

*Circolare nuovo regolamento FAP di cui al
DPReg. n. 214/Pres. del 22 dicembre 2023*

Sommario

1. PREMESSA	3
1.1. Fondi: lo stato dell'arte.	3
1.2. I nuovi orientamenti	4
1.3. Le scelte per il nuovo regolamento e il quadro di sintesi	5
2. INDICAZIONI E INDIRIZZI NUOVO FAP	7
2.1. ARTICOLO 1 – oggetto e finalità	8
2.2. ARTICOLO 2 – ambito di applicazione	10
2.3. ARTICOLO 3 – struttura, accesso e ammissibilità (ex art. 4)	11
2.4. ARTICOLO 4 – progetto personalizzato, monitoraggio e rendicontazione (ex art. 3)	14
2.5. ARTICOLO 5 – assegno per l'autonomia (APA)	15
2.6. ARTICOLO 6 – contributo per l'aiuto familiare (CAF)	16
2.7. ARTICOLO 7 – sostegno alla vita indipendente (SVI)	18
2.8. ARTICOLO 8 – sostegno ai progetti dedicati ai minori	21
2.9. ARTICOLO 9 – assegno dedicato alle persone in condizione di gravissima disabilità	22
2.10. ARTICOLO 10 – sostegno a progetti in favore di persone con problemi di salute mentale e/o dipendenze patologiche	23
2.11. ARTICOLO 11 – criteri di riparto	25
2.12. ARTICOLO 12 – dichiarazione di utilizzo e dati di sintesi	26
2.13. ARTICOLO 13 – procedure di concessione ed erogazione dei benefici, nonché di formazione e gestione delle liste di attesa	26
2.14. ARTICOLO 14 - abrogazioni	27
2.15. ARTICOLO 15 – norme transitorie	27
2.16. ARTICOLO 16 – entrata in vigore	29
2.17. ALLEGATI	29
3. STRUMENTI DI VALUTAZIONE	30
3.1. SCALA GEFI	32
3.2. SCALA DI HANSEN	35
4. RENDICONTAZIONE	36
4.1. Principi sintetici che guidano le attività di rendicontazione	36
4.2. Spese rendicontabili	37
4.3. Spese non ammissibili	39
4.4. Entità della rendicontazione e rideterminazione/decadenza del contributo	39
4.5. Cadenze della rendicontazione ed erogazione del contributo	40

1. PREMESSA

La discussione riguardante l'unificazione delle varie misure a favore della domiciliarità in Regione verso un unico fondo si è protratta per lungo tempo. Le ragioni sono molteplici, anche di natura politica, e l'impianto originale, al di là di alcuni cambiamenti marginali, è rimasto sostanzialmente invariato, con la presenza di tre linee contributive molto diverse tra loro sotto diversi aspetti e derivanti da normative distinte che si sono stratificate nel corso del tempo al fine di dare risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti. L'obiettivo, sia pur in maniera frammentaria e disomogenea è stato in parte raggiunto, ma l'evoluzione del quadro normativo complessivo, regionale, nazionale e internazionale, ha enfatizzato in maniera importante le criticità rendendo non più procrastinabile un intervento di semplificazione che, attraverso il superamento dell'attuale frammentazione, ha il fine di migliorare un sistema di welfare regionale già ampiamente collaudato e fondato sulla progettualità personalizzata e sull'integrazione delle politiche socio-sanitarie.

Il percorso, già iniziato con l'approvazione della DGR 1732 del 20 novembre 2020 recante "Fondo nazionale per la non autosufficienza. Documento programmatico della Regione Friuli Venezia Giulia per il triennio 2019-2021", che già ne delinea la direzione generale e le caratteristiche principali, che vengono riprese altresì nel nuovo documento programmatico relativo al triennio 2022-2024 (DGR 929 del 16 giugno 2023), viene ora sviluppato in maniera più puntuale attraverso una descrizione dettagliata delle motivazioni che stanno alla base delle scelte fatte e degli obiettivi a medio e lungo termine.

1.1. *Fondi: lo stato dell'arte.*

Le citate DGR 1732/2020 e 929/2023 offrono già una panoramica dello stato dell'arte relativa ai fondi di sostegno alla domiciliarità, che brevemente si sintetizza:

Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine (FAP):

LR 31 marzo 2006, n. 6, art. 41 "Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale".

Ultimo Regolamento attuativo emanato con Decreto del Presidente della Regione 8 gennaio 2015, n. 7 "Regolamento di attuazione del Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine".

Per l'ampiezza del target e per l'entità del finanziamento, il FAP è il principale strumento economico istituito dalla Regione nell'intento di favorire, attraverso i Servizi sociali dei Comuni, l'assistenza a lungo termine a persone 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.

Fondo gravissimi:

LR 17/2008 (Finanziaria regionale 2009), art. 10, commi 72-74.

Regolamento attuativo approvato con Decreto del Presidente della Regione n. 247/2009 e successive modifiche e integrazioni "Regolamento di attuazione del Fondo finalizzato al sostegno a domicilio di persone in situazioni di bisogno assistenziale a elevatissima intensità".

Si tratta di un Fondo che concorre all'affermazione e al potenziamento del sistema di servizi e interventi a favore della domiciliarità, istituito dalla Regione FVG nel 2009, finalizzato al sostegno a domicilio di persone in situazioni di bisogno assistenziale di elevatissima intensità, attraverso l'attribuzione di uno specifico contributo economico, anche cumulabile con il FAP.

Fondo SLA:

DGR n. 2376 del 12 dicembre 2011 - "Programma di attuazione degli interventi della Regione Friuli Venezia Giulia in tema di SLA".

Regolamento attuativo emanato con Decreto del Presidente della Regione n. 201/2012 e successive modifiche. Si tratta del Fondo, nato a seguito di specifico finanziamento statale (legge di stabilità 2011), dedicato in via esclusiva alle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica allo scopo di consentirne l'assistenza a domicilio. La

Regione FVG ha inteso mantenere tale fondo anche dopo la scadenza del programma attuativo di cui alla DGR 2376/2011, utilizzando risorse provenienti dal FNA (quota dedicata alle persone con gravissima disabilità).

Accanto ai fondi regionali si sono aggiunte linee di intervento di provenienza nazionale che hanno contribuito, da un lato allo sviluppo del sistema dell'offerta sia sul piano concettuale, con la proposta di nuovi modelli di approccio alla non autosufficienza, che sul piano economico, attraverso un incremento delle risorse dedicate, dall'altro, pur con le migliori intenzioni, alla frammentazione degli interventi, in particolare in una regione, come la nostra, ove servizi e interventi erano già attivi e collaudati in un sistema di welfare che già conteneva in buona parte gli elementi innovativi che lo Stato proponeva. In particolare, la promozione dei progetti di **Vita indipendente**, finanziati attraverso il FNA e il cosiddetto **"Dopo di noi"** (Legge 112/2016) sono tra le linee di intervento maggiormente significative che negli ultimi anni si sono aggiunte a quelle regionali.

1.2. *I nuovi orientamenti*

Inoltre, altre normative hanno fornito una lettura e un approccio culturale diverso e più evoluto alle tematiche relative alla disabilità e alla non autosufficienza:

- Convenzione ONU sui diritti delle Persone con Disabilità, ratificata dallo stato italiano con Legge 3 marzo 2009, n. 18;
- Primo e secondo "Programma d'azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità" (DPR 4 ottobre 2013 e 12 ottobre 2017);
- DM 26 settembre 2016, di riparto del Fondo non autosufficienze (FNA);
- DPCM 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA;
- DPCM 21 novembre 2019 - Piano nazionale per la non autosufficienza 2019-2021;
- LR 22/2019 sulla riorganizzazione dei livelli di assistenza e norme in materia di pianificazione sanitaria e sociosanitaria;
- Legge 22 dicembre 2021, n. 227 di Delega al Governo in materia di disabilità;
- LR 16/2022 di riforma della LR 41/1996 relativa agli interventi a favore delle persone con disabilità e il riordino dei servizi sociosanitari in materia;
- DPCM 3 ottobre 2022 - Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024.

Con la ratifica della **Convenzione ONU sui diritti delle Persone con Disabilità e i successivi Programmi d'azione per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità, nonché con l'emanazione della Legge delega n. 227/2021**, in Italia si è affermato il definitivo passaggio da una visione delle persone con disabilità "come malate e minorate" ad una visione della condizione di disabilità basata sul rispetto dei diritti umani e tesa a valorizzare le diversità umane. La condizione di disabilità è stata riconosciuta non come derivante da qualità soggettive delle persone, bensì come esito della relazione tra le caratteristiche delle persone e le modalità attraverso le quali la società organizza l'accesso e il godimento di diritti, beni e servizi.

Sul tema della disabilità, si è così delineato un nuovo scenario di riferimento politico e programmatico, aperto ad opportunità concrete di innovazione, da perseguire alla luce dei più recenti orientamenti scientifici e culturali e lungo le direttrici tracciate dagli indirizzi normativi non solo nazionali (programmi di azione biennale, DPCM LEA e *Dopo di noi*, Legge delega) e internazionali (Convenzione ONU), ma anche regionali, grazie alla disciplina di riferimento per le politiche regionali di assistenza e integrazione sociosanitaria (**L.R. 22/2019 – TITOLO II, CAPO I**) che si vogliono finalizzate all'inclusione sociale della persona e all'innovazione continua dei servizi, passando attraverso l'attivazione delle risorse familiari, solidali e comunitarie e la collaborazione cooperativa fra enti pubblici e soggetti del terzo settore, tutti elementi che sono richiamati e, per alcuni aspetti, ampliati nella legge regionale di riforma della disabilità **n. 16/2022**.

La tematica si inserisce a pieno titolo nel contesto generale del **Fondo per le non autosufficienze (FNA)** che, nato con l'ambizioso obiettivo di definire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti, ha avuto, più o meno fino al 2015, un andamento piuttosto aleatorio che mal si conciliava a finanziare livelli essenziali che, dovendo costituire diritti soggettivi, sono per loro natura duraturi nel tempo e necessitano quindi di coperture strutturali.

Dal 2016 però l'intera dotazione del Fondo per le non autosufficienze ha assunto carattere strutturale e crescente: dai 400 milioni del 2016 fino ai 550 milioni per ogni annualità del triennio 2019-2021, per arrivare agli oltre 800 milioni per il 2022 e il 2023 e agli oltre 900 milioni previsti per il 2024. L'andamento, quindi, giustifica la necessità di un ribaltamento di prospettiva: gli interventi a valere sulle risorse del Fondo non vanno più intesi come addizionali rispetto a quelli definiti a livello regionale e locale, ma devono costituire il nucleo delle prestazioni rivolte a beneficiari nelle medesime condizioni in tutto il territorio nazionale. In altri termini si va verso uno sviluppo degli interventi volto, nell'ottica di una progressione graduale e nei limiti delle risorse disponibili, al raggiungimento di livelli essenziali delle prestazioni assistenziali (LEPS) da garantire su tutto il territorio nazionale.

Con riferimento al principio prioritario fondato sul rafforzamento del sistema di welfare locale volto a fornire assistenza «a casa», in un contesto generale di promozione dell'integrazione sociosanitaria, tra le finalità degli interventi afferenti al FNA vi è la previsione di un supporto, anche di natura contributiva, alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia. Infatti, fatte salve le persone con gravissima disabilità, per le quali la scelta di un intervento monetario è legittimata da una condizione particolare fondata su un elevato bisogno assistenziale, nella definizione di queste forme contributive vi è tuttavia stato un cambio di orientamento da parte dello Stato, poiché, mentre con il Piano FNA 2019-2021 si parlava di *“trasferimenti monetari nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari nelle forme individuate dalle Regioni o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato”*, nel nuovo Piano FNA 2022-2024 si vincola il trasferimento monetario alla *“Remunerazione del lavoro di cura svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali”* oppure ad *“Acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale”*, restringendo di fatto il campo per la corresponsione di eventuali contributi economici solo in caso di assunzione di personale di assistenza ovvero acquisto di servizi.

La dimensione dell'intervento è comunque limitata dall'ammontare di risorse disponibili e alle Regioni spetta comunque l'onere di evidenziare i criteri in base ai quali eventualmente identificare le priorità nell'accesso in caso di risorse non sufficienti, rispetto al livello minimo, come anche di valutare la possibilità, con risorse proprie, di integrare o differenziare la prestazione. È infine facoltà della Regione sottoporre tali erogazioni a rendicontazione e ad appositi monitoraggi del sostegno prestato secondo gli impegni assunti nel progetto personalizzato.

L'intendimento è quello di far rientrare tutte le persone in condizione di gravissima disabilità, ora piuttosto “marginali” rispetto alla sfera di competenza degli EEGG, nel novero di quelle già raggiunte dal FAP, che sono invece seguite e monitorate, garantendo loro modalità di presa in carico ben definite supportate da progetti personalizzati che siano il frutto di una attenta valutazione eseguita in equipe, come espressamente previsto dall'art. 21 del DPCM 12 gennaio 2017 sui LEA nazionali.

Di un tanto si è tenuto pertanto conto nelle scelte fatte per il nuovo regolamento FAP, anche rispetto all'utilizzo delle quote nazionali.

1.3. Le scelte per il nuovo regolamento e il quadro di sintesi

La lettura d'insieme dello stato dell'arte relativo ai fondi regionali e dei nuovi orientamenti mostra, con riferimento a Fondo gravissimi e Fondo SLA, una netta carenza dei requisiti di integrazione sociosanitaria e un approccio poco centrato rispetto agli orientamenti scientifico culturali tracciati dalla Convenzione ONU, a differenza del FAP che è stato (ed è tuttora) strumento precursore di innovazione rispetto a tematiche di valore universale quali la presa in carico basata sull'approccio olistico e il riconoscimento del valore sociale delle persone non autosufficienti, e rispetto agli elementi di integrazione sociosanitaria, già abbozzati o interamente sviluppati nella disciplina di

riferimento, quali i punti unici d'accesso, la valutazione multidimensionale, la definizione dell'unità di valutazione multidimensionale integrata (UVM), il progetto personalizzato, nonché rispetto a percorsi sperimentali quali la domiciliarità innovativa e il budget di salute.

Nello specifico, già da alcuni anni lo Stato, con i riparti del FNA, ha fatto confluire le persone malate di SLA, dapprima destinatarie di uno specifico Fondo, nell'alveo delle gravissime disabilità, anche per adeguarsi alle sentenze della magistratura che hanno sancito l'obbligo di disporre un trattamento analogo delle persone definite in condizione di gravissima disabilità a prescindere dalla patologia di base (sentenza TAR n. 917/2015 confermata dal Consiglio di Stato con sentenza n. 1713/2016). Si sottolinea inoltre che il Fondo SLA, finanziato interamente con fondi derivanti dal FNA, è sempre stato carente rispetto alle disposizioni sul modello di presa in carico e di integrazione sociosanitaria previsto dalla LR 22/2019.

Per quanto riguarda il Fondo gravissimi, la situazione è ancora peggiore, sia riguardo agli elementi sopra richiamati relativi alla LR 22/2019, totalmente assenti nel regolamento, sia per le caratteristiche dei beneficiari, disallineate rispetto alla definizione nazionale (non rientrano nel target tutte le patologie cerebrali degenerative comportanti stati di demenza, le lesioni midollari C5, le persone con problematiche sensoriali e quelle con problemi comportamentali), senza contare l'anacronistica misura fissa del contributo, che non prevede alcuna modulazione rispetto alla condizione economica del nucleo familiare.

Per questo motivo è sembrata naturale la scelta, peraltro già definita nel documento programmatico della Regione per il riparto del FNA 2019-2021, di cui alla DGR 1732/2020 e confermata nel nuovo documento programmatico per il riparto FNA 2022-2024, di cui alla DGR 929 del 16 giugno 2023, di andare verso un'unificazione dei fondi oggi esistenti, attraverso l'abrogazione delle discipline di Fondo gravissimi e Fondo SLA e con la creazione di un fondo unico, comprendente anche una nuova fattispecie denominata "assegno dedicato alle persone con gravissima disabilità", strutturato sulla base del regolamento FAP esistente, opportunamente aggiornato e armonizzato in modo che, da un lato siano mantenute e rafforzate le componenti già consolidate e funzionanti, dall'altro siano recepiti, integrandoli nel contesto, gli orientamenti più avanzati e innovativi in tema di non autosufficienza.

La costruzione della misura ha dovuto necessariamente tenere conto di parole chiave quali equità, omogeneità, efficienza e sostenibilità ed è fondata sulle due leggi regionali che rappresentano i pilastri del sociale (LR 6/2006) e del sanitario (LR 22/2019), nell'ottica di una valorizzazione della persona non autosufficiente vista come risorsa e non come soggetto passivo, di un rafforzamento del modello di integrazione sociosanitaria e di una ricomposizione dei diversi canali di finanziamento.

Si è ritenuto inoltre che le modalità di ripartizione del Fondo, già disciplinate da apposito regolamento, avrebbero potuto trovare spazio all'interno della nuova costruzione, portando così l'intera disciplina del FAP in un regolamento unico, nel nome di una semplificazione e di una ricomposizione delle diverse fonti normative.

La realizzazione della disciplina ha richiesto necessariamente, vista la varietà degli stakeholder e la complessità e articolazione delle tematiche da affrontare, un attento percorso di confronto con tutti gli attori operanti nel campo della non autosufficienza, quali le rappresentanze delle persone con disabilità, le parti sociali, gli enti locali, gli enti del terzo settore, nonché i referenti regionali delle politiche di settore.

2. INDICAZIONI E INDIRIZZI NUOVO FAP

Con il **decreto del Presidente della Regione n. 214/Pres. del 22 dicembre 2023**, pubblicato sul supplemento ordinario n. 41 del 29/12/2023 al BUR n. 52 del 27/12/2023, è stato emanato il nuovo regolamento di attuazione del Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine (FAP), che sostituisce in toto il regolamento di cui al DPREg 8 gennaio 2015, n. 7.

Come già evidenziato nelle premesse, il nuovo testo, nel confermare tra le proprie finalità prioritarie l'affermazione della domiciliarità e il riconoscimento del ruolo della famiglia e della rete informale di assistenza nell'ambito del progetto personalizzato, persegue i seguenti ulteriori nuovi obiettivi:

- a) unificazione delle diverse misure dedicate alle persone non autosufficienti in un unico regolamento, nell'ottica di una ricomposizione delle fonti normative e dei diversi canali di finanziamento, secondo le previsioni dell'articolo 13, comma 2, lettera b) della legge regionale 22/2019, con l'abrogazione delle discipline relative al Fondo gravissimi e al Fondo SLA e la conseguente creazione di una misura intrinseca al FAP dedicata alle persone con gravissima disabilità, comprensive di quelle affette da sclerosi laterale amiotrofica e quelle in condizione di grave demenza;
- b) determinazione dei criteri di riparto del FAP in apposito articolo del regolamento unico con la conseguente abrogazione della disciplina di cui al decreto del Presidente della Regione n. 150/2017;
- c) rafforzamento del modello di integrazione sociosanitaria nell'ottica di una valorizzazione della persona non autosufficiente vista come risorsa e non come soggetto passivo;
- d) superamento delle disomogeneità territoriali in sede applicativa, anche attraverso modalità che coniughino le esigenze di flessibilità proprie del livello locale e quelle di uniformità di trattamento nei confronti della popolazione, secondo il principio di equità;
- e) ampliamento dell'ambito di applicazione con l'estensione dell'accesso alla misura, oltre che alle persone con problemi di salute mentale, anche alle persone con dipendenze patologiche, ivi compresi i minori, stante la necessità di operare in forma integrata a fronte di una sempre più elevata diffusione del malessere giovanile in età precoce;
- f) valorizzazione dei progetti relativi ai minori con disabilità e a quelli con patologie oncologiche, attraverso un articolo a essi dedicato;
- g) armonizzazione con le disposizioni sulle tematiche relative alla disabilità e alla non autosufficienza contenute nei decreti ministeriali di riparto del Fondo per le non autosufficienze, che è programmato a livello regionale fin dal 2007 quale quota parte di derivazione nazionale del FAP, ai sensi dell'articolo 41, comma 3 della legge regionale 6/2006;
- h) revisione degli importi e dei massimali concedibili per consentire alle persone e alle famiglie di far fronte all'aumento dei costi dell'assistenza.

Con il presente documento, nell'intento di far cosa utile per un'omogenea applicazione del nuovo strumento a livello territoriale, si illustra il nuovo testo e si forniscono, laddove ritenuto necessario, le prime precisazioni e indicazioni, redatte ponendo, se del caso, a confronto la nuova disciplina e quella emanata con il DPREg 7/2015.

Prima di illustrare il nuovo regolamento, si evidenzia innanzitutto che il suo testo ha la seguente e nuova strutturazione:

- è suddiviso in 16 articoli, esattamente come il regolamento previgente, con l'introduzione di quattro nuovi articoli, l'eliminazione di due articoli (8-SAFE e 9-demenze) e l'accorpamento in un solo articolo dei tre dedicati alla salute mentale, come meglio di seguito specificato;
- è formato da una prima parte contenente l'articolato e da una seconda parte costituita da un pacchetto di cinque allegati, che esplodono ed esplicitano le cosiddette "parti mobili" della disciplina, quelle cioè che

potrebbero esser oggetto, nel tempo, di modifiche puntuali senza che si debba alterare l'impianto complessivo della normativa.

L'eliminazione dell'articolo 8 (SAFE) è direttamente correlata alla creazione di una nuova misura dedicata ai minori con disabilità, che va a beneficio della fascia d'età fino ai 17 anni, mentre gli over 17 potranno accedere ai progetti di vita indipendente (o ad altra misura secondo quanto definito in UVM) in conformità agli orientamenti della Convenzione ONU che prevede che il diritto a vita indipendente vada garantito a tutte le persone con disabilità, a prescindere dalla capacità di autodeterminazione.

L'eliminazione dell'articolo 9 (demenze) è giustificato dal fatto che le persone affette da forme di demenza valutate con la Clinical Dementia Rating Scale con punteggio 4/5, sono individuate dallo Stato come "gravissime disabilità" e, in quanto tali, rientreranno nel nuovo assegno dedicato alle persone con gravissima disabilità.

I quattro articoli nuovi sono quindi:

- Nuovo articolo 8 dedicato ai minori;
- Nuovo articolo 9 dedicato alle gravissime disabilità, comprensivo delle persone malate di SLA e delle persone con grave demenza;
- Nuovo articolo 11 sulla disciplina di riparto (e contestuale eliminazione dell'attuale disciplina);
- Nuovo articolo 12 sui dati di sintesi e i relativi debiti informativi richiesti dallo Stato sul FNA.

Gli ex articoli 10, 11 e 12 dedicati ai progetti sperimentali per la promozione della salute mentale vengono accorpati in un unico articolo di disciplina della misura, che esce dall'ambito sperimentale e diventa a regime. Contestualmente il target viene ampliato in modo da includere progetti rivolti a persone con problemi di dipendenze patologiche, anche minori, con particolare riferimento alla fascia giovanile e adolescenziale.

Rispetto ai regolamenti previgenti, gli importi e i massimali spettanti sono rivisti al rialzo, mentre vengono mantenute le soglie di accesso ISEE per tutte le misure, confermando per le gravissime disabilità, anche in ottemperanza a quanto stabilito nel Piano nazionale FNA 2022-2024, una soglia ISEE di 60.000 euro per gli adulti/anziani e una soglia ISEE di 65.000 euro per i minori. Inoltre, per i minori afferenti al nuovo art. 8 e all'art. 10, la soglia ISEE è di 40.000 euro.

L'elaborazione dell'articolato è frutto delle modifiche "in progress" eseguite dagli uffici regionali con riscritture basate sulla necessità di rendere maggiormente esplicativi alcuni commi, ma soprattutto in virtù delle richieste e delle osservazioni scaturite dai tavoli di confronto con gli stakeholders.

Nel merito del testo, si è ritenuto di procedere attraverso lo scorrimento degli articoli nel loro ordine, evidenziando per ciascuno, qualora ve ne siano, novità, modifiche o integrazioni rispetto alla disciplina attuale o richiamando parti preesistenti che, pur non avendo avuto revisioni, mantengono o rafforzano la loro significatività. Pertanto, alcuni commi dei singoli articoli che non sono stati oggetto di modifiche o abbiano subito solo una nuova numerazione non vengono menzionati.

2.1. ARTICOLO 1 – oggetto e finalità

Comma 1 - Diretta conseguenza dell'unificazione dei fondi sarà l'abrogazione della LR 17/2008, art. 10, co. 72-74 (ex fondo gravissimi). Di fatto, l'ex fondo gravissimi (e l'ex fondo SLA) diventa una delle misure del FAP e conseguentemente ne assimila tutte le caratteristiche relative ad accesso, presa in carico, valutazione, progetto personalizzato, ecc.

Comma 2 - Inserito un esplicito riferimento alla LR 22/2019, di riforma sanitaria e sociosanitaria, attestando che tutte le disposizioni del regolamento fanno capo ai suoi principi e, in particolare, al modello di integrazione sociosanitaria e di presa in carico.

Comma 3:

- lettera b) – Si richiama l'attenzione sulla frase *“favorire la permanenza delle persone non autosufficienti al proprio domicilio”*, per cui, fatta eccezione per i ricoveri complementari al progetto, il FAP non è indirizzato a sostenere la residenzialità e pertanto progetti che vogliano supportarla non vanno presi in considerazione.
- Tra le finalità degli interventi finanziati con il FAP è aggiunto alla lettera c) il riferimento alle gravissime disabilità, comprensive dei malati di SLA e delle gravi demenze, nonché alla lettera d) il riferimento ai principi della Convenzione ONU per quanto concerne vita indipendente.
- Alla lettera f) si specifica che nel progetto vanno valorizzati i temi dell'inclusione sociale e della capacitazione, intesa come approccio che restituisce dignità, centralità e maggior livello di qualità della vita possibile alla persona, coniugando lo sviluppo delle capacità con l'ampliamento delle opportunità di agire le stesse, al fine di rendere concretamente esigibili le libertà e i diritti fondamentali, compreso quello di autodeterminazione. Tale approccio si focalizza quindi sia sugli aspetti interni, sviluppando le potenzialità e le abilità del singolo individuo, sia sugli aspetti di sistema, garantendo i prerequisiti e le condizioni esterne, necessari a rendere concretamente realizzabile il progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato. Tale approccio capacitante tiene conto, pertanto, dell'azione reciproca svolta dalle caratteristiche individuali e dalle restrizioni sociali e propone di misurare i risultati in termini di espansione delle opportunità di scelta e quindi delle libertà delle persone.

Comma 4 – Inserito un nuovo comma che attesta che la gestione del FAP fa capo agli Enti gestori del Servizio sociale dei Comuni e dispone che gli oneri legati al trattamento dei dati personali e la relativa informativa prevista dall'articolo 13 del Regolamento UE ricadono nelle loro responsabilità. Permane la possibilità di delegare alle Aziende sanitarie la gestione della quota sociale del budget di salute di cui all'articolo 10.

NB: è soppresso il precedente comma 4, sulla possibilità che le Assemblee dei sindaci possano adottare strumenti di valutazione per i minori e per le disabilità sensoriali, in quanto gli strumenti di valutazione da utilizzare sono quelli stabiliti nelle premesse all'allegato A.

Comma 5 – Si conferma, nell'intento di perseguire l'importante obiettivo dell'omogeneità territoriale, di circoscrivere l'ambito decisionale delle Assemblee dei sindaci alle fattispecie di cui alle lettere a) e b):

- a) la possibilità di riservare, per il periodo che sarà indicato nel provvedimento di concessione delle risorse, quote finalizzate a:
 1. far fronte a situazioni urgenti o non prevedibili (max 3%), come, a titolo esemplificativo e non esaustivo:
 - I. garantire la continuità del contributo a persone già beneficiarie provenienti da altro ambito per trasferimento di residenza;
 - II. agevolare il ritorno a casa dopo un ricovero;
 - III. rimediare a errori formali o sostanziali;
 - IV. soddisfare eventuali ricorsi;
 2. avviare progetti sperimentali di domiciliarità innovativa o co-housing (max 10%) previsti dalle discipline di settore, stabiliti nella pianificazione locale; questa norma si propone di sostenere attraverso il FAP i progetti personalizzati già previsti nelle discipline di settore (es. Dopo di noi, FNA vita indipendente, abitare inclusivo) ma anche le iniziative dei territori per l'individuazione di forme di assistenza/convivenza/presa in carico “originali” rispetto ai modelli tradizionalmente in uso, allo scopo di adeguare gli interventi alle nuove esigenze derivanti soprattutto dalla mutata struttura sociale delle comunità;
 3. garantire la dovuta tempestività nel riconoscimento del contributo a favore dei malati terminali (max 5%).

Si richiama l'attenzione sul fatto che le percentuali indicate a fianco di ciascuno dei tre punti sopracitati costituiscono i massimali entro i quali le Assemblee dei sindaci possono stabilire le eventuali quote di riserva.

- b) la facoltà di pianificare l'utilizzo delle risorse per venire incontro alle esigenze peculiari dei singoli territori. Al riguardo si propongono i seguenti esempi, non esaustivi:
1. possibilità di destinare le risorse disponibili in misura maggiore alla popolazione anziana piuttosto che a quella con disabilità o viceversa, oppure ai minori piuttosto che agli anziani o viceversa;
 2. possibilità di far confluire quote maggiori su alcune tipologie d'intervento rispetto ad altre, ad esempio più risorse sul CAF che sull'APA.

Permane l'obbligo di comunicare formalmente alla Regione le decisioni assunte dalle Assemblee dei sindaci entro i trenta giorni successivi.

Si rammenta che le Assemblee dei Sindaci non possono adottare misure diverse da quelle previste al comma 5, se tali decisioni vanno a influire su elementi già stabiliti dal regolamento, come ad esempio:

- modificare (in eccesso o in difetto) i massimali o gli importi tabellari contenuti negli allegati;
- prevedere soglie o fasce ISEE diverse da quelle contenute negli allegati;
- adottare strumenti di valutazione alternativi a quelli di cui alle premesse all'allegato A;
- modificare i punteggi attribuibili per l'inserimento nelle liste d'attesa, di cui all'allegato E.

Comma 6 - consente di utilizzare le somme non spese delle quote riservate considerate al comma 5 per incrementare prioritariamente le ordinarie misure previste dal FAP. Una volta soddisfatte le eventuali liste di attesa, le somme residue potranno essere impiegate anche per altri interventi a sostegno della domiciliarità (ad es. SAD), purché rivolti allo stesso tipo di utenza destinataria del FAP.

2.2. ARTICOLO 2 – ambito di applicazione

Comma 1 - L'ambito di applicazione viene meglio dettagliato, specificando che si tratta di contributi a sostegno di progetti che si situano in un setting di tipo domiciliare, nonché elencando il target dei destinatari, che sono:

- Persone non autosufficienti anziane o con disabilità, adulte o minori;
- Persone che usufruiscono di progetti realizzati nel settore della salute mentale o delle dipendenze;
- Minori con patologie oncologiche certificate.

Di tutte le condizioni elencate, con particolare riferimento ai requisiti di accesso, verrà data puntuale definizione in successive parti del presente documento.

Comma 2 – Il comma va a specificare, in conformità al piano nazionale FNA, innanzitutto che il FAP va utilizzato per attività di carattere assistenziale, ovvero di carattere educativo e capacitante, o, in casi specifici, per l'acquisto di beni mobili o strumentali, escludendo in ogni caso le prestazioni sanitarie e gli ausili. Il FAP non può quindi essere impropriamente utilizzato per sopperire a eventuali carenze del sistema sanitario, in quanto le risorse del FAP derivano da capitoli di spesa programmati a beneficio del sistema sociale.

Comma 3 - Si conferma che le risorse del FAP possono essere utilizzate anche nei casi in cui vi sia il contestuale ricorso a soluzioni favorevoli la domiciliarità, quali:

- a) i servizi semiresidenziali - ciò significa che la frequenza di tali servizi, che sono complementari alla domiciliarità, è compatibile con l'attribuzione del FAP e non che il FAP può andare a sostenere il costo dei servizi, in particolare laddove la retta fosse già calmierata dai regolamenti locali sulla compartecipazione dell'utenza, in quanto andrebbe a costituire una doppia agevolazione;
- b) progetti personalizzati di abitare inclusivo o co-housing.

Comma 4 - Il comma precisa che, fatte salve le situazioni ivi descritte, il FAP è uno strumento da concedere in continuità. Questa precisazione è stata inserita al fine di consentire alle famiglie di decidere consapevolmente per l'assistenza di un proprio familiare a domicilio a fronte della certezza di poter disporre del beneficio nel tempo.

Quando si parla di “*perdita dei requisiti*” ci si riferisce, a titolo esemplificativo:

- a situazioni, purtroppo rare ma possibili, di miglioramento delle condizioni relative alla non autosufficienza, tali da rendere la persona priva del requisito minimo di accesso, oppure di miglioramento tale da precludere l'accesso a una determinata misura, come ad esempio l'assegno per le persone con gravissima disabilità; in quest'ultimo caso alla persona va adeguato il progetto supportandolo con la misura ritenuta più appropriata;
- al superamento della soglia ISEE stabilita dal regolamento;
- altre situazioni attestate dall'UVM e individuate in sede di monitoraggio del progetto.

Commi 5 e 6 - con riferimento all'articolo 9 della LR 22/2019 si sottolinea che il FAP costituisce la parte finanziaria del budget di progetto e che, nell'ambito della disposizione di un eventuale budget di salute, rappresenta la quota di rilevanza sociale.

2.3. *ARTICOLO 3 – struttura, accesso e ammissibilità (ex art. 4)*

Prima di affrontare nel merito l'articolato, è indispensabile effettuare una premessa.

E' questo uno degli articoli più importanti, in quanto è sempre più pressante, anche alla luce delle previsioni normative statali (FNA), capire quando, come e perché il FAP può essere utilizzato.

Innanzitutto giova richiamare quanto definito dallo Stato con legge 30 dicembre 2021, art. 1, comma 164 riportato nel Piano FNA 2022-2024, secondo cui l'offerta di servizi e interventi può essere integrata da contributi, diversi dall'indennità di accompagnamento, per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone non autosufficienti, per remunerare il lavoro di cura svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro o per l'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore sociale non residenziale.

Inoltre va rammentato quanto definito dal Titolo V, art. 117 della Costituzione italiana, dove è stabilito che allo Stato spetta la legislazione esclusiva (tra l'altro – lettera m) sulla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale; in pratica la definizione dei livelli essenziali di assistenza spetta allo Stato e non alle Regioni, che possono prevedere tuttavia dei livelli aggiuntivi che, per loro natura, non sono evidentemente validi per tutto il territorio nazionale ma solo per il territorio regionale.

La lettura di tali disposizioni porta ad alcune considerazioni: 1) a oggi l'assegno di cura (che il FAP rappresenta) non è considerato un livello essenziale, ma aggiuntivo, e quindi non è un diritto esigibile che viene dato su uno “status” di malattia o di disabilità, come ad esempio l'indennità di accompagnamento, infatti non basta possedere una determinata condizione, ma ci dev'essere un bisogno di tipo assistenziale non soddisfatto dai servizi in via diretta, che è compito dell'UVM certificare e che porta alla definizione di un progetto specifico; 2) la locuzione contenuta nel regolamento “Il FAP è uno degli strumenti a disposizione dei servizi...”, presuppone proprio questa responsabilità da parte dei servizi stessi: in pratica il FAP non è un contributo che si chiede e che si ottiene, ma è condizionato da un processo valutativo che, qualora il bisogno non ci fosse o sia già soddisfatto dai servizi in via diretta, potrebbe anche portare ad un esito negativo.

In altre parole, il FAP non è una somma di denaro che viene erogata semplicemente perché c'è una condizione di non autosufficienza; è questa una condizione necessaria, ma non ancora sufficiente. E non è neppure un contributo che si ottiene in forza di una determinata condizione economica (sostegno al reddito); questa deve esserci (soglia ISEE) ma anch'essa è necessaria, ma non sufficiente. Per il riconoscimento del FAP sono quindi indispensabili ulteriori elementi, quali la valutazione del bisogno e l'individuazione dello strumento per soddisfarlo, attraverso un apposito progetto che costituisce una sorta di contratto tra il servizio pubblico e il cittadino, nel quale vengono definiti i diritti e i doveri reciproci.

L'articolo 3 rappresenta in pratica gli step che, seppur adattati al modello assistenziale di cui al Titolo II, Capo I della LR 22/2019, sono già previsti dal Piano FNA 2022-2024 (DPCM 3 ottobre 2022) con riferimento ai LEPS di

processo, che prevedono le seguenti macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, piano assistenziale individualizzato, monitoraggio degli esiti di salute e di assistenza sociale.

Oltre alle citate discipline di riferimento: LR 22/2019 e Piano FNA 2022-2024, specifici indirizzi regionali per le procedure di presa in carico integrata sono disponibili al sub-allegato A1) della DGR 1134 del 24 luglio 2020 (pagg. 16-21) e, per l'area delle dipendenze patologiche, all'allegato alla DGR 1435 del 25 settembre 2020.

Vediamo ora quale potrebbe essere il processo idealtipico di presa in carico finalizzato all'attribuzione del FAP a regime, fatte salve le specifiche previste all'articolo 10.

Nelle fasi di accesso e prima valutazione viene identificato un utente che potrebbe avere le caratteristiche per accedere al FAP; in tal caso, il processo idealtipico, schematizzato per età, è il seguente:

- a) anziano: per prima cosa va valutato se la persona ha le caratteristiche di gravissima disabilità – in caso affermativo l'intervento appropriato è quello di cui all'art. 9 (AGD), in caso negativo APA o CAF;
- b) adulto: per prima cosa va valutato se la persona ha le caratteristiche di gravissima disabilità – in caso affermativo va indirizzato, a seconda della situazione specifica, o all'art. 9 (AGD) o all'art. 7 (SVI), in caso negativo a SVI, APA o CAF;
- c) minore: per prima cosa va valutato se la persona ha le caratteristiche di gravissima disabilità – in caso affermativo l'intervento appropriato è quello di cui all'art. 9 (AGD), in caso negativo art. 8 (SPM).

Dallo schema si comprende subito l'importanza di valutare la condizione di gravissima disabilità in maniera approfondita e certa; si rammenta (per informazioni più dettagliate vedere il commento all'art. 9) che sono contemporaneamente indispensabili due condizioni:

1. Titolari di indennità di accompagnamento oppure definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013 (allegato A, tab. 5 del regolamento);
2. Condizione di gravità di cui all'art. 3 commi 2 e 3 del DM 26 settembre 2016 (riparto FNA 2016).

In tutte le casistiche va infine considerato il rispetto delle soglie ISEE previste per le singole misure (allegato A al regolamento).

Per quanto concerne l'articolato:

Comma 1 – elenca le persone che possono rappresentare il bisogno ai servizi competenti, ampliando il target anche al caregiver familiare formalmente riconosciuto ai sensi della recente LR 8/2023.

Comma 2 – prevede la proattività dell'azione dei servizi, in conformità all'art. 6, co. 2 della LR 22/2019.

Comma 3 – vero e proprio caposaldo del regolamento, tanto che vale la pena di richiamarlo in toto: *“Il FAP è uno degli strumenti a disposizione dei Servizi territoriali, che possono indicarne l'utilizzo solo all'interno degli interventi complessivamente dettagliati nel progetto personalizzato. In assenza di un progetto articolato nelle componenti di cui all'articolo 4, commi 2 e 3, il ricorso al FAP non può essere disposto”*: come già sottolineato nella premessa al commento dell'articolato, si rammenta che il FAP **è uno degli strumenti** a disposizione e non **l'unico strumento** per soddisfare un bisogno assistenziale; starà alla valutazione dei professionisti del servizio l'andare a definire se per il caso specifico sia appropriato questo strumento oppure no.

Comma 4 – definisce la nuova struttura del FAP, articolato, ora, in sei interventi, dal momento che è abolito il SAFE (ex art. 8 del DPreg. 7/2015) e subentrano il contributo per i minori (lettera d) e quello per i gravissimi (lettera e). Di tutte le misure viene data specifica descrizione nei commenti agli articoli ad esse dedicati.

Si richiama l'attenzione sulla non cumulabilità tra i diversi interventi che formano il FAP, che invece è cumulabile con misure aventi fonte normativa diversa (es. Fondo caregiver).

Comma 5 – laddove il servizio ritenga che è il FAP lo strumento appropriato per rispondere al bisogno individuato in sede di prevalutazione, ai fini dell'accesso, le condizioni da rispettare sono due:

1. possesso dei requisiti di gravità e di non autosufficienza previsti per le singole misure: l'elenco degli strumenti di valutazione previsti dal regolamento sono contenuti nella premessa e nelle tabelle di cui all'allegato A) (per maggiori informazioni si rimanda alla apposita sezione sulla valutazione).
2. rispetto della soglia ISEE prevista per le singole misure: è opportuno precisare che la presente circolare non ha lo scopo di affrontare in maniera esaustiva le problematiche riferite all'ISEE; si evidenzia infatti che l'applicazione dell'ISEE non è disciplinata da normative regionali, bensì da normative nazionali (DPCM 159/2013 e correlate norme integrative), che stabiliscono i vari ambiti di applicazione e prendono in considerazione tutti gli aspetti di competenza. Ci si soffermerà su un unico aspetto, che è quello relativo al nucleo familiare da considerare per il contributo:
 - il FAP è una prestazione agevolata di natura sociosanitaria e, in quanto tale, ricade nella disciplina di cui all'articolo 6 del DPCM 159/2013;
 - si raccomanda di fare bene attenzione a quali sono i casi che possono usufruire del cosiddetto "nucleo ristretto", che non è rivolto alla generalità dei soggetti (ad esempio i minori sono esclusi) e solo per alcune "composizioni" del nucleo;
 - rammentare che chi ha la possibilità di usufruire del nucleo ristretto può optare per il nucleo ordinario, qualora lo ritenga opportuno.

Comma 6 - affronta il tema dei livelli di responsabilità in relazione alla scelta della misura più appropriata (in caso di ammissione), andando a definire che l'UVM dispone la misura basandosi su criteri di appropriatezza e non di convenienza (interventi economicamente più vantaggiosi): solo per fare un esempio, ferme restando le deroghe relative alle norme transitorie, per una persona riconosciuta gravissima disabilità in stato vegetativo sarà appropriato il contributo di cui all'art. 9 (AGD) e non quello di cui all'art. 7 (SVI).

Comma 7 – affronta il tema dei livelli di responsabilità nell'attribuzione degli importi, con particolare riferimento a quelli "negoziabili" (artt. 7 e 10). La scelta dell'importo è responsabilità dell'UVM e va effettuata sulla scorta del progetto e dei bisogni individuati in sede di valutazione, tenuto conto di tutte le risorse di contesto, come elencate all'art. 4, comma 3, secondo criteri di appropriatezza e secondo il principio del cosiddetto "accomodamento ragionevole" (per maggiori dettagli vedere il commento all'art. 7). Come già avuto modo di evidenziare nel commento all'art. 1 il singolo territorio non può prevedere importi minimi e massimi concedibili diversi da quelli stabiliti in regolamento; di converso, la persona, o chi la rappresenta, non può pretendere importi che non siano stati concordati in UVM sulla base della specifica situazione in relazione al già citato quadro di contesto.

Comma 9 - con riferimento alla struttura del FAP è introdotto in regolamento un riferimento sulla sua composizione, esplicitando che oltre alle risorse regionali vi sono anche le risorse nazionali provenienti dal FNA.

Comma 10 - sul tema si richiama quanto evidenziato poc'anzi sulle modalità di impiego delle risorse FNA, secondo gli orientamenti nazionali, per cui, anche nell'ottica di una semplificazione delle attività di natura amministrativa e contabile a carico degli EEGG, la scelta è quella di indirizzare la quota FNA dedicata alle gravissime disabilità (FNA QG) esclusivamente sull'articolo 9 (assegno dedicato alle gravissime disabilità), mentre la quota FNA indistinta (FNA QI) è indirizzata solo all'art. 6 (CAF) per una quota pari al 30% dell'importo spettante. Si avrà quindi un art. 9 finanziato al 100% da risorse nazionali e un art. 6 finanziato al 30% da risorse nazionali, per cui l'importo comprenderà una "quota base" di derivazione nazionale e una "quota aggiuntiva" di provenienza regionale, fermo restando che per entrambe le fattispecie, in caso di esaurimento delle risorse nazionali, l'intero importo spettante sarà comunque garantito dalla Regione. Per esemplificare, un progetto CAF che preveda un importo di 1.000 euro mensili sarà composto dalla quota FNA di base per 300 euro (30% dell'importo complessivo) e dalla quota regionale per 700 euro (70%).

2.4. ARTICOLO 4 – progetto personalizzato, monitoraggio e rendicontazione (ex art. 3)

Viene ampliato passando da 5 a 10 commi; sono stati inseriti in regolamento alcuni fondamenti e precisazioni, in modo da ottemperare a quanto stabilito dal Piano FNA 2022-2024 sui LEPS di processo, riguardo all'omogeneità di azioni e comportamenti per presa in carico, valutazione e progetti personalizzati.

Si intende pertanto specificare meglio le modalità di predisposizione dei progetti e dei relativi budget di progetto ai sensi degli artt. 8 e 9 della LR 22/2019, nonché fornire una cornice di riferimento sia sulle azioni di monitoraggio che su quelle di rendicontazione; per limitare al massimo l'eterogeneità verranno predisposti nel corso del 2024 specifici format sia per i progetti che per i monitoraggi.

Al fine dell'attribuzione del FAP, in relazione al progetto personalizzato nei casi di presa in carico dei soggetti che ne hanno diritto ai sensi delle normative vigenti, esso si iscrive nell'ambito di un più ampio progetto di vita, che rappresenta la prospettiva a lungo termine nella quale può essere definito il progetto per il FAP, che rappresenta in termini concreti una prospettiva, anche a breve-medio termine, rivedibile in sede di monitoraggio e rinnovabile secondo quanto stabilito dal regolamento.

Comma 1 – In conformità all'art. 7, co. 2 della LR 22/2019, è confermata la flessibilità della composizione dell'UVM, introducendo al bisogno, accanto alla necessaria componente sanitaria e sociale, oltre al MMG, anche il pediatra di libera scelta e le diverse professionalità interessate al caso. Rimane confermato il coinvolgimento della persona (e dei suoi familiari) o di chi ne fa le veci.

Commi 2 e 3 – confermano tutti gli elementi del progetto personalizzato con l'aggiunta (al comma 2 della lettera h), della sezione dedicata al caregiver, come previsto dall'art. 3, co. 5 della recente LR 8/2023. Molto importante, con riferimento al comma 3, l'individuazione di tutte le risorse di contesto, come già sottolineato nel commento al comma 7 dell'art. 3.

Si richiama l'attenzione sul comma 2, lettera g), relativo all'assunzione di personale di assistenza e l'impegno a far partecipare gli addetti alle iniziative di formazione. Premesso che di norma il personale assunto per assistere persone non autosufficienti dovrebbe essere inquadrato nel livello adeguato (almeno CS), nei casi in cui vi sia difficoltà al reperimento di personale con caratteristiche idonee è possibile procedere comunque all'assunzione provvedendo quanto prima ad avviare il personale alla formazione specifica. Nelle more di tale formazione, nel caso eccezionale di un inquadramento contrattuale inferiore al CS, si raccomanda di fare attenzione che il contributo spettante non sia mai superiore alla spesa sostenuta (nel caso, il contributo va rideterminato nel limite della spesa effettivamente a carico del beneficiario).

Commi 4, 5 e 6 – vengono descritti assieme perché parlano delle attività di monitoraggio, diverse da quelle di rendicontazione, che i servizi sono tenuti ad effettuare almeno annualmente in relazione agli elementi qualificanti del progetto, quali le condizioni dell'utente, il ruolo del caregiver, il rispetto delle modalità di utilizzo delle risorse, i tempi di attuazione e il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Nel corso del monitoraggio va verificato anche il mantenimento dei requisiti di base che consentono la continuità del beneficio, quali la condizione di non autosufficienza e le condizioni economiche.

Nel corso del monitoraggio può evidenziarsi una diversa evoluzione dei bisogni; nel caso, il progetto va ridefinito laddove necessario e può altresì essere rideterminato.

Nell'ambito dell'attività di verifica/monitoraggio propria dell'UVM, il beneficio può altresì essere oggetto di rideterminazione, sospensione e decadenza; per quel che concerne le relative cause, vanno per lo più rapportate a eventi comportanti una grave violazione delle regole di base o di quanto stabilito nel progetto personalizzato. L'indicazione di base è tuttavia quella di procedere dapprima con avvisi bonari e, laddove tali comportamenti fossero reiterati, con provvedimenti comportanti rideterminazione o, nei casi più gravi, decadenza dal beneficio, anche con l'eventuale restituzione delle somme già percepite.

A titolo esemplificativo e non esaustivo si rappresentano alcune fattispecie-tipo alle quali poter ricondurre anche situazioni analoghe:

- utilizzo del beneficio per scopi diversi da quelli previsti e sottoscritti nel progetto;
- inadeguata realizzazione del progetto in relazione agli obiettivi;
- problemi legati alla documentazione ISEE, quali la mancata o ritardata presentazione: si ritiene che, in via generale, il caso debba essere considerato in continuità per un periodo massimo di 30 giorni senza alcuna rideterminazione del beneficio, che scatta dal 31° giorno, con sospensione pro quota giornaliera fino alla data di presentazione della documentazione e comunque fino a un massimo di 90 giorni, dopo i quali la persona decade dal beneficio, che può essere nuovamente disposto al momento della presentazione della documentazione, in caso di capienza di budget, ovvero con inserimento in lista d'attesa in caso contrario. Si raccomanda di tenere nella debita considerazione eventuali cause indipendenti dalla volontà delle persone, come ad esempio problemi di tempistiche correlate al lavoro dei Centri di assistenza fiscale.

I commi 7, 8 e 9 disciplinano le condizioni generali correlate al tema della rendicontazione, che non è sostitutiva, ma integrativa delle attività di monitoraggio commentate precedentemente.

Comma 7 – conferma l'esclusione di spese sanitarie e ausili e sottolinea che l'indicazione è quella di predefinire le spese rendicontabili al momento della elaborazione del progetto, in modo da prevenire possibili contestazioni.

In linea generale le macrocategorie di spese rendicontabili sono elencate dalle lettere da a) ad e); al riguardo si specifica che un'elencazione delle spese potenzialmente ammissibili è contenuta più avanti in una apposita sezione.

Comma 8 – attesta, come è ovvio che sia, che le attività di assistenza gratuita non sono soggette a rendicontazione, bensì a monitoraggio, secondo quanto stabilito nei commenti relativi ai commi 4, 5 e 6.

Comma 9 – disciplina le situazioni relative ai casi di rendicontazione insufficiente; al riguardo si rimanda agli esempi elencati nella sezione dedicata alla rendicontazione.

Comma 10 – nel corso dell'anno 2024 gli uffici regionali proporranno ad Ambiti e Aziende sanitarie format unici, che saranno oggetto di condivisione prima della loro adozione in via formale.

2.5. ARTICOLO 5 – assegno per l'autonomia (APA)

Comma 1 - Fermo restando l'impianto complessivo della misura, che viene sostanzialmente confermata, si intende descrivere "l'ambiente" di riferimento dell'APA: si tratta di progetti supportati direttamente dalla famiglia, dal vicinato, da soggetti del terzo settore, anche con il concorso di personale di assistenza senza le caratteristiche previste dal CAF di cui all'articolo 6 (ad esempio: assistenza per meno di 20 ore settimanali).

Il target di utenza per le quali può essere disposto l'APA è composto da: anziani non autosufficienti, persone adulte con gravi disabilità (art. 3, co. 3 della L. 104/92), anche conseguenti a deficit sensoriali, nonché persone adulte in condizione di non autosufficienza temporanea. Quest'ultima condizione può essere attestata dal MMG, dal medico di distretto o dal medico ospedaliero. Rispetto al vecchio regolamento non sono comprese nel target le persone con grave demenza, per le quali è appropriata l'attribuzione dell'AGD (art. 9), e i minori, ai quali va disposta la nuova misura di cui all'art. 8, Sostegno a progetti dedicati ai minori (SPM).

Per informazioni dettagliate rispetto alla valutazione della condizione di non autosufficienza si rimanda all'apposita sezione del presente documento dedicata ai sistemi di valutazione.

Comma 2 – confermata la soglia ISEE di 30.000 euro, di cui all'allegato A, tabella 1.

Comma 3 - stabilisce, anche qui per rinvio al relativo allegato (allegato B, tabella 1), le modalità per il calcolo degli importi concedibili. Con riferimento alla revisione degli importi tabellari, di cui all'allegato B, tabella 1, è stata

aumentata la sola fascia minima con adeguamenti dal 5% all'8% in relazione all'ISEE; si precisa che la fascia massima non viene aumentata in quanto si sarebbero impropriamente superati alcuni importi della corrispondente fascia 20-24 del CAF.

Comma 4 – specifica che l'applicazione della fascia minima o massima di cui al comma precedente va eseguita tenendo conto del carico assistenziale e della situazione sociale del nucleo familiare: valutazione che andrebbe fatta caso per caso, evitando di andare a predefinire un'unica fascia indistintamente – per esemplificare, esistono territori che attribuiscono sempre la fascia minima e altri la fascia massima, in maniera predefinita, senza entrare nel merito del caso specifico.

Comma 5 – fatta salva la fase transitoria, specifica che l'APA va finanziata, a regime, solo con risorse di provenienza regionale.

Comma 6 - disciplina i comportamenti da tenere in quelle situazioni di riconoscimento del beneficio a più persone facenti parte del medesimo nucleo familiare. Si specifica che, per concedere due o più APA, devono essere elaborati altrettanti progetti, distinti per contenuto e quantificazione del beneficio e non un unico progetto riguardante più persone. Alle persone che ab origine non erano familiari o conviventi abituali e che fanno parte di una soluzione abitativa di abitare inclusivo o co-housing non viene applicata alcuna decurtazione.

Comma 7 – permane l'obbligo di rendicontazione di almeno il 50% - si rimanda al commento all'art. 4 relativo alle caratteristiche generali della rendicontazione, nonché all'apposita sezione sulle spese rendicontabili.

Per quanto concerne la relazione che intercorre tra la presentazione dei giustificativi di spesa e l'attività di erogazione dei contributi, si rimanda ai suggerimenti contenuti nella sezione dedicata alla rendicontazione.

Si richiama infine l'attenzione sul fatto che nel nuovo regolamento non vi è più la disposizione di cui all'ex comma 5 del vecchio regolamento, sulla diminuzione o l'aumento degli importi nel caso di frequenza di servizi semiresidenziali, nonché l'ex comma 8 sugli obblighi di monitoraggio, attività prevista per tutte le misure (vedi commento all'art. 4).

2.6. ARTICOLO 6 – contributo per l'aiuto familiare (CAF)

Viene confermato l'impianto complessivo del vecchio articolo, con alcune integrazioni.

Comma 1 - Il target di utenza per il quale può essere disposto il CAF è il medesimo dell'APA: anziani non autosufficienti, persone adulte con gravi disabilità (art. 3, co. 3 della L. 104/92), anche conseguenti a deficit sensoriali, nonché persone adulte in condizione di non autosufficienza temporanea. Rispetto al vecchio regolamento non sono comprese nel target le persone con grave demenza, per le quali è appropriata l'attribuzione dell'AGD (art. 9), e i minori, ai quali va disposta la nuova misura di cui all'art. 8, Sostegno a progetti dedicati ai minori (SPM).

Per informazioni dettagliate rispetto alla valutazione della condizione di non autosufficienza si rimanda all'apposita sezione del presente documento dedicata ai sistemi di valutazione.

I commi 2 e 3 individuano le diverse modalità di reperimento degli addetti all'assistenza familiare, che vanno dall'assunzione diretta alle altre forme di messa a disposizione da parte dei soggetti ivi indicati. Al riguardo, per disporre il contributo il servizio territoriale competente acquisisce l'atto di assunzione o documento analogo comprovante il rapporto contrattuale.

Il comma 4 conferma i requisiti di accesso tramite puntuale rinvio all'allegato A, tabella 2:

- soglia ISEE: 30.000 euro;
- numero di ore settimanali non inferiore a 20;
- soglia di gravità e modalità valutative: valgono le stesse regole indicate per l'APA.

Comma 5 - stabilisce, anche qui per rinvio al relativo allegato (allegato B, tabella 2), le modalità per il calcolo degli importi concedibili. Con riferimento alla revisione degli importi tabellari, di cui all'allegato B, tabella 2, gli adeguamenti vanno dal 5% al 10% in relazione all'ISEE.

Comma 6 – il CAF è la misura alla quale va dedicata la quota indistinta (QI) messa a disposizione dallo Stato con il fondo non autosufficienze; la quota base (risorse nazionali FNA) è individuata nel 30% dell'importo mensile spettante, mentre la quota aggiuntiva regionale corrisponderà al 70% degli importi tabellari individuati.

Ad esempio, a una persona con ISEE compreso tra 15.000 e 22.500 euro, con gravità ≥ 3 ADL e che necessita di 30 ore di assistenza settimanale, va attribuito un importo tabellare annuo di 6.576 euro, di cui il 30% (1.973 euro) è costituito da risorse nazionali, mentre il 70% (4.603 euro) da risorse regionali.

Come stabilito con riferimento all'articolo 3, comma 10, in caso di esaurimento delle risorse nazionali l'intera quota va comunque garantita con fondi regionali.

I commi 7 e 8 confermano le disposizioni della precedente disciplina che riguardano:

- la possibilità di riconoscere il beneficio anche per una quota di mese, da ricalcolare in proporzione al numero di settimane lavorate, sempreché venga garantito il numero minimo di ore settimanali;
- la possibilità di riconoscere una maggiorazione nel caso in cui il beneficiario si avvalga di due o più addetti all'assistenza per più di 54 ore alla settimana.

Con specifico riguardo al comma 8 è legittimo attribuire la maggiorazione del 20% anche nel caso in cui uno dei contratti che compongono il monte ore sia inferiore alle 20 ore settimanali (c'è effettivo bisogno di assistenza per più di 54 ore a settimana).

Di converso, non va riconosciuta la maggiorazione nel caso in cui vi sia un solo assistente assunto (ad es. con contratto di 36 ore/sett.) e la famiglia abbia la necessità di sostituirlo temporaneamente, assumendone un altro, per una qualsiasi motivazione (ferie, maternità, malattia, ecc.) – è vero che i due contratti cumulati superano le 54 ore, ma l'assistenza effettiva è di sole 36 ore.

Comma 9 - valgono le considerazioni svolte in relazione al comma 6 dell'articolo 5 (riconoscimento del beneficio a più persone facenti parte del medesimo nucleo familiare); le stesse vanno tuttavia integrate per la diversa natura dei contributi trattati nei due distinti articoli.

Fermo restando che per attribuire due contributi devono essere predisposti due progetti nei quali sono chiaramente quantificate le ore di assistenza necessarie per ciascuna persona, le situazioni che possono comportare il riconoscimento di due o più CAF, ancorché uno solo di importo pieno, sono:

- a) presenza di un numero di assistenti pari al numero delle persone da assistere (uno per persona), ognuno con un proprio contratto;
- b) presenza, qualora consentito dalle norme in materia di lavoro, di un solo assistente con due o più distinti contratti (uno per persona assistita);
- c) presenza di un assistente con un solo contratto che assiste due persone.

Va inoltre precisato che, se nello stesso nucleo viene riconosciuto a una persona un APA e ad un'altra un CAF sulla base dei rispettivi distinti progetti, tali contributi, trattandosi di misure diverse, spettano interamente.

Si ritiene infine utile richiamare quanto precisato in occasione dell'entrata in vigore del precedente regolamento sui seguenti temi:

- contratti a tempo determinato: il regolamento non ne parla e pertanto non li esclude;
- nei periodi intercorrenti tra un contratto e l'altro viene meno il requisito principale di accesso alla misura. Valgono al riguardo i suggerimenti dati con la circolare 13 marzo 2015, n. 5506 circa i possibili comportamenti da tenere in tali circostanze, ad esempio il riconoscimento di un APA pro tempore. Nel merito, si ritiene che tale riconoscimento non debba superare un periodo di tre mesi, trascorso il quale

interviene la decadenza dal beneficio originario, con possibilità di avviare i casi interessati a nuove procedure di ammissione, secondo le ordinarie modalità.

Comma 10 – stabilisce che il contributo è interamente soggetto a rendicontazione; per le spese ammissibili si rimanda all'apposita sezione.

2.7. ARTICOLO 7 – sostegno alla vita indipendente (SVI)

E' forse l'intervento che, più che dal punto di vista "economico", che già prevede massimali tra i più elevati d'Italia, viene "rinnovato" dal punto di vista concettuale. Le più volte citate normative (Convenzione ONU, primo e secondo Programma d'azione, FNA vita indipendente, LR 16/2022) vengono pertanto recepite in toto sul piano del rispetto dei diritti, a tutela delle persone con disabilità all'interno della società, secondo il principio dell'accomodamento ragionevole, di cui all'art. 2 della Convenzione ONU, recepito e definito nella LR 16/2022 come un insieme "delle modifiche e degli adattamenti necessari e appropriati che non impongano un onere sproporzionato o eccessivo, adottati ove ve ne sia necessità in casi particolari, per garantire alle persone con disabilità il godimento e l'esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali nei casi in cui l'applicazione delle disposizioni di legge non ne garantisca l'effettivo e tempestivo esercizio".

Per comprendere meglio la filosofia complessiva, a supporto delle azioni concrete che dovranno essere messe in atto da parte dei servizi, si riporta di seguito una sintesi degli indirizzi contenuti nel Piano FNA 2019-2021 (Allegato F al DPCM 21 novembre 2019), ripresi in parte anche nell'articolato della LR 16/2022.

Il concetto di vita indipendente rappresenta, per le persone con disabilità, la possibilità di vivere la propria vita come qualunque altra persona, prendendo le decisioni riguardanti le proprie scelte con le sole limitazioni che possono incontrare le persone senza disabilità. Non si tratta necessariamente di vivere una vita per conto proprio o dell'idea della semplice autonomia, ma ha a che fare con l'autodeterminazione delle persone con disabilità, riverberandosi anche sull'ambito familiare della persona interessata.

Vita indipendente e libertà di scelta sono pertanto strettamente connesse all'inclusione delle persone con disabilità nella società.

Le persone con disabilità devono avere la possibilità di scegliere, su base di uguaglianza con gli altri, il proprio luogo di residenza e dove e con chi vivere, in modo che non siano obbligate a vivere in una "particolare sistemazione"; devono inoltre avere accesso ad una serie di servizi a domicilio o residenziali e ad altri servizi sociali di sostegno, compresa l'assistenza personale necessaria per consentire loro di vivere nella società e di inserirsi e impedire che siano isolate o vittime di segregazione.

Il modello è volto a favorire l'autodeterminazione, l'inclusione e la piena partecipazione delle persone con disabilità, attraverso la redazione diretta del proprio progetto di vita. La persona cui viene garantito il diritto di scelta si assume le conseguenti responsabilità e la consapevolezza degli eventuali rischi. Esso rappresenta una delle alternative possibili dell'assistenza diretta, scelta da altri, e favorisce la partecipazione delle persone con disabilità nella società, innescando meccanismi di mutamento culturali e materiali nell'ottica del "mainstreaming".

È necessario che per tutte le persone con disabilità, anche per chi necessita di maggiori o più intensi sostegni, siano privilegiati e garantiti politiche e servizi di sostegno, sulla base di progetti personali, affinché la persona con disabilità o chi la rappresenta possa programmare e realizzare il proprio progetto di vita adulta sia all'interno che all'esterno della famiglia e dell'abitazione di origine. E affinché i familiari della persona con disabilità possano adeguatamente compiere i loro ruoli genitoriali o parentali senza deprivazioni derivanti da sovraccarichi assistenziali o economici.

La valutazione multidimensionale rappresenta la premessa del progetto personalizzato inteso come un'azione integrata di misure, sostegni, servizi, prestazioni, trasferimenti, in grado di supportare il progetto di vita della persona con disabilità e la sua inclusione, redatto con la sua diretta partecipazione o di chi la rappresenta.

Nella selezione dei beneficiari deve essere accordata preferenza alle persone con disabilità in condizione di maggiore bisogno in esito alla valutazione multidimensionale, che tenga conto almeno delle limitazioni dell'autonomia, della condizione familiare, abitativa ed ambientale, nonché delle condizioni economiche della persona con disabilità.

I progetti personali dovrebbero: garantire il protagonismo della persona con disabilità o di chi la rappresenta; garantire una valutazione multidimensionale e ad ampio spettro delle condizioni personali e di contesto; garantire un ampio coinvolgimento dei servizi, delle reti formali e informali del territorio; garantire un sostegno alla progressiva acquisizione di autonomia personale e una contemporanea incentivazione delle attività, delle relazioni, degli impegni extradomiciliari; sviluppare capacità di espressione/comunicazione, autorappresentazione; costruire un'identità solida attraverso l'alleanza con la famiglia; sostenere e sviluppare una compliance con tutti gli attori coinvolti; sostenere, rafforzare e sviluppare i processi di pensiero; fornire un supporto alla famiglia di tipo psicologico, pedagogico attraverso incontri frequenti e la formazione anche condivisa; sviluppare relazioni con le collettività di riferimento.

A sostegno vanno elaborati e promossi modelli allocativi di "budget personalizzati", che consentano la definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire alla persona un funzionamento sociale adeguato, attraverso un progetto personalizzato alla cui elaborazione partecipino principalmente la persona con disabilità stessa, la sua famiglia e la sua comunità, ottimizzando l'uso integrato delle risorse diffuse in una logica non prestazionale e frammentata.

Il sostegno alla vita indipendente, inoltre, può essere promosso, nei termini e nelle misure indicate dalle équipe multiprofessionali, anche nei casi nei quali il beneficiario sia destinatario di tutele giuridiche che includano la presenza del tutore, dell'amministratore di sostegno o di altre figure previste dalla normativa vigente.

Con specifico riferimento alle persone con disabilità intellettiva devono essere adottate strategie volte a facilitare la comprensione delle misure proposte.

A partire dall'ordinaria programmazione sociale nei territori nonché dalle più recenti previsioni del Fondo per le non autosufficienze volte a meglio identificare le necessità di sostegno intensivo delle persone con disabilità, e da quanto previsto dalla legge 22 giugno 2016, n.112, in materia del cd. "dopo di noi" e relativa disciplina attuativa, devono, inoltre, essere poste in essere azioni tese a sviluppare strategie che consentano di garantire il più a lungo possibile la condizione indipendente attraverso interventi di welfare di comunità e nuove forme di inclusione su base comunitaria, anche grazie al sostegno allo sviluppo di un partenariato di territorio in grado di valorizzare l'impegno delle associazioni rappresentative delle persone con disabilità, nonché delle diverse organizzazioni del Terzo Settore operanti nella comunità di riferimento. Su tali basi, vanno promosse e consolidate le Agenzie per la vita indipendente, costituite prevalentemente da persone con disabilità, che offrano alle persone e ai servizi pubblici un supporto alla progettazione personalizzata e, allo stesso tempo, un aiuto per gli aspetti più pratici ed operativi nella gestione dell'assistenza indiretta.

La libera scelta dell'assistente va sempre garantita al beneficiario, fatte salve le eventuali indicazioni rappresentate dalle équipe multiprofessionali e riportate nel progetto personalizzato.

Il contributo economico per l'assistente personale connesso all'obiettivo di autonomia va considerato, ove opportuno, nel quadro dell'analisi condotta dalle équipe multiprofessionali, parte di un più ampio insieme di aree di progettazione connesse all'obiettivo di autonomia dichiarata, quali l'abitare in autonomia, le attività di inclusione sociale e relazionale, il trasporto sociale.

Si deve fare in ogni caso riferimento al fondamentale principio dell'appropriatezza in relazione alla espressione degli specifici bisogni della persona con disabilità.

Nell'area dell'inclusione sociale e relazionale è possibile prevedere la fattispecie dell'assistenza domiciliare. Tuttavia, dal momento che i servizi di questo tipo godono di diversi programmi specifici di finanziamento, essi saranno compresi nel progetto di vita indipendente solo nel caso in cui le équipe multiprofessionali li giudichino indispensabili per

garantire la sostenibilità del progetto personalizzato, allorquando i servizi garantiti con altre risorse siano insufficienti o inesistenti.

Possono essere inseriti nel progetto integrato servizi legati al godimento del tempo libero, alla più ampia partecipazione alle plurime dimensioni della vita quotidiana, al rafforzamento dei legami e delle relazioni sociali, al supporto dell'inclusione lavorativa o all'apprendimento, nonché al trasporto e alla mobilità sociale nella misura in cui non vengano forniti attraverso specifici programmi di finanziamento.

Sulla scorta degli indirizzi nazionali in materia vengono recepiti nell'articolato i concetti fondamentali sopra elencati.

Comma 1 – Viene esplicitato che il fondamento è la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità.

Comma 2 – definisce che i progetti sono realizzati in relazione alle azioni finanziabili di cui al comma 3, lett. c) e che la rendicontazione è confermata per almeno il 75% del contributo concesso.

Comma 3 – disciplina più elementi, quali:

- a) il target dei beneficiari, con riferimento a:
 - età: 18-64 – la locuzione “di norma”, lascia facoltà all'UVM, in alcuni casi specifici, debitamente motivati, di ammettere anche utenti, minori o anziani, che per caratteristiche e condizioni psico fisiche sono assimilabili all'età adulta;
 - tipologia: evidenza che Vita indipendente riguarda tutto il mondo della disabilità adulta, a prescindere dalla tipologia di deficit (fisica, psichica, intellettiva o sensoriale);
 - condizione di gravità: è necessario il riconoscimento dell'art. 3, co. 3 della legge 104/92 (che si rammenta essere condizione necessaria ma non sufficiente);
 - condizione di non autosufficienza come descritta nell'allegato A, tabella 3, per cui a seconda della tipologia di disabilità, per l'accesso al beneficio si applica: l'indice di Katz (anche scaturito da valutazione con Val.Graf o Q-VAD) – oppure la scheda GEFI (vedere l'apposita sezione dedicata ai sistemi di valutazione) qualora per la tipologia considerata le ADL siano scarsamente sensibili;
 - possibilità di avvalersi del sostegno, oltre che dei familiari o coloro che ne fanno le veci, di agenzie per la vita indipendente o consulenti alla pari (peer counselling), in maniera che i progetti predisposti rappresentino la migliore sintesi tra le aspettative del beneficiario e la valutazione multidimensionale, organizzando le risorse disponibili con il quadro dei servizi del territorio;
- b) la dinamicità dei progetti, che sono verificabili e modulabili nel tempo, adattandoli alle esigenze che via via possono manifestarsi;
- c) l'elenco delle azioni, che specifica e amplia quelle valide per tutto il FAP come richiamate all'art. 2, co. 2; si sottolinea che le tecnologie domotiche a supporto dell'abitare in autonomia, di cui al punto 5, non devono essere ricomprese negli elenchi LEA e sono rendicontabili, come spese mobili o strumentali, nel limite massimo di 5.000 euro previsto dall'art. 4, co. 7, lettera d).

Comma 4 – confermata la possibilità di proseguire con i progetti già in essere anche dopo il 65° anno di età.

Comma 5 – su richiesta della persona o di chi ne fa le veci l'UVM può ammettere all'equipe anche rappresentanti delle associazioni di riferimento o altre figure di supporto, come ad esempio gli assistenti alla comunicazione per le persone con disabilità sensoriali.

Si precisa che le eventuali partecipazioni all'equipe di associazioni o altre figure non devono costituire un ostacolo all'esercizio della piena autonomia e autodeterminazione del beneficiario, ma un'occasione per valorizzare gli effetti positivi di un'azione di orientamento alla vita indipendente, nonché per avvalersi di informazioni utili alla migliore predisposizione del progetto personalizzato.

Comma 6 – confermata la soglia ISEE di 60.000 euro.

Comma 7 – conferma e amplia i livelli di responsabilità nella scelta dell'importo già descritti nel commento all'art. 3, comma 7, raccomandando all'UVM di tenere conto, per la quantificazione, di tutte le risorse di contesto e di eventuali linee di finanziamento già attive. Il massimale viene adeguato, in linea con le altre misure, aumentandolo di circa il 10% (da 22.000 a 24.000 euro).

Si sottolinea che, fatti salvi i progetti in continuità, il massimale per la sola assistenza nelle attività di base e strumentali è di 12.000 euro/anno (allegato B, tabella 3).

Comma 8 – esplicita la possibilità di utilizzo del contributo anche in integrazione con progetti finanziati con le altre risorse nazionali dedicate alle persone con disabilità (FNA Vita indipendente e Dopo di Noi).

Comma 9 – conferma quanto già previsto nella vecchia disciplina in merito alla possibilità di utilizzo delle risorse non spese nei termini previsti dal decreto di concessione.

2.8. ARTICOLO 8 – sostegno ai progetti dedicati ai minori

Si tratta di una nuova misura con la quale si intende dare particolare rilevanza ai progetti dedicati ai minori e alle loro famiglie.

Comma 1 – definisce il target e i requisiti di ammissibilità secondo le seguenti due tipologie:

1. minori di anni 18 in possesso della certificazione di cui all'art. 3, co. 3 della legge 104/92 e di una specifica condizione di non autosufficienza, intesa come difficoltà o impedimento a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età, attestata secondo la Scala di Hansen, di cui all'allegato A); al riguardo vedere l'apposita sezione dedicata ai sistemi di valutazione;
2. minori con patologie oncologiche certificate e presi in carico dalla rete di cure palliative pediatriche – per l'attribuzione del FAP a questa fattispecie giova rammentare quanto già evidenziato nel commento relativo all'art. 3, che sottolinea che non sussiste un automatismo tra il riconoscimento della condizione e l'attribuzione del contributo, che può essere disposto solo dopo accurata valutazione, da parte dell'UVM, della condizione di bisogno del minore e del nucleo familiare rispetto alle problematiche connesse.

Comma 2 - definisce che i progetti sono realizzati in relazione alle azioni finanziabili di cui al comma 3, lett. c) e che è necessario presentare la rendicontazione per almeno il 50% del contributo concesso.

Comma 3 – disciplina i progetti indicando:

- a) chi può presentarli, evidenziando la possibilità di coinvolgere il minore;
- b) la loro dinamicità, analogamente al commento fatto per quelli di cui all'art. 7;
- c) le azioni previste.

Comma 4 - Per accompagnare il periodo di transizione all'età adulta si concede facoltà all'UVM di dare continuità alla misura anche dopo il compimento del diciottesimo anno, fino a un massimo di tre anni, ove necessario.

Comma 5 - Gli importi concedibili sono stabiliti a livello tabellare (allegato B, tab. 4), a seconda dell'ISEE, e sono diversi in relazione alle azioni individuate nel progetto, con somme più elevate (fino a 12.000 euro/annui) in caso di personale di assistenza retribuito ovvero con azioni ulteriori rispetto alla mera assistenza di base.

Comma 6 – specifica che la misura è finanziata interamente con risorse regionali.

Comma 7 - la soglia ISEE è fissata in 40.000 euro.

2.9. *ARTICOLO 9 – assegno dedicato alle persone in condizione di gravissima disabilità*

È l'articolo che reca la nuova disciplina dell'ex fondo gravissimi, comprensivo delle persone malate di SLA e di quelle con grave demenza.

Allo scopo, nelle more dei decreti attuativi della legge delega 227/2021, vista la necessità di identificare e descrivere la condizione di disabilità e di non autosufficienza, il DM 26 settembre 2016 avvia sperimentalmente un percorso di definizione dei beneficiari degli interventi in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale, con particolare riferimento alla definizione di gravissima disabilità.

Nel **DM 26 settembre 2016 (art. 3, co. 2)** per «disabilità gravissima» si è inteso individuare il carico assistenziale indotto da non autosufficienza a partire da alcune specifiche condizioni patologiche (malattie o menomazioni d'organo o apparato) e/o di assistenza strumentale rivolta a funzioni vitali, comunque associate a deficit funzionali misurati con specifiche scale. In altri termini, in assenza di uno strumento univoco nazionale per la misurazione del bisogno assistenziale anche a prescindere dalla patologia o menomazione, sono state identificate condizioni biomediche di gravità tale da permettere di cogliere, anche indirettamente e comunque con il supporto di specifici indicatori, la maggiore onerosità assistenziale non sanitaria richiesta. Le scale a suo tempo selezionate a qualificare la condizione di «gravissimo» stato per le singole patologie hanno le caratteristiche di essere: scientificamente validate, testate, con *cut-off* credibili, specifiche per le diverse tipologie di patologie/menomazioni considerate, gratuite, disponibili in italiano, semplici e tali da non richiedere tempi lunghi di applicazione.

Le procedure di segnalazione e di presa in carico di tutti i casi per i quali è stato rilevato un bisogno di tipo sociosanitario e/o socioassistenziale complesso, compresi quindi i casi di gravissima disabilità, sono definiti negli appositi protocolli operativi che già dovrebbero essere presenti nei territori, anche a seguito degli obiettivi di servizio riferiti ai LEPS di processo del Piano FNA 2022-2024 e previsti a carico dei servizi territoriali sanitari con DGR 480/2023 (*Linee annuali per la gestione del SSR anno 2023*) e dei servizi sociali con DGR 929/2023 (*Fondo nazionale per la non autosufficienza. Documento programmatico della Regione FVG per il triennio 2022-2024*).

Comma 1 - La condizione di disabilità gravissima è determinata ai sensi dell'articolo 3, commi 2 e 3 del DM 26 settembre 2016, secondo i criteri di seguito riportati:

*Per persone in condizione di **disabilità gravissima**, ai soli fini del presente decreto, 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 seguenti condizioni:*

- a) *persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di 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 (24/7);*
- 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 fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;

g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;

h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ 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 psicofisiche.

Le scale per la valutazione della condizione di disabilità gravissima, di cui alle lettere a), c), d), e), e h), sono illustrate nell'Allegato 1 al DM. Per l'individuazione delle altre persone in condizione di dipendenza vitale, di cui alla lettera i), si utilizzano i criteri di cui all'Allegato 2 del DM. Nel caso la condizione di cui alle lettere a) e d), sia determinata da eventi traumatici e l'accertamento dell'invalidità non sia ancora definito ai sensi delle disposizioni vigenti, gli interessati possono comunque accedere, nelle more della definizione del processo di accertamento, ai benefici previsti dalle Regioni, in presenza di una diagnosi medica di patologia o menomazione da parte dello specialista di riferimento che accompagni il rilievo funzionale.»

Comma 2 - l'accertamento della condizione di gravissima disabilità è effettuato dall'UVM tramite i distretti sanitari che hanno il compito di valutare i casi, anche in raccordo con altre strutture aziendali, avvalendosi delle figure professionali competenti nella somministrazione delle scale di cui agli allegati 1 e 2 del DM 26 settembre 2016 (riparto FNA 2016).

In caso di minori, con particolare riferimento a bambini che sono normalmente dipendenti in tutte le funzioni, la valutazione va fatta in comparazione con bambini normodotati della stessa età.

Comma 3 – disciplina gli importi facendo rimando alla relativa tabella (allegato B, tabella 5) – alcuni aspetti sono mutuati dal regolamento dell'ex fondo SLA, in particolare:

- la modulazione degli importi secondo l'ISEE;
- la maggiorazione per i figli fino ai 21 anni presenti nel nucleo familiare.

Comma 4 – riguarda, appunto, le eventuali maggiorazioni da applicare in presenza di figli a carico (allegato B, tabella 6).

Comma 5 – dispone l'utilizzo della quota gravissimi (QG) messa a disposizione dallo Stato (FNA) per l'intero importo spettante (100%), fatta salva la possibilità di utilizzare risorse regionali in caso di esaurimento della quota nazionale, come stabilito all'art. 3, co. 10.

Comma 6 - la soglia ISEE è di 60.000 euro, elevata a 65.000 per i minori con gravissima disabilità, secondo gli indirizzi del Piano FNA 2022-2024.

Comma 7 - in relazione all'elevato carico assistenziale richiesto conseguente alla condizione di gravissima disabilità, tale casistica è esclusa dall'obbligo di rendicontazione economica, favorendo invece le attività di monitoraggio nel merito dei progetti, che diventano pertanto ancora più importanti per la verifica nel tempo delle condizioni di salute delle persone interessate e la qualità dell'assistenza in relazione al progetto, secondo le indicazioni fornite nel commento all'art. 4, commi 4, 5 e 6.

2.10. ARTICOLO 10 – sostegno a progetti in favore di persone con problemi di salute mentale e/o dipendenze patologiche

Si tratta di un articolo unico che accorpa gli articoli 10, 11 e 12 del regolamento previgente.

La misura, in precedenza prevista in via sperimentale per la salute mentale, è estesa alle persone con dipendenze patologiche, anche minori, con particolare riferimento alla fascia adolescenziale, ed è stabilizzata a regime con le seguenti caratteristiche:

- Mantenimento della quota riservata;
- Introduzione di un massimale di 12.000 euro, per quanto riguarda la “quota di rilevanza sociale”;
- Introduzione della soglia ISEE di 30.000 euro (40.000 in caso di minori);
- Possibilità di assegnazione diretta alla persona di una quota relativa alla parte sociale, con conseguente rendicontazione secondo le regole di carattere generale descritte nel commento all'articolo 4;
- Possibilità di utilizzare il FAP per l'acquisto di beni mobili o strumentali fino a un massimo di 5.000 euro.

Comma 1 – stabilisce che la quota riservata del 7, 5% prevista all'art. 11, co. 3, lett. a) è dedicata al target di riferimento a copertura della spesa sociale del budget di salute, che rappresenta la parte finanziaria, a carico del SSR e del SSC, del budget personale di progetto, ai sensi dell'art. 9, co. 3 della LR 22/2019; il contributo è finalizzato al recupero dell'autonomia personale e all'integrazione sociale e lavorativa.

Comma 2 – definisce il target in relazione ai bisogni – si tratta di persone con problemi di salute mentale e/o di dipendenza patologica, anche minori di età che:

- Presentano bisogni sociosanitari complessi;
- Si trovano in una situazione di privazione delle risorse di contesto;
- Aderiscono al programma concordato.

Comma 3 – stabilisce che anche questi progetti vanno elaborati secondo gli esiti della valutazione multidimensionale, da effettuarsi con l'utilizzo degli strumenti appropriati individuati dai servizi competenti, e realizzati in percorsi assistenziali integrati.

Comma 4 – la soglia ISEE è individuata in 30.000 euro, fatta eccezione per i minori, per i quali la soglia è fissata in 40.000 euro (Allegato A, tabella 6).

Comma 5 – i tre assi di intervento (casa, lavoro, socialità) previsti dal vecchio regolamento sono ora definiti diversamente, con riferimento ai progetti che devono sviluppare percorsi di recovery, capacitazione e riduzione del danno mediante supporto alla domiciliarità, all'abitare inclusivo, alla formazione e all'inserimento lavorativo, alla socialità e alla affettività.

Ai progetti possono essere avviate, in relazione al target già evidenziato, persone che presentano almeno due delle condizioni elencate alla lettera b) – aggiornate rispetto alle precedenti - che orientano la valutazione dei bisogni e della loro complessità.

Comma 6 – ribadisce che per il sostegno economico è disposto il budget di salute e che la quota sociale può arrivare a un massimo di 12.000 euro/anno – la quota parte di competenza del SSR prevede un importo almeno pari a quello sociale definito nel progetto; ciò significa che l'ASS di competenza, qualora lo ritenesse opportuno, potrebbe prevedere anche una quota superiore a quella sociale.

Comma 7 – trova conferma il divieto di utilizzare le risorse per progetti comportanti l'inserimento in strutture residenziali.

Comma 8 – quella che era la temporalità sperimentale dei progetti trova una diversa formulazione: i progetti si intendono in continuità, fatto salvo il raggiungimento degli obiettivi prefissati, nel qual caso l'UVM può procedere alla chiusura del finanziamento FAP e alla identificazione di eventuali altri interventi istituzionali previsti.

Comma 9 – prevede che l'UVM può assegnare quota parte del finanziamento di parte sociale direttamente alla persona, per obiettivi di capacitazione e responsabilizzazione. In tal caso nel progetto vanno definite, in accordo con la persona, le spese ammesse e le modalità di rendicontazione. Ad esempio:

- a) in caso di obiettivo teso al conseguimento di autonomia abitativa potrà essere assegnato direttamente alla persona l'importo destinato al pagamento delle utenze, da rendicontarsi all'UVM mediante prova dell'avvenuto pagamento;
- b) in caso di obiettivo di inserimento lavorativo saranno ammesse e rendicontate le spese per il conseguimento della patente di guida.

In sostanza, a fronte del richiamo alla disposizione dell'articolo 13, comma 2, lettera a) della LR 22/2019, l'importo assegnato direttamente alla persona potrà essere utilizzato per l'acquisto di beni mobili e strumentali o di servizi a supporto dell'autonomia personale.

In relazione al massimale di 5.000 euro stabilito per le spese relative a beni mobili e strumentali, si precisa che tale limite va considerato a livello progettuale e può pertanto riguardare in quota parte sia l'importo assegnato direttamente alla persona che quello a remunerazione del servizio prestato dal soggetto del terzo settore coinvolto nella gestione del budget di salute.

Comma 10 – conferma in toto la medesima disposizione prevista già dal vecchio regolamento sul fatto che il budget di salute non è sostitutivo, ma aggiuntivo e complementare agli interventi già previsti nei compiti di prevenzione, cura e riabilitazione.

Comma 11 – chiarisce che l'Assemblea dei sindaci del Servizio sociale dei Comuni può delegare all'Azienda sanitaria territorialmente competente la gestione della quota di spesa sociale, prevedendo nel contempo le modalità e le tempistiche di monitoraggio di dette risorse.

Comma 12 - chiarisce che le risorse relative alla quota riservata, non utilizzate entro il periodo indicato nel provvedimento di concessione, possono essere spese entro l'esercizio successivo per le medesime finalità di cui al comma 1.

2.11. ARTICOLO 11 – criteri di riparto

È l'articolo che sostituisce la disciplina di riparto di cui al previgente regolamento n. 150/2017, mantenendone le caratteristiche di base, con qualche modifica, evidenziata di seguito nella descrizione dell'articolato.

Comma 1 – conferma l'art. 2, co. 1 del vecchio regolamento di riparto in relazione ai soggetti destinatari del FAP (Enti gestori del Servizio sociale dei Comuni).

Comma 2 – stabilisce che le risorse nazionali sono assegnate con provvedimento specifico, secondo le modalità e le tempistiche indicate nei rispettivi decreti statali, e che i criteri per il riparto delle quote nazionali sono gli stessi della quota regionale di cui al comma 4 (40% sulla popolazione residente – 60% sulla popolazione anziana).

Comma 3 – ricalca l'art. 3, co. 1 del vecchio regolamento di riparto, riservando una quota del 7,5% ai progetti di cui all'art. 10 (ripartita sulla base della popolazione residente), con la differenza che le risorse stanziare sul bilancio regionale non vengono assegnate per intero ma per il 90%, mantenendo una quota di riserva del 10% per il secondo riparto relativo ai fabbisogni (vedi comma 7).

Comma 4 – conferma i medesimi criteri di riparto dell'art. 4, co. 2 del vecchio DPREg. 150/2017.

Comma 5 - conferma la quota di almeno il 15% da destinare ai progetti di vita indipendente, di cui all'art. 4, co. 3 del vecchio DPREg. 150/2017.

Comma 6 – stabilisce l'obbligo per la Regione di comunicare gli esiti del riparto suddiviso per quote e capitoli di spesa (risorse regionali o nazionali).

Comma 7 – richiama la quota di riserva del 10% già menzionata al comma 3, disponibile per soddisfare gli eventuali ulteriori fabbisogni.

Commi 8 e 9 – confermano in toto quanto già previsto all'art. 4, commi 5 e 6 del vecchio regolamento di riparto, sulla comunicazione dei fabbisogni per le persone già in carico e per quelle in lista d'attesa entro il 31 luglio di ogni anno, e sul conseguente riparto che dà in ogni caso priorità ai casi in continuità.

2.12. ARTICOLO 12 – dichiarazione di utilizzo e dati di sintesi

Una necessità dovuta al debito informativo che lo Stato richiede in relazione al riparto FNA; le tabelle, costruite in maniera simile a quelle proposte dal Ministero, andranno implementate con i dati relativi all'impiego delle risorse riferite alle varie misure, nonché con i dati relativi all'utenza, in particolare quella raggiunta da risorse provenienti dal FNA.

Comma 2 – riguarda lo schema di cui all'allegato C: va indicata la spesa per ogni misura a valere sulle risorse nazionali e/o regionali – a regime le risorse nazionali potranno essere impiegate solo sull'art. 6 o sull'art. 9.

Comma 3 – riguarda le tabelle di cui all'allegato D:

- Tabella 1: va indicato il n° di persone raggiunte da risorse nazionali e quelle per le quali sono state utilizzate risorse regionali – gli utenti per i quali sono state utilizzate risorse “miste” vanno indicati solo nella prima riga; la seconda è riservata alle persone raggiunte da risorse esclusivamente regionali;
- Tabella 2: la tabella ricalca quella proposta dallo Stato nel Piano FNA 2022-2024 e va implementata indicando solo le persone anziane (suddivise per sesso e due classi d'età) raggiunte dal CAF o da AGD con quote di risorse nazionali;
- Tabella 3: la tabella è simile a quella nazionale e va implementata indicando le persone con disabilità adulte raggiunte da AGD o CAF ovvero minori con disabilità gravissima (solo AGD) – la tabella prevede una suddivisione per gravità, sesso e classi di età;
- Tabella 4: è la tabella già utilizzata per la rilevazione delle persone con gravissima disabilità – nella tabella vanno indicate solo le persone raggiunte dal FAP, evitando di indicare più di una tipologia (lettere da a) ad i) per ogni persona.

2.13. ARTICOLO 13 – procedure di concessione ed erogazione dei benefici, nonché di formazione e gestione delle liste di attesa

Vengono mantenuti in toto i contenuti di cui al regolamento previgente. L'articolo, pur occupandosi di procedure, è occasione per affermare e mettere in risalto il fatto che la presa in carico e il progetto personalizzato sono elementi basilari del sistema integrato e presiedono all'individuazione e all'attivazione degli interventi più appropriati per l'utenza, nel cui novero si colloca anche il FAP. Sottolinea inoltre quello che l'intero regolamento trasmette seppur indirettamente e cioè che il progetto è un diritto per ogni persona in condizione di bisogno, indipendentemente dal fatto che preveda o meno il ricorso a interventi economici.

Comma 2 – nel ribadire che l'accesso al FAP è subordinato alla valutazione della gravità e alla predisposizione del progetto personalizzato, stabilisce che, allo scopo, i territori stilino delle liste dei casi segnalati o conosciuti e attivino la presa in carico entro 30 giorni dalla segnalazione, che sono ridotti a 10 nel caso di malati terminali.

Comma 3 – conferma l'obbligo della formazione e della gestione di apposite liste di attesa, in cui vanno inseriti i nominativi di coloro ai quali è stato riconosciuto il beneficio in sede di progetto ma per i quali non vi sono risorse disponibili.

Gli ambiti sono tenuti ad aggiornare le liste con cadenza semestrale. A questo riguardo, si ritiene che per l'aggiornamento si debba tener conto, oltre che degli eventuali nuovi casi da inserire, anche di fatti rilevanti nel frattempo intervenuti che vadano a incidere sul posizionamento dei casi già presenti nelle liste.

Comportamenti generali per la tenuta delle liste d'attesa sono i seguenti:

- a) la lista di attesa si forma solo qualora non vi siano risorse sufficienti per soddisfare l'intero fabbisogno;

- b) qualora nel frattempo si reperiscano risorse, nel corso del semestre la lista viene via via assottigliata; se la stessa viene esaurita, possono essere ammesse al beneficio, sulla base del principio espresso al punto a), anche persone non ancora inserite in lista di attesa, secondo l'ordine cronologico di presa in carico.

Comma 4 - dispone l'obbligo di invio delle liste di attesa alla Regione e i relativi termini temporali. Si evidenzia l'importanza di questa disposizione, inserita nel testo proprio allo scopo di consentire alla Regione di ricavare nel tempo più breve possibile, sulla scorta delle informazioni pervenute, il reale fabbisogno dei territori.

Va da sé che, al fine di quantificare appropriatamente il fabbisogno, è necessario che le diverse tipologie d'intervento per le quali le persone sono collocate nelle liste vengano evidenziate distintamente, utilizzando la modulistica messa a disposizione degli uffici regionali.

Si raccomanda il rispetto della privacy, con l'applicazione delle strategie previste dalle normative vigenti.

Comma 6 - specifica che la concessione del beneficio decorre dal primo giorno del mese successivo alla disponibilità economica.

Comma 7 - stabilisce cadenze di erogazione uniformi sul territorio regionale, mensili o bimestrali.

Al riguardo, vedere alcuni suggerimenti nella sezione dedicata alla rendicontazione.

Comma 8 - dispone la sospensione del beneficio pro quota giornaliera in caso di ricovero, confermando in 60 giorni la "franchigia" oltre la quale scatta la sospensione.

Si conferma che i 60 giorni considerati possono essere cumulati anche non continuativamente in un ciclo di 12 mesi, che ha "convenzionalmente" inizio dalla data di decorrenza del beneficio e quindi non coincide necessariamente con l'anno solare.

Con particolare riferimento alla possibilità che periodi di ricovero si verifichino nel corso di progetti di durata inferiore a 12 mesi, a seguito dei confronti e degli approfondimenti effettuati negli anni, è emerso l'orientamento, ritenuto più equo e più pertinente, di rideterminare il numero di giorni di franchigia proporzionalmente alla durata del ciclo progettuale. Esempio: per un progetto di durata di sei mesi il numero di giorni di franchigia passa da 60 a 30, quindi dal 31° giorno c'è la sospensione pro quota giornaliera.

2.14. ARTICOLO 14 - abrogazioni

Stabilisce le abrogazioni. In particolare, saranno abrogati i regolamenti FAP n. 7/2015 e 150/2017, nonché i regolamenti di fondo gravissimi n. 247/2009 e SLA n. 201/2012.

2.15. ARTICOLO 15 – norme transitorie

Da curare con particolare attenzione la fase di transizione, sia con riferimento alle persone già beneficiarie del FAP, che a quelle afferenti al Fondo gravissimi e al Fondo SLA, che dovranno essere prese in carico da parte dei servizi, con predisposizione dei progetti personalizzati.

Comma 1 – si occupa genericamente di tutte le persone già beneficiarie del FAP, per le quali può continuare ad applicarsi la disciplina di cui al DPR n. 7/2015 fino alla scadenza del progetto personalizzato e comunque fino al limite massimo del 31 dicembre 2024. In linea generale:

- al momento del rinnovo del progetto, l'UVM valuterà se continuare con la medesima misura (es. APA con APA) ovvero modificandola con un'altra ritenuta più appropriata; in ogni caso dovranno essere verificati i requisiti di accesso alla misura previsti dal nuovo regolamento, con particolare riferimento alle soglie ISEE;
- in caso di rispetto dei requisiti e di rinnovo del progetto, l'applicazione dei nuovi importi decorre dalla data del rinnovo medesimo, fatte salve le disposizioni specifiche previste per le gravissime disabilità;

- in caso di minori, una volta giunti a scadenza gli eventuali vecchi progetti APA o CAF, non sussiste più la possibilità di rinnovo per queste misure, bensì l'afferenza ai progetti di cui al nuovo art. 8, ovvero all'art. 9, in presenza di condizioni di gravissima disabilità;
- i progetti di salute mentale in essere possono andare in continuità con la previgente disciplina al massimo fino al 31 dicembre 2024. Stante l'introduzione della soglia ISEE di 30.000 euro, l'eventuale prosecuzione è assoggettata al nuovo regime;
- per le persone titolari dei progetti di cui agli ex articoli 8 e 9 del vecchio regolamento (SAFE e gravi demenze) si applicano le disposizioni dei successivi commi.

Comma 2 – disciplina il comportamento da tenere nei confronti delle persone presenti nelle liste d'attesa, per le quali il FAP non è stato ancora effettivamente disposto.

In linea generale valgono le medesime indicazioni fornite nel commento al comma 1, per cui per questi casi è facoltà dell'UVM mantenere la medesima tipologia progettuale, adeguando, laddove previsto dalle rispettive tabelle, i relativi importi, ovvero disporre una misura diversa, ritenuta più appropriata.

Comma 3 – alla scadenza dei relativi progetti le persone già beneficiarie del SAFE, misura destinata ad estinguersi, vengono rivalutate in funzione di un progetto appropriato, previa verifica del mantenimento dei requisiti reddituali, secondo le seguenti fattispecie:

- persone adulte: per prima cosa va valutato se la persona ha le caratteristiche di gravissima disabilità – in caso affermativo va indirizzata, a seconda della situazione specifica, o all'art. 9 (AGD) o all'art. 7 (SVI); in caso negativo a SVI, APA o CAF;
- minori: per prima cosa va valutato se la persona ha le caratteristiche di gravissima disabilità – in caso affermativo l'intervento appropriato è quello di cui all'art. 9 (AGD), in caso negativo art. 8 (SPM).

Comma 4 – le persone già riconosciute ai sensi del vecchio regolamento come affette da grave demenza, tramite la somministrazione della scala CDRs, alla scadenza dei rispettivi progetti vengono ammesse di diritto all'intervento di cui al nuovo art. 9, con predisposizione di un nuovo progetto. Il riconoscimento dei nuovi importi decorre dalla data del rinnovo.

Comma 5 - Fatta salva la possibilità per l'UVM, di concerto con la persona o con chi ne fa le veci, di optare per una diversa tipologia di intervento FAP ritenuta più appropriata (normalmente uno SVI), gli ex fondo gravissimi confluiscono di diritto nel nuovo art. 9, anche in deroga ai requisiti minimi di accessibilità previsti dalla nuova disciplina. Contestualmente verrà chiuso l'eventuale FAP già in essere, stante il divieto di cumulo.

Comma 6 - tutti i dati e le informazioni sono messi a disposizione degli EEGG dalla Regione, con la collaborazione delle Aziende sanitarie di competenza territoriale, e viene concesso un congruo periodo di tempo (primo trimestre 2024) per la predisposizione dei progetti personalizzati. In ogni caso i benefici decorreranno dal 1° gennaio 2024.

Comma 7 – salvaguarda i diritti acquisiti delle persone per le quali non si ritiene appropriato un eventuale passaggio allo SVI che, transitando da fondo gravissimi al nuovo FAP, sarebbero penalizzate economicamente rispetto al cumulo dei due fondi già attivi nel 2023. A costoro va garantita (fatto salvo il superamento della soglia ISEE che comporta l'esclusione) un'entità del progetto annuale almeno pari a quanto cumulato nell'ultimo anno. Ad esempio: a una persona senza figli a carico con ISEE di 18.000 euro (importo tabellare teorico spettante 17.820 euro) che percepiva fondi cumulati per 20.000 euro, va mantenuto per il 2024 l'importo annuo di 20.000 euro in deroga alla quota tabellare. Tale importo va garantito, a parità di bisogno e fascia ISEE, anche per gli anni successivi.

Comma 8 – le persone afferenti all'ex fondo SLA confluiscono, senza distinzione di classe, al nuovo art. 9, – per questi utenti si mantiene in via transitoria, almeno per un quadrimestre, la gestione contributiva in capo all'Area Welfare; nel corso di tale periodo avverranno gli opportuni passaggi di consegne agli EEGG che provvederanno alla predisposizione dei relativi progetti.

Pertanto, nel corso del quadrimestre:

- per i casi in continuità:
 - l'ASS di competenza si occupa di eventuali comunicazioni relative ai propri casi e provvede, qualora ne venisse in possesso, alla trasmissione ad AW della documentazione ISEE;
 - AW provvede alle consuete attività di acquisizione della documentazione ISEE nonché di erogazione dei contributi, con i vecchi importi;
- per i casi segnalati nel corso dell'ultima finestra 2023:
 - l'ASS di competenza si occupa di eventuali comunicazioni relative ai propri casi e provvede, qualora ne venisse in possesso, alla trasmissione ad AW della documentazione ISEE;
 - AW provvede alle attività previste dal regolamento del Fondo SLA, compresa l'acquisizione della documentazione ISEE, e alla relativa erogazione dei contributi, con i vecchi importi;
- Per i nuovi casi:
 - non va più inoltrata ad AW tutta la documentazione relativa ai nuovi casi, essenziale per la presa in carico, la predisposizione dei progetti personalizzati e la relativa erogazione da parte degli EEGG;
 - l'ASS di competenza provvede al raccordo con il relativo ente gestore del SSCC per le successive attività di valutazione e di presa in carico, secondo le nuove procedure, nonché alla condivisione con l'Ambito medesimo della documentazione ISEE eventualmente in suo possesso.

Comma 9 – prevede che la Regione possa eseguire dei riparti ad hoc per fare fronte alla transizione dei casi afferenti al nuovo art. 9.

2.16. ARTICOLO 16 – entrata in vigore

L'entrata in vigore è prevista dal giorno successivo alla pubblicazione ma l'efficacia decorre dal 1° gennaio 2024.

2.17. ALLEGATI

Previsti 5 allegati:

- A. sugli strumenti di valutazione e i criteri di accesso;
- B. sull'entità delle misure;
- C. sui dati relativi alle risorse dedicate alle varie misure;
- D. sui dati di utenza;
- E. sui punteggi per le liste d'attesa.

Per quanto concerne l'allegato E, si precisa che, con riferimento agli utenti gravissimi di cui all'art. 9, che vengono valutati con gli appositi strumenti previsti a livello ministeriale, fatti salvi i casi di grave demenza, ai quali vengono attribuiti i relativi punteggi scaturiti dalla CDRs, il criterio funzionale da assegnare in caso di inserimento in lista d'attesa è sempre quello massimo (punti 30).

Alle persone afferenti all'articolo 10 per le quali dovesse essere necessario l'inserimento in lista d'attesa, il punteggio da assegnare con riferimento al criterio funzionale, dipende dal numero di condizioni compromesse di cui all'art. 10, co. 5, lett. b), che viene assimilato al numero di ADL perse: ad esempio per 3 condizioni presenti, il punteggio è assimilabile a 3 ADL perse, con relativa assegnazione di 10 punti. Alle persone con 6 o più condizioni rilevate andrà attribuito il punteggio massimo (punti 30).

3. STRUMENTI DI VALUTAZIONE

Per quanto riguarda specificamente la valutazione della disabilità, nelle more del recepimento dei decreti attuativi previsti dalla legge 22 dicembre 2021, n. 227 (Delega al Governo in materia di disabilità), che forniranno un nuovo quadro di riferimento sulla definizione della condizione di disabilità, sull'accertamento della condizione di disabilità e revisione dei suoi processi valutativi di base, nonché sulla valutazione multidimensionale della disabilità, ai fini dell'attribuzione del FAP, sono stati individuati, anche in funzione del perseguimento di una maggiore omogeneità a livello regionale, gli strumenti di seguito rappresentati.

Risulta necessario però effettuare delle precisazioni preliminari riguardanti gli strumenti di valutazione della presa in carico adottati a livello regionale.

Restano fermi gli strumenti di valutazione multidimensionale che la Regione ha adottato ai fini della presa in carico integrata (Valgraf e Qvad), anticipati in premessa e per i quali si riportano di seguito, a fini collaborativi, i riferimenti normativi e la documentazione necessaria al loro utilizzo. Si sottolinea il fatto che entrambi gli strumenti producono numerosi indicatori, tra i quali sono reperibili i punteggi relativi alle ADL di Katz e quelli relativi alla CDRs, che possono quindi essere utilizzati anche in funzione dell'attribuzione del FAP per quanto riguarda la valutazione della gravità della condizione di non autosufficienza.

Valgraf – strumento di valutazione per la presa in carico della persona anziana

- Delibera n° 92 dd 25 gennaio 2019.

Q-Vad – strumento di valutazione per la presa in carico della persona con disabilità

- Delibera n° 370 dd 3 marzo 2017 – avvio del percorso per la valutazione delle condizioni di vita delle persone con disabilità che usufruiscono dei servizi a regime residenziale e semiresidenziale. L'allegato riporta l'approccio teorico-scientifico per le attività di valutazione.
- Decreto n° 1050/SPS dd 03 agosto 2017 – adozione della prima versione della scheda di valutazione dello strumento Q-vad, con obbligo dell'utilizzo per i setting residenziali e semiresidenziali; per il setting domiciliare ne è stato proposto e auspicato l'utilizzo.
- Delibera n° 1134 dd 24 luglio 2020 – approvazione delle linee guida per la presa in carico integrata delle persone con disabilità (sub allegato A1). In attuazione delle disposizioni previste dall'art. 5 della LR 22/2019, la delibera tra l'altro definisce le fasi del processo di presa in carico in termini di (1) accesso, (2) valutazione multidimensionale, (3) definizione del progetto personalizzato, (4) attuazione degli interventi progettati, (5) monitoraggio. La delibera stabilisce che la valutazione con lo strumento Q-Vad sia un elemento fondante della presa in carico a prescindere dal setting assistenziale; inoltre ne definisce le procedure, le caratteristiche e gli operatori interessati sia di parte sociale che sanitaria.
- Decreto n° 62621/GRFVG del 21 dicembre 2023 – adozione dei profili di bisogno che categorizzano le valutazioni in cinque profili di intensità dei sostegni (assente, lieve, moderata, elevata, elevatissima).
- Si richiamano infine le disposizioni generali relative alla valutazione multidimensionale previste all'art. 7 della L.R. 22/2019, nonché le disposizioni specifiche per le persone con disabilità descritte in particolare all'art. 23 della L.R. 16/2022.

Fatta salva la specifica valutazione riservata alle persone che si ritiene possano avere le caratteristiche per rientrare tra quelle definite con disabilità gravissima (art. 3 del DM di riparto del FNA 2016), per le quali si utilizzano le scale di cui agli allegati 1 e 2 del DM medesimo, gli strumenti definiti dal regolamento, come dettagliati nelle premesse all'Allegato A), sono:

- per la valutazione di ammissibilità dell'anziano gli indicatori da considerare per definire la condizione di non autosufficienza sono l'indice di Katz oppure la Clinical Dementia Rating Scale (CDRs). La soglia per l'accesso al contributo è rispettivamente:

- a) Impossibilità di svolgere almeno 2 attività di base della vita quotidiana – Activities of Daily Living (ADL), misurata secondo la scala ADL di Katz;
 - b) Condizione di demenza almeno di grado 2 (CDR 2), misurata secondo la Clinical Dementia Rating Scale (CDRs);
- per la valutazione di ammissibilità della persona con disabilità adulta, è necessaria la compresenza della certificazione di cui all'art. 3, co 3 della legge 104/92 unitamente a uno dei seguenti indicatori:
 - a) Impossibilità di svolgere almeno 2 attività di base della vita quotidiana – Activities of Daily Living (ADL), misurata secondo la scala ADL di Katz, oppure:
 - b) punteggio superiore a 150 derivante dalla somministrazione della scheda di valutazione multidimensionale Global Evaluation Functional Index (G.E.F.I.) – da utilizzarsi solo nel caso in cui la scala di Katz sia scarsamente sensibile in relazione alla problematica della persona con disabilità (es. sensoriale, intellettiva, psichica).

Per i minori con disabilità, ferma restando la certificazione della condizione di disabilità art. 3, co. 3 di cui alla legge 104/1992, l'indicatore per definire la condizione di non autosufficienza (valore soglia per l'accesso al contributo), intesa come difficoltà o impedimento a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età, è: importante deficit funzionale (grado 3) o impotenza funzionale (grado 4) in almeno tre funzioni della Scala di Hansen.

Per i minori con patologie oncologiche documentate, qualora l'UVM riscontrasse un bisogno assistenziale che possa essere soddisfatto con il FAP, per l'accesso al contributo è sufficiente l'evidenza della presa in carico da parte della rete di cure palliative pediatriche.

Tralasciando Katz e CDRs per le quali i servizi vantano già un'esperienza pluriennale, si descrivono di seguito i nuovi strumenti proposti, che vanno somministrati, a cura dell'UVM, avvalendosi delle figure professionali di profilo sanitario o sociale, competenti per gli item interessati.

3.1. SCALA GEFI

INDICE DI VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE

È una scala di valutazione multidimensionale composta da una sezione di rilevanza sanitaria e una sezione di rilevanza sociale.

Si compone di dieci domande riguardanti i fattori medico-biologici:

1. Capacità di movimento;
2. Stato mentale;
3. Orientamento spazio/tempo;
4. Piaghe da decubito;
5. Alimentazione;
6. Fabbisogno di assistenza infermieristica;
7. Ritmo sonno/veglia;
8. Condizioni di salute;
9. Funzioni sensoriali;
10. Controllo degli sfinteri;

e di cinque domande riguardanti i fattori assistenziali e socio-ambientali:

11. Igiene personale e abbigliamento;
12. Situazione abitativa domiciliare;
13. Situazione familiare;
14. Situazione economico-finanziaria;
15. Contatto sociale.

L'indice che ne scaturisce è in grado di individuare il fabbisogno assistenziale e il grado di dipendenza.

Il punteggio attribuibile va, a seconda dell'item, da 0 a 50, da 0 a 75 oppure da 0 a 100, in relazione al grado di dipendenza.

Il punteggio totale ottenuto sommando le due sezioni fornisce l'indice di dipendenza e varia da 0 – massima autosufficienza – a 1000 – massima non autosufficienza. Più dettagliatamente:

- Per valori da 0 a 100 compreso – autosufficienza o moderata dipendenza;
- Per valori da 100 a 200 compreso – non autosufficienza parziale;
- Per valori superiori a 200 – non autosufficienza.

Per l'accesso al FAP, fermo restando il riconoscimento della condizione di gravità di cui all'art. 3, co. 3 della legge 104/1992, la condizione minima di non autosufficienza è stabilita da un punteggio complessivo >150.

Per ciascuna delle funzioni effettuare una sola scelta contrassegnando la descrizione meglio corrispondente.

scala geri	Prima valutazione	Seconda valutazione	Terza valutazione
sezione a – FATTORI medico-BIOLOGICI			
capacità di movimento			
Cammina autonomamente	0	0	0
Cammina con bastone o altro supporto	10	10	10
Cammina con l'aiuto di un'altra persona	25	25	25
Seduto in carrozzina	50	50	50
Allettato	100	100	100
stato mentale			
Parla e comprende	0	0	0
Comprende soltanto	25	25	25
Non comprende	75	75	75
Comportamento aggressivo o pericoloso	100	100	100
orientamento spazio temporale			
Orientato	0	0	0
Parzialmente orientato	25	25	25
Disorientato frequentemente	50	50	50
Stabilmente disorientato	75	75	75
piaghe da decubito			
Assenti	0	0	0
Superficiali (stadio I – II)	25	25	25
Profonde (stadio III)	75	75	75
Profonde (stadio IV)	100	100	100
alimentazione			
Indipendente	0	0	0
Mangia da solo pasti già preparati/necessita di aiuto	25	25	25
Deve essere imboccato	50	50	50
FABBISOGNO DI assistenza infermieristica			
Buona salute, non necessita di assistenza infermieristica	0	0	0
Necessita di assistenza infermieristica	5	5	5
Necessita di supervisione nell'assunzione dei medicinali	10	10	10
Necessita di assistenza infermieristica 1 volta alla settimana	25	25	25
Necessita di assistenza infermieristica più volte alla settimana o quotidiana	50	50	50
ritmo sonno e veglia			
Regolare	0	0	0
Irrequietezza notturna	10	10	10
Sonnolenza diurna ed irrequietezza notturna	25	25	25
Completa alterazione (inversione del ritmo)	50	50	50
condizioni di salute			
Buona salute, non necessita di cure mediche	0	0	0
Necessita di cure mediche saltuarie a domicilio	5	5	5
Necessita di cure mediche settimanali a domicilio	25	25	25
Necessita di cure mediche quotidiane	75	75	75
funzioni sensoriali			
Apparentemente normali	0	0	0
Deficit tatto/gusto	5	5	5
Deficit uditivo	15	15	15
Deficit visivo	25	25	25
Deficit visivo grave	50	50	50
Deficit uditivo grave e/o visivo globale grave	100	100	100
CONTROLLO DEGLI SFINTERI			
Controllo completo	0	0	0
Incontinenza urinaria episodica	10	10	10
Incontinenza urinaria notturna	25	25	25
Incontinenza urinaria diurna	30	30	30
Portatore di catetere a permanenza	50	50	50
Incontinenza doppia (urinaria e fecale)	100	100	100

sezione B – FATTORI assistenziali e socio ambientali			
igiene personale e abbigliamento			
Autonomia e autosufficienza completa	0	0	0
Necessita di aiuto e/o supervisione	25	25	25
Deve essere lavato e vestito	50	50	50
situazione abitativa domiciliare			
Alloggio idoneo	0	0	0
Mancanza di alcuni servizi all'interno dell'alloggio	15	15	15
Barriere architettoniche	25	25	25
situazione familiare			
Famiglia collaborante e in grado di fornire assistenza	0	0	0
Famiglia che necessita di aiuto	25	25	25
Famigliare incapace o non collaborante	35	35	35
Senza famiglia/amici	50	50	50
situazione economico-finanziaria			
Completamente sufficiente	0	0	0
Necessita di aiuto da parte dei parenti	5	5	5
Necessita di aiuto da parte di conoscenti o volontari	15	15	15
Precarietà economica	20	20	20
Povertà estrema	25	25	25
CONTATTO SOCIALE			
Attivo ed autonomo senza limitazioni geografiche	0	0	0
Autonomo nell'ambito del quartiere o paese	10	10	10
Limitato al vicinato	25	25	25
Limitato alla famiglia	35	35	35
Isolamento sociale	50	50	50

Sezione A – FATTORI MEDICO-BIOLOGICI - subtotale	/800	/800	/800
Sezione B – FATTORI ASSISTENZIALI E SOCIO AMBIENTALI - subtotale	/200	/200	/200
Totale punteggio GEFI (A+B)	/1000	/1000	/1000
Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Firma del compilatore (compilatori)	_____	_____	_____

Note:

3.2. SCALA DI HANSEN

In assenza di strumenti specifici disposti a livello regionale per la valutazione dei minori e, giova ripeterlo, nelle more del recepimento dei decreti attuativi previsti dalla legge 22 dicembre 2021, n. 227 (Delega al Governo in materia di disabilità), la scala proposta, già utilizzata in modo efficace in qualche territorio, consente, ai soli fini dell'attribuzione del FAP, di individuare una condizione omogenea di non autosufficienza per i minori, intesa come difficoltà o impedimento a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età, stante le numerose richieste pervenute dai territori.

Lo strumento si caratterizza per la semplicità e per la "somiglianza" con la scala di Katz; si compone di 8 item, per i quali va scelto un solo punteggio, che va da 0 a 4, secondo la seguente scala di gravità:

0. funzione normale;
1. disturbo presente ma senza deficit funzionale – completamente indipendente;
2. moderato deficit funzionale – limitazione occasionale;
3. importante deficit funzionale – parzialmente dipendente;
4. impotenza funzionale – dipendenza totale.

Trattandosi di minori, nei casi in cui la funzione non sia valutabile in valore assoluto, ad esempio per bambini che sono normalmente dipendenti in tutte o alcune funzioni, si farà riferimento alla funzione comparandola con quella relativa a bambini della stessa età.

Si rammenta che la scala non va somministrata ai minori che si ritiene possano essere in condizione di gravissima disabilità, per i quali si applicano gli strumenti descritti con riferimento all'articolo 9.

Per l'accesso al FAP, fermo restando il riconoscimento della condizione di gravità di cui all'art. 3, co. 3 della legge 104/1992, **la condizione minima di non autosufficienza è costituita da una compromissione di grado 3 o 4 in almeno 3 funzioni della scala.**

SCALA DI HANSEN						
FUNZIONE	GRADO					
1-LOCOMOZIONE	0	1	2	3	4	
2-MANIPOLAZIONE	0	1	2	3	4	
3-VISIONE	0	1	2	3	4	
4-UDITO	0	1	2	3	4	
5-COMUNICAZIONE	0	1	2	3	4	
6-SFINTERI	0	1	2	3	4	
7-CURA DI SE'	0	1	2	3	4	
8-RELAZIONI SOCIALI	0	1	2	3	4	
n° totale funzioni compromesse (almeno grado 3 o 4)						

Data:

Firma del compilatore:

Note:

4. RENDICONTAZIONE

4.1. *Principi sintetici che guidano le attività di rendicontazione*

Questa sezione intende fornire alcuni orientamenti che possano dare indicazioni riguardanti le attività di rendicontazione, rivolte sia agli operatori coinvolti nella presa in carico e nella gestione anche amministrativa del Fondo Autonomia Possibile, che ai familiari o alle stesse persone non autosufficienti o con disabilità che beneficiano o si avvicinano al FAP.

Le indicazioni relative alla rendicontazione degli interventi relativi al FAP all'interno del Regolamento sono disciplinate dall'art. 4, in particolare dai commi 7-9. La verifica dell'appropriatezza delle azioni inserite nei progetti e quindi delle relative spese andrebbe predefinita in UVM, in conformità al comma 7, in modo da evitare successivi contenziosi. Si pone cura nel precisare, come si evince nel testo regolamentare, che le attività di rendicontazione fanno parte e derivano dalle attività legate alla predisposizione, all'aggiornamento e al monitoraggio del progetto personalizzato. In altre parole, la rendicontazione costituisce un aspetto delle attività di monitoraggio del progetto e in larga parte ne dipende. Diversamente, qualora le attività di controllo si riducessero a una mera verifica formale delle spese, si comprometterebbe la personalizzazione, l'accuratezza e la presa in carico in generale, con possibili influssi negativi anche sulla professionalità degli operatori, che si ridurrebbero a meri controllori di pratiche amministrative. Le attività di rendicontazione, pertanto, se da un lato sono necessarie per la verifica dell'appropriatezza di utilizzo delle risorse destinate al progetto, dall'altro vanno eseguite secondo lo spirito e gli intendimenti che permeano l'intera disciplina del FAP, che sono volti in primo luogo a favorire l'utenza anche in merito alla certezza e cadenza periodica degli aiuti pubblici.

Come spesso emerso all'interno dei tavoli di confronto con gli operatori e i loro responsabili, dei report periodici, ma anche da parte dei beneficiari stessi, sono presenti all'interno della disciplina del FAP elementi di discrezionalità che generano "disorientamento". Tra questi elementi spicca il tema della rendicontazione delle spese per i progetti personalizzati. Secondo molti, tale indeterminatezza provoca difficoltà nel valutare nei singoli progetti quali attività siano dimostrabili, e quindi, quali azioni siano ammissibili. La percezione di una tale discrezionalità rischia di trovare soluzione in un'eccessiva rigidità, concentrando tutta l'attenzione su cosa sia possibile ammettere a rendiconto e cosa no. Per ridurre al minimo i possibili disagi, le presenti indicazioni tentano di dare una risposta, tenuto conto dell'impossibilità di rappresentare tutte le possibili casistiche.

La sezione non presenta pertanto un elenco chiuso di attività ritenute ammissibili e che possono essere presentate a rendiconto dei progetti. Un elenco rigido viene visto infatti come un fattore limitante le possibilità reali di costruzione di un progetto personalizzato realmente adattato alle necessità e aspirazioni delle persone prese in carico, viste le infinite variabili, per cui si ritiene di illustrare, tramite un'elencazione esemplificativa e non esaustiva, alcune fattispecie, che sono il risultato dello sforzo di fornire una trattazione organica e coerente, che è frutto di quanto discusso e sviluppato nel corso del tempo nel rapporto con famiglie e operatori, che comprende il contenuto delle circolari, i contributi forniti dai vari report di monitoraggio eseguiti negli anni, nonché le molteplici risposte a richieste di parere espresse sia dagli addetti ai lavori che dalle singole persone.

Come detto, non vi è dubbio che le spese individuate in questa sezione ai fini della rendicontazione non risulteranno completamente esaustive di tutte le situazioni che potranno presentarsi a livello locale nella concreta attuazione della misura, pertanto sarà compito dei territori:

- valutare di volta in volta l'ammissibilità di spese che, seppur non riconducibili immediatamente a quelle elencate, abbiano un'analogia con le stesse e soprattutto una coerenza con le finalità dei progetti;
- interessare la scrivente Direzione in merito alla necessità di apportare motivati correttivi ai contenuti della presente.

4.2. Spese rendicontabili

L'art. 4, co. 8 del regolamento indica un elenco delle spese ammesse, che riportiamo in grassetto per comodità di consultazione, integrando la descrizione con alcune precisazioni ed alcuni esempi:

1) **spese relative ad attività di assistenza familiare per stipendi e relativi oneri previdenziali e accessori, regolarmente quietanzate;**

Sono comprese le spese relative ad attività di assistenza familiare/personale per stipendi e relativi oneri previdenziali e accessori, regolarmente quietanzate. Per quanto concerne la quietanza, vi deve essere evidenza, tramite pezze giustificative, del fatto che la spesa è stata sostenuta. Tra le "spese ammissibili vi sono anche le cosiddette spese accessorie", in quanto complementari alla gestione del personale di assistenza, come individuato nel progetto assistenziale personalizzato elaborato dall'UVM di concerto con l'assistito e/o la sua famiglia, mentre vanno escluse quelle di mera attività di cura della casa a meno che questa non sia complementare all'assistenza alla persona. In linea generale possono esservi:

- a. buste paga;
- b. evidenza di bonifici;
- c. bollettini MAV;
- d. fatture emesse da soggetti del Terzo settore o ONLUS per le attività proprie di assistenza alla persona;
- e. fatture emesse da agenzie che svolgono, tra l'altro, attività di assistenza alla persona (comprese agenzie estere);
- f. spese a ristoro di attività svolte da patronati, commercialisti e/o società che sostengono il cittadino nella elaborazione di buste paga e/o pratiche inerenti alla gestione di un assistente familiare;
- g. acquisto di voucher relativi ad attività di assistenza alla persona; al riguardo, si raccomanda di richiamare l'attenzione degli interessati sulla natura di lavoro occasionale insita nei voucher, pertanto, fatte salve le sostituzioni temporanee per ferie, malattie, ecc., è esclusa questa possibilità per la rendicontazione di un progetto CAF;
- h. ogni altra tipologia di analoga documentazione attestante la spesa sostenuta per l'assistente familiare/personale.

2) **spese per attività di trasporto o accompagnamento:**

Riguardano spese varie per attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi progettuali o, in ogni caso, coerenti con gli obiettivi medesimi. A titolo esemplificativo si citano:

- a. Spese di trasporto relative ad abbonamenti, ticket, biglietti del treno o dell'autobus, forniti da enti o ditte che gestiscono servizi di trasporto dedicato alla generalità della popolazione oppure da soggetti specializzati al trasporto di persone non autosufficienti o con disabilità;
- b. Spese sostenute per utilizzo di mezzi privati, come ad esempio rimborsi chilometrici e/o carburante - possono essere accettate solo spese strettamente connesse con le attività preventivamente esplicitate nel progetto e giudicate dall'UVM come indispensabili per la realizzazione degli obiettivi, limitatamente alle aree di attività inerenti allo studio, formazione e lavoro, nonché per trasporti verso strutture sanitarie per esigenze specificamente documentate;
- c. spese correlate al trasporto, compreso l'accompagnamento all'interno dei mezzi, qualora venga sostenuto un costo;

Per quanto riguarda le possibili destinazioni del trasporto, a condizione che lo stesso non sia già previsto a carico del servizio pubblico al fine di evitare una doppia agevolazione, e ferma restando la coerenza con quanto definito nel progetto, possono essere comprese ad esempio:

- a. Trasporto verso sedi lavorative, di inserimento lavorativo, fattorie sociali, verso istituti scolastici, centri sportivi, palestre, centri ludici, luoghi di svago, teatro, centri commerciali, ecc.;
- b. Trasporto verso strutture per periodi di soggiorno coerenti con le finalità ed i contenuti del progetto;
- c. Trasporto verso strutture sanitarie per controlli periodici, ambulatori, distretti sanitari, centri di fisioterapia o presidi ospedalieri.

3) spese per il sostegno dei percorsi socioeducativi;

- a. Attività di stampo socioeducativo e socioassistenziale da parte di educatori professionali, previa valutazione di merito fatta a livello locale;
- b. attività di “assistenti alla persona che operano nel campo della riabilitazione” intesa in senso lato, quindi vista come un insieme di attività “abilitative”, di recupero/miglioramento delle abilità sociali e relazionali, sempre che esse non siano state sostenute a ristoro di prestazioni effettuate da professionisti sanitari (vedere sezione relativa alle spese non ammissibili);
- c. spese facenti capo ad associazioni che forniscono servizi abilitativi di stampo socioeducativo, sempre che tali associazioni definiscano il proprio campo di attività specificando le professionalità coinvolte e le modalità di attuazione dei servizi stessi che devono essere coerenti con il progetto personalizzato.

4) altre spese di natura socioassistenziale coerenti con gli obiettivi progettuali.

Alcuni esempi che possono essere presi a riferimento e a cui ricondurre spese analoghe e coerenti a livello progettuale possono essere:

- spese per piccole riparazioni o tinteggiatura ordinaria (in caso di progetti sull’asse dell’abitare);
- Spese per il conseguimento di titoli, abilitazioni e certificazioni (es. patente, per le aree di lavoro o socialità).

Un altro esempio, in forza delle novità introdotte dalla LR 16/2022 e, in particolare, dall’art. 6 (Abitare e vita indipendente): in considerazione dei nuovi orientamenti nel frattempo emersi, anche in relazione a interventi con finalità simili, si ritiene che le spese di canone di locazione e utenze possano essere considerate tra quelle rendicontabili, laddove esse non siano già calmierate da altra agevolazione da parte del servizio pubblico.

Già nella circolare sulle spese rendicontabili n. 10031/2015 si prevedeva che i territori hanno il compito di valutare di volta in volta l’ammissibilità di spese che, seppur non riconducibili immediatamente a quelle già predefinite, abbiano un’analogia con le stesse e soprattutto una coerenza con le finalità dei progetti. Inoltre, sia nelle discipline del “Dopo di noi”, nonché di abitare inclusivo (DGR 1625/2019), che prevedono percorsi specifici di abitare in autonomia e di emancipazione dal nucleo familiare, è consentito utilizzare le risorse per spese di locazione.

Alla luce di quanto detto si ritiene pertanto che, limitatamente ai progetti che prevedono l’abitare in autonomia e l’emancipazione dal nucleo familiare, al fine di rendere possibili sul piano economico gli obiettivi definiti nel progetto, che devono essere chiari e condivisi, possano essere utilizzate le risorse progettuali anche a supporto del pagamento del canone di locazione e delle utenze.

5) spese per acquisto di beni mobili o strumentali, dei quali si attesti la sinergia e la coerenza con i relativi progetti, limitatamente ai progetti di cui agli articoli 7 e 10, fino a un massimo di 5.000 euro annui.

Per una disamina delle spese ammissibili per questa tipologia è assolutamente necessario tenere conto di quanto definito nei progetti personalizzati, in quanto le spese devono trovare una corrispondenza diretta con le aree d’intervento previste (es. abitare, formazione, socialità, ecc.), come già esemplificato nel commento al comma 9 dell’articolo 10.

Le spese vanno pertanto valutate caso per caso a seconda dell'area d'intervento, tenendo conto che la stessa spesa potrebbe non essere ammessa per un'area d'intervento diversa – a titolo meramente esemplificativo, con riferimento all'area dell'abitare, possono essere ammesse spese per mobilio, elettrodomestici, biancheria e accessori per la casa, strumentazioni tecnologiche legate alla domotica non fornite dal SSN, ecc.

4.3. Spese non ammissibili

In linea generale non sono ammissibili a rendicontazione tutte quelle spese non coerenti con le azioni e gli obiettivi progettuali. Non sono inoltre ammissibili:

- 1) Le prestazioni e **attività sanitarie** e gli ausili (cfr. art. 4 c. 8 Regolamento), quali ad esempio prestazioni fornite da psicologi, psicoterapeuti, fisioterapisti, infermieri, ecc. Il FAP è un finanziamento di connotazione prettamente sociale e dedicato pertanto ad attività riconducibili a questa fattispecie.
- 2) le spese relative **all'acquisto o alla manutenzione straordinaria di immobili**: il FAP risulta essere un finanziamento relativo alla "spesa corrente" pertanto incompatibile con attività relative a forme di "investimento" inerenti all'acquisto di beni materiali, fatte salve le eccezioni previste dal regolamento in relazione ai beni mobili e strumentali;
- 3) **pagamenti diretti di attività di varia natura** - qualora il progetto individuale preveda attività esterne (anche di comprovata valenza terapeutica) di vario genere, complementari al sostegno agli aspetti domiciliari e all'autonomia, si ritiene che siano rendicontabili, ad esempio, le spese relative all'accompagnamento e al trasporto, ma non i costi diretti dell'attività; se così fosse gli assistiti potrebbero presentare rendiconti riferiti ad esempio al conto della pizzeria o all'ingresso al cinema, entrambe attività previste in molti progetti di socializzazione ed emancipazione;
- 4) le spese relative alla **compartecipazione** di altri servizi pubblici quali ad esempio servizi semiresidenziali o centri diurni. La disciplina relativa alla compartecipazione è tesa ad equilibrare la spesa che va a imputarsi sul sistema pubblico rispetto a quella ricadente sulle famiglie; andare a coprire quest'ultima con un ulteriore contributo pubblico vanificherebbe tutta la pianificazione e programmazione dei servizi.

4.4. Entità della rendicontazione e rideterminazione/decadenza del contributo

Di seguito uno specchietto riepilogativo in relazione alle varie misure. Si sottolinea che per alcune misure la rendicontazione è prevista non su tutto l'importo concesso ma su una percentuale inferiore, mentre non è prevista per l'articolo 9, per il quale assume ancora più importanza l'azione di controllo e monitoraggio nel merito del progetto.

Acronimo misura	Misura	Entità rendicontazione	Riferimenti regolamentari
APA	Assegno per l'autonomia	50 %	art. 5, co. 7
CAF	Contributo per l'aiuto familiare	100%	art. 6, co. 10
SVI	Sostegno alla vita indipendente	75%	art. 7, co. 2
SPM	Sostegno ai progetti dedicati ai minori	50%	art. 8, co. 2
AGD	Assegno dedicato alle persone in condizione di gravissima disabilità	non richiesta	art. 9, co. 3
SM / DP	Sostegno ai progetti in favore di persone con problemi di salute mentale e/o di dipendenza patologica	100%*	* vedi indicazioni art. 10, co. 9

Il comma 9 dell'art. 4 del Regolamento disciplina le situazioni relative ai casi di rendicontazione insufficiente; al riguardo si rappresentano alcuni esempi che, pur non essendo esaustivi, rappresentano delle fattispecie-tipo alle quali poter ricondurre anche situazioni analoghe qui non menzionate:

- a) rifiuto a rendicontare accertato come doloso: avviso bonario effettuato in via formale – la mancata risposta entro 15 giorni comporta la decadenza immediata e la restituzione delle somme indebitamente percepite;
- b) ritardo immotivato nella rendicontazione superiore a 15 giorni dalla richiesta o da quanto stabilito nel progetto: sospensione pro quota per ulteriori 30 giorni, quindi decadenza;
- c) rendicontazione insufficiente: si applicano le disposizioni di cui al comma 9 (riduzione in misura proporzionale, anche in deroga ai limiti minimi tabellari);
- d) rendicontazione inappropriata:
 - a. per presenza di spese non ammesse: queste si detraggono dall'insieme del rendiconto e, nel caso, si applicano le disposizioni di cui al comma 9;
 - b. per esibizione di documentazione impropria e non sostituita dalle pezze probanti entro 15 giorni: se parziale, rideterminazione come al punto precedente; se riguardante tutta la documentazione prodotta, avviso bonario, quindi decadenza;
- e) alterazione o contraffazione della documentazione: se accertate, decadenza immediata e restituzione delle somme indebitamente percepite.

Tutte le fattispecie esemplificate costituiscono una indicazione di carattere generale, che deve essere valutata caso per caso, tenendo conto di eventuali situazioni indipendenti dalla volontà della persona o di chi ne fa le veci.

Un esempio di rideterminazione in caso di rendicontazione insufficiente, valido per tutte le fattispecie:

Prendendo ad esempio la rendicontazione di almeno 50% prevista per gli importi APA, si sottolinea che per “rendicontare almeno il 50%” non s'intende che i singoli territori possono autonomamente stabilire la percentuale di rendicontazione nel rispetto del limite minimo del 50% ma che, per percepire interamente il contributo, è sufficiente che il beneficiario dimostri di averne utilizzato almeno la metà. Qualora il beneficiario dimostri l'utilizzo di una percentuale inferiore, l'importo viene decurtato proporzionalmente, preferibilmente in sede di conguaglio finale dell'annualità.

Di seguito riportiamo alcuni esempi riferiti a due utenti titolari entrambi di un APA di 5.700 euro:

- un utente ne rendiconta il 40% anziché il 50, cioè l'80% di quanto avrebbe dovuto; di conseguenza, l'importo effettivamente spettante sarà anch'esso pari all'80% dell'assegno attribuito e quindi di 4.560 euro (80% di 5.700);
- l'altro utente ne rendiconta il 31% anziché il 50, cioè il 62% di quanto avrebbe dovuto; in questo caso l'importo effettivamente spettante sarà pari al 62% e quindi di 3.534 euro (62% di 5.700).

Si evidenzia pertanto che, come si evince dagli esempi, in questi casi il contributo può anche essere inferiore al minimo tabellare.

Sembra superfluo dire che, laddove il regolamento preveda che si debba rendicontare, chi non rendiconta nulla non ha diritto a percepire alcun contributo.

4.5. Cadenze della rendicontazione ed erogazione del contributo

Il comma 7 dell'articolo 13 stabilisce cadenze di erogazione uniformi sul territorio regionale, mensili o bimestrali. Le stesse cadenze sono spesso strettamente correlate con quelle relative alla rendicontazione. Con riguardo a quest'ultima, ferma restando la facoltà dei servizi territoriali di disciplinare secondo le proprie esigenze le relative

cadenze (sempre che le stesse non siano in contrasto con quanto previsto nel regolamento), che vanno sempre esplicitate all'utente o a chi ne fa le veci in sede di condivisione del progetto, si suggerisce:

- di prendere a riferimento un arco di tempo convenzionale di dodici mesi a partire dalla concessione, in relazione al quale acquisire via via le rendicontazioni, operando gli eventuali conguagli in occasione dell'ultima erogazione del periodo. Nel caso eccezionale in cui fosse necessario considerare periodi di durata inferiore ai dodici mesi, si procederà attraverso le opportune riparametrazioni;
- di erogare i benefici nel rispetto delle predette cadenze, con l'avvertenza, nel caso già non avvenga nel periodo, di erogare l'ultima tranche in via posticipata, anche e soprattutto al fine di consentire i conguagli di cui al punto precedente, conseguenti a rendicontazioni complessivamente inferiori al minimo richiesto.

Per esemplificare: un progetto decorre a partire da maggio 2023 e la sua naturale scadenza arriva a fine aprile 2024. Ogni mese viene erogato in via anticipata il contributo; contemporaneamente ogni 3 mesi viene raccolta la documentazione di rendicontazione - l'ultimo mese si ritarda di un mese l'erogazione per permettere le attività di controllo dell'ultimo trimestre e gli eventuali conguagli necessari a seguito dell'eventualità di una rideterminazione.