

## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 31 LUGLIO 2007, N. 601**

OGGETTO: Art. 4 della L.R. 20/2006. Fondo regionale per la non autosufficienza. Criteri e modalità per la ripartizione delle risorse del fondo ed indirizzi della Regione per la realizzazione degli interventi e dei servizi per le persone non autosufficienti. Approvazione delle linee guida per l'utilizzazione delle risorse .

### LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA dell'Assessore alle Politiche Sociali;

- VISTO il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 recante “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli Enti locali, in attuazione del capo I della L. 15 marzo 1997, n. 59.”;
- VISTA la legge 5 febbraio 1992, n. 104 concernente “Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”;
- VISTA la legge 21 maggio 1998, n. 162 recante “Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 104, concernenti misure di sostegno in favore di persone con handicap grave”;
- VISTO in particolare l’articolo 39, comma 2, lettera l-bis) e l-ter) della legge n. 104 del 1992, così come modificata dall’articolo 1, comma 1, lettera c) della legge n. 162 del 1992, che prevede che le Regioni possono:
- a) provvedere alla programmazione di interventi di sostegno alla persona e familiare come prestazioni integrative degli interventi realizzati dagli enti locali a favore delle persone con handicap di particolare gravità di cui all’articolo 3, comma 3, mediante forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale;
  - b) disciplinare, allo scopo di garantire il diritto ad una vita indipendente alle persone con disabilità permanente e grave limitazione dell’autonomia personale nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita, non superabili mediante ausili tecnici, le modalità di realizzazione di programmi di aiuto alla persona, gestiti in forma indiretta, anche mediante piani personalizzati;
- VISTA la legge 28 novembre 2000, n. 328 recante “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

- VISTA la legge regionale 9 settembre 1996, n. 38 recante “Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socioassistenziali nel Lazio” e successive modificazioni;
- VISTO l’articolo 55 della legge regionale 13 settembre 2004, n. 11 concernente “Assestamento del bilancio di previsione della Regione Lazio per l’anno finanziario 2004”, che istituisce il fondo socio-sanitario regionale per la non autosufficienza (capitolo di spesa n. H41550);
- VISTA la legge regionale 23 novembre 2006, n. 20 concernente “Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza” che, fra l’altro, all’articolo 7, comma 3, modifica la denominazione del capitolo di spesa n. H41550 definendolo “fondo regionale per la non autosufficienza”;
- VISTO altresì l’articolo 4 della l.r. 20/2006 per il quale la Giunta regionale, in coerenza con gli obiettivi del proprio piano socio-assistenziale, stabilisce con apposita deliberazione adottata dalla Giunta regionale, su proposta dell’assessore competente in materia di servizi sociali:
- a) le fasce della non autosufficienza e le corrispondenti misure assistenziali differenziate in relazione ai differenti livelli di disabilità;
  - b) i criteri e le modalità per regolamentare l’accesso alle misure assistenziali, tenendo conto anche delle condizioni economiche dell’assistito;
  - c) gli obiettivi e le priorità d’intervento;
  - d) i criteri e le modalità per la ripartizione delle risorse del Fondo, sulla base di quote capitarie ponderate tra gli ambiti territoriali di cui all’articolo 47, comma 1, lettera c) della l.r. 38/1996;
  - e) le linee guida per la formulazione dei piani distrettuali di cui all’articolo 5 e per la relativa attuazione;
  - f) le modalità per la verifica dei servizi e degli interventi attivati con le risorse del Fondo, assicurando il coinvolgimento delle organizzazioni sindacali e della Consulta per i problemi della disabilità e dell’handicap di cui alla legge regionale 3 novembre 2003, n. 36.
- VISTA la legge regionale 28 dicembre 2006, n. 27 concernente “Legge finanziaria regionale per l’esercizio 2007 (Art. 11, legge regionale 20 novembre 2001, n. 25)”;
- VISTA la legge regionale 28 dicembre 2006, n. 28 concernente “Bilancio di previsione della Regione Lazio per l’esercizio finanziario 2007”;
- VISTA la Deliberazione della Giunta regionale 23 dicembre 2006, n. 944 recante “Bilancio annuale e pluriennale 2007-2009 – Approvazione documento

tecnico (art. 17, commi 9 e 9-bis, legge regionale 20 novembre 2001, n. 25” che nell’ambito del capitolo di spesa n. H41550 prevede:

- a) per l’esercizio finanziario 2007 lo stanziamento di Euro 16.000.000,00;
- b) per l’esercizio finanziario 2008 lo stanziamento di Euro 12.000.000,00;
- c) per l’esercizio finanziario 2009 lo stanziamento di Euro 8.000.000,00;

PRESO ATTO dell’articolo 14, comma 8 della l.r. 28/2006, il quale prevede che “nell’ambito delle disponibilità del capitolo H41550 un importo sino a 500 mila euro è destinato agli interventi di informazione, prevenzione, comportamenti sociali e lotta all’AIDS;

VISTO il decreto del Ministro del Lavoro e della Previdenza sociale 13 dicembre 2001, n. 470 recante “Regolamento concernente criteri e modalità per la concessione e l’erogazione dei finanziamenti di cui all’articolo 81 della legge 23 dicembre 2000, n. 388 (legge finanziaria 2001), in materia di interventi in favore dei soggetti con handicap grave privi dell’assistenza dei familiari”;

CONSIDERATO che la Regione, attraverso appositi avvisi pubblici rivolti ad organizzazioni non lucrative di utilità sociale, ha finanziato a partire dal 2003 complessivamente 9 progetti di realizzazione di case famiglia per persone con handicap grave privi di familiari (il cosiddetto “Dopo di noi”), utilizzando apposite risorse finanziarie concesse dallo Stato ai sensi del citato D.M. n. 470/2001, e che tali progetti hanno ottenuto finanziamenti sia per le spese di acquisto e/o ristrutturazione degli immobili sede delle strutture residenziali sia per un anno di gestione del relativo servizio;

PRESO ATTO che per alcune delle suddette case famiglia, il servizio è stato attivato e che si è reso necessario, pertanto, individuare apposite risorse finanziarie per la concessione di contributi volti ad assicurare la continuità dei servizi residenziali avviati;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale 26 ottobre 2005, n. 924 concernente “Criteri di riparto e modalità di utilizzazione del fondo sociosanitario per la non autosufficienza ai sensi della L.R. 17 febbraio 2004, n. 9 e della D.G.R. del 1 aprile 2005, n. 461”, che fra l’altro destina una quota delle risorse del fondo per assicurare la continuità di gestione per un ulteriore anno delle case famiglia per soggetti con handicap grave avviate ai sensi del D.M. n. 470/01 ;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale 3 agosto 2006, n. 500 concernente “Piano di utilizzazione biennale 2006-2007 degli stanziamenti per il sistema integrato regionale di interventi e servizi socioassistenziali Approvazione

documento concernente “Linee guida ai Comuni per l’utilizzazione delle risorse per il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali” che, nell’ambito delle risorse di cui al cap. di spesa n H41550 per l’esercizio finanziario 2007 ha riservato:

- a) la somma di Euro 400.000 al proseguimento del progetto per il miglioramento della qualità della vita delle famiglie che assistono in casa i portatori di patologie invalidanti, già avviato in attuazione della deliberazione della Giunta regionale 7 marzo 2006, n. 125;
- b) una quota di risorse, quantificata con provvedimento dirigenziale in relazione all’effettivo funzionamento delle strutture, per la continuità di gestione delle case famiglia per soggetti con handicap grave avviate ai sensi del d. m. 470/2001:

CONSIDERATO che nelle more dell’effettivo funzionamento della fondazione senza scopo di lucro costituita ai sensi dell’articolo 44 della legge regionale 27 febbraio 2004, n. 2 (legge finanziaria regionale per l’esercizio 2004) per il sostegno delle persone disabili gravi prive del supporto dei propri familiari, una quota di risorse del fondo regionale per la non autosufficienza è destinata alla continuità di gestione delle case famiglia per soggetti con handicap grave, avviate ai sensi del d.m. 470/2001;

PRESO ATTO della Determinazione del Direttore della Direzione regionale Servizi sociali n. D0333 del 2 febbraio 2007 concernente: “Case famiglia per soggetti con handicap grave avviate ai sensi del D.M. 470/2001. Assegnazione risorse per la continuità di gestione per l’anno 2007. D.G.R. n. 500 del 3/8/2006. Impegno di € 2.129.836,84. Capitolo di spesa H41550 - Es. Fin. 2007”, con cui sono state impegnate le somme di cui alla lettera b) del punto precedente;

PRESO ATTO altresì della Determinazione del Direttore regionale Servizi sociali n. D1511 del 3 maggio 2007 concernente “Casa famiglia Casa dei Lillà di Cisterna di Latina per soggetti con handicap grave avviata ai sensi del D.M. 470/2001. Integrazione assegnazione risorse per la continuità di gestione per l’anno 2007. D.G.R. n. 500 del 3/8/2006 e Determinazione Dirigenziale n. D0333 del 2.2.2007 Impegno di € 44.895,00 Capitolo di spesa H41550 - Es. Fin. 2007.”;

CONSIDERATO che l’articolo 4, comma 1, lettera d), LR 20/2006, stabilisce che le risorse disponibili del fondo per la non autosufficienza, pari complessivamente ad Euro 12.925.268,16 per l’esercizio finanziario 2007, vengono ripartite tra gli ambiti territoriali di cui all’articolo 47, comma 1, lettera c) della l.r. 38/1996 sulla base di quote capitarie ponderate;

CONSIDERATO che la non autosufficienza assuma forme diverse a seconda del tipo di attività compromessa e di gravità e quindi implica la necessità di valutare il bisogno di assistenza caso per caso;

CONSIDERATA la difficoltà di individuare dati di natura amministrativa che permettano la determinazione dell'intero contingente di persone non autosufficienti;

CONSIDERATO che in base a rilevazioni ISTAT si stima che le persone disabili o comunque non autosufficienti in Italia siano circa 3 milioni, rappresentando poco meno del 5 % della popolazione totale e che nel Lazio, a fronte di una popolazione totale superiore a 5 milioni e 250 mila, le persone non autosufficienti ammonterebbero a poco meno di 250 mila (4,6% della popolazione regionale);

CONSIDERATO altresì che si stima che oltre il 72% delle persone non autosufficienti sono ultrasessantenni, mentre meno del 7% sono minori, e che tra le persone ultrasettantacinquenni circa il 38% sono non autosufficienti;

RITENUTO opportuno, alla luce delle stime indicate nei punti precedenti ed in attesa dell'attivazione di un sistema di rilevazione dei bisogni sul territorio da parte del servizio informativo sociale regionale del Lazio, stabilire che le risorse inerenti il fondo per la non autosufficienza vengano ripartite a livello distrettuale in base ai seguenti criteri:

- a) il 25% in base alla popolazione compresa tra i 65 ed i 75 anni;
- b) il 35% in base alla popolazione oltre i 75 anni, dove maggiore è l'incidenza di persone non autosufficienti;
- c) il 20% in base al numero di invalidi civili, ciechi civili e sordi che percepiscono emolumenti economici, dato che indica il numero di persone con possibili problemi di non autosufficienza al di sotto dei 65 anni e con una determinata condizione economico-sociale;
- d) il 10% in base al numero di minori che percepiscono l'indennità di frequenza o altra indennità analoga;
- e) il 10% in base al rapporto tra il numero di disabili gravi e gravissimi con indennità di accompagnamento e la popolazione complessiva del distretto;

CONSIDERATO che l'articolo 5 della l.r. 20/20006 prevede che le risorse disponibili vengano utilizzate nell'ambito di appositi piani distrettuali per la non autosufficienza approvati con le stesse modalità stabilite per l'adozione dei piani di zona distrettuali annuali, e tenendo conto delle iniziative inserite nei piani di zona stessi, in modo da evitare duplicazioni e sovrapposizioni;

PRESO ATTO che, fermo restando la promozione ed il sostegno degli interventi in favore dei disabili gravi e gravissimi di cui alla legge n. 162 del 1998, gli interventi e servizi finanziabili con le risorse per la non autosufficienza possono riguardare:

- a) specifici interventi di assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, per anziani non autosufficienti, allo scopo di evitare il ricovero in strutture residenziali;
- b) servizi di sollievo alla famiglia, per affiancare i familiari che accudiscono la persona non autosufficiente ovvero per sostituirli nelle stesse responsabilità di cura durante l'orario di lavoro e anche nei periodi di temporanea impossibilità di accudire la persona non autosufficiente;
- c) dimissioni ospedaliere protette per soggetti temporaneamente non autosufficienti e non in grado di organizzare in modo autonomo il rientro al proprio domicilio e la continuazione delle cure, mediante l'organizzazione di interventi di assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, programmati in base ad una valutazione complessiva dei bisogni di tali soggetti;
- d) assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, per i soggetti non autosufficienti con patologie cronico-degenerative;
- e) interventi di sostegno alla persona disabile non autosufficiente ed alla famiglia, attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale, anche della durata di 24 ore e anche nelle giornate festive e prefestive;
- f) programmi di aiuto alla persona gestiti in forma indiretta, mediante piani personalizzati d'intervento;
- g) interventi economici straordinari per concorrere ai costi di deistituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, dei disabili non autosufficienti e di qualsiasi altro soggetto non autosufficiente.

RILEVATA la necessità comunque di predisporre con un futuro provvedimento un'apposita disciplina legislativa regionale che promuova e sostenga il lavoro di cura e di sostegno prestato stabilmente in favore delle persone non autosufficienti allo scopo di:

- a) favorire la permanenza delle persone non autosufficienti nel proprio domicilio e presso il proprio nucleo familiare;
- b) individuare azioni di formazione specifiche volte a qualificare le prestazioni offerte dai lavoratori;
- c) favorire l'emersione di rapporti di lavoro assistenziale irregolare;
- d) promuovere nuovi strumenti di incontro tra domanda e offerta di lavoro assistenziale, nonché forme di accompagnamento sociale alla gestione di programmi di aiuto alla persona realizzati in forma autogestita;

RITENUTO di individuare in questa prima fase di attuazione di un sistema di interventi e servizi a favore delle persone non autosufficienti, in attuazione dell'articolo 4, comma 1, lettera d), della l.r. 20/2006 i seguenti obiettivi e/o priorità di intervento:

- a) contrastare il fenomeno del ricorso improprio alla ospedalizzazione;
- b) proteggere i soggetti dimessi dagli ospedali ma non ancora in grado di organizzare in modo autonomo il rientro al proprio domicilio e la continuazione delle cure;
- c) organizzare interventi di sostegno alla persona non autosufficiente ed alla famiglia, attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale anche di 24 ore e nelle giornate festive e prefestive;
- d) contrastare il fenomeno del ricorso a forme non contrattualizzate di lavoro di cura e aiuto in favore delle persone non autosufficienti prestate a domicilio stabilmente anche attraverso contributi finalizzati al rimborso degli oneri previdenziali sostenuti per gli operatori domestici;
- e) programmi di aiuto alla persona realizzati in forma autogestita al fine di garantire una vita indipendente alle persone non autosufficienti;

RITENUTO altresì che le risorse del fondo regionale per la non autosufficienza debbano essere prioritariamente utilizzate a sostegno dello sviluppo e della qualificazione della rete dei servizi e non debbano essere destinate in alcun modo a ridurre l'impegno del fondo sanitario regionale e dei bilanci degli enti locali per la non autosufficienza, rispetto a quanto assicurato sino ad oggi e che le spese prettamente sanitarie rimangono di competenza delle Aziende sanitarie locali, anche per quanto attiene allo sviluppo dei servizi e degli interventi per la non autosufficienza;

PRESO ATTO che l'articolo 2, comma 2, della l.r. 20/2006, prevede che l'individuazione della condizione di non autosufficienza viene effettuata dalle unità valutative territoriali integrate distrettuali delle ASL, sulla base dei criteri e secondo le modalità previste per le valutazioni finalizzate all'accesso alle prestazioni di assistenza domiciliare e alle residenze sanitarie assistenziali;

CONSIDERATO che i criteri e le modalità di valutazione delle condizioni di non autosufficienza della persona anziana o disabile per l'accesso all'assistenza domiciliare ed alle residenze sanitarie assistenziali sono contenuti nella Deliberazione del Consiglio regionale 29 novembre 1989, n. 1020 recante "Indirizzi e direttive alle unità sanitarie locali per l'organizzazione e l'attuazione dell'assistenza domiciliare di cui alla legge regionale 2 dicembre 1988, n. 80;

CONSIDERATO altresì che l'articolo 6 della l.r. 20/2006 prevede che il servizio sociale del comune di residenza dell'assistito predispona, in collaborazione con il medico di base e con le unità valutative integrate delle ASL, piani di intervento personalizzati per le persone non autosufficienti;

TENUTO CONTO delle osservazioni espresse dalla Consulta per i problemi della disabilità e dell'handicap di cui alla legge regionale 3 novembre 2003, n. 36;

ESPERITA la procedura di concertazione;

AQUISITO il parere della Conferenza Regione-Autonomie locali;

all'unanimità

#### DELIBERA

Per le motivazioni indicate in premessa che si richiamano integralmente, di stabilire quanto segue:

1. viene avviato nel corrente esercizio finanziario 2007, il fondo regionale per la non autosufficienza, istituito dalla legge regionale 23 novembre 2006, n. 20;
2. gli interventi finanziabili con le risorse del fondo sono quelli indicati all'articolo 3 della l.r. 20/2006 e gli obiettivi e le priorità di intervento riguardano:
  - a) il contrasto al fenomeno del ricorso improprio alla ospedalizzazione;
  - b) gli interventi in favore dei soggetti dimessi dagli ospedali ma non ancora in grado di organizzare in modo autonomo il rientro al proprio domicilio e la continuazione delle cure;
  - c) gli interventi di sostegno alla persona non autosufficiente ed alla famiglia, attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale anche di 24 ore e nelle giornate festive e prefestive;
  - d) il contrasto al fenomeno del ricorso a forme non contrattualizzate di lavoro di cura e aiuto in favore delle persone non autosufficienti prestato a domicilio stabilmente anche attraverso contributi finalizzati al pagamento degli oneri previdenziali per gli operatori domestici;
  - e) i programmi di aiuto alla persona realizzati in forma autogestita;
3. ai fini dell'accesso ai servizi ed agli interventi di cui alla presente deliberazione, nonché ai fini della determinazione delle corrispondenti misure assistenziali:
  - a) si utilizzano i criteri e le modalità di valutazione delle condizioni di non autosufficienza di cui alla Deliberazione del Consiglio regionale 29 novembre 1989, n. 1020;

- b) le persone considerate non autosufficienti ai sensi della lettera a) devono essere in possesso di un indicatore della situazione economica equivalente del nucleo familiare (ISEE), determinato ai sensi del decreto legislativo 31 marzo 1998 e successive modificazioni, non superiore ad Euro 14.000,00, fatte salve le disposizioni assunte dagli enti locali in materia di accesso alle prestazioni ed ai servizi sociali, che saranno comunicate all'Amministrazione regionale ;
  - c) in applicazione dell'articolo 3, comma 2, del d.lgs. 109/1998, nel caso in cui il valore ISEE risulti inferiore, viene assunta come unità di riferimento una composizione del nucleo familiare costituita dall'assistito e dall'eventuale coniuge, e nel caso di persone con handicap permanente grave di cui all'articolo 3, comma 3, della legge n. 104 del 1992, accertato ai sensi dell'articolo 4 della medesima legge, dal solo assistito;
4. le risorse disponibili sul capitolo di spesa n. H41550 denominato "Fondo regionale per la non autosufficienza" vengono assegnate al Comune di Roma ed ai comuni o enti capofila degli ambiti territoriali di cui all'articolo 47, comma 1, lettera c), della l.r. 38/1996, in base ai seguenti criteri:
- a) il 25% in base al dato relativo alla popolazione compresa tra i 65 ed i 75 anni;
  - b) il 35% in base al dato relativo alla popolazione con età superiore ai 75 anni;
  - c) il 20% in base al dato relativo al numero di invalidi civili che percepiscono emolumenti economici;
  - d) il 10% in base al dato relativo al numero di minori che percepiscono l'indennità di frequenza o altre indennità analoghe;
  - e) il 10% in base al rapporto tra il numero di disabili gravi e gravissimi con indennità di accompagnamento e la popolazione complessiva del distretto;
5. i piani distrettuali per la non autosufficienza, che devono essere presentati, dai Comuni e dagli enti capofila di distretto, all'Assessorato alle Politiche sociali, Direzione regionale Servizi sociali, Viale del Caravaggio, 99 – 00147 Roma entro il 30 giugno di ogni anno, sono approvati con le medesime modalità utilizzate per l'approvazione dei piani di zona distrettuali di cui all'articolo 51 della l.r. 38/1996, coinvolgendo le organizzazioni sindacali e gli organismi del terzo settore di cui all'articolo 1, comma 4 della legge n. 328/2000 (associazioni ed enti di promozione sociale, organizzazioni di volontariato, cooperative sociali e loro consorzi), che svolgono sul territorio attività in favore delle persone non autosufficienti; tali piani devono tener conto delle iniziative inserite nei piani di zona distrettuali, in modo da realizzare interventi integrativi evitando duplicazioni e sovrapposizioni. In sede di prima applicazione del presente

provvedimento, per l'esercizio finanziario 2007 il suddetto termine viene fissato al 1° ottobre 2007;

6. le risorse ripartite secondo i criteri di cui al punto 4 verranno erogate dopo la verifica della coerenza dei piani distrettuali per la non autosufficienza con le direttive di cui al presente provvedimento;
7. nelle more dell'effettivo funzionamento della fondazione senza scopo di lucro costituita ai sensi dell'articolo 44 della legge regionale 27 febbraio 2004, n. 2 (legge finanziaria regionale per l'esercizio 2004) per il sostegno delle persone disabili gravi prive del supporto dei propri familiari, una quota di risorse del fondo regionale per la non autosufficienza, quantificata con provvedimento dirigenziale in relazione all'effettivo funzionamento delle strutture, è destinata alla continuità di gestione delle case famiglia per soggetti con handicap grave, avviate ai sensi del decreto del Ministro del Lavoro e della Politiche sociali 13 dicembre 2001, n. 470 recante "Regolamento concernente criteri e modalità per la concessione e l'erogazione dei finanziamenti di cui all'articolo 81 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, in materia di interventi in favore dei soggetti con handicap grave privi dell'assistenza dei familiari". Le relative risorse vengono assegnate al Comune capofila del distretto nel quale è ubicata la struttura o il servizio e rappresentano un contributo aggiuntivo, rispetto alle somme assegnate ai sensi del punto 3, che viene determinato con riferimento al numero di utenti accolti, nell'intesa che le medesime strutture devono essere inserite nei rispettivi piani distrettuali per la non autosufficienza;
8. viene approvato il documento concernente "Linee guida per l'utilizzazione delle risorse del fondo regionale per la non autosufficienza di cui alla legge regionale 23 novembre 2006, n. 20" (allegato A), che forma parte integrante della presente deliberazione;
9. ai sensi dell'articolo 5, comma 2 della l.r. 20/2006, il Comune di Roma ed i Comuni capofila dei distretti dovranno presentare entro il 15 novembre dell'anno successivo a quello di erogazione delle risorse un rendiconto sui servizi ed interventi realizzati e sull'attuazione dei piani di intervento personalizzati di cui all'articolo 6 della l.r. 20/2007

La presente deliberazione verrà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

LINEE GUIDA PER L'UTILIZZAZIONE DELLE RISORSE DEL FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA DI CUI ALLA LEGGE REGIONALE 23 NOVEMBRE 2006, N. 20

*Introduzione.*

La legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), nel quadro della realizzazione di un sistema integrato degli interventi sociali volto a garantire su base universalistica livelli essenziali di assistenza sociale, ha stabilito che gli enti locali, le Regioni e lo Stato seguano il principio dell'integrazione degli interventi sociali e sanitari, assegnando alle Regioni l'esercizio delle funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali, con particolare riferimento all'attività sanitaria e socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria (articolo 8), incentivando l'esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti territoriali coincidenti con quelli dei distretti sanitari. La stessa norma stabilisce che sono assicurate dalle aziende sanitarie locali le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, comprensive di quelle connotate da elevata integrazione socio-sanitaria, mentre sono assicurate dai Comuni le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, sulla base dei criteri di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie) e dall'Allegato 1C del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza), nonché della normativa regionale.

Il principio dell'integrazione sociosanitaria assume valore strategico ai fini della programmazione nel sistema integrato dei servizi e degli interventi in quanto, oltre a favorire lo sviluppo di processi innovativi nella organizzazione e nella gestione dei servizi e la creazione di nuove figure e competenze professionali, prefigura una più elevata qualità ed efficacia dei servizi e permette di coinvolgere, nel rispetto delle relative competenze, tutti i soggetti che a vario titolo sono chiamati a svolgere un ruolo nel sistema integrato dei servizi ed interventi (Regione, enti locali, strutture pubbliche, terzo settore e forze sociali).

Il fondo regionale per la non autosufficienza di cui alla legge regionale 23 novembre 2006, n. 20 realizza il proprio impatto positivo in una duplice direzione in quanto da un lato, incide sullo sviluppo quantitativo e sul miglioramento qualitativo dei servizi che erogano prestazioni sociali e dall'altro, riduce il peso finanziario degli oneri che il singolo utente e/o la sua famiglia devono sostenere per ricevere le prestazioni di cui hanno bisogno.

### *1. Definizione delle fasce della non autosufficienza*

L'articolo 2, comma 1 della legge regionale 23 novembre 2006, n. 20 considera non autosufficiente la persona che, anche in maniera temporanea, non può provvedere alla cura della propria persona né mantenere una vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri soggetti. Il comma 2 del medesimo articolo stabilisce che l'individuazione dei soggetti non autosufficienti destinatari degli interventi e dei servizi finanziati con il fondo per la non autosufficienza, viene effettuata dalle strutture territoriali competenti, sulla base dei criteri e secondo le modalità previsti per le valutazioni finalizzate all'accesso alle prestazioni di assistenza domiciliare e alle residenze sanitarie assistenziali.

I criteri e le modalità di valutazione delle condizioni di non autosufficienza della persona anziana o disabile sono indicate nella Deliberazione del Consiglio regionale 29 novembre 1989, n. 1020 recante "Indirizzi e direttive alle unità sanitarie locali per l'organizzazione e l'attuazione dell'assistenza domiciliare di cui alla legge regionale 2 dicembre 1988, n. 80".

La valutazione della condizione di non autosufficienza viene affidata alle unità valutative territoriali delle Aziende sanitarie locali, realizzate in ogni distretto per la valutazione inerente l'accesso alle prestazioni di assistenza domiciliare e alle residenze sanitarie assistenziali.

La non autosufficienza deve essere quantificata in vista dell'individuazione del grado di intensità assistenziale ed in relazione a tale grado, i soggetti destinatari dei servizi e degli interventi finanziati con la l. r. 20/2006 si distinguono in:

- a) soggetti totalmente e permanentemente non autosufficienti, cioè incapaci di provvedere a sé stessi se non con l'aiuto totale, continuo e permanente di altre persone. La non autosufficienza può dipendere dall'età avanzata, dall'invalidità, dalla malattia cronica, dalla malattia terminale, eventualmente congiunte con altri disagi di natura sociale (solitudine, abbandono, indigenza);
- b) soggetti temporaneamente non autosufficienti, cioè che versano in uno stato di temporanea, totale o parziale perdita di abilità fisica o psichica, che per recuperare in parte o del tutto la loro funzionalità hanno bisogno di assistenza riabilitativa, intensiva e/o di assistenza medico-infermieristica specifica e di assistenza psico-sociale;
- c) soggetti parzialmente e permanentemente non autosufficienti, e cioè soggetti che non soffrono di situazione patologiche che compromettano del tutto il livello di autosufficienza (persone con disabilità sensoriale, fisica, mentale, malati cronici), nonché soggetti con autonomia limitata in grado di provvedere a sé stessi anche con l'aiuto discontinuo e parziale di altri.

Tra i soggetti non autosufficienti destinatari degli interventi e dei servizi finanziati con le risorse di cui alla l.r. 20/2006, sono compresi anche i c.d. “cronici non autosufficienti”, cioè le persone affette da una malattia che si protrae nel tempo accompagnata da uno squilibrio biologico, psicologico e sociale, che li rende incapaci di provvedere a sé stessi senza l’aiuto di altri ovvero che necessitano di aiuto per soddisfare esigenze che non possono nemmeno manifestare. Si tratta di pazienti affetti da gravi disturbi psichiatrici o neurologici, soggetti colpiti da malattie invalidanti o degenerative di tipo stabile o progressivo.

Anche per tali persone la non autosufficienza può essere totale o parziale.

Gli interventi e i servizi finanziati con il fondo per la non autosufficienza sono rivolti essenzialmente a tre aree assistenziali:

- a) l’area della senescenza, che comprende come fascia di bisogno le persone anziane, con temporanea, parziale o totale limitazione della propria autosufficienza, con particolare riguardo ai pazienti affetti da malattie croniche;
- b) l’area della disabilità, ivi compreso il disagio mentale, che comprende come fascia di bisogno gli adulti colpiti da disabilità di natura fisica, psichica o sensoriale e/o affetti da malattie croniche in presenza di condizioni di non autosufficienza;
- c) area dell’età evolutiva e giovanile, che comprende come fascia di bisogno i minori disabili parzialmente o totalmente non autosufficienti, ovvero minori in condizioni di temporanea non autosufficienza derivante da particolari situazioni patologiche.

Per ciascuna delle tre aree assistenziali è possibile individuare diversi gradi del livello di intensità della risposta assistenziali commisurati ad altrettanti gradi di intensità del bisogno, che devono essere evidenziati nel piano di intervento personalizzato di cui all’articolo 6 della l.r. 20/2006.

## *2. Interventi e servizi*

Gli interventi ed i servizi finanziabili con le risorse del fondo regionale per la non autosufficienza di cui alla l.r. 20/2006 riguardano l’erogazione di prestazioni di natura sociale o socioassistenziale anche a rilevanza sanitaria di competenza dei Comuni.

Il fondo non è destinato a coprire oneri di natura sanitaria ma fa riferimento alle “prestazioni sociali a rilevanza sanitaria”, per le quali è attualmente previsto l’impegno degli enti locali, ai sensi dell’articolo 3 septies, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della l. 23 ottobre 1992, n. 421), inserito dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

Si ribadisce che le spese di natura sanitaria rimangono di competenza e a carico delle Aziende sanitarie locali.

Ai sensi dell'articolo 3 della l. r. 20/2006, sono finanziati con le risorse del fondo:

- a) specifici interventi di assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, per anziani non autosufficienti, allo scopo di evitare il ricovero in strutture residenziali;
- b) servizi di sollievo alla famiglia, per affiancare i familiari che accudiscono la persona non autosufficiente ovvero per sostituirli nelle stesse responsabilità di cura durante l'orario di lavoro e anche nei periodi di temporanea impossibilità di accudire la persona non autosufficiente;
- c) dimissioni ospedaliere protette per soggetti temporaneamente non autosufficienti e non in grado di organizzare in modo autonomo il rientro al proprio domicilio e la continuazione delle cure, mediante l'organizzazione di interventi di assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, programmati in base ad una valutazione complessiva dei bisogni di tali soggetti;
- d) assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, per i soggetti non autosufficienti con patologie cronico-degenerative;
- e) interventi di sostegno alla persona disabile non autosufficiente ed alla famiglia, attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale, anche della durata di 24 ore e anche nelle giornate festive e prefestive;
- f) programmi di aiuto alla persona gestiti in forma indiretta, mediante piani personalizzati, previa verifica del titolo professionale dell'operatore prescelto in relazione alle prestazioni da erogare;
- g) interventi economici straordinari per concorrere ai costi di deistituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, dei disabili non autosufficienti e di qualsiasi altro soggetto non autosufficiente.

Gli interventi di cui alle lettere precedenti sono gestiti dagli enti locali, direttamente o mediante convenzione con organismi del terzo settore, oppure mediante rimborsi di spese documentate di assistenza nell'ambito di programmi previamente concordati.

Gli interventi di cui alla lettera f) vengono realizzati attraverso programmi di aiuto alla persona gestiti in forma indiretta, mediante piani di intervento personalizzati previamente concordati dagli enti locali con le persone richiedenti e con verifica dell'efficacia delle prestazioni. In tal caso l'utente è libero di scegliere i propri assistenti personali direttamente e/o indirettamente, per mezzo di organizzazioni di sua fiducia; in ogni caso è tenuto a regolarizzare il rapporto con i propri assistenti personali mediante un contratto di lavoro nel rispetto della normativa vigente.

Il Comune verifica che gli operatori prescelti siano in possesso di specifica abilitazione e/o formazione professionale in relazione alle prestazioni da effettuare.

La formazione conseguita nell'ambito di specifiche azioni formative, promosse dalla Regione, volte a qualificare il lavoro di cura e di sostegno in favore di persone non autosufficienti, così come l'iscrizione e la frequenza a tali corsi da parte di operatori già in possesso di esperienza lavorativa, costituisce titolo preferenziale per la valutazione dell'idoneità degli stessi.

E' a carico dell'utente ogni onere assicurativo e previdenziale riguardante gli operatori impegnati nelle attività assistenziali, nel rispetto di quanto disposto dalla normativa vigente. A tale scopo l'utente dovrà stipulare idonea polizza assicurativa RCT a favore degli operatori impiegati nel servizio, sollevando i comuni interessati da ogni onere e responsabilità relativamente all'osservanza di disposizioni di legge e regolamenti e per qualsiasi azione o omissione. Il comune competente corrisponde all'utente un contributo periodico nel corso dell'anno di svolgimento dell'intervento, previamente concordato sulla base di un piano personalizzato, comprensivo di ogni onere correlato al servizio. L'utente è tenuto a presentare all'ente locale competente con scadenza prestabilita, un rendiconto delle spese sostenute per la realizzazione dell'intervento assistenziale. Il comune competente esercita la vigilanza ed il controllo sull'attività svolta dall'operatore nei confronti dell'utente e verifica, anche sulla base del gradimento dichiarato dall'utente stesso, l'efficacia dell'intervento rispetto alle finalità auspiccate.

Per contrastare il fenomeno del ricorso a forme irregolari di lavoro di cura e aiuto in favore delle persone non autosufficienti prestato a domicilio stabilmente, è possibile erogare contributi per il concorso al pagamento degli oneri previdenziali e retributivi per gli operatori domestici, in presenza di un regolare contratto di lavoro.

### *3. Piano distrettuale per la non autosufficienza*

Il Piano distrettuale per la non autosufficienza è lo strumento fondamentale attraverso cui i Comuni del distretto, associati tra di loro e d'intesa con la ASL, con il concorso di tutti i soggetti attivi nella progettazione, possono disegnare il sistema integrato di interventi e servizi sociosanitari, con riferimento agli obiettivi strategici, agli strumenti realizzativi e alle risorse da attivare. La formulazione del Piano è quindi l'occasione per individuare le risorse istituzionali e non istituzionali che devono essere coinvolte nella programmazione delle azioni da realizzare per il conseguimento degli obiettivi prefissati.

Le attività ad integrazione sociosanitaria, come è stato evidenziato precedentemente, sono volte a soddisfare le esigenze di tutela della salute, nonché di recupero e mantenimento delle autonomie personali, che richiedono congiuntamente interventi sanitari ed azioni di protezione sociale.

L'integrazione socio sanitaria costituisce, a partire dalla legge 328/2000, dal piano sanitario nazionale 1998/2000 e dal successivo decreto legislativo n. 229 del 1999 di riforma del sistema sanitario, un tema fondamentale della normativa nazionale ed oggetto specifico delle strategie di sviluppo di un sistema integrato di interventi e servizi sociosanitari regionali.

L'integrazione rappresenta un fattore fondamentale di qualificazione della offerta dei servizi e prestazioni socio sanitarie in quanto:

- a) consente di affrontare e dare risposta a bisogni multiformi e complessi attraverso la costruzione di processi assistenziali connotati da interdisciplinarietà e multiprofessionalità;
- b) favorisce un uso più efficiente delle risorse, favorendo la realizzazione dei processi assistenziali omogenei;
- c) riduce il disagio dei cittadini, assicurando una risposta assistenziale unitaria elaborata da un gruppo di operatori sociali e sanitari che agiscono, concordemente, in una logica di erogazione coordinata delle prestazioni, il cui accesso è facilitato dalla realizzazione di punti unici di accesso alle prestazioni.

Al principio dell'integrazione tra i servizi si associa il concetto di rete dei servizi. Adottare questo modello significa avviare un processo dove si rivedono modalità operative organizzative e gestionali in una ottica di cooperazione tra professionalità, strutture e servizi diversi, partendo dalla conoscenza e dall'analisi della domanda di servizi.

Il modello a rete assicura la continuità terapeutica tra ospedale e distretto, la collaborazione tra strutture residenziali e territoriali e la predisposizione di percorsi assistenziali personalizzati, secondo particolari esigenze della persona con bisogni complessi. E' per questo che, ai fini dell'integrazione socio-sanitaria assume importanza essenziale il distretto sociosanitario all'interno del quale operano servizi comunicanti tra loro, in una logica di sussidiarietà, di integrazione e continuità assistenziale.

La qualificazione del distretto sociosanitario quale articolazione fondamentale del governo della rete dei servizi sociosanitari è funzionale allo sviluppo delle nuove e più incisive forme di collaborazione fra aziende sanitarie ed enti locali e rappresenta la sede ottimale per lo sviluppo della assistenza territoriale e della integrazione fra servizi sanitari e sociali.

Il distretto sociosanitario è la dimensione territoriale in cui vengono organizzate in maniera integrata le funzioni sanitarie, socio-sanitarie e socioassistenziali e all'interno del quale vengono assicurate ai soggetti portatori di bisogno (anziani, minori, disabili, pazienti psichiatrici, persone con dipendenza, malati terminali, etc.):

- a) le prestazioni sanitarie di cui all'articolo 3-quinquies del d.lgs 502/1992 e successive modifiche e integrazioni;

- b) le prestazioni sociosanitarie di cui all'articolo 3-septies del d.lgs 502/1992 e successive modifiche e integrazioni;
- c) i servizi e gli interventi socio-assistenziali attivati a livello distrettuale inseriti nei piani di zona di cui all'articolo 51 della l.r. 38/1996;
- d) gli interventi a favore della persone non autosufficienti di cui alla legge regionale 23 novembre 2006, n. 20 (Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza);
- e) l'organizzazione di un punto unico per l'accesso alle prestazioni sociosanitarie, in collegamento con gli sportelli di segretariato sociale istituiti negli ambiti territoriali di cui all'articolo 47, comma 1, lettera c) della l.r. 38/1996.

In attesa di una riforma del sistema sanitario regionale, anche la previsione contenuta nella Deliberazione della Giunta regionale 6 marzo 2007, n. 139 concernente ("Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio") che obbliga ogni direttore di distretto sanitario ad individuare la figura di un coordinatore sociosanitario di distretto responsabile delle attività sociosanitarie che vengono svolte nel territorio, si muove nell'ottica della costituzione di un sistema integrato sociosanitario. Tale coordinatore, oltre a rapportarsi con le unità operative di distretto competenti, deve svolgere un compito essenziale per ciò che concerne i rapporti con i comuni e/o municipi di distretto e per la eventuale costituzione, in sinergia con i comuni del distretto, di una struttura distrettuale di staff con competenze in materia di prestazioni sociosanitarie.

I Comuni e le Aziende USL devono concludere accordi per l'integrazione socio-sanitaria costituendo modelli organizzativi e gestionali fondati sull'integrazione professionale e precisi rapporti finanziari, secondo i criteri individuati dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001, dall'Allegato 1 del Decreto del Presidente della Repubblica 29 novembre 2001 e dalla normativa regionale di attuazione.

Il piano distrettuale sociosanitario individua:

- a) gli interventi e i servizi da realizzare;
- b) le modalità organizzative e le risorse umane, finanziarie e strumentali per la realizzazione degli interventi e dei servizi;
- c) le forme di concertazione e di raccordo con le aziende unità sanitarie locali e gli altri soggetti pubblici e privati;
- d) il budget finanziario da utilizzare, specificando i costi che sono a carico delle aziende sanitarie locali e quelli a carico dei comuni;
- e) gli strumenti per la valutazione dei risultati.

Si richiama l'attenzione degli enti locali sulla necessità di coinvolgere nel processo di programmazione locale oltre ai soggetti del terzo settore, anche le aziende sanitarie locali ed i direttori dei distretti sanitari per la realizzazioni degli interventi integrati

sociosanitari attraverso l'integrazione del budget di distretto non solo con risorse strumentali e di personale ma anche con l'individuazione di risorse finanziarie per il costo delle prestazioni socio-sanitarie a carico del servizio sanitario regionale.

Per la funzionale costituzione di un sistema integrato sociosanitario è dunque necessario che venga assicurata:

- a) una funzione di governo, relativa alla programmazione di ambito distrettuale, alla regolazione e alla verifica dei risultati di salute e di benessere raggiunti, alla definizione delle regole per l'accesso al sistema e per la compartecipazione alla spesa;
- b) una funzione amministrativa, relativa alla gestione delle risorse, in particolare del fondo distrettuale per la non autosufficienza e del costituendo budget distrettuale per le attività sociosanitarie e quale supporto tecnico amministrativo all'organo di governo.

L'esercizio integrato di queste funzioni da parte dei Comuni si realizza attraverso l'attuale Comitato di Distretto (o comitato dei sindaci), affiancando all'Accordo di programma col quale si approva il Piano di zona distrettuale la contestuale stipula di una convenzione, secondo le modalità prevista dell'art. 30 del D.Lgs 267/2000, tra i comuni stessi e l'ASL, finalizzata a regolare e organizzare l'esercizio della funzione amministrativa nell'ambito sociosanitario.

La programmazione delle attività e dei servizi socio sanitari e sociali costituisce una condizione necessaria per favorire il consolidarsi delle forme della integrazione socio sanitaria. A questo scopo nel Distretto deve operare una struttura di staff che abbia il compito di presidiare l'andamento di tali processi riguardanti il sistema di erogazione delle prestazioni sociosanitarie, svolgendo con continuità le funzioni sopra elencate, come una struttura specificamente dedicata (ufficio per la integrazione socio sanitaria, ad esempio), oppure il potenziamento mirato dell'ufficio di piano.

#### *4. Piano di intervento personalizzato.*

Le attività ad integrazione sociosanitaria sono volte a soddisfare le esigenze di tutela della salute, nonché di recupero e mantenimento delle autonomie personali, che richiedono congiuntamente interventi sanitari ed azioni di protezione sociale e presuppongono l'organizzazione di una rete di servizi che garantisca l'erogazione integrata delle prestazioni sanitarie e sociali sulla base di piani di intervento personalizzato di cui all'articolo 6 della l.r. 20/2006.

Tale piano deve essere predisposto per tutte le persone assistite ed attua il coordinamento e l'integrazione degli interventi e dei servizi sociosanitari e deve essere

predisposto in base ad una valutazione multiprofessionale della situazione dell'individuo, tenendo conto della natura del bisogno, nonché della complessità, dell'intensità e della durata dell'intervento assistenziale. E' prevista la partecipazione attiva dell'utente o, in caso di incapacità, dei familiari alla predisposizione del piano di intervento personalizzato. Nel caso di programmi di aiuto personale, il richiedente può predisporre una proposta di piano personale ed i competenti servizi valutano la sua sostenibilità.

L'efficacia di un sistema strutturato di valutazione multidimensionale e multidisciplinare della persona con bisogni complessi determina un miglioramento della qualità della vita della persona, una riduzione della mortalità, della disabilità, del numero e della durata dei ricoveri ospedalieri e in RSA, del consumo di farmaci e della spesa sanitaria nel suo complesso.

Il piano personalizzato di assistenza sociosanitaria integrata attua il coordinamento e l'integrazione degli interventi e dei servizi sociosanitari e deve essere predisposto in base ad una valutazione multiprofessionale della situazione dell'individuo, tenendo conto della natura del bisogno, nonché della complessità, dell'intensità e della durata dell'intervento assistenziale.

Il coordinamento dell'operatività di figure professionali sanitarie e sociali, facenti capo ad amministrazioni diverse, realizza le condizioni che garantiscono il massimo di efficacia nell'affrontare bisogni di natura multiproblematica la cui complessità richiede la predisposizione di una risposta articolata secondo un processo che si compone di quattro fasi fondamentali:

- a) la presa in carico, nella quale tutti gli operatori svolgono un'azione congiunta di interpretazione del bisogno espresso dall'utente;
- b) la progettazione individualizzata nella quale gli operatori, sanitari e sociali coinvolti, elaborano insieme all'utente o, in caso di incapacità, ai suoi familiari, un piano di attività che si articola in una serie di prestazioni che ciascuna figura professionale deve erogare, stabilendone i tempi e le modalità di effettuazione;
- c) la partecipazione attiva dell'utente e della famiglia al processo assistenziale, garantendo il diritto di scelta delle prestazioni e dei servizi compatibili con i bisogni espressi;
- d) la valutazione, nella quale il gruppo degli operatori che hanno realizzato le attività assistenziali unitariamente progettate analizza i risultati ottenuti sul versante sia della corretta attuazione di tali attività sia dei risultati delle prestazioni erogate. Il processo di valutazione deve necessariamente comprendere il gradimento percepito dall'utente e dai suoi familiari

Il piano di intervento personalizzato viene predisposto dal servizio sociale del comune di residenza, sentito l'utente e, in caso di incapacità, i suoi familiari, in collaborazione con il centro di assistenza domiciliare distrettuale, con la partecipazione del medico di base e

delle unità valutative territoriali delle ASL realizzate in ogni distretto per le valutazioni relative all'accesso nelle residenze sanitarie assistenziali ed alle prestazioni di assistenza domiciliare. Si ribadisce la necessità che sia l'utente, sia il suo nucleo familiare, venga responsabilizzato e partecipi attivamente alla predisposizione del piano.

Il piano di intervento personalizzato deve essere finalizzato al mantenimento ed al recupero delle capacità fisiche, cognitive, relazionali e dell'autonomia personale e deve indicare:

- a) gli obiettivi da raggiungere, i risultati attesi ed i tempi di realizzazione;
- b) la tipologia e l'intensità della risposta assistenziale;
- c) le prestazioni da erogare, nonché la loro cadenza e durata;
- d) le figure professionali coinvolte negli interventi;
- e) gli strumenti per valutare i risultati ottenuti.

#### *5. Punto unico di accesso alle prestazioni sociosanitarie*

Per ottenere adeguata risposta al bisogno complesso, in ogni distretto andrebbe istituito il c.d. punto unico di accesso, dove vengono individuati i possibili percorsi assistenziali per le persone non autosufficienti.

Il Punto unico di accesso rappresenta una modalità organizzativa del distretto, concordata tra gli enti locali e la ASL ed è una risorsa a disposizione del cittadino e degli operatori, per organizzare strategie volte ad affrontare i bisogni di ordine sanitario e sociale in modo unitario e integrato.

Il punto unico d'accesso deve operare in sinergia con gli sportelli di segretariato sociale istituito negli ambiti territoriali di cui all'articolo 47, comma 1, lettera c) della l.r. 38/1996 e svolge le funzioni di:

- a) informazione sull'offerta dei servizi e sui relativi costi;
- b) orientamento e supporto alle persone e alle famiglie sui diritti alle prestazioni sociosanitarie;
- c) segnalazione delle situazioni complesse ai servizi sociosanitari per la presa in carico e l'attivazione della valutazione multidimensionale, del progetto personalizzato di assistenza e dei progetti educativi per i minori;
- d) informazioni sugli eventuali tempi di attesa per le prestazioni domiciliari e residenziali sociosanitarie e proposte di soluzioni differenziate;
- e) raccolta ed elaborazione dati.

L'attività dello sportello deve essere organizzata nel rispetto dei principi di semplificazione e trasparenza amministrativa, utilizzando modalità telematiche anche per favorire l'accesso alle prestazioni delle persone con difficoltà a deambulare.