

sistema regionale si è organizzato in "Unità spinali in rete".

Con La DGR n. 138 dell'11/02/2008 "Linee Guida per l'organizzazione della rete regionale per la riabilitazione delle gravi disabilità neuromotorie in età evolutiva dell'Emilia Romagna" viene definita l'organizzazione della rete regionale per la riabilitazione delle Gravi Disabilità Neuromotorie in Età Evolutiva (fino ai 18 anni) che fa riferimento, quale Centro Hub, all'Unità di riabilitazione delle gravi disabilità dell'età evolutiva (UDGE) dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, e ha come porte d'accesso a livello distrettuale le Unità operative di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. A tali équipe distrettuali compete offrire e/o acquisire le necessarie prestazioni riabilitative garantendo l'univocità della presa in carico, attraverso la condivisione in équipe multiprofessionale della progettazione dell'intervento riabilitativo ed i necessari collegamenti funzionali.

Nel corso del 2008 si è istituito, con DGR 138/08, un nuovo Centro regionale di riferimento per neuroriabilitazione dell'età evolutiva per assistenza sanitaria programmata all'estero in Centri di altissima specializzazione.

Sono inoltre state valutate e predisposte 51 autorizzazioni regionali per assistenza sanitaria all'estero.

Sono stati organizzati incontri formativi per area vasta sul nuovo programma ministeriale TECAS relativo ai trasferimenti all'estero per prestazioni sanitarie presso Centri di altissima specializzazione, e si è provveduto a fare la convalidazione semestrale regionale dei dati inseriti in detto programma

È attivo un Gruppo tecnico regionale per le malattie rare. Nel corso del 2008 il Gruppo ha analizzato 178 richieste, predisponendo un parere in merito all'autorizzazione all'erogazione di farmaci extra LEA in esenzione alla partecipazione al costo.

Con la collaborazione del Servizio Sviluppo di Applicazioni Informatiche si mantiene costantemente aggiornato il motore di ricerca per le malattie rare, disponibile sul sito www.saluter.it/malattierare dal febbraio del 2006, strumento utile per il cittadino ma anche per il MMG e per il PLS nella ricerca dei centri autorizzati per ogni malattia rara.

REGIONE LOMBARDIA

Si registrano i seguenti provvedimenti predisposti dall'Amministrazione regionale: per l'anno 2007 Determinazione in ordine all'assistenza di persone in stato vegetativo nelle strutture di competenza della Direzione Famiglia e solidarietà sociale (finanziamenti a carico del FSR (Delibera 6220 del 19 dicembre 2007, in riferimento all'art. 7 della L.104/92); per l'anno 2008 Determinazione in ordine al miglioramento quali-quantitativo dell'assistenza garantita a persone affette da SLA e a persone che si trovano nella fase terminale della vita, con particolare attenzione alla terapia del dolore ed alla cura palliativa a favore di pazienti oncologici (Delibera 7915 del 6 agosto 2008).

REGIONE MARCHE

Nell'anno 2008 la Regione Marche ha approvato le Linee guida per la valutazione integrata del disabile in condizioni di handicap ai sensi della Legge 104/92 (Delibera 1839 del 15 dicembre 2008). Si segnala altresì nello stesso anno il Progetto sperimentale per l'assistenza sanitaria a pazienti con autismo in età adolescenziale e adulta – integrazione e modifica del progetto "L'autismo nelle Marche: verso un progetto di vita" di cui alla DGR 1891/2002 e 1485/2004 (Delibera 1903 del 22 dicembre 2008).

REGIONE MOLISE

Sul versante del sostegno infermieristico/riabilitativo al portatore di handicap viene garantita la possibilità di poter usufruire del servizio anche a domicilio in particolare anche per le persone più anziane. Entrambi gli interventi si possono realizzare attraverso la collaborazione tra il Comune o il Distretto Sociale con l'Asl.

REGIONE PIEMONTE

Le politiche per la salute messe in atto con il piano socio-sanitario si pongono l'obiettivo di assicurare alle persone con disabilità e alle loro famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sanitari, socio-assistenziali, educativi, scolastici, formativi, per il diritto al lavoro, per la mobilità e la fruibilità ambientale; di promuovere interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza; di prevenire, eliminare o ridurre i fattori che determinano le disabilità, le condizioni di bisogno e di disagio individuale e familiare derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia.

Gli interventi di prevenzione, diagnosi precoce, cura e riabilitazione debbono rispondere a questi fondamentali principi, nel quadro di una nuova cultura della disabilità basata sul concetto di "diversità come normalità della condizione umana" e sul valore positivo della diversità. Il piano socio-sanitario individua, tra le strategie generali di sviluppo, l'attivazione in tutti i distretti socio-sanitari di équipes multidisciplinari-multiprofessionali integrate, per la presa in carico delle persone con disabilità, con i seguenti obiettivi:

- accertare la condizione di disabilità;
- valutare il bisogno globale e la domanda di salute;
- stabilire le prestazioni assistenziali/economiche di diritto (comprendendovi tutta l'offerta di prestazioni, anche non strettamente sanitaria o socio-assistenziale messa in atto a livello locale);
- individuare ed attivare gli interventi necessari per l'integrazione scolastica, lavorativa e per l'autonomia personale, inclusa la fornitura dei necessari ausili tecnici;
- proporre e condividere, coinvolgendo la persona interessata o chi la rappresenta, con i servizi territoriali, il progetto individuale e ne valutino l'efficacia.

In materia di ipovisione, con DGR n. 37-624 del 31/7/2000 la Regione ha recepito le indicazioni contenute nella L. 284/97 "Disposizioni per la prevenzione della cecità e per la riabilitazione visiva e l'integrazione sociale e lavorativa dei ciechi pluriminorati" che all'art.2 prevede a carico delle Regioni la realizzazione di iniziative di prevenzione della cecità e di realizzazione di centri per la riabilitazione visiva".

Le deliberazioni regionali n.37-624 del 31/7/2000 e n.58-15266 del 30/3/2005 hanno individuato funzioni sovrazionali, conferite alle Aziende Sanitarie TO 1, TO 4, Asl VC, Asl CN 1, e all'ASO di Alessandria, atte a garantire attività di diagnosi e cura per la prevenzione della cecità.

Il Ministero stanZIA annualmente un finanziamento di circa €.190.000,00 che viene integrato da un finanziamento regionale ripartito tra i 5 centri.

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Le linee di intervento della Provincia Autonoma di Trento in ambito salute, come delineate nel disegno di legge Piano provinciale per la salute di cittadini per la XIII

legislatura, approvate dalla Giunta provinciale con deliberazione n. 1748 di data 11/07/2008, sono in sintesi le seguenti:

- miglioramento dell'efficacia e qualificazione dell'assistenza per le persone non autosufficienti (anziani e disabili) mediante una forte integrazione dei servizi sanitari e sociali, l'inserimento delle RSA nella rete di strutture e servizi del Servizio sanitario provinciale; impulso al coordinamento multiprofessionale e multidisciplinare per l'analisi di tutti gli aspetti del bisogno della persona ai fini dell'elaborazione di un programma individualizzato di riabilitazione;
- per le persone con handicap, perfezionamento della conoscenza del fenomeno (anagrafe handicap), potenziamento dell'intervento sui fattori di rischio (momento concezionale e della nascita, interventi lesivi, invecchiamento); miglioramento del momento della riabilitazione, che deve rispondere ai requisiti di tempestività, personalizzazione, prioritarizzazione dei bisogni e costanza del trattamento; garanzia di un elevato standard di disponibilità e di fruizione dell'assistenza protesica;
- semplificazione delle procedure e dei percorsi assistenziali e miglioramento dell'informazione;
- per la malattia mentale, proseguimento e potenziamento della residenzialità protetta; presa in carico complessiva della persona mediante modalità organizzative multidisciplinari e intersettoriali secondo il modello dipartimentale;
- per le malattie rare, potenziamento della collaborazione interregionale (mediante l'accordo di area vasta, e il relativo Gruppo tecnico interregionale permanente, tra Veneto, Friuli V.G. Province di Trento e Bolzano), che individui, in modo omogeneo nell'area di riferimento, i presidi specialistici, gli approcci assistenziali, i benefici o terapie aggiuntive per specifiche malattie rare, gli interventi di formazione e aggiornamento professionale degli operatori sanitari.

Con deliberazione n. 1217 del 16 maggio 2008 sono state approvate le direttive concernenti le procedure per l'erogazione dell'assistenza protesica e ridefinite le prestazioni aggiuntive provinciali.

Mediante un apposito gruppo di lavoro, si è proceduto a un riordino generale della materia dell'assistenza protesica, sia per quanto riguarda la razionalizzazione e lo snellimento delle procedure in generale, sia per la definizione del livello aggiuntivo di assistenza protesica provinciale, che non era tassativamente definito nella tipologia di forniture ammissibili, e non adeguatamente disciplinato riguardo alle procedure di erogazione. A tal fine è stato stilato l'elenco di prestazioni aggiuntive (protesi e ausili), di carattere sanitario o socio-sanitario, comprendendo anche la possibilità di fornitura di apparecchiature ospedaliere a domicilio qualora necessarie per consentire la deospedalizzazione. È stata inoltre costituita una apposita commissione medica presso l'Azienda sanitaria competente alla valutazione e ammissione delle specifiche richieste.

Nel corso del 2008 è stato avviato il processo di accreditamento istituzionale delle Residenze Sanitarie Assistenziali e delle strutture residenziali e semiresidenziali di riabilitazione, con l'effettuazione delle relative verifiche della sussistenza dei requisiti per l'accREDITamento (approvati con deliberazione della Giunta provinciale n. 426 del 2 marzo 2007), a garanzia del miglioramento continuo del livello di qualità e professionalità che le strutture devono essere in grado di assicurare a pazienti in condizioni di particolare fragilità.

Con deliberazione n. 2831 del 31 ottobre 2008 sono stati introdotti nuovi indirizzi per la valutazione dello stato di invalidità civile nei riguardi dei soggetti ultrasessantacinquenni affetti da demenza. Le nuove modalità di valutazione hanno consentito un ampliamento

del numero dei beneficiari dell'assegno di accompagnamento, con equo riconoscimento delle necessità di assistenza continua determinate dalla patologia psichica.

Riguardo alla semplificazione burocratica del percorso di accertamento e certificazione della disabilità, la Provincia è intervenuta con la legge provinciale 15 novembre 2007, n. 19, che, all'articolo 6, ha previsto l'abolizione delle visite, sia per l'accertamento della permanenza di determinate condizioni di disabilità, sia per il primo accertamento in caso di persone in regime di ADI-cure palliative. Inoltre ha abolito, per determinati casi, l'obbligo della visita medico-legale finalizzata al rilascio del contrassegno per la sosta dei veicoli ad uso di invalidi.

Inoltre, sempre riguardo alla valutazione delle condizioni di disabilità, la Provincia di Trento, con deliberazione n. 1654 del 30 giugno 2008, ha aderito alla sperimentazione applicativa del progetto del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, denominato "Protocolli di valutazione della disabilità basati sul modello e sulla struttura classificatoria internazionale Icf".

È stato implementato il processo di estensione sul territorio provinciale della modalità assistenziale "Assistenza domiciliare integrata - cure palliative", in attuazione degli obiettivi annuali assegnati dalla provincia all'Azienda provinciale per i servizi sanitari per gli anni 2007 e 2008.

Sempre nell'ambito dell'assistenza ai pazienti terminali è stata programmata la distribuzione sul territorio degli *Hospice* mediante la deliberazione della Giunta provinciale n. 2578 del 23 novembre 2007 di "Approvazione del programma per la realizzazione delle cure palliative in provincia di Trento".

Nel capo delle malattie rare con deliberazione n. 1244 del 15 giugno 2007 la Giunta provinciale ha deliberato l'adesione della Provincia all'area vasta interregionale per le malattie rare, costituita dalle Regioni Veneto e Friuli V.G. e dalle Province autonome di Trento e di Bolzano Il Gruppo tecnico interregionale permanente previsto dall'accordo ha provveduto a:

- individuare i presidi interregionali di riferimento per le malattie rare nelle regioni aderenti;
- approvare linee guida condivise su terapie e trattamenti farmacologici, anche extra LEA (per ora per malattie neurologiche e metaboliche ad interessamento neurologico - v. deliberazione della G.P 1714 del 10.07.2009).

L'Azienda sanitaria, come da obiettivo provinciale, ha istituito l'ambulatorio specifico per le malattie rare, con compiti di informazione e orientamento dei pazienti nella diagnosi e nella cura, in collaborazione con le associazioni dei malati.

Con la legge provinciale 12/12/2007 n. 22 è stato disciplinato in provincia di Trento il settore delle cure odontoiatriche, definendo i livelli di assistenza spettanti in materia ai residenti, con riferimento a particolari categorie di utenti (minori e persone in situazione di vulnerabilità per condizioni cliniche o socio economiche). Particolare attenzione è stata riservata alla categoria dei portatori di handicap, per i quali è stata confermata e rafforzata l'organizzazione del servizio odontoiatrico già esistente, posto in essere mediante un'apposita Unità Operativa di Odontoiatria dedicata ai disabili e alle persone affette da gravi patologie, dotata di funzioni multizonali per tutto il territorio provinciale e operativa su più sedi decentrate. Tramite questa struttura sono garantite gratuitamente ai portatori di handicap tutte le prestazioni di ortodonzia e assistenza protesica (come da deliberazione della Giunta provinciale n. 3344 di data 30/12/2009).

A favore dei pazienti affetti da disturbi cognitivi e linguistici - quali esiti di ictus, traumi cranici, malattie degenerative, infiammatorie, neoplastiche e malformative del sistema

nervoso centrale - è stato approvato un progetto di riabilitazione neurocognitiva, frutto di un accordo tra Università di Trento, Provincia e Azienda sanitaria, che prevede l'attivazione di una nuova struttura riabilitativa, attività di ricerca e di formazione e l'introduzione di nuovi servizi clinici e riabilitativi a favore dei pazienti (deliberazione G.P. n. 1654 del 30/06/2008).

Per quanto riguarda l'attività di riabilitazione ambulatoriale destinata ai minori, con deliberazione della G.P n. 2648 di data 15/12/2006 è stata prevista l'estensione di forme specifiche di riabilitazione e terapia occupazionale a patologie di ordine neuropsicologico mediante un nuovo servizio riabilitativo, ed è stato individuato quale soggetto idoneo all'attivazione di tale servizio "L'Associazione Trentina per la Sclerosi Multipla" (con una nuova struttura successivamente attivata e accreditata nel 2009).

REGIONE TOSCANA

La Regione Toscana definisce la riabilitazione come un processo continuo, globale, che partendo dal trattamento sanitario mira all'integrazione sociale, a tutti i livelli, della persona disabile.

Le specifiche "linee di indirizzo" aggiornate nel 2007, indicano che ogni corretta politica di riabilitazione deve attivare un insieme coerente di misure sul piano individuale e collettivo, inserite in una strategia strutturata in un progetto riabilitativo che consenta di attivare organicamente le risorse con efficacia ed efficienza. La riabilitazione non può sfuggire ai criteri della medicina basata sull'evidenza e deve applicare procedure di audit clinico per identificare i diversi componenti della diagnosi, valutazione, trattamento. È fondamentale in questa ottica la valorizzazione e promozione delle risorse riabilitative esistenti con l'obiettivo della miglior qualità per il paziente, in termini di efficacia ed accessibilità.

Nell'ambito degli interventi sanitari di riabilitazione si individuano due distinti livelli assistenziali in relazione all'intensità e complessità delle attività sanitarie di riabilitazione e alla quantità e qualità di risorse assorbite:

- attività di riabilitazione intensiva dirette al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno valutativo e/o terapeutico;
- attività di riabilitazione estensiva caratterizzantesi in interventi di più moderato impegno terapeutico, a fronte di un maggiore intervento assistenziale, quali quelle dirette alla prevenzione di aggravamenti possibili in disabili stabilizzati, quelle dirette a soggetti con disabilità a lento recupero che non possono utilmente giovare o sopportare un trattamento intensivo, o affetti da disabilità croniche evolutive.

Gli interventi sanitari di riabilitazione possono distinguersi sul piano organizzativo in tre diverse tipologie, individuate in relazione alla loro complessità: primo, secondo e terzo livello; quest'ultimo si identifica con i presidi di alta specialità così come indicati nel DM 29 gennaio 1992.

All'area di degenza per la riabilitazione intensiva afferiscono utenti provenienti dai reparti per acuti, una volta risolte le problematiche più gravi ed urgenti relative alla patologia prevalente (cioè quando il problema principale non è più la malattia od il trauma, ma la menomazione e la disabilità conseguenti) e che necessitano ancora di tutela sanitaria continuativa e di riabilitazione; quest'ultima deve essere condotta con criteri di intensività in relazione alla durata quotidiana ed al monitoraggio medico della stessa. Il processo riabilitativo intensivo può svolgersi in regime di *day-hospital*, residenziale, ambulatoriale e domiciliare. La collaborazione tra le varie strutture coinvolte nel percorso riabilitativo si

deve concretizzare con la definizione congiunta di indirizzi e di protocolli che consentano di seguire i pazienti a tutti i livelli di assistenza, sulla base di percorsi delineati (dalla fase di presa in carico a quella delle dimissioni), per garantire i massimi livelli di recupero funzionale.

La continuità terapeutica ed assistenziale deve impegnare non solo i singoli servizi e strutture, ma anche i servizi integrati, imponendo così uno stretto rapporto tra servizi ospedalieri e territoriali. In riferimento alle disabilità neuropsichiche, si conferma la validità delle strutture operative interprofessionali (GOIF) e del PARG, come strumento di definizione del percorso terapeutico.

L'erogazione delle prestazioni di riabilitazione è garantita da un sistema di strutture che operano in forma fortemente integrata all'interno di una rete di servizi i cui nodi sono identificati nei:

presidi ospedalieri

- nell'ambito dei reparti per acuti
- nell'ambito di reparti con posti letto di riabilitazione intensiva (cod. 56)
- nell'ambito di strutture di 3° livello riabilitativo con posti letto di riabilitazione intensiva (cod. 75)
- nell'ambito dell'Unità Spinale (cod. 28)
- nell'ambito di reparti di lungodegenza (cod. 60)

presidi territoriali

- all'interno di strutture di degenza continuativa o diurna a carattere intensivo ed estensivo
- all'interno di Centri ambulatoriali
- presso il domicilio dell'assistito
- all'interno di strutture socio-assistenziali a carattere residenziale continuativo o diurno: RSA, RSD, centri diurni e strutture appartamento, etc.

L'esigenza di conciliare il bisogno diagnostico-assistenziale con la necessità ed i criteri di intervento riabilitativo intensivo, richiede una maggior sfumatura della dicotomia acuto/cronico e suggerisce un meccanismo che organizzi l'assistenza riabilitativa della persona anziana disabile. La forte integrazione fra i nodi sopra individuati è obiettivo prioritario per garantire lo sviluppo di percorsi assistenziali riabilitativi appropriati. I processi di accreditamento definiscono i requisiti strutturali ed organizzativi richiesti alle strutture per essere inserite nella rete assistenziale. Analogamente devono essere garantiti i requisiti di processo che sostengono le relazioni fra le stesse strutture.

La riabilitazione adotta attualmente il nuovo modello di classificazione Icf - International Classification of Functions nella quale si supera il riferimento alla singola malattia, si codifica la funzione e si prende in considerazione l'effetto concausale e modulatore dell'ambiente.

La struttura organizzativa adeguata trova il suo riferimento in un "modello di percorso integrato e continuativo, sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale" in grado di accogliere ed accompagnare la persona e la famiglia lungo tutto l'itinerario terapeutico riabilitativo e assistenziale. Nella maggior parte delle condizioni morbose la riabilitazione deve quindi cominciare già in fase acuta e deve essere posta molta enfasi sul concetto di "assistenza riabilitativa" necessaria per prevenire le complicazioni e le limitazioni al recupero che, ad esempio, una inadeguata attenzione assistenziale potrebbe generare.

REGIONE UMBRIA

Si rimanda alle Politiche ricomprese all'interno del Piano Sanitario 2006/2008.

REGIONE VENETO

Oltre all'impegno economico sostanzioso da parte della Regione, è significativa agli effetti della promozione della domiciliarità la realizzazione di progetti individuali, sostenuti da interventi gestiti dalle Aziende ULSS, rivolti a persone con disabilità grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della L. 104/92, quali:

- *vita indipendente*, i cui interventi sono rivolti a persone con grave disabilità fisico motoria che intendono realizzare il proprio progetto di vita individuale, finalizzato a garantire alla persona la conduzione di una normale vita personale e familiare;
- *aiuto personale* i cui interventi sono a favore di persone in età compresa tra gli 0 e i 64 anni consistono in interventi assistenziali ed educativi a domicilio e di accompagnamento. Possono essere erogati sotto forma di contributo economico e/o di servizi e prestazioni;
- *autonomia personale* i cui interventi sono strutturati e rivolti a potenziare l'autonomia personale.

3.2.2 SEMPLIFICAZIONE E UNIFICAZIONE DELLE PROCEDURE DI ACCERTAMENTO SANITARIO

Con riferimento alla semplificazione degli adempimenti amministrativi per le persone con disabilità (di cui all'art.6 Legge 9 marzo 2006, n.80), alle Amministrazioni è stato chiesto di descrivere le modalità organizzative e operative di semplificazione e unificazione delle procedure di accertamento sanitario adottate a livello regionale, specificando in particolare, per gli ambiti in cui esse trovano applicazione, le ricadute in termini di razionalizzazione della spesa e di facilitazione per il cittadino disabile.

In particolare in Calabria, con il decreto dirigenziale 15952/2008 sono stati adottati modelli di domanda ("A" ad uso dell'utente maggiorenne e "B" per l'utente minorenni), validi per tutte le Aziende sanitarie della Regione, utilizzabili anche per la contestuale presentazione di istanze diverse (riconoscimento e/o aggravamento dell'invalidità civile e delle diverse situazioni di disabilità e/o handicap, visita per patologia oncologica, ai sensi della L. 9/3/2006, n. 80).

La Regione Campania, con Delibera di Giunta n. 1980 del 30/11/1980 (BURC 1 del 2/01/2007) "Semplificazione degli adempimenti amministrativi per le persone con disabilità ai sensi della legge 6 marzo 2006 n. 80 - Modalità operative" ha stabilito che: i soggetti portatori di menomazioni o patologie stabilizzate, inclusi i soggetti affetti da sindrome da talidomide, dovranno essere esonerati, secondo quanto stabilito dagli appositi decreti interministeriali riportanti gli elenchi delle patologie, da ogni visita medica finalizzata all'accertamento della permanenza della minorazione civile o dell'handicap.

La procedura per l'accertamento sanitario, la certificazione dello stato di invalidità civile, di cui all'art. 1 della Legge 295/90 e la procedura per l'accertamento, la certificazione dell'handicap e dell'handicap in situazione di gravità di cui all'art. 3 e 4 della L. 104/92 e successive modificazioni ed integrazioni, dovranno essere effettuate dalle apposite Commissioni in sede, forma e data unificata e regolate nel seguente modo:

- l'accertamento sanitario e la certificazione dello stato di invalidità civile, di sordomutismo e cecità deve essere in ogni caso contestuale all'accertamento della

condizione di handicap, di cui alla L. 104/92, ed effettuata dalla Commissione di cui all'art. 4 della stessa legge, qualora il richiedente esprima anche tale richiesta all'atto della presentazione della domanda;

- nel caso in cui la domanda sia presentata allo scopo di ottenere ibenefici derivanti da una sola delle due leggi citate si procederà in base alla normativa vigente;
- la comunicazione da parte dell'Asl della sussistenza dei requisiti deve avvenire nel rispetto della vigente normativa in tema di tutela dei dati personali;
- l'accertamento dell'invalidità civile e dell'handicap riguardante persone con patologie oncologiche, come previsto dall'art. 6 del DL 10 gennaio 2006 n. 4, come convertito dalla Legge 9 marzo 2006 n. 80, deve essere effettuato dalle Commissioni mediche competenti entro 15 giorni dalla presentazione della domanda ed è così regolato: la richiesta della procedura prevista dal comma 3 bis deve essere evidenziata all'atto della presentazione della domanda; lo stato di gravità deve essere evidenziato dal certificato medico di supporto alla domanda con l'indicazione della stadiazione clinica attuale della malattia; le certificazioni provvisorie devono essere rilasciate al termine delle visite ed hanno efficacia immediata per il godimento dei benefici socio-assistenziali da esse derivanti. Parimenti, i verbali delle visite collegiali devono essere contestualmente trasmessi alle Commissioni mediche periferiche di cui all'art. 1 della L. 295/90.

Per quanto attiene alle eventuali domande giacenti alla data di entrata in vigore della L. 9 marzo 2006 n. 80, la procedura d'urgenza può essere attivata mediante autocertificazione dell'interessato o di persona da questi delegata ai sensi delle norme vigenti in materia di delega. Il responsabile della struttura di Medicina Legale distrettuale provvede a programmare il calendario delle visite.

In Emilia Romagna, con la Legge regionale 19 febbraio 2008, n. 4, Titolo I, sono state introdotte notevoli semplificazioni in materia di accertamento e valutazione della disabilità, in primo luogo attraverso l'unificazione e semplificazione delle procedure di accertamento. Ai fini di tale Legge regionale, per disabilità si intende lo stato di invalidità, cecità e sordità civili, la condizione di handicap di cui alla legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), la condizione per il collocamento mirato al lavoro, ai sensi della legge 12 marzo 1999, n. 68 (Norme per il diritto al lavoro dei disabili) e la condizione per l'integrazione scolastica, ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 23 febbraio 2006, n. 185 (Regolamento recante modalità e criteri per l'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap, ai sensi dell'articolo 35, comma 7, della legge 27 dicembre 2002, n. 289). Ulteriori novità sono:

1. l'umanizzazione del *setting* valutativo, attraverso la riduzione del numero degli operatori, fissando la composizione in medico legale, specialista nella patologia prevalente e operatore sociale, unitamente al medico del lavoro nei casi di cui alla L. 68/99;
2. la qualificazione, grazie all'affinamento delle competenze tecniche e delle capacità relazionali;
3. la razionalizzazione delle risorse, sia sul piano tecnico, sia su quello organizzativo, considerato che un team di tre operatori (medico legale, specialista nella patologia prevalente e operatore sociale) o al massimo di quattro (con il medico del lavoro) nei casi di collocamento mirato al lavoro ex L. 68/99, è sicuramente più affiatato e comporta una minore complessità organizzativa e gestionale, dato che la qualificazione tecnica interdisciplinare socio-sanitaria consente un unico approccio valutativo globale volto a soddisfare tutti i bisogni assistenziali delle persone,

evitando le duplicazioni e meglio le molteplicità di accertamenti e favorendone in tal modo la presa in carico;

4. la creazione di una rete di collegamento fra i professionisti e i diversi enti coinvolti nell'assistenza, nel rispetto del diritto alla riservatezza delle persone interessate, utilizzando il materiale documentale già messo a punto e favorendo il collegamento telematico per ogni evenienza.

In Lombardia, in tutte le Asl della Regione gli accertamenti di IC ed handicap sono effettuati in forma unificata con le seguenti modalità organizzative:

- preistruttoria delle domande;
- articolazione delle commissioni per patologia;
- integrazione del verbale L.104 (con modalità per utilizzo immediato);
- sensibilizzazione personale "sportelli" per agevolare, se del caso, la domanda unica;
- razionalizzazione spesa;
- facilitazione mediante unica presentazione, ma possibilità di tempi più articolati per l'acquisizione della documentazione e la stesura della relazione sociale.

In riferimento alla tematica in oggetto, la Regione Marche rimanda a quanto previsto dalla già menzionata DGR 1839/08 sulle linee guida per la valutazione integrata del disabile.

La Provincia di Trento ha dato applicazione all'articolo 6 della legge 9 marzo 2006, n. 80, mediante una propria disposizione di Legge provinciale (art. 6 Legge provinciale 15 novembre 2007, n.19 recante "Misure di semplificazione in materia di igiene e sanità pubblica"), che ha previsto:

- l'accertamento su base documentale, anziché mediante visita medica, della permanenza degli stati di disabilità;
- un percorso semplificato e accelerato di valutazione, sempre su base documentale, a favore dei pazienti inclusi nel regime di assistenza ADI-cure palliative.

La Provincia ha inoltre assegnato ad una specifica commissione tecnico-scientifica il compito di individuazione delle misure operative di attuazione. Sulla base del lavoro della commissione, è stata approvata e messa in atto una procedura di accertamento semplificato e accelerato per i malati oncologici gravi (ed anche per tutti i malati affetti da gravi patologie), che prevede l'accertamento su base documentale per i pazienti inclusi nel regime di assistenza ADI-cure palliative. Ciò consente di riconoscere a questi pazienti, entro il termine di 15 giorni, la condizione di disabilità totale e il diritto all'indennità di accompagnamento.

Riguardo invece all'accertamento su base documentale della permanenza della situazione di disabilità, la nuova disciplina è ancora allo studio della commissione, che è chiamata ad individuare, per ciascuna patologia invalidante, la documentazione sanitaria sostitutiva della visita. È stata rilevata la criticità derivante dal rischio che l'obbligo di acquisizione di documentazione specialistica aggiornata finisca per costituire un aggravamento della procedura per il paziente anziché una semplificazione, risolvendosi anche in un allungamento dei tempi rispetto a quelli necessari per la visita medico-legale, che in provincia di Trento sono sufficientemente contenuti.

3.2.3 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E RIABILITATIVE IN STRUTTURE EXTRATERRITORIALI

Alle persone con disabilità sono assicurate prestazioni diagnostiche e riabilitative in strutture situate al di fuori dei confini di competenze delle rispettive Amministrazioni.

Solo alcune delle Amministrazioni che hanno dichiarato l'esistenza di tale possibilità hanno fornito i dati quantitativi relativi alle prestazioni effettuate nel periodo di riferimento.

Tabella 23 - Prestazioni diagnostiche e riabilitative in strutture situate al di fuori dei confini di competenze delle rispettive Amministrazioni

		Domande autorizzate dal 1 gennaio al 31 dicembre del 2006		
		In Italia	All'estero	Spesa sostenuta
Calabria	Si		147	
Campania	Si			
Emilia Romagna	Si			
Lombardia	Si			
Marche	Si	1.802		7.125.939
Piemonte	Si		42	
Provincia Autonoma di Trento	Si	341		818.144
		Domande autorizzate dal 1 gennaio al 31 dicembre del 2007		
Calabria	Si		123	
Campania	Si			
Lombardia	Si			
Marche	Si	1.758		6.940.161
Piemonte	Si		47	
Provincia Autonoma di Trento	Si	297	324	945.275
		Domande autorizzate dal 1 gennaio al 31 dicembre del 2008		
Calabria	Si		146	
Campania	Si			
Lombardia	Si			
Marche	Si	784		6.077.410
Piemonte	Si		59	
Provincia Autonoma di Trento	Si	285	212	658.170

Fonte: elaborazione Isfol su dati Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali

3.2.4 UTENTI E SPESA PER TIPOLOGIA DI AUSILI

Alla richiesta di fornire informazioni in merito alle tipologie di ausili tecnologici forniti ad utenti disabili, ed eventualmente la relativa spesa sostenuta, hanno risposto solo alcune Amministrazioni.

Tabella 24 - Ausili per terapia ed addestramento

	Ausili per terapia ed addestramen to (ISO 9999:1998 - mutuamente esclusiva con 04 e 05) 2006 N. di Utenti	Ausili per terapia ed addestramen to (ISO 9999:1998 - mutuamente esclusiva con 04 e 05) 2006 Spesa	Ausili per terapia ed addestramen to (ISO 9999:1998 - mutuamente esclusiva con 04 e 05) 2007 N. di Utenti	Ausili per terapia ed addestramen to (ISO 9999:1998 - mutuamente esclusiva con 04 e 05) 2007 Spesa	Ausili per terapia ed addestramen to (ISO 9999:1998 - mutuamente esclusiva con 04 e 05) 2008 N. di Utenti	Ausili per terapia ed addestramen to (ISO 9999:1998 - mutuamente esclusiva con 04 e 05) 2008 Spesa
Piemonte	15.285	4.526.426	17.345	5.017.916	21.605	5.453.156

P.A. di Trento		260.387		335.841		257.553
----------------	--	---------	--	---------	--	---------

Fonte: elaborazione Isfol su dati Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Tabella 25 - Protesi e ortesi

	Protesi e ortesi 2006 N. di Utenti	Protesi e ortesi 2006 Spesa	Protesi e ortesi 2007 N. di Utenti	Protesi e ortesi 2007 Spesa	Protesi e ortesi 2008 N. di Utenti	Protesi e ortesi 2008 Spesa
Lombardia	203	297.804	223	409.079	241	298.964
Marche		10.870.000		11.688.000		13.291.000
Piemonte	35.722	13.439.567	38.163	13.083.114	37.908	14.275.715
P.A. di Bolzano		3.702.870		3.754.760		4.325.000
P.A. di Trento		1.199.867		1.306.332		1.404.414

Fonte: elaborazione Isfol su dati Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Tabella 26 - Ausili per la cura e la protezione personale

	Ausili per la cura e la protezione personale 2006 N. di Utenti	Ausili per la cura e la protezione personale 2006 Spesa	Ausili per la cura e la protezione personale 2007 N. di Utenti	Ausili per la cura e la protezione personale 2007 Spesa	Ausili per la cura e la protezione personale 2008 N. di Utenti	Ausili per la cura e la protezione personale 2008 Spesa
Piemonte	71.095	24.878.672	84.369	29.824.400	74.309	32.347.275
P.A. di Trento		3.465.667		4.518.025		4.627.299

Fonte: elaborazione Isfol su dati Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Tabella 27 - Ausili per la mobilità personale

	Ausili per la mobilità personale 2006 N. di Utenti	Ausili per la mobilità personale 2006 Spesa	Ausili per la mobilità personale 2007 N. di Utenti	Ausili per la mobilità personale 2007 Spesa	Ausili per la mobilità personale 2008 N. di Utenti	Ausili per la mobilità personale 2008 Spesa
Lombardia	130	616.055	182	926.401	177	973.186
Piemonte	15.163	6.374.587	19.052	7.138.849	19.268	9.424.207
P.A. di Trento		1.078.145		1.242.104		1.062.192

Fonte: elaborazione Isfol su dati Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Tabella 28 - Ausili per comunicazione, informazione e segnalazione

	Ausili per comunicazione, informazione e segnalazione 2006 N. di Utenti	Ausili per comunicazione, informazione e segnalazione 2006 Spesa	Ausili per comunicazione, informazione e segnalazione 2007 N. di Utenti	Ausili per comunicazione, informazione e segnalazione 2007 Spesa	Ausili per comunicazione, informazione e segnalazione 2008 N. di Utenti	Ausili per comunicaz., informaz. e segnalaz. 2008 Spesa
Lombardia	1.015	905.746	1.054	784.658	1.249	880.120
Marche						265.000
Piemonte	7.241	7.588.012	9.343	10.020.847	9.852	10.087.409
P.A. di Trento		949.807		1.032.012		1.232.285

Fonte: elaborazione Isfol su dati Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Tabella 29 - Ausili per maneggiare oggetti o dispositivi

	Ausili per maneggiare oggetti o dispositivi 2006 N. di Utenti	Ausili per maneggiare oggetti o dispositivi 2006 Spesa	Ausili per maneggiare oggetti o dispositivi 2007 N. di Utenti	Ausili per maneggiare oggetti o dispositivi 2007 Spesa	Ausili per maneggiare oggetti o dispositivi 2008 N. di Utenti	Ausili per maneggiare oggetti o dispositivi 2008 Spesa
P.A. di Trento		2.044		2.622		2.388

Fonte: elaborazione Isfol su dati Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Tabella 30 - Adattamenti dell'ambiente, utensili e macchine

	Adattamenti dell'ambiente , utensili e macchine 2006 N. di Utenti	Adattamenti dell'ambiente , utensili e macchine 2006 Spesa	Adattamenti dell'ambiente , utensili e macchine 2007 N. di Utenti	Adattamenti dell'ambiente , utensili e macchine 2007 Spesa	Adattamenti dell'ambiente , utensili e macchine 2008 N. di Utenti	Adattamenti dell'ambiente , utensili e macchine 2008 Spesa
Piemonte	220	135.937	228	141.487	297	187.572

Fonte: elaborazione Isfol su dati Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Tabella 31 - Ausili per le attività di tempo libero

	Ausili per le attività di tempo libero 2006 N. di Utenti	Ausili per le attività di tempo libero 2006 Spesa	Ausili per le attività di tempo libero 2007 N. di Utenti	Ausili per le attività di tempo libero 2007 Spesa	Ausili per le attività di tempo libero 2008 N. di Utenti	Ausili per le attività di tempo libero 2008 Spesa
Lombardia	77	186.484	54	133.974	66	173.051

Fonte: elaborazione Isfol su dati Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

3.2.5 INIZIATIVE DI INTEGRAZIONE TRA OPERATORI ED ENTI DIVERSI

Un apposito quesito ha investigato se le Amministrazioni regionali o le Province Autonome avessero negli anni di riferimento promosso iniziative, anche sperimentali, volte a favorire il processo di integrazione tra operatori ed enti diversi (nella prospettiva della costruzione di risposte idonee ai bisogni del singolo utente), attraverso strumenti di raccolta ed elaborazione dei dati in modo condiviso (quali ad esempio la cartella sociale informatizzata).

Fra le Amministrazioni rispondenti solo Campania e Marche hanno dichiarato di aver agito in questa direzione. In particolare la Regione Campania ha adottato due provvedimenti specifici: la Delibera di Giunta regionale n. 1811 del 12.10.2007, relativa all'Adozione di un nuovo strumento multidimensionale per l'ammissione alle prestazioni assistenziali domiciliari residenziali e semiresidenziali (Adempimento ai sensi della DGRC 460 del 20 marzo 2007) e la Legge regionale 11/2007 art. 41 sul P.U.A. Punto Unitario di Accesso. Sul versante operativo si è quindi giunti all'istituzione di una scheda sociale SVAMA condivisa e formalizzata con l'Assessorato alle Politiche Sociali e alla sperimentazione nel distretto sanitario di Casoria Asl NA2 Nord ed ambito territoriale afferente di una scheda informatizzata sanitaria e sociosanitaria di accesso al sistema dei servizi.

Nel caso della Regione Marche, la Legge regionale 18/96 disciplina la valutazione multidisciplinare integrata UMEE (età evolutiva) ed UMEA (età adulta) d'intesa con Enti Locali e soggetti coinvolti nel processo di presa in carico.

APPROFONDIMENTO

POLITICHE REGIONALI IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE E ASSEGNI DI CURA

È stato realizzato un paragrafo di approfondimento delle informazioni rilevate attraverso una ricognizione esplorativa, avviata in via sperimentale, in maniera distinta rispetto alla rilevazione CAWI, con l'obiettivo di fotografare la situazione delle politiche regionali sulle tematiche della "Vita indipendente" e i cosiddetti "assegni di cura".

REGIONE VALLE D'AOSTA

Nel 2003 viene votata la prima delibera per l'istituzione di un servizio di assistenza alla vita indipendente. Da allora, trentasei persone ne hanno fatto richiesta, di cui ventitré hanno assunto un'assistente personale.

Il servizio si rivolge a persone di età tra i 18 e i 65 anni, con disabilità fisica e/o sensoriale, in possesso del certificato d'invalidità e di handicap in situazione di gravità (ai sensi dell'articolo 4 della Legge 104/1992), che devono compilare la domanda dell'Ufficio Accessibilità della Regione, presentando la dichiarazione sostitutiva unica e l'autocertificazione delle aggiuntive regionali attestanti l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente su base regionale (IRSE). Ottenuta l'iscrizione al servizio, dal mese successivo è possibile richiedere l'erogazione di un "voucher", per cui sono previste due percentuali di contribuzione: il 50% del costo complessivo lordo con IRSE pari o superiore a 85.000 euro, l'80% per valori inferiori. In entrambi i casi il voucher non può superare l'importo di 13.000 euro annui.

Una volta assunto l'assistente personale, è necessario portare copia sottoscritta del contratto e, quando si presenterà la richiesta di erogazione dei voucher, questa dovrà essere controfirmata dall'assistente e integrata dalla documentazione comprovante l'avvenuto versamento dei contributi previdenziali e assistenziali dovuti. Per intraprendere questo iter e ottenere informazioni e consulenza ci si deve rivolgere all'Ufficio Accessibilità, Servizio Disabili dell'Assessorato alla Sanità, Salute e Politiche Sociali della Regione.

Riferimenti: Deliberazioni di Giunta regionale (d'ora in poi DGR) dalla n. 3111 del 25 agosto 2003 alla n. 2287 del 23 agosto 2007.

REGIONE PIEMONTE

Ai finanziamenti che la Regione Piemonte stanZIA dal 2000 per progetti di vita indipendente, mediante assistenza autogestita, possono accedere persone con disabilità motoria, in condizione di gravità, di età tra i 18 e 64 anni, inserite in percorsi lavorativi e formativi o di continua attività sociale e partecipativa. Sono consentiti anche progetti per persone con più di 65 anni, che ne gestiscano già uno prima di avere raggiunto questa età. I finanziamenti dei singoli progetti variano dai 5.000 ai 22.480 euro annui. Requisito più importante per accedervi è l'autodeterminazione nel presentare un progetto per un percorso di inserimento nella società sotto gli aspetti formativi, lavorativi e sociali. Qualche Consorzio (ente pubblico cui in Piemonte spetta – sia a livello territoriale, che

comunale o intercomunale – la promozione, la gestione e l'erogazione dei servizi socio-assistenziali) ha attivato progetti per persone con disabilità sensoriale (ciechi), con finanziamenti propri, seguendo altri percorsi di sostegno economico. La domanda va presentata – dopo l'emanazione della deliberazione annuale, pubblicata in genere in agosto o settembre – al Consorzio del territorio in cui la persona risiede, o all'ente gestore delle Funzioni Socio-Assistenziali, con il certificato attestante che la totale non autosufficienza nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita non è superabile solo attraverso la fornitura di sussidi tecnici, informatici, protesi o altre forme di sostegno, indicando il piano personalizzato e gli eventuali servizi che la persona abbia già ottenuto dal Consorzio e che concorrono al suo progetto personale per una vita indipendente. Alla fine dell'anno è richiesta una relazione sul progetto e la soddisfazione dell'utente e una rendicontazione (bollettini pagati per i contributi degli assistenti assunti).

Riferimenti: DGR n. 32-6868 (5 agosto 2002), n. 22-8775 (25 marzo 2003) e n. 48-9266 (21 luglio 2008).

REGIONE LIGURIA

Dal 2006 in Liguria è stata istituita una misura economica finalizzata a mantenere le persone non autosufficienti al domicilio. Si tratta di un Fondo per la non autosufficienza, al quale possono accedere sia adulti sia minori, con disabilità motoria e/o intellettiva, purché rispondano a condizioni di non autosufficienza – valutate da un'apposita Unità di valutazione multidisciplinare – e a determinate condizioni di reddito, quali un Indicatore della situazione economica equivalente (Isee) che non superi i 20.000 euro annui. Per richiedere i finanziamenti stanziati nell'ambito del Fondo, i quali vengono gestiti e utilizzati dai vari Comuni fino ad esaurimento, i Cittadini con i requisiti necessari devono presentare la domanda al Distretto Socio-Sanitario di competenza.

Riferimenti: Legge regionale 12/2006; Deliberazione di Consiglio regionale n. 35 del 1 agosto 2007 (Piano sociale integrato regionale 2007/2010).

REGIONE LOMBARDIA

Non esiste, in Lombardia, una norma esclusivamente dedicata alla vita indipendente. Si trovano però dei riferimenti specifici a questo tema – sia in termini di principi che per quanto riguarda la destinazione del Fondo per la non autosufficienza – nella Legge regionale 3/2008. Il sostegno a questa progettualità è di competenza dei Comuni, singoli e associati (Piani di Zona). In particolare, proprio i Piani di Zona hanno la possibilità di destinarvi le risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali. Inoltre, benché non esista una norma che renda esigibile il diritto alla vita indipendente, né un'attività specifica di monitoraggio, le Amministrazioni comunali sono vincolate al rispetto della destinazione d'uso delle risorse previste dalla Legge nazionale 162/98 e anche a indirizzare verso i progetti per la vita indipendente le risorse ordinarie previste per l'erogazione dei servizi domiciliari (in particolare i titoli sociali, come i buoni e i voucher). La Regione, infine, per sostenere il diritto alla vita indipendente ha attivato un progetto che prevede l'apertura di sportelli informativi tematici in ogni Asl e la realizzazione di alcuni Centri Sperimentali per l'accompagnamento alla progettazione personalizzata di percorsi di vita autonoma e indipendente.

Riferimenti: Legge Regionale 3/2008.

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

Nella Provincia di Bolzano è in corso uno studio di fattibilità per capire i costi reali dell'eventuale realizzazione di percorsi di vita indipendente e dimostrare che la modalità degli assegni mensili di cura attualmente vigente non è sufficiente. A Bolzano e Provincia, infatti, la legge prevede un Fondo per il sostegno all'assistenza dei residenti nella zona da almeno cinque anni e non autosufficienti, sia a causa di patologie o disabilità fisiche, sia psichiche che mentali. L'accertamento di detta condizione è affidato alle Unità di Valutazione Territoriali e viene verificato periodicamente. L'ammontare dell'assegno di cura è determinato dal livello di non autosufficienza e va dai 510 euro del primo livello ai 1.800 del quarto, passando per i 900 del secondo e i 1.350 del terzo, che è quello in cui mediamente rientra la persona con una disabilità motoria. Per accedere a questo finanziamento non vi sono limiti di reddito, in quanto non vengono tenute in considerazione né la situazione economica della persona né della famiglia. La stessa legislazione provinciale stabilisce, inoltre, che le competenze in materia di assistenza rimangano ai Comuni ai quali, quindi, ci si deve rivolgere per accedere alle diverse forme di sostegno. Queste hanno come obiettivo primario quello di favorire la permanenza della persona nel suo abituale ambiente di vita, aiutandola a provvedere alla propria assistenza, ai servizi di aiuto domiciliare, alle spese previdenziali per i familiari che le prestano assistenza e ad altri costi volti a sostenere la vita più autonoma e indipendente possibile.

Riferimenti: Legge Provinciale 91/2007; Piano Sociale 2008-2011.

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Dal 1998 la Provincia Autonoma di Trento promuove lo sviluppo di progetti per la vita indipendente tramite l'assistenza indiretta autogestita di carattere innovativo, finalizzati al mantenimento di anziani e persone non autosufficienti o con gravi handicap nel loro ambiente di vita. Nel tempo, questi progetti sono stati attuati nei confronti di:

- persone adulte e anziane, che beneficino dell'indennità di accompagnamento;
- persone con disabilità gravi, certificate ai sensi della Legge 104/1992, che opportunamente sostenute sono in grado di condurre una vita indipendente;
- persone in carico o conosciute dagli Enti, che talvolta già fruiscono di interventi i quali, però, seppur rilevanti, non rispondono compiutamente ai loro bisogni;
- persone già coinvolte (o che si prevede di coinvolgere) in sperimentazioni di forme personalizzate di aiuto o per le quali sia stata accertata una carenza di risorse.

L'attivazione degli interventi viene effettuata sulla base di un progetto che deve evidenziare le caratteristiche, i bisogni e le condizioni della persona, gli obiettivi specifici di ogni situazione, le risorse e le modalità organizzative presenti e/o da attivare, le eventuali collaborazioni e integrazioni con i servizi di altri settori di intervento e, infine, i tempi e le verifiche, durante e alla fine del progetto stesso. Per il 2009 il sussidio economico da accordare non potrà essere superiore a 967 euro mensili e verrà determinato in base alla situazione economica personale dell'assistito. Per richiedere i suddetti finanziamenti è necessario rivolgersi ai Servizi Sociali dell'ente gestore. La Provincia Autonoma prevede anche l'erogazione di assegni di cura, a sostegno della non autosufficienza, differenziati a seconda dell'età (0-18, età adulta, oltre i 65 anni) e della condizione economica. La domanda va presentata ai Comprensori (assieme di Comuni) o ai Comuni di Trento e Rovereto.

Riferimenti: Leggi Provinciali 14/1991 e 6/1998.

REGIONE VENETO

Nel Veneto i progetti per la vita indipendente sono finanziati da alcuni Comuni già dal 1999. Dal 2003, poi, esiste uno stanziamento regionale a questo scopo. A tali fondi possono accedere persone con disabilità fisico-motoria permanente e certificata, cui sia stato accertato il 100% di invalidità e che ricevano l'indennità di accompagnamento. Il tetto massimo del finanziamento regionale è di 1.000 euro mensili, che può essere integrato dai singoli Comuni, con fondi propri. Poiché questi finanziamenti non sono sufficienti per tutti i progetti, sono state introdotte delle graduatorie che si basano su criteri diversi a seconda dell'Azienda Ulss. In genere viene considerata innanzitutto la gravità funzionale, poi la condizione familiare, quella economica e la rinuncia a eventuali servizi già erogati. Poco peso, invece, viene dato alla progettualità e alla consapevolezza della persona rispetto al piano presentato dalla persona stessa. La domanda per richiedere i finanziamenti – corredata dai documenti che certificano l'invalidità e dalla descrizione dettagliata del progetto – va presentata alla AULSS di residenza. Alla fine vanno rendicontate tutte le spese sostenute per l'assunzione degli assistenti, con contratti a norma di legge.

Riferimenti: DGR n. 2824 del 18 settembre 2003 e n. 3279 del 22 ottobre 2004; Fondo Unico per la Domiciliarità del 10 gennaio 2005.

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

Il Friuli Venezia Giulia finanzia progetti di assistenza personale autogestita per la vita indipendente dal 1999. Sono rivolti a persone anziane, disabili, adulti o minori, che per la loro condizione di non autosufficienza non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri. Dal 2008, inoltre, è cominciata una sperimentazione anche per persone con disabilità intellettiva. La Legge regionale non fissa per i singoli progetti un limite di stanziamento, che mediamente è di 12.000 euro all'anno. Per accedere a questi servizi – rivolgendosi ai Servizi Sociali del Comune di residenza – la condizione necessaria di non autosufficienza o disabilità grave della persona viene valutata in base ai requisiti previsti dal regolamento del Fondo per l'autonomia possibile (Fap). Alla persona destinataria della valutazione viene richiesta la certificazione ISEE del proprio nucleo familiare e la disponibilità a condividere e a sottoscrivere un progetto personalizzato con i servizi sociosanitari.

Riferimenti: Legge Regionale 6/2006; DGR n. 286/2007 (Fondo per l'Autonomia Possibile – FAP).

REGIONE EMILIA ROMAGNA

L'assegno di cura e di sostegno – intervento assistenziale di supporto alle persone in situazione di handicap grave – è stato istituito nel 2002 per rispondere a due esigenze principali: sostenere da un lato il lavoro di cura garantito dalle famiglie, dall'altro la domiciliarità e la vita indipendente delle persone capaci di gestire autonomamente la propria esistenza, ma non autosufficienti sul piano motorio, in prevalenza con gravi disabilità fisiche o psicofisiche acquisite in età adulta. L'assegno può essere erogato direttamente alla persona disabile, alla sua famiglia o ad altri che la assistono. I criteri di accesso sono la gravità dell'handicap e un valore dell'Indicatore della Situazione economica equivalente (Isee) che non superi i 34.000 euro annui. Per quanto riguarda