

Istituzione del **Fondo regionale per la non autosufficienza** e modalità di accesso alle prestazioni
(l.r. 9/2008)

Questa nota descrive lo stato d'attuazione della legge regionale 4 giugno 2008, n. 9: "Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni" a cinque anni dalla sua approvazione ed in particolare prende in esame, nell'attesa delle informazioni di risposta alla clausola valutativa, le principali delibere adottate e le risorse stanziare.

La "ratio" della legge

Con la legge regionale 9/2008 la Regione si pone gli obiettivi di incrementare il sistema di protezione sociale e di cura delle persone non autosufficienti e delle relative famiglie, favorire la permanenza delle persone non autosufficienti nel proprio domicilio e accrescere le opportunità di sviluppo psicosociale della persona disabile.

Il Fondo pertanto garantisce alle persone non autosufficienti ed alle loro famiglie prestazioni aggiuntive rispetto a quelle erogate, ed in particolare:

- **l'universalità dell'accesso**, garantito attraverso la rete dei servizi territoriali sociali e sanitari in grado di accogliere la domanda sociale e di accompagnarla verso la definizione del percorso personalizzato,
- **l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie**, attraverso la presa in carico e la valutazione multidimensionale della persona non

autosufficiente;

- la **progettualità personalizzata e partecipata**, con la finalità del mantenimento e del miglioramento delle condizioni di salute e di benessere attraverso prestazioni integrate nelle diverse componenti di cura, assistenza, sostegno personale e familiare;
- **l'introduzione di prestazioni aggiuntive e innovative**, dirette a coprire in modo più esteso ed appropriato i bisogni delle persone disabili, minori, adulti ed anziani non autosufficienti.

La legge istituisce il Fondo per la non autosufficienza finanziato con le risorse provenienti da:

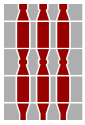
- Fondo nazionale per la non autosufficienza;
- Risorse provenienti dal servizio sanitario regionale;
- Risorse afferenti il Fondo sociale;
- Risorse provenienti dai Comuni.

La Clausola Valutativa

All'articolo 18 la legge prevede la seguente clausola valutativa:

1. Al 30 giugno dell'anno successivo a quello di entrata in vigore della presente legge, e successivamente ogni anno, la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale una relazione in cui sono contenute le seguenti informazioni:

a) lo stato di attuazione della legge in relazione agli strumenti della programmazione evidenziando



le modalità di raccordo tra i vari soggetti preposti ad essa, nonché il ruolo svolto dalle formazioni sociali e dalle organizzazioni sindacali lungo tutto l'arco della elaborazione degli strumenti di programmazione e della valutazione degli esiti della programmazione stessa;

b) in quanti e quali distretti socio-sanitari è stato attivato il servizio di presa in carico della persona non autosufficiente e in quanti e quali è stato predisposto e sottoscritto il Patto per la cura e il benessere;

c) in che modo la rete territoriale dei servizi sanitari e il distretto socio-sanitario hanno garantito il diritto della persona non autosufficiente alla parità di trattamento e di accesso;

d) il tempo medio di attesa intercorso tra il momento della presa in carico della persona non autosufficiente e la sottoscrizione del Patto per la cura e il benessere.

2. Al 30 giugno del terzo anno dall'entrata in vigore della presente legge e successivamente con cadenza triennale la Giunta regionale presenta una relazione al Consiglio regionale per rispondere dettagliatamente alle seguenti domande:

a) in che modo le risorse impiegate:

- 1) hanno contribuito all'obiettivo del mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti;
- 2) hanno contribuito ad incrementare il sistema di protezione sociale e di cura delle persone non autosufficienti e delle relative famiglie;
- 3) hanno inciso sulla spesa sanitaria;
- 4) hanno contribuito a contenere i tempi medi delle liste di accesso alle strutture residenziali;

b) il grado di soddisfacimento dei bisogni delle persone non autosufficienti e dei familiari e conviventi nonché il livello di qualità delle prestazioni rese e degli interventi attuati.

L'attuazione

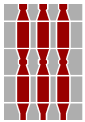
Gli strumenti della programmazione - Il percorso assistenziale

Un'innovazione prevista dalla legge è la previsione di un percorso assistenziale strutturato in tutte le sue fasi fino all'introduzione del Patto per la cura e il benessere sottoscritto dal soggetto non autosufficiente e dai suoi familiari con il responsabile del Programma assistenziale personalizzato. Nel percorso assistenziale è previsto un **accesso unico alle prestazioni**, che deve avvenire nei Centri di salute, negli Uffici della Cittadinanza a cui segue la **presa in carico** del soggetto non autosufficiente che avviene **nel Distretto** socio-sanitario. Quest'ultimo attiva l'**unità multidisciplinare di valutazione**, che accerta e valuta la condizione di non autosufficienza.

La presa in carico della persona non autosufficiente comporta la formulazione di un Progetto individuale finalizzato a realizzare la piena inclusione della persona nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi di istruzione scolastica o professionale e del lavoro.

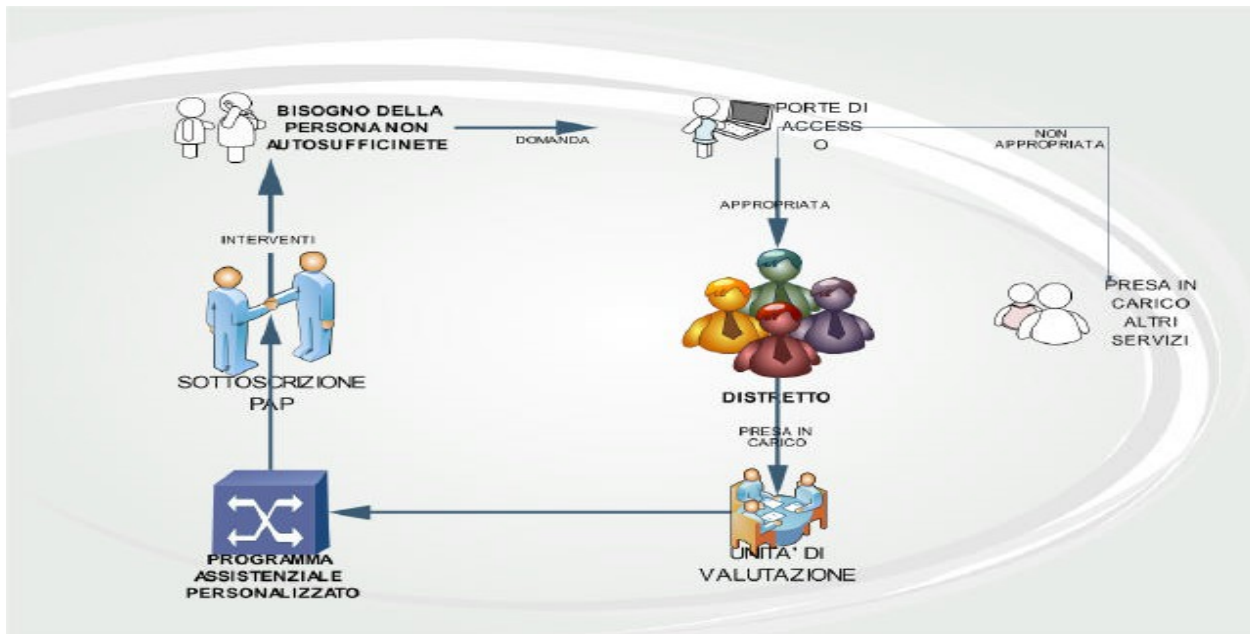
All'interno del Progetto individuale viene formulato il **Programma assistenziale personalizzato (PAP) che individua tra l'altro il responsabile del programma che viene scelto tra gli operatori dell'area sanitaria o dell'area sociale sulla base del criterio della prevalenza della tipologia delle prestazioni previste dal programma stesso.**

Il Patto per la cura e il benessere, sottoscritto dal soggetto non autosufficiente e dai suoi familiari con il responsabile del PAP, con il quale vengono garantite e coordinate le prestazioni



Servizio Lavori d'Aula e Legislazione
Sezione Analisi documentale, Controllo e Valutazione

sanitarie e socio-assistenziali.



(PRINA 2009-2011)

Gli strumenti della programmazione – I piani e il programma

Si articola su 3 livelli:

- Il **Piano regionale per la non autosufficienza (PRINA)** adottato dalla Giunta regionale e approvato dal Consiglio (DCR DCR 3 marzo 2009 n. 290 (PRINA 2009-2011));
- I **Piani triennali attuativo** del PRINA redatto dall'Azienda USL e gli ambiti territoriali sociali ricompresi nel suo territorio e approvato dall'ATI. Il piano acquista efficacia dopo il parere di congruità della Giunta regionale;
- infine i Distretti socio-sanitari e gli ambiti territoriali sociali predispongono il **programma operativo del PRINA**

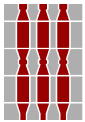
I soggetti attuatori

Alla **Regione** è demandato il compito di approvare il PRINA verificandone l'attuazione e valutandone gli esiti. Al PRINA, di durata triennale, è demandato il compito di:

- definire i criteri generali di riparto del Fondo e l'assegnazione delle risorse alle Aziende USL con vincolo di destinazione per i Distretti e gli Ambiti territoriali sociali;
- le aree prioritarie di intervento nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza da garantire alle persone non auto sufficienti;
- gli indirizzi per l'organizzazione dei servizi operanti sia a livello di Aziende che a livello di Ambiti territoriali sociali.

2. gli **ATI** a cui è demandato il compito di:

- approvare il programma attuativo triennale da parte dell'Assemblea di Ambito dell'ATI entro 30



giorni dall'approvazione del PRINA. Tale programma acquista efficacia dopo la valutazione di congruità da parte della Giunta Regionale;

– individuare i servizi aventi come bacino di utenza l'intero territorio dell'ATI a cura dell'assemblea di ATI;

3. alle **Aziende USL e agli Ambiti territoriali sociali** ricompresi nel territorio è demandato il compito di redigere il Piano Attuativo triennale del PRINA nel rispetto delle indicazioni fornite dagli ATI, di cui alla legge regionale n. 23/2008.

4. ai **Distretti e agli Ambiti territoriali sociali** è demandato il compito di:

– elaborare e approvare il **Programma operativo del PRINA**. Tale atto, nel quale vengono individuate le priorità di intervento territoriali, verrà partecipato sia a livello di Distretto che di Ambito sociale territoriale.

Le **Organizzazioni Sindacali, e le Organizzazioni della società civile** (in particolare terzo settore e soggetti gestori dei servizi) concorrono alla definizione degli atti di programmazione territoriale attraverso la partecipazione ai Tavoli territoriali di concertazione.

II PRINA 2009/2011

Diritto alla prestazione ed equità nell'erogazione

Il Piano Regionale Integrato per la Non Autosufficienza delinea un insieme di azioni strategiche per garantire alla persona in condizioni di non autosufficienza un sistema integrato di servizi/interventi in grado di fornire, in tempi certi, la quantità e la qualità delle risorse assistenziali necessarie ad affrontare il proprio bisogno.

La legge regionale che istituisce il Fondo per la non autosufficienza, nel garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni in favore delle persone non autosufficienti anziani, adulti e minori, **opera il passaggio dal riconoscimento del titolo della prestazione alla certezza della prestazione socio-sanitaria appropriata, tenendo presente, anche, le risorse a disposizione del beneficiario nella fase di definizione dell'intervento e di compartecipazione al costo dello stesso**. Il Piano, infatti, si impegna ad allargare, quanto più possibile alla platea dei beneficiari potenziali, l'area delle prestazioni anche ricorrendo allo strumento della compartecipazione dei costi quale modalità per assicurare una maggiore solidarietà fra cittadini con possibilità economiche differenti e bisogni simili.

La continuità assistenziale nell'offerta dei servizi

Garantire la continuità assistenziale, specialmente dopo un ricovero ospedaliero è uno dei punti salienti del piano.

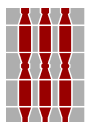
La domiciliarità ed il sostegno all'assistenza familiare

Si fonda sul presupposto della permanenza della persona nel proprio contesto di vita e nella rete di relazioni affettive e sociali garantita dalla presenza di servizi territoriali, dall'apporto dei familiari e dalle risorse sociali informali (assistenti familiari, volontari etc).

L'intervento pertanto si articola su tre livelli:

1. servizi di Assistenza Domiciliare (tutelare e domestica);

2. interventi di sostegno alla famiglia (sostegno al *care giver*, assistenza psicologica ecc.);



Servizio Lavori d'Aula e Legislazione
Sezione Analisi documentale, Controllo e Valutazione

3. interventi di sollievo alla famiglia (interventi per brevi periodi anche in regime residenziale per fronteggiare le emergenze o le necessità di sollievo per le famiglie impegnate nel lavoro di cura della persona non autosufficiente).

I servizi residenziali e semiresidenziali (permanente e/o temporanei) concorrono allo sviluppo di una rete di servizi socio assistenziali e sanitari, con l'intento di mantenere la persona non autosufficiente, il più a lungo e nel miglior modo possibile, nel proprio contesto.

L'intervento è articolato in base al seguente schema

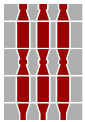
LIVELLI DI GRAVITÀ DEL BISOGNO	PACCHETTI DI SERVIZI/PRESTAZIONI	MISURE ECONOMICHE
Basso assistenziale bisogno	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza domestica 1° livello* Assistenza tutelare 1° livello Misure di sollievo (spesa a domicilio, consegna farmaci ecc.) Residenziale e semiresidenziale temporaneo (per brevi periodi anche di sollievo/emergenza per la famiglia) Trasporto 	<p>Assegno di sollievo alla famiglia che si assume il carico assistenziale al domicilio (sottoscrizione del patto). È un contributo variabile in base alla gravità e alle necessità assistenziali che potrebbe essere integrato attraverso un contributo mensile supplementare per chi ricorre all'assistenza familiare regolarizzata.</p> <p>(Es. di assegno: Regione Emilia 9,50 e 19,50 € giornalieri - Es. di contributo mensile Regione Emilia 160,00 €/mese)</p>
Basso assistenziale con assoluta inadeguatezza del contesto ambientale	Inserimento in “residenza servita” (servizi di comunità socio-assistenziali con lieve integrazione sanitaria)	Non previste
Moderato assistenziale bisogno	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza domestica 2° livello Assistenza tutelare 2° livello Misure di sollievo (spesa a domicilio, consegna farmaci ecc.) Residenziale e semiresidenziale temporaneo (per brevi periodi anche di sollievo/emergenza per la famiglia) Trasporto 	<p>Assegno di sollievo alla famiglia che si assume il carico assistenziale al domicilio (sottoscrizione del patto). È un contributo variabile in base alla gravità e alle necessità assistenziali che potrebbe essere integrato attraverso un contributo mensile supplementare per chi ricorre all'assistenza familiare regolarizzata.</p>
Alto bisogno assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza domestica 3° livello Assistenza domestica 3° livello Misure di sollievo (spesa a domicilio, consegna farmaci ecc.) Residenziale e semiresidenziale temporaneo (per brevi periodi anche di sollievo/emergenza per la famiglia) Trasporto 	<p>Assegno di sollievo alla famiglia che si assume il carico assistenziale al domicilio (sottoscrizione del patto). È un contributo variabile in base alla gravità e alle necessità assistenziali che potrebbe essere integrato attraverso un contributo mensile supplementare per chi ricorre all'assistenza familiare regolarizzata.</p>
Alto bisogno assistenziale con assoluta inadeguatezza ambientale	Inserimento in Residenza Protetta	Non previste

* cure domiciliari di I° livello che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sino a 5 giorni; di II° livello con continuità assistenziale ed interventi programmati articolati su 6 giorni; di III° livello con continuità assistenziale ed interventi programmati articolati su 7 giorni

La valutazione

Nel PRINA è inserito un capitolo dedicato alla valutazione

Il processo valutativo riguarderà il programma attuativo e quello operativo, a partire da una analisi dei dati



Servizio Lavori d'Aula e Legislazione
Sezione Analisi documentale, Controllo e Valutazione

sulle azioni previste.

A tal fine il Direttore di Distretto ed il Promotore sociale competente per territorio, dovranno elaborare una relazione annuale sullo stato di attuazione dei suddetti programmi, sottoposta al Tavolo degli Assessori dell'Ambito territoriale sociale, sarà inviata dagli ATI alla Regione, entro il 30 maggio di ogni anno. La Giunta regionale, a sua volta, annualmente redige una relazione da presentare al Consiglio regionale.

Gli uffici regionali competenti svolgeranno funzione di "cabina di regia" nel predisporre un sistema di monitoraggio e controllo, tale da consentire, alla scadenza del PRINA, di valutare in che modo le risorse impegnate hanno:

- **consentito di conseguire l'obiettivo del mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti;**
- **contribuito ad incrementare il sistema di protezione sociale per le persone non autosufficienti e per le loro famiglie;**
- **inciso sulla spesa sanitaria e sociale;**
- **contribuito a contenere i tempi medi di attesa per l'accesso alle prestazioni del fondo ed in particolare all'accesso alle strutture residenziali.**

Inoltre il sistema dovrà consentire di effettuare una valutazione di tipo qualitativo riferita al:

- **grado di soddisfacimento dei bisogni delle persone non autosufficienti e dei familiari;**
- **livello di qualità delle prestazioni rese e degli interventi attuati.**

Il Regolamento Reg. reg. 20 maggio 2009, n. 4

Disciplina di attuazione della [legge regionale 4 giugno 2008, n. 9](#) (Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni).

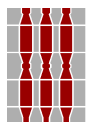
Fatto salvo il principio dell'accesso universalistico di tutte le persone che si trovano in condizione di non autosufficienza, il regolamento, in attuazione dell'art. 10 della legge 9/2008, determina i criteri di concorso dell'assistito alla copertura del valore economico delle prestazioni in base a livelli differenziati di situazione economica **tenendo conto dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente – ISEE del destinatario della prestazione e viene valutata la quota di reddito disponibile**. Sono previsti tre livelli di compartecipazione:

1. di esenzione **totale**, la soglia di riferimento è identificata con la soglia nazionale di povertà relativa;
2. di esenzione **parziale**, la soglia è individuata nell'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS moltiplicato per quattro. Il livello di compartecipazione al costo viene computato in percentuali differenziate a seconda del costo della prestazione per l'assistenza domiciliare per anziani e disabili e della quota sociale della retta per il servizio per i servizi semiresidenziali, nonché residenziali per anziani e disabili.
3. di **non esenzione**, la soglia è individuata nell'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS moltiplicato per otto.

La Delib.G.R. 30 novembre 2009, n. 1708

Con questa delibera "Programmazione delle risorse, riferimenti metodologici per la redazione del Piano attuativo triennale del PRINA e del Programma operativo del PRINA, approvazione Nomenclatore-tariffario delle prestazioni e degli interventi per i non autosufficienti, e ulteriori misure attuative" vengono approvati una serie di atti che si possono riassumere nei seguenti:

- 1) **Programmazione delle risorse e linee di indirizzo per la predisposizione del Piano attuativo triennale del PRINA e per il Programma operativo**", dove si riporta tra l'altro la programmazione delle risorse, lo schema di struttura del Piano attuativo triennale del PRINA e lo schema di struttura del Programma operativo del PRINA.



Servizio Lavori d'Aula e Legislazione
Sezione Analisi documentale, Controllo e Valutazione

2) "Nomenclatore tariffario degli Interventi e prestazioni a favore di persone non autosufficienti anziani, adulti e minori", dove per ciascuna tipologia di destinatari, anziani non autosufficienti, adulti non autosufficienti e minori non autosufficienti, vengono riportate le aree prioritarie di intervento, la fonte di finanziamento, le tipologie delle prestazioni erogabili, il costo/tariffa di riferimento massimo complessivo delle prestazioni, la condizione di compartecipazione al costo delle prestazioni come disposto dal [Reg. reg. 20 maggio 2009, n. 4](#);

3) "Prime misure per la valutazione del Piano attuativo del PRINA (Piano regionale Integrato per la non autosufficienza) e del Programma operativo del PRINA e per il monitoraggio del Fondo regionale per la non autosufficienza", dove tra l'altro viene esplicitato il percorso per la valutazione degli atti di programmazione e vengono indicate disposizioni per il monitoraggio delle prestazioni e degli interventi attivati mediante le risorse del Fondo regionale per la non autosufficienza, adottando il Sistema Informativo Nazionale per il monitoraggio della non autosufficienza (SINA).

Si stabilisce inoltre che la Giunta regionale acquisito il parere della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria presenta al Consiglio regionale, ai sensi dell'articolo 18 della Lr. 9/2008 una relazione rispondente ai quesiti della clausola valutativa.

LE RISORSE IMPEGNATE

Da dati forniti dalla Giunta regionale e riportati nella tabella risultano, divise per ASL, le cifre delle risorse impegnate nel triennio di validità del PRINA, da cui emerge un totale di 257 milioni nel triennio 2009/2011

RISORSE IMPEGNATE/ASSEGNATE 2009/2011				
	Fondo sanitario (1)	FONDO SOCIALE (2)	RISORSE PRINA (3)	TOTALE
ASL 1	23.593.605	7.585.516	4.658.136	35.837.256
ASL 2	48.851.234	16.676.385	11.958.020	77.485.639
ASL 3	34.407.186	9.377.838	6.527.760	50.312.784
ASL 4	67.563.593	18.075.294	7.987.087	93.625.975
UMBRIA	174.415.618	51.715.033	31.131.003	257.261.654

(dati Giunta regionale)

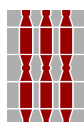
1) Risorse del Fondo sanitario regionale

2) Risorse derivanti dal fondo sociale dei comuni

3) Risorse aggiuntive PRINA (fondo nazionale e risorse proprie della RU)

Con **DGR 1426 del 12 novembre 2012** (Riparto delle risorse per l'esercizio 2012) la Giunta regionale, ha confermato la linee programmatiche del PRINA 2009-2011 e ha ritenuto opportuno al fine di dare continuità alla programmazione prolungare a tutto il 2012 i Piani attuativi triennali e i Piani operativi.

La programmazione del Fondo stabiliva nel triennio 2009-2011 che le somme assegnate fossero anche comprensive del fondo nazionale per la non autosufficienza. Da momento che FNNA nell'anno 2012 non è stato rifinanziato dal governo centrale permangono in atto solo le risorse del fondo per la non autosufficienza previste dal Bilancio regionale che ammontano a 4 milioni di euro.



Servizio Lavori d'Aula e Legislazione
Sezione Analisi documentale, Controllo e Valutazione

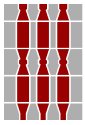
Criteri riparto Fondo Anno 2012

Percentuale di accesso all'FRNA per distretto e ASL - Popolazione all'1.1.2012.	TotPop	M>74	F>74	TotPop>74	%Assegnazione >74	Accompagnamento	%Assegnazione Accompagnamento	% ponderazione (50/50)
Tot. ZS Città di Castello	78189	3509	5781	9290	8,40%	3226	7,42%	7,91%
Tot. ZS Gubbio	56966	2813	4482	7295	6,60%	2565	5,90%	6,25%
ASL1	135155	6322	10263	16585	15,00%	5791	13,32%	14,16%
Tot. ZS Perugia	195726	7988	12915	20903	18,91%	7546	17,35%	18,13%
Tot. ZS Assisi	62255	2667	4151	6818	6,17%	3334	7,67%	6,92%
Tot. ZS Panicale	58656	2865	4425	7290	6,60%	2853	6,56%	6,58%
Tot. ZS Marsciano	59202	3120	4530	7650	6,92%	2770	6,37%	6,65%
ASL2	375839	16640	26021	42661	38,59%	16503	37,95%	38,27%
Tot. ZS Norcia	12444	660	1030	1690	1,53%	766	1,76%	1,65%
Tot. ZS Foligno	101461	4900	8014	12914	11,68%	6604	15,19%	13,43%
Tot. ZS Spoleto	49292	2505	3929	6434	5,82%	2867	6,59%	6,21%
ASL3	163197	8065	12973	21038	19,03%	10237	23,54%	21,29%
Tot. ZS Orvieto	43011	2357	3942	6299	5,70%	2180	5,01%	5,36%
Tot. ZS Narni	54314	2920	4269	7189	6,50%	2383	5,48%	5,99%
Tot. ZS Terni	134970	6350	10414	16764	15,17%	6393	14,70%	14,93%
ASL4	232295	11627	18625	30252	27,37%	10956	25,19%	26,28%
UMBRIA	906486	42654	67882	110536	100%	43487	100%	100%

(DGR 1426 del
12 novembre
2012)

Percentuale di accesso all'FRNA per distretto e ASL - Popolazione all'1.1.2012.	% ponderazione (50/50)	ASSEGNAZIONE FRNA 2012
Tot. ZS Città di Castello	7,91%	316.456,21
Tot. ZS Gubbio	6,25%	249.959,49
ASL1	14,16%	566.415,70
Tot. ZS Perugia	18,13%	725.257,87
Tot. ZS Assisi	6,92%	276.695,70
Tot. ZS Panicale	6,58%	263.114,35
Tot. ZS Marsciano	6,65%	265.810,84
ASL2	38,27%	1.530.878,76
Tot. ZS Norcia	1,65%	65.807,19
Tot. ZS Foligno	13,43%	537.384,38
Tot. ZS Spoleto	6,21%	248.270,06
ASL3	21,29%	851.461,63
Tot. ZS Orvieto	5,36%	214.231,77
Tot. ZS Narni	5,99%	239.671,24
Tot. ZS Terni	14,93%	597.340,90
ASL4	26,28%	1.051.243,90
UMBRIA	100,00%	4.000.000,00

Con la DGR 1524 del 23 dicembre 2013 "Assegnazione risorse alle Aziende Sanitarie Regionali" vengono ripartiti le risorse dell'anno 2013.



Servizio Lavori d'Aula e Legislazione
Sezione Analisi documentale, Controllo e Valutazione

Nel documento istruttorio viene evidenziato che la programmazione 2009-2011 ha condotto ad integrare in modo funzionale il sistema del doppio accesso (Centri di Salute e Uffici della Cittadinanza), assicurando ai cittadini percorsi unici.

Sul versante più prettamente organizzativo, il sistema risulta consolidato sia per quanto riguarda l'accesso sia per la valutazione e la presa incarico, come testimoniato **dalla costituzione, in tutti i territori, delle Unità di valutazione multidimensionale uniche, articolate per aree di intervento e integrate sia dai professionisti della sanità, che dal personale delle Zone sociali.**

Analizzando nello specifico alcuni elementi riferiti al triennio 2009-2011, si evidenzia quanto segue:

- il sistema ha visto consolidarsi sia la spesa sanitaria che sociale, avviandosi verso il **completo utilizzo** delle risorse aggiuntive trasferite (Fondo regionale e Fondo nazionale);
- nell'utilizzo delle risorse, **permane una forte incidenza della spesa per anziani** rispetto alle altre aree;
- la ripartizione della spesa per tipologia d'intervento è caratterizzata dal prevalere del residenziale, nell'area anziani e in quella della psichiatria e dal semiresidenziale e domiciliare per l'area della disabilità;
- si registra un aumento, sia pur contenuto, della **domiciliarità** anche se fortemente **differenziato a livello territoriale**;
- un aumento della spesa per la disabilità connesso ad un aumento consistente delle persone prese in carico;
- un impegno sempre maggiore dei Comuni nell'integrazione delle risorse anche per aree, come la psichiatria, dove tradizionalmente la spesa era prevalentemente di tipo sanitario.

Con la determinazione dirigenziale n. 4227 del 31/05/2012 si è provveduto ad istituire quattro gruppi di lavoro interistituzionali, composti dai funzionari regionali responsabili per materia, dai direttori dei distretti socio sanitari delle Aziende sanitarie locali e dai promotori sociali e responsabili sociali di Zona, al fine di provvedere alla stesura delle linee programmatiche relative alla non autosufficienza Anno 2013. I gruppi suddetti avevano l'incarico di proporre obiettivi ed azioni di miglioramento rispetto alla passata programmazione 2009-2011, sulle aree di propria competenza.

Il DM 20/3/2013 di assegnazione e riparto delle risorse del FNNA 2013 (per l'Umbria ammonta ad €. 4.785.000,00) ha posto, quale impegno per le Regioni, la destinazione di una quota non inferiore al 30% per interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima. Inoltre, le linee programmatiche Anno 2013 della Regione Umbria riportate nell'Allegato 1), ricalcano le finalità di cui all'art. 2 del DM 20/3/2013 sopra citato.

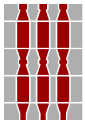


FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA
ANNO 2013

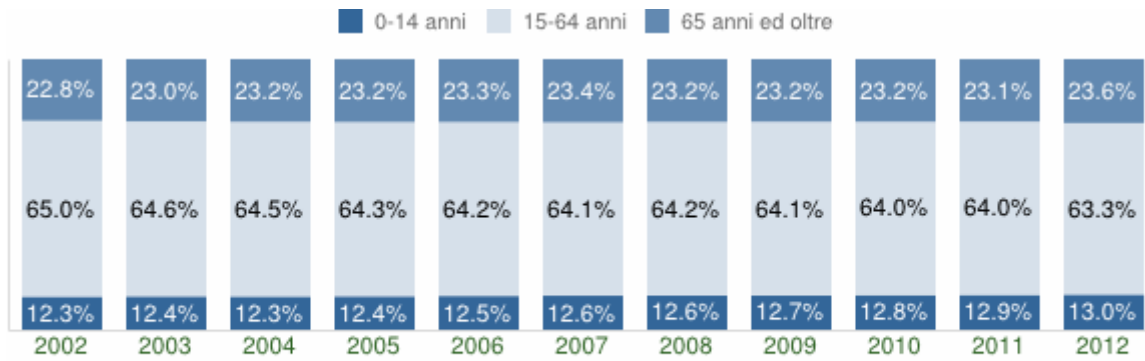
Azienda e Distretto	%Ass. ponderata (50/50)	1	2	3
		Assegnazione FRNA 2013	di cui per SLA DGR 909/2012	di cui 30% per gravissime disabilità* art. 3 DM 20/3/13
Distretto Alto Tevere	7,03%	€ 559.094,46	€ 73.716,70	€ 100.964,63
Distretto Alto Chiascio	7,20%	€ 572.574,00	€ 75.493,98	€ 103.398,85
Distretto Perugino	18,09%	€ 1.438.318,94	€ 189.642,61	€ 259.740,27
Distretto Assisano	7,02%	€ 558.358,16	€ 73.619,62	€ 100.831,67
Distretto del Trasimeno	6,65%	€ 528.324,97	€ 69.659,74	€ 95.408,09
Distretto Media Valle del Tevere	6,67%	€ 529.917,60	€ 69.869,73	€ 95.695,70
Az Usl Umbria 1	52,67%	€ 4.186.588,13	€ 552.002,38	€ 756.039,22
Distretto della Valnerina	1,62%	€ 128.831,00	€ 16.986,39	€ 23.265,08
Distretto di Foligno	13,35%	€ 1.061.474,23	€ 139.955,56	€ 191.687,38
Distretto di Spoleto	6,20%	€ 492.640,33	€ 64.954,71	€ 88.963,95
Distretto di Orvieto	5,33%	€ 423.958,08	€ 55.898,95	€ 76.560,90
Distretto di Narni Amelia	5,96%	€ 473.618,63	€ 62.446,70	€ 85.528,90
Distretto di Terni	14,87%	€ 1.182.010,60	€ 155.848,31	€ 213.454,57
Az Usl Umbria 2	47,33%	€ 3.762.532,87	€ 496.090,62	€ 679.460,78
UMBRIA	100,00%	€ 7.949.121,00	€ 1.048.093,00	€ 1.435.500,00

(ALL. 2 alla DGR 1524-2013)

* Il Decreto ministeriale del 20/3/2013, all'art. 3 dispone che le Regioni si impegnino ad utilizzare una quota non inferiore al 30% per interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica;

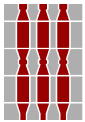


Appendice



Struttura per età della popolazione

UMBRIA - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT



FIRME

<i>L'istruttore</i>	Susanna Rossi
<i>Il Responsabile di Sezione</i>	Maria Rita Francesconi
<i>Il Dirigente</i>	Fabio Piergiovanni
<i>Data</i>	17 febbraio 2014