



## ASSEGNO DI CURA

### PROCEDURE PER L'ANNO 2007

#### *Premessa*

Con l'art. 26 della LR n. 9 del 25.2.2005 è stato istituito il fondo per la domiciliarità, rinviando ad apposito provvedimento della Giunta Regionale l'adozione delle linee guida per la predisposizione del piano locale per la domiciliarità.

Con la DGR n. 39 del 17.1.2006 sono state date indicazioni operative per la predisposizione dei Piani Locali per la Domiciliarità da parte delle Conferenze dei Sindaci, i cui contenuti vengono applicati con decorrenza 1° gennaio 2007. Con la medesima DGR n. 39/2006 è stato altresì previsto l'assegno di cura, nel quale confluiscono interventi finora diversificati, con l'obiettivo di integrare le risorse economiche utili a sostenere la continuità dell'assistenza a domicilio alla persona non autosufficiente.

In esecuzione di ciò, **a decorrere dal 1° gennaio 2007 l'assegno di cura sostituisce i precedenti interventi** destinati alle persone anziane non autosufficienti assistite a domicilio (LR 28/1991), alle famiglie che assistono persone non autosufficienti avvalendosi di assistenti familiari (DGR 2907/2002), e alle famiglie che assistono persone affette da demenza, di tipo Alzheimer o di altro tipo, accompagnata da gravi disturbi comportamentali (art. 40 LR 5/2001).

La Regione, come previsto nel documento allegato alla DGR n. 39/2006, punto 7.2, con decreto dirigenziale n. 121 del 26.4.2006, ha costituito un apposito gruppo di lavoro che sta definendo la predisposizione e la sperimentazione di un nuovo strumento di rilevazione e valutazione del bisogno assistenziale delle persone in condizione di non autosufficienza e dei livelli di assistenza ricevuta, compatibile con la scheda S.Va.M.A., che sarà oggetto di apposito provvedimento della Giunta Regionale. Si prevede che il nuovo strumento inizierà ad essere introdotto nel corso dell'anno 2007 affiancandosi alla scheda in vigore, per sostituirla completamente alla fine dell'anno.

Pertanto, le procedure per l'anno 2007 si caratterizzano come fase di transizione che, a partire dall'utilizzo dei dati delle precedenti tre procedure informatiche, introduce gli elementi innovativi che porteranno entro la fine dell'anno alla piena realizzazione del nuovo sistema.

#### **1. OBIETTIVI**

La Regione del Veneto si pone nell'ottica della presa in carico, da parte dei servizi sociali e sociosanitari di Comuni e ULSS, delle situazioni di disagio dovute alla presenza in famiglia di persone non autosufficienti, al fine di supportare tali situazioni con un insieme di interventi fra i quali si colloca l'assegno di cura.

L'assegno di cura mira a sostenere la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, con particolare attenzione per le persone che rischiano l'esclusione da un contesto di vita familiare, attraverso l'assegnazione di un contributo economico riconosciuto alla persona non autosufficiente di qualunque età ed erogato alla stessa ovvero al familiare o alla persona che ne garantisce adeguata assistenza e cura.

La priorità viene data alle situazioni di maggior carico assistenziale, con evidenza specifica per le famiglie che assistono persone affette da demenza, di tipo Alzheimer o di altro tipo, accompagnata da gravi disturbi comportamentali, nonché alle famiglie che si avvalgono a titolo oneroso di

assistenti familiari (“badanti”), assunte direttamente o tramite cooperative sociali, per l’assistenza alla persona non autosufficiente.

L’assegno di cura è un intervento di cui i servizi sociali e sanitari locali tengono conto nella definizione del progetto assistenziale individuale.

## **2. DESTINATARI**

Sono destinatarie dell’assegno di cura le persone non autosufficienti residenti nel Veneto, che usufruiscono di una adeguata assistenza presso il proprio domicilio o presso altro domicilio privato, ovvero le loro famiglie. Sono escluse le persone residenti in “convivenze anagrafiche” quali ad esempio istituti religiosi o di cura e strutture residenziali.

## **3. MODALITÀ DI ACCESSO**

Il cittadino accede all’assegno di cura tramite gli sportelli integrati e gli altri punti di accesso (sportelli dei servizi sociali, sportelli distrettuali) individuati dagli enti locali e dall’Azienda ULSS.

La domanda di assegno di cura può essere presentata in qualunque momento.

Sono soggetti titolati a presentare domanda di assegno di cura:

- a) la persona interessata;
- b) un familiare, anche non convivente, della persona interessata;
- c) una persona, preferibilmente convivente, di cui il servizio sociale accerti che provvede effettivamente a garantire adeguata assistenza alla persona non autosufficiente.

Nei casi b) e c) è necessario che il richiedente dichiari che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della domanda e le informazioni in essa contenute (tale dichiarazione è contenuta nel modulo di domanda).

Il Servizio Sociale può accettare anche domande presentate per persone i cui familiari non sono tutti consenzienti alla presentazione della domanda, previa verifica che l’accoglimento della domanda corrisponda realmente agli interessi della persona assistita e che il richiedente stia effettivamente assicurando adeguata assistenza.

Nell’allegato B del presente documento è riportato il modulo di domanda.

Al modulo di domanda è aggiunta una specifica informativa / dichiarazione di autorizzazione al trattamento dei dati personali, anche sensibili, da parte del Comune di residenza, dell’Azienda ULSS e della Regione del Veneto per gli adempimenti connessi con la definizione e l’attuazione degli interventi domiciliari, compreso l’assegno di cura.

Al modulo è altresì aggiunta la ‘delega alla riscossione’, che può essere compilata dal richiedente, anche in data successiva a quella della domanda, qualora intenda delegare altra persona alla riscossione del beneficio.

Qualora la persona non autosufficiente sia assistita da assistenti familiari, va compilata anche la dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con una o più assistenti familiari, per ognuna delle quali è obbligatoria l’indicazione del codice di iscrizione all’INPS, il tipo di inquadramento, le ore settimanali contrattuali e la data di inizio del servizio e della data di cessazione per licenziamento o dimissioni. Se l’assistente familiare dipende da un soggetto o.n.l.u.s. iscritto nel registro regionale di riferimento, la famiglia che ne sostiene l’onere deve produrre dichiarazione del soggetto, da cui l’assistente dipende, nella quale è riportata l’esatta indicazione di iscrizione al registro regionale e sono attestati i periodi contrattuali, il numero di ore settimanali di assistenza fruita e che l’intero onere è a carico della famiglia. Tale dichiarazione può essere presentata dal cittadino in qualunque momento, anche successivo a quello di presentazione della domanda, fermo restando che gli effetti della comunicazione potranno riguardare i periodi non ancora liquidati a titolo definitivo. Dopo la

certificazione iniziale il cittadino si impegna a comunicare in autocertificazione qualunque variazione intervenga nei rapporti contrattuali con assistenti familiari e/o cooperative sociali i cui requisiti sono illustrati sopra. La comunicazione di tali eventi deve avvenire entro 30 giorni.

La domanda di accesso all'assegno di cura e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali restano valide fino a quando:

- la persona che l'ha presentata o la persona nel cui interesse è stata presentata chiede di ritirarla;
- la persona non autosufficiente si trasferisce in altra Regione, è deceduta o è stata inserita in modo permanente in struttura residenziale.

La domanda può essere ripresentata come nuova domanda in qualsiasi momento, qualora ricorrano nuovamente le condizioni per poter accedere all'assegno di cura.

Sono valide come domande di assegno di cura tutte le domande di contributo per una delle tre linee di intervento precedenti (LR 28/91, "badanti" e "Alzheimer") risultate idonee al 31.12.2006 nelle procedure informatiche ISEEnet. Pertanto coloro per i quali è già presente una domanda valida al 31.12.2006 in una delle tre procedure precedenti non devono presentare nuova domanda. Qualora la domanda presente nelle procedure 2006 fosse incompleta o necessitasse di essere aggiornata (relativamente all'ISEE o alla informativa/autorizzazione al trattamento dei dati od altro), l'Ente responsabile del procedimento si attiva richiedendo al cittadino le informazioni e la documentazione eventualmente mancanti.

#### **4. REQUISITI DI ACCESSO**

Il riconoscimento del diritto all'assegno di cura è condizionato all'accertamento di:

- 1) condizione di non autosufficienza sotto i profili sanitario e sociale che evidenzia la necessità di particolare supporto;
- 2) sufficiente adeguatezza del supporto erogato dalla famiglia, direttamente o indirettamente, e/o dalla rete sociale a copertura delle esigenze della persona;
- 3) condizione economica della famiglia di cui fa parte la persona non autosufficiente contenuta entro i limiti di seguito illustrati.

#### **5. LA RILEVAZIONE DELLA CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA E DELL'ADEGUATEZZA DELL'ASSISTENZA RICEVUTA.**

##### **A) La "scheda base".**

In attesa della nuova scheda di valutazione, di cui alla premessa, la rilevazione delle condizioni soggettive viene temporaneamente effettuata tramite la "scheda di rilevazione" già in uso per i contributi della LR 28/91, compilata in parte dall'assistente sociale comunale e in parte dal medico di medicina generale, che rileva il bisogno di assistenza e l'assistenza prestata.

Per quanto riguarda la compilazione del riquadro "condizioni fisiche" della scheda di rilevazione da parte del medico di medicina generale, si conferma la validità delle disposizioni contenute nella circolare regionale n. 10 del 30.4.1992, pubblicata nel BUR n. 51 del 12.5.1992, che vengono di seguito riprese ed opportunamente aggiornate.

L'iniziativa per l'attivazione della procedura volta ad accertare le condizioni dei richiedenti è del Servizio Sociale competente, il cui personale è tenuto a contattare il medico di medicina generale per una verifica congiunta della situazione della persona e per richiedere la certificazione clinico-anamnestica consistente nella compilazione del riquadro "condizioni fisiche"; tale compilazione costituisce un accesso regolamentato dall'accordo regionale per la disciplina dei rapporti con i

medici di medicina generale, di cui alla DGR n. 4395 del 30.12.2005, nella parte relativa ai compiti del Medico di Assistenza Primaria in ordine alla richiesta e all'esercizio dell'assistenza domiciliare integrata, anche per quanto riguarda il trattamento economico, e come tale va retribuito al medico.

Né il medico né l'assistente sociale possono richiedere alcun compenso ai privati per la compilazione della scheda base.

Nell'ambito dei propri compiti di valutazione e presa in carico sociale, l'assistente sociale valuta inoltre, tenuto conto delle valutazioni del medico, se è sufficiente l'erogazione del contributo economico quale intervento a favore della persona non autosufficiente ovvero se la situazione in esame necessita anche di altre forme di sostegno.

Nel riquadro "condizioni fisiche" viene inserita la voce "presenta demenza, di tipo Alzheimer o di altro tipo, accompagnata da gravi disturbi comportamentali" che prevede soltanto la risposta "SI" o "NO" da parte del medico di medicina generale. Ci si riferisce a disturbi in grado di condizionare pesantemente l'assistenza, come delirio, agitazione, ansia, disinibizione, attività motoria aberrante... .

Le evoluzioni demografiche ed epidemiologiche degli ultimi anni, che evidenziano come sempre più frequentemente siano assistite a domicilio persone con una situazione molto pesante di non autosufficienza, rendono necessario un aggiornamento, seppur contenuto, delle modalità di calcolo del punteggio risultante dalla scheda di rilevazione, modalità rimaste inalterate nell'ultimo decennio.

Si ritiene infatti necessario privilegiare le situazioni che esprimono un elevato bisogno assistenziale, a condizione che il bisogno stesso sia coperto per almeno il 50%. Pertanto, da un lato si confermano le modalità in uso di calcolo del punteggio di dipendenza (scala condizioni fisiche, scala orientamento e scala dipendenza) e del punteggio di prestazioni (prestazioni parenti e vicinato e prestazioni servizio domiciliare), dall'altra si stabilisce che il punteggio finale si ottiene normalizzando il punteggio del bisogno e quello della copertura nell'intervallo 51 – 100 e sommando in modo pesato i due valori, con una funzione in cui il peso del bisogno è pari all'80% e quello della copertura è pari al 20%. Vengono escluse dall'assegno di cura le situazioni in cui il bisogno di cura o la copertura di tale bisogno sono inferiori a 51 punti.

Nei casi di persone in età minore, nella compilazione della scheda di rilevazione, l'assistente sociale e il medico rilevano solo le condizioni della persona e le necessità assistenziali che sono legate ad una patologia fortemente invalidante e non quelle legate ad una normale fase evolutiva propria dell'età. In sostanza, la compilazione della scheda assume il valore di dichiarazione della gravità della condizione personale e della conseguente necessità di una particolare assistenza.

Come già stabilito per l'anno 2006 (allegato C alla DGR 460/2006), la scheda base ha una validità massima di 4 anni. Il Servizio Sociale provvede d'ufficio ad aggiornare le schede, per le quali l'ultimo aggiornamento della situazione soggettiva e dell'assistenza ricevuta sia stato effettuato in data anteriore al 2004. Il Servizio Sociale può provvedere anche di propria iniziativa, ovvero su richiesta dell'interessato, a rilevare le variazioni delle condizioni soggettive della persona e dei livelli di assistenza ad essa prestati.

Le schede connesse a nuove domande e quelle di aggiornamento hanno effetto a partire dal semestre di liquidazione in cui cade la data di compilazione. Ciò significa che, se la data di compilazione cade nel semestre successivo alla data della domanda, per quel semestre la domanda non è idonea per l'assegno di cura.

Per ogni semestre, la graduazione del contributo per punteggio avviene in funzione dell'ultima scheda base valida per quel periodo.

**B) La “scheda NPI”.**

L'Ente che riceve la domanda di assegno di cura richiede alla competente UVMD distrettuale una apposita valutazione delle persone per le quali il medico di medicina generale abbia segnalato nella scheda di rilevazione, di cui al precedente punto “A) La scheda base”, la presenza di demenza, di tipo Alzheimer o di altro tipo, accompagnata da gravi disturbi comportamentali. Tale valutazione UVMD comprende l'applicazione della scheda Neuropsychiatric Inventory (NPI).

E' compito dell'UVMD verificare:

- a) la diagnosi di demenza o di sospetta demenza di tipo Alzheimer o di altro tipo;
- b) una sufficiente adeguatezza dell'assistenza assicurata dalla famiglia;
- c) punteggio NPI “frequenza x gravità”: il punteggio globale non deve essere inferiore a 25; deve essere riportato un punteggio di almeno 9 in almeno 2 dei seguenti 7 disturbi principali: deliri, allucinazioni, agitazione/aggressività, ansia, disinibizione, attività motoria aberrante, disturbi del sonno;
- d) punteggio NPI “stress caregivers”: non deve essere inferiore a 20 punti.

Qualora non sia soddisfatto anche uno solo di questi 4 requisiti, la domanda sarà valutata considerando la “scheda base”.

L'aggiornamento della scheda NPI deve essere fatto su base annua. La scheda avrà valore per l'intero semestre nel quale è compresa la data di compilazione e per i due semestri successivi.

Gli accertamenti di cui sopra possono essere aggiornati anche in corso d'anno, qualora siano mutate le condizioni oggettive della persona interessata.

E' compito dell'Azienda ULSS inserire in ISEEnet l'esito delle valutazioni dell'UVMD.

Le comunicazioni standard tra Ente che riceve la domanda e Azienda ULSS avvengono in via informatica tramite la procedura ISEEnet, con modalità tecniche che sarà cura del gestore di ISEEnet definire.

**6. LA CONDIZIONE ECONOMICA DELLA FAMIGLIA**

In base all'art. 33, co. 1, della LR n. 1/2004 e alla DGR n. 39 del 17.1.2006, la situazione economica dei richiedenti i benefici in questione viene rilevata con riferimento all'ISEE, come disciplinato dai D.Lgs. n. 109/1998 e n. 130/2000 e dai DPCM n. 221/1999 e n. 224/2001.

L'ISEE riguarda la situazione economica della famiglia come definita dalla normativa sopra richiamata. La famiglia anagrafica da considerare è quella che comprende la persona non autosufficiente per la quale viene richiesto il contributo. L'assistente familiare convivente, anche se incluso nello stato di famiglia anagrafico, non deve essere compreso fra i componenti della famiglia da indicare nella Dichiarazione Sostitutiva Unica; tale esclusione viene operata anche nel caso in cui l'assistente familiare convivente, purché regolarmente iscritto all'INPS, sia legato da vincoli di parentela con la persona assistita.

Si ricorda che le dichiarazioni ISEE soggiacciono alla disciplina delle autocertificazioni (DPR 445/2000), per cui si invitano gli Enti a porre la massima attenzione ai controlli, da effettuarsi in collaborazione con altri uffici comunali, in particolare con riferimento alla composizione del nucleo familiare, che deve corrispondere a quella risultante all'anagrafe comunale, e alle componenti reddituali e patrimoniali della famiglia anagrafica. Per ulteriori controlli, si applicano le normative vigenti al riguardo, anche rispetto ai possibili protocolli d'intesa con la Guardia di Finanza.

Con la DGR n. 39 del 17.1.2006 è stato determinato in € 14.100,00, calcolato sui redditi 2004, incrementato per gli anni successivi dell'indice ISTAT della variazione annua del costo della vita per le famiglie di operai e impiegati (quindi in € 14.367,90 su redditi 2005), il valore dell'ISEE familiare, al di sopra del quale non si ha diritto all'accesso agli interventi di sostegno economico.

Per il periodo gennaio-giugno 2007 il valore ISEE deve essere riferito ai redditi percepiti nel 2005; per il successivo periodo luglio 2007 – giugno 2008 il valore ISEE deve essere riferito ai redditi percepiti nel 2006.

Al fine di adeguare tempestivamente la valutazione in funzione della condizione economica, è possibile in ogni momento accogliere una nuova dichiarazione ISEE più favorevole al richiedente, come previsto dalla normativa ISEE sopra richiamata.

## **7. ENTI DI COMPETENZA**

Agli Enti Locali, come individuati nei Piani Locali per la Domiciliarità, è affidato il compito di accompagnare i cittadini nelle fasi di presentazione delle domande di contributo, ricevere dette domande e verificarne la completezza e la congruità, valutare la condizione assistenziale assicurata dalle famiglie alle persone non autosufficienti, inserire le informazioni nella procedura telematica ed interagire con essa, acquisire le relative risorse economiche e liquidare i contributi ai beneficiari, fungere da punto di riferimento diretto per i cittadini, anche per quanto riguarda la complessiva presa in carico sociale.

Qualora le disposizioni contenute nei singoli Piani Locali per la Domiciliarità comportino il trasferimento delle competenze e delle funzioni in questione dai Comuni ad altri Enti, è necessario che la relativa decisione del Comune di delega delle funzioni venga comunicata dal responsabile del procedimento del Comune stesso alla Regione, anche per fax.

Fintantoché non sia arrivata comunicazione in tal senso, la procedura informatica per il 2007 viene accreditata al responsabile del procedimento della LR 28/91 per il 2006.

In ogni caso, l'individuazione degli Enti di competenza viene effettuata con riferimento al Comune di residenza della persona non autosufficiente.

Per gli utenti che cambiano residenza nel corso dell'anno, il Comune di nuova residenza provvede a comunicare al gestore di ISEEnet l'avvenuto trasferimento. Da quel momento il fascicolo informatico dell'utente, nella versione presente al momento del trasferimento, viene attribuito, duplicandolo, al Comune di nuova residenza, che diventa competente all'erogazione degli assegni di cura relativi a tutto il semestre nel quale è avvenuto il trasferimento. L'Ente competente del territorio di provenienza potrà sempre disporre del fascicolo aggiornato fino alla data antecedente il trasferimento.

## **8. LA PROCEDURA INFORMATICA**

In ISEEnet sarà presente un'unica procedura informatica, nella quale a inizio anno saranno inserite a cura del gestore di ISEEnet tutte le domande, con le informazioni ad esse connesse (attestazione ISEE, scheda di valutazione ex LR 28, scheda NPI, dichiarazioni di assunzione di assistenti familiari, ...) in carico al 31.12.2006 in ciascuna delle precedenti tre procedure, come indicato al precedente punto 3.

Per ciascun Comune il gestore di ISEEnet abiliterà all'uso della procedura 2007 (sia in visione che in caricamento e modifica dati) il responsabile del procedimento appartenente all'ente individuato ai sensi del precedente punto 7. Il responsabile del procedimento di ciascun ente potrà individuare una o più persone responsabili dell'istruttoria, assegnando loro le password d'accesso secondo le modalità definite dal gestore di ISEEnet.

Al fine di consentire una diffusione tempestiva delle informazioni che risulti adeguata alle esigenze delle UVMD e dei servizi di assistenza domiciliare sia sociale che sanitaria ai fini della presa in carico, della redazione dei piani assistenziali individuali e della loro attivazione, anche il responsabile del procedimento dell'Azienda ULSS (o viceversa del Comune nel caso in cui il procedimento di assegno di cura sia accreditato all'Azienda ULSS) potrà accedere, pur in sola

visione, alle informazioni presenti in ISEEnet relative a cittadini residenti nel territorio di competenza.

I documenti del fascicolo informatico intestato a ciascuna persona non autosufficiente sono:

- a) *Domanda* – Riporta i dati anagrafici della persona non autosufficiente, i dati della persona di riferimento e i dati della persona delegata alla riscossione del contributo. Ovviamente tali dati potranno essere aggiornati dinamicamente al bisogno;
- b) *Informativa / autorizzazione al trattamento dei dati personali*
- c) *ISEE* – La condizione economica viene aggiornata annualmente con riferimento al periodo luglio - giugno.
- d) *Scheda base* (provvisoriamente Scheda di rilevazione ex LR 28/91). E' la valutazione effettuata dall'assistente sociale e dal medico di medicina generale aggiornato ogni qualvolta sia ritenuta necessaria per rilevare le variazioni della situazione sociosanitaria del non autosufficiente e/o il diverso grado di supporto erogato dalla rete sociale attivata.
- e) *Dichiarazione relativa ai rapporti contrattuali con assistenti familiari* o con cooperative sociali (badanti assunte in proprio o tramite soggetti ONLUS) al fine di rilevare il maggior supporto erogato dalla famiglia. Viene aggiornata ogni volta che si verifica un cambiamento contrattuale relativo alle assistenti familiari (cambiamento dell'orario complessivo settimanale, assunzione o cessazione delle persone).
- f) *Rilevazione UVMD e NPI*. La valutazione da parte dell'UVMD per quanto riguarda i soggetti affetti da demenza, di tipo Alzheimer o di altro tipo, con gravi disturbi comportamentali. Tale documento è inseribile, modificabile e aggiornabile solo da parte dell'Azienda ULSS.

Tutta la documentazione cartacea relativa a ciascuna persona non autosufficiente viene conservata presso l'Ente competente per la specifica documentazione, a disposizione per verifiche e controlli.

## **9. ENTITÀ DELL'ASSEGNO DI CURA**

Ai sensi della DGR 39/2006, l'importo mensile dell'assegno di cura può raggiungere un massimo di €520,00, indicizzato al costo della vita a partire dall'anno 2007, assicurando il rispetto del principio della proporzionalità in relazione alle condizioni di gravità e alle condizioni economiche del nucleo familiare.

Per l'anno 2007 il contributo massimo mensile viene fissato in €520,00.

Nella determinazione dei criteri di calcolo dell'assegno di cura va tenuto presente che gli stessi riguardano un anno caratterizzato dalla transizione dal vecchio modello di contributi diversificati al nuovo modello di assegno di cura unico, con inserimento in itinere della nuova scheda di valutazione, come sopra descritto.

L'entità dell'assegno di cura è calcolata in rapporto al punteggio risultante dalla scheda base, ovvero in base alla scheda NPI, in rapporto all'ISEE e in rapporto all'intensità del supporto assicurato dalla famiglia tramite gli assistenti familiari. Se nella famiglia, che si avvale di assistenti familiari, è presente più di una persona non-autosufficiente, la quota di contributo che scaturisce dalla valutazione dell'assistenza familiare verrà riconosciuta solo a uno dei componenti.

Il contributo è concesso su base mensile; pertanto non viene riconosciuto per frazioni di diritto inferiori a 15 giorni nel mese.

L'entità dell'assegno da riconoscere a ciascun richiedente viene determinata in base alle seguenti regole:

- A. per le persone che presentano demenza accompagnata da gravi disturbi comportamentali valutata in base alla scheda NPI, l'importo massimo mensile viene riconosciuto alle famiglie con ISEE non superiore a €5.000,00, per ridursi progressivamente fino al 70% per ISEE pari al limite di esclusione (*importo mensile massimo € 520,00 e minimo € 364,00*);

B. per le persone, escluse dall'ipotesi A, il contributo è graduato in funzione della condizione sociosanitaria risultante dalla ultima scheda base valida per quel periodo. Il contributo mensile è pari al 50% del contributo massimo per valutazione sociosanitaria con punteggio pari a 100 per ridursi fino al 25% del contributo massimo per punteggio pari a 68. Oltre tale limite la domanda non è ammessa al finanziamento. Il valore risultante dalla graduazione sociosanitaria sarà ulteriormente graduato in funzione della condizione economica. Coloro che hanno un ISEE non superiore a €5,000,00 avranno il 100% del contributo precedentemente calcolato per scendere al 40% per coloro che hanno un'ISEE pari al limite di esclusione (*importo mensile massimo € 260,00 e minimo € 52,00*);

C. le persone beneficiarie per condizione sociosanitaria assistite da assistenti familiari possono ottenere un incremento dell'assegno di cura come calcolato al precedente punto B, in funzione delle ore complessive settimanali di assistenza risultanti anche da più contratti di lavoro come definiti sopra. L'incremento mensile è pari al 50% del contributo massimo per i richiedenti con contratti di lavoro per complessive 50 o più ore settimanali, per ridursi fino al 24% del contributo massimo per persone con contratti di lavoro non inferiori a complessive 24 ore settimanali. Al di sotto di tale impegno orario l'incremento dell'assegno di cura non viene operato. Anche per tale incremento opera la graduazione per condizione economica come specificato al precedente punto B.

Nel caso la stessa assistenza familiare operi per più componenti non autosufficienti presenti nello stesso nucleo familiare, la quota di contributo relativo a tale condizione verrà erogata per uno solo dei componenti (*importo mensile massimo € 260,00 e minimo € 50,00*).

La graduazione dei contributi negli intervalli sopra indicati avverrà in modo non lineare ma tramite una funzione logistica (soglia smussata) in modo da rendere meno accentuate le situazioni prossime agli estremi dell'intervallo di graduazione. L'importo mensile del contributo è arrotondato all'unità di euro.

In ISEEnet verranno pubblicate le tabelle di graduazione esemplificative per ogni sezione di valutazione dell'Assegno di Cura.

## **10. MOTIVI DI SOSPENSIONE E DI CESSAZIONE DEL CONTRIBUTO**

Ricoveri in struttura residenziale di durata tale da riguardare due o più mesi di contribuzione comportano la sospensione del contributo per tale periodo. Il diritto al contributo cessa con l'inserimento definitivo in struttura residenziale, con il trasferimento al di fuori del territorio regionale, con il decesso, ovvero, limitatamente alla quota di assegno di cura relativo all'impiego di Assistenti Familiari (badanti), con la cessazione del rapporto di lavoro o quando le ore settimanali complessive risultino minori di 24.

Il contributo non può essere riconosciuto nei casi in cui la cessazione del diritto al contributo stesso avvenga prima della valutazione sociosanitaria (Scheda base e/o NPI).

## **11. DURATA E MODALITÀ DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO**

Una volta caricato o aggiornato un fascicolo personale in ISEEnet, sarà possibile visualizzare immediatamente l'importo teorico dell'assegno mensile spettante, con l'avvertenza che tale importo potrà essere effettivamente riconosciuto solo se, al termine del semestre, ciò risulterà compatibile con le risorse disponibili per l'intero territorio dell'ULSS.

L'entità della somma complessiva destinata agli assegni di cura per ciascun territorio di ULSS verrà definita con apposito provvedimento regionale in sede di riparto del fondo regionale per la domiciliarità per l'anno 2007, applicando al fondo destinato a ciascun territorio di ULSS le percentuali indicate nei Piani Locali per la Domiciliarità.



Tale somma complessiva verrà utilizzata per il 40% per l'assegnazione degli assegni di cura relativi al primo semestre 2007 e per la quota rimanente meno il 10% per gli assegni di cura relativi al secondo semestre 2007 e per i conguagli del primo semestre. La quota accantonata servirà per il conguaglio del secondo semestre 2007 che verrà operato contestualmente alla liquidazione del primo semestre 2008.

Correzioni o inserimenti di dati relativi al periodo di liquidazione precedente potranno essere apportate fino alla data di liquidazione del periodo di contribuzione corrente (semestre) e daranno origine a conguagli in ordine alla liquidazione precedentemente calcolata.

Si vuole infatti evitare di penalizzare le famiglie a fronte di errori o inadempienze da parte dell'Ente responsabile dell'istruttoria per l'erogazione dell'assegno di cura, che potranno verificarsi anche in considerazione delle innovazioni introdotte con il presente documento; altresì, si intende rilevare sospensioni del contributo comunicate dagli interessati al Comune in momenti successivi alla liquidazione del periodo. A tal fine, il procedimento informatico, per ogni periodo di contribuzione (semestre) permetterà di inserire o variare domande relative al periodo di contribuzione precedente. Ogni liquidazione permetterà così, oltre che di liquidare i contributi del periodo corrente, anche di conguagliare i contributi del periodo precedente.

Entro il mese successivo a ciascun semestre su base ULSS verrà generato, a cura della procedura informatica, il report delle domande idonee ordinato in base all'entità dell'assegno di cura riconoscibile per ciascuna di esse.

Sulla base delle risorse disponibili per ciascun semestre e dell'ordinamento del report (graduatoria), verranno definiti gli assegni di cura effettivamente riconosciuti e che potranno quindi essere liquidati dagli enti di competenza ai beneficiari.

E' pertanto indispensabile che gli enti provvedano ad inserire in ISEEnet tutte le informazioni necessarie per ogni domanda (si tratti di domande nuove o di aggiornamento di domande precedenti) entro il mese successivo al primo semestre 2007.

Le procedure 2006 resteranno "aperte" in ISEEnet fino e non oltre il 31.7.2007, per consentire ai Comuni di rettificare e completare i dati inseriti ed eventualmente ricalcolare i benefici da erogare ai cittadini. Eventuali conguagli nelle assegnazioni ai Comuni verranno effettuati in sede di liquidazione relativa al periodo successivo.

## **12. PERSONE CUI LIQUIDARE I CONTRIBUTI**

I contributi vanno liquidati alla persona che ha presentato domanda e in subordine, nel caso quest'ultima sia indisponibile al momento dell'erogazione, all'interessato, a un parente anche non convivente, ovvero ad una persona, preferibilmente convivente, per la quale il servizio sociale abbia accertato che provvede effettivamente a garantire adeguata assistenza alla persona non autosufficiente.

Quanto sopra vale anche in caso di decesso dell'utente. Il contributo maturato per il periodo precedente va liquidato alla persona che ha presentato domanda o, in subordine, alla persona che ha provveduto all'assistenza dell'utente, previa acquisizione, da parte dell'Ente erogatore, di delega a riscuotere il contributo completa di dichiarazione liberatoria da parte dei legittimi eredi che sollevi l'Ente liquidatore da ogni responsabilità in caso di contenzioso tra eredi. Qualora la dichiarazione liberatoria non pervenga entro 30 giorni dalla comunicazione del preavviso di liquidazione, il contributo sarà revocato.