



REGIONE MOLISE
Direzione Generale della Salute
Servizio Politiche Socio-sanitarie

Programma Attuativo Regionale
Fondo per lo Sviluppo e la Coesione 2007-2013 Asse IV "Inclusione sociale" - Linea di Intervento IV.B
"Rete socio-sanitaria regionale" –

Deliberazione della Giunta regionale n.36 del 15 gennaio 2013 - Azione 10 Assistenza Tutela di Base

PROGETTO ESECUTIVO PER L' "ASSISTENZA TUTELARE DI BASE"
Triennio 2015-2017

INDICE

Paragrafo 1. Finalità dell’Azione	3
Paragrafo 2. Riferimenti programmatici e normativi	3
Paragrafo 3. Dati statistici e indicatori	4
Paragrafo 4. Cure domiciliari, Assistenza Domiciliare e Assistenza Domiciliare Integrata in favore degli anziani	7
Paragrafo 5. Gli Ambiti Territoriali Sociali del Molise	8
Paragrafo 6. Titolarità e Soggetto realizzatore dell’Azione	8
Paragrafo 7. Destinatari finali dell’Azione	9
Paragrafo 8. Oggetto dell’Azione: il servizio di “Assistenza tutelare di base”	9
Paragrafo 9. Integrazione socio-sanitaria	10
Paragrafo 10. Disposizioni esecutive per lo svolgimento del servizio di “Assistenza tutelare di base” ..	11
Paragrafo 11. Caratteristiche del personale impiegato nell’Azione	12
Paragrafo 12. Clausola sociale	12
Paragrafo 13. Importo del finanziamento dell’Azione	13
Paragrafo 14. Realizzatori dell’Azione	13
Paragrafo 15. Obblighi degli ATS	14
Paragrafo 16. Compartecipazione al costo del servizio per anziani non arruolati in ADI	14
Paragrafo 17. Obblighi di monitoraggio	15
Paragrafo 18. Modalità di erogazione del finanziamento	15
Paragrafo 19. Ammissibilità della spesa e rendicontazione	16
Paragrafo 20. Modalità di rendicontazione	16
Paragrafo 21. Responsabile del Procedimento	17

Paragrafo 1. Finalità dell’Azione

La Regione Molise, con l’Azione “Assistenza tutelare di base”, intende potenziare il sistema della presa in carico socio-sanitaria domiciliare mediante l’erogazione del servizio di assistenza tutelare di base, svolto da operatori qualificati, in favore di anziani appartenenti a nuclei familiari “deboli”, attraverso il sostegno alle spese che gli Ambiti Territoriali Sociali (di seguito denominati ATS) sopportano per l’assistenza a domicilio di anziani fragili, a condizione che la maggior parte di questi siano correttamente arruolati in ADI.

L’Azione ha valenza triennale ed è riferito agli anni 2015, 2016 e 2017, così come previsto dall’Azione 10 individuata dalla deliberazione della Giunta regionale del 15 gennaio 2013, n. 36.

L’Azione si integra con le altre Azioni previste dalla DGR 36/2013 e in particolar modo con l’Azione 7. “Implementazione dell’Assistenza Domiciliare per pazienti con gravi patologie per qualificare ed integrare gli interventi socio-sanitari ed evitare il ricorso ai ricoveri impropri” e l’Azione 9. “Potenziamento dell’Assistenza Domiciliare per le persone affette dal morbo di Alzheimer”.

Paragrafo 2. Riferimenti programmatici e normativi

I seguenti riferimenti normativi e programmatici costituiscono il quadro di riferimento della presente Azione:

- Delibera CIPE 3 agosto 2007, n. 82 recante ad oggetto: “Quadro strategico nazionale 2007-2013 - Definizione delle procedure e delle modalità di attuazione del meccanismo premiale collegato agli «obiettivi di servizio»;
- Delibera CIPE 21 dicembre 2007, n. 166 recante ad oggetto: «Attuazione del quadro strategico nazionale (QSN) 2007-2013 - Programmazione del Fondo per le aree sottoutilizzate.»<
- Delibera CIPE 3 agosto 2011 n. 63 recante ad oggetto: “Preso d'atto del Programma Attuativo Regionale (PAR) della Regione Molise - FAS 2007-2013 (Delibere nn. 166/2007, 1/2009 e 1/2011)”;
- Programma Attuativo Regionale (PAR) della Regione Molise a valere sul Fondo per lo Sviluppo e la Coesione (FSC) 2007-2013;
- Delibera CIPE 11 luglio 2012, n. 79 recante ad oggetto: «Fondo per lo sviluppo e la coesione 2007 - 2013. Revisione delle modalità di attuazione del meccanismo premiale collegato agli «Obiettivi di servizio» e riparto delle risorse residue.»;
- Delibera CIPE 30 giugno 2014, n. 21 recante ad oggetto: «Fondo per lo sviluppo e la coesione 2007-2013. Esiti della ricognizione di cui alla delibera Cipe n. 94/2013 e riprogrammazione delle risorse.»;
- D.P.C.M. 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”;
- D.P.C.M. 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”;
- D.M. del 17.12.2008 recante ad oggetto “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza domiciliare”;
- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento recante “Piano nazionale demenze – Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze”, Rep. CSR n. 135 del 30 ottobre 2014;
- Legge regionale 2 maggio 1990, n. 21, recante ad oggetto: «Interventi in favore delle persone anziane»;
- Deliberazione del Consiglio Regionale n. 148/2009 recante ad oggetto: «Piano Sociale Regionale 2009/2011»;
- Legge regionale 6 maggio 2014, n. 13, recante ad oggetto: «Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali»;

- Decreto del Commissario ad acta n. 78/2010 recante ad oggetto: «Valutazione Multidimensionale delle persone con disabilità- adozione della scheda SVAMDI per l'accesso ai servizi sanitari e sociali»;
- Decreto del Commissario ad acta n. 26/2012 recante ad oggetto: «Revoca dei DCA n. 11 e 86 del 2011. Nuova approvazione delle tariffe per fascia di assistenza, delle linee guida e regolamentari di ammissione degli assistiti nelle Residenze Sanitarie Assistenziali pubbliche e private della Regione Molise»;
- Decreto del Commissario ad acta n. 5 del 21 marzo 2011 recante ad oggetto:«Determinazione degli oneri di spesa delle prestazioni previste dall'allegato 1. C "area integrazione socio-sanitaria" al DPCM 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"»;
- Decreto Commissario ad acta n. 37/2014 recante ad oggetto: «Approvazione del Piano Regionale della Riabilitazione 2014-2016»;
- Decreto Commissario ad acta n. 21/2014 recante ad oggetto: «Adozione Programmi Operativi 2013-2015 (ex art. 15, comma 20, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni in L. 7 agosto 2012, n. 135)»;
- Deliberazione della Giunta regionale n. 101 del 4 febbraio 2008 recante ad oggetto: «P.O. di Rientro - Triennio2007-2009 - Obiettivi 8.2 e 9.1 – Adozione di uno strumento di valutazione multidimensionale per l'ammissione delle prestazioni assistenziali per pazienti non autosufficienti.»;
- Deliberazione della Giunta regionale n. 36 del 15 gennaio 2013 recante ad oggetto: «Programma Attuativo Regionale (PAR) a valere sul Fondo per lo Sviluppo e la Coesione (FSC) 2007/2013. Asse IV “Inclusione e servizi sociali”. Attuazione Linea di Intervento IV.B “Rete socio-sanitaria regionale”. Servizi socio-sanitari in favore degli anziani. Definizione Interventi/Azioni»;
- Deliberazione della Giunta regionale n. 634 del 24 novembre 2014 recante ad oggetto: «Regolamento di attuazione della Legge regionale 6 maggio 2014, n. 13: "Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali"».

Paragrafo 3. Dati statistici e indicatori

La presente Progetto, che rende operativa l’Azione 10 di cui alla deliberazione della Giunta regionale del 15 gennaio 2013, n. 36, si inserisce nella strategia della Linea di Intervento IV.B “Rete socio-sanitaria regionale” dell’Asse IV del PAR Molise FSC 2007-2013, finalizzata all’aumento del numero di anziani ultrasessantacinquenni residenti in Molise che vengono assistiti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), pertanto, al miglioramento degli indicatori S. 06 e S.06 bis.

L’indicatore S.06 definisce la percentuale di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana (65 anni e oltre). Per il miglioramento dell’indicatore S.06 deve essere combinato ad un indicatore vincolante (S06 bis) che valuti la spesa per l’ADI, rispetto alla spesa sanitaria regionale complessiva. Infatti, nella delibera CIPE n. 82/2007 viene esplicitata la necessità che la spesa per questi interventi non debba essere minore a quella del valore *baseline* 2005 (che per il Molise è pari allo 0,74%). La motivazione sta nel fatto che «per tenere conto che l’aumento della popolazione assistita va accompagnato anche da un incremento dell’intensità delle prestazioni erogate allo scopo di migliorare la qualità del servizio offerto, è necessario che l’incidenza della spesa per l’assistenza domiciliare integrata risulti almeno pari a quella attualmente osservata» [cfr. Delibera CIPE n. 82/2007].

Tabella 1: serie storica dell'indicatore S.06 per Molise, ripartizione geografica e Italia

Regioni, ripartizioni geografiche	Anni							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Molise	6,10	5,44	3,72	2,16	2,44	3,30	3,5	3,9
- <i>Mezzogiorno</i>	1,6	1,7	1,8	1,9	2,1	2,3	2,7	3,3
Italia	3,06	3,04	3,28	3,35	3,67	4,12	4,12	4,3

Fonte: Ministero della Salute, dati certificati dal DPS.

Osservando la serie storica si nota un andamento dei dati altalenante; il dato, piuttosto elevato fino al 2006, mostra una significativa flessione a partire dal 2007 determinata, non da una diminuzione degli anziani presi in carico attraverso percorsi ADI, ma da una errata rilevazione dell'informazione, a causa di classificazioni non uniformi a livello regionale dei pazienti e delle prestazioni.

Infatti, dalle riunioni tecniche, tenutesi presso il competente Dipartimento del Consiglio dei Ministri, tra i referenti ministeriali e i rappresentanti della ASReM, è emerso che il dato comunicato, relativo agli anni 2005/2007, non si riferiva ai casi di pazienti anziani over 65 in ADI, ma al numero di pazienti che avevano usufruito di prestazioni domiciliari di bassa, media e alta complessità assistenziale e, quindi, non ascrivibile alle sole prestazioni ADI, per le quali veniva effettuata la valutazione multidimensionale. La commistione e l'errato inserimento derivavano anche da una articolazione aziendale per Zone/Ambiti territoriali nelle quali l'arruolamento dei pazienti in assistenza domiciliare e la tipizzazione del profilo di cura non avveniva nel rispetto di criteri omogenei di iscrizione ai diversi percorsi domiciliari.

Il coinvolgimento della ASReM ha consentito la rivisitazione delle posizioni degli anziani in ADI per gli anni 2008/2009, con successiva validazione da parte del competente Ministero ed inserimento del dato corretto nel sistema informativo nazionale.

Tale rilievo risultava confortato dalla valutazione dell'incidenza del costo ADI sul totale della spesa sanitaria, essendo il valore della regione Molise estremamente basso e quindi non corrispondente ad una presa in carico prestazionale complessa.

Si riporta, in Tabella 2, la serie storica dell'indicatore S.06 bis che descrive l'evoluzione dell'incidenza percentuale del costo dell'ADI sul totale della spesa sanitaria regionale.

Tabella 2: serie storica dell'indicatore S.06 bis per Molise, ripartizione geografica e Italia

Regioni, ripartizioni geografiche	Anni											
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Molise	0,78	0,57	1,08	0,90	0,74	0,70	0,79	0,36	0,34	0,2	1,09	3,2
- <i>Mezzogiorno</i>	1,2	1,2	0,8	0,7	0,8	0,7	0,7	0,5	0,6	0,7	0,70	1,7
Italia	1,1	1,2	1,0	1,1	1,1	1,1	1,0	0,9	1,1	1,1	1,15	2,4

Fonte: Ministero della Salute, dati certificati dal DPS.

E' opportuno osservare che il dato relativo alla spesa per gli anni 2008, 2009 e 2010 ha risentito del processo di uniformazione delle procedure amministrative ed organizzative conseguenti l'istituzione dell'Azienda Unica Sanitaria Regionale (ASReM), poiché molti costi riferiti all'assistenza domiciliare nell'anno 2009 risultavano ancora iscritti a conti economici diversi.

Dall'analisi combinata dei due indicatori, già nell'anno 2011, il Molise ha raggiunto un apprezzabile 3,5%, confermato dai dati riferiti al 2012, pari al 3,9%, che consolidano la tendenza ad un costante aumento degli anziani assistiti in ADI, accompagnato ad un livello di spesa sanitaria adeguato al costo delle complesse prestazioni erogate nel servizio ADI.

Ciò detto, per la Regione è essenziale finanziare quegli interventi che determineranno la possibilità di inserimento in ADI di un numero maggiore di assistiti, con la necessità di migliorare la qualità del servizio, ma anche di incrementare l'arruolamento in ragione della riconduzione dell'attività delle strutture

ospedaliere verso l'acuzie e la strutturazione della presa in carico a livello territoriale dell'utenza anziana attraverso la Porta Unica di Accesso.

L'intento è quello di razionalizzare gli interventi sanitari, socio sanitari ed assistenziali in favore degli anziani, incentivare i processi di deospedalizzazione, riconoscere il ruolo del distretto socio-sanitario quale punto di riferimento per il soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini, attraverso la realizzazione di interventi coordinati con gli ATS.

L'intero processo si basa sulla definizione del bisogno assistenziale, qualificando e rafforzando il sistema dell'offerta attraverso azioni finalizzate a una evoluzione dell'attuale sistema a garanzia dei livelli di assistenza sanitaria e di tutela sociale, favorendo la permanenza degli anziani presso il proprio domicilio.

L'arruolamento dell'utenza in percorsi domiciliari sta avvenendo, a livello distrettuale, nell'Azienda Sanitaria, attraverso l'utilizzo di una piattaforma informatica messa a disposizione dalla Regione Molise che consente la omogeneizzazione delle procedure di presa in carico e l'adempimento richiesto dal D.M. del 17.12.2008 recante ad oggetto "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare".

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) in Molise, prima dell'anno 2010, pur in presenza di linee guida regionali ed aziendali, mostrava, nelle diverse realtà territoriali regionali, ancora evidenti differenze organizzative e strutturali, che dovevano essere necessariamente superate in ragione dell'avvenuta unificazione, in un'unica Azienda Sanitaria. La frammentazione territoriale in zone non garantiva, infatti, uniformità nella erogazione del servizio, sia rispetto alle modalità organizzative e sia rispetto ai livelli di assistenza dei cittadini. Le criticità, rilevate prima degli interventi di miglioramento, afferivano alla mancata distinzione dei profili di cura, all'assenza di un sistema informativo strutturato, alla insufficienza di risorse dedicate, sia umane che strumentali e tecnologiche.

Successivamente, gli interventi posti in essere hanno riguardato l'attivazione delle Porte Uniche di Accesso (PUA), delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), presso le sedi distrettuali, e la predisposizione dei relativi regolamenti di funzionamento con formali atti della Direzione Generale della ASReM [cfr. Provvedimenti del Direttore Generale dell'ASReM n. 999, 1000 e 1001 del 2010 che definiscono e regolano l'ADI, la PUA e l'UVM.]

Tra questi particolare importanza, ai fini dell'impatto delle politiche socio-sanitarie sugli Indicatori S.06 e S.06 bis, riveste il software per la gestione integrata dell'assistenza residenziale e semiresidenziale, dell'assistenza domiciliare e dell'assistenza protesica. Tale informatizzazione consente all'ASReM, per il tramite dei Distretti Sanitari e agli ATS, di lavorare in rete sull'intero territorio regionale e, nel contempo, di garantire il monitoraggio delle diverse tipologie di assistenza, nel rispetto del D.M. del 17.12.2008 recante ad oggetto "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare".

Ciò detto è necessario che la Regione consolidi la propria propensione all'aumento dell'arruolamento in ADI per la popolazione anziana, migliorando il valore dell'Indicatore S.06.

Questi obiettivi sono raggiungibili attraverso il potenziamento dalla parte socio-assistenziale dell'ADI che, in questi anni, a causa di forti carenze finanziarie, è stata fortemente contenuta.

L'attuale quadro normativo di riferimento, attinente all'area delle prestazioni socio-sanitarie, nel riconfermare il valore strategico di forme di integrazione e coordinamento programmatico, progettuale ed operativo, istituzionalizza una corresponsabilizzazione fra i due sistemi: sociale e sanitario. Il rispetto del modello di governance territoriale della macro-area della programmazione e gestione della rete dei servizi socio-sanitari, consente di raggiungere gli obiettivi intermedi che hanno riguardato l'avvio e la qualificazione, in prima istanza, delle PUA e delle UVM. La ulteriore qualificazione e messa a regime di tutti i livelli e strumenti della programmazione e gestione dell'area socio-sanitaria avrà, come ricaduta ultima, l'implementazione e la messa a regime in scala regionale della rete della domiciliarità integrata. In tale contesto la programmazione territoriale, nelle sue diverse articolazioni, rappresenta, dunque, la risposta più adeguata ai processi innovativi posti in essere dalla ASReM rispetto all'obiettivo di qualificazione della rete di servizi territoriali per anziani non autosufficienti.

Più in particolare, allo stato attuale, la presenza in ogni Distretto della PUA e dell'UVM, la predisposizione di Piani di Assistenza Individuale (PAI) attraverso gli strumenti multidimensionali SVAMA (anziani) e SVAMDI (disabili), consentono di poter prendere in carico l'utenza ultrasessantacinquenne attraverso interventi articolati che vedono il coinvolgimento di professionisti sanitari, di assistenti sociali dei Comuni, del personale infermieristico e di riabilitazione dei Distretti e delle ditte affidatarie dei servizi, nonché dei *caregivers* e delle famiglie.

Lo sviluppo delle attività, già poste in essere, è stato finanziato direttamente dall'Azienda Sanitaria con l'utilizzo di quota parte del Fondo Sanitario Regionale assegnato annualmente.

L'analisi del territorio e dei dati a disposizione, attraverso la reportistica distrettuale e i flussi informativi, alla luce della nuova quantificazione degli assistiti, ha posto in evidenza la necessità di intervenire puntando l'attenzione, non solo sul miglioramento del servizio, ma anche sull'arruolamento di un maggior numero di anziani, dando loro la possibilità di ricevere, a domicilio, prestazioni integrate che innalzino il livello di benessere, salute e alleggeriscano il peso assistenziale familiare. Questo in considerazione, anche, del processo in atto, in ambito aziendale, finalizzato alla deospedalizzazione, alla riconversione delle strutture ospedaliere e alla vocazione verso l'acuzie dei presidi ospedalieri regionali.

In coerenza con l'Obiettivo di Servizio "Servizi di cura per gli anziani" la Regione Molise, nel PAR – FSC 2007/2013, nell'ambito dell'ASSE IV "Inclusione e servizi sociali", ha individuato la specifica Linea di Intervento IV.B "Rete socio-sanitaria regionale" che concorre alla realizzazione della strategia del QSN in materia di "Obiettivi di Servizio" ed individua una serie di interventi volti a garantire una maggiore e più qualificata offerta di servizi socio-sanitari in favore degli anziani.

In termini finanziari il PAR – FSC 2007/2013 ha programmato 13,420 milioni di euro finalizzati al rafforzamento dell'ADI nei confronti delle persone anziane. La citata Linea di Intervento è stata attiva con la deliberazione della Giunta regionale n. 36 del 15 gennaio 2013, che ha previsto una specifica Azione, la n. 10 denominata "Assistenza tutelare di base", la quale costituisce il presupposto alla definizione del presente progetto esecutivo.

L'Azione 10 è una delle azioni individuate dalla Regione finalizzata all'Obiettivo di Servizio "Servizi di cura per gli anziani".

Paragrafo 4. Cure domiciliari, Assistenza Domiciliare e Assistenza Domiciliare Integrata in favore degli anziani

La continuità assistenziale prevede che vengano forniti diversi livelli di assistenza al paziente e agli stessi *caregiver*. I piani di assistenza individualizzati, dovranno valutare la possibilità di costruire una rete di assistenza intorno alla persona, che privilegi la sua permanenza a domicilio. Solo laddove sia "evidente" la mancanza di una rete di supporti adeguata, anche con l'aiuto di soggetti esterni alle famiglie (personale di assistenza e volontariato) si potrà optare per la scelta di forme di assistenza residenziale per coloro che non possono essere presi in carico tramite assistenza domiciliare integrata (ADI) o con forme di ospedalizzazione domiciliare.

Diversi sono i gradi di assistenza domiciliare, che possono prevedere dalle forme di assistenza personale/tutelare che consiste in un aiuto alla persona anziana non autosufficiente e nello svolgimento di mansioni domestico-familiari (pulizia, preparazione del cibo e somministrazione, acquisto dei beni primari, aiuto nell'igiene personale, lavanderia, etc.), cui provvede la famiglia, anche attraverso persone allo scopo assunte (assistente familiare che meglio definisce la denominazione di "badante" ed ha una formazione di base per l'assistenza all'anziano). Anche i Comuni e le loro forme associative, possono fornire con i loro servizi (SAD), o avvalendosi di soggetti della cooperazione o altri soggetti, per tempi più limitati l'assistenza a domicilio. Questo tipo di assistenza non sostituisce né l'assistenza infermieristica né quella riabilitativa, ma è finalizzata alla prevenzione, al mantenimento e al recupero delle potenzialità residue della persona per permettergli di restare al proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione.

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è una forma di trattamento integrato a domicilio, che unisce alle prestazioni sanitarie (infermieristiche, riabilitative e mediche) quelle di carattere tutelare e domestico per

supportare l'anziano nel caso di riacutizzazione delle patologie croniche o nelle dimissioni ospedaliere. L'ADI è definibile come l'insieme coordinato di prestazioni di carattere sanitario integrate con interventi di natura socio-assistenziale erogati a domicilio e rivolte a soddisfare le esigenze di anziani e di anziani affetti da malattie cronico-degenerative, parzialmente o totalmente non autosufficienti, che necessitano di un'assistenza continuativa nella cura e nella riabilitazione.

L'ADI è supportata dal Piano di Assistenza Individuale (PAI) attraverso la presa in carico multidisciplinare del paziente con il coordinamento del medico di medicina generale, di medici specialisti, di terapisti della riabilitazione, di personale infermieristico, di assistenti domiciliari e di assistenti sociali e sanitari. Il servizio di ADI può essere richiesto dal medico di medicina generale, dal responsabile del reparto ospedaliero in vista delle dimissioni, dall'assistente sociale o dalla famiglia della persona non autosufficiente.

Vi sono diverse forme di ADI collegate all'intensità delle cure sanitarie e dell'assistenza personale assistenziale (medio e alto livello) che devono prevedere in base alla gravità della persona anziana, una presenza giornaliera e talvolta plurigiornaliera dei trattamenti di cura. Particolare forma di ADI intensiva sono i trattamenti forniti ai malati oncologici e di fine vita, che debbono rispondere a protocolli assistenziali di elevata intensità sanitaria.

E' da sottolineare che l'ADI, nei confronti di particolari cronicità a lungo decorso, soprattutto per gli aspetti tutelari e di aiuto personale, dovrà essere integrata da cure familiari.

Paragrafo 5. Gli Ambiti Territoriali Sociali del Molise

Ai sensi del comma 2 dell'Art. 32 della Legge regionale 6 maggio 2014, n. 13, recante ad oggetto: «Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali» gli ambiti territoriali sociali costituiscono il riferimento unico per la gestione associata delle funzioni, dei servizi e degli interventi sociali, come specificato dal successivo art. 32: «La gestione associata delle funzioni, dei servizi e degli interventi di competenza dei Comuni avviene nelle forme previste dalla legislazione vigente. Il Piano sociale regionale può prevedere l'obbligo di gestire in forma associata gli interventi a carattere innovativo e sperimentale di interesse regionale. L'ente cui è attribuita la responsabilità della gestione associata esercita le funzioni su tutto il territorio dei Comuni partecipanti, salvo quanto diversamente disposto dall'atto associativo».

Ai sensi della Legge 8 novembre 2000, n.328: "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", con la deliberazione del Consiglio Regionale 28 aprile 2009, n. 148 con la quale è stato approvato il Piano Sociale Regionale Triennale 2009/2011, si è proceduto alla individuazione di 7 ambiti territoriali sociali (ATS) coincidenti con i Distretti sanitari previsti dal Piano Sanitario Regionale.

L'ATS è rappresentato dal Comune capofila che svolge le funzioni delegate dai Comuni appartenenti all'ATS stesso in nome e per conto dei comuni deleganti.

Paragrafo 6. Titolarità e Soggetto realizzatore dell'Azione

L'Azione è a titolarità regionale ed è realizzata, esclusivamente, attraverso gli ATS della regione Molise che svolgono il ruolo di soggetto realizzatore. L'ATS è rappresentato dal Comune capofila che svolge le funzioni di Soggetto realizzatore in nome e per conto dei comuni associati.

Paragrafo 7. Destinatari finali dell'Azione

I destinatari finali della presente Azione sono gli anziani di età superiore a 65 anni compiuti all'atto dell'arruolamento in ADI residenti nella regione Molise e le loro famiglie, in particolare le donne che hanno difficoltà a conciliare il tempo lavorativo e/o di ricerca del lavoro con il tempo da dedicare alla cura dell'anziano.

Nella misura non superiore al 40% del finanziamento totale assegnato a ciascun ATS, ai sensi della presente Azione, sono da considerarsi destinatari finali dell'Azione anche gli anziani di età superiore a 65 anni compiuti all'atto dell'arruolamento nel servizio SAD gestito dall'ATS e residenti nella regione Molise, purché in condizioni di fragilità tali da richiedere un'assistenza domiciliare socio-assistenziale e socio-

sanitaria che non consente, a causa della bassa incidenza sanitaria, l'arruolamento in ADI, ma che non sia inferiore a 8 ore a settimana comprensive delle prestazioni sanitarie ricadenti nella categorie "assistenza estemporanea" e/o "assistenza programmata" (per esempio: accesso mensile per visita di controllo del medico di medicina generale).

I servizi e le prestazioni oggetto dell'Azione in favore dei suddetti pazienti/utenti consentirà di aumentare, in ottica Obiettivo di Servizio, il numero di anziani assistiti in ADI, stimabili, alla fine dell'Azione, in 130 unità in più rispetto a quelli registrati complessivamente nel 2013.

Paragrafo 8. Oggetto dell'Azione: il servizio di "Assistenza tutelare di base"

La presente Azione garantisce la c. d. "Assistenza tutelare di base" prevista nell'ambito dell'ADI e che i DPCM 14 febbraio 2001 e il DPCM 29 novembre 2001 pongono a carico dei Comuni in forma singola o associata, attraverso il finanziamento dei 7 Ambiti Territoriali Sociali del Molise, per la realizzazione di interventi e prestazioni ricadenti, appunto, nel servizio di "Assistenza tutelare di base" in favore di anziani fragili residenti in Molise.

La Regione, con successivo provvedimento del Direttore Generale della Giunta regionale, stipulerà una Convenzione con ciascun Comune capofila di ciascun ATS; la Convenzione ha valore contrattuale ed è certa ed esigibile in quanto dotata di copertura finanziaria, individuata, dal Servizio regionale Politiche Socio-sanitarie, attraverso precedente specifico impegno contabile di spesa. La Convenzione ha valore triennale e cessa automaticamente il 31/12/2017.

Questo tipo di assistenza, che annovera tra le sue prestazioni tipiche la cura e l'igiene personale della casa, la tutela sociale, il contrasto alla solitudine, ecc., nei casi a forte integrazione socio-sanitaria è la condizione necessaria affinché il paziente permanga nel suo domicilio e si eviti il ricovero in strutture sanitarie (lungodegenza) o socio-sanitarie (RSA) con un evidente beneficio, sia per l'utente stesso, che per la spesa sanitaria regionale.

Il servizio di "Assistenza tutelare di base" prevede obiettivi e attività così come di seguito descritto.

Gli obiettivi sono:

- favorire la permanenza della persona anziana nel proprio ambiente di vita;
- evitare l'emarginazione, l'isolamento e l'istituzionalizzazione dell'anziano;
- garantire all'anziano una adeguata vita di relazione, favorendone la socializzazione;
- alleviare il peso e diminuire la pressione che grava sui familiari accudenti l'anziano;
- mantenere la persona nel proprio contesto di vita attraverso interventi a sostegno della famiglia e della persona con prestazioni socio-sanitarie integrate svolte in regime domiciliare o nel contesto della vita quotidiana;
- costituire una valida alternativa sia all'assistenza sanitaria prestata in regime di ricovero ospedaliero, che alla istituzionalizzazione in Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.) e Residenza Protetta Socio-Sanitaria;
- adottare modalità di intervento mirate al recupero, al reinserimento, all'autonomia, alla salvaguardia della vita affettiva e di relazione dell'anziano;
- ridurre i ricoveri impropri e incongrui negli ospedali e nelle strutture residenziali, nonché ridurre la permanenza in ospedale e favorire la deospedalizzazione, attraverso l'istituto della dimissione socio-sanitaria protetta;
- sviluppare una modalità d'intervento incentrata sul lavoro d'équipe, al fine di realizzare l'effettiva integrazione delle prestazioni;
- sostenere la famiglia e coinvolgerla in una collaborazione solidale e partecipata ai piani di assistenza.

Le principali attività previste dal servizio sono:

- a. sostegno alla mobilità personale (trasporti da e per centri sanitari e/o socio-assistenziali);
- b. sostegno socio-psico-educativo alla persona anziana;
- c. cura delle condizioni igieniche dell'alloggio con particolare riferimento a quelle destinate a funzioni primarie;

- d. cambio e lavaggio della biancheria anche durante il ricovero ospedaliero in assenza di sostegni parentali e etero parentali;
- e. acquisto di generi alimentari speciali, medicinali, materiale igienico-sanitario nel limite massimo dell'equivalente monetario del 20% delle ore di assistenza socio-assistenziale indicate nel Piano Assistenziale Individuale (PAI), qualora non forniti da altre forme di assistenza pubblica;
- f. preparazione dei pasti o fornitura di pasti a domicilio (catering);
- g. aiuto, anche mediante accompagnamento, per disbrigo pratiche;
- h. indicazione sulle corrette norme igienico - sanitarie;
- i. svolgimento di piccole commissioni;
- j. aiuto ad alzarsi dal letto, pulizia e cura personale, vestizione;
- k. aiuto per l'assunzione dei pasti;
- l. fornitura di materiale inventariabile per allestire a domicilio particolari set assistenziali e non rientrante nel nomenclatore degli ausili sanitari, purché non eccedente il 10% del valore della componente socio-assistenziale del singolo PAI;
- m. uso di accorgimenti o attrezzi per lavarsi, vestirsi, mangiare da soli, camminare;
- n. prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione complementari alla attività socio-sanitaria, compresa l'assistenza all'assunzione farmaci;
- o. ogni altro intervento assistenziale necessario ad attendere agli atti quotidiani della vita.

Paragrafo 9. Integrazione socio-sanitaria

In un'ottica di integrazione socio-sanitaria e di presa in carico globale dell'anziano fragile, la scelta dei risultati da conseguire e le azioni per ottenerli, sono orientate, quindi, dall'esigenza di riservare una attenzione particolare alla componente socio-assistenziale dei servizi, che risulta essere, in alcuni casi, molto critica e poco presidiata, anche alla luce della contrazione del trasferimento di risorse ordinarie dedicate alle politiche sociali.

Per poter accedere al riconoscimento dei costi sostenuti a valere sulla presente Azione, l'ATS dovrà provvedere ad espletare la seguente procedura:

1. l'anziano potenzialmente bisognoso dei servizi ricadenti nell'"Assistenza tutelare di base" deve essere valutato da una equipe multidisciplinare formata dal personale dell'ATS e del Distretto Sanitario competente per residenza, attraverso la compilazione della Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (SVAMA);
2. qualora dal punteggio della SVAMA si deduca che si è in presenza di un anziano in condizioni di fragilità, l'Assistente sociale dell'ATS porrà il caso all'esame della Unità di Valutazione Multidimensionale del Distretto Sanitario competente, integrata con personale specifico dell'ATS;
3. l'UVM elabora il Piano d'Assistenza Individuale (PAI) che riporterà l'elenco delle prestazioni sanitarie e socio-assistenziali di cui necessita l'anziano: il PAI, controfirmato dal Direttore del Distretto Sanitario e dal Responsabile dell'ATS è il documento propedeutico indispensabile al riconoscimento della spesa ammissibile alla presente Azione;
4. qualora l'intensità delle prestazioni sanitarie lo consenta, si procederà all'arruolamento dell'anziano in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e il PAI, con le singole prestazioni sia sanitarie che sociali verrà registrato, con tutte le necessarie informazioni, nel sistema informativo socio-sanitario, fornito dalla Regione Molise, e già in uso all'ASReM e agli ATS (denominato ASTER), sottolineando che il personale del Distretto è tenuto, nei casi dell'ADI, ad attivare il flusso informativo del Sistema Informativo nazionale sull'Assistenza Domiciliare (SIAD);
5. i PAI che non consentono, a causa della bassa intensità dell'assistenza sanitaria, l'arruolamento in ADI, saranno ugualmente registrati in ASTER, ma non inviati attraverso il flusso informativo SIAD e saranno ammessi a rendiconto, da parte degli ATS, a valere sulle risorse della presente Azione, per un valore complessivo non superiore al 40% delle risorse assegnate a ciascun ATS.

Paragrafo 10. Disposizioni esecutive per lo svolgimento del servizio di “Assistenza tutelare di base”

Gli ATS, in qualità di Soggetti realizzatori della presente Azione, al fine del riconoscimento del finanziamento regionale, dovranno attenersi alle seguenti disposizioni:

- a. i servizi devono essere erogati ed organizzati nel rispetto delle norme e nelle specifiche disposizioni tecniche ed amministrative contenute negli eventuali Protocolli sottoscritti tra ATS e Distretto Sanitario di riferimento o con l'ASReM, nei Regolamenti d'ATS e nelle ulteriori direttive adottate da ciascun ATS;
- b. l'accesso e l'erogazione dei servizi agli utenti aventi titolo non sono soggetti a ulteriori e specifiche procedure di selezione e/o valutazione se non quelle previste dalla presente Azione e fino ad esaurimento delle risorse assegnate;
- c. l'ATS non ha diritto a stabilire priorità e/o preferenze tra gli utenti aventi titolo, ai fini della presente Azione e fino ad esaurimento delle risorse assegnate, valendo il criterio temporale dell'adozione del PAI;
- d. i servizi devono mantenere caratteristiche di flessibilità nei tempi e nelle modalità di erogazione delle prestazioni nel rispetto delle necessità e dei bisogni degli utenti/pazienti, e devono essere garantiti a tutto il 31/10/2017 in presenza di regolare trasferimento delle relative risorse regionali ai sensi della Convenzione di cui al **Paragrafo 18. Modalità di erogazione del finanziamento** della presente Azione;
- e. la modifica del PAI è consentita esclusivamente riattivando la procedura di valutazione, integrata socio-sanitaria tramite l'UVM competente;
- f. nella formulazione del PAI, l'ATS dovrà verificare che le prestazioni poste a carico delle risorse a valere sulla presente Azione non siano già finanziate da altri interventi di natura socio-assistenziale e/o socio-sanitaria, con particolare attenzione al programma Home Care Premium dell'INPS (ex gestione INPDAP) e al Programma Regionale per la Non Autosufficienza, specificando che è, comunque, possibile, adducendo motivazioni mediche e socio-assistenziali adeguate, aumentare l'intensità assistenziale di ogni singolo PAI, anche con prestazioni e risorse provenienti da altre fonti di finanziamento;
- g. l'ASReM, nella sua articolazione Distrettuale, è tenuta alla massima collaborazione con gli ATS e con il competente Servizio regionale, soprattutto al fine di pervenire alla redazione di PAI integrati socio-sanitari e all'erogazioni di servizi domiciliari sanitari e socio-assistenziali realmente integrati ed appropriati;
- h. l'ATS deve provvedere con propria organizzazione, mezzi finanziari, strumentali ed idoneo personale, all'esecuzione delle prestazioni ricadenti nella c.d. “attività di attuazione del progetto”, assumendosi in proprio tutte le responsabilità attinenti la mancata, parziale o inadeguata assistenza agli utenti;
- i. l'ATS dovrà applicare la compartecipazione al costo del servizio alle famiglie dei pazienti non arruolati in ADI, secondo le modalità indicate al successivo **Paragrafo 16. Compartecipazione al costo del servizio**;
- j. l'ATS deve garantire, al fine dell'ammissibilità della spesa, che i servizi vengano erogati nel rispetto della contrattazione collettiva nazionale di settore, assicurando, quindi, un costo orario pari almeno al costo del personale impiegato secondo quanto indicato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Paragrafo 11. Caratteristiche del personale impiegato nell'Azione

L'ATS deve individuare l'Assistente sociale che svolgerà le funzioni di Coordinatore del servizio, tenendo conto dell'esperienza maturata nell'area dei servizi domiciliari oggetto della presente Azione.

Al Coordinatore compete in particolare:

1. l'organizzazione e la gestione del personale preposto al servizio;
2. l'organizzazione delle sostituzioni del personale assente;
3. la partecipazione alle riunioni di coordinamento degli operatori programmate dal referente del servizio individuato dall'ATS;
4. la verifica periodica del funzionamento del servizio;
5. l'informazione, il supporto e la vigilanza degli addetti, nonché la pronta risposta a segnalazioni di disfunzioni da parte della stazione appaltante;

6. la consegna mensile, laddove previsto, della scheda predisposta dall'ATS per la rilevazione delle prestazioni effettuate e dei relativi orari al Responsabile dell'ATS;
7. rendersi disponibile per eventuali incontri con i familiari degli utenti o con Enti esterni (Servizi sociali territoriali, medici di medicina generale, Unità di Valutazione multidimensionale, Distretto socio-sanitario, organismi di volontariato e quant'altro indicato dall'ATS).
8. Il Coordinatore del servizio deve, in ogni caso, segnalare al Responsabile dell'ATS ogni ulteriore bisogno rilevato nelle situazioni seguite, proponendo le necessarie modifiche nel PAI.

Nell'esecuzione dei servizi oggetto dell'Azione, l'ATS dovrà impiegare personale in possesso delle seguenti qualifiche professionali, comunque organizzate in un modello operativo improntato al lavoro di équipe:

- Assistente sociale;
- Psicologo;
- Educatore (Educatore professionale, Pedagogista, Laureato in Scienze dell'Educazione);
- Personale di assistenza (OSS o OSA o Assistente Geriatrico o Addetto all'Assistenza di Base).

Detta équipe opererà in stretta collaborazione con il Servizio Sociale Professionale di ciascun ATS e/o Comune e con le professionalità sanitarie assicurate dal Distretto sanitario competente, avendo come obiettivo la condivisione progettuale, la globalità dell'intervento e la verifica dei risultati.

Paragrafo 12. Clausola sociale

A ciascun ATS è richiesto di garantire la massima continuità nell'utilizzo del personale già impegnato nell'assistenza domiciliare socio-sanitaria, assumendo iniziative organizzative di contrasto e prevenzione del turn-over.

A tal fine l'ATS è tenuto a mantenere un efficace ed efficiente rapporto tra utenti ed operatori, utilizzando, prioritariamente, il personale già impegnato nell'erogazione di servizi socio-sanitari domiciliari ricadenti nell'Assistenza tutelare di base, sempre nel rispetto delle condizioni previste dalle vigenti normative in materia di assunzioni.

Paragrafo 13. Importo del finanziamento dell'Azione

L'Azione prevede un finanziamento complessivo pari a 3 milioni di euro di risorse del Fondo per lo Sviluppo e la Coesione (FSC) 2007-2013 per gli anni 2015, 2016 e 2017 nell'ambito della Linea di intervento IV.B del PAR 2007-2013.

Tali risorse verranno attribuite ai 7 ATS in base alla percentuale di anziani ultrasessantacinquenni residenti in ciascun ATS al 31/12/2013 sul totale della popolazione anziana residente in Molise, secondo quanto riportato nella banca dati dell'Istat (demoIstat) e indicato nella tabella seguente.

Tabella 3: ATS per numero di comuni, popolazione residente, popolazione anziana, incidenza anziani sul totale degli anziani della regione e finanziamento assegnato

ATS (Distretto)	N. comuni	Popolazione residente al 31/12/2013	Anziani residenti al 31/12/2013	% anziani su tot. pop. Anziana	Risorse FSC per ATS (importo arrotondato)
Agnone	12	12.190	3.553	4,93%	€ 148.000,00
Bojano-Riccia	25	42.112	10.101	14,03%	€ 420.900,00
Campobasso	26	83.114	19.019	26,42%	€ 792.500,00
Isernia	24	46.090	10.274	14,27%	€ 428.100,00
Larino	14	29.025	6.977	9,69%	€ 290.700,00
Termoli	19	73.231	15.732	21,85%	€ 655.500,00
Venafro	16	28.963	6.341	8,81%	€ 264.200,00
Totale	136	314.725	71.997	100,00%	€ 3.000.000,00

Le risorse verranno assegnate dalla Regione a ciascun ATS attraverso formale concessione del finanziamento solo a seguito della sottoscrizione della Convenzione, per gli anni 2015, 2016 e 2017, che coincide con l'importo massimo rendicontabile da ciascun ATS per il periodo di spesa ammissibile che è stabilito dal **01/02/2015 al 31/10/2017**.

La Regione procederà ad erogare le risorse attraverso un piano annuale e per anticipazioni e saldi, come indicato nel successivo **Paragrafo 18. Modalità di erogazione del finanziamento**, al fine di garantire la continuità del servizio oggetto della presente Azione.

Paragrafo 14. Realizzatori dell'Azione

Il servizio "Assistenza tutelare di base" deve essere realizzato direttamente dagli ATS anche attraverso l'acquisto di manodopera o di servizi sul mercato, purché gli operatori economici coinvolti abbiano le seguenti caratteristiche:

- a) siano soggetti privati del c.d. "Terzo Settore" (imprese sociali, cooperative sociali, ONLUS, Associazioni di Promozione Sociale, Associazioni di Volontariato ...) con esperienza documentata di almeno 2 anni, negli ultimi 5 anni, nella gestione di servizi socio-assistenziali e/o socio-sanitari per le persone anziane;
- b) siano soggetti privati (ditte individuali, s.r.l., s.n.c., s.p.a, ecc.) con esperienza documentata di almeno 3 anni, negli ultimi 5 anni, nella gestione di servizi socio-assistenziali e/o socio-sanitari per le persone anziane;
- c) siano persone fisiche in possesso di capacità professionali e titoli di studio idonei, oltre che di almeno 2 anni di esperienza lavorativa documentata maturata negli ultimi 5 anni nell'erogazione di servizi socio-assistenziali o socio-sanitari erogati in favore di anziani fragili.

Gli ATS che intendono usufruire delle risorse della presente Azione sono tenuti a reclutare personale o a individuare i propri prestatori di manodopera o di servizio attraverso procedure di evidenza pubblica, oppure ad utilizzare rapporti contrattuali in essere (appalti, convenzioni, accreditamenti), purché tali rapporti siano stati originati da procedure di evidenza pubblica nel rispetto della normativa sulla libera concorrenza, per quanto applicabile al settore socio-sanitario e socio-assistenziale.

Paragrafo 15. Obblighi degli ATS

Gli ATS, in qualità di soggetti realizzatori, si impegnano a realizzare il servizio "Assistenza tutelare di base", così come approvato nella presente Azione, nel periodo compreso tra il 01/02/2015 e il 31/10/2017.

In particolare, gli ATS si impegnano:

1. ad erogare il servizio per gli utenti/pazienti residenti nel proprio territorio o domiciliati, in possesso del c.d. "domicilio sanitario" nel proprio territorio, purché residenti in Molise all'atto della redazione del PAI, per le sole prestazioni previste dalla presente Azione e fino ad esaurimento delle risorse ad esso collegate;
2. a garantire il servizio dal 01/02/2015 al 31/10/2017 senza interruzioni qualora la Regione proceda a trasferire le risorse relative al finanziamento previsto;
3. a informare adeguatamente la cittadinanza e, in particolare, le famiglie con anziani fragili;
4. a richiedere alle famiglie degli anziani che beneficiano del servizio, ma non arruolati in ADI, una contribuzione al costo del servizio secondo quanto indicato nella presente Azione;
5. a individuare, formalmente, un Coordinatore del progetto ai sensi del precedente **Paragrafo 11. Caratteristiche del personale impiegato nell'Azione**, oppure individuandolo nella figura del Responsabile o del Coordinatore dell'ATS o dell'ATS;
6. ad inviare una relazione con la descrizione dettagliata sull'andamento del servizio che contenga almeno le seguenti informazioni: elenco degli anziani iscritti al servizio divisi per casi in ADI e non in ADI, tipologia di prestazioni erogate con relativo numero di ore e costi, effettivo periodo di funzionamento del servizio, principali attività svolte, obiettivi raggiunti, attività di verifica della

qualità del servizio espletate, e una rendicontazione analitica contenente, in copia, gli atti di liquidazione corredati della documentazione comprovante le spese sostenute dal Comune stesso, riferite alle risorse trasferite dalla Regione a titolo di anticipazione e per ognuno dei successivi SAL (stato avanzamento lavori) o saldo finale;

7. a consentire e a favorire l'attività di controllo e di valutazione da parte della Regione Molise in loco anche presso i soggetti prestatori di servizio eventualmente individuati dall'ATS;
8. a restituire le eventuali somme non spese per riduzione del numero di utenti/pazienti assistiti o per interruzione anticipata del servizio;
9. ad evidenziare, ai sensi della delibera CIPE n. 24/2004, il Codice Unico di Progetto (CUP) assegnato al progetto, in tutta la documentazione amministrativa e contabile.

Paragrafo 16. Compartecipazione al costo del servizio per anziani non arruolati in ADI

Il finanziamento regionale riferito alla quota di utenti/pazienti anziani non arruolati in ADI deve essere integrato con una quota di compartecipazione al costo del servizio a carico degli utenti e delle loro famiglie con una contribuzione variabile ad ora di servizio goduto da versare in ragione dell'ISEE familiare come indicato nella seguente tabella:

Tabella 4: Valori ISEE e percentuale di compartecipazione al costo del servizio

VALORI ISEE	Percentuale di compartecipazione al costo
ISEE < 7.001,00	ZERO
da 7.001,00 a 8.500,00	15 %
da 8.501,00 a 10.000,00	30 %
da 10.001,00 a 11.500,00	45 %
da 11.501 a 14.000,00	60 %
da 14.001 a 16.500,00	75 %
ISEE > 16.500,00	100 %

Per ISEE si intende l'Indicatore di Situazione Economica Equivalente calcolato ai sensi del DPCM 5 dicembre 2013 n. 159 recante ad oggetto: «Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE).», riferito ai redditi familiari dell'anno precedente la definizione del PAI o quelli definiti dal DPCM stesso (ISEE corrente).

Qualora l'ATS abbia un proprio regolamento di compartecipazione al costo del servizio di "Assistenza tutelare di base" si applica questo soltanto se più favorevole per l'utente.

Le quote di compartecipazione saranno versate dalle famiglie al Comune capofila e dovranno, comunque, essere rendicontate alla Regione.

Paragrafo 17. Obblighi di monitoraggio

Il Comune capofila dell'ATS, in quanto Soggetto realizzatore del servizio, si impegna ad assicurare il rispetto degli adempimenti regolamentari e di rendicontazione previsti dal Fondo per lo Sviluppo e la Coesione e, in particolare, a fornire tutte le informazioni che verranno richieste dal competente Servizio regionale per adempiere agli obblighi di monitoraggio. Nel rispetto di quanto disposto dal CIPE, il progetto sarà monitorato nella Banca Dati unitaria per le politiche regionali finanziate con risorse aggiuntive comunitarie e nazionali in ambito QSN 2007-2013, istituita presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

L'inserimento degli aggiornamenti avverrà a ciclo continuo e aperto secondo le vigenti modalità e procedure concernenti il monitoraggio delle risorse del Fondo per lo Sviluppo e la Coesione, utilizzando il "Sistema di Gestione dei Progetti" (SGP) realizzato dal Dipartimento per lo Sviluppo e la Coesione Economica. Inoltre il servizio "Assistenza tutelare di base" sarà oggetto di particolare e specifica attività di comunicazione al pubblico secondo le modalità di cui al progetto "Open data".

Paragrafo 18. Modalità di erogazione del finanziamento

A seguito di sottoscrizione della Convenzione tra la Regione e ciascun ATS, il Direttore del Servizio regionale Politiche socio-sanitarie della Direzione Generale della Salute provvederà a trasferire, per l'attuazione dell'Azione, ad ogni Comune capofila di ciascun ATS il 34% dell'intero finanziamento assegnatogli per l'anno 2015, il 33% per l'anno 2016 e il 33% per l'anno 2017 con le seguenti modalità:

- una anticipazione pari al 60% dell'importo annuale concesso;
- il saldo annuale a seguito di presentazione di una relazione finale e della rendicontazione delle spese sostenute documentate da fatture o documenti aventi forza probante equivalente.

I trasferimenti delle risorse finanziarie saranno disposti nel rispetto del vincolo del Patto di stabilità interno e subordinatamente alla disponibilità di cassa.

Paragrafo 19. Ammissibilità della spesa e rendicontazione

Sono ammissibili le spese sostenute dal Comune capofila di ciascun ATS riferite al periodo dal **1/02/2015 al 31/10/2017**. Sono rendicontabili i costi sostenuti dal Comune per la gestione del servizio attraverso proprio personale, qualora impiegato, in tutto o in parte, per la realizzazione della presente Azione.

A valere sul Finanziamento regionale - Fondo per lo Sviluppo e la Coesione 2007-2013 sono ammesse le spese sostenute rientranti nelle seguenti categorie:

1. spese per personale dell'assistenza (OSS, OSA, Assistente Geriatrico, Assistente di Base, Assistente Familiare) anche dipendente, con qualsiasi forma contrattuale, del Comune capofila dell'ATS;
2. spese per personale socio-psico-educativo (Assistente sociale, Psicologo, Educatore professionale, Educatore, Pedagogista) anche dipendente, con qualsiasi forma contrattuale, del Comune capofila dell'ATS;
3. spese per l'acquisto di materiale durevole, anche inventariabile, per allestire a domicilio particolari set assistenziali e non rientrante nel nomenclatore degli ausili sanitari, purché non eccedente il 10% del valore della componente socio-assistenziale del singolo PAI;
4. spese per l'acquisto di materiale consumabile: di generi alimentari speciali, medicinali, materiale igienico-sanitario nel limite massimo dell'equivalente monetario del 20% delle ore di assistenza socio-assistenziale indicate nel Piano Assistenziale Individuale (PAI), qualora non forniti da altre forme di assistenza pubblica;
5. spese per l'acquisto del servizio consegna pasti a domicilio (catering).

A valere sulla quota di compartecipazione delle famiglie al costo del servizio (fino al limite massimo del suo valore) sono ammesse sia le spese sostenute rientranti nelle precedenti categorie, che altre spese strettamente connesse all'erogazione del servizio, purché il nesso di relazione venga esplicitamente motivato nella rendicontazione.

Paragrafo 20. Modalità di rendicontazione

E' fatto obbligo al Comune capofila di ciascun ATS, in qualità di Soggetto realizzatore della presente Azione, di presentare al Servizio regionale Politiche Socio-Sanitarie della Direzione Generale della Salute una rendicontazione analitica contenente, in copia, gli atti di liquidazione corredati della documentazione comprovante le spese sostenute dal Comune stesso, riferita alle risorse trasferite dalla Regione a titolo di anticipazione o a titolo di stato avanzamento (SAL) o di saldo finale.

La rendicontazione dovrà riportare, a corredo, la documentazione probatoria delle spese sostenute in copia conforme (fatture, ricevute, buste paga). Per le spese sostenute dal Comune ed iscritte in bilancio in maniera indivisibile è necessario allegare la dichiarazione del Dirigente responsabile del Servizio Ragioneria circa la quota di spese imputabile al servizio "Assistenza tutelare di base", riferite al periodo oggetto di rendicontazione, con l'esplicitazione del metodo di calcolo.

Il Comune dovrà presentare un resoconto **delle quote di compartecipazione delle famiglie al costo del servizio** che riporti le attestazioni di versamento delle quote da parte delle famiglie stesse al Comune, nonché le spese sostenute dal Comune, a valere su dette quote, secondo le modalità su esposte.

Alla rendicontazione dovrà essere allegata una relazione finale sull'andamento del servizio che contenga almeno le seguenti informazioni: elenco degli anziani iscritti al servizio divisi per casi in ADI e non in ADI, tipologia di prestazioni erogate con relativo numero di ore e costi, effettivo periodo di funzionamento del servizio, principali attività svolte, obiettivi raggiunti, attività di verifica della qualità del servizio espletate.

La relazione e la rendicontazione dovranno pervenire al Servizio regionale Politiche socio-sanitarie della Direzione Generale della Salute, attraverso il protocollo unico della Regione Molise, via Genova, 11 -

Campobasso, o via PEC all'indirizzo regionemolise@cert.regione.molise.it, o inserita su apposita piattaforma web eventualmente predisposta dalla Regione.

Paragrafo 21. Responsabile del Procedimento

Il responsabile del procedimento è il Direttore del Servizio Politiche socio-sanitarie della Direzione Generale della Salute, Dr. Michele Colavita.