

ALLEGATO 1

Delibera Assemblea dei Soci n. 9 del 19/12/2023

PARAMETRI ECONOMICI DI RIFERIMENTO

PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

Anno 2024

****Con importi aggiornati sulla base del Minimo INPS 2024****

Art.1

Compartecipazione al costo dei servizi

La valutazione della situazione economica, secondo il principio di universalità, non costituisce criterio selettivo per l'accesso ai servizi domiciliari erogati in forma diretta, semiresidenziali e residenziali, di conseguenza non deve considerarsi come preclusiva dell'accesso la mancata presentazione dell'ISEE, che comporta soltanto il pagamento dell'intera retta o tariffa annualmente definita.

Fatto salvo il principio dell'accesso universalistico alle prestazioni indicate nei Piani di Assistenza Personalizzati di tutte le persone che si trovano in condizioni di non autosufficienza, sono previste forme di compartecipazione da parte della persona assistita ai costi delle prestazioni, non coperti dai livelli essenziali di assistenza sanitaria, e/o contributi differenziati secondo livelli di reddito e patrimoniali definiti dalla Regione Toscana con la Legge Regionale n. 66/2008, dalla Delibera G.R.T. n. 370/2010, dal DPCM 5 dicembre 2013 n. 159 e secondo il sistema di contribuzione definito nel presente Regolamento.

Secondo quanto stabilito dall'art. 47 della L.R. 41/2005 e s.m.i., il concorso degli utenti ai costi del sistema integrato è stabilito a seguito della valutazione della situazione economica del richiedente,effettuata con lo strumento dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE),disciplinato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 dicembre 2013, n.159 "Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)", come modificato dal decreto legge 29 marzo2016,n.42,convertito con modificazioni dalla legge 26maggio 2016, n.89 e s.m.i..

In ottemperanza all'art.47, comma 5, della L.R.41/2005 e s.m.i., il Regolamento di accesso definisce per ogni percorso assistenziale modalità ed entità della compartecipazione ai costi da parte degli utenti in coerenza con la programmazione regionale e zonale, tenuto conto delle risorse finanziarie disponibili.

Il DPCM 12/01/2017 stabilisce quali sono le prestazioni sociosanitarie a carico del Servizio Sanitario Nazionale e in quale misura.

	SSR	compartecipazione
Non autosufficienza		
Valutazione	100%	
Cure domiciliari (AD base, ADI1°livello, ADI2°livello, ADI3°livello)	- 100% SSN i primi 30gg dopo la dimissione protetta - 50% SSN i giorni successivi	giorni successivi al 30° a carico dei Comuni 50%
Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario	100%	
Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone non auto (elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza inferm. 24h)	100%	
Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone non auto (lungo assistenza, recupero e mantenimento funzionale, compreso sollievo) RSA	50%	50%
Assistenza sociosanitaria semi-residenziale alle persone non auto	50%	50%
Disabilità		
Valutazione e presa in carico elenco attività garantite dal SSN	100%	
Assistenza residenziale con riabilitazione intensiva, disabilità complesse importanti modificabili, non supera di norma i 45 gg	100%	

Assistenza residenziale con riabilitazione estensiva, disabili non auto con potenzialità di recupero funzionale, non supera di norma i 60gg	100%	
Assistenza residenziale con Trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità 1)disabili in condizioni di gravità che richiedono <u>Elevato impegno assistenziale e tutelare</u>	70%	30%
Assistenza residenziale con trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità 2) disabili che richiedono moderato impegno <u>assistenziale e tutelare</u>	40%	60%
Trattamenti semiresidenziali riabilitazione estensiva, potenzialità di recupero funzionale, riabilitaz almeno 1 ore al g, durata max 60gg	100%	
Trattamenti semiresidenziali socio-riabilitativi recupero e mantenimento abilità funzionali residue, anche laboratori e centri occupazionali	70%	30%
Cure specialistiche centri altissima specializzazione all'estero	100%	
Cronicità	100%	
Cure palliative	100%	

La condizione economica della persona presa in carico costituisce un elemento necessario per il calcolo della eventuale compartecipazione al costo della prestazione e della conseguente integrazione dell'ente locale di competenza, ma NON rappresenta una condizione per l'accesso al percorso che

dovrà essere sempre garantito, in coerenza con il principio dell'universalità e della appropriatezza con quello di garanzia della presa in carico.

L'indisponibilità dell'attestazione ISEE NON impedisce l'accesso al percorso di presa in carico, la valutazione e la predisposizione del Piano Assistenziale Personalizzato/Progetto di vita.

Qualora l'assistito decida di non essere soggetto a valutazione della propria situazione economica, verrà richiesta la compartecipazione massima prevista per la prestazione o per l'insieme di prestazioni erogate.

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

Questa Società della Salute, al fine di facilitare/velocizzare i tempi di concessione delle prestazioni, prevede che venga richiesta l'attestazione ISEE in corso di validità al momento della presentazione dell'istanza contenente la segnalazione del bisogno. Tuttavia si ribadisce che la mancata presentazione dell'ISEE si limita a comportare la rinuncia agli eventuali benefici economici o alle riduzioni delle quote di compartecipazione dal costo delle prestazioni previste dallo stesso PAP/Progetto di vita da parte della persona interessata (a meno che tale indisponibilità non sia dipesa dalla sussistenza di una condizione di incapacità giuridica della stessa) e NON può in nessun modo impedire o ritardare la valutazione multidimensionale del bisogno e la predisposizione del Progetto di Assistenza Personalizzato/Progetto di vita e NON può rappresentare una limitazione rispetto ai percorsi residenziali.

La compartecipazione al costo della prestazione, in caso di intervento indifferibile, per ragioni di urgenza e/o di tutela immediata, sarà fissata nella quota massima prevista per lo stesso, salvo conguaglio a seguito di presentazione del modello ISEE.

Art. 2

Criteri per l'applicazione dell'ISEE

Il DPCM 5 dicembre 2013 n.159 "Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)" come modificato dall'art. 2 sexies del DL n.42/2016, convertito in L n. 89/2016, di seguito DPCM 159, prevede un aggiornamento dei criteri per il calcolo dei redditi e del patrimonio familiare utilizzati per misurare la capacità economica degli utenti per l'accesso alle prestazioni sociali agevolate. Inoltre, il "sistema regionale" definito ai sensi dell'art. 14 della L.R. 18 dicembre 2008 n. 66 è stato abrogato e sostituito dal "sistema nazionale" definito ai sensi del suddetto DPCM con particolare riferimento all'art.6 "prestazioni agevolate di natura socio—sanitaria".

Ai sensi del citato DPCM 5 dicembre 2013 n.159 e s.m.i., l'ISEE è lo strumento di valutazione, attraverso criteri unificati, della situazione economica di coloro che richiedono prestazioni sociali agevolate. La

determinazione e l'applicazione dell'indicatore, ai fini dell'accesso alle prestazioni sociali agevolate, nonché della definizione del livello di compartecipazione al costo delle medesime, costituisce un livello essenziale delle prestazioni, ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m della Costituzione, fatte salve le competenze regionali in materia di normazione, programmazione e gestione delle politiche sociali e socio-sanitarie e ferme restando le prerogative dei comuni.

Ai sensi dell'art. 2 comma 1 del DPCM 159 la Società della Salute si avvale della facoltà di utilizzare ulteriori criteri di selezione dei beneficiari come specificato al successivo art.3.

L'ISEE per le diverse prestazioni di natura socio-sanitaria rivolte a persone di maggiore età è calcolato in riferimento al nucleo familiare di cui al comma 2, fatto salvo quanto previsto al comma 3. Per le medesime prestazioni rivolte a persone minori di anni 18, l'ISEE è calcolato nelle modalità di cui all'articolo 7 del suddetto DPCM.

Per le sole prestazioni erogate in ambiente residenziale a ciclo continuativo, in caso di presenza di figli del beneficiario non inclusi nel nucleo familiare, ai sensi del comma 2 del DPCM 159, l'ISEE è integrato di una componente aggiuntiva per ciascun figlio, calcolata sulla base della situazione economica dei figli medesimi, avuto riguardo alle necessità del nucleo familiare di appartenenza, secondo le modalità di cui all'allegato 2, comma 1, che costituisce parte integrante del DPCM 159.

In presenza di un ISEE in corso di validità, può essere calcolato un ISEE corrente, riferito ad un periodo di tempo più ravvicinato al momento della richiesta della prestazione, qualora vi sia una rilevante variazione nell'indicatore, come determinata ai sensi del comma 2 del DPCM 159, e, al contempo, si sia verificata, per almeno uno dei componenti il nucleo familiare, nei 18 mesi precedenti la richiesta della prestazione, una delle seguenti variazioni della situazione lavorativa: l'ISEE corrente può essere calcolato solo in caso di variazioni superiori al 25% dell'indicatore della situazione reddituale corrente, calcolato ai sensi dei commi 3 e 4, rispetto all'indicatore della situazione reddituale calcolato in via ordinaria, ai sensi dell'articolo 4. In tal caso è prevista la conseguente revisione della compartecipazione a partire dal mese successivo a quello della sua presentazione. L'ISEE corrente ha validità di sei mesi dal momento della presentazione del modulo sostitutivo della DSU ai fini della successiva richiesta della erogazione delle prestazioni. Alla scadenza della sua validità, se non presentato ulteriore ISEE, verrà applicata la compartecipazione precedentemente definita.

La certificazione ISEE secondo il dettato del DPCM 5 dicembre 2013 n. 159, ai sensi del Decreto del 9/08/2019 e del Decreto del 4/10/2019, ha validità annuale. Alla luce dell'art.2 sexies comma 3 della L.n.89/2016, fino all'entrata in vigore di nuove disposizioni, le prestazioni sociali agevolate in corso di erogazione proseguono fino alla naturale scadenza salvo che l'interessato presenti richiesta di rivalutazione con nuovo modello ISEE. Per le prestazioni sociali agevolate erogate dalla entrata in vigore della L.n.89/2016 dovrà essere presentato il nuovo modello ISEE.

Ai sensi dell'articolo 11, commi 6 del DPCM 159, la SdS esegue i controlli necessari diversi da quelli già effettuati dall'Inps e dall'Agenzia delle entrate, sulle informazioni autodichiarate ai sensi dell'art. 10 c 7,8,

avvalendosi degli archivi in proprio possesso, nonché i controlli di cui all'articolo 71 del decreto del Presidente della Repubblica, 28 dicembre 2000, n.445, provvedendo ad ogni adempimento conseguente alla non veridicità dei dati dichiarati, inclusa la comunicazione all'INPS di eventuali dichiarazioni mendaci. Anche in esito a tali controlli, può inviare all'Agenzia delle entrate una lista di beneficiari ai fini della programmazione secondo criteri selettivi dell'attività di accertamento di cui al comma 13 del DPCM 159.

In caso di abusi o false dichiarazioni, la SdS si riserva la facoltà di sospendere, revocare e recuperare i benefici concessi, ferma restando l'attivazione delle necessarie procedure di legge.

L'inserimento di un minore in struttura può essere disposto anche a prescindere dalla valutazione economica, fatte salve le disposizioni dell'autorità giudiziaria.

Con deliberazione dell'Assemblea dei Soci n. 11 del 29 dicembre 2011 "Preso d'atto pre consuntivo 2011 e indirizzi per Bilancio di previsione 2012", sono state definite le tariffe, attualmente vigenti, non soggette a valutazione economica, relative alla quota di compartecipazione mensile per i Centri di Socializzazione Handicap pari a euro 100,00 mensili e alla quota di compartecipazione giornaliera per i Centri Diurni Anziani pari a euro 16,19.

Art. 3

Determinazione delle soglie economiche di esenzione e compartecipazione

Ai sensi della D.GRT 385/2009, la soglia di esenzione totale dalla compartecipazione al costo dei servizi domiciliari e semi residenziali per ultra65enni non autosufficienti e disabili gravi, anche psichici, sotto la quale non è prevista alcuna compartecipazione da parte dell'assistito è fissata ad un valore ISEE corrispondente al 125% dell'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS, mentre è pari all'importo del trattamento pensionistico del minimo INPS, nel caso di anziani autosufficienti e disabili non gravi.

La soglia economica di esenzione totale, sotto la quale non è prevista alcuna compartecipazione da parte dell'assistito al costo del servizio, è da considerarsi altresì come una quota che rimane in disponibilità all'assistito indipendentemente dal numero o dalla quantità di servizi utilizzati.

Per le prestazioni di tipo semi residenziale e domiciliare, pertanto, la compartecipazione inciderà solo sulla parte di ISEE eccedente la soglia di esenzione totale.

Nel caso di prestazioni di tipo residenziale, non è prevista soglia di esenzione totale per l'assistito, che viene preso totalmente in carico dal servizio, in quanto la struttura residenziale assolve a tutti i compiti di mantenimento e cura.

Deve, però, essere garantita una quota, da lasciare in disponibilità all'assistito per le proprie spese personali, non inferiore a un sesto dell'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS.

Nel caso in cui all'ISEE dell'assistito venga applicata una scala di equivalenza con la maggiorazione dello 0,50 (per soggetti con handicap permanente grave o invalidità superiore al 66%), si considera la

somma che di conseguenza rimarrà in disponibilità dell'assistito quale quota garantita. In ogni caso la quota garantita da lasciare in disponibilità dell'assistito non potrà essere inferiore a un sesto dell'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS.

Per tutte le tipologie di prestazioni è fissata una soglia di non esenzione, oltre la quale è dovuto il 100% del costo della prestazione, al netto dei Livelli Essenziali di Assistenza. Tale soglia, per i servizi domiciliari e semiresidenziali è pari a 4 volte l'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS e pari a 6,7 volte l'ammontare del trattamento minimo INPS per i servizi residenziali.

Per i servizi residenziali la soglia di non esenzione si applica esclusivamente per il coniuge e per i parenti in linea retta di primo grado, in quanto la cifra corrispondente all'ISEE estratto dell'assistito viene completamente utilizzata per l'abbattimento del costo della retta al netto dei LEA, fatta salva la quota garantita.

Della corresponsione della quota di compartecipazione è responsabile, nei confronti dell'Ente competente, il solo assistito, in linea con il dettato dell'art. 14 comma 3 della LR 66/2008, che precisa che " resta salva la facoltà per gli Enti competenti di intraprendere azioni di recupero della quota di compartecipazione nei confronti del soggetto beneficiario della prestazione, in caso di inadempimento.

Art. 4

Compartecipazione sul servizio di Assistenza domiciliare in forma diretta

Ferma restando la valutazione della situazione specifica dell'interessato da parte dell'équipe competente, la compartecipazione al costo dell'assistenza domiciliare viene definita in base ad una percentuale di incidenza sull'ISEE sociosanitario, laddove calcolabile, ulteriormente personalizzata con criteri che tengono conto della situazione socio-familiare ed ambientale.

L'ammontare della spesa per la compartecipazione deve garantire all'interessato il mantenimento di una quota di salvaguardia almeno pari a quella di esenzione totale, cioè il 125% del trattamento pensionistico del minimo INPS, nel caso di anziani non autosufficienti e disabili gravi, compresi gli psichici e pari all'importo del trattamento pensionistico del minimo INPS, nel caso di anziani autosufficienti e disabili non gravi.

Per gli anziani non autosufficienti e i disabili gravi, anche psichici, la compartecipazione al costo dei servizi domiciliari viene calcolata nel seguente modo:

4*minimo INPS (€ 31.127,72): 100%costo del servizio = ISEE:X (compartecip.)

Es.:

- anziano privo di rete familiare: 4*minimo INPS (€ 31.127,72): 90% del costo del serv. =

ISEE indiv.: X(compartecip.)

- anziano privo di rete familiare,>80anni: 4*minimo INPS (€ 31.127,72): 85% del costo del serv.=ISEEi ndiv.: X(compartecip.)
- anziano privo di rete familiare >80 anni che vive isolato: 4*minimo INPS (€ 31.127,72):75% del costo del serv.=ISEE indiv.: X (compartecip.).

La Società della salute della Lunigiana, come disciplinato all'art. 2 di tale atto, prevede di utilizzare ulteriori criteri come di seguito specificato:

Anziano/disabile privo di rete familiare	-10%del costo del servizio
Anziano/disabile che vive in condizioni di isolamento ambientale	-10%del costo del servizio
Anziano > 80 anni	- 5%del costo del servizio

Le riduzioni percentuali sono cumulabili e definiscono il secondo termine della proporzione.

In caso di dimissione protetta da Presidi Ospedalieri, a seguito della presa in carico dell'ACOT e dell'elaborazione del Piano Assistenziale, ai sensi del DPCM 12 Gennaio 2017, tale intervento, nei primi 30 giorni dopo la dimissione protetta, è totalmente a carico del SSR;

Qualora si rendesse necessaria un'assistenza più prolungata sulla base della rivalutazione dell'ACOT, sempre nell'ambito della dimissione protetta per continuità, nei primi giorni successivi al 30° o nel periodo eventualmente definito da normativa integrativa, il costo della prestazione è al 50% a carico del SSR e al 50% a carico dei Comuni.

Sul 50% a carico dei Comuni, la compartecipazione al costo dei servizi domiciliari viene calcolata nel seguente modo:

$4*\text{minimo INPS (€ 31.127,72)} : 50\%\text{costo del servizio} = \text{ISEE} : X (\text{compartecip.})$

Per gli anziani autosufficienti e adulti fragili (non disabili ai sensi della Tabella Allegato 3 del DPCM 159/2013),la compartecipazione al costo dei servizi domiciliari viene calcolata con una contribuzione di incidenza sull'ISEE ordinario, ulteriormente personalizzata, secondo la seguente tabella:

Contribuzione sull'ISEE Contribuzione personalizzata

ISEE %

0– 7.781,93	0,1	ASSISTITO SOLO RETE INADEGUATA\PROBLEMATICA	0,2
7.781,93–9.338,32	0,2	ASSISTITO CON RETE FAMILIARE	0,4
9.338,32–10.894,70	0,3	ASSISTITO CON REDDITI ESENTI ISEE	0,5
10.894,70–13.229,28	0,4	ASSISTITO ULTRA80ENNE	-0,1
13.229,28–15.563,86	0,5	ASSISTITO ISOLATO	-0,05
Oltre15.563,86	0,6	BISOGNO ASSISTENZIALE GRAVE	-0,1
		BISOGNO ASSISTENZIALE MEDIO	-0,05
		BISOGNO ASSISTENZIALE LIEVE	0

Per i minori, anche disabili e per gli adulti in difficoltà, non viene prevista alcuna compartecipazione, fatta salva la valutazione della situazione specifica dell'interessato da parte dell'équipe competente.

Art. 5

Assistenza domiciliare in forma indiretta

Contributi per anziani autosufficienti e adulti fragili

Nel caso di anziani autosufficienti e di adulti fragili, il contributo mensile massimo erogabile è pari a €250.

Per la determinazione dell'entità dello stesso si seguono i criteri della seguente tabella:

Fasce ISEE annuale	Percentuale di contributo applicata
Da € 0 a D a € 0 a € 7.781,93 minimo INPS 2024	100%
Da € 7.781,93 a € 9.338,32 (7.781,93+20%)	90%
Da € 9.338,32 a € 10.894,70 (7.781,93+40%)	80%
Da € 10.894,70 a € 13.229,28 (7.781,93+70%)	66%
Da € 13.229,28 a € 15.563,86 (7.781,93+100%)	50%
Da € 15.563,86 a € 19.454,83 (7.781,93+150%)	35%
Da € 19.454,83 a € 23.345,79 (7.781,93+200%)	20%
Da € 23.345,79 IN SU	0%

Contributi per persone non autosufficienti e disabili riconosciuti ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3

Nel caso di persone non autosufficienti e disabili riconosciuti ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3 con la DGRT n.370 del 22.3.2010 – Approvazione del “Progetto per l’assistenza continua alla persona non autosufficiente” vengono definiti i seguenti importi minimi e massimi delle Isorisorse disponibili per i PAP, messi a disposizione dal Fondo per la Non Autosufficienza per i vari livelli di Isogravità:

Livello di Isogravità	Minimo servizi corrispondenti	Massimo servizi corrispondenti
III° LIVELLO	80€	120 €
IV° LIVELLO	170€	310 €
V LIVELLO	260€	450 €

Per la determinazione dell’entità del contributo economico per anziani non autosufficienti e per disabili gravi, anche psichici, si procede nel seguente modo:

ISEE: 125% minimo INPS (9.727,41 €) = 100% del liv. Isogravità : X (contributo previsto dalla normativa vigente)

Fino ad arrivare al livello max di ISEE individuale, pari ad € 31.127,72 (4 volte minimo INPS) per il quale non è prevista l'erogazione del contributo economico.

Tale contributo deve essere utilizzato obbligatoriamente per l'instaurazione di un rapporto di lavoro subordinato nel rispetto dei Contratti Collettivi di lavoro vigenti e dalle norme che regolano la materia.

Contributo gravissime disabilità

Nel caso di persona con disabilità gravissima definita ai sensi della Delibera GRT n. 680 del 13/06/2022, quale persona beneficiaria dell’indennità di accompagnamento (di cui alla legge 11 febbraio 1980 n.18) o comunque definita non autosufficiente ai sensi dell’allegato 3 del DPCM n. 159/2013 e per le quali si è verificata almeno una delle condizioni espressamente citate nel dettato normativo, è previsto un contributo mensile con importo da €900,00 a €1.200,00 massimo, finalizzato all’assunzione di un’assistente familiare o all’acquisto presso soggetti accreditati, di prestazioni e servizi alla persona assimilabili alle prestazioni fornite dall’assistente familiare.

Nel caso di persona minore di età, il contributo mensile ha importo da € 800,00 a € 1.100,00

massimo, da intendersi nei termini di assegno di cura in quanto finalizzato a sostenere le funzioni assistenziali dei genitori che si assumono in proprio l'onere dell'assistenza.

La soglia di reddito per l'ammissibilità al contributo economico, è stata commisurata pari ad un valore ISEE non superiore a 60.000 euro.

Contributo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del care giver familiare

Nel caso di caregiver di "*Persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla Legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013, e per le quali sia verificata almeno una delle condizioni espressamente citate nel dettato normativo;*

Nel caso di caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali correlate alla pandemia in atto (corredata da idonea documentazione);

Nel caso di programmi di accompagnamento finalizzati alla de-istituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita.

E' previsto un contributo mensile a sostegno e sollievo del ruolo di cura e assistenza del caregiver pari a € 400,00 mensili ai sensi della DGRT 212/2021.

Tale intervento economico non è sostitutivo o compensativo, ma aggiuntivo e complementare agli accessi a domicilio di personale sanitario (medici specialisti, terapisti, infermieri, OSS) e compatibili con altri contributi economici o servizi erogati con le medesime finalità di sostegno alla permanenza al domicilio della persona con disabilità, compresa la frequenza di un'attività di tipo semiresidenziale.

In presenza di altri contributi, la somma di euro 400,00 può essere ridotta, fino alla concorrenza massima di tutti i contributi pari a euro 1.200,00 mensili, ridotta a euro 1.000,00 mensili quando la persona è già beneficiaria di un *assegno di cura* finalizzato a sostenere le funzioni assistenziali dei genitori che si assumono in proprio l'onere dell'assistenza alla persona di minore età con disabilità gravissima.

Il contributo economico è subordinato alla presentazione di dichiarazione da parte del caregiver relativamente all'attività di cura del congiunto e alla conseguente ridotta capacità lavorativa.

Contributo SLA

Nel caso di persone affette da SLA e da malattie dei motoneuroni che si trovino nella fase avanzata della malattia è prevista l'erogazione di assegno di cura mensile il cui attuale importo ammonta al massimo a 1.650,00 euro, destinato a sostenere la spesa per l'assunzione con regolare contratto di lavoro di uno o più assistenti familiari (esterni alla rete familiare) e/o all'assunzione del familiare caregiver per lo svolgimento di attività di aiuto e supporto alla persona, ai sensi della Delibera della GRT n. 721/2009 e successiva Delibera GRT n. 1053/2011.

L'erogazione dell'assegno di cura è assicurato anche in caso di ricovero della persona assistita presso strutture sanitarie o socio-sanitarie purché non si protragga oltre 60 giorni.

Per l'erogazione di tale tipologia di contributo non è previsto la valutazione del valore ISEE.

Art. 6

Compartecipazione al pagamento della retta in strutture residenziali

Tenuto conto che la prestazione di tipo residenziale prevede una totale presa in carico dell'assistito, ai sensi dell'art.24 comma 2 lettera g della L:328/2000, i trattamenti assistenziali ed indennitari di cui alla colonna "non auto" della Tabella Allegato 3 del DPCM159/2013, dove goduti, devono essere di norma prioritariamente destinati al pagamento della retta, al netto di una quota per spese personali da definirsi nel PAP in base alle effettive esigenze del ricoverato e comunque non inferiore a un sesto dell'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS.

Ai sensi dell'art. 14 comma 2 lett. B per il calcolo della quota di compartecipazione ai servizi residenziali, oltre alla situazione reddituale e patrimoniale dell'assistito, sono computate le indennità di natura previdenziale e assistenziale percepite per il soddisfacimento delle sue esigenze di accompagnamento e assistenza. Sono dovuti dall'assistito anche gli arretrati delle indennità previdenziali e assistenziali, relativi alle mensilità a partire dalla data del suo ingresso in struttura. In questi casi dovrà essere rivalutata in modo coerente la situazione economica e patrimoniale dell'assistito e del coniuge e dei parenti in linea retta entro il primo grado.

Laddove l'utilizzo di queste risorse non vada a coprire l'intero costo della retta, al netto dei LEA, la parte non coperta dal ricoverato verrà integrata dall'ente, erogando un contributo economico direttamente alla struttura.

Considerato che l'importo massimo di riferimento su cui calcolare la compartecipazione a carico dei Comuni è fissato in € 53,50 al giorno a copertura dei costi diretti ad assicurare i servizi sufficienti ad ottenere l'accreditamento, ai sensi della Delibera n. 995 del 11/10/2016 l'intervento a copertura della retta è previsto per coloro che presentano ISEE socio sanitario residenziale pari o inferiore ad € 19.527,50 per l'anno 2024, importo calcolato sulla base della quota sociale annua più alta tra le strutture del territorio.

Art.7

Priorità d'accesso – Liste di attesa area non autosufficienza

Questa Società della Salute fa propria la procedura aziendale " Liste di priorità e criteri per la redazione delle liste di priorità" (pro_ Az.038 27/11/2019).

In caso di richieste superiori al budget finanziario assegnato annualmente alla residenzialità, viene

predisposta una lista di attesa\priorità in base al punteggio ottenuto, tenendo conto dei criteri di cui alla tabella sotto riportata e riferiti a:

- Isogravit 
- Intensit  assistenziale (scheda infermieristica)
- Indice IACA
- CBI
- Criterio cronologico

Livello di Isogravit�	Intensit� assistenziale	Indice IACA	Indice CBI
Isogravit� 5 = punti 20	Bassa = punti 5	0 – 18 = punti 20	Da 0 a 24 = punti 0 Da 25 a 48 = punti 2
Isogravit� 4 = punti 15	Media = punti 10	9 – 23 = punti 17	Da 49 a 72 = punti 4 Da 73 a 96 = punti 6
Isogravit� 3 = punti 10	Alta = punti 15		

L'ordine cronologico delle date di inserimento in lista viene utilizzato in caso di parit  tra due o pi  utenti. In caso di rinuncia formale al titolo di acquisto, l'assistito viene cancellato dalla lista di priorit .

E' necessario precisare che, come previsto dall'art. 12 della L.R. 66/2008, comma 3, "Nel caso di impossibilit  di attivare le prestazioni assistenziali previste nel PAP entro il termine di cui all'articolo 11, comma 5, lettera e), la UVM assicura prestazioni di pari efficacia condivise con la famiglia e fissa entro novanta giorni il tempo massimo per attivare le prestazioni previste nel PAP"; nel caso di PAP residenziale deve essere mantenuto il diritto alla permanenza in lista di attesa per il ricovero definitivo anche a fronte di erogazione di prestazione alternativa.

I ricoveri temporanei di sollievo e tutti gli inserimenti nei moduli specialistici sono finalizzati alla promozione della domiciliari . Dovranno pertanto essere previste liste di attesa differenziate rispetto alla RSA permanente e non potr  essere prevista alcuna soglia di sbarramento.

Art. 8

Intervento economico di sostegno all'autonomia della persona e del nucleo

Gli interventi economici socio-assistenziali, di sostegno all'autonomia della persona sono finalizzati a soddisfare, per quanto possibile, bisogni primari o a superare stati di difficolt  temporanea, in particolare a favore dei soggetti pi  esposti.

Essi devono essere affiancati da altre strategie indirizzate a rimuovere il bisogno, secondo le modalit  e i tempi stabiliti nel progetto assistenziale concordato con l'utente. Gli interventi economici socio-assistenziali, di sostegno all'autonomia della persona hanno carattere temporaneo e vengono erogati

compatibilmente con la disponibilità finanziaria;

Tali interventi possono assumere le seguenti tipologie:

- A. TEMPORANEO: erogato per la durata massima di 6 mesi, non prorogabili e previa verifica della situazione sociale dell'interessato e dei suoi familiari.
- B. STRAORDINARIO: avente carattere di eccezionalità ed erogato una tantum, nel corso dell'anno solare; l'importo è variabile, sulla base della spesa documentata e comunque per un massimo di € 500.
- C. CASSA ECONOMALE, avente carattere di indifferibilità ed urgenza, erogato per un importo max di € 150 e per una sola volta nel corso dell'anno solare.

Tipologia:	Importo max: *a persona	Durata max:
Temporaneo	€250mensili	6mesi
Straordinario	€500anucleo fam.	Una tantum
Cassa economale	€150max	Una tantum

* Il contributo massimo erogabile è ottenuto moltiplicando l'importo mensile a persona per il valore del coefficiente della scala di equivalenza definito ai fini ISEE al netto delle maggiorazioni in base al numero dei componenti il nucleo familiare.

Tali interventi economici, sono compatibili con il reddito di cittadinanza di cui al Decreto Legge 4/2019 convertito in Legge 26/2019.

Tutti gli interventi presenti nell'articolato del presente atto, per i beneficiari Reddito di cittadinanza, vanno ricondotti, quali sostegni, nel patto di inclusione ai sensi dell'art. 6 del D.Lgs 147/2017.

Ai contributi di cui sopra, fa eccezione quello per Affidamento familiare, le cui modalità di erogazione seguono le disposizioni normative vigenti in materia.

Art. 9

Modalità di accesso alle prestazioni

L'informazione sui servizi e sui percorsi si attua attraverso:

- Punti Insieme;
- Segretariato sociale;
- "Carta dei Servizi";
- Incontri organizzati;
- Sito internet istituzionale;
- Piano di comunicazione.

Nell'ottica del sistema sociosanitario integrato della Regione Toscana il sistema unico di accesso, previsto dal DPCM 2017 e dalla L.R. 66/2008, si coordina con la rete delle strutture pubbliche informative e di prossimità (URP, Botteghe della salute, PAAS ecc.) e gli sportelli dell'associazionismo e del Terzo settore che possono fornire direttamente informazioni agli interessati e indirizzare la persona agli sportelli di accesso diretto del sistema dei servizi, al fine di rendere maggiormente omogenea la rete degli sportelli che offrono servizi alla cittadinanza e uniformare le procedure e le modalità di accesso .

Il regolamento disciplina la rete dell'accesso e il collegamento con i servizi di prossimità attivati sul territorio.

L'accesso alle prestazioni ed ai servizi di cui al presente Regolamento avviene:

- a) su richiesta diretta dell'interessato;
- b) su richiesta di familiari, parenti, legale rappresentante (amministratore di sostegno, tutore ecc..)
- c) su segnalazione di altri servizi socio-sanitari;
- d) su segnalazione di Enti, soggetti privati, associazioni di volontariato;
- e) su proposta diretta del Servizio Sociale.

La richiesta di valutazione sociale ai fini dell'erogazione della prestazione va presentata su apposita modulistica.