta del Responsabile del Piano, rivaluta il Piano di Assistenza Personalizzato prima della scadenza prevista limitatamente ai seguenti casi:

- in presenza di una scheda clinica o relazione da parte del Medico di Medicina Generale che attesti l'aggravamento clinico cui seguirà somministrazione delle schede sanitarie;
- in presenza di una valutazione del servizio sociale che attesti una modifica delle condizioni socio-ambientali che hanno originato il Piano Assistenziale Personalizzato cui seguirà somministrazione della scheda sociale;
- in presenza di una variazione documentata del valore ISEE (ISEE CORRENTE) che, a giudizio del Responsabile del Piano, può comportare una revisione del progetto assistenziale;
- qualora il Responsabile del Piano Assistenziale Personalizzato rilevi la necessità di rivalutazione.

E' cura del Responsabile del Piano Assistenziale Personalizzato, quale interfaccia tra la famiglia e l'Unità di Valutazione Multidimensionale, proporre direttamente al Coordinatore dell'Unità di Valutazione Multidimensionale la rivalutazione del Piano.

Eventuali domande di rivalutazione presentate direttamente dall'utente o dalla famiglia al Punto Insieme sono accolte solo se sono trascorsi almeno 6 mesi dalla data della precedente valutazione.

Scadenza del Piano Assistenziale Personalizzato

Alla scadenza temporale originariamente prevista il Piano Assistenziale Personalizzato può essere:

- a) non rinnovato**, se sono venute meno le condizioni che lo hanno attivato;
- b) rinnovato con le stesse condizioni**, qualora il Responsabile del Piano, sentite le altre figure professionali coinvolte, verifichi che non sono mutate le condizioni sanitarie e socio ambientali che hanno originato il Piano Assistenziale Personalizzato.
- c) rinnovato con modifiche**, con nuova valutazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale, qualora il Responsabile del Piano, sentite le altre figure professionali coinvolte nell'assistenza, verifichi che sono mutate le condizioni sanitarie e socio ambientali che hanno originato il Piano Assistenziale Personalizzato.

E' cura del Responsabile del Piano monitorare le scadenze del Piano Assistenziale Personalizzato al fine di proporre i rinnovi.

Le proposte di rinnovo sono inoltrate dal Responsabile del Piano al Coordinatore dell'Unità di Valutazione Multidimensionale il quale provvederà a dare seguito al procedimento tramite l'ufficio amministrativo di supporto all'Unità di Valutazione Multidimensionale.

Al momento della proposta di rinnovo, qualora l'ISEE fosse scaduto, è necessaria l'acquisizione dell'ISEE aggiornato da parte dell'ufficio amministrativo o direttamente dal responsabile del caso che propone il rinnovo, fatto salvo quanto previsto all'art. 12 qualora l'utente decida di non essere sottoposto a valutazione economica.

Qualora in sede di rinnovo, l'utente o il familiare non accettino le variazioni economiche derivanti dall'aggiornamento dell'ISEE, l'Unità di Valutazione Multidimensionale può disporre una rimodulazione degli interventi previsti nel Piano Assistenziale Personalizzato. Eventuali deroghe relative all'ISEE o ai requisiti di accesso devono essere autorizzate dal Responsabile dei Servizi Sociali.

Art. 9 Applicazione dell'ISEE

1. Ai costi dei servizi e prestazioni non coperti non coperti dai livelli di assistenza sanitaria si applicano le disposizioni previste dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 159/2013 in tema di ISEE e compartecipazione.
2. Per ogni tipologia di servizio o prestazione sono inviate ai successivi articoli soglie minime e massime di ISEE.

In particolare si precisa che:

- **punti A, B, C, dell'art. 10:** la soglia ISEE di 40.000 € individuata all'art. 5 è stabilito quale importo massimo oltre il quale il contributo economico non è erogabile.
- **Punto D, dell'art. 10:** la soglia ISEE di 40.000 € individuata all'art. 6 è stabilita quale importo massimo oltre il quale l'intervento economico del Fondo per la Non Autosufficienza non è erogabile e il costo del servizio è a totale carico dell'utente. La domanda di valutazione con ISEE > 40.000 è comunque accolta.
- **Punto E dell'art. 10:** escluso dall'applicazione dell'ISEE.
- **Punti F, G, dell'art. 10:** per la quota di parte sociale è previsto un intervento economico integrativo di abbattimento della quota sociale a carico del Fondo per la Non Autosufficienza il cui importo è calcolato sulla base dell'ISEE. La soglia ISEE prevista agli artt. 7 e 8 di 26.000 € è stabilita quale importo massimo oltre il quale l'intervento economico del Fondo per la Non Autosufficienza non è erogabile e il costo del servizio di parte sociale è a totale carico dell'utente. La domanda di valutazione con ISEE > 26.000 è comunque accolta dal momento che la parte sanitaria della retta giornaliera, laddove prevista, è interamente a carico del Servizio Sanitario.
- **Punto H, I, dell'art. 10:** l'importo della quota sanitaria della retta giornaliera, laddove prevista, è interamente a carico del Servizio Sanitario, mentre la quota sociale è a carico dell'assistito salvo un intervento economico integrativo a carico del Comune, il cui importo è calcolato sulla base dell'ISEE.

Qualora l'assistito decida di non essere sottoposto a valutazione della propria situazione economica e non presenta ISEE si prevede che sottoscriva un impegno all'assunzione dei costi del piano assistenziale e che sarà considerata valida per tutta la durata del piano stesso o fino a revisione della compartecipazione in caso di ricoveri di cui al punto I).L'eventuale successiva richiesta di applicazione dell'ISEE avrà decorrenza dalla data del rilascio dell'ISEE stesso.

Art. 10 Interventi previsti

Area della domiciliarità:

- A) Contributi economici per assistenti familiari
- B) Contributi economici per care giver familiare
- C) Contributi economici per ricovero temporaneo di sollievo
- D) Assistenza domiciliare diretta
- E) Assistenza domiciliare tutelare SAD-T

Area della semiresidenzialità

- F) Centri diurni

Area della residenzialità temporanea

- G) Ricoveri post acuzie (riabilitativi, ordinari, modulo cognitivo) fino a 180 gg.

Area della residenzialità

- H) Ricoveri temporanei superiori a 180 gg.
- I) Ricoveri permanenti

Qualora l'Unità di Valutazione Multidimensionale lo ritenga necessario, su un singolo assistito possono essere attivati contemporaneamente in un unico Piano Assistenziale più di un intervento. Nella definizione

del Piano l'Unità di Valutazione Multidimensionale deve attenersi al budget mensile previsto per l'intervento che prevede il contributo o l'integrazione più alta.

AREA DELLA DOMICILIARITA'

A) CONTRIBUTI ECONOMICI PER ASSISTENTI FAMILIARI

La prestazione consiste nell'erogazione di contributi finalizzati al sostegno economico di chi si avvale di un assistente familiare regolarmente assunto con inquadramento secondo il CCNL quale "assistenza persona non autosufficiente" nel livello CS o DS.

I **contributi per assistente familiare** sono erogati in relazione al livello di isogravità secondo la tabella che segue:

Isogravità	Contributo massimo mensile
5	450,00 €
4	310,00 €
3	120,00 €

L'importo del contributo è proporzionato all'ISEE SOCIO SANITARIO del beneficiario della prestazione.

Per la decorrenza del contributo si rimanda a quanto previsto dallo specifico regolamento.

Qualora il contributo economico mensile spettante risulti inferiore a 20,00 Euro, questo sarà arrotondato a questa cifra.

B) CONTRIBUTI ECONOMICI PER CARE GIVER (responsabile familiare dell'assistenza)

Il contributo **responsabile familiare dell'assistenza (care giver)** è erogato a supporto di uno dei componenti la famiglia anagrafica (individuato ai sensi del DPR n.223/89, che definisce la famiglia anagrafica come un "insieme di persone legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o da vincoli affettivi, coabitanti ed aventi dimora abituale nello stesso comune").

Tali contributi, sono erogabili solo in caso di livello di isogravità 4 o 5.

Qualora il contributo economico mensile spettante risulti inferiore a 20,00 Euro, questo sarà arrotondato a questa cifra.

Isogravità	Contributo massimo mensile
5	220,00 €
4	150,00 €

L'importo del contributo è proporzionato all'ISEE SOCIO SANITARIO del beneficiario della prestazione.

C) CONTRIBUTI ECONOMICI PER RICOVERO TEMPORANEO DI SOLLIEVO

La prestazione consiste nell'erogazione di contributi finalizzati al sostegno economico per ricoveri temporanei presso strutture residenziali che mettono a disposizione posti privati accreditati in libero mercato su tutto il territorio regionale.

Rientrano in questa categoria tutti gli inserimenti residenziali **programmabili** finalizzati a sostenere progetti domiciliari.

Ad ogni livello di isogravit  corrisponde un contributo economico a carico del Fondo per la Non Autosufficienza a integrazione del costo della retta secondo la seguente tabella:

Isogravit�	Contributo massimo giornaliero
5	57,00 €
4	52,00 €
3	42,00 €

L'importo del contributo   proporzionato all'ISEE SOCIO SANITARIO del beneficiario della prestazione.

L'erogazione del contributo avverr  a seguito di presentazione della fattura in originale regolarmente quietanzata emessa dalla struttura presso la quale   effettuato il ricovero.

Il contributo   erogabile per ricoveri della durata massima di 30 giorni nell'arco di un anno solare, prorogabile per ulteriori 30 gg. a seguito di specifica valutazione dell'Unit  di Valutazione Multidimensionale.

D) ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA

Il servizio   costituito dal complesso delle prestazioni di natura socio assistenziale svolte a domicilio al fine di consentire la permanenza nel proprio ambiente di vita.

Ad ogni livello di isogravit  corrisponde un'integrazione del Fondo per la non autosufficienza a copertura parziale o totale del costo del servizio.

Isogravit�	Massima integrazione del fondo n.a.
5	450,00 €
4	310,00 €
3	120,00 €

L'importo dell'integrazione   proporzionata all'ISEE SOCIO SANITARIO del beneficiario della prestazione.

Il Piano Assistenziale Personalizzato dovr  contenere la previsione del numero degli accessi settimanali, l'importo dell'integrazione a carico del Fondo per la Non Autosufficienza e l'eventuale compartecipazione al costo dell'utente.

Qualora il costo del servizio previsto nel Piano Assistenziale Personalizzato superi l'integrazione del fondo, la differenza del costo   a carico dell'utente.

Il costo dell'assistenza domiciliare   soggetto a tariffa, stabilita sulla base del costo orario del servizio quantificato in euro 23,00 per l'anno 2016 e rideterminato annualmente con provvedimento del Direttore.

In relazione alla capacit  assistenziale della famiglia, al di fuori di quanto sopra specificato,   prevista l'esenzione dal pagamento in casi particolarmente problematici motivati dal servizio sociale professionale ed autorizzati dal responsabile. In tali casi la differenza sar  coperta con risorse ordinarie.

In caso isogravit  1 e 2 si ricorre all'utilizzo delle risorse ordinarie sociali o sanitarie e/o alla compartecipazione della famiglia.

La determinazione dei costi da addebitare all'utente verr  effettuata trimestralmente (31 Marzo, 30 Giugno, 30 Settembre, 31 Dicembre), sulla base degli accessi mensili effettivamente registrati dagli operatori che hanno svolto il servizio.

Qualora l'importo da addebitare per l'assistenza sia inferiore a 5,00 euro nel trimestre di riferimento di cui sopra non sar  emessa fattura.

E) ASSISTENZA DOMICILIARE TUTELARE (SAD-T)

Per favorire le dimissioni ospedaliere, fino ad un massimo di 30 giorni dalla dimissione, è attivo un servizio di assistenza a domicilio, coordinato dal servizio sociale e svolto da operatori socio sanitari.

Il servizio è dedicato prevalentemente ai pazienti dimessi dal presidio ospedaliero con priorità per traumatizzati, diagnosi neurologica e oncologica e, con procedura elettiva, per i pazienti presi in carico dal progetto ARCO (servizio di cure palliative domiciliari).

L'attivazione del personale OSS avviene al momento della dimissione ospedaliera a cura dell'assistente sociale presente in ospedale con procedura ordinaria entro 36-48 ore e, in via di urgenza, entro le 24 ore.

Il Servizio è finanziato con le risorse provenienti dal Fondo Sanitario Ordinario, integrato da risorse del fondo non autosufficienza.

Per il servizio di Assistenza Domiciliare Territoriale non è prevista compartecipazione.

APPLICAZIONE DELL'ISEE AREA DELLA DOMICILIARITA'

Per le prestazioni che rientrano nell'area della domiciliarità (con l'esclusione delle prestazioni di cui al punto e) assistenza domiciliare tutelare che non prevede applicazione dell'ISEE) è richiesto l'ISEE SOCIO SANITARIO del beneficiario della prestazione.

Per la determinazione dell'intervento economico a carico del Fondo per la Non Autosufficienza è individuata una soglia ISEE di Euro 12.000 entro la quale spetta l'intero contributo previsto dalle tabelle sopra elencate ed una soglia ISEE di Euro 40.000 oltre la quale non è prevista l'erogazione di interventi economici a carico del Fondo per la Non Autosufficienza e non è prevista alcuna copertura dei costi per gli interventi di assistenza domiciliare di cui al punto D) che risulta a totale carico dell'assistito.

Le modalità di calcolo dell'intervento economico a carico del Fondo per la Non Autosufficienza sono descritte nel regolamento "Modalità di accesso e applicazione dell'ISEE alle prestazioni dell'Area della Non Autosufficienza".

AREA DELLA SEMIRESIDENZIALITÀ

Per la frequenza di centri diurni in strutture a gestione diretta o convenzionate è prevista un'integrazione del costo a carico del Fondo per la Non Autosufficienza.

F) CENTRI DIURNI MODULO BASE E MODULO ALZHEIMER

Ad ogni livello di isogravità, in relazione ai giorni di frequenza settimanale, corrisponde **un'integrazione del costo della retta di parte sociale** che l'amministrazione provvederà ad erogare direttamente alla struttura frequentata.

L'integrazione non potrà superare il costo effettivo della retta.

Isogravità	Minimo risorse/mese Fino a 3 gg. frequenza settimanale	Massimo risorse / mese Superiore a 3 gg. di frequenza settimanale
5	€ 350,00	€ 450,00
4	€ 260,00	€ 310,00
3	€ 80,00	€ 120,00

In caso di assenze in strutture a gestione diretta viene applicato un abbattimento percentuale del costo giornaliero come da regolamento

In caso di assenza in strutture convenzionate viene applicato il regolamento specifico della frequentata.

L'importo dell'integrazione è proporzionato all'ISEE SOCIO SANITARIO del beneficiario della prestazione.

La differenza tra il costo effettivo del servizio e l'integrazione del Fondo per la Non Autosufficienza è a carico del beneficiario della prestazione.

APPLICAZIONE DELL'ISEE AREA DELLA SEMIRESIDENZIALITA'

Per le prestazioni che rientrano nell'area della semiresidenzialità è richiesto l'ISEE SOCIO SANITARIO del beneficiario della prestazione.

Per la determinazione dell'intervento economico a carico del Fondo per la Non Autosufficienza è individuata una soglia ISEE di Euro 7.500 entro la quale spetta l'intero contributo previsto dalle tabelle sopra elencate ed una soglia ISEE di Euro 26.000 oltre la quale non è prevista l'erogazione di interventi economici a carico del Fondo per la Non Autosufficienza ed il costo del servizio per la parte della retta sociale è a totale carico dell'assistito.

Le modalità di calcolo dell'intervento economico a carico del Fondo per la Non Autosufficienza sono descritte nel regolamento "Modalità di accesso e applicazione dell'ISEE alle prestazioni dell'Area della Non Autosufficienza".

AREA DELLA RESIDENZIALITA' TEMPORANEA Post Acuzie

G) RICOVERI POST ACUZIE fino a 180 giorni

Rientrano in questa categoria tutti gli inserimenti residenziali **urgenti non programmabili** per la presa in carico tempestiva di anziani in dimissione ospedaliera o al proprio domicilio, per i quali la condizione di non autosufficienza non risulta ancora stabilizzata, ma rappresenta una condizione potenzialmente temporanea, finalizzati a sostenere progetti domiciliari.

Sono erogabili per un massimo di 30 giorni nell'arco di un anno solare e prorogabili per ulteriori 30 gg a seguito di specifica valutazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale. fatti salvi i ricoveri di cui al seguente punto 2.) che possono protrarsi oltre i 60 giorni.

Rientrano in questa categoria i ricoveri temporanei concessi:

1. per fini riabilitativi, (attivati anche in casi di isogravità 1 e 2) la cui richiesta di accesso è formulata dallo specialista e dall'assistente sociale,
2. per l'accesso urgente ai moduli specialistici destinati a persone con disturbi cognitivo – comportamentali, la cui richiesta di accesso è formulata dallo specialista e dall'assistente sociale,
3. per consentire l'organizzazione di progetti domiciliari o residenziali corrispondenti ad una analisi più puntuale del bisogno stabilizzato dell'assistenza domiciliare o progetti in seguito a dimissioni ospedaliere, la cui richiesta di accesso è formulata dall'assistente sociale,
4. per consentire il supporto delle acuzie sociali (*es. anziano non autosufficiente che in modo acuto non può più usufruire dell'assistenza da parte di familiari*), la cui richiesta di accesso è formulata dall'assistente sociale

Per tali ricoveri è previsto un intervento economico a carico del Fondo per la Non Autosufficienza a integrazione del costo della retta di parte sociale.

In rapporto al livello di isogravità le risorse messe a disposizione del Fondo per la Non Autosufficienza, per la retta di parte sociale sono le seguenti:

Isogravità	Massima integrazione mensile
5	450,00 €
4	310,00 €
3	120,00 €

La differenza tra il costo effettivo del servizio e l'integrazione del Fondo per la Non Autosufficienza è a carico del beneficiario della prestazione.

I ricoveri temporanei sono autorizzati presso le seguenti tipologie di posti:

1 posti presso strutture a gestione diretta dell'Ausl

2 posti presso strutture convenzionate del territorio

I ricoveri temporanei, per moduli specialistici destinati a persone con disturbi cognitivo – comportamentali, previa autorizzazione dell’UVM, possono protrarsi oltre il 60° giorno fino ad un massimo di 180 giorni.

H) RICOVERI TEMPORANEI SUPERIORI A 180 GG.

I ricoveri presso moduli specialistici destinati a persone con disturbi cognitivo – comportamentali, la cui richiesta di accesso è formulata dallo specialista e dall’assistente sociale, per la particolarità delle patologie per le quali sono espressamente previsti possono protrarsi oltre 180 giorni con la formulazione di un piano assistenziale da parte dell’UVM per ricoveri temporanei.

APPLICAZIONE DELL’ISEE AREA DELLA RESIDENZIALITA’ TEMPORANEA Post Acuzie

Fino a 180 giorni.

Per le prestazioni che rientrano nell’area della residenzialità temporanea e comunque fino al 180° giorno di ricovero, è richiesto l’ISEE SOCIO SANITARIO del beneficiario della prestazione.

Per la determinazione dell’intervento economico a carico del Fondo per la Non Autosufficienza è individuata una soglia ISEE di Euro 7.500 entro la quale spetta l’intero contributo previsto dalle tabelle sopra elencate ed una soglia ISEE di Euro 26.000 oltre la quale non è prevista l’erogazione di interventi economici a carico del Fondo per la Non Autosufficienza ed il costo del servizio per la parte della retta sociale è a totale carico dell’assistito.

Le modalità di calcolo dell’intervento economico a carico del Fondo per la Non Autosufficienza sono descritte nel regolamento “Modalità di accesso e applicazione dell’ISEE alle prestazioni dell’Area della Non Autosufficienza”.

Superiore a 180 giorni.

Ai soli fini delle modalità di applicazione dell’ISEE e del calcolo della compartecipazione, i ricoveri che si protraggono oltre il 180° giorno vengono assimilati ai ricoveri definitivi e pertanto si fa riferimento a quanto previsto alla successiva lettera I).

AREA DELLA RESIDENZIALITA’

I) RICOVERI DEFINITIVI

Gli interventi in quest’area sono prioritariamente destinati soggetti anziani o adulti con disabilità per i quali l’Unità di Valutazione Multidimensionale ha valutato che esiste un elevato bisogno assistenziale di norma compreso nel livello isogravità 5, una assoluta inadeguatezza ambientale con rete familiare assente o fragile. I moduli delle RSA per i quali è previsto l’inserimento sono:

- Modulo base
- Modulo “stato vegetativo persistente”.
- Modulo BIA (Bassa intensità assistenziale)

Conseguentemente all’autorizzazione sul territorio di riferimento di moduli BIA , in strutture a gestione diretta o convenzionate, ed in presenza delle condizioni previste dalla delibera GRT n. 594 del 21/07/2014, l’Unità di Valutazione Multidimensionale può autorizzare anche inserimenti in forma definitiva per persone con isogravità 1, 2, 3.

Nei casi in cui il servizio sociale valuti che sussistono le condizioni di inadeguatezza sopra descritte associate ad isogravità inferiore a 5, l’ Unità di Valutazione Multidimensionale può prevedere ricoveri in deroga debitamente motivati.

Per gli interventi in quest’area si applica l’ISEE PER I SERVIZI RESIDENZIALI.

Qualora non sussistano per il beneficiario, le condizioni per presentare l’isee richiesto, l’importo del contributo è calcolato sul valore dell’ISEE SOCIO SANITARIO.

Le modalità di calcolo della compartecipazione dell'utente sono descritte nel regolamento "Modalità di accesso e applicazione dell'ISEE alle prestazioni dell'Area della Non Autosufficienza".
Per le prestazioni della residenzialità definitiva non è previsto l'intervento economico a carico del Fondo per la Non Autosufficienza.

MODALITA' DI ACCESSO E APPLICAZIONE DELL'ISEE ALLE PRESTAZIONI DELL' AREA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 dicembre 2013, n. 159

Nuove modalità di calcolo dell'ISEE

Progetto Fondo per la Non Autosufficienza della Società della Salute di Empoli

Deliberazione Assemblea dei Soci n. 1 del 23/02/2015

Art.1

Destinatari

Il presente Regolamento si applica a tutti i casi di cui al Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente.

Art. 2

Prestazioni e servizi

Area della domiciliarità:

- J) Contributi economici per assistenti familiari
- K) Contributi economici per care giver familiare
- L) Contributi economici per ricovero temporaneo di sollievo
- M) Assistenza domiciliare diretta
- N) Assistenza domiciliare tutelare SAD-T

Area della semiresidenzialità

- O) Centri diurni

Area della residenzialità temporanea

- P) Ricoveri post acuzie (riabilitativi, ordinari, modulo cognitivo) fino a 180 gg.

Area della residenzialità

- Q) Ricoveri temporanei superiori a 180 gg.
- R) Ricoveri permanenti

Art. 3

Applicazione ISEE

3. Ai costi dei servizi e prestazioni non coperti non coperti dai livelli di assistenza sanitaria si applicano le disposizioni previste dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 159/2013 in tema di ISEE e compartecipazione.
4. Per ogni tipologia di servizio o prestazione sono individuate ai successivi articoli soglie minime e massime di ISEE.
In particolare si precisa che:
 - **punti A, B, C, dell'art. 2:** la soglia ISEE di 40.000 € individuata all'art. 5 è stabilito quale importo massimo oltre il quale il contributo economico non è erogabile.

- **Punto D, dell'art. 2:** la soglia ISEE di 40.000 € individuata all'art. 6 è stabilita quale importo massimo oltre il quale l'intervento economico del Fondo per la Non Autosufficienza non è erogabile e il costo del servizio è a totale carico dell'utente. La domanda di valutazione con ISEE > 40.000 è comunque accolta.
- **Punto E dell'art. 2:** escluso dall'applicazione dell'ISEE.
- **Punti F, G, dell'art. 2:** per la quota di parte sociale è previsto un intervento economico integrativo di abbattimento della quota sociale a carico del Fondo per la Non Autosufficienza il cui importo è calcolato sulla base dell'ISEE. La soglia ISEE prevista agli artt. 7 e 8 di 26.000 € è stabilita quale importo massimo oltre il quale l'intervento economico del Fondo per la Non Autosufficienza non è erogabile e il costo del servizio di parte sociale è a totale carico dell'utente. La domanda di valutazione con ISEE > 26.000 è comunque accolta dal momento che la parte sanitaria della retta giornaliera, laddove prevista, è interamente a carico del Servizio Sanitario.
- **Punto H, I, dell'art. 2:** l'importo della quota sanitaria della retta giornaliera, laddove prevista, è interamente a carico del Servizio Sanitario, mentre la quota sociale è a carico dell'assistito salvo un intervento economico integrativo a carico del Comune, il cui importo è calcolato sulla base dell'ISEE.

Dichiarazione impegno alla copertura del costo dei servizi e prestazioni.

5. Qualora l'assistito decida di non essere sottoposto a valutazione della propria situazione economica e non presenta ISEE si prevede che:
 - per le prestazioni di cui all' art. 2 lett. A, B, C, non potrà beneficiare di alcun contributo economico erogato in forma diretta,
 - per le prestazioni di cui all'art. 2 lett. D si farà carico dell'intero costo della prestazione,
 - per le prestazioni di cui all'art. 2 da F, G, H, I, si farà carico dell'intero costo della prestazione, fatti salvi i costi compresi nei livelli essenziali di assistenza che sono a carico del servizio sanitario.
6. L'assistito che decida di non essere sottoposto a valutazione della propria situazione economica, per accedere ai servizi di cui ai punti D, F, G, H, I, sottoscrive un impegno all'assunzione dei costi del piano assistenziale e che sarà considerata valida per tutta la durata del piano stesso o fino a revisione della compartecipazione in caso di ricoveri di cui al punto I).
7. L'eventuale successiva richiesta di applicazione dell'ISEE avrà decorrenza dalla data del rilascio dell'ISEE stesso.
8. Il modello di Dichiarazione Sostitutiva Unica di riferimento per ciascuna prestazione è di seguito specificato:

PRESTAZIONE	MODELLO DI RIFERIMENTO	QUADRI DA COMPILARE
Area della domiciliarità: - Contributi per assistenti familiari - Contributi per care giver familiare - Contributi per ricovero temporaneo di sollievo - Assistenza domiciliare diretta	ISEE SOCIO-SANTARIO	MB.1, FC.1 e FC.2
Area della semiresidenzialità - Frequenza centri diurni		
- Area della residenzialità temporanea fino a 180 gg		
- Area Residenzialità temporanea superiore a 180 gg	ISEE SOCIO-SANTARIO - RESIDENZE	MB.1, MB.3, FC.1 FC.2 e FC.4
Area della residenzialità - Ricoveri temporanei superiori a 180 gg. - Ricoveri definitivi	ISEE SOCIO-SANTARIO - RESIDENZE	MB.1, MB.3, FC.1 FC.2 e FC.4

Art. 4

Validità dell'attestazione ISEE

1. Ai sensi del DPCM 159/2013 le attestazioni ISEE hanno validità annuale con scadenza il 15 Gennaio di ogni anno.
2. L'utente e/o i suoi familiari sono tenuti ad aggiornare annualmente la dichiarazione sostitutiva unica ISEE.
3. Il dichiarante può avvalersi della facoltà di presentare entro il periodo di validità una nuova dichiarazione sostitutiva unica (ISEE CORRENTE), per far rilevare mutamenti delle condizioni economiche e/o familiari che possono portare a variazioni della quota di compartecipazione o del contributo.
4. L'applicazione del valore dell'ISEE CORRENTE decorre dal momento della data del rilascio fino alla data della scadenza della prestazione, salvo presentazione di ulteriore documentazione ISEE successiva a quella di presentazione dell'ISEE CORRENTE.
5. Il PAP ha una scadenza indipendente dalla validità dell'ISEE.

AREA DELLA DOMICILIARITA'

Art. 5

Contributi economici diretti

Punti A, B,C, art. 2

Applicazione dell'ISEE e modalità di calcolo

5.1 Soglie ISEE

Per la determinazione dell'intervento economico a carico del Fondo per la Non Autosufficienza è individuata una soglia ISEE di **Euro 12.000** entro la quale spetta l'intero contributo previsto dalle tabelle

sotto elencate ed una soglia ISEE di **Euro 40.000** oltre la quale non è prevista l'erogazione di interventi economici a carico del Fondo per la Non Autosufficienza.

5.2 Modalità di presentazione della domanda

La domanda di accesso al Fondo per la Non Autosufficienza deve essere completa della documentazione ISEE valida per l'anno di riferimento.

Non sono accolte domande incomplete.

5.2 Modalità di calcolo del contributo

Per i valori ISEE compresi tra la soglia di 12.000 € e la soglia di 40.000 sopra individuate il contributo è erogato in maniera inversamente proporzionale al valore dell'ISEE (tanto più alto è il valore tanto si riduce il contributo spettante).

Le modalità di calcolo per i contributi di cui al presente articolo sono le seguenti:

Calcolo Contributo Mensile

$$C = 1 - (\text{ISEE} - \text{SOGLIA ESENZIONE}) / (\text{SOGLIA DI NON ESENZIONE} - \text{SOGLIA ESENZIONE})$$

Se $C < 0$

$$C = 0$$

Se $C > 1$

$$C = 1$$

Altrimenti

$$C = C$$

$$\text{Contributo mensile} = \text{Contributo max. mensile erogabile} \times \text{isogravit\`a e/o situazione familiare} \times C$$

5.2 Rinnovo del piano assistenziale

In caso di rinnovo di piano assistenziale è richiesto ISEE in corso di validità.

In assenza di ISEE valido al momento del rinnovo, il beneficiario mantiene il diritto al contributo la cui erogazione tuttavia è temporaneamente sospesa fino al momento di presentazione dell'ISEE.

La riattivazione del contributo, calcolato sulla base dell'ISEE in corso di validità, avviene comprensiva degli arretrati spettanti.

A) Contributi economici per assistenti familiari

La prestazione consiste nell'erogazione di contributi finalizzati al sostegno economico di chi si avvale di un assistente familiare regolarmente assunto con inquadramento secondo il CCNL quale "assistenza persona non autosufficiente" nel livello CS o DS.

I contributi per assistente familiare sono erogati in relazione al livello di isogravit\`a secondo la tabella che segue:

Isogravit\`a	Contributo massimo
5	€ 450
4	€ 310
3	€ 120

L'erogazione di un contributo mensile è vincolata all'instaurazione di un regolare rapporto di lavoro con inquadramento profilo professionale e mansioni secondo il CCNL vigente, quale "assistenza persona non autosufficiente" nel livello CS o DS.

Il numero di ore settimanali previste dal suddetto contratto non potrà essere inferiore a 24.

Ai fini dell'erogazione del contributo, non vengono accettati contratti di lavoro stipulati con il coniuge del beneficiario o con parenti e affini fino entro il terzo grado di parentela.

L'erogazione del contributo avviene solo a seguito di presentazione da parte dell'assistito o della famiglia del contratto di assunzione e dei bollettini Inps dell'assistente familiare, entro 90 giorni dalla valutazione dell'U.V.M. Decorso questo termine potranno essere proposte altre tipologie assistenziali o in assenza di consenso sarà chiuso il procedimento. Si deroga dalla chiusura del procedimento nel caso in cui la famiglia abbia fatto richiesta presso la Prefettura della regolarizzazione dell'assistente familiare.

Per la prima liquidazione del contributo è necessaria la presentazione della scrittura privata e "denuncia di rapporto di lavoro domestico" rilasciata dall'INPS, fino alla scadenza attestante il primo versamento dei contributi all'INPS.

Qualora il contributo economico mensile spettante risulti inferiore a 20,00 Euro, questo sarà arrotondato a questa cifra.

Per la decorrenza del contributo si prende a riferimento la metà del mese e pertanto:

- se il rapporto di lavoro è già instaurato il contributo è erogato il mese successivo con riferimento alla data di sottoscrizione del Piano Assistenziale Personalizzato. Se sottoscritto tra il 1 e 15 del mese il contributo spetta per l'intera mensilità, se sottoscritto tra il 16 e il 31 il contributo spetta dal mese successivo la sottoscrizione.
- se il rapporto di lavoro non è instaurato, il contributo spetta con riferimento alla data di sottoscrizione dello stesso sulla base del criterio indicato sopra riferito alla metà del mese.

B) Contributi economici per care giver o responsabile familiare dell'assistenza

Il contributo per responsabile familiare dell'assistenza (care giver) è erogato a supporto di uno dei componenti la famiglia anagrafica (individuato ai sensi del DPR n.223/89, che definisce la famiglia anagrafica come un "insieme di persone legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o da vincoli affettivi, coabitanti ed aventi dimora abituale nello stesso comune").

Tali contributi, sono erogabili solo in caso di livello di isogravità 4 o 5.

L'importo del contributo per CARE GIVER è determinato secondo la tabella che segue:

Isogravità	Contributo
5	220 €
4	150 €

Qualora il contributo economico mensile spettante risulti inferiore a 20,00 Euro, questo sarà arrotondato a questa cifra.

Per la decorrenza del contributo si prende a riferimento la metà del mese e pertanto il contributo è erogato il mese successivo con riferimento alla data di sottoscrizione del Piano Assistenziale Personalizzato. Se sottoscritto tra il 1 e 15 del mese il contributo spetta per l'intera mensilità, se sottoscritto tra il 16 e il 31 il contributo spetta dal mese successivo la sottoscrizione.

C) Contributi economici per ricoveri temporanei di sollievo

La prestazione consiste nell'erogazione di contributi finalizzati al sostegno economico per ricoveri temporanei presso strutture residenziali che mettono a disposizione posti privati accreditati in libero mercato su tutto il territorio regionale.

Ad ogni livello di isogravità corrisponde un contributo economico a carico del Fondo per la Non Autosufficienza a integrazione del costo della retta secondo la seguente tabella:

Isogravità	Contributo massimo giornaliero
5	57,00 €
4	52,00 €
3	42,00 €

L'erogazione del contributo avverrà a seguito di presentazione della fattura in originale regolarmente quietanzata emessa dalla struttura presso la quale è effettuato il ricovero.

Il contributo è erogabile per ricoveri della durata massima di 30 giorni nell'arco di un anno solare, prorogabile per ulteriori 30 gg. a seguito di specifica valutazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale.

Art. 6 Assistenza Domiciliare Diretta Applicazione dell'ISEE e modalità di calcolo

D) Assistenza domiciliare diretta

6.1 Soglie ISEE

Per la determinazione dell'intervento economico a carico del Fondo per la Non Autosufficienza è individuata una soglia ISEE di **Euro 12.000** entro la quale spetta l'intero contributo previsto dalle tabelle sotto elencate ed una soglia ISEE di **Euro 40.000** oltre la quale non è prevista l'erogazione di interventi economici a carico del Fondo per la Non Autosufficienza e pertanto il costo dell'assistenza risulta totale a totale carico dell'assistito.

6.2 Modalità di presentazione della domanda

La domanda di accesso al Fondo per la Non Autosufficienza deve essere completa della documentazione ISEE valida per l'anno di riferimento.

Non sono accolte domande incomplete, fatto salvo quanto previsto all'Art. 3 sulla sottoscrizione dell'impegno di spesa.

6.3 Massima integrazione erogabile

Il costo dell'assistenza domiciliare è soggetto a tariffa, stabilita sulla base del costo orario del servizio quantificato in euro 23,00 per l'anno 2016.

Per l'assistenza domiciliare è prevista un'integrazione economica mensile da parte del Fondo per la Non Autosufficienza al costo della prestazione sulla base di quanto definito dal Progetto per la Non Autosufficienza secondo la tabella che segue:

Isogravità	Massima integrazione del fondo n.a.
5	450 €
4	310 €
3	120 €

Qualora il costo del servizio previsto nel PAP superi l'integrazione del fondo, la differenza del costo è a carico dell'utente.

Qualora l'importo da addebitare per l'assistenza sia inferiore a 5,00 euro nel trimestre di riferimento di cui sopra non sarà emessa fattura.

6.3 Modalità di calcolo dell'integrazione economica a carico del Fondo Non Autosufficienza

Per i valori ISEE compresi tra la soglia di 12.000 € e la soglia di 40.000 sopra individuate l'integrazione è erogata in maniera inversamente proporzionale al valore dell'ISEE (tanto più alto è il valore tanto si riduce il contributo spettante).

La determinazione dell'integrazione economica mensile dal Fondo per la Non Autosufficienza al costo della prestazione è calcolata secondo la modalità descritta in tabella:

Calcolo integrazione mensile spettante

$$C = 1 - (\text{ISEE} - \text{SOGLIA ESENZIONE}) / (\text{SOGLIA DI NON ESENZIONE} - \text{SOGLIA ESENZIONE})$$

Se $C < 0$

$$C = 0$$

Se $C > 1$

$$C = 1$$

Altrimenti

$$C = C$$

Integrazione mensile = Integrazione max. mensile erogabile x isogravità e/o situazione familiare *
C

6.4 Rinnovo del piano assistenziale

In caso di rinnovo di piano assistenziale è richiesto ISEE in corso di validità.

In assenza di ISEE valido al momento del rinnovo, l'UVM produce un piano assistenziale che proroga l'importo dell'integrazione fino a presentazione di ISEE valido.

Al momento della presentazione dell'ISEE, l'UVM produce un nuovo piano assistenziale con gli importi aggiornati che avranno decorrenza dalla data del rilascio dell'attestazione ISEE.

L'utente dovrà presentare l'ISEE valido entro 60 giorni dalla data di scadenza del piano assistenziale precedente, in caso contrario gli sarà applicato il costo del servizio a totale carico.

E) Assistenza domiciliare SAD-T

Per il servizio di assistenza domiciliare territoriale non è prevista alcuna compartecipazione al costo del servizio e non è pertanto richiesto l'ISEE.

L'assistenza è erogata per un massimo di 30 giorni, secondo le modalità individuate dal servizio sociale per la gestione delle dimissioni ospedaliere.

AREA DELLA SEMIRESIDENZIALITA'

Art. 7

Centri diurni modulo base e Modulo Alzheimer Applicazione dell'ISEE e modalità di calcolo

F) Frequenza centri diurni

7.1 Soglie ISEE

Per la determinazione dell'intervento economico a carico del Fondo per la Non Autosufficienza è individuata una soglia ISEE di **Euro 7.500** entro la quale spetta l'intero contributo previsto dalla tabella sotto elencata ed una soglia ISEE di **Euro 26.000** oltre la quale non è prevista l'erogazione di interventi economici a carico del Fondo per la Non Autosufficienza ed il costo del servizio per la parte della retta sociale è a totale carico dell'assistito.

7.2 Modalità di presentazione della domanda

La domanda di accesso al Fondo per la Non Autosufficienza deve essere completa della documentazione ISEE valida per l'anno di riferimento.

Non sono accolte domande incomplete, fatto salvo quanto previsto all'Art. 3 sulla sottoscrizione dell'impegno di spesa.

7.3 Massima integrazione erogabile

Ad ogni livello di isogravità, in relazione ai giorni di frequenza settimanale, corrisponde un'integrazione del costo della retta di parte sociale da parte del Fondo per la Non Autosufficienza secondo la tabella che segue e che l'amministrazione provvederà ad erogare direttamente alla struttura frequentata.

Isogravità	Minimo risorse/mese Fino a 3 gg. frequenza settimanali	Massimo risorse / mese Superiore a 3 gg. di frequenza settimanale
5	€ 350	€ 450
4	€ 260	€ 310

3	€ 80	€ 120
---	------	-------

7.3 Modalità di calcolo dell'integrazione economica a carico del Fondo Non Autosufficienza

Per i valori ISEE compresi tra la soglia di esenzione totale e la soglia di non esenzione sopra individuate l'integrazione è erogata in maniera inversamente proporzionale al valore dell'ISEE (tanto più alto è il valore tanto si riduce l'integrazione spettante).

L'integrazione non potrà superare il costo effettivo della retta.

Per i valori ISEE compresi tra la soglia di esenzione e di non esenzione la determinazione dell'integrazione spettante è determinata dalla tabella che segue:

Calcolo integrazione mensile

$$C = 1 - (\text{ISEE} - \text{SOGLIA ESENZIONE}) / (\text{SOGLIA DI NON ESENZIONE} - \text{SOGLIA ESENZIONE})$$

Se $C < 0$

$$C = 0$$

Se $C > 1$

$$C = 1$$

Altrimenti

$$C = C$$

$$\text{Integrazione mensile} = \text{Integrazione max. mensile erogabile} \times \text{isogravit\`a e/o situazione familiare} \times C$$

7.4 Rinnovo del piano assistenziale

In caso di rinnovo di piano assistenziale è richiesto ISEE in corso di validità.

In assenza di ISEE valido al momento del rinnovo, l'UVM produce un piano assistenziale che proroga l'importo dell'integrazione fino a presentazione di ISEE valido.

Al momento della presentazione dell'ISEE, l'UVM produce un nuovo piano assistenziale con gli importi aggiornati che avranno decorrenza dalla data del rilascio dell'attestazione ISEE.

L'utente dovrà presentare l'ISEE valido entro 60 giorni dalla data di scadenza del piano assistenziale precedente, in caso contrario gli sarà applicato il costo del servizio a totale carico.

AREA DELLA RESIDENZIALITÀ TEMPORANEA Post Acuzie

Art. 8

Area della residenzialità temporanea Post Acuzie Applicazione dell'ISEE e modalità di calcolo

G) Ricoveri temporanei post acuzie fino a 180 giorni

8.1 Soglie ISEE

Per la determinazione dell'intervento economico a carico del Fondo per la Non Autosufficienza è individuata una soglia ISEE di **Euro 7.500** entro la quale spetta l'intero contributo previsto dalla tabella sotto elencata ed una soglia ISEE di **Euro 26.000** oltre la quale non è prevista l'erogazione di interventi economici a carico del Fondo per la Non Autosufficienza ed il costo del servizio per la parte della retta sociale è a totale carico dell'assistito.

8.2 Modalità di presentazione della domanda

La domanda di accesso al Fondo per la Non Autosufficienza, per la caratteristica di non programmabilità degli interventi di cui al presente articolo, è ammessa anche senza la documentazione ISEE, che dovrà

comunque pervenire entro 60 giorni dalla data di presentazione della stessa, fatto salvo quanto previsto all'Art. 3 sulla sottoscrizione dell'impegno di spesa.

8.3 Massima integrazione erogabile

Ad ogni livello di isogravità corrisponde un contributo economico a carico del Fondo per la Non Autosufficienza a integrazione del costo della retta, secondo la tabella che segue:

Isogravità	Massima integrazione mensile
5	450,00 €
4	310,00 €
3	120,00 €

8.4 Modalità di calcolo dell'integrazione economica a carico del Fondo Non Autosufficienza

Per i valori ISEE compresi tra la soglia di esenzione totale e la soglia di non esenzione sopra individuate l'integrazione è erogata in maniera inversamente proporzionale al valore dell'ISEE (tanto più alto è il valore tanto si riduce l'integrazione spettante).

Per valori ISEE compresi tra la soglia di esenzione e di non esenzione sopra individuate la determinazione della compartecipazione al costo del ricovero temporaneo di sollievo o post acuzie è determinata nel modo che segue:

Calcolo integrazione mensile spettante

$$C = 1 - (\text{ISEE} - \text{SOGLIA ESENZIONE}) / (\text{SOGLIA DI NON ESENZIONE} - \text{SOGLIA ESENZIONE})$$

Se $C < 0$

$$C = 0$$

Se $C > 1$

$$C = 1$$

Altrimenti

$$C = C$$

$$\text{Integrazione mensile} = \text{Integrazione max. mensile erogabile} \times \text{isogravità e/o situazione familiare} \times C$$

8.5 Rinnovo del piano assistenziale

In caso di rinnovo di piano assistenziale è richiesto ISEE in corso di validità.

In assenza di ISEE valido al momento del rinnovo, l'UVM produce un piano assistenziale che proroga l'importo dell'integrazione fino a presentazione di ISEE valido.

Al momento della presentazione dell'ISEE, l'UVM produce un nuovo piano assistenziale con gli importi aggiornati che avranno decorrenza dalla data del rilascio dell'attestazione ISEE.

L'utente dovrà presentare l'ISEE valido entro 60 giorni dalla data di scadenza del piano assistenziale precedente, in caso contrario gli sarà applicato il costo del servizio a totale carico.

H) Ricoveri temporanei superiori a 180 giorni

I ricoveri previsti al punto 2. dell'articolo 8, per la particolarità delle patologie per le quali sono espressamente previsti possono protrarsi oltre 180 giorni con la formulazione di un piano assistenziale da parte dell'UVM per ricoveri temporanei.

Ai soli fini delle modalità di applicazione dell'ISEE e del calcolo della compartecipazione, i ricoveri che si protraggono oltre il 180° giorno vengono assimilati ai ricoveri definitivi e pertanto si fa riferimento a quanto previsto alla successiva lettera I).

Qualora al momento della valutazione UVM che rinnova il piano assistenziale oltre il 180° giorno, l'utente non sia in possesso di ISEE SOCIO SANITARIO PER RESIDENZE, l'UVM formula un piano assistenziale a totale carico dell'assistito in attesa di ISEE adeguato.

La nuova quota di compartecipazione decorre dalla data di rilascio dell'ISEE.

Art. 9

Area della residenzialità definitiva

Modalità di applicazione dell'ISEE e calcolo della compartecipazione

I) RICOVERI DEFINITIVI

1. Per le persone anziane non autosufficienti o adulte con disabilità, la retta di parte sociale è a carico dell'utente. Il Comune garantisce un intervento economico a favore di coloro che non risultano in grado di provvedere alla copertura integrale della retta di parte sociale.
2. La retta di parte sociale delle RSA è annualmente aggiornata con atto della Società della Salute e dell'Azienda Usl 11 Empoli.
3. La determinazione della compartecipazione al costo da parte dell'utente è determinata annualmente sulla base delle attestazioni ISEE dell'anno in corso.
4. La misura dell'intervento economico integrativo comunale è stabilita come differenza tra il valore della quota sociale della struttura presso la quale è inserita la persona assistita e la capacità di quest'ultima di provvedere alla sua copertura (quota utente).
5. La quota utente annuale è pari al valore dell'ISEE in relazione alla tipologia della prestazione residenziale prevista dal PAP. La quota utente giornaliera è determinata dividendo per 365 il suddetto valore.
6. Alla determinazione della quota utente giornaliera secondo le modalità sopra descritte, si applicano i seguenti ulteriori criteri:
 - a) In caso di titolarità da parte della persona assistita alla data di presentazione dell'istanza di indennità derivanti da una delle condizioni di cui alla colonna "Non autosufficienza" della tabella rappresentata all'allegato 3 del DPCM n. 159/2013 alla quota utente giornaliera si somma, in fase di prima applicazione, nelle more dell'adozione di apposito atto da parte della Società della Salute, un importo pari a Euro 16,00 giornalieri.
 - b) Nel caso in cui la persona assistita non rientri nei casi di cui all'allegato 3 del DPCM n. 159/2013, fatte salve le modalità di calcolo della quota utente giornaliera, viene lasciata in disponibilità all'assistito una quota per le proprie spese personali, corrispondente ad un sesto dell'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS pari ad € 1.088,52 per l'anno 2015.
 - c) Qualora dovesse essere determinata la quota utente giornaliera per più persone facenti parte dello stesso nucleo familiare (escluse le eventuali componenti aggiuntive di cui all'art. 6 del DPCM n. 159/2013), si procede dividendo per 365 il valore dell'ISEE utilizzato, applicando le disposizioni di cui alla lettera a), e dividendo per il numero di componenti interessati. Quanto previsto alla lettera a) si applica separatamente per ogni componente interessato;
 - d) Qualora una delle indennità derivanti da una delle condizioni di cui alla colonna "Non autosufficienza" della tabella rappresentata all'allegato 3 del DPCM n. 159/2013 subentrasse successivamente all'istanza di determinazione dell'intervento economico integrativo comunale, si procederà alla rideterminazione dell'intervento stesso sommando alla quota utente giornaliera l'importo di cui al comma a) con decorrenza dalla data di validità dell'indennità stessa, inclusi eventuali periodi arretrati.
 - e) In situazioni di particolare disagio socio-economico che non trovano piena traduzione nella procedura di determinazione dell'intervento economico integrativo comunale, la persona assistita può presentare al servizio sociale motivata istanza.
Il parere del servizio sociale dovrà essere adeguatamente motivato e supportato da adeguata relazione. Tale parere, prima di essere accolto, sarà comunque vagliato dal Direttore che provvederà ad approvarlo o respingerlo definitivamente.
7. Le modalità di calcolo della compartecipazione della retta di parte sociale di cui al presente articolo si applicano anche alle persone adulte e anziane con ricovero definitivo per le quali non sussistono le condizioni di autorizzazioni la quota sanitaria.

8. La situazione economica dell'assistito è determinata secondo le modalità previste per il calcolo dell'ISEE SOCIO SANITARIO PER SERVIZI RESIDENZIALI.
9. Qualora non sussistano per il beneficiario, le condizioni per presentare l'isee richiesto (certificazioni di cui all'allegato 3 del DPCM 159/2013, assenza di componente aggiuntiva tenuta alla compartecipazione), l'importo del contributo è calcolato sul valore dell'ISEE SOCIO SANITARIO.
10. In caso di assenza di ISEE SOCIO SANITARIO PER RESIDENZE al momento della sottoscrizione del piano assistenziale, quest'ultimo verrà formulato con il costo a totale carico dell'utente fino a presentazione di ISEE adeguato alla prestazione. La nuova quota di compartecipazione sarà determinata al momento di presentazione dell'ISEE SOCIO SANITARIO PER RESIDENZE ed avrà decorrenza dalla data del rilascio dell'attestazione.

Art. 10

Rinvio

Per quanto non disciplinato nell'ambito del presente regolamento si fa riferimento alla normativa e agli atti di indirizzo e programmazione nazionali e regionali in vigore, nonché a eventuali altri atti in materia dell'Unione dei Comuni Circondario Empolese Valdelsa, dell'Azienda Sanitaria e della Società della Salute.

Art. 11

Controlli

La SdS effettua controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive presentate ai fini della richiesta dell'intervento economico, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Atto n. 183 del 25-02-2016

Publicato all'Albo dell'Azienda Usi dal 25-02-2016 al 11-03-2016

**Esecutiva ai sensi della Legge Regionale Toscana n.40 del 24 febbraio 2005
in data 25-02-2016**