

**REGOLAMENTO
INTEGRATO
ASSEGNI DI CURA**

SOMMARIO

Premessa	3
ART. 1 – Finalità dell'intervento	6
ART. 2 – Destinatari (persone non autosufficienti o disabili), strumenti di valutazione, requisiti di accesso, entità del contributo, criteri di priorità	7
2.1 ASSEGNO DI CURA PER PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITÀ (DGR 130/2021)	9
2.2 ASSEGNO DI CURA PER PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITÀ ACQUISITA (DGR 2068/04)	13
2.3 ASSEGNO DI CURA PER PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE (DGR 1122/02)	14
2.4 ASSEGNO DI CURA PER PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI (DGR 1377/99)	16
2.5 ASSEGNO DI CURA PER PERSONE CON PATOLOGIE ONCOLOGICHE	18
ART. 3 – Procedure per l'accesso	18
ART. 4 – Valutazione multidimensionale e progetto personalizzato	19
ART. 5 – Contenuto e durata del contratto	20
ART. 6 – Verifica del contratto in essere	21
ART. 7 – Rinnovo del contratto	22
ART. 8 – Rimodulazione/sospensione/revoca dell'assegno di cura	22
ART. 9 – Contributo aggiuntivo per favorire l'emersione e la regolarizzazione del lavoro delle assistenti familiari	23
ART. 10 – Percorsi amministrativi	25
10.1 Percorso amministrativo Azienda USL di Bologna	25
10.2 Percorso amministrativo territorio di Imola	26
ART. 11 – Sistema informativo socio-sanitario e flussi informativi	27
ART. 12 – Trattamento dei dati personali	27
ART. 13 – Validità del regolamento	28
ART. 14 – Norme transitorie e finali	28
ALL.1 ALLEGATO ECONOMICO	29

Premessa

Visti:

- il Decreto Legislativo del 31 marzo 1998 n. 109 così come modificato dal Decreto Legislativo del 3 maggio 2000 n. 130 e relativi regolamenti attuativi DPCM del 7 maggio 1999 n. 221 così come modificato dal DPCM del 4 aprile 2001 n. 242;
- LR 5/1994 “Tutela e valorizzazione delle persone anziane – interventi a favore di anziani non autosufficienti”;
- la Deliberazione di Giunta Regionale dell’1 marzo 2000 n. 540 “Interventi a supporto dell’assistenza sanitaria a favore di pazienti in fase critica”;
- la Deliberazione di Giunta Regionale del 25 febbraio 2002 n. 295 "Recepimento del DPCM 29 novembre 2001 definizione dei livelli essenziali di assistenza pubblicato sulla G.U. dell’8.02.2002 Supp. Ordinario n. 26: Determinazioni conseguenti”;
- la Legge Regionale del 12 marzo 2003, n. 2 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;
- DGR 1377/1999 “Direttiva su criteri, modalità e procedure per la contribuzione alle famiglie disponibili a mantenere l’anziano non autosufficiente nel proprio contesto (assegno di cura)”;
- DGR 1122/2002 “Direttiva per la formazione di progetti personalizzati finalizzati a favorire le condizioni di domiciliarità e le opportunità di vita indipendente dei cittadini in situazione di handicap grave (assegno di cura e di sostegno)”;
- DGR 2068/2004 “Il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta. Prime indicazioni”;
- DGR 2686/2004 “Modifiche e integrazioni alla DGR 1377/1999 “Direttiva su criteri, modalità e procedure per la contribuzione alle famiglie disponibili a mantenere l’anziano non autosufficiente nel proprio contesto”;
- DGR 122/2007 “Integrazioni e modifiche alle DGR nn. 1377/99 e 1378/99. Indicazioni per l’anno 2007”;
- DGR 509/2007 “Fondo Regionale per la Non Autosufficienza – programma per l’avvio nel 2007 e lo sviluppo nel triennio 2007-2009”;
- DGR 1206/2007 “Fondo regionale per la non autosufficienza. Indirizzi attuativi della deliberazione GR 509/2007”;
- DGR 840/2008 “Prime linee di indirizzo per le soluzioni residenziali e l’assistenza al domicilio per le persone con gravissima disabilità nell’ambito del FRNA e della DGR 2068/2004”;
- DGR 1230/2008 “Fondo Regionale per la Non Autosufficienza – programma 2008 e definizione interventi a favore delle persone adulte con disabilità”;
- DGR 159/2009 “Integrazioni e modifiche alle delibere di giunta regionale nn. 1377/99 e 1378/99. Indicazioni per l’anno 2009”;

- Determina Regionale n. 490 del 21/1/2011 “Aggiornamento dei limiti dell’indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) per la concessione dell’assegno di cura ai sensi delle delibere di giunta regionale n. 1377/99 e n. 2686/2004 – Anno 2011”;
- DGR 1762/2011 “Programma attuativo della Regione Emilia-Romagna per l’assistenza domiciliare ai malati di sclerosi laterale amiotrofica (SLA) nell’ambito del Fondo Nazionale per le non autosufficienze per l’anno 2011”;
- DGR 1848/2012 “Integrazione della DGR 2068/2004 e della DGR 1762/2011: Introduzione livello più elevato dell’assegno di cura per le gravissime disabilità”;
- DGR 1732/2014 “Programma gravissime disabilità acquisite (DGR 2068/2004 e s.m.): aggiornamento assegno di cura DGR 1848/12”;
- LR 2/2014 “Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura e assistenza)”;
- DGR 2308/2016 “Determinazioni in materia di soglie ISEE per l’accesso a prestazioni sociali agevolate in ambito sociale e sociosanitario, dal 1/1/2017”;
- DGR 2318/2019 “Misure a sostegno del caregiver”;
- DGR 1005/2020 “Disposizioni per la programmazione delle risorse previste dalla delibera di giunta regionale n.2318/2019”;
- Determina regionale n. 15465/2020 “Approvazione schede e strumenti tecnici per il riconoscimento e sostegno del caregiver familiare ai sensi della DGR. 2318/2019”;
- DGR 1789/2021 “Approvazione del programma regionale per l’utilizzo delle risorse del ‘Fondo nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare annualità 2018-2019-2020. Riparto, assegnazione e concessione alle Aziende Usl”;
- DGR 982/2022 “Approvazione del Programma regionale per l'utilizzo delle risorse del "Fondo nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del Caregiver familiare annualità 2021". Riparto, assegnazione e concessione alle Aziende Usl”
- DGR 130/2021 “Approvazione della programmazione regionale per il triennio 2019-2021 del Fondo nazionale per le non autosufficienze”;
- DPCM 21/11/2019 “Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per la non autosufficienza nel triennio 2019-2021”;
- DM 26/9/2016 “Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze, per l’anno 2016”;
- Decreto interministeriale del 22/10/2021 “Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023 e Piano Sociale Nazionale 2021-2023”;
- Deliberazione Direttore Generale Azienda Usl Bologna n. 66 del 15/4/2011 “Approvazione nuovo regolamento aziendale per l’erogazione di contributi alle famiglie disponibili a mantenere l’anziano non autosufficiente nel proprio contesto e dei contributi aggiuntivi finalizzati alla regolarizzazione delle assistenti famigliari”;
- Deliberazione Direttore Generale Azienda Usl Bologna n. 277 del 23/12/2008 “Adozione del regolamento aziendale per l’erogazione e la gestione degli assegni di cura e di sostegno in favore dei cittadini disabili”;
- Deliberazione Direttore Generale Azienda Usl Bologna n. 101 del 15/5/2013 “Modifica del regolamento aziendale per l’erogazione e la gestione degli assegni di

- cura e di sostegno in favore dei cittadini disabili a seguito della introduzione del livello elevato dell'assegno di cura per le gravissime disabilità acquisite”;
- DPCM 3/10/2022 “Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024”;
 - Decreto ministeriale del 29/07/2022 “Riparto e modalità per l'utilizzazione delle risorse del Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità”;
 - DGR 2299/2022 “Programma regionale fondo nazionale inclusione disabilità a favore delle persone con disturbo dello spettro autistico - decreto 29 luglio 2022”.
 - DGR 237/2023 “Approvazione Programma Regionale "Fondo Nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del Caregiver familiare annualità 2022””.

Atteso che:

- L'assegno di cura è una delle possibili forme di intervento a favore delle famiglie e caregiver che assistono a domicilio una persona non autosufficiente o disabile, che si attiva all'interno di un più complessivo **piano personalizzato** di assistenza e che, non configurandosi come un sussidio economico “a domanda”, costituisce un sostegno al lavoro di cura di famigliari e caregiver;
- L'assegno di cura potenzia le opportunità di permanenza nel contesto di vita della persona non autosufficiente o disabile, sostenendo il lavoro di cura svolto dalle famiglie o da terzi, al fine anche di evitare o posticipare il più a lungo possibile il ricorso ai servizi sociosanitari e socioassistenziali residenziali.

Considerato che:

- obiettivo principale della rete regionale per la non autosufficienza è sostenere la permanenza della persona nel proprio domicilio supportando anche chi si prende di cura della persona non autosufficiente o disabile, ossia i caregiver familiari di cui alla L.R. 2/2014;
- le risorse a disposizione per la non autosufficienza vengono gestite in modo integrato a livello distrettuale all'interno del sistema di governance che i Comuni e le AUSL esercitano in modo condiviso, nell'ambito delle rispettive competenze;
- in ogni ambito distrettuale deve essere garantita una programmazione unitaria delle diverse tipologie di assegno erogabile in relazione al quadro delle risorse;
- Il presente testo riunisce i regolamenti precedenti e mantiene in vigore i criteri operativi che ne dettagliano il funzionamento in relazione ai singoli target di destinatari, salvo eventuali successive modifiche agli stessi;
- l'AUSL di Bologna e ASP Circondario Imolese erogano, in base ai vigenti Accordi di Programma e alle convenzioni sottoscritte su base distrettuale per la gestione delle risorse sociosanitarie, gli assegni di cura in favore delle persone non autosufficienti o disabili disponibili a mantenere la persona in condizione di non autosufficienza o disabile nel proprio contesto, secondo i criteri, le modalità e le procedure di seguito

richiamate ed entro i limiti degli stanziamenti appositamente definiti nell'ambito della programmazione delle risorse sociosanitarie, laddove possibile integrati con risorse finanziarie dei Comuni sottoscrittori dell'Accordo di Programma a norma dell'art. 14 della L.R. n. 5/1994.

- Come esplicitato agli Art.3 e Art.6, la responsabilità dell'attuazione e della verifica del progetto è attribuita al Responsabile del Caso.

Tutto ciò premesso si dispone quanto segue:

ART. 1 – Finalità dell'intervento

La finalità dell'assegno di cura è quella di sostenere persone **non autosufficienti o disabili**, le loro famiglie e caregiver che, facendosi carico del proprio caro, abbiano necessità di un aiuto per mantenere nel proprio contesto di vita la persona non autosufficiente o disabile, evitando o posticipando in tal modo il suo inserimento nei servizi sociosanitari e socioassistenziali residenziali.

L'assegno di cura viene erogato nel contesto di un progetto personalizzato, e si inserisce in un quadro più generale di valutazione multidimensionale del bisogno e di progettazione personalizzata, per il quale può ritenersi appropriato anche erogare assistenza in forma indiretta per varie ragioni: dalla promozione dell'autodeterminazione, quando possibile, anche mediante la possibilità di scegliere i servizi di cura e le persone che li forniscono, sino alla valorizzazione del lavoro di cura dei caregiver.

L'assegno di cura rappresenta uno degli strumenti offerti dalla rete dei servizi per persone non autosufficienti o disabili previsti dalla vigente normativa e dagli atti di indirizzo nazionali e regionali sopra richiamati. Tale strumento si inserisce all'interno del sistema di welfare nel quale sono presenti altri servizi e trasferimenti monetari a favore delle persone non autosufficienti o disabili: il ruolo dei singoli ambiti territoriali e delle equipe di professionisti è pertanto quello di valutare la complementarità tra le diverse misure potenzialmente erogabili nell'ambito del complessivo sistema dei servizi.

Ai sensi dell'art. 4 L.R. 2/2003, accedono alle prestazioni e agli interventi del sistema integrato dei servizi sociali e sanitari i cittadini stranieri comunitari nel rispetto degli accordi internazionali vigenti e i cittadini extracomunitari in possesso di un valido titolo di soggiorno ai sensi della vigente normativa nazionale. La persona destinataria dell'assegno di cura deve essere residente nell'ambito territoriale aziendale di riferimento.

Con particolare riferimento a destinatari stranieri extracomunitari, l'erogazione dell'assegno di cura è direttamente ed inscindibilmente collegata anche alla sussistenza del titolo di soggiorno che prevede l'assistenza sanitaria, di cui al comma precedente.

L'assegno di cura non è concesso su istanza di parte degli interessati, ma sulla base della segnalazione del Responsabile del Caso e della valutazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), tenuto conto del contesto di cura e degli aspetti di vita della persona e della sua famiglia, i quali spaziano dalle relazioni affettive alle condizioni

economiche. Tali elementi consentono di elaborare un progetto personalizzato finalizzato al mantenimento della persona al domicilio, garantendo adeguate condizioni assistenziali e di qualità di vita.

A tal fine è fondamentale che l'assegno di cura sia erogato garantendo la massima appropriatezza in fase di accesso e di presa in carico, individuando priorità atte a focalizzare l'attenzione sulla situazione e sulla condizione sociale e sociosanitaria della persona non autosufficiente o disabile, in modo da rendere effettivo e prioritario l'uso dell'assegno di cura per il mantenimento della persona al domicilio.

L'assegno di cura è volto, in via prioritaria, a sostenere l'acquisizione di prestazioni a supporto della persona non autosufficiente o disabile e del carico assistenziale dei caregiver familiari.

Si specifica inoltre che caratteristiche tecniche, tipologie, entità e limiti di reddito dell'assegno di cura e del contributo aggiuntivo, si intendono automaticamente modificati/rivalutati a seguito dell'eventuale emanazione di specifici provvedimenti da parte dei competenti organismi di livello Nazionale o della Regione Emilia Romagna.

ART. 2 – Destinatari (persone non autosufficienti o disabili), strumenti di valutazione, requisiti di accesso, entità del contributo, criteri di priorità

Sono **destinatari** dell'assegno di cura le persone non autosufficienti o disabili nell'ambito di un programma di assistenza domiciliare integrata definito dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

L'assegno di cura viene erogato nei casi in cui:

- a) la persona non autosufficiente o disabile sia in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita;
- b) la famiglia di persona non autosufficiente o disabile in situazione di gravità si rende disponibile a mantenere/accogliere il proprio congiunto nell'ambito del proprio contesto di vita;
- c) una famiglia diversa da quella d'origine, qualora la persona in situazione di gravità, non autosufficiente o disabile sia rimasta sola, è disponibile ad accoglierla nel proprio contesto familiare;
- d) siano presenti altri soggetti che intrattengono consolidati e verificabili rapporti di "cura" con la persona non autosufficiente o disabile, anche se non legati da vincoli familiari;
- e) sia presente la figura dell'amministratore di sostegno.

L'assegno di cura può essere concesso a una o più persone non autosufficienti o disabili anagraficamente conviventi.

L'assegno di cura può essere riconosciuto, attraverso specifiche fonti di finanziamento, anche ai caregiver familiari così come definiti dall'art. 1, comma 255, della Legge n.

205/2017 che definisce il caregiver familiare “la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18”. In presenza di caregiver familiare di una persona disabile o non autosufficiente, gli strumenti di valutazione sono quelli previsti dalla Determina Regionale n.15465/2020 “Approvazione schede e strumenti tecnici per il riconoscimento e sostegno del caregiver familiare ai sensi della DGR. 2318/2019” che, attraverso una valutazione della condizione soggettiva del carico di cura e di qualità della vita del caregiver, tengono conto di fattori materiali, emotivi e relazionali”.

Il **contraente** dell'assegno di cura, ossia il soggetto che stipula il contratto (la persona assistita o chi la supporta nella sua gestione) deve garantire il mantenimento degli impegni assunti in sede di sottoscrizione del progetto personalizzato e del contratto, oltre che partecipare al loro costante monitoraggio.

L'erogazione dell'assegno di cura deve rispettare i seguenti **criteri**:

- deve inserirsi in un quadro più generale di valutazione UVM del bisogno e di progettazione personalizzata, in cui può ritenersi appropriato erogare assistenza in forma indiretta;
- **di norma** ha carattere sostitutivo di servizi a valenza sociosanitaria;
- può essere modulata, in riferimento ai destinatari di cui al punto 2.1, sulla base di altri servizi inclusi nel progetto personalizzato qualora tali servizi siano erogati in forma diretta per tempo parziale (ad esempio, la frequenza di centri diurni);
- deve essere sottoposta a rendicontazione e/o a monitoraggio del sostegno prestato secondo gli impegni assunti dai sottoscrittori del contratto e del progetto personalizzato.

L'entità dell'assegno di cura e del contributo aggiuntivo è stabilita dalla normativa richiamata in premessa, così come i requisiti di accesso e i limiti di reddito.

La definizione puntuale degli importi e delle soglie di accesso viene riportata nel dettaglio in relazione alle differenti tipologie di destinatari di seguito indicate e riportate in sintesi nell'allegato A al presente Regolamento, il quale potrà essere modificato in relazione a specifiche integrazioni/variazioni dei riferimenti normativi attuali.

In generale si precisa che:

- come indicato dalla DGR 2308/2016, non è previsto alcun criterio ISEE per l'erogazione di assegni di cura e relativi contributi aggiuntivi a soggetti di cui alla DGR 2068/04 e ss.mm.ii.;

- come indicato dalla DGR 130/2021, gli importi degli assegni di cura di norma non possono essere modificati in ragione della sola età anagrafica della persona non autosufficiente o disabile, in particolare al compimento del 18° o 65° anno di età, ma possono essere modificati con riferimento alla specifica valutazione UVM e al singolo progetto personalizzato;
- Gli importi degli assegni di cura sono ancorati a un bisogno di sostegno inteso come assistenza personale e sono programmati sulla base degli altri servizi inclusi nel progetto personalizzato, al fine di garantirne la continuità e la coerenza lungo il ciclo di vita personale e familiare;
- L'entità dell'assegno di cura, del contributo aggiuntivo e i limiti di reddito di cui sopra, si intendono automaticamente modificati, aggiornati e recepiti a seguito della emanazione di specifici provvedimenti da parte dei competenti organismi di livello nazionale o della Regione Emilia-Romagna.

Tipologie di Assegni di cura:

- 2.1 Assegno di cura per persone con **GRAVISSIMA DISABILITÀ** (DGR 130/2021)
- 2.2 Assegno di cura per persone con **GRAVISSIMA DISABILITÀ ACQUISITA** (DGR 2068/04)
- 2.3 Assegno di cura per persone con **GRAVE DISABILITÀ** (DGR 1122/02)
- 2.4 Assegno di cura per persone **ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI** (DGR 1377/99)
- 2.5 Assegno di cura per persone con **PATOLOGIE ONCOLOGICHE**

2.1 ASSEGNO DI CURA PER PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITÀ (DGR 130/2021)

Destinatari dell'intervento e strumenti di valutazione

Per l'identificazione dei destinatari degli interventi finanziati con le risorse sociosanitarie integrate per le persone con gravissima disabilità, nei singoli ambiti distrettuali le UVM devono fare riferimento all'articolo 3 del DM 26 settembre 2016, dove si stabilisce che "Per persone in **condizione di disabilità gravissima** [...] si intendono le **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 decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013" e per le quali sia verificata almeno una delle **condizioni declinate nelle lettere da a) ad i) del medesimo decreto**, come di seguito specificato:

- a) Persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 .
- b) Persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24 ore su 24, 7 giorni su 7).

- c) Persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4
- d) Persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B.
- e) Persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod.
- f) Persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media tra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore.
- g) Persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico, al livello 3 della classificazione del DSM-5.
- h) Persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con QI ≤ 34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 .
- i) Ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche.

Le compromissioni rilevate ai fini della identificazione delle persone in condizione di dipendenza vitale, di cui alla lettera i), sono le seguenti:

- 1) Motricità: dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana (ADL). L'attività è svolta completamente da un'altra persona.
- 2) Stato di coscienza:
 - compromissione severa: raramente/mai prende decisioni
 - persona non cosciente
- 3) Respirazione:
 - necessità di aspirazione quotidiana
 - presenza di tracheostomia
- 4) Nutrizione:
 - necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi
 - combinata orale e enterale/parenterale
 - solo tramite sondino naso-gastrico (SNG)
 - solo tramite gastrostomia (es. PEG)
 - solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC)

Si intendono in condizioni di dipendenza vitale le persone che hanno compromissioni in almeno uno dei domini di cui ai punti 1) e 2) di cui sopra, e in almeno uno dei domini di cui ai punti 3) e 4) di cui sopra.

In presenza di caregiver familiare di una persona disabile o non autosufficiente, ulteriori strumenti di valutazione sono quelli previsti dalla Determina Regionale n.15465/2020 "Approvazione schede e strumenti tecnici per il riconoscimento e sostegno del caregiver familiare ai sensi della DGR. 2318/2019" che, attraverso una valutazione della condizione soggettiva del carico di cura e di qualità della vita del caregiver, tengono conto di fattori materiali, emotivi e relazionali.

Valutazione multidimensionale

Il Responsabile del Caso attiva la specifica Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) di riferimento per il Servizio di presa in carico della situazione.

In considerazione dell'elevata caratterizzazione sanitaria delle condizioni dei destinatari di cui ai punti precedenti, si attiva l'UVM di competenza in relazione al bisogno prevalente rilevato, prevedendo il coinvolgimento di tutte le figure professionali necessarie allo svolgimento della valutazione.

Per l'accesso all'assegno di cura di cui alla DGR 2068/04 viene confermata la condizione di massima dipendenza assistenziale accertata dalla valutazione dell'UVM/UVM GRAD, attraverso la scala Barthel modificata sulla base della normativa vigente.

Requisiti di accesso

- Per le persone di cui alle lettere a), b), d), e), i), come già indicato dalla DGR 2308/2016, non è previsto alcun criterio ISEE per l'erogazione degli assegni di cura;
- per persone anziane valutate dalle UVG che rientrano nella classificazione nazionale di gravissima disabilità con grave o gravissimo stato di demenza di cui alla lettera c); oltre che per le persone di cui alle lettere f), g), h), viene previsto, in deroga a quanto indicato dalla DGR 2308/2016, un valore massimo ISEE pari a 50.000 euro, accresciuti a 65.000 in caso di destinatari minorenni, dove l'ISEE da utilizzare è quello per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria.

Entità dei contributi

- Per le persone di cui alle lettere a), b), d), e), i) della classificazione nazionale di gravissima disabilità, viene confermato l'assegno di cura di cui alla DGR 2068/04 e successive modifiche ed integrazioni (DGR 1732/14) pari a 23 euro al giorno o 45 euro al giorno in presenza dei criteri di cui alla Determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche sociali n.15894/12;
- per le persone anziane valutate dalle UVG che rientrano nella classificazione nazionale di gravissima disabilità, con particolare riferimento alle persone con grave o gravissimo stato di demenza di cui alla lettera c) della classificazione nazionale,

vengono confermati e potenziati i livelli più alti (A e B) dell'assegno di cura per anziani di cui alla DGR 159/09 (22 o 7,75 euro al giorno per il livello A, 17 o 5,17 euro al giorno per il livello B). In assenza di altri servizi si prevede un trasferimento di almeno 400 euro mensili per la durata del progetto e per almeno 12 mensilità;

- per le persone di cui alle lettere f), g), h) della classificazione nazionale di gravissima disabilità viene previsto l'assegno di cura di 15,49 euro al giorno o di 10,33 euro sulla base dei criteri previsti dalla DGR 1122/02 e tenendo conto della presenza, nel progetto personalizzato, di eventuali interventi di assistenza domiciliare socio-assistenziale o socio-educativa o di altri servizi equivalenti, quali in particolare la frequenza del centro diurno o altri servizi educativi.

Criteri di priorità

Nell'ambito delle categorie sopra indicate, per l'erogazione dell'assegno di cura va data priorità, anche attraverso l'utilizzo delle diverse fonti di finanziamento ad esse dedicate, a:

- minori riconducibili alle condizioni sopra riportate, per offrire un supporto alla realizzazione del percorso di vita, in limitate ed eccezionali situazioni che necessitano di assistenza dedicata e sono in condizione di non potere seguire i normali percorsi di integrazione scolastica e nei servizi;
- caregiver familiari di persone riconducibili alle condizioni sopra riportate, così come descritti al precedente art. 2, lettera e) del presente regolamento, con particolare attenzione ai programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del/dei caregiver con la persona assistita.

Nei singoli ambiti distrettuali, gli Enti Locali e le AUSL potranno individuare le situazioni più urgenti, ai sensi dei sopracitati criteri di priorità per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria e alla situazione di bisogno assistenziale, familiare e abitativo.

Sulla base di quanto disposto dalla DGR 2299/2022, per i destinatari di cui alla lettera g) "Persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico, al livello 3 della classificazione del DSM-5", l'assegno di cura può essere erogato a favore di minori che si trovano in nuclei familiari in situazione di particolare difficoltà per:

- nuclei nei quali sono presenti più persone con disabilità;
- familiari che per condizioni di salute non sono in grado di prestare adeguata cura;
- nuclei monogenitoriali.

Nell'ambito delle risorse disponibili (riferite alla DGR 2299/2022) si potrà dare priorità alle persone che non usufruiscono di altri interventi o che non possono frequentare i normali percorsi di inclusione scolastica, nonché ai nuclei in situazione di maggiore svantaggio socioeconomico, lavorativo e abitativo.

Secondo quanto previsto dalla DGR 2299/2022 per la definizione dei singoli progetti personalizzati dovranno essere attivate in ogni ambito distrettuale Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) socio-sanitarie, sia per l'area minori che per l'area adulti, con personale dei Comuni/Unioni e delle Aziende USL afferenti ai Servizi NPIA, Servizio Sociale minori e adulti, Servizi socio-sanitari disabili adulti e Servizi psichiatria adulti.

2.2 ASSEGNO DI CURA PER PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITÀ ACQUISITA (DGR 2068/04)

Destinatari dell'intervento

La DGR 2068/04 si rivolge a persone che acquisiscono disabilità gravissime conseguenti a patologie/deficit che si manifestano in età adulta derivanti da varie cause (traumi, malattie cronico-degenerative...), dalle quali deriva una grave dipendenza nel compiere le normali attività della vita quotidiana, fino a raggiungere situazioni di non autosufficienza e/o di minima coscienza. In prima approssimazione si possono individuare le seguenti condizioni:

- a) gravissime cerebrolesioni acquisite;
- b) gravissime mielolesioni;
- c) gravissimi esiti disabilitanti di patologie neurologiche involutive in fase avanzata (ad esempio Sclerosi Laterale Amiotrofica, Coree, etc.).

Valutazione multidimensionale e strumenti di valutazione

Per l'accesso al livello più alto dell'assegno di cura istituito con DGR 1848/12, l'UVM/UVM GRAD deve accertare la presenza di almeno una delle condizioni oggettive di seguito indicate, presenti in modo continuativo, che necessitano e motivano un più elevato impegno assistenziale:

- 1) Necessità di frequenti aspirazioni nel cavo orale o tracheo-bronchiali nell'arco delle intere 24 ore;
- 2) Presenza ventilazione assistita;
- 3) Presenza CVC con necessità di infusione continua;
- 4) Attuazione di un piano assistenziale, condiviso con la famiglia, che preveda il coinvolgimento attivo dei familiari o di personale assistenziale messo a disposizione dalla famiglia in un numero di alzate dal letto vs la sedia/carrozzina non inferiore a 4 giornaliere, in conseguenza di una delle seguenti condizioni, esclusivamente su base documentale:
 - pregresse lesioni da decubito di grado 3° o 4°;
 - presenza di POA (Calcificazione Paraosteoarticolare);
 - retrazione in flessione degli arti inferiori o superiori.

Per l'accesso all'assegno di cura di cui alla DGR 2068/04 viene confermata la condizione di massima dipendenza assistenziale accertata dalla valutazione dell'UVM/UVM GRAD, attraverso la scala Barthel modificata secondo la normativa vigente.

Ai sensi della DGR 840/08, l'assegno di cura viene erogato in presenza di deficit e situazioni funzionali completamente assimilabili a quelli già individuati con la DGR 2068/04 insorti anche prima del diciottesimo anno di età, quali ad esempio mielolesioni, gravi

cerebrolesioni e patologie neurologiche degenerative; può essere inoltre erogato a limitate ed eccezionali situazioni di minori di età che in conseguenza di gravi deficit presentano condizioni di totale dipendenza, necessitano assistenza continua nell'arco delle 24 ore e sono in condizione di non potere seguire i normali percorsi di integrazione scolastica e nei servizi, sulla base di quanto stabilito dalle linee di indirizzo aziendali per l'applicazione delle DGR 2068/04 e 840/08 approvate il 3/8/2009.

In presenza di caregiver familiare di una persona disabile o non autosufficiente, ulteriori strumenti di valutazione sono quelli previsti dalla Determina Regionale n.15465/2020 "Approvazione schede e strumenti tecnici per il riconoscimento e sostegno del caregiver familiare ai sensi della DGR. 2318/2019" che, attraverso una valutazione della condizione soggettiva del carico di cura e di qualità della vita del caregiver, tengono conto di fattori materiali, emotivi e relazionali.

Requisiti di accesso

Come già indicato dalla DGR 2308/2016, non è previsto alcun criterio ISEE per l'erogazione degli assegni di cura di cui alla DGR 2068/04 e ss.mm.ii.

Entità dei contributi

L'assegno di cura, nell'ambito della presente categoria di destinatari, viene valutato sulla base di due livelli:

- Livello base pari a 23 € al giorno;
- Livello elevato, pari a 45 € al giorno, da riconoscere a persone con gravissima disabilità assistite al domicilio, che manifestano bisogni di assistenza di particolare intensità nell'arco delle 24 ore, come declinati nella Determina DGSPS della Regione Emilia Romagna n. 15894 del 14/12/2012 e ss.mm.ii.

2.3 ASSEGNO DI CURA PER PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE (DGR 1122/02)

Destinatari dell'intervento e strumenti di valutazione

Per essere destinatari dell'assegno di cura è necessaria la certificazione ai sensi dell'Art. 3 comma 3 della L.104/92.

Gli strumenti di valutazione attualmente a disposizione dei professionisti delle UVM distrettuali sono quelli per la valutazione del funzionamento e del bisogno della persona.

In presenza di caregiver familiare di una persona disabile o non autosufficiente, ulteriori strumenti di valutazione sono quelli previsti dalla Determina Regionale n.15465/2020 "Approvazione schede e strumenti tecnici per il riconoscimento e sostegno del caregiver familiare ai sensi della DGR. 2318/2019" che, attraverso una valutazione della condizione soggettiva del carico di cura e di qualità della vita del caregiver, tengono conto di fattori materiali, emotivi e relazionali.

Ulteriori aspetti procedurali di dettaglio sono contenuti nei criteri operativi tuttora in vigore, come indicato in premessa, salvo successive modifiche.

Valutazione multidimensionale

La valutazione multidimensionale viene effettuata dalla UVM Disabili distrettuale, come indicato nella normativa vigente (L. 328/00 e ss.mm.ii.). L'UVM Disabili è composta da professionisti di area sociale, sociosanitaria e sanitaria e viene integrata da operatori di aree specifiche (NPIA, CSM, cooperazione, altri enti del terzo settore) in base alle caratteristiche e bisogni della persona con disabilità.

Requisiti di accesso

Per potere essere destinatari dell'assegno di cura, in seguito alla valutazione della competente U.V.M., l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) per prestazioni socio-sanitarie agevolate, calcolato secondo quanto previsto dalla DGR 1122/02 e successive modifiche ed integrazioni, non dovrà essere superiore a 34.000,00 €.

Entità dei contributi

L'assegno di cura, nell'ambito della presente categoria di destinatari, viene valutato sulla base di due livelli, secondo quanto disposto dalla DGR 1122/2022:

- 15,49 € al giorno;
- 10,33 € al giorno qualora il progetto personalizzato predisposto preveda anche il ricorso ad altri servizi ed interventi, e si configuri, pertanto, una configurazione di carico assistenziale ridotto.

L'importo viene determinato in relazione al progetto personalizzato e al carico assistenziale, valutati in sede di UVM.

Criteri di priorità

Nell'ambito delle categorie sopra indicate, per l'erogazione dell'assegno di cura, va data priorità, anche attraverso l'utilizzo delle diverse fonti di finanziamento ad esse dedicate, a:

- disabili adulti per i quali non sia/siano già stato/i attivato/i un altro/i servizio/i;
- disabili adulti che vivono soli;
- situazioni nelle quali siano presenti, nello stesso nucleo familiare, più componenti in condizione di non autosufficienza
- programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver familiare, così come descritti all'art. 2, lettera e) del presente regolamento, con la persona assistita, qualora non siano già inserite nei percorsi di istituzionalizzazione per il Dopo di Noi.

Destinatari dell'intervento

Ricevono l'assegno di cura le famiglie che mantengono l'anziano non autosufficiente nel proprio contesto, garantendogli prestazioni socio assistenziali in forma diretta o avvalendosi per alcune attività dell'intervento di altre persone non appartenenti al nucleo familiare, nell'ambito di un complessivo programma di assistenza domiciliare, definito dall'UVM.

In presenza di caregiver familiare di una persona disabile o non autosufficiente, ulteriori strumenti di valutazione sono quelli previsti dalla Determina Regionale n.15465/2020 "Approvazione schede e strumenti tecnici per il riconoscimento e sostegno del caregiver familiare ai sensi della DGR. 2318/2019" che, attraverso una valutazione della condizione soggettiva del carico di cura e di qualità della vita del caregiver, tengono conto di fattori materiali, emotivi e relazionali.

Ulteriori aspetti procedurali di dettaglio sono contenuti nei criteri operativi tuttora in vigore, come indicato in premessa, salvo successive modifiche.

Valutazione multidimensionale e strumenti di valutazione

La condizione di non autosufficienza deve essere valutata e certificata dall'UVM in relazione ai fattori sociali, relazionali e sanitari. In ogni caso deve riferirsi a situazioni di non autosufficienza e/o decadimento psico-fisico derivanti da patologie pregresse stabilizzate.

La condizione di non autosufficienza dell'anziano deve essere valutata e certificata dall'UVM utilizzando i seguenti strumenti:

- Scheda BINA (Breve Indice di Non Autosufficienza) predisposta e adottata dalla Regione Emilia Romagna;
- Scheda sociale di valutazione della tipologia della rete e della condizione socio-familiare;
- Scheda di valutazione delle attività socio-assistenziali di rilievo sanitario (scheda dei livelli) come da DGR 2686/04, punto 7.

Requisiti di accesso

Per potere essere destinatari dell'assegno di cura, in seguito alla valutazione della competente UVM, l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) per prestazioni socio-sanitarie agevolate, calcolato secondo quanto previsto dalla normativa vigente, non dovrà essere superiore a 25.000,00 €, fatta eccezione per quanto previsto dai destinatari di cui al punto c) dell'art. 2.1.

Entità dei contributi

Gli assegni possono essere:

- **livello A** (livello elevato) 22,00 € per programmi assistenziali rivolti ad anziani che necessitano di una presenza continua nell'arco della giornata e di elevata assistenza diretta in alternativa al ricovero in struttura residenziale;
- **livello B** (livello alto) 17,00 € per programmi assistenziali rivolti ad anziani che necessitano di una presenza continua nell'arco della giornata e di assistenza diretta di livello alto;
- **livello C** (livello medio) 13,00 € per programmi assistenziali individuali che non si trovino nelle condizioni precedenti, con impegni di cura del familiare con una prevalenza di attività assistenziali di livello medio.

L'assegno di cura, riconosciuto su progetto personalizzato dell'UVM all'anziano, titolare anche di accompagnamento o indennità analoga, erogato dall'INPS, dall'INAIL o da altri, secondo i criteri di priorità di seguito esplicitati, è ridotto rispettivamente a 7,75 € per il livello A, e a 5,17 € per il livello B. Non è prevista erogazione del livello C in presenza di indennità di accompagnamento.

Criteri di priorità

Vengono assunti i seguenti criteri di priorità nell'attribuzione dell'assegno di cura:

- a) presenza di patologie oncologiche in fase terminale, certificate da MMG, ANT, medico oncologico o palliativista di Ente pubblico, per destinatari appartenenti a qualunque fascia di età, sulla base di quanto previsto nel punto 2.5;
- b) valutazione di non autosufficienza con un punteggio complessivo (BINA + Scheda sociale) maggiore o uguale a 500;
- c) a parità di valutazione, la priorità sarà attribuita al destinatario con ISEE più basso;
- d) assenza di indennità di accompagnamento o analoga provvidenza economica;
- e) grave difficoltà della rete familiare e sociale, tale per cui l'utilizzo dell'assegno di cura si configura come intervento essenziale per l'acquisizione di servizi, complementari all'assistenza dei familiari, indispensabili ai fini del mantenimento dell'anziano al domicilio. La verifica della sussistenza di questa grave difficoltà economica, sociale e assistenziale potrà determinare l'attribuzione dell'assegno di cura indipendentemente dalla presenza delle precedenti condizioni (di cui ai punti a, b, c, d) purché esso si configuri come strumento indispensabile per evitare l'istituzionalizzazione dell'anziano; in questo caso dunque l'assegno può essere erogato anche ad anziani con punteggio complessivo (BINA + scheda sociale) inferiore ai 500 punti;
- f) programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver familiare, così come descritti all'art. 2, lettera e) del presente regolamento, con la persona assistita.

2.5 ASSEGNO DI CURA PER PERSONE CON PATOLOGIE ONCOLOGICHE

Destinatari dell'intervento

Sono destinatari dell'assegno di cura le persone con patologie oncologiche in fase terminale, certificate con apposita documentazione da MMG o ANT, o da medico oncologico o palliativista di Ente pubblico.

Valutazione multidimensionale e strumenti di valutazione

In sede di UVM sarà effettuato l'accertamento della presenza di patologie oncologiche sulla base della documentazione medica prodotta. Nel caso di persona affetta da patologie di tipo oncologico, la procedura segue l'iter definito dai criteri operativi attualmente in vigore.

Requisiti di accesso

Per potere essere destinatari dell'assegno di cura oncologico, l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) per prestazioni socio-sanitarie agevolate, calcolato secondo quanto previsto dalla normativa vigente, non dovrà essere superiore a 25.000,00 €.

Entità dei contributi

L'assegno di cura per oncologici è di importo pari al livello A del target Anziani non autosufficienti di cui all'art. 2.4 (22,00 €).

ART. 3 – Procedure per l'accesso

Le segnalazioni della situazione di bisogno possono provenire da diversi professionisti che a vario titolo seguono la persona non autosufficiente o disabile e valutano l'opportunità di sostenere il progetto di intervento al domicilio; possono altresì provenire da un familiare, da un caregiver, dal destinatario stesso o dall'amministratore di sostegno, che si rivolgono allo Sportello Sociale del Comune di residenza che garantisce la presa in carico e l'invio alla UVM per la valutazione di non autosufficienza.

Tali segnalazioni devono essere indirizzate allo Sportello Sociale del Comune di residenza della persona destinataria del Progetto personalizzato, il quale attiva il Servizio Sociale Professionale del Comune di competenza. Il Responsabile del Caso avvia il percorso di prima accoglienza e la valutazione del bisogno in UVM, attraverso l'utilizzo della cartella sociosanitaria del sistema informativo in uso.

Il Responsabile del Caso è il costante riferimento per la famiglia o caregiver nella gestione complessiva della persona non autosufficiente o disabile.

Di norma, il Responsabile del Caso è un operatore sociale (Assistente Sociale o Educatore Professionale) per assicurare un approccio globale al progetto personalizzato.

La persona destinataria del progetto personalizzato con erogazione di assegno di cura deve essere residente in un Comune nell'ambito territoriale aziendale di riferimento.

Per le persone residenti nei Comuni afferenti all'ambito aziendale di riferimento con domicilio sanitario temporaneo in altro Comune, è possibile erogare l'assegno di cura purché questo sia all'interno della Regione Emilia-Romagna e sia possibile acquisire documentazione socio-sanitaria necessaria alla formulazione del progetto personalizzato attraverso la collaborazione dei servizi del territorio del domicilio sanitario temporaneo. A tale fattispecie si applicheranno i criteri stabiliti dal presente regolamento.

ART. 4 – Valutazione multidimensionale e progetto personalizzato

La normativa regionale prevede che la valutazione dei bisogni della persona e successivamente la formulazione del progetto personalizzato, anche definito dalla DGR 1206/07 "Progetto Individuale di Vita e di Cure" (PIVEC), sia affidata alle Unità di Valutazione Multidimensionale, che sono presenti in ogni ambito territoriale distrettuale e sono composte da operatori sociali e sanitari degli Enti Locali e delle Aziende USL.

Le UVM dovranno assicurare nella definizione, realizzazione, monitoraggio e valutazione del progetto personalizzato la più ampia partecipazione possibile della persona non autosufficiente o disabile e del caregiver se presente, tenendo conto dei suoi desideri, aspettative e preferenze, nell'ambito delle risorse disponibili e nel rispetto dei criteri di accesso e priorità previsti. Il progetto dovrà essere definito entro tempi utili per favorire la permanenza al domicilio.

La condizione di caregiver deve essere valutata dall'UVM utilizzando inoltre gli strumenti di valutazione previsti dalla determina regionale n.15465/2020 "Approvazione schede e strumenti tecnici per il riconoscimento e sostegno del caregiver familiare ai sensi della DGR. 2318/2019" che, attraverso una valutazione della condizione soggettiva del carico di cura e di qualità della vita del caregiver, tengono conto di fattori materiali, emotivi e relazionali.

Compiti prioritari dell'UVM sono:

- la valutazione dei bisogni sociosanitari e sanitari;
- la definizione della condizione della persona, in relazione alla tipologia di destinatario;
- la formulazione di un progetto personalizzato, che comprende gli interventi e servizi ritenuti necessari sulla base dei bisogni della persona assistita e della sua famiglia/caregiver (secondo quanto previsto dalla normativa regionale);
- qualora non individuato in precedenza, la nomina di un Responsabile del Caso definito sulla base del bisogno prevalente e del progetto formulato;

- il monitoraggio del progetto personalizzato e la sua costante verifica di adeguatezza alle esigenze sanitarie, abilitative ed assistenziali;
- l'aggiornamento del progetto personalizzato.

Il progetto personalizzato non dovrà essere inteso come il semplice elenco degli interventi e prestazioni erogate, ma dovrà essere costruito intorno ai bisogni e necessità concrete delle persone assistite e dei loro caregiver se presenti. Pertanto l'UVM propone l'attivazione dell'assegno di cura alla Unità Attività Socio-Sanitaria distrettuale (UASS), oppure al servizio competente in merito.

Il successivo contratto stipulato tra le parti a seguito della definizione del progetto personalizzato definisce gli impegni assistenziali a carico del contraente in relazione alla gravosità degli stessi.

Il Distretto, nell'ambito delle risorse economiche sociosanitarie integrate definite dalla programmazione annuale approvata dal Comitato di Distretto, verifica la sussistenza della copertura economica degli interventi programmati.

Nel caso in cui l'UVM non esprima parere favorevole rispetto all'opportunità dell'erogazione dell'assegno di cura o la valutazione non raggiunga i criteri stabiliti dal presente regolamento, ne dovrà dare comunicazione al Responsabile del Caso e successivamente verrà data comunicazione alla famiglia. Gli interessati potranno avere successivamente, in presenza di aggravamento della situazione socio-sanitaria o di modifiche della stessa, una nuova valutazione dello stato di bisogno.

ART. 5 – Contenuto e durata del contratto

Il contratto viene stipulato sulla base del progetto personalizzato elaborato dall'UVM. La concessione dell'assegno di cura è conseguente alla firma del contratto e decorre di norma dal primo giorno del mese successivo alla data di valutazione dell'UVM e viene erogato con cadenze differenziate per i target riportati nell'Art. 2.

In caso di decesso della persona non autosufficiente o disabile, viene corrisposto il contributo giornaliero fino all'ultimo giorno di permanenza in vita.

Nel contratto devono essere indicati:

- il progetto personalizzato e gli obiettivi da perseguire. L'erogazione può essere modulata sulla base di altri servizi inclusi nel progetto personalizzato; deve inoltre essere ancorata a un bisogno di sostegno inteso come assistenza personale;
- le attività assistenziali che il contraente, ossia la famiglia, il caregiver e/o i soggetti indicati al precedente Art. 2, si impegnano ad assicurare;
- la durata del contratto, che di norma non può essere inferiore a sei mesi, elevato di norma a dodici mesi per i destinatari di cui al punto 2.1 in assenza di altri servizi;
- le modalità ed i tempi della verifica;
- l'entità dell'assegno di cura;
- le modalità di erogazione;

- altri impegni da parte del contraente che si assume la responsabilità del contratto.

Tra questi impegni vanno esplicitati in particolare quelli relativi:

- alla tempestiva comunicazione dell'eventuale corresponsione dell'indennità di accompagnamento;
- alla tempestiva presentazione/variazione dell'ISEE in corso di validità e privo di difformità;
- alla partecipazione a momenti di sostegno e/o aggiornamento per i familiari/caregiver organizzati dal sistema locale dei servizi socio-sanitari;
- alla tempestiva comunicazione di un eventuale ricovero (in struttura ospedaliera o in struttura sociosanitaria, accreditata o non, per inserimenti definitivi o temporanei) o della variazione del progetto assistenziale individualizzato del destinatario;
- alla tempestiva comunicazione dell'eventuale decesso del destinatario.

Inoltre, nel caso in cui il progetto personalizzato preveda anche il ricorso ad assistenti familiari, il contraente che si assume la responsabilità del contratto assistenziale si impegna:

- ad attestare la sottoscrizione di regolare contratto con l'assistente familiare, anche per eventuali sostituzioni;
- a favorire la partecipazione dell'assistente familiare alle iniziative di aggiornamento e formazione organizzate dal sistema locale dei servizi socio-sanitari e della formazione professionale.

ART. 6 – Verifica del contratto in essere

Il Responsabile del Caso nell'ambito delle sue funzioni:

- provvede a controllare che vengano rispettati gli impegni definiti dal contratto di erogazione dell'assegno di cura;
- segnala tempestivamente alla UVM eventuali variazioni delle condizioni di bisogno;
- è il riferimento per tutte le segnalazioni di cui all'articolo precedente.

Nel caso di inadempienze rispetto agli impegni assunti dal contraente, di cui al precedente Art. 5, il Responsabile del Caso si attiva tempestivamente per la revisione del piano personalizzato o, nei casi previsti al successivo Art. 9, per una eventuale revoca del contributo.

ART. 7 – Rinnovo del contratto

Se l'assegno di cura è valutato essere strumento adeguato e necessario per sostenere il lavoro assistenziale dei familiari, dei caregiver e/o dei soggetti indicati nel precedente Art. 2, può essere rinnovato per garantire continuità nell'erogazione.

L'eventuale rinnovo del contratto può essere proposto dal Responsabile del Caso all'UVM sulla base della valutazione del progetto personalizzato e dell'opportunità di proseguimento dell'intervento.

Successivamente, il Responsabile del Caso/UVM propone il rinnovo del contratto alla Unità Attività Socio-Sanitaria distrettuale (UASS) laddove presente, oppure al servizio competente in merito, per la richiesta di autorizzazione della proroga dell'erogazione del contributo economico.

Entro la scadenza del contratto, è necessario rivalutare la situazione, aggiornare eventualmente la valutazione multidimensionale ed adeguare il progetto personalizzato.

In ogni caso devono essere assicurati un monitoraggio ed una verifica, anche domiciliare, da parte del Responsabile del Caso e, se necessario, può essere attivata una rivalutazione complessiva del caso con una riformulazione del progetto personalizzato e con la contestuale sottoscrizione di un nuovo contratto.

Per le situazioni tendenzialmente stabilizzate, i rinnovi hanno validità di norma non inferiori a sei mesi, elevato di norma a dodici mesi per i destinatari di cui al punto 2.1 in assenza di altri servizi.

ART. 8 – Rimodulazione/Sospensione/Revoca dell'assegno di cura

L'assegno di cura viene **rimodulato**:

- in caso di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento successiva all'avvio del progetto personalizzato;
- in caso di modifica del progetto personalizzato.

L'assegno di cura viene **sospeso**:

- in caso di inserimento temporaneo in struttura residenziale accreditata o privata, a partire dal giorno di ingresso;
- in caso di ricovero ospedaliero superiore a 7 giorni per anziani e 15 giorni per i disabili.

L'assegno di cura viene **revocato** qualora:

- sia accertato il non rispetto da parte del contraente degli impegni contrattuali, con particolare attenzione al rispetto degli impegni definiti nel piano assistenziale individualizzato;

- si modifichino le condizioni economiche in relazione ai limiti di reddito previsti dalla normativa vigente;
- la persona non autosufficiente o disabile sia inserita in modo definitivo in struttura residenziale accreditata o privata, a partire dal giorno dell'ingresso;
- la persona non autosufficiente o disabile acquisisca la residenza anagrafica in ambito extra aziendale.

Con particolare riferimento ai cittadini stranieri extracomunitari si fa richiamo a quanto già indicato nell'Art.1.

Il recupero di quanto non dovuto da parte del destinatario può avvenire anche mediante la temporanea interruzione del pagamento in essere per il tempo necessario a recuperare la somma già erogata, secondo quanto indicato nell'Art. 10.

ART. 9 – Contributo aggiuntivo per favorire l'emersione e la regolarizzazione del lavoro delle Assistenti Familiari

Allo scopo di favorire il processo di regolarizzazione delle assistenti familiari in possesso dei necessari requisiti, la normativa della Regione Emilia-Romagna prevede un contributo aggiuntivo all'Assegno di cura il cui importo, pari a 160,00 € mensili a prescindere dal livello dell'assegno, è destinato a persone non autosufficienti o disabili che:

- si avvalgono della collaborazione di assistenti familiari con un regolare contratto di assunzione per almeno, di norma, 20 ore settimanali;
- siano in possesso di un ISEE corrispondente ai limiti fissati dalla normativa regionale per ciascuna tipologia di assegno di cura, fatta eccezione per persone anziane non autosufficienti per le quali il contributo aggiuntivo viene erogato al di sotto di una soglia ISEE pari a 20.000 €. Tali limiti di reddito saranno automaticamente modificati/rivalutati a seguito di specifiche indicazioni della Giunta Regionale o del competente Servizio della Regione Emilia-Romagna.

Il contraente deve assicurare ogni richiesta di verifica da parte del Responsabile del Caso.

Il contraente, per usufruire del contributo aggiuntivo, deve presentare specifica richiesta corredata dalla documentazione idonea a verificare le condizioni di ammissibilità al contributo stesso.

Il Responsabile del Caso valuterà la congruità degli interventi che il contraente si impegna ad assicurare, congiuntamente all'impegno orario indicato nel contratto dell'assistente familiare, in relazione ai bisogni dell'utente evidenziati nel progetto personalizzato.

Dovranno essere esclusi dall'applicazione di questo contributo gli apporti delle assistenti familiari inferiori alle 20 ore settimanali. Il livello di contratto deve essere:

- DS “assistenti con qualifica professionale (OSS)”;
- CS “assistenti senza qualifica professionale”.

Il contributo aggiuntivo può essere riconosciuto in caso di rapporto contrattuale diretto individuale con l’assistente familiare, sia in caso di rapporti con soggetti terzi che forniscono personale per l’assistenza familiare rilasciando regolare fattura.

Nel caso di contratto diretto tra il contraente e l’assistente familiare, la verifica della regolare contrattualizzazione avviene tramite presentazione al Responsabile del Caso della copia della comunicazione obbligatoria della avvenuta assunzione presentata per via telematica all’INPS dal datore di lavoro.

Nel caso il rapporto di lavoro non sia tra la famiglia e l’assistente familiare ma tra la famiglia e un soggetto imprenditoriale terzo, ai fini della concessione del contributo occorre produrre:

- a) copia della fattura;
- b) dichiarazione della impresa che assicura il servizio, attestante:
 - l’entità oraria degli interventi di assistenza e la destinazione degli stessi a favore della persona non autosufficiente destinatari dell’Assegno di cura;
 - la regolare contrattualizzazione degli assistenti.

Il contributo viene concesso a fronte di presentazione al Responsabile del Caso della documentazione attestante il regolare contratto. La parte amministrativa delle Aziende USL procederà successivamente con verifica periodica dell’effettiva contribuzione previdenziale nei confronti dell’assistente familiare. Tale verifica dovrà essere rifatta ad ogni successivo rinnovo.

Ulteriori aspetti procedurali di dettaglio sono contenuti nei criteri operativi tuttora in vigore, come indicato in premessa, salvo successive modifiche.

L’erogazione del contributo aggiuntivo sarà conseguente alla firma del contratto e decorre di norma dal primo giorno del mese successivo alla valutazione dell’UVM.

La liquidazione del contributo aggiuntivo seguirà quella dell’assegno di cura. La scadenza dell’erogazione del contributo aggiuntivo non può essere superiore alla scadenza del contratto dell’assegno di cura.

Verranno effettuate, anche in collaborazione con le Agenzie operanti sul territorio tra cui INPS, verifiche periodiche sulla sussistenza dei requisiti previsti per l’erogazione del contributo aggiuntivo.

Il contributo economico aggiuntivo viene:

- **revocato** qualora ricorrano le ipotesi previste **all’Art. 8** oppure qualora non siano più presenti le condizioni reddituali o di utilizzo delle prestazioni dell’assistente familiare;
- **sospeso** nei casi previsti **all’Art. 8** qualora si verifichi una interruzione del contratto di assunzione dell’assistente familiare.

ART. 10 – Percorsi amministrativi

10.1 Percorso amministrativo Azienda USL di Bologna

In seguito alla valutazione positiva da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) dedicata, l'operatore amministrativo dell'Azienda USL di Bologna elabora la parte di propria competenza, predispone il contratto e lo invia, per la sottoscrizione, all'articolazione territoriale di competenza.

Il contratto, una volta sottoscritto da tutte le parti, viene restituito all'Ufficio Amministrativo dell'Azienda USL di Bologna che avviano le procedure di pagamento.

I pagamenti, pubblicati in forma anonima sui siti internet aziendali, avvengono con le scadenze definite all'Art.2.

I pagamenti saranno approvati e liquidati in modalità semplificata ai sensi di quanto previsto dal provvedimento della Direzione Generale dell'Azienda USL di Bologna in materia di deleghe.

Ai fini del rispetto di quanto previsto in materia di osservanza dei tempi procedurali stabiliti dal decreto L.gs. 33/2012, i contratti/accordi di nuova attivazione e/o i rinnovi dovranno pervenire agli uffici amministrativi entro il termine perentorio fissato dalla singola procedura di liquidazione.

Nei casi ove, per sostenere il progetto, si rendesse necessario il rinnovo, il Responsabile del Caso provvederà all'aggiornamento della pratica nel sistema informatico di riferimento e controllo dell'ISEE.

L'Ufficio amministrativo dell'Azienda USL di Bologna provvede altresì all'invio al Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza delle informazioni relative ai dati anagrafici del referente delegato all'incasso, ai codici bancari, all'importo dell'assegno e al nominativo dell'utente, mediante supporto informatico, richiesta di emissione di mandato di pagamento.

La concessione dell'assegno di cura è conseguente alla firma del contratto e decorre di norma dal primo giorno del mese successivo alla data di valutazione dell'UVM.

L'Ufficio amministrativo dell'Azienda USL di Bologna effettua i conteggi per la definizione degli importi dovuti. Per quanto riguarda persone anziane non autosufficienti, qualora vi sia stata verifica con esito positivo per l'Indennità di Accompagnamento si provvede al recupero delle somme erogate in eccedenza, così come previsto dalla normativa regionale, predisponendo una comunicazione per l'utente.

Il recupero di quanto non dovuto da parte del destinatario avviene mediante la temporanea interruzione del pagamento in essere per il tempo necessario a recuperare la somma già erogata. Se l'assegno non è più attivo, il recupero avviene attraverso opportuno versamento da parte del destinatario presso l'ente tesoriere dell'AUSL, nel rispetto del Regolamento sul recupero crediti aziendale.

Il recupero può essere effettuato con modalità che prevedono:

- restituzione in un'unica soluzione della cifra dovuta;

- rateizzazione della precedente, in tempi e modi concordati, se il contratto non è più attivo.

È comunque previsto il completo recupero della cifra dovuta di norma entro 12 mesi dalla comunicazione del percepimento dell'indennità.

10.2 Percorso amministrativo territorio di Imola

In seguito alla valutazione positiva da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) dedicata, l'operatore amministrativo dell'Asp, effettuate le necessarie verifiche amministrative, predispose il contratto e contatta l'interessato per la sottoscrizione.

L'assegno di cura avrà decorrenza di norma dal primo giorno del mese successivo alla firma del contratto. Parimenti il contributo aggiuntivo di cui al precedente articolo 9 avrà decorrenza dal mese successivo alla sottoscrizione dell'integrazione contrattuale, ove non sia stato contemplato in sede di attivazione del contratto principale.

L'Ufficio amministrativo dell'Asp effettua i conteggi per la definizione degli importi dovuti.

I pagamenti verranno effettuati dall'Asp alle scadenze definite all'Art.2 / Allegato 1. previa adozione di apposito atto di liquidazione da parte del Responsabile Settore Finanziario e Amministrativo dell'Asp. L'atto di liquidazione sarà pubblicato a norma del D.Lgs 33/2013 nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito Asp.

Il dettaglio degli importi liquidati a favore dei beneficiari viene trasmesso con cadenza bimestrale dall'Asp all'AUSL al fine di ottenere il riversamento delle relative quote di FRNA/FNA.

Qualora nel corso del contratto sia riconosciuta l'indennità di accompagnamento a favore dell'anziano assistito, l'ammontare dell'assegno di cura viene ridefinito d'ufficio negli importi di cui al precedente art. 2.4 senza che ciò comporti una sottoscrizione di un nuovo contratto.

Nel caso a seguito di verifiche amministrative risulti che siano state corrisposte eventuali somme non dovute a favore del beneficiario dell'assegno il recupero avviene mediante la temporanea interruzione del pagamento in essere per il tempo necessario a rientrare della somma già erogata. Se l'assegno non è più attivo, il recupero avviene attraverso opportuno versamento da parte del destinatario a favore dell'Asp.

In quest'ultimo caso il recupero può essere effettuato con modalità che prevedono:

- restituzione in un'unica soluzione della cifra dovuta;
- rateizzazione su richiesta del debitore con tempi e modi da definirsi nel rispetto del Regolamento sul recupero crediti

È comunque previsto il completo recupero della cifra dovuta di norma entro 12 mesi dalla comunicazione del percepimento dell'indennità.

Le cifre recuperate con versamento specifico vengono riversate periodicamente dall'Asp all'AUSL.

Nel caso di rinnovo del contratto, ai sensi del precedente articolo 7, l'Ufficio Amministrativo di Asp provvede all'aggiornamento della pratica nel sistema informatico di riferimento, al controllo dell'ISEE. In caso di rinnovo del contratto che non modifichi il piano assistenziale, l'Ufficio Amministrativo di Asp può provvedere ad una semplice comunicazione di proroga a favore del beneficiario, in luogo della sottoscrizione di un nuovo contratto.

ART. 11 – Sistema Informativo socio-sanitario e flussi Informativi

La gestione dell'assegno di cura si colloca nell'ambito del complessivo Progetto GARSIA individuato dalla CTSSM quale sistema operativo informatizzato dell'area socio-sanitaria. Attraverso il Sistema operativo GARSIA i Distretti alimenteranno in modo automatico i flussi informativi aziendali volti alla automatica implementazione del Sistema Informativo Socio-sanitario Regionale (Flusso SMAC) e del Cruscotto metropolitano e aziendale di rilevazione, monitoraggio e verifica della programmazione socio-sanitaria.

Annualmente sarà effettuato, a livello aziendale ed in raccordo con il territorio imolese, un monitoraggio quantitativo allo scopo di effettuare la ricostruzione dell'andamento complessivo degli assegni cura sull'area metropolitana. Il monitoraggio annuale sarà condiviso in sede di Ufficio di Supporto e di CTSSM.

La Direzione delle Attività Socio-Sanitarie (DASS), in collaborazione con i Distretti e gli UdP, effettuerà la necessaria attività formativa/informativa ai professionisti coinvolti sui contenuti del presente regolamento a garanzia della omogeneità di interpretazione e applicazione.

ART. 12 – Trattamento dei dati personali

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 26 del Regolamento (UE) 2016/679 (di seguito "GDPR" o "Regolamento UE") quando due o più soggetti titolari del trattamento dei dati personali condividono le finalità e le modalità del trattamento stesso, sono qualificati come Contitolari del trattamento.

Ai fini dell'applicazione del Regolamento UE per quanto concerne le attività socio-sanitarie oggetto del presente Regolamento le parti danno reciprocamente atto che l'Azienda USL di Bologna/Azienda USL di Imola e gli Enti coinvolti (indicare l'Ente: Asp, Asc, Unione dei Comuni, ecc.) sono Contitolari del trattamento e convengono che il rapporto di Contitolarità sia regolato da uno specifico atto giuridico denominato "Accordo di Contitolarità", dagli stessi sottoscritto.

I Contitolari convengono che siano applicate le Istruzioni del Trattamento Dati e le indicazioni sulla procedura del Data-Breach definite dall'AUSL di Bologna/Azienda USL di Imola.

In particolare, sono tenuti:

- ad adottare opportune misure atte al rispetto dei requisiti del trattamento dei dati personali previste dall'art. 5 del GDPR;

- ad adottare le misure di sicurezza previste dall'art. 32 del GDPR, eventualmente indicate dal Titolare del trattamento, dal Garante per la protezione dei dati personali e/o dal Comitato Europeo con propria circolare, risoluzione o qualsivoglia altro provvedimento eventualmente diversamente denominato;
- ad autorizzare i soggetti che procedono al trattamento, ai sensi e con le modalità di cui all'art. 29 del GDPR, secondo la procedura interna del medesimo e, comunque, impegnando i medesimi soggetti autorizzati che non siano eventualmente tenuti al segreto professionale affinché rispettino lo stesso livello di riservatezza e segretezza;
- a soddisfare l'obbligo di dare seguito alle richieste per l'esercizio dei diritti di cui Capo III del GDPR, ai sensi dell'art. 28, comma 1, lett. e) del GDPR;
- ad attenersi scrupolosamente a tutte indicazioni di cui alle procedure approvate dalle Aziende USL firmatarie del presente Regolamento:
<https://www.ausl.bologna.it/privacy>
<https://www.ausl.imola.bo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/7322>

Ai fini della responsabilità civile si applicano le norme di cui all'articolo 82 del GDPR. Resta fermo che, anche successivamente alla cessazione o alla revoca del presente accordo, si dovrà mantenere la massima riservatezza sui dati e le informazioni delle quali sia venuto a conoscenza nell'adempimento delle obbligazioni.

Per quanto non espressamente previsto nel presente articolo, si rinvia alle disposizioni generali vigenti in materia di protezione di dati personali, nonché agli specifici accordi di Contitolarità, come sopra richiamato.

ART. 13 – Validità del Regolamento

Il presente Regolamento entra in vigore dal _____.

ART. 14 – Norme transitorie e finali

Per tutto quanto non espressamente previsto dal presente Regolamento si fa riferimento alle Deliberazioni di Giunta Regionale n.1377/1999 e ss. mm ed int., n.2686/2004 e n.r. 1206/2007 ed ai successivi criteri operativi.

ALL.1 ALLEGATO ECONOMICO

Tenuto conto dei percorsi e delle finalità di cui agli articoli precedenti, si riassumono di seguito gli importi ed i vincoli degli interventi economici ad oggi previsti per i destinatari indicati:

a) Assegni di cura

DESTINATARI	TIPOLOGIA DI DESTINARARI	IMPORTI E MODALITÀ DI EROGAZIONE	CRITERI
Art. 2.1 PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITÀ (DGR 130/2021)	Persone di cui alle lettere a), b), d), e), i) della classificazione di gravissima disabilità (Art. 2.1)	Assegno di cura di cui alla DGR 2068/04, successive modifiche ed integrazioni (DGR 1732/14) pari a: 23,00 € al giorno o 45,00 € al giorno.	Non sono previste limitazioni legate a specifiche fasce di età o cause di insorgenza della disabilità, né distinzioni tra disabilità congenita o acquisita. Come indicato dalla DGR 2308/2016, <u>NON è previsto alcun criterio ISEE per l'erogazione degli assegni di cura.</u>
	Persone anziane valutate dalle UVG che rientrano nella classificazione nazionale di gravissima disabilità, con particolare riferimento alle persone con grave o gravissimo stato di demenza di cui alla lettera c) della classificazione nazionale (Art. 2.1)	Livelli più alti (A e B) dell'assegno di cura per anziani di cui alla DGR 159/09, pari a: Livello A: 22,00 € o 7,75 € al giorno Livello B: 17,00 € o 5,17 € al giorno In assenza di altri servizi della rete socio-sanitaria, l'entità del contributo NON può essere inferiore a 400,00 € mensili per 12 mensilità.	Per persone anziane valutate dalle UVG che rientrano nella classificazione nazionale di gravissima disabilità con grave o gravissimo stato di demenza di cui alla lettera c) viene previsto, in deroga a quanto indicato dalla DGR 2308/2016, un valore massimo ISEE pari a 50.000 €. L'ISEE da utilizzare è quello per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria, con durata massima di 12 mesi. L'ISEE dovrà essere in corso di validità e privo di difformità.
	Persone di cui alle lettere f), g), h) della classificazione nazionale di gravissima disabilità (Art. 2.1)	Assegno di cura pari a: 15,49 € al giorno o 10,33 € al giorno (sulla base dei criteri previsti dalla DGR 1122/02 e tenendo conto della presenza, nel progetto personalizzato, di eventuali interventi di assistenza domiciliare socio-assistenziale o socio-educativa o di altri servizi equivalenti, quali in particolare la frequenza del centro diurno o altri servizi educativi).	In seguito alla valutazione UVM, l'utilizzo dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) del beneficiario delle cure, sulla base di quanto previsto dalla DGR 130/2021, viene previsto, in deroga a quanto indicato dalla DGR 2308/2016, un valore massimo di ISEE pari a 50.000 €, accresciuti a 65.000 in caso di beneficiari minorenni*. (*Nel caso di minori, verificare i criteri di priorità previsti dalla DGR 2299/2022)

<p>Art. 2.2 PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITÀ ACQUISITA (DGR 2068/04)</p>		<p>Assegno di cura di cui alla DGR 2068/04, successive modifiche ed integrazioni (DGR 1732/14) pari a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 23,00 € al giorno (Livello base); - 45,00 € al giorno (persone con gravissima disabilità assistite al domicilio, che manifestano bisogni di assistenza di particolare intensità nell'arco delle 24 ore, come declinati nella Determina DGSPS della Regione Emilia Romagna n. 15894 del 14/12/2012 e ss.mm.ii). 	<p>Come indicato dalla DGR 2308/2016, <u>NON è previsto alcun criterio ISEE per l'erogazione degli assegni di cura</u> di cui alla DGR 2068/04 e ss.mm.ii.</p>
<p>Art. 2.3 PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE (DGR 1122/02)</p>		<p>Assegno di cura pari a: 15,49 € al giorno o 10,33 € al giorno (sulla base dei criteri previsti dalla DGR 1122/02)</p>	<p>In seguito alla valutazione della UVM competente, l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) per prestazioni socio-sanitarie agevolate, calcolato secondo quanto previsto dalla DGR 1122/02 e successive modifiche ed integrazioni, non dovrà essere superiore a 34.000,00 €.</p>
<p>Art. 2.4 PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI (DGR 1377/99)</p>		<p>Assegno di cura pari a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Livello A (elevato): 22,00 € al giorno (o 7,75 € se titolare di indennità di accompagnamento o indennità analoga); - Livello B (alto): 17,00 € al giorno (o 5,17 € se titolare di indennità di accompagnamento o indennità analoga) - livello C (medio): 13,00 € al giorno (Non è prevista erogazione del livello C in presenza di indennità di accompagnamento). <p>(Livelli più alti (A e B) dell'assegno di cura per anziani di cui alla DGR 159/09)</p>	<p>A seguito della valutazione della UVM competente, l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) per prestazioni socio-sanitarie agevolate, calcolato secondo quanto previsto dalla normativa vigente, non dovrà essere superiore a 25.000,00 €, fatta eccezione per quanto previsto dai destinatari di cui al punto c) dell'Art. 2.1.</p>
<p>Art. 2.5 PERSONE CON PATOLOGIE ONCOLOGICHE</p>		<p>L'assegno di cura per oncologici è di importo pari al livello A del target Anziani non autosufficienti di cui all'art. 2.4: 22,00 € al giorno.</p>	<p>Per potere essere destinatari dell'assegno di cura oncologico, l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) per prestazioni socio-sanitarie agevolate, calcolato secondo quanto previsto dalla normativa vigente, non dovrà essere superiore a 25.000,00 €.</p>

b) **Contributo Aggiuntivo per la Regolarizzazione delle Assistenti Familiari**

DESTINATARI	IMPORTI	VINCOLI
* Vedere tabella precedente	Il Contributo economico aggiuntivo concesso ai beneficiari dell'Assegno di cura in possesso dei requisiti indicati nel Regolamento pari a 160,00 € mensili .	Il contributo aggiuntivo è destinato a persone non autosufficienti o disabili che: - si avvalgono della collaborazione di assistenti familiari con un regolare contratto di assunzione per almeno, di norma, 20 ore settimanali ; - siano in possesso di un ISEE corrispondente ai limiti fissati dalla normativa regionale per ciascuna tipologia di assegno di cura, fatta eccezione per persone anziane non autosufficienti per le quali il contributo aggiuntivo viene erogato al di sotto di una soglia ISEE pari a 20.000 € .