

## LA GIUNTA REGIONALE

- vista la legge regionale 23 luglio 2010, n. 23 “Testo unico in materia di interventi economici di sostegno e promozione sociale. Abrogazione di leggi regionali” e, in particolare il Capo IV (Interventi economici a favore di soggetti non autosufficienti) e l’articolo 23 (Rinvio), il quale stabilisce che i criteri e le modalità per l’erogazione dei contributi disciplinati dalla legge stessa, nonché ogni altro adempimento o aspetto, anche procedimentale, relativo alla loro concessione, sono periodicamente stabiliti con deliberazione della Giunta regionale, sentiti la Commissione consiliare competente ed il Consiglio permanente degli Enti locali, nel rispetto degli specifici stanziamenti previsti annualmente nel bilancio regionale;
- richiamato altresì l’articolo 4 (Condizioni di accesso), della citata legge regionale n. 23/2010, che individua nell’indicatore regionale della situazione economica (IRSE) lo strumento per garantire l’equità di accesso agli interventi;
- vista la legge regionale 4 settembre 2001, n. 18 (Approvazione del piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002/2004) e successive modificazioni ed integrazioni, di cui al combinato disposto dagli articoli 4, comma 1, e 5, comma 1, lett. b, n. 9, che assegna in capo alla Giunta regionale la definizione delle soglie d’accesso alle prestazioni sociali agevolate e la determinazione dei criteri di partecipazione alle spese di funzionamento dei servizi sociali e socio-educativi da parte dei beneficiari e dei loro familiari;
- vista la legge regionale 25 ottobre 2010, n. 34 “Approvazione del piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011/2013”, e in particolare la direttiva strategica 1 “Presidiare l’Equità nella salute e nell’accesso appropriato ai servizi”;
- vista la legge regionale 6 agosto 2007, n. 19 “Nuove disposizioni in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi” e, in particolare:
  - il combinato disposto dal comma 1 dell’art. 12 (Comunicazione di inizio del procedimento) e dal comma 3 dell’art. 13 (Contenuto e forma delle comunicazioni), in ordine alla pubblicizzazione degli elementi da indicare nella comunicazione di avvio del procedimento allorquando sussistono ragioni di impedimento derivanti da particolare gravosità tale da non rendere possibile la comunicazione personale ai soggetti nei confronti dei quali il provvedimento finale è destinato a produrre effetti;
  - l’art. 3 (Conclusione del procedimento), il quale al comma 3 stabilisce che la Giunta regionale definisce i termini entro i quali devono concludersi i singoli procedimenti, quando non siano già direttamente disposti per legge, regolamento o altro atto amministrativo generale, sulla base di criteri che ne garantiscano la sostenibilità tanto con riguardo agli aspetti organizzativi quanto in rapporto alla natura degli interessi pubblici o privati coinvolti e alla complessità del procedimento;
  - l’art 23 (Silenzio assenso), il quale stabilisce al comma 5 che il silenzio assenso non si applica, tra l’altro, agli atti e procedimenti individuati con deliberazione della Giunta regionale;
- vista la legge regionale in data 13 dicembre 2013, n. 18 concernente “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione autonoma Valle d’Aosta (Legge finanziaria per gli anni 2014/2016). Modificazioni di leggi regionali.”, ed in particolare l’art. 16 (Interventi in materia di politiche sociali) che dispone la sospensione dell’applicazione degli articoli 18, comma 2 lettere b) e c), 20 e 21 della l.r. 23/2010;

- richiamate le deliberazioni della Giunta regionale:
  - n. 3751 in data 18 dicembre 2009 che stabilisce le modalità di calcolo dell'Indicatore Regionale della Situazione Economica in relazione alla natura ed alle finalità delle prestazioni previste nell'allegato A) inserimento in struttura, B) domiciliarizzazione e nell'allegato D) contribuzione a carico dei familiari;
  - n. 3797 in data 30 dicembre 2009, recante "Approvazione dell'accordo tra la Regione e il C.P.E.L. per la realizzazione e la gestione, per il periodo sperimentale di un anno, del sistema informativo relativo all'Indicatore regionale della situazione economica (I.R.S.E.). Impegno di spesa";
  - n. 2836 in data 22 ottobre 2010, recante "Approvazione dell'istituzione di un elenco regionale aperto degli assistenti personali operanti in Valle d'Aosta e del procedimento di certificazione delle competenze";
  - n. 1553 in data 1° luglio 2011, recante "Approvazione dei criteri e delle modalità per l'erogazione dei contributi di cui al Capo IV (interventi a favore di soggetti non autosufficienti) della legge regionale 23/2010 "Testo unico in materia di interventi economici di sostegno e promozione sociale. Abrogazione di leggi regionali";
  - n. 2089 in data 2 novembre 2012, recante "Approvazione della rideterminazione per l'anno 2012, della misura del contributo di cui all'art. 18 comma 2 del capo IV (Interventi economici a favore di soggetti non autosufficienti) della legge regionale 23/2010 recante il "Testo unico in materia di interventi economici di sostegno e promozione sociale. Abrogazione di leggi regionali";
  - n. 133 in data 1° febbraio 2013, recante " Approvazione della determinazione per l'anno 2013, della misura del contributo di cui all'art. 18 comma 2 del capo IV (Interventi economici a favore di soggetti non autosufficienti) della legge regionale 23/2010 recante il "Testo unico in materia di interventi economici di sostegno e promozione sociale. Abrogazione di leggi regionali";
  - n. 12 in data 10 gennaio 2014, recante "Approvazione del piano di revisione dei criteri/modalità previsti per l'accesso a contributi, servizi e prestazioni di natura sociale e sanitaria nell'ottica del contenimento e della razionalizzazione della spesa.";
  - n. 366 in data 28 marzo 2014, recante "Approvazione di modificazioni alle deliberazioni della Giunta regionale n. 2836 in data 22/10/2010 concernente l'istituzione di un elenco regionale aperto degli assistenti personali operanti in Valle d'Aosta e del procedimento di certificazione delle competenze e n. 142 in data 25/01/2008 concernente l'approvazione del profilo professionale e formativo dell'assistente personale";
  - n. 716 in data 23 maggio 2014, recante "Approvazione delle direttive agli Enti Gestori dei servizi per anziani, ai sensi della legge regionale 15 dicembre 1982 n. 93, a decorrere dal 1° luglio 2014";
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 200 in data 21 febbraio 2014, con la quale, ai sensi dell'articolo 5, comma 2, della legge regionale 23/2010, è stato stabilito l'importo della soglia di sussistenza considerata minimo vitale per l'anno 2014;
- ritenuto necessario, all'atto della definizione dell'intervento economico assistenziale alternativo all'istituzionalizzazione di cui all'art. 18 lettera a), garantire il minimo vitale al nucleo familiare di appartenenza del beneficiario il cui importo è stabilito dalla deliberazione della Giunta regionale nell'anno precedente a quello della determinazione del contributo sopracitato;
- ritenuto necessario, per garantire analoghe opportunità sia ad ospiti di strutture private che pubbliche regionali, come già avvenuto per gli anni precedenti, recepire i contenuti delle

direttive agli Enti Gestori dei servizi per anziani, ai sensi della legge regionale 15 dicembre 1982 n. 93;

- tenuto conto dell'esigenza di contenere al massimo le deliberazioni attuative che definiscono i criteri e le modalità per l'erogazione dei contributi, nel rispetto anche di quanto richiesto dal CPEL in fase di espressione del parere sul disegno di legge relativo al Testo Unico in materia di interventi economici di sostegno e promozione sociale;
- considerato che la presente deliberazione regola tutto il Capo IV della citata legge regionale 23/2010;
- preso atto che l'attuazione delle disposizioni contenute nella deliberazione della Giunta regionale 1553/2011 ha evidenziato alcune problematiche, in particolare legate alle procedure amministrative e alle modalità di applicazione delle stesse e che quindi si rende necessario apportare miglioramenti finalizzati a razionalizzare ulteriormente le procedure e la relativa spesa;
- valutato quindi opportuno procedere all'approvazione dei criteri, delle modalità di erogazione e degli adempimenti procedurali relativi alla concessione dei seguenti interventi economici e di promozione sociale di cui al Capo IV della legge regionale 23/2010, secondo quanto riportato negli allegati alla presente deliberazione:
  - art. 18 – Assegni di cura per assistenza alternativa all'istituzionalizzazione, allegato A;
  - art. 19 – Contributi per il pagamento di rette in strutture socio-assistenziali, socio-sanitarie e riabilitative, allegato B;
  - art. 22 – Contributi per il servizio di assistenza alla vita indipendente, allegato C;
- ritenuto opportuno, per ragioni di trasparenza e di chiarezza interpretativa, adottare un nuovo atto e conseguentemente revocare la deliberazione della Giunta regionale 1553/2011, nonché le successive 2089/2012 e 133/2013, dalla data di conclusione dei procedimenti relativi a tutte le domande presentate entro il 31/12/2013;
- ritenuto opportuno proporre che tutte le disposizioni contenute negli allegati alla presente deliberazione, inerenti agli articoli 18, 19 e 22 della legge regionale 23/2010, si applichino alle domande pervenute dal 01/01/2014 nonché ai rinnovi;
- atteso che la Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) allegata alla domanda e in corso di validità, è considerata valida per l'anno in cui è stata presentata la domanda, sempre che l'utente non presenti una nuova dichiarazione contenente variazioni nelle condizioni familiari e/o economiche;
- preso atto che le Strutture competenti propongono, in considerazione tanto della sostenibilità organizzativa e della complessità dei procedimenti quanto dell'elevato numero di richiedenti, di approvare, ai sensi della legge regionale 19/2007, le seguenti disposizioni inerenti ai procedimenti amministrativi relativi agli interventi oggetto della presente deliberazione:
  - i termini per la conclusione dei procedimenti sono indicati in ciascun allegato alla presente deliberazione;
  - in attuazione dell'art. 12 della legge regionale n. 19 in data 6 agosto 2007 viene inviata la comunicazione personale scritta di avvio del procedimento al richiedente;

- non trova applicazione l'istituto del silenzio assenso di cui al comma 1 dell'art. 23 della legge regionale 19/2007, come novellato dall'art. 63 della legge regionale 1° giugno 2010, n. 16;
- preso atto che le Strutture competenti rilevano la necessità che, in caso di decesso del beneficiario degli interventi economici di cui agli articoli 18, 19 e 22 della legge regionale 23/2010, gli stessi siano erogati, con le modalità previste negli allegati alla presente deliberazione, agli eventuali eredi legittimi o legittimari o testamentari, previa presentazione di domanda sottoscritta da uno degli eredi, delega alla riscossione degli eventuali altri eredi, autocertificazione della data di decesso e dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà sulla presenza di eredi;
- preso atto che le Strutture competenti per analogia di intervento con altre provvidenze economiche, ritengono opportuno considerare, per la determinazione dell'IRSE, le aggiuntive regionali percepite dal beneficiario dell'intervento nell'anno precedente la presentazione della domanda;
- ritenuto necessario applicare l'I.R.S.E.E. come determinato nella DGR 3751/2009 fino a quando non entrerà in vigore il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 in data 05.12.2013;
- considerato che, secondo quanto previsto dall'articolo 23 della legge regionale 23/2010, il Consiglio Permanente degli Enti locali della Valle d'Aosta è stato sentito in merito alla proposta della presente deliberazione e ha espresso parere favorevole come risulta dalla nota prot. n. 20595/Ass in data 20 maggio 2014;
- considerato che, secondo quanto previsto dall'articolo 23 della legge regionale 23/2010, la Commissione consiliare competente è stata sentita in data 12 giugno 2014 in merito alla proposta della presente deliberazione, come risulta dalla nota prot. n. 23429/Ass in data 16 giugno 2014, e ha espresso parere favorevole;
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 2186 in data 31 dicembre 2013 concernente l'approvazione del bilancio di gestione per il triennio 2014/2016 con attribuzione alle strutture dirigenziali di quote di bilancio e degli obiettivi gestionali correlati, del bilancio di cassa per l'anno 2014 e di disposizioni applicative;
- precisato che la presente proposta di deliberazione è da ritenersi correlata all'obiettivo 71080005 "Anziani – Interventi correnti di finanza locale con vincolo settoriale di destinazione - 1.08.03.10." e all'obiettivo 71090003 "Interventi correnti di finanza locale con vincolo settoriale di destinazione per la disabilità – 1.08.02.10";
- visto il parere favorevole di legittimità sulla proposta della presente deliberazione rilasciato dai Dirigenti della Struttura disabilità e della Struttura famiglia e politiche giovanili dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, ai sensi dell'art. 3, comma 4, della legge regionale 23 luglio 2010, n. 22;
- su proposta dell'Assessore alla sanità, salute e politiche sociali, Antonio Fosson;
- ad unanimità di voti favorevoli

#### DELIBERA

- 1) di approvare i criteri e le modalità per l'erogazione dei contributi di cui al Capo IV (Interventi economici a favore di soggetti non autosufficienti) della legge regionale 23 luglio 2010, n. 23 "Testo unico in materia di interventi economici di sostegno e

promozione sociale. Abrogazione di leggi regionali” secondo quanto riportato dagli allegati alla presente deliberazione, della quale costituiscono parte integrante e sostanziale:

- allegato A: art. 18 - Assegni di cura per assistenza alternativa all’istituzionalizzazione;
  - allegato B: art. 19 - Contributi per il pagamento di rette in strutture socio-assistenziali, socio-sanitarie e riabilitative;
  - allegato C: art. 22 - Contributi per il servizio di assistenza alla vita indipendente;
- 2) di stabilire, ai sensi della legge regionale 19/2007, le seguenti disposizioni inerenti ai procedimenti amministrativi per la concessione dei contributi oggetto della presente deliberazione:
- a) i termini per la conclusione dei procedimenti sono indicati in ciascun allegato alla presente deliberazione;
  - b) in attuazione dell’art. 12 della legge regionale n. 19 in data 6 agosto 2007 viene inviata la comunicazione personale scritta di avvio del procedimento al richiedente;
  - c) non trova applicazione l’istituto del silenzio assenso di cui al comma 1 dell’art. 23 della legge regionale 19/2007, come novellato dall’art. 63 della legge regionale 1° giugno 2010, n. 16;
- 3) di stabilire, nell’ambito delle azioni dirette a promuovere un sistema di semplificazione amministrativa per i cittadini, che allorquando all’interno del sistema informativo relativo all’Indicatore regionale della situazione economica (I.R.S.E.) sia già presente l’ultima dichiarazione sostitutiva unica (DSU), in corso di validità, del nucleo anagrafico per il quale è richiesto l’intervento assistenziale, dette informazioni siano acquisite direttamente dagli uffici competenti nell’ambito dell’istruttoria relativa alla concessione dei contributi di cui alla presente deliberazione;
- 4) di dare atto che, ai sensi della DGR 366/2014, a partire dal 1° gennaio 2014, per l’accesso ai contributi di cui agli articoli 18, comma 2 lettera a), e 22 della legge regionale 23/2010, sarà necessaria l’assunzione di assistenti personali iscritti all’elenco regionale istituito con deliberazione della Giunta regionale n. 2836 in data 22 ottobre 2010 ;
- 5) di dare atto che la Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) allegata alla domanda e in corso di validità è considerata valida per l’intero l’anno in cui è stata presentata la domanda, sempre che l’utente non presenti una nuova dichiarazione contenente variazioni delle condizioni familiari e/o economiche;
- 6) di stabilire che, in caso di decesso del beneficiario degli interventi economici di cui agli articoli 18, 19 e 22 della legge regionale 23/2010, gli stessi siano erogati, con le modalità previste negli allegati della presente proposta di deliberazione, agli eventuali eredi legittimi o legittimari o testamentari, previa presentazione di domanda sottoscritta da uno degli eredi, delega alla riscossione degli eventuali altri eredi, autocertificazione della data di decesso e dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà sulla presenza di eredi;
- 7) di stabilire che, per la determinazione dell’I.R.S.E.E, dovranno essere considerate le aggiuntive regionali percepite dal beneficiario dell’intervento nell’anno precedente la presentazione della domanda;

- 8) di stabilire che tutte le disposizioni contenute negli allegati alla presente deliberazione inerenti agli articoli 18, 19 e 22 della legge regionale 23/2010 si applichino alle domande pervenute dal 1° gennaio 2014 nonché ai rinnovi;
- 9) di applicare l'I.R.S.E.E. come determinato nella DGR 3751/2009 fino a quando non entrerà in vigore il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 in data 05.12.2013;
- 10) di stabilire che tutte le domande e i rinnovi pervenuti e regolarmente protocollati antecedentemente l'entrata in vigore del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui al punto precedente siano valutati utilizzando l'I.R.S.E.E. in vigore all'atto della presentazione della domanda stessa e che la suddetta valutazione sarà valida per tutto l'anno; le domande che perverranno e saranno regolarmente protocollate successivamente all'entrata in vigore del suddetto decreto verranno valutate con il nuovo Indicatore;
- 11) di revocare le deliberazioni della Giunta regionale n. 1553 del 1° luglio 2011 , n. 2089 del 2 novembre 2012 e n. 133 del 1° febbraio 2013 dalla data di conclusione dei procedimenti relativi a tutte le domande presentate entro il 31/12/2013;
- 12) di disporre, ai sensi dell'art.3, comma 3, della legge regionale 6 agosto 2007, n. 19, la pubblicazione della presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Valle d'Aosta.

§

**ART. 18**  
**(ASSEGNI DI CURA PER ASSISTENZA ALTERNATIVA**  
**ALL'ISTITUZIONALIZZAZIONE)**

**1 - DESTINATARI**

Gli assegni di cura sono concessi a persone non autosufficienti che concordano preventivamente con i competenti servizi socio-sanitari territoriali un progetto di mantenimento a domicilio:

- a) residenti nel territorio regionale da almeno due anni dalla data di presentazione della domanda;
- b) residenti nel territorio regionale da meno di due anni dalla data di presentazione della domanda, ma che sono stati residenti nel territorio regionale, in modo continuativo, per un periodo non inferiore a cinque anni;
- c) anche non residenti sul territorio regionale, ma domiciliate presso famiglie con le quali hanno un grado di parentela pari al primo (genitori e figli) e residenti in Valle d'Aosta da almeno otto anni dalla data di presentazione della domanda.

**2 – DEFINIZIONE DEGLI ASSEGNI DI CURA**

Gli assegni di cura sono erogati quando la complessità dell'assistenza e/o le condizioni sanitarie determinano l'esigenza di collocazione in struttura protetta. Tale esigenza, qualora ne sussistano le condizioni, può essere soddisfatta in alternativa all'inserimento in struttura, attraverso un progetto di assistenza domiciliare garantito da assistenti personali, regolarmente iscritti all'albo regionale degli assistenti personali, assunti per un minimo di 30 ore settimanali (in regime di convivenza o di non convivenza) dal beneficiario dell'assegno di cura (o un suo familiare, dal curatore, dall'amministratore di sostegno, dal tutore). L'assunzione può avvenire o direttamente o tramite contratti di somministrazione stipulati dagli stessi con agenzie e/o società di lavoro ai sensi dell'art. 21 del d.lgs 276/2003. Il progetto complessivo deve indicare come viene assicurata l'assistenza domiciliare al beneficiario dell'assegno di cura, nell'arco complessivo delle 24 ore per tutti i giorni della settimana.

Tali assegni non sono erogati qualora l'assistente personale sia il coniuge, i figli legittimi o naturali o adottivi, i nipoti diretti (figli di figli), collaterali (figli di fratelli), i genitori naturali o adottanti, i generi e le nuore, i conviventi dei figli (presenti sullo stato di famiglia), il suocero e la suocera, i fratelli e le sorelle, i cognati e le cognate della persona da assistere.

### 3 - REQUISITI DI NON AUTOSUFFICIENZA PER ACCEDERE AGLI ASSEGNI DI CURA

Per accedere all'assegno di cura, previsto dall'art. 18 lettera a) della l.r. 23/2010, il beneficiario dell'assegno di cura deve essere in possesso dei requisiti di non autosufficienza definiti all'interno della valutazione multidimensionale, rientrando in uno dei profili S.Va.M.A compresi fra il profilo 5 e il profilo 17:

livelli per ogni dimensione				PROFILO		
Cognitivo	Mobilità	Funzionale	Sanitario	Somma dimensioni	n°	Definizione
1	1	1	1-2-3	4/5/6	<b>1</b>	Lucido, autonomo
1	1	2-3	1-2	5/6/7	<b>2</b>	Lucido, in parte dipendente
1	2	1-2	1-2	5/6/7	<b>3</b>	Lucido, deambula assistito
1	3	1	1-2	6/7	<b>4</b>	Lucido, non deambulante ma autonomo
1	3	2-3	1-2	7/8/9	<b>5</b>	Lucido, gravemente dipendente
1	2	3	1-2	7/8	<b>5</b>	Lucido, gravemente dipendente
2-3	1-2	1	1-2-3	5/6/7/8/9	<b>6</b>	Confuso, deambulante, autonomo
2-3	1	2-3	1-2	6/7/8/9	<b>7</b>	Confuso, deambulante
2-3	2	2-3	1-2	7/8/9/10	<b>8</b>	Confuso, deambula assistito
2-3	3	2	1-2	8/9/10	<b>9</b>	Confuso, allettato
2-3	3	1	1-2-3		<b>10</b>	Combinazione di punteggi non possibile in quanto incongruente
2-3	3	3	1-2	9/10/11	<b>11</b>	Confuso o soporoso, totalmente dipendente
1	2	1-2-3	3	7/8/9	<b>12</b>	Lucido, con elevata necessità cure sanitarie
1-2-3	1	2-3	3	7/8/9/10	<b>13</b>	Deambulante con elevata necessità di cure sanitarie
1	3	1-2-3	3	7/8/9/10	<b>14</b>	Lucido, allettato, con elevata necessità di cure sanitarie
2-3	2-3	2-3	3	9/10/11/12	<b>15</b>	Confuso o soporoso, dipendente, con elevata necessità di cure sanitarie
4	1-2	1-2	1-2-3	7/8/9/10/11	<b>16</b>	Problemi comportamentali prevalenti, discreta autonomia
4	1-2	3	1-2-3	9/10/11/12	<b>17</b>	Problemi comportamentali, dipendente
4	3	1-2-3	1-2-3	9/10/11/12/13	<b>17</b>	Problemi comportamentali, dipendente

Nelle more della revisione del provvedimento dirigenziale 5191/2009 che approva lo strumento di valutazione S.Va.M.A per i beneficiari degli assegni di cura, i cui profili sono compresi dall'1 al 4, è possibile riconoscere la non autosufficienza solo qualora la somma del

punteggio delle quattro dimensioni (cognitiva, mobilità, funzionale e sanitaria) sia pari o superiore a 5.

Per i beneficiari dell'assegno di cura di età inferiore a 55 anni, qualora non sia possibile definire i requisiti di non autosufficienza attraverso la valutazione multidimensionale della scheda S.Va.M.A, la non autosufficienza è determinata da:

- certificazione medica, rilasciata dal competente servizio dell'Azienda USL (Psichiatria, SER.D., ecc.) avente in carico l'utente, attestante la patologia o il tipo di handicap da cui è affetto ed incidente sull'autonomia individuale, in modo tale da richiedere l'inserimento in struttura;

oppure

- certificazione attestante l'handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3 della L. n. 104/1992 o la certificazione rilasciata dalle commissioni mediche di cui alla l.r. n. 11/1999, attestante l'invalidità del 100% in soggetto non in grado di svolgere in modo autonomo le attività della vita quotidiana.

E' ammessa la concessione degli assegni di cura a minori solo nei casi in cui la complessità di gestione (es. assistenza attiva notturna) sia evidenziata in un progetto redatto dall'équipe sociosanitaria competente e, nelle more dell'approvazione della scheda S.Va.M.Di:

- dalla certificazione medico-sanitaria comprovante il grave stato di salute rilasciata dal competente servizio sanitario pubblico avente in carico il minore

oppure

- dalla certificazione attestante l'handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3 della L. n. 104/1992 o dalla certificazione rilasciata dalle commissioni mediche di cui alla l.r. n. 11/1999, attestante l'invalidità del 100% in soggetto non in grado di svolgere in modo autonomo le attività della vita quotidiana

#### **4 - MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

Il beneficiario dell'assegno di cura (o un suo familiare, il curatore, l'amministratore di sostegno, il tutore) presenta la domanda per ottenere l'assegno di cura all'insorgere della necessità, concordando preventivamente il progetto assistenziale con l'assistente sociale competente per territorio, che provvederà a trasmettere l'intera documentazione alle strutture competenti. Il modulo di domanda deve essere compilato in ogni sua parte e corredato da tutta la documentazione in esso richiesta, e presentato presso:

- a) i presidi socio-sanitari territoriali all'assistente sociale di riferimento qualora si tratti di persone residenti al di fuori del Comune di Aosta;
- b) il Servizio sociale del Comune di Aosta qualora si tratti di persone ultrasessantacinquenni residenti nel Comune di Aosta .

Il progetto e il contributo saranno di competenza:

- del Servizio sociale regionale competente, anche per i residenti nel Comune di Aosta domiciliati in altri Comuni della Regione;
- del Servizio sociale del Comune di Aosta competente, per le persone non autosufficienti ultrasessantacinquenni, residenti in altri Comuni della Regione e domiciliate in Aosta.

Il progetto deve svolgersi obbligatoriamente in uno dei comuni della Valle d'Aosta. Qualora il beneficiario dell'assegno di cura risulti non presente sul territorio regionale per un periodo superiore a trenta giorni consecutivi il contributo viene sospeso.

## 5 - ISTRUTTORIA DELLA DOMANDA

La domanda deve essere presentata, completa di tutti gli elementi essenziali, solo ad avvio del progetto.

Quando un progetto è già attivo e per lo stesso è erogato un assegno di cura, la sospensione del progetto deve essere comunicata tempestivamente, precisandone anche la durata, alle Strutture competenti (si definiscono come Strutture competenti la Struttura famiglia e politiche giovanili e l'Assessorato alle politiche sociali del Comune di Aosta). Nel caso in cui la sospensione del progetto sia superiore a due mesi occorrerà presentare una nuova domanda. La domanda sarà valutata entro 60 giorni dalla data del protocollo. Non sarà possibile valutare positivamente la domanda mancante di un qualsiasi elemento essenziale; in tal caso la domanda dovrà essere ripresentata. Qualora la stessa sia invece incompleta di elementi non essenziali alla sua valutazione, (es. codice fiscale, codice IBAN o altri dati simili), il termine del procedimento è interrotto, e i 60 giorni partiranno dalla data del protocollo dell'ultimo documento presentato.

Ogni documento richiesto dalle Strutture competenti deve essere presentato entro il termine massimo di 30 giorni (fatto salvo che non siano disposti, per esigenze gestionali, altri termini dalle Strutture competenti) dalla data di protocollo della richiesta stessa.

La domanda deve essere corredata dai seguenti elementi essenziali:

- 1) certificazione dell'UVMD di non autosufficienza: la valutazione dovrà essere rinnovata ogni 2 anni dalla data di certificazione dell'UVMD salvo i casi in cui l'UVMD indichi una validità di certificazione inferiore ai due anni o stabilisca invece che sia illimitata;
- 2) ultima dichiarazione sostitutiva unica (DSU) valida, del nucleo anagrafico del beneficiario dell'assegno di cura per il quale è richiesto l'assegno di cura, firmata dal dichiarante in originale o mediante copia conforme all'originale. Sul modulo di domanda devono essere dichiarate le aggiuntive regionali percepite nell'anno solare precedente alla presentazione della domanda, unicamente dal beneficiario dell'assegno di cura. La DSU non deve essere presentata qualora sia già stata consegnata presso altri servizi dell'Amministrazione regionale, Comuni o Comunità montane. In tal caso deve essere indicato l'ufficio pubblico che la detiene;
- 3) ultima dichiarazione sostitutiva unica (DSU) valida, dei nuclei anagrafici degli eventuali figli e/o genitori del beneficiario dell'assegno di cura, firmata dal dichiarante in originale o mediante copia conforme all'originale. La DSU non deve essere presentata qualora sia già stata consegnata presso altri servizi dell'Amministrazione regionale, Comuni o Comunità montane. In tal caso deve essere indicato l'ufficio pubblico che la detiene;
- 4) autocertificazione attestante gli eventuali redditi prodotti all'estero dai componenti i nuclei familiari dei figli e/o genitori del beneficiario dell'assegno di cura;
- 5) progetto assistenziale preventivamente concordato tra il beneficiario dell'assegno di cura (o un suo familiare, dal curatore, dall'amministratore di sostegno, dal tutore) e l'assistente sociale competente per territorio; il progetto deve essere presentato e approvato

dall'UVMD (indipendentemente dall'età del beneficiario del progetto stesso); nel caso in cui l'UVMD non approvi il progetto, ne deve dare motivazione scritta e la domanda avrà esito negativo. Anche nel caso in cui gli assistenti sociali o gli operatori territoriali siano stati contattati dell'utente (o da un suo familiare, dal curatore, dall'amministratore di sostegno, dal tutore) dopo l'avvio dell'intervento assistenziale, il progetto deve essere manifestamente approvato dall'UVMD.

Il progetto (sia a tempo indeterminato che determinato) deve essere rivalutato e approvato dall'UVMD ogni 2 anni dalla data dell'ultima approvazione; deve essere monitorato dall'assistente sociale competente per territorio dopo un anno dalla data dell'approvazione dell'UVMD. Nel caso di rivalutazione in itinere del progetto, il monitoraggio deve avvenire dopo un anno dalla rivalutazione dello stesso.

Il progetto deve indicare:

a) i tempi di attuazione:

- progetti a tempo indeterminato nel caso in cui non sia ipotizzabile un miglioramento della situazione psico-fisica del beneficiario dell'assegno di cura;
- progetti a tempo determinato nel caso in cui sia ipotizzabile un miglioramento della situazione psico-fisica e qualora la dipendenza funzionale del beneficiario dell'assegno di cura richieda interventi assistenziali individualizzati durante il periodo di convalescenza e di recupero funzionale (esempio non autosufficienza dovuta a traumi, degenze post operatorie ecc) a domicilio. La durata viene definita all'interno del progetto approvato dall'UVMD.

b) i luoghi di realizzazione, ovvero l'indicazione del domicilio presso cui si concretizza il progetto:

- l'abitazione di proprietà, in affitto, usufrutto, ecc. del beneficiario e/o dei familiari;
- l'utilizzo di residence con canone a carico dell'utente;
- le unità abitative di proprietà di Comuni e Comunità Montane, concesse in uso per motivi assistenziali;
- gli appartamenti presso comunità alloggio gestite da Comuni e Comunità Montane;
- le strutture ospedaliere e riabilitative (RSA, UAP e Hospice) qualora il progetto sia già attuato a domicilio e sia indispensabile l'affiancamento di una assistente personale privata per garantire l'assistenza. In tali casi è necessario produrre la certificazione medica attestante la necessità di assistenza continua e i tempi previsti per il recupero funzionale.

Variazioni del progetto:

Qualsiasi variazione del progetto deve essere concordata con gli operatori sociosanitari, approvata dall'UVMD e successivamente comunicata formalmente dal servizio sociale territoriale alle Strutture competenti .

Nel caso di inserimento temporaneo in qualsivoglia struttura, deve essere presentata formale comunicazione scritta dal beneficiario dell'assegno di cura (o un suo familiare, dal curatore, dall'amministratore di sostegno, dal tutore) alle Strutture competenti;

- 6) il contratto di lavoro (o documento equivalente esempio: lettera di assunzione o accordo di lavoro) stipulato tra il beneficiario dell'assegno di cura (o da un suo familiare, dal curatore, dall'amministratore di sostegno, dal tutore) e il personale regolarmente assunto, oppure il contratto di somministrazione stipulato tra il beneficiario dell'assegno di cura (o da un suo familiare, dal curatore, dall'amministratore di sostegno, dal tutore) con agenzie e/o società di lavoro.

Qualora l'assistente personale sia cittadina/o:

- extracomunitaria/o, è necessario presentare la copia del permesso di soggiorno in corso di regolarità o la copia della documentazione che attesta che è stata inoltrata agli organi competenti la richiesta per ottenerne il rinnovo;

- dell'Unione Europea, è necessario presentare o la copia dell'attestazione di iscrizione anagrafica prevista dal decreto legislativo 30/2007 o, in subordine e in via temporanea, della richiesta presentata per ottenerla - a cui dovrà seguire la presentazione dell'attestazione stessa -, oppure la copia dell'attestazione di soggiorno permanente.

Resta inteso che qualora il Ministero degli Interni stabilisca che i lavoratori sopra menzionati debbano essere in possesso di altra e/o diversa documentazione, la Struttura famiglia e politiche giovanili richiederà al beneficiario dell'intervento economico, quanto dallo stesso indicato.

La sostituzione definitiva del personale assunto, deve essere documentata presentando alle Strutture competenti quanto sopra indicato, oltre alla copia della lettera di licenziamento o di dimissione del personale titolare e alla copia della certificazione dei compensi corrisposti come stabilito al successivo punto 6, comma 4). Nel mese in cui è avvenuta la variazione di personale in seguito a licenziamenti/dimissioni ed assunzioni, il contributo sarà concesso nella misura intera se la somma dei giorni di attività lavorativa complessiva è pari o superiore a 15; il contributo non è dovuto se la somma dei giorni di attività lavorativa complessiva è inferiore a 15.

## **6 - DETERMINAZIONE DELLA MISURA DELL'ASSEGNO DI CURA**

### **1) Determinazione dell'assegno di cura**

- a) Viene garantito al nucleo familiare di appartenenza del beneficiario dell'assegno di cura il minimo vitale come stabilito dall'art. 5 della l.r. 23 luglio 2010, n. 23 in base all'importo determinato dalla Giunta regionale per l'anno precedente la concessione dell'assegno di cura.

Nella determinazione del minimo vitale, nei progetti che prevedono il ricorso ad un'assistente personale privata convivente (per un minimo di 30 ore settimanali) e residente con il beneficiario dell'assegno di cura, viene aggiunta numericamente anche l'assistente personale al numero ufficiale dei componenti il nucleo familiare, così da elevare la franchigia complessiva del nucleo, riconoscendo concretamente al beneficiario dell'assegno di cura il costo sostenuto per la conduzione del quotidiano anche dell'assistente personale.

- b) Nella determinazione del predetto assegno di cura si terrà conto del 100% dell'importo delle provvidenze economiche previste per gli invalidi civili, ciechi civili e sordi dalla l.r. 11/1999, rendite INAIL, pensioni non soggette ad IRPEF oltre ad eventuali redditi prodotti all'estero percepiti dal beneficiario dell'assegno di cura nell'anno precedente riparametrando alla scala di equivalenza.
- c) Nella determinazione del predetto assegno di cura si terrà conto della quota di partecipazione posta a carico dei nuclei familiari di eventuali figli e/o genitori del beneficiario dell'assegno di cura. Tali nuclei saranno tenuti alla contribuzione se il loro IRSEE (determinato come da DGR 3571/2009, ovvero aggiungendo all'I.S.E.E. gli eventuali redditi prodotti all'estero riparametrati alla scala di equivalenza) sarà superiore ad € 35.000,00; in tal caso la quota di compartecipazione posta a carico di ciascun nucleo sarà di € 200,00 mensili. Conseguentemente l'assegno di cura mensile di cui avrebbe avuto diritto il beneficiario sulla base della tabella di cui al successivo comma 3) del presente punto, subirà una detrazione pari a € 200,00, per ciascun nucleo tenuto alla contribuzione.

Qualora il nucleo di appartenenza del beneficiario dell'assegno di cura o il nucleo degli eventuali parenti tenuti alla contribuzione come sopra individuati, sostenga la spesa per il pagamento della retta di ospitalità di un altro familiare appartenente o al nucleo del beneficiario del progetto o al nucleo degli eventuali parenti tenuti alla contribuzione, l'importo dell'assegno di cura è determinato detraendo dall'IRSEE l'ammontare annuale della retta.

## **2) Decorrenza dell'erogazione dell'assegno di cura**

L'assegno di cura decorrerà come sotto indicato solo se le domande risulteranno complete di tutti gli elementi essenziali come stabilito al precedente punto 5:

- dal primo giorno del mese se la domanda è stata protocollata entro il 15° giorno del mese, e l'assunzione dell'assistente personale è stata perfezionata entro il 15° giorno dello stesso mese;
- dal primo giorno del mese successivo se la domanda è stata protocollata dopo il 15° giorno del mese, e l'assunzione dell'assistente personale è stata perfezionata dopo il 15° giorno dello stesso mese.

## **3) Limiti di accesso ed importi degli assegni di cura**

L'assegno di cura, se spettante, è stabilito nella seguente misura:

	Fasce di IRSEE	IMPORTI
1	fino a 2.000,00	700,00
2	Da 2.001,00 a 4.000,00	600,00
3	Da 4.001,00 a 6.000,00	500,00
4	Da 6.001,00 a 8.000,00	350,00
5	Da 8.001,00 a 12.000,00	250,00
6	Da 12.001,00 a 16.000,00	100,00
7	Da 16.001,00 in poi	0

Eccezione

Nei progetti che prevedono l'assistenza a due persone appartenenti al medesimo nucleo familiare l'assegno di cura di cui sopra è erogato nella misura intera per un beneficiario e nella misura del 50% per l'altro beneficiario, solo qualora il progetto assistenziale richieda l'assunzione di due o più assistenti personali di cui almeno una a 30 ore settimanali.

#### 4) **Liquidazione dell'assegno di cura**

L'assegno di cura sarà liquidato agli aventi diritto a trimestri posticipati previa trasmissione:

- a) di fotocopia del bollettino INPS relativo al versamento dei contributi previdenziali in favore dell'assistente personale e fotocopia del MAV riportante il numero di ore effettivamente prestate nel trimestre stesso o di certificazione equivalente (il numero di ore deve ovviamente corrispondere a quanto indicato nel progetto assistenziale allegato alla domanda di contributo, e comunque non deve essere inferiore a 30 ore settimanali, pena la mancata erogazione del contributo);
- b) della comunicazione scritta dal beneficiario dell'assegno di cura (o un suo familiare, dal curatore, dall'amministratore di sostegno, dal tutore) attestante l'eventuale periodo di ospedalizzazione o inserimento temporaneo in qualsivoglia struttura.

Entro il 20 aprile dell'anno successivo a quello in cui si è concretizzato il rapporto di lavoro dovrà essere presentata la certificazione dei compensi corrisposti nell'anno solare all'assistente personale, firmata dal datore di lavoro e dal lavoratore, contenente l'indicazione della retribuzione corrisposta pena la sospensione dell'erogazione del contributo (che sarà ripristinata ad avvenuta presentazione di quanto richiesto); nel caso in cui vi sia stata una interruzione del rapporto lavorativo nel corso dell'anno, tale documentazione deve essere presentata all'atto dell'interruzione del rapporto di lavoro stesso.

#### 5) **Rideterminazione dell'importo dell'assegno di cura in corso d'anno**

La rideterminazione dell'importo dell'assegno di cura in corso d'anno, legata al mutamento delle condizioni economiche sia del nucleo anagrafico del beneficiario che degli eventuali nuclei famigliari di figli e/o genitori dello stesso non comporta la presentazione di una nuova domanda.

Qualora il beneficiario dell'assegno di cura (o un suo familiare, il curatore, l'amministratore di sostegno, il tutore) intenda richiederne una revisione per ottenere una migliore condizione a suo favore, dovrà presentare la DSU del proprio nucleo anagrafico e/o quella dei nuclei famigliari di figli e/o genitori alle Strutture competenti e l'importo dell'intervento sarà rideterminato dal mese successivo alla data del protocollo attribuita alle DSU stesse.

#### 6) **Rilievi sull'importo dell'assegno di cura**

Il beneficiario dell'assegno di cura può, nei tre mesi successivi alla comunicazione delle strutture competenti inerente alla determinazione o alla liquidazione dell'assegno, richiedere alle strutture suddette, la revisione della pratica o dell'importo del contributo; trascorso tale termine non è più possibile tener conto dei rilievi.

## 7 – ASPETTI PROCEDURALI DIVERSI

### 1) **Ordine di valutazione delle domande**

Tutte le relative domande, compresi i rinnovi, in possesso dei requisiti di cui alla l.r. 23/2010 art. 18, punto 2, lettera a) rientranti nel limite dello stanziamento assegnato, saranno evase secondo il numero di protocollo attribuito cronologicamente al loro arrivo o all'arrivo dell'ultimo documento utile alla valutazione; le domande inevase resteranno in una graduatoria stilata con il medesimo principio e saranno le prime ad essere valutate in caso di ulteriore finanziamento nel corso dell'anno, oppure le prime ad essere valutate nell'anno successivo. Non si darà corso alla valutazione della domanda ancora in graduatoria qualora il beneficiario dell'assegno di cura deceda; in tal caso nulla sarà dovuto agli eredi anche se il progetto è stato attuato.

### 2) **Dichiarazione errata o omessa**

Se nell'anno di concessione del contributo, una omessa o errata dichiarazione (es. aggiuntive regionali quali assegno di accompagnamento così come assegni sociali, pensioni estere ecc.) ha determinato l'erogazione di somme superiori a quanto effettivamente dovuto, il beneficiario dell'assegno di cura è tenuto a restituire quanto indebitamente percepito (mediante versamento o mediante compensazione con quanto ancora da erogare); se l'omissione o l'errata dichiarazione ha comportato l'erogazione di somme superiori a quanto effettivamente dovuto anche in anni precedenti, il beneficiario dell'assegno di cura è tenuto a restituire quanto indebitamente percepito maggiorato da interessi passivi.

### 3) **Decesso del beneficiario dell'assegno di cura**

L'erogazione dell'assegno di cura termina in caso di decesso del beneficiario dell'assegno di cura.

In tal caso l'importo spettante sarà riconosciuto agli eredi legittimi, legittimari o testamentari mediante versamento sul c/c personale di un erede delegato.

L'importo del contributo relativo al mese in cui si è verificato il decesso sarà liquidato interamente solo se il decesso è avvenuto successivamente al 15° giorno del medesimo mese; non sarà riconosciuto alcun assegno se il decesso è avvenuto il 15° giorno o nei giorni precedenti il 15° del medesimo mese.

### 4) **Rinnovi**

Annualmente, qualora permanga l'esigenza di proseguire con il progetto di assistenza domiciliare privata in alternativa all'istituzionalizzazione e sia quindi necessario ridefinire l'importo dell'assegno di cura di cui al punto 2 "Definizione degli assegni di cura", il beneficiario dell'assegno di cura (o un suo familiare, il suo tutore/curatore o amministratore di sostegno) ed i suoi parenti tenuti alla contribuzione come individuati al punto 6, comma 1, lettera c) devono presentare entro il 31 ottobre l'ultima DSU in corso di validità fatto salvo quanto disposto dal precedente punto 5, comma 2), oltre agli eventuali redditi prodotti all'estero (dei parenti tenuti alla contribuzione). Se il termine suddetto non viene rispettato automaticamente sarà applicato il concetto di decorrenza come espresso al precedente punto 6, comma 2).

La pratica sarà valutata entro 120 giorni dalla data di protocollo dell'ultimo documento presentato.

#### **5) Titolarietà di aggiuntive regionali**

Qualora, successivamente alla presentazione della domanda, sia riconosciuto al beneficiario dell'intervento stesso il diritto di percepire l'assegno di accompagnamento o altra aggiuntiva regionale, deve esserne data immediata comunicazione alle Strutture competenti.

### **8 - ESCLUSIONI E CONTROLLI**

Gli assegni di cura non sono erogati:

- a) nel caso in cui l'assistente personale non sia iscritta all'elenco regionale di cui alla DGR n. 2836/2010 e alla DGR 366/2014;
- b) nei periodi di ospedalizzazione (in qualsivoglia struttura sanitaria ancorché riabilitativa) ad eccezione dei casi documentati dalla struttura ospedaliera o riabilitativa, per i quali sia richiesta una assistenza individualizzata come specificato al punto. 5, comma 5, lettera b);
- c) nel caso in cui il beneficiario dell'assegno di cura percepisca:
  - il voucher di cui all'art. 22 della l.r. 23/2010 (per la vita indipendente)
  - il contributo relativo al progetto "Home Care Premium".

Nel caso di rifiuto da parte del beneficiario dell'assegno di cura (il curatore, l'amministratore di sostegno, il tutore) di presentare la dichiarazione sostitutiva unica non è concesso allo stesso alcun assegno di cura; nel caso in cui un suo familiare (figlio e/o genitore) rifiuti di presentare la dichiarazione sostitutiva unica o la dichiarazione sulla titolarità di redditi prodotti all'estero non compresi nella DSU, l'importo del contributo concedibile sarà abbattuto di € 200,00 per ciascun nucleo che non ha presentato la documentazione.

Ai fini dell'accertamento della veridicità delle dichiarazioni presentate, sono effettuati controlli – anche a campione – avvalendosi delle informazioni in possesso degli Enti depositari, compresi quelli della Pubblica Amministrazione.

Sono altresì effettuati controlli da parte di funzionari delle Strutture competenti, tramite visite al domicilio dei beneficiari dell'assegno di cura, per verificare la presenza dei soggetti titolari dell'assistenza negli orari previsti nel progetto e la qualità dell'assistenza.

Nel caso in cui sia accertata, a seguito di controlli, l'inesistenza, la parzialità o la cessazione delle condizioni che hanno determinato l'accesso al contributo, il Dirigente della Struttura famiglia e politiche giovanili provvede alla revoca dello stesso, all'attivazione della procedura per il recupero delle somme indebitamente erogate ed eventualmente, ove se ne ravvisino gli estremi, alla segnalazione all'Autorità Giudiziaria competente.

**ART. 19**  
**(CONTRIBUTI PER IL PAGAMENTO DI RETTE IN STRUTTURE SOCIO-ASSISTENZIALI, SOCIO-SANITARIE E RIABILITATIVE)**

**1 - DESTINATARI**

I contributi sono concessi a favore di persone non autosufficienti:

1. residenti nel territorio regionale da almeno cinque anni dalla data di presentazione della domanda;
2. residenti nel territorio regionale da meno di cinque anni dalla data di presentazione della domanda, ma che siano stati residenti nel territorio regionale, in modo continuativo, per un periodo non inferiore a cinque anni (residenza storica);
3. residenti in un comune della Valle d'Aosta da almeno cinque anni e già inseriti in struttura con retta a totale carico dell'interessato e/o dei suoi familiari per un periodo di almeno due anni, che, per sopraggiunti motivi economici, presentano domanda di contributo;
4. inserite in strutture fuori Valle che hanno acquisito la residenza presso la struttura in cui sono ricoverati, ma precedentemente residenti in Valle d'Aosta.

**2 - MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

L'interessato (beneficiario dell'intervento, familiare, curatore, amministratore di sostegno, tutore) presenta la domanda d'intervento economico assistenziale all'insorgere della necessità, concordando preventivamente il progetto assistenziale con l'assistente sociale competente per territorio. Il modulo di domanda deve essere presentato compilato in ogni sua parte e corredato da tutta la documentazione richiesta sul modulo stesso.

**3 - REQUISITI PER ACCEDERE AL CONTRIBUTO**

Per accedere al contributo il beneficiario deve essere in possesso dei requisiti di non autosufficienza certificata e aver concordato preventivamente con i competenti servizi socio sanitari territoriali progetti inerenti l'inserimento in strutture private regionali o extraregionali.

In particolare, la non autosufficienza è determinata:

- 1) per le persone anziane ultrasessantacinquenni dall'essere in possesso dei requisiti di non autosufficienza definiti all'interno della valutazione multidimensionale effettuata in sede di UVMD, rientrando in uno dei profili SVAMA sotto elencati:

Tabella "Profili" (individuazione del profilo di autonomia)	
Profilo SVAMA	Descrizione
5	Lucido, gravemente dipendente
6	Confuso, deambulante, autonomo
7	Confuso, deambulante
8	Confuso, deambula assistito
9	Confuso, allettato
11	Confuso o soporoso, totalmente dipendente

12	Lucido, con elevate necessità cure sanitarie
13	Deambulante con elevata necessità cure sanitarie
14	Lucido, allettato, con elevata necessità cure sanitarie
15	Confuso o soporoso, dipendente, con elevata necessità cure sanitarie
16	Problemi comportamentali prevalenti, discreta autonomia
17	Problemi comportamentali, dipendente

- 2) per le persone con meno di sessantacinque anni affette da gravi patologie invalidanti dalla:
- certificazione medica, rilasciata dal competente servizio dell'Azienda USL (Psichiatria, SER.T., ecc.) avente in carico l'utente, attestante la patologia o il tipo di handicap da cui è affetto il soggetto e incidente sull'autonomia individuale in modo tale da rendere necessario l'inserimento in struttura;
  - certificazione attestante l'handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3 della l. 104/1992 o la certificazione rilasciata dalle commissioni mediche di cui alla l.r. 11/1999, attestante l'invalidità del 100% in soggetto non in grado di svolgere in modo autonomo le attività della vita quotidiana;
- 3) possono altresì accedere al contributo i soggetti già inseriti in struttura con retta a totale carico dell'interessato e/o dei loro familiari per un periodo di almeno due anni, che, per sopraggiunti motivi economici, non possono più sostenere totalmente la spesa previo il possesso dei requisiti di cui sopra.

#### **4 - ISTRUTTORIA DELLA DOMANDA**

- 1) La domanda deve essere presentata corredata da:
- dichiarazione sostitutiva unica (DSU) in corso di validità del nucleo anagrafico dell'utente;
  - autocertificazione delle aggiuntive regionali percepite nell'anno precedente alla presentazione della domanda dall'utente e di seguito elencate: provvidenze di cui alla l.r. 11/1999, pensioni, assegni e rendite a qualsiasi titolo percepiti dal beneficiario stesso (non soggette ad IRPEF), eventuali rendite INAIL, nonché redditi prodotti all'estero non compresi nell'ISEE percepiti dal beneficiario e dal suo nucleo familiare;
  - documentazione relativa all'importo mensile o giornaliero della retta redatta dalla struttura che accoglie l'utente;
  - dichiarazione sostitutiva unica (DSU) in corso di validità dei nuclei anagrafici dei parenti non conviventi, tenuti alla contribuzione (figli e genitori), nonché l'autocertificazione dei redditi prodotti all'estero non compresi nell'ISEE percepiti dagli stessi e dal loro nucleo familiare.

La documentazione comprovante la condizione di non autosufficienza deve essere ripresentata ogni due anni, salvo i casi segnalati dall'Unità di valutazione

multidimensionale distrettuale (UVMD) per i quali non sia ipotizzabile un miglioramento della situazione psico-fisica del beneficiario.

- 2) L'assistente sociale competente per territorio elabora il progetto che deve essere presentato e approvato dall'Unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVMD) e acquisisce la documentazione comprovante la condizione di non autosufficienza e li trasmette alla Struttura famiglia e politiche giovanili contestualmente all'inoltro della domanda. Il progetto può essere a tempo indeterminato, nel caso in cui non sia ipotizzabile un miglioramento della situazione psico-fisica del beneficiario oppure a tempo determinato nel caso in cui sia ipotizzabile un miglioramento, in tal caso deve essere rivalutato e approvato dall'UVMD con i tempi indicati in sede di valutazione.
- 3) Il Dirigente della Struttura famiglia e politiche giovanili dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali dispone l'erogazione dei contributi e conclude il procedimento:
  - entro 60 giorni dalla data del protocollo, o in subordine entro 60 giorni dalla data di protocollo dell'ultimo documento presentato nel caso della domanda che attiva il progetto di inserimento;
  - entro 120 giorni dalla data di protocollo dell'ultimo documento presentato nel caso di rinnovo del progetto.

## **5 - DETERMINAZIONE DELLA MISURA DI CONTRIBUTO**

- 1) Il contributo è stabilito in base all'importo della retta e alle quote di contribuzione a carico del beneficiario e dei suoi parenti ed è liquidato previa presentazione della documentazione attestante la fruizione del servizio e l'avvenuto pagamento della retta. Il contributo viene erogato esclusivamente se di importo mensile uguale o superiore ad € 25,00.  
La quota massima ammissibile a contributo è pari a € 70,00 giornalieri, determinata dalla quota alberghiera e/o da quella socio assistenziale.
- 2) La capacità contributiva del beneficiario è determinata, come previsto dall'allegato B della deliberazione della Giunta regionale n. 3751 in data 18 dicembre 2009, nel modo seguente:
  - per il beneficiario sulla base dell'indicatore della situazione economica equivalente del suo nucleo anagrafico (ISEE) al quale vanno aggiunti le eventuali rendite INAIL, le provvidenze di cui alla l.r. n. 11/1999, le pensioni, gli assegni e le rendite a qualsiasi titolo percepiti dal beneficiario stesso (non soggette ad IRPEF), nonché i redditi prodotti all'estero non compresi nell'ISEE, che:
    - per gli utenti di età superiore a 65 anni, non saranno riparametrati alla scala di equivalenza (IRSE)
    - per gli utenti di età inferiore a 65 anni saranno riparametrati alla scala di equivalenza (IRSEE).
- 3) All'IRSE del beneficiario di età superiore ai sessantacinque anni sarà applicata una franchigia annuale di Euro 1.000,00, per provvedere a esigenze personali di qualsiasi tipo.
- 4) All'IRSEE del beneficiario di età inferiore a 65 anni, sarà applicata, una franchigia di € 5.000,00 se il suo nucleo familiare è composto da più persone mentre sarà applicata una franchigia di € 1.500,00 se è l'unico componente.

- 5) Gli utenti soli che presentano una Dichiarazione Sostitutiva Unica dalla quale emerga che l'utente abbia il solo reddito da pensione assoggettata ai fini IRPEF, senza un patrimonio mobiliare o immobiliare, e, con una riparametrazione alla scala di equivalenza pari a 1,00, potranno fruire di un'ulteriore franchigia pari ad Euro 750,00 annuali.
- 6) In ogni caso, al coniuge o al familiare rimasto al domicilio deve essere garantita una situazione economica pari al minimo vitale stabilito per l'anno di riferimento.
- 7) La quota di contribuzione giornaliera per il servizio residenziale sarà determinata in base alle seguenti fasce di IRSEE:
  - a) l'utente con una dichiarazione IRSEE fino a Euro 24.000,00 al netto della franchigia pagherà la quota di contribuzione giornaliera in proporzione alla propria situazione economica fino a un massimo di Euro 65,00;
  - b) l'utente con una dichiarazione IRSEE superiore a Euro 24.000,01, al netto della franchigia, pagherà la quota di contribuzione giornaliera in proporzione alla propria situazione economica fino a un massimo di Euro 70,00.

#### **6 - QUOTA A CARICO DEI PARENTI NON CONVIVENTI TENUTI ALLA CONTRIBUZIONE**

- 1) I parenti non conviventi tenuti alla contribuzione, qualora la quota a carico dell'utente non consenta la copertura della retta di massimi euro 60,00 giornalieri, concorrono all'integrazione del pagamento della stessa, in proporzione all'IRSEE del loro nucleo anagrafico sino a coprire la differenza tra quanto versato dall'utente sino ad un massimo di Euro 60,00 giornalieri.
- 2) Sono tenuti a concorrere i figli e/o i genitori dell'utente in base al loro IRSEE se superiore ad Euro 10.000,00 salvo che gli stessi siano utenti di servizi residenziali o semiresidenziali.
- 3) La quota contributiva a carico dei parenti non conviventi tenuti alla contribuzione (figli e genitori) è determinata sulla base dell'indicatore regionale della situazione economica equivalente (IRSEE) del loro nucleo familiare, al cui importo devono essere sommati gli eventuali redditi prodotti all'estero non compresi nell'IRSEE riparametrati alla scala di equivalenza (allegato D della deliberazione della Giunta regionale n. 3751 in data 18 dicembre 2009), sulla base della seguente tabella:

**Tabella di calcolo della quota a carico dei parenti di persone inserite in strutture private tenuti alla contribuzione.**

Quota in esenzione	5% IRSEE	10% IRSEE	20% IRSEE	35% IRSEE	50% IRSEE	80% IRSEE
€ 10.000,00	Da € 10.000,01 a € 15.000,00	Da € 15.000,01 a € 20.000,00	Da € 20.000,01 a € 25.000,00	Da € 25.000,01 a € 35.000,00	Da € 35.000,01 a € 45.000,00	Da € 45.000,01 In poi

- 4) Nel caso in cui si giunga a superare la quota dovuta, per la presenza di più familiari tenuti

alla contribuzione, la stessa viene proporzionalmente ridotta per ciascuno di essi.

- 5) Nel caso in cui un parente sia tenuto a contribuire al pagamento della retta di due o più utenti, l'importo dovuto per il secondo utente e per i successivi è calcolato detraendo dall'IRSEE del suo nucleo anagrafico l'importo già versato per gli altri utenti durante l'anno di riferimento.
- 6) Il Servizio sociale professionale può proporre, per casi particolarmente complessi e per fondati motivi, l'esonero dalla presentazione della documentazione relativa alla situazione economica equivalente da parte dei familiari.
- 7) L'accettazione o il rifiuto dell'esonero di cui al punto 6) sono decisi dal Dirigente della Struttura famiglia e politiche giovanili.

## **7 - ASPETTI PROCEDURALI**

- 1) I servizi socio sanitari territoriali competenti hanno l'obbligo di segnalare per iscritto alla Struttura famiglia e politiche giovanili qualunque variazione del progetto di inserimento relativo alla persona entro 30 giorni dal suo verificarsi.
- 2) Ogni documento richiesto dalla Struttura famiglia e politiche giovanili a completamento dell'istanza deve essere presentato entro il termine di 30 giorni dalla data della richiesta stessa.
- 3) Il contributo è concesso dal 1° giorno del mese di presentazione della domanda o dalla data dell'effettivo inserimento in struttura e per il periodo di tempo definito dal progetto formulato con i servizi socio sanitari territoriali e approvato dall'UVMD.
- 4) Qualora, a causa dell'aumento della retta, i soggetti intendano richiedere la rideterminazione dell'intervento economico assistenziale, gli stessi devono presentare richiesta scritta alla Struttura famiglia e politiche giovanili, corredata da idonea documentazione della struttura dalla quale si evinca la variazione del costo della retta giornaliera o mensile. La rideterminazione dell'intervento economico avverrà a partire dal mese successivo da quello in cui è stata ripresentata la richiesta suddetta.
- 5) I beneficiari hanno l'obbligo di comunicare alla Struttura famiglia e politiche giovanili le variazioni anagrafiche ed economiche che comportino un aumento dell'IRSEE entro 30 giorni dal loro verificarsi. La rideterminazione del contributo avviene a partire dal mese in cui si è verificata la variazione.
- 6) È facoltà dell'utente presentare entro il periodo di validità della dichiarazione sostitutiva unica (DSU) una nuova dichiarazione qualora intenda far rilevare i mutamenti delle condizioni familiari ed economiche a suo beneficio. I contributi calcolati sulla nuova dichiarazione avranno decorrenza dal mese successivo alla presentazione della stessa.
- 7) L'erogazione del contributo sarà interrotta in caso di decesso dell'avente diritto. In tal caso l'intero importo del contributo sarà riconosciuto agli eredi su presentazione della relativa istanza corredata dalla documentazione richiesta entro un anno dal decesso del beneficiario dell'intervento.
- 8) Le strutture socio-assistenziali, socio-sanitarie e riabilitative nelle quali i soggetti sono inseriti in regime residenziale o diurno, qualora la tipologia della struttura ospitante sia autorizzata al funzionamento per la patologia da cui è affetta la persona che necessita dell'inserimento, devono avere e far pervenire alla Struttura famiglia e politiche giovanili

l'autorizzazione all'esercizio e al funzionamento, gli eventuali atti deliberativi per la determinazione delle rette e quant'altro sia ritenuto utile per l'individuazione della tipologia della struttura stessa.

## **8 - ESCLUSIONI E CONTROLLI**

Nel caso di rifiuto da parte del beneficiario, o di chi lo rappresenta, e dei parenti non conviventi tenuti alla contribuzione di presentare la dichiarazione sostitutiva unica, l'autocertificazione delle aggiuntive regionali e dei redditi prodotti all'estero, non è concesso alcun contributo.

Ai fini dell'accertamento della veridicità delle dichiarazioni presentate, sono effettuati controlli – anche a campione – avvalendosi delle informazioni in possesso degli Enti depositari compresi quelli della Pubblica Amministrazione.

Nel caso in cui sia accertata, a seguito di controlli, l'inesistenza, la parzialità o la cessazione delle condizioni che hanno determinato l'accesso al contributo, il Dirigente della Struttura famiglia e politiche giovanili provvede alla revoca dello stesso, all'attivazione della procedura per il recupero delle somme indebitamente erogate ed eventualmente, ove se ne ravvisino gli estremi, alla segnalazione all'Autorità Giudiziaria competente.

## **ART. 22**

### **(CONTRIBUTI PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA ALLA VITA INDIPENDENTE)**

#### **1 - DESTINATARI**

Sono destinatari del contributo di cui all'articolo 22 della legge regionale 23/2010 i cittadini italiani e non, residenti nel territorio regionale, con handicap grave, fisico e/o sensoriale, come definito dall'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge – quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), di età compresa tra diciotto e sessantaquattro anni (fino al compimento del 65° anno di età).

#### **2 - MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

L'interessato presenta la domanda iniziale, una volta sola, per accedere al Servizio, che è organizzato secondo i principi stabiliti con deliberazione della Giunta regionale n. 3111 in data 25 agosto 2003 e successive integrazioni.

Il modulo di domanda è disponibile presso l'Ufficio Benefici per la vita di relazione della Struttura disabilità dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali.

La concessione del contributo è subordinata alla presentazione periodica di una specifica richiesta da parte della persona con disabilità che usufruisce del servizio, controfirmata dall'assistente personale, nonché di idonea documentazione comprovante l'avvenuto versamento dei contributi previdenziali ed assistenziali ai sensi legge. L'ammissione al servizio è tacitamente rinnovata, permanendo i requisiti, fino al compimento del sessantacinquesimo anno di età del beneficiario.

#### **3 - REQUISITI PER ACCEDERE AL CONTRIBUTO**

1. Per accedere al contributo la persona con disabilità deve essere in possesso di un certificato di invalidità rilasciato da una Commissione preposta all'accertamento dell'invalidità stessa (civile, del lavoro, di servizio, di guerra, ecc.), che accerti l'essere affetti da patologie influenti sulla mobilità e la deambulazione e/o sull'apparato sensoriale, e della certificazione attestante la situazione di gravità rilasciata dalla Commissione per l'accertamento dell'handicap ai sensi della legge 104/1992;
2. avere un'età compresa fra i diciotto ed i sessantacinque anni;
3. aver assunto uno o più assistenti personali ai sensi del contratto collettivo nazionale di lavoro colf e badanti, al fine di gestire direttamente la propria assistenza. Il contributo non viene erogato qualora l'assistente personale sia il coniuge o il convivente, il figlio legittimo o naturale o adottivo, il nipote, il genitore naturale o adottante, il genero o la nuora, il suocero o la suocera, il fratello o la sorella, il cognato o la cognata della persona da assistere.

#### **4 - ISTRUTTORIA DELLA DOMANDA**

L'interessato deve presentare un modulo di domanda, reperibile presso l'Ufficio Benefici per la vita di relazione della Struttura disabilità dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, completo di:

- copia del certificato di invalidità relativo all'ultima seduta di accertamento;
- estratto del verbale di visita medico – collegiale a cura della Commissione Sanitaria per l'accertamento dell'handicap ai sensi della Legge 104/1992, attestante la situazione di gravità, come definito dall'articolo 3, comma 3.

#### **5 - MODALITA' E CRITERI PER LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO**

La domanda per la concessione del contributo a copertura delle spese derivanti dall'assunzione diretta di uno o più assistenti personali e finalizzate a compensare i limiti funzionali e a favorire la partecipazione alla vita sociale, fermo restando l'obbligo di documentare le spese sostenute, è redatta su apposito modulo predisposto dall'Ufficio benefici per la vita di relazione.

La domanda per la concessione del contributo periodico deve essere presentata all'Ufficio benefici per la vita di relazione con l'indicazione della spesa mensile effettuata per la contribuzione del proprio o dei propri assistenti personali, corredata dalle ricevute di pagamento dei contributi previdenziali e da documentazione attestante l'adempimento degli obblighi contrattuali.

Alla domanda deve essere allegata la seguente documentazione:

- copia dell'ultima Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) del nucleo anagrafico del beneficiario del servizio in corso di validità;
- copia del modulo di autocertificazione attestante il percepimento, nel corso dell'anno precedente a quello di riferimento, e la tipologia di rendite Inail, di provvidenze ai sensi della legge regionale 11/99, di pensioni a qualsiasi titolo percepite non assoggettate ai fini IRPEF dal solo beneficiario del servizio, nonché i redditi prodotti all'estero da tutti i componenti il nucleo familiare, non compresi nell'ISEE (aggiuntive regionali da riparametrare alla scala di equivalenza);
- copia del contratto di assunzione (o documento equivalente, per esempio lettera di assunzione o accordo di lavoro) ai sensi del contratto collettivo nazionale di lavoro colf e badanti.

La liquidazione del contributo è direttamente effettuata dall'Ufficio benefici per la vita di relazione della Struttura disabilità.

Il termine per la conclusione del procedimento in questione è pari a 90 giorni dalla data di ricevimento della domanda, fatta salva la sospensione dei termini di cui all'articolo 5, comma 1, lettera c), della legge regionale 19/2007.

## **6 – DETERMINAZIONE DELLA MISURA DEL CONTRIBUTO**

Si stabilisce l'assegnazione di un contributo pari al 50% del costo complessivo del servizio di assistenza alla vita indipendente alle persone che usufruiscono del servizio stesso e che presentano un IRSEE, calcolato ai sensi della deliberazione della Giunta regionale n. 3751 in data 18 dicembre 2009, pari o inferiore a Euro 40.000,00 (quarantamila/00).

Il limite massimo annuale è fissato in un importo pari a Euro 12.000,00 (dodicimila/00).

Tale limite di contribuzione annuale è determinato in Euro 20.000,00 (ventimila/00) per consentire la continuità assistenziale e per permettere la permanenza presso il proprio domicilio a coloro che sono affetti da patologie che prevedono terapie salvavita basate sull'utilizzo continuativo di apparecchiature specifiche. La necessità dell'utilizzo continuo di tali apparecchiature deve essere certificata dallo specialista, appartenente al Servizio Sanitario Nazionale, che ha in cura la persona.

Nel caso in cui il beneficiario si rifiuti di presentare la dichiarazione sostitutiva unica e l'autocertificazione delle aggiuntive regionali non sarà concesso alcun contributo sulla spesa concernente il servizio in questione.

Le persone con disabilità ammesse a fruire del servizio di assistenza alla vita indipendente possono continuare ad assumere come assistenti personali sia persone iscritte nell'elenco regionale che non, purché gli stessi regolarizzino la propria posizione formativa ai sensi della deliberazione della Giunta regionale n. 142 in data 25 gennaio 2008, concernente l'approvazione del profilo professionale e formativo dell'assistente personale, pena la sospensione del contributo ai datori di lavoro.

Le persone che usufruiscono del servizio non possono godere di altri benefici ai fini della remunerazione del proprio o dei propri assistenti personali.

Il contributo, in caso di decesso del beneficiario, è erogato agli eventuali eredi legittimi o legittimari o testamentari, previa compilazione da parte di questi ultimi di specifici moduli.