

PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEGNI DI CURA per disabili gravissimi e disabili gravi

1. FINALITA' DEL PROGRAMMA REGIONALE

La Regione promuove un Programma di Assegni di Cura per favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti in condizioni di disabilità grave e gravissima (ex art. 3 del D.M. 26/9/2016), che necessitano di assistenza continua 24 ore al giorno e per sostenere i loro familiari nel carico di cura.

2. TIPOLOGIA DELL'INTERVENTO

Gli assegni di cura sono contributi economici onnicomprensivi erogati dall'Ambito Territoriale in favore di persone non autosufficienti in condizioni di disabilità gravissima e grave assistite a domicilio e costituiscono un titolo di riconoscimento delle prestazioni di assistenza tutelare svolte dai familiari, e/o dagli assistenti familiari a contratto, in sostituzione delle prestazioni professionali erogate dagli Operatori Socio Sanitari.

L'intervento persegue i seguenti obiettivi specifici:

- favorire la permanenza a domicilio dei non autosufficienti anche in condizioni di disabilità gravissima;
- assicurare un sostegno economico adeguato alle famiglie che hanno assunto il carico di cura, quando siano anche in condizioni di difficoltà economica;
- contrastare le situazioni di indigenza economica derivante dagli oneri per la cura di una persona in condizioni di disabilità;
- favorire il rientro a domicilio, anche temporaneo, di persone in condizioni di disabilità ricoverate presso strutture sociosanitarie.

Gli assegni di cura concorrono alla realizzazione dei progetti sociosanitari/P.A.I. di "Cure Domiciliari" ex D.G.R. n. 41/2011, che sono definiti dalle U.V.I. distrettuali sulla base di una valutazione multidimensionale del bisogno assistenziale. Sostituiscono le ore di prestazioni di "assistenza tutelare ed aiuto infermieristico" garantite dall'oss, di competenza dell'Ambito Territoriale e costituiscono la quota di spesa sociale dei piani di assistenza individualizzati/P.A.I. delle Cure Domiciliari Integrate. Gli assegni di cura possono anche integrare i P.A.I. di Cure Domiciliari che non prevedano compartecipazione alla spesa da parte dei Comuni.

Sono, nel contempo, aggiuntivi e complementari a ogni altra prestazione o intervento a carattere esclusivamente sociale erogata dai Comuni dell'Ambito per una presa in carico globale dell'assistito e della sua famiglia, come ad es.: il trasporto, il segretariato sociale ecc. Sono aggiuntivi anche delle prestazioni sociali erogate direttamente dall'INPS e dal Ministero delle Politiche Sociali.

L'assegno è cumulabile con pensioni, indennità di accompagnamento ed ogni altro assegno o emolumento riconosciuto con carattere previdenziale e/o assicurativo. Non è cumulabile con altre misure di sostegno al reddito erogate dagli Ambiti per i non autosufficienti né con voucher per l'assunzione di badanti.

2.1 L'importo dell'assegno di cura è fissato in due quote mensili distinte tra gravissimi e gravi:

- € 1.200,00 mensili per tutte le persone con disabilità gravissima valutate dalle U.V.I. attraverso le schede di valutazione approvate con D.M. 26/9/2016 All. 1 e 2, indipendentemente dal tipo di patologia;
- € 600,00 mensili per tutte le persone con disabilità grave valutate dalle UVI attraverso la scheda Barthel e che hanno riportato un punteggio minimo di 55.

Intestatario dell'assegno è la persona non autosufficiente. E' essenziale che la U.V.I. individui nel progetto sociosanitario/P.A.I. un care giver¹ di riferimento che assume la responsabilità della gestione delle prestazioni assistenziali programmate dalla U.V.I. in sostituzione degli O.S.S., affinché siano erogate nei modi e nei tempi prescritti.

L'assegno può essere intestato al care giver individuato dalla U.V.I. nel caso in cui sia stato nominato dal Tribunale "amministratore di sostegno" o "tutore giuridico".

I beneficiari sono esentati dalla quota di compartecipazione al costo delle prestazioni sociosanitarie prevista con Decreto Commissariale n. 6/2010 e successive modifiche e integrazioni.

2.2 L'assegno ha una durata di 12 mesi continuativi ed è erogato mediante bonifico bancario con cadenza bimestrale a partire dalla data di valutazione da parte dell'U.V.I.; può essere prorogato oltre i 12 mesi, in base alle disponibilità finanziarie dell'Ambito Territoriale e per una durata in mesi compatibile con tale disponibilità.

Al termine del periodo di erogazione deve essere immediatamente sostituito con le ore di prestazioni di assistenza domiciliare erogate dagli Operatori SocioSanitari, per la quota di competenza dell'Ambito Territoriale, per garantire la continuità assistenziale del P.A.I. di Cure Domiciliari.

Qualora l'utente necessiti di un periodo di ricovero, è tenuto a darne tempestiva comunicazione al Comune capofila dell'Ambito Territoriale. L'erogazione dell'assegno di cura non è sospesa se tale periodo non supera i 30 giorni. Oltre tale termine, il Comune Capofila dispone la sospensione dell'assegno, che potrà essere riattivato in ogni caso solo al rientro a domicilio.

In caso di decesso, il Comune capofila dispone l'interruzione dell'assegno a partire dal mese successivo al decesso. I familiari o eredi del deceduto non hanno alcun titolo di diritto sull'assegno.

3. BENEFICIARI

Accedono agli assegni di cura del presente Programma le persone non autosufficienti in condizione di "disabilità gravissima" o di "disabilità grave" residenti nell'Ambito Territoriale e per le quali le U.V.I. distrettuali abbiano già effettuato una valutazione e redatto un progetto sociosanitario/P.A.I. di "Cure Domiciliari". Sono esclusi coloro che usufruiscono di servizi semiresidenziali e residenziali sia sociosanitari che socioassistenziali.

3.1 Gravissimi

Per persone in condizioni di disabilità gravissima, ai sensi del Decreto Ministeriale del 26/9/2016 art. 3, s'intendono le persone "beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988", oppure

“definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013”, di qualsiasi età e per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7)
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare, valutate con la scala, tra le seguenti, appropriata in relazione alla patologia: Medical Research Council (MRC) con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti, Expanded Disability Status Scale (EDSS) con punteggio alla ≥ 9 , Hoehn e Yahr mod in stadio 5
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con QI ≤ 34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

Le condizioni di *disabilità gravissima* sono individuate dal medico specialista della U.V.I. attraverso la somministrazione delle scale di valutazione indicate nell'Allegato 1 D.M. del 26/9/2016 alle quali si fa espresso rinvio, assumendo i punteggi /parametri fissati all'art.3 comma 2 sopra riportati.

Per le persone di cui alla lettera i) rilevano i criteri indicati nell'Allegato 2 del D.M. del 26/9/2016, ai quali si fa espresso rinvio.

3.2 Gravi

Per persone in condizione di Disabilità grave s'intendono coloro che abbiano ricevuto ai sensi della L. 104/92 la valutazione con connotazione di gravità da parte della Commissione Medica della ASL e che siano titolari di indennità di accompagnamento. Possono beneficiare di assegno di cura i disabili gravi per i quali, a seguito di valutazione multidimensionale effettuata dalle UVI con le schede S.V.M.A e S.VA.M.Di, risulti un punteggio dell'Indice Barthel non inferiore a 55 e che siano stati inclusi in un P.A.I. di Cure Domiciliari. Le tempistiche per la valutazione sono indicate nel Piano triennale.

4. PROCEDURE DI ACCESSO

Le procedure di accesso agli assegni di cura risultano essere le medesime previste per le Cure Domiciliari ex D.G.R. n. 41/2011, disciplinate dal Regolamento per l'accesso e la erogazione dei servizi sociosanitari ex art. 41 L.R.11/2007, allegato al Piano di Zona, per tutte le persone non autosufficienti che pur in assenza di disabilità motoria, necessitano di assistenza continuativa.

Nel caso in cui una persona o un suo familiare o car giver di riferimento si rivolga al Segretariato Sociale o ai Servizi Sociali dell'Ambito Territoriale, l'assistente sociale effettua una decodifica della domanda di assegno di cura per definirne l'appropriatezza attraverso una valutazione delle condizioni sociali del richiedente e del suo contesto familiare, abitativo, economico etc.. anche mediante visita domiciliare e acquisizione delle informazioni e delle certificazioni necessarie. I tempi per le attività dell'assistente sociale sono al massimo di 30 giorni dall'istanza.

Nel caso in cui si rilevi una condizione di fragilità prevalentemente sociale, viene proposto al richiedente uno dei molteplici servizi sociali offerti dall'Ambito Territoriale come ad es. un progetto di vita indipendente, di tutoraggio familiare, di assistenza domiciliare sociale o di accoglienza in una struttura sociale, e vengono avviate le procedure per l'attivazione del servizio più opportuno e la presa in carico sociale.

Nel caso in cui l'assistente sociale rilevi un "bisogno sociosanitario complesso" (cfr. DGR 41/2011) che richiede una presa in carico congiunta tra Distretto Sanitario e Ambito Territoriale, e ritenga che l'assegno di cura possa effettivamente essere la modalità più appropriata d'intervento, attiva le procedure per il percorso sociosanitario di accesso e valutazione ex DGR 412/2011. In accordo con il Coordinatore dell'Ufficio di Piano trasmette quindi la scheda di valutazione sociale ed eventuale documentazione al Distretto Sanitario per chiedere una valutazione multidimensionale a cura della UVI e la predisposizione di un progetto sociosanitario di Cure Domiciliari.

In entrambi i casi é responsabilità dell'assistente sociale la redazione di un progetto personalizzato sociale e la presa in carico della persona con disabilità per la parte degli interventi sociali. Tale adempimento va svolto entro il termine di 30 giorni. Nel progetto personalizzato di assegni di cura sono indicati i seguenti dati: inizio e termine del progetto, quota dell'assegno di cura, modalità del pagamento, familiare di riferimento della persona con disabilità che ne cura l'assistenza oppure l'assistente familiare assunto a contratto.

In caso di criticità nell'attivazione del percorso sociosanitario di valutazione, l'assistente sociale, in accordo con il Coordinatore dell'Ufficio di Piano può anche attivare una procedura semplificata per l'accesso agli assegni di cura, come indicato al paragr. 7.1

5. CRITERI DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA

L'accesso al programma si esplica secondo le procedure, la tempistica e la modulistica già adottati congiuntamente da Ambito Territoriale e Distretto Sanitario con Regolamento P.U.A. e U.V.I. e con Protocollo d'Intesa per le Cure Domiciliari ai sensi della L.R. 11/2007, della D.G.R.C. n. 41/2011 e D.C.A. n. 1/2013.

In via prioritaria gli assegni di cura sono attribuiti in base ai PAI di Cure Domiciliari in regime di compartecipazione alla spesa tra ASL e Comuni e sostituiscono la quota di prestazioni tutelari degli O.S.S. dovuta dai Comuni.

In caso di disponibilità finanziaria, gli assegni possono anche essere attribuiti per PAI domiciliari che non prevedano la compartecipazione alla spesa ma solo prestazioni infermieristico - sanitarie; in tal caso si tratta di interventi sociali che arricchiscono e completano gli interventi domiciliari sanitari.

Infine, sempre che ci sia disponibilità finanziaria, gli assegni di cura possono essere intesi come intervento esclusivamente socioassistenziale finalizzato a sostenere il carico di cura delle famiglie per le persone non autosufficienti che non ricevono assistenza domiciliare dalla ASL ma che pur in assenza di disabilità motoria necessitano di assistenza continua nelle 24 ore. Condizione esclusiva per la erogazione degli assegni di cura é che sia stata in ogni caso effettuata una valutazione sanitaria in base alle scale ex D.M.26/9/2016 e sia stata rilevata o meno la connotazione di disabilità gravissima o grave.

L'attribuzione degli assegni di cura o la prosecuzione dell'intervento per coloro che ne hanno già beneficiato nelle precedenti programmazioni avviene fino ad esaurimento delle risorse disponibili nel rispetto delle seguenti priorità:

- a) connotazione di disabilità gravissima e punteggio più elevato a partire dai punteggi/parametri fissati all'art. 3 del D.M. 26/9/2016
 - a.1) a parità di punteggio si valutano le condizioni sociali ed economiche della persona interessata attraverso la Scheda di Valutazione Sociale (all. C SVAMA e SVAMDI) e l'ISEE sociosanitario
- b) connotazione di disabilità grave accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 L.104/92, e punteggio più elevato della scala Barthel a partire da 55;
 - b.1) a parità di punteggio si valutano le condizioni sociali ed economiche e della persona interessata attraverso la Scheda di Valutazione Sociale (all. C SVAMA e SVAMDI) e l'ISEE sociosanitario

Hanno pari diritto di accesso sia gli utenti già presi in carico nelle Cure Domiciliari, con o senza assegno di cura, sia i nuovi richiedenti.

La prosecuzione degli assegni di cura oltre i primi 12 mesi avviene in via automatica ed in base alla disponibilità finanziaria dell'Ambito Territoriale.

6. FINANZIAMENTO DEL PROGRAMMA

Per la realizzazione del Programma Assegni di Cura la Regione destina periodicamente ai Comuni capofila e ai Consorzi di Ambito Territoriale risorse vincolate a carico del Fondo Non Autosufficienze per la realizzazione di progetti di ambito di cure domiciliari congiuntamente programmati con i Distretti Sanitari di competenza e finalizzati a sostenere, mediante assegni di cura, le famiglie che abbiano in carico una persona non autosufficiente con disabilità grave e gravissima.

La programmazione delle risorse del FNA é svincolata dalla tempistica e dalle procedure del Piano Sociale di Zona.

Il Fondo Non Autosufficienze può essere integrato dai Comuni/Consorzi di Ambito Territoriale con risorse programmate nel Piano Sociale di Zona a valere sul Fondo Unico di Ambito.

7. CRITERI DI PROGRAMMAZIONE E PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DI AMBITO

Per accedere al finanziamento del FNA i Comuni /Consorzi di Ambito Territoriale devono predisporre i Progetti di Ambito secondo la modulistica allegata al presente programma (All. C) e trasmetterli in formato digitale alla Direzione Generale per le Politiche Sociali all'indirizzo PEC dg500500@pec.regione.campania.it .

Per la predisposizione dei progetti i Comuni Capofila ed i Consorzi di Politiche Sociali provvedono a:

- informare gli utenti, già presi in carico nelle Cure Domiciliari e beneficiari o meno dell'assegno di cura, delle opportunità del presente Programma Regionale, nonché raccogliere le domande dei nuovi richiedenti;
- concordare con il Distretto Sanitario la rivalutazione degli utenti già in Cure Domiciliari mediante le scale di cui al punto 3 oltre che le schede SVAMA e SVAMDI per definire l'entità dell'assegno di cura e garantire la prosecuzione della presa in carico;2
- concordare con il Distretto Sanitario la convocazione delle UVI per la valutazione dei nuovi richiedenti e la definizione dei nuovi P.A.I. di Cure Domiciliari mediante assegni di cura;
- acquisire agli atti dell'Ufficio di Piano sia le schede di valutazione che i P.A.I. redatti dalle U.V.I.
- compilare il modello Allegato C sulla base delle valutazioni dell'UVI per la richiesta del finanziamento.

La valutazione dei casi da parte della U.V.I. deve avvenire entro 30 giorni dalla "proposta di ammissione al percorso integrato" trasmessa dai Servizi Sociali al Distretto Sanitario, come previsto dalla DGRC n. 41/2011.

Le persone con disabilità gravissima già valutate con le scale ex D.M. 26/9/2016 e già beneficiarie di assegni di cura non devono essere rivalutate.

7.1 Deroghe

In caso di ritardo da parte del Distretto nella rivalutazione o valutazione dei casi, rispetto ai tempi di presentazione del Progetto di Ambito, il Coordinatore dell'Ufficio di Piano / Direttore del Consorzio trasmette alla D.G. Politiche sociali e socio sanitarie e alla Direzione Generale per la Salute dettagliata relazione sulle criticità riscontrate e chiede l'autorizzazione a predisporre progetti di Ambito in deroga ai criteri di cui sopra, fermo restando l'attivazione delle procedure di contestazione dei ritardi di cui al Piano triennale regionale di riferimento.

In tale evenienza le persone richiedenti assegno di cura provvedono ad acquisire presso struttura sanitaria pubblica la certificazione medica nonché la valutazione effettuata attraverso le scale ex D.M. 26/9/16 e l'assistente sociale dell'Ambito, acquisita la certificazione, provvede a redigere un progetto personalizzato di assegno di cura a carattere sociale entro il termine di 30 giorni.

8. CRITERI DI RIPARTO E FINANZIAMENTO DEI PROGETTI DI AMBITO

La D.G.50.05 provvede periodicamente a fissare mediante Circolare una data di trasmissione progetti di Ambito e ad istruire i progetti entro max 40 giorni dalla data suddetta.

In base agli esiti dell'istruttoria sui progetti pervenuti nei termini, al numero dei P.A.I. ed alle relative risorse programmate, la Direzione Politiche sociali e socio sanitarie rende il parere di conformità al presente Piano Regionale e la Giunta Regionale, assume con deliberazione misure atte a garantire il livello minimo delle prestazioni per le persone non autosufficienti con priorità ai disabili gravissimi, a tutela del diritto alla salute e all'assistenza, e dispone i criteri di riparto e assegnazione in favore degli Ambiti Territoriali, per ciascuna annualità del F.N.A. anche prevedendo modalità di sostegno integrative al detto programma.

2 Dopo -presa in carico- era inserita tra parentesi (chiediamo che le persone....già in carico.....) ho aggiunto la frase in giallo sotto.

La Direzione Politiche sociali e socio sanitarie provvede quindi con successivi Decreti, ad approvare il riparto, l'assegnazione e la liquidazione del FNA in favore degli Ambiti Territoriali.

I trasferimenti finanziari avverranno con cadenza periodica, compatibilmente con le disponibilità di spesa della competente Direzione Generale e fino al termine delle risorse del FNA annualmente ripartito dal Ministero delle Politiche Sociali. In ogni caso, in presenza delle risorse disponibili le liquidazioni verranno disposte nel termine di 30 giorni dall'istanza. In presenza di progetti di Ambito con importi superiori alle disponibilità del Fondo, la Giunta Regionale si riserva di ammettere a finanziamento solo i P.A.I. per gravissimi o anche di ridurre le quote attribuibili a ciascun Ambito.

Le risorse del FNA, una volta acquisite, devono essere caricate nelle schede finanziarie e progettuali del Piano di Zona.

Per sopperire alle necessità del fabbisogno territoriale, gli Ambiti provvedono a cofinanziare gli assegni di cura al fine di assicurare la presa in carico delle persone con disabilità gravissima escluse dal finanziamento del FNA per carenza di risorse.

La quota di cofinanziamento degli assegni di cura deve essere programmata annualmente nelle schede progettuali e finanziarie del Piano di Zona con risorse a carico del Fondo Unico di Ambito e la sua liquidazione segue le procedure di approvazione dei Piani previste dalla L.R. 11/2007 e dal Piano Sociale Regionale.

9. CRITERI DI EROGAZIONE

Gli assegni sono erogati mediante bonifico bancario intestato alla persona non autosufficiente (o amministratore di sostegno o tutore giuridico) con cadenza bimestrale.

Essi decorrono con valore retroattivo dalla data di redazione del P.A.I. da parte dell'U.V.I. per la durata di 12 mesi, eventualmente prorogabili in presenza di copertura finanziaria. La data di pagamento del primo bonifico deve essere fissata entro max 30 giorni successivi alla data di notifica del Decreto di Liquidazione da parte della Regione.

Nel caso di utenti che già ricevono da parte dell'Ambito prestazioni domiciliari di "assistenza tutelare e aiuto infermieristico" garantite dall'O.S.S., il primo assegno di cura deve necessariamente coincidere con la data di cessazione delle prestazioni. Allo stesso tempo, le prestazioni non devono essere sospese prima dell'accredito del Bonifico Bancario all'utente, trattandosi di prestazioni L.E.A.

L'assistente Sociale, delegato a rappresentare l'Ambito in seno alla UVI, oltre ad effettuare la valutazione sociale (All. C Scheda SVAMA – SVAMD1) deve:

- accertare che il richiedente sia in possesso della documentazione utile ad effettuare i Bonifici (coordinate bancarie del conto corrente ed eventuale nomina di un familiare o care giver come amministratore di sostegno o tutore giuridico);
- indicare in allegato al P.A.I. dell'UVI la data d'inizio ed il termine del pagamento dell'assegno di cura e la procedura per il pagamento, acquisendo la firma per accettazione dell'assistito o di un suo familiare di riferimento / care giver e rilasciarne copia, con i recapiti dell'Ufficio incaricato della pratica;
- comunicare all'interessato l'avvenuta notifica del Decreto di Liquidazione da parte della Regione e attivare la prassi concordata preventivamente per il pagamento.

Ugualmente, al termine delle risorse disponibili per l'assegno di cura, l'assistente sociale provvede a darne comunicazione all'interessato e l'Ufficio di Piano provvede ad attivare le

prestazioni professionali dell'O.S.S. La continuità della presa in carico è infatti garantita da parte dell'Ambito Territoriale attraverso l'alternanza tra assegno di cura e prestazioni domiciliari.

I Beneficiari di assegno di cura hanno facoltà di rinunciare alle prestazioni domiciliari erogate dagli O.S.S. a vantaggio degli assegni di cura, ma in tal caso perdono il diritto alla continuità della presa in carico per la quota di competenza dell'Ambito Territoriale. A tal fine sottoscrivono una dichiarazione di rinuncia alle prestazioni che esoneri l'Ambito Territoriale dal garantire la continuità assistenziale del P.A.I. di Cure Domiciliari e potranno ricevere l'assegno di cura per periodi determinati e non continuativi e per una durata compatibile con le risorse disponibili.

10. MONITORAGGIO

L'assistente sociale redige oltre alla scheda di valutazione sociale anche un Piano personalizzato di assistenza in cui siano indicati i seguenti dati: inizio e termine del progetto, modalità del pagamento, care giver di riferimento della persona con disabilità che ne cura l'assistenza oppure l'assistente familiare assunto a contratto.

Periodicamente si reca a domicilio dell'assistito, con cadenza di max 6 mesi, per verificare le condizioni della persona assistita, il buon andamento del progetto, il corretto utilizzo dell'assegno di cura e redige una breve relazione di monitoraggio. In caso di assunzione di un'assistente familiare, acquisisce copia del contratto e dei contributi versati; in caso l'assistenza sia fornita da un familiare, acquisisce autocertificazione dello stesso.

L'assistente sociale consegna copia del progetto personalizzato e delle relazioni periodiche di monitoraggio agli atti dell'Ufficio di Piano/Consorzio.

La Regione effettua annualmente il monitoraggio degli assegni di cura e delle risorse stanziare del FNA attraverso:³

- schede di monitoraggio in formato digitale;
- Dichiarazione del Coordinatore dell'Ufficio di Piano / Direttore del Consorzio Servizi Sociali sulle spese sostenute e sul numero di utenti assistiti;
- relazione dello stesso dirigente sul percorso di accesso e valutazione degli utenti, il buon andamento dei progetti di assegno di cura, eventuali criticità rilevate, basata sui progetti personalizzati e sulle relazioni di monitoraggio fornite dalle assistenti sociali

La Regione si riserva di chiedere copia a campione dei progetti personalizzati e delle relazioni di monitoraggio.

La presente è completata dalla documentazione di seguito elencata:

Allegato B1 (scale di valutazione)

Allegato B2 (criteri di valutazione)

Allegato C (modulistica di progetto)

3 Anche qui Frase diversa “la Regione deve effettuare il monitoraggio degli assegni di cura e delle risorse stanziare del FNA con cadenza trimestrale” per esperienza mi sembra impraticabile. Il Ministero prevede cadenza annuale.