

NOTA ESPLICATIVA ASS 1

A seguito del DPGR 35/07 contenente il regolamento di attuazione del FAP, i Comuni della nostra Provincia hanno recentemente concluso l'iter per la definizione delle procedure operative da stabilirsi in sede locale. Ne deriva che ora anche a TS le persone anziane non autosufficienti o disabili potranno accedere ai contributi regionali collegati ai FAP, assegnati dalla Regione ai singoli Comuni, così da offrire una serie di benefici essenziali per la permanenza al domicilio, pur in presenza di condizioni di grave sofferenza per la persona e la famiglia.

Da alcune stime approssimative si ritiene che il 10-15% degli assistiti ultra65enni ed una proporzione circa doppia di quelli oltre i 75 anni sia gravato da varie forme di non totale autonomia. Circa la metà di questi soggetti probabilmente vive attualmente a casa propria, per cui è nostro dovere e precisa volontà realizzare ogni sforzo perché questa permanenza si prolunghi il più possibile. Sappiamo anche che non sempre tutte queste persone giungono all'attenzione dei servizi e/o del medico curante. D'altro canto, invece, molti MMG da tempo lavorano insieme agli operatori dei distretti per affrontare queste situazioni, talora veramente impegnative, da tutti i punti di vista.

Non occorre infatti sottolineare quali risvolti abbia la condizione di non autosufficienza a) per la persona che vive ed affronta la dipendenza, in primo luogo, ma b) anche per i suoi familiari, sui quali spesso ricade molta o gran parte del carico assistenziale, nonché c) per i servizi sanitari e sociali, chiamati di sovente a trovare "soluzioni impossibili".

A differenza di quanto accaduto in passato con l'assegno di cura, il nuovo scenario non è più quello di erogare contributi economici, ma di valorizzare la concreta presa in carico integrata della persona, fondata sulla definizione in ogni caso di un progetto personalizzato di cura ed assistenza, in cui operatori sanitari – con ruolo da protagonista del MMG, data la sua conoscenza diretta del caso – ed operatori sociali definiscono la "mappa dei problemi e delle risorse" della persona e della famiglia e costruiscono un progetto di intervento integrato.

"Senza progetto personalizzato non ci può essere FAP" : questo lo distingue in modo speciale dal precedente "assegno di cura".

Il progetto integrato di cura ed assistenza costituisce pertanto il vero ed unico diritto da riconoscere ed erogare a tutte le persone che si rivolgono ai servizi pubblici per ottenere sostegno alla condizione di non autosufficienza vissuta a casa. **La segnalazione del caso può giungere al Punto Unico integrato da parte di ogni operatore – e quindi anche dal MMG - o da ogni cittadino.**

Il supporto a queste persone fragili vuole quindi basarsi su nuove modalità di co-progettazione, co-gestione e co-finanziamento dei programmi individuali di cura, in un processo di corresponsabilizzazione di scelte e decisioni, che devono vedere protagonisti attivi le stesse persone assistite, i familiari e le reti informali di supporto.

In breve sintesi, per un primo orientamento si richiamano i punti essenziali del FAP:

- I provvedimenti ad esso connessi enfatizzano la volontà del sistema pubblico dei servizi sanitari e sociali di potenziare le risorse per la **domiciliarità**
- Le risorse economiche assegnate ai Comuni nel **FAP** sono erogabili alle persone previa valutazione congiunta sociosanitaria, cui partecipano congiuntamente operatori sanitari, tra cui il MMG, e operatori sociali.
- **Le segnalazioni o richieste** specifiche di supporto/intervento per le persone non autosufficienti o disabili vanno inoltrate ai Punti Unici del distretto-ambito ai quali compete :
 - o Accogliere e valutare la domanda, con approfondita analisi delle condizioni e situazioni personali/familiari/contextuali e, ove necessario ed appropriato,

conseguentemente costruire un **progetto personalizzato** di cura ed assistenza. *NB: Il progetto e la presa in carico integrata costituiscono il livello essenziale da garantire a tutti. Il beneficio economico, soggetto ad elevata selettività, sia per appropriatezza di intervento che contingenza delle risorse economiche assegnate, deve essere considerato uno e non l'unico degli strumenti di supporto. Il MMG è chiamato a partecipare alla costruzione ed approvazione di tale progetto in seno alla unità di valutazione multiprofessionale di progetto (ora denominata UMP, ex UVD).*

- Ottenere all'avvio dell'iter il **consenso** dell'interessato o dei familiari, preliminarmente anche all'avvio delle valutazioni (anche perché, ovviamente, dovranno essere condivisi tra più servizi ed operatori dati molto sensibili). Il consenso può essere raccolto sia dagli operatori sanitari che sociali. Attenzione: va ricordato e tenuto presente che presentare "domanda per il FAP" offre garanzia di valutazione e presa in carico integrata sociosanitaria, MA NON DI CERTA EROGAZIONE ECONOMICA. NON SONO PREVISTI GRADUATORIE O BANDI. Il processo si basa sulla previa conoscenza personalizzata dei singoli casi. Per questo è indispensabile ottenere il consenso, con sottesa accettazione della corresponsabilità da parte della persona e dei familiari.
- Individuare per ciascun soggetto il **progetto personalizzato**, in cui è privilegiato l'approccio globale ed unitario, con analisi puntuale ed esaustiva della situazione e definizione di una "**mappa problemi –risorse**". Questo è uno dei temi cruciali e più innovativi: in ogni persona /situazione, per quanto critica, esiste un punto di forza (risorsa) su cui far leva per affrontare la situazione. Spetta a noi trovarlo. A mero titolo esemplificativo, per farci meglio capire: nella forza d'animo e volontà della stessa persona non autosufficiente a rimanere a casa, nelle risorse di tempo dei familiari (o, se disponibili, di tipo economico), del vicinato, del contesto locale, di tutto ciò che potrebbe integrare quanto i servizi istituzionali sono tenuti ad erogare. Il progetto personalizzato costituisce quindi la prima risposta che i servizi devono predisporre.
- Spiegare agli assistiti i **requisiti** minimi per poter accedere eventualmente al FAP:
 - grado della **non autosufficienza**: è prevista una soglia definita dalla perdita di almeno 2 delle 6 attività di base inserite nell'indice di Katz-scheda ADL (che misura le capacità di svolgere in modo autonomo le seguenti attività: lavarsi, vestirsi, alimentarsi, recarsi in bagno, essere continenti, muoversi), salvo eccezioni (ad es. se trattasi di persone con deficit cognitivo o adulti con disabilità questo vincolo può decadere)
 - **reddito**: deve essere inferiore a 35.000 euro di ISEE (NB: non di reddito !) per il nucleo familiare della persona
 - **documentazione oggettiva** delle spese programmate o sostenute (per servizi integrativi, spese assistenziali di vario tipo, contratti in essere con personale di assistenza privato - c.d. "badanti") oppure di eventuale perdita di reddito conseguente all'assistenza (ad es. per passaggio a part time del familiare, per perdita del lavoro, ecc.). In altre parole, finalità accessoria del processo è l'emersione del lavoro irregolare.
- Ribadita la **selettività** dell'intervento economico, il FAP contempla l'erogazione dei segg. **contributi**, graduati a seconda delle singole situazioni, tenuto conto del reddito e del grado di dipendenza:

- assegno per l'autonomia possibile (**APA**): da un minimo di 2.000 ad un massimo di 6.200 euro/anno;
- **contributo** per l'assegno familiare (finalizzato a coprire i costi dei contributi delle assistenti familiari - alias "badanti"): range 120-190 euro/mese, commisurato al numero di ore settimanali di lavoro svolto dall'addetto all'assistenza (da 25 a 39 ore settimanali, oppure oltre 40). Questa e la precedente forma di contributo sono cumulabili, come contemplato nel progetto personalizzato;
- **sostegno alla vita indipendente**: l'intervento economico è destinato a soggetti disabili di età compresa tra 18 e 64 anni e prevede anche la costruzione di percorsi di inserimento sociale o lavorativo. E' cumulabile con l'APA.
- **A parte sono considerati i contributi per persone con problemi di salute mentale.**

Si ricorda che agli attuali percettori dei c.d. "assegni di cura" erogati dal Comune è assicurato il mantenimento automatico del beneficio ancora per un anno, non rinnovabile; al termine, dovrà essere ripresentata domanda, cui seguirà nuova valutazione ed avvio del percorso previsto per i casi nuovi".