

**Dgr n. del**

pag. 1/24

ALLEGATO A**LINEE DI INDIRIZZO E DISPOSIZIONI PER LA
PREDISPOSIZIONE DEL PIANO LOCALE DELLA DISABILITA'****INTRODUZIONE**

La legge 104/92 ha promosso il riconoscimento dei diritti delle persone con disabilità e ha indicato i principi fondamentali per la realizzazione dei processi e dei percorsi di integrazione sociale, promuovendo l'attivazione di servizi ed interventi territoriali finalizzati alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle disabilità, alla riabilitazione, all'integrazione scolastica, all'integrazione sociale in contesto lavorativo, alla promozione degli interventi finalizzati a favorire l'accessibilità, la vita di relazione e la partecipazione attiva alla vita sociale e della comunità.

La diffusione di una cultura di inclusione sociale, nel mondo della scuola e del lavoro, e la capillare distribuzione nel territorio di servizi diurni e di servizi di supporto alla famiglia, hanno permesso di rispondere in modo sempre più adeguato ai bisogni delle persone con disabilità, anche a quelle in condizione di gravità, riducendo il fenomeno dell'istituzionalizzazione e sviluppando progressivamente una cultura della domiciliarità per le persone con disabilità.

Nel territorio regionale sono ormai consolidate modalità di intervento e ambiti organizzativi e gestionali che assicurano alle persone con disabilità i livelli essenziali di assistenza sanitaria, di diagnosi cura e riabilitazione, e che favoriscono il riconoscimento del diritto allo studio, al lavoro, alla formazione di un'età adulta e la partecipazione attiva alla vita sociale.

La Legge 104/92 infatti ha promosso l'avvio di un processo di sensibilizzazione sociale che nell'ultimo ventennio, anche se con difficoltà ancor oggi presenti, ha modificato sostanzialmente l'approccio alla disabilità, alla vita delle persone, delle famiglie e dei servizi assistenziali. Si è passati infatti da un approccio focalizzato sulla disabilità come menomazione alla considerazione della disabilità come svantaggio sociale (handicap) susseguente alla menomazione, per giungere infine ad una nuova concezione della disabilità fondata sulla classificazione ICF approvata dall'OMS. La disabilità viene definita come una condizione della vita, riaffermando il valore centrale della persona umana, delle sue attività e delle sue possibilità di partecipazione attiva alla vita sociale.

Un ruolo rilevante è stato svolto prioritariamente dalle famiglie e dalle Associazioni dei familiari che hanno richiesto, sostenuto e sviluppato percorsi di integrazione sociale e il pieno riconoscimento dei diritti delle persone con disabilità definiti dalla L. 104/92. L'impegno delle famiglie si è tradotto, inoltre, in un coinvolgimento diretto in formazioni sociali e in soggettività che spesso hanno proposto, anticipandole, soluzioni innovative a livello di organizzazione e gestione di servizi socio-assistenziali.

Una funzione altrettanto importante è stata svolta anche dalle Associazioni delle persone con disabilità sia a carattere nazionale che a carattere europeo, grazie alle quali, il tema della disabilità è stato celebrato con l'Anno Europeo delle persone con disabilità e che ha visto nella Conferenza nazionale di Abano Terme, il momento più significativo di sintesi e di proposta e che ha riscontrato l'impegno da parte dello Stato e delle Regioni a favorire il riconoscimento di diritti ed opportunità per le persone con disabilità, le associazioni e i soggetti del privato sociale.

Nella Regione Veneto il positivo incremento di attenzione nei confronti della disabilità ha prodotto, a partire dalla L. 104/92, lo sviluppo di politiche sociali.

Politiche sociali che si possono riassumere nelle seguenti linee operative e dei relativi riferimenti normativi:

- contributi per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati (L. 13/89 e L.R. 41/93);
- contributi per l'adeguamento di autovetture per le persone con disabilità (art. 27 L. 104/92 e art. 13 L.R. 41/93);
- integrazione scolastica (circolare regionale 33/93);
- integrazione lavorativa (L.68/99 e L.R.16/01);
- progetti individuali nelle situazioni di disabilità grave e gravissima (L. 162/98);
- progetti individuali di Vita Indipendente (L. 162/98);
- interventi a favore dei ciechi pluriminorati (L. 284/97);
- contributi per i non autosufficienti assistiti in famiglia (L.R. 28/91);
- interventi di "sollievo" (DGR 3960/01);
- contributi ai cittadini veneti portatori di handicap psicofisici che applicano il metodo Doman o Vojta o Fay (L.R. 6/99, art. 10 L.R. 41/03 e art. 41 L.R. 1/04);
- contributi agli enti associativi che rappresentano i disabili (Tab. B DPR 616/77);
- sostegno al Centro Audiofonologico della Provincia di Venezia (art. 131 L.R. 11/01);
- contributi per l'adeguamento delle postazioni di lavoro per centralinisti non vedenti (L. 113/85);
- contributi per le spese di trasporto e di vitto per le persone con disabilità che frequentano i Ceod (L.R. 7/99);
- contributi per progetti sperimentali di miglioramento della qualità della vita della persona con disabilità (art. 131 L.R. 11/01);
- Riconoscimento della quota di rilievo sanitario alle persone con disabilità accolte nei servizi residenziali (DGR 751/00 e successive);

ALLEGATO _A_ alla	
Dgr n. del	
pag. 3/24	

- Contributi in conto capitale per la realizzazione di strutture residenziali, privilegiando quelle di piccole dimensioni (DM 470/00 e LR 1/04 - art. 36);

Il sistema dei servizi e degli interventi a favore delle persone con disabilità che si è sviluppato nel territorio regionale evidenzia allo stato attuale l'emergere di alcune criticità che riguardano:

- a) la settorializzazione e parcellizzazione degli interventi: lo sviluppo delle diverse politiche nell'ultimo decennio ha prodotto un maggior numero di opportunità di risposta che, talvolta, si affiancano, e, a volte, si sovrappongono, con l'esito di moltiplicare per la persona i percorsi di valutazione e le richieste di accesso ai servizi;
- b) la necessità di una presa in carico unitaria: la persona con disabilità deve fare riferimento a operatori appartenenti a professionalità, servizi ed enti diversi, con la conseguenza che di fatto il raccordo tra servizi, invece di essere un'opportunità che alleggerisce i compiti della famiglia, diventa un ulteriore onere di cui la famiglia deve farsi carico;
- c) la necessità di una programmazione unitaria nell'area della Disabilità, che veda coinvolti tutti i soggetti istituzionali e della comunità, in un'ottica di integrazione e di valorizzazione delle opportunità e delle risorse, che definisca obiettivi e finalità del sistema dei servizi e degli interventi territoriali a favore delle persone con disabilità.

Il presente provvedimento pertanto indica le linee guida per la predisposizione a livello locale di quanto previsto dalla DGR 2359/04 e dalla L.R. 9/05 art. 26 e 27, stabilisce gli orientamenti relativi al sistema della domiciliarità e al sistema della residenzialità, in un'ottica unitaria di intervento. Gli indirizzi e le disposizioni riguardano la predisposizione del "Piano locale della Disabilità", diretto prioritariamente a tradurre in ambito locale gli indirizzi di programmi regionali e definire le modalità operative per l'accesso al sistema dei servizi per le persone con disabilità, con particolare riferimento ai servizi per l'età adulta.

Sono esclusi dal presente provvedimento gli indirizzi per l'accesso ai servizi di integrazione scolastica e di integrazione lavorativa, per i quali si rimanda a specifici atti di settore.

ALLEGATO _A_ alla	
Dgr n. del	
pag. 4/24	

A - INDIRIZZI GENERALI PER LA PROGRAMMAZIONE

Un nuovo approccio culturale alla disabilità

Il Piano locale della Disabilità deve promuovere e sostenere l'affermazione di un approccio culturale della disabilità, come affermato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nella presentazione dell'ICF (International Classification of Functioning), fondato sulla integrazione del modello medico e del modello sociale di approccio alla disabilità.

La disabilità si caratterizza, e viene considerata come una "complessa interazione di condizioni", personali, sociali ed ambientali, che favoriscono o riducono l'attività e la partecipazione attiva della persona nella società. La disabilità diventa dunque una questione che investe tutti i soggetti sociali chiamati a compiere scelte decisive per la partecipazione delle persone con disabilità in tutte le aree della vita sociale.

L'integrazione socio-sanitaria

L'integrazione socio-sanitaria costituisce la peculiarità del modello veneto dell'organizzazione dei servizi sociali e sociosanitari.

La predisposizione del Piano locale della Disabilità deve rafforzare in tutti gli ambiti territoriali i livelli di integrazione, assicurando, soprattutto nell'età adulta, il raccordo e il coinvolgimento dei servizi sanitari e socio-sanitari di sostegno alla persona e alla famiglia, previsti nelle Aziende ULSS, con i servizi sociali delle amministrazioni locali e con le opportunità disposte dai soggetti pubblici e privati.

La programmazione territoriale

L'approvazione del Piano locale della Disabilità rappresenta un momento importante di riflessione, confronto ed elaborazione di piani e programmi che vedono coinvolti tutti i soggetti territoriali, pubblici e privati. Da tale confronto scaturiscono gli indirizzi e gli orientamenti per tradurre le politiche sociali in attività, servizi ed interventi e progettualità secondo logiche di priorità territoriali.

L'attenzione alle persone in condizione di gravità

L'attenzione alle persone in condizione di gravità costituisce la priorità principale della programmazione territoriale e deve trovare risposta nella organizzazione di specifiche risposte ed interventi.

Nella predisposizione del Piano locale della Disabilità è necessario che la rete dei servizi sia dotata di strumenti, professionalità e strutture sufficienti a garantire l'attivazione di forme di supporto flessibili a soddisfare innanzitutto le esigenze organizzative e psicologiche della famiglia, che possono richiedere, nei diversi momenti e nelle diverse situazioni, forme di affiancamento nei compiti di assistenza e servizi di sollievo che prevedano interventi a domicilio, semiresidenziali o residenziali, ovvero la possibilità di

disporre di informazioni e conoscenze che possano contenere e ridurre i danni e gli scompensi conseguenti alla situazione di disabilità.

La presa in carico

La presa in carico costituisce una metodologia di intervento peculiare degli operatori sociali e socio-sanitari, quale elemento fondamentale della definizione e della realizzazione di progetti individuali in un'ottica di globalità e di progetto di vita.

La presa in carico consente, mediante la valutazione delle risorse individuali della persona con disabilità, di attivare un operatore che diviene riferimento principale per la persona stessa e per la sua famiglia rispetto agli obiettivi, alle azioni e agli interventi attivati, coordinando le azioni ed interventi propri e quelli degli altri operatori e servizi, al fine di seguire e monitorare costantemente l'evoluzione della situazione personale.

La presa in carico comporta, con il sostegno delle relazioni familiari e l'attivazione coordinata delle prestazioni e dei servizi, previsti nel progetto individuale, interventi di valutazione, di consulenza, di orientamento, di raccordo con le risorse solidaristiche pubbliche e private del territorio, di informazione per l'accesso alla rete dei servizi.

Il progetto individuale definito in UVMD, Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale, deve individuare l'operatore di riferimento, che rispetto alla situazione svolge la funzione di presa in carico come sopra definita.

Il Progetto Individuale

Per realizzare la piena integrazione delle persone disabili, l'art. 14 della L. 328/2000 prevede la definizione di un Progetto Individuale che "comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale, i servizi alla persona a cui provvede il Comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale".

Il Progetto Individuale quindi può essere definito quale complesso di azioni ed interventi che vengono attivati, con la definizione dei soggetti, delle modalità, dei tempi e della spesa, al fine di rispondere in modo adeguato ai bisogni delle persone con disabilità e delle loro famiglie.

Il Progetto individuale si configura come uno strumento che viene modulato a partire dai bisogni e dalle aspettative della persona con disabilità e della sua famiglia, che dinamicamente viene implementato e riformulato in relazione al ciclo vitale, alle opportunità e alle risorse disponibili, sulla base di percorsi di valutazione che portano ad individuare obiettivi, finalità ed interventi per una presa in carico efficace.

L'accesso alla rete dei servizi del sistema della domiciliarità e della residenzialità avviene, quindi, attraverso l'approvazione da parte dell'UVMD del progetto individuale di intervento a favore delle persone con disabilità, condiviso e concordato con la persona disabile e la sua famiglia, che prende in considerazione i bisogni della persona stessa e le risorse disponibili.

Nell'ambito del Piano locale della Disabilità vengono previsti gli strumenti operativi e le modalità organizzative necessari alla predisposizione del progetto individuale.

B - I SOGGETTI

Alla realizzazione del sistema dei servizi rivolti alle persone con disabilità concorrono i soggetti istituzionali (Regioni, Comuni e Aziende ULSS) di cui alla L. 328/00, i soggetti del privato sociale, le formazioni sociali e le risorse della comunità locale.

La Regione

La Regione, come specificato nell' art. 129 della L.R. n. 11/2001, svolge le funzioni di programmazione, di indirizzo, di coordinamento, di vigilanza e di controllo. In particolare:

- stabilisce i livelli minimi di assistenza sanitaria e sociale, nel rispetto delle indicazioni statali, ed individua il sistema di servizi, attività e prestazioni che afferiscono al sistema della domiciliarità e a quello della residenzialità;
- definisce le modalità e gli strumenti della programmazione locale;
- definisce la programmazione annuale e pluriennale del sistema della domiciliarità e della residenzialità nell'area della disabilità, in relazione alle risorse disponibili;
- individua gli strumenti per la valutazione dei bisogni delle persone con disabilità, omogenei per tutto il territorio regionale;
- assicura pari opportunità ed uniformità su tutto il territorio regionale per l'accesso al sistema dei servizi della domiciliarità e della residenzialità, attraverso l'adozione di linee guida e criteri di indirizzo per la gestione territoriale degli interventi;
- definisce le modalità di integrazione tra il sistema della domiciliarità e quello della residenzialità;
- definisce standard organizzativi e strutturali delle strutture residenziali e semiresidenziali e provvede alla verifica di adeguatezza degli standard e alla loro eventuale modifica;
- definisce modalità e strumenti per lo sviluppo del sistema informativo regionale;
- definisce la programmazione delle attività formative rivolte agli operatori dei servizi che afferiscono al sistema della domiciliarità e della residenzialità;
- definisce criteri e modalità per la determinazione dei costi dei servizi, con particolare riferimento alla definizione delle rette di accoglienza nei servizi residenziali;
- individua strumenti e modelli per la definizione dei rapporti tra soggetti pubblici e privati per la gestione dei servizi e delle strutture del sistema della domiciliarità e della residenzialità.

I Comuni

I Comuni, in base al principio della sussidiarietà, sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale (art. 6 L. 328/2000).

In coerenza con le indicazioni normative nazionali (art. 132 D.Lgs .112/98), la Regione del Veneto, con l'art. 5 della L.R. 55/82 e con l'art. 130 della citata L.R. n. 11/2001, ha attribuito ai Comuni la generalità delle funzioni e dei compiti relativi all'erogazione dei servizi e delle prestazioni sociali. Inoltre, con DGR 3972 del 30.12.2002 relativa ai livelli essenziali di assistenza, ha definito le prestazioni socio sanitarie di specifica competenza dei Comuni e, rispettivamente, quelle di competenza dell'A.ULSS.

Nello specifico dell'Area Disabilità, i Comuni collaborano e predispongono, con le modalità previste per la formulazione del Piano di Zona, il Piano locale della Disabilità, di cui al successivo punto E.

Attraverso tale strumento le Amministrazioni Locali e le Conferenze dei Sindaci, in accordo con le A.ULSS, valorizzano le risorse della comunità locale per la realizzazione di un sistema integrato di servizi ed attività che permetta di articolare risposte efficaci in relazione alle peculiarità territoriali, alla domanda accertata e alle risorse disponibili.

L'Ente Locale partecipa al processo di presa in carico delle persone con disabilità sin dalla prima fase di valutazione delle situazione di bisogno.

Le Aziende ULSS

Le A.ULSS sono enti strumentali attraverso cui la Regione assicura ai cittadini le prestazioni previste nei livelli essenziali di assistenza, stabiliti dalla normativa vigente nazionale e regionale.

Sono assicurate dalle A.ULSS e sono comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, nonché le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica ed intensità della componente sanitaria.

Le A.ULSS, sulla base dell'art. 5 della L.R. n. 55/82 e dell'art. 132 della L.R. 11/2001, svolgono le funzioni di programmazione, progettazione e gestione dei servizi sociali in relazione alla gestione obbligatoria di attività sociosanitarie rivolte alle persone con disabilità, come determinate dalla normativa regionale vigente, e in coerenza con gli indirizzi espressi dalla Conferenza dei Sindaci.

Le A.ULSS concorrono, con le modalità previste per la formulazione del Piano di Zona, alla predisposizione del Piano locale della Disabilità, di cui al successivo punto E.

Le A.ULSS gestiscono la domanda di assistenza delle persone con disabilità con le seguenti modalità:

- a) adottano i provvedimenti a carattere organizzativo e strumentale per l'attuazione a livello territoriale degli indirizzi della programmazione regionale nell'area della disabilità, sia per il sistema della domiciliarità che per quello della residenzialità;
- b) coordinano a livello territoriale il sistema dei servizi della domiciliarità secondo le indicazioni e gli accordi del Piano locale della Disabilità;

ALLEGATO _A_ alla	
Dgr n. del	
pag. 8/24	

- c) definiscono i criteri per la predisposizione e formalizzazione dei progetti individuali di intervento secondo strumenti e modalità di valutazione approvati dalla Giunta Regionale;
- d) istituiscono e gestiscono il Registro della Residenzialità per le persone con disabilità secondo le modalità definite dalla Giunta Regionale;
- e) rilasciano l'Impegnativa di Residenzialità, attestante l'impegno di spesa per l'assistenza della persona con disabilità accolta in struttura residenziale;
- f) verificano e controllano l'andamento delle rette praticate dalle strutture residenziali per persone con disabilità secondo le indicazioni emanate dalla Giunta Regionale;
- g) svolgono attività di monitoraggio, verifica e controllo sul rispetto degli standard, in applicazione della L.R. 22/2002, secondo le disposizioni regionali.

Il Terzo Settore

Sulla base del principio di sussidiarietà orizzontale altri soggetti si affiancano alla Regione e ai Comuni nell'erogazione dei servizi sociali, si tratta di enti di carattere pubblico, IPAB, e di carattere privato, quali **Cooperative Sociali, Fondazioni, Associazioni private e in generale Organizzazioni di Volontariato, come richiamato dall'art. 132 della L.R. 11/2001**. In particolare, nell'area della Disabilità si considerano indispensabili gli apporti delle Associazioni dei Familiari delle persone con disabilità e delle Cooperazioni sociali ai fini della programmazione locale.

Tali soggetti, oltre che essere coinvolti, partecipano attivamente, anche con risorse proprie, alla predisposizione del Piano locale della Disabilità, in linea con le disposizioni di cui alla L.R. 5/96, alla L. 328/2000 e alla DGR 1764/2004.

Nel territorio dell'A.ULSS la Conferenza dei Sindaci dovrà procedere ad una ricognizione delle associazioni e delle organizzazioni sociali presenti nel territorio e attive nel campo dell'assistenza domiciliare e dell'aiuto alla persona, per interventi di accompagnamento, trasporto, aiuto a domicilio, compagnia, disbrigo di piccole commissioni, ecc.

A seguito di tale ricognizione, il PLD stabilisce le modalità di raccordo e di collaborazione a livello territoriale specificando:

- le collaborazioni dirette che si intendono attivare con appositi protocolli o accordi al fine di sostenere e migliorare il sistema di offerta dei servizi domiciliari;
- le modalità di attivazione della rete territoriale, esplicitando le forme di comunicazione e di informazione all'utenza.

C - LA VALUTAZIONE

L'approvazione del Progetto individuale richiede previamente la valutazione della situazione complessiva della persona con disabilità, del suo contesto sociale e familiare, in un'ottica multidisciplinare e multiprofessionale.

La valutazione e l'approvazione del progetto individuale spetta alla UVMD, Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale, di cui alla DGR 3242/2001.

Per l'elaborazione del progetto individualizzato, l'U.V.M.D. utilizza uno strumento di valutazione che deve essere fondato sull'ICF.

La Regione del Veneto ha già sperimentato, con risultati positivi in alcuni ambiti territoriali, uno strumento di valutazione denominato SVAMdi e ha promosso una importante azione formativa sull'utilizzo dell'ICF che ha visto coinvolti numerosi operatori dei servizi socio-sanitari.

Proseguendo nel percorso già avviato, entro 180 giorni dal presente provvedimento la Regione del Veneto approva lo strumento per la valutazione delle funzioni delle persone con disabilità e ne disciplina le modalità operative.

Ai fini della loro composizione e funzionamento, le A.ULSS adottano il regolamento locale della UVMD, che comprende i criteri e le modalità della sua composizione nella valutazione dei progetti individuali per i disabili, entro 180 giorni dall'approvazione del presente atto e ne trasmettono copia alla Direzione Regionale per i Servizi Sociali.

Nel merito, si conferma che l'UVMD è composta dai seguenti operatori: direttore di distretto o suo incaricato, medico di medicina generale della persona, l'assistente sociale del comune di residenza della persona. In relazione alla valutazione e al progetto individuale, l'UVMD può essere integrata da operatori professionali quali psicologo, educatore professionale, fisiatra, terapeuta della riabilitazione, psichiatra, logopedista, assistente sociale del distretto e operatore socio-sanitario.

La valutazione in UVMD può essere effettuata su richiesta della persona, della famiglia, di uno dei soggetti istituzionali titolari di competenze nell'area della disabilità o da uno dei soggetti gestori di servizi coinvolti nella realizzazione del progetto individuale di intervento.

La valutazione da parte dell'UVMD come sopra delineata è necessaria quando il progetto individuale di intervento comprende l'accesso ad almeno uno dei seguenti servizi:

- assistenza domiciliare integrata, con interventi sanitari di tipo specialistico e di tipo riabilitativo;
- accoglienza temporanea o definitiva in struttura residenziale;
- accesso ai servizi diurni per persone con disabilità.

Per l'accesso agli altri servizi del sistema della domiciliarità, compresi i servizi di integrazione scolastica e di inserimento lavorativo, si procede attraverso una valutazione

ALLEGATO _A_ alla	
Dgr n. del	
pag. 10/24	

semplificata, secondo le modalità definite in specifici atti regionali di programmazione settoriale e secondo le modalità definite nel regolamento generale dell'UVMD.

L'accesso ai contributi economici a sostegno della famiglia definiti assegni di cura avviene secondo modalità e con strumenti definiti nella DGR 39/06.

D - DESTINATARI DEGLI INTERVENTI

Sono destinatari degli interventi relativi al presente provvedimento le persone con disabilità, come individuate dall'art. 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 "*Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*".

Il sistema della domiciliarità è rivolto alle persone con disabilità, in età compresa tra gli zero e i sessantaquattro anni, e alle loro famiglie, residenti o temporaneamente domiciliate nel Veneto. Dal compimento del sessantacinquesimo anno di età, le persone con disabilità usufruiscono dei servizi e delle prestazioni previsti per le persone anziane non autosufficienti.

Per le persone con disabilità che sono inserite nelle diverse tipologie di servizi residenziali e che diventano sessantacinquenni, l'UVMD deve predisporre un progetto individuale, anche a lungo termine, che risulti appropriato e idoneo alla tipologia di interventi maggiormente rispondenti ai bisogni e alle aspettative delle persone con disabilità di età anziana e delle loro famiglie.

E - IL PIANO LOCALE DELLA DISABILITÀ

In analogia con quanto definito nella DGR 39/06 per l'area adulti anziani, la Conferenza dei Sindaci e le A.Ulss entro 180 giorni dalla esecutività del presente provvedimento approvano Il Piano locale della Disabilità, quale strumento di programmazione locale, parte integrante del Piano di Zona.

Il Piano locale della Disabilità, sviluppato secondo le linee di indirizzo del presente atto, persegue l'obiettivo di rendere esigibili i diritti dei cittadini, individuando forme e modalità per l'attuazione a livello locale dei livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociale, con il concorso di tutte le soggettività e le risorse presenti e attivabili a livello locale.

Nell'ambito del Piano locale della Disabilità viene definito il sistema delle responsabilità locali nell'attuazione delle politiche sociali e socio-sanitarie, individuando processi unitari per la valutazione e la presa in carico delle persone con disabilità e le loro famiglie.

Il Piano locale della Disabilità precisa le modalità ed i contenuti delle intese per l'attuazione a livello locale dei livelli essenziali di assistenza e determina le modalità operative per la gestione a livello locale della domanda dei cittadini.

In particolare il Piano locale della Disabilità determina le modalità di accesso ai servizi della domiciliarità e della residenzialità, individuando criteri omogenei per la predisposizione dei regolamenti, con particolare riferimento a:

- a) modalità di accesso e di valutazione dei bisogni;
- b) criteri per la definizione delle priorità;
- c) soglie di ISEE per l'eventuale compartecipazione al costo da parte degli utenti;
- d) indicatori e metodi per la verifica e la valutazione dei risultati;
- e) responsabilità di tutti i soggetti coinvolti.

E.1 - Il coordinamento del Piano locale della Disabilità

Il coordinamento del Piano locale della Disabilità è affidato alla A.ULSS, che provvede a:

1. coordinare e raccordare tra gli enti l'attuazione degli interventi e delle attività previste dal Piano locale della Disabilità e dai progetti individualizzati;
2. sollecitare gli enti di competenza (singoli Comuni, A.ULSS, etc.) ad affrontare e superare le esigenze e le difficoltà che dovessero emergere nell'attuazione del Piano locale della Disabilità;
3. coordinare la redazione della "Carta dei servizi sociali e sanitari", con l'offerta di servizi, prestazioni, opportunità e con le modalità di accesso;
4. effettuare la funzione di referente nei rapporti con la Regione per gli aspetti amministrativi legati alle attività del Piano locale della Disabilità;
5. curare la rilevazione dei dati e delle informazioni sulle attività svolte e la predisposizione di rapporti periodici sullo stato di attuazione del Piano locale della Disabilità, da presentare alla Conferenza dei Sindaci e alla Regione, anche attraverso l'Osservatorio Regionale Handicap;
6. definire le caratteristiche organizzative e operative per la realizzazione di un sistema informativo diffuso (rilevazione delle domande, valutazioni multidimensionali, progetti individuali, interventi sanitari, socio sanitari e sociali effettuati a supporto della domiciliarità);
7. assumere ogni altra funzione attribuita dal Piano locale della Disabilità.

F - LE PRESTAZIONI

Il Piano locale della Disabilità, predisposto secondo le linee di indirizzo del presente atto, si articola in due parti: una relativa al sistema della domiciliarità per le persone con disabilità e una relativa al sistema della residenzialità.

Il Distretto Sociosanitario è l'ambito territoriale di riferimento per la programmazione locale e per l'organizzazione e la gestione dei servizi socio-sanitari; attraverso la realizzazione di interventi integrati, il Distretto assicura risposte efficienti ed efficaci alle persone con disabilità e alle loro famiglie.

A tale scopo il Piano locale della Disabilità definisce le modalità di integrazione professionale ed istituzionale tra diverse unità operative dei Dipartimenti strutturali e funzionali dell'A.ULSS assicurando, nell'ottica della presa in carico:

- il sostegno alle forme di continuità assistenziale nel passaggio dall'età evolutiva all'età adulta e da questa a quella anziani;
- il sostegno psicologico alla persona con disabilità e alla sua famiglia;
- le modalità di collaborazione con i servizi riabilitativi;
- le modalità di collaborazione con i servizi di neurologia;
- la definizione di protocolli e di intese con il dipartimento di salute mentale.

Nell'ambito del Piano locale della Disabilità devono essere esplicitati i servizi e le attività per la presa in carico delle persone con disabilità in età adulta.

Tali modalità organizzative saranno oggetto di apposito provvedimento dell'A.ULSS, che individua gli operatori professionali afferenti alle diverse aree, il numero di ore destinate all'attività integrata e le modalità di raccordo tra le diverse unità operative del distretto sociosanitario.

F.1 - Lo Sportello Integrato

Al fine di assicurare l'accesso ai servizi da parte dei cittadini secondo principi di uniformità ed omogeneità su tutto il territorio regionale, il Piano locale della Disabilità prevede l'utilizzo dello Sportello Integrato, realizzato secondo le modalità indicate nella DGR 39/06.

Lo Sportello Integrato svolge le sue funzioni anche con riferimento alle politiche e agli interventi del sistema della domiciliarità e della residenzialità per i disabili, integrando pertanto le funzioni dei servizi di Informa Handicap, ove costituiti.

Come disposto dalla DGR 39/2006 le funzioni dello Sportello Integrato possono essere dislocate, oltre che nella sede del Distretto Socio Sanitario, anche in sedi decentrate nel territorio (presso i Comuni e/o le circoscrizioni), purché sia assicurata la condivisione in rete delle informazioni e delle modalità di accesso ai servizi.

F.2 - La Rete dei Servizi per la domiciliarità

La Rete dei servizi socio sanitari territoriali, indicatore importante di esigibilità dei diritti garantiti dalla Costituzione, dalle leggi nazionali (104/92, 62/98, 284/97, 328/2000) e dalle leggi regionali (5/96 e 11/2001) nell'Area Disabilità, è costituita dai servizi che assicurano interventi nelle seguenti aree:

- Interventi di promozione dell'autonomia personale: programmi di intervento, finalizzati alla acquisizione e al mantenimento di autonomie personali che permettano di migliorare le capacità di relazione e di partecipazione alla vita sociale e lavorativa, nonché interventi di promozione delle attività sportive, di tempo libero e di integrazione sociale.

ALLEGATO _A_ alla	
Dgr n. del	
pag. 13/24	

- Servizi Diurni: diverse tipologie di servizi finalizzati alla promozione dell'autonomia, alla riabilitazione e alla integrazione sociale, erogati con carattere di flessibilità e di continuità.
- Interventi erogati a domicilio e di supporto alla famiglia: assistenza domiciliare sociale, sanitaria ed integrata, fornitura di protesi ed ausili, interventi delle reti solidaristiche della comunità locale.
- Interventi di sostegno economico: assegni di cura alle persone disabili e alle famiglie, differenziati a seconda del carico di cura, della modalità e della tipologia di assistenza fornita; contributi per la vita indipendente; contributi temporanei e/o straordinari.
- Interventi di sollievo: accoglienza temporanea programmata, pronta accoglienza. soggiorni di sollievo.

Nell'ambito di tali aree di intervento vengono erogati interventi e prestazioni che, opportunamente integrati nel progetto individualizzato, rappresentano il livello di risposta assicurato alle persone con disabilità nel territorio.

Per quanto riguarda la dotazione di personale assegnato alle funzioni sociali dei comuni ed afferenti agli ambiti degli interventi erogati a domicilio, nelle more delle indicazioni che potranno derivare dalla nuova programmazione socio-sanitaria, si richiamano le disposizioni della normativa vigente (LR 22/89 e DGR 39/06). Per quanto attiene alla dotazione di personale dei Servizi diurni si fa riferimento agli standard come determinati ai sensi della LR 22/02.

Al fine di contenere gli elementi di disomogeneità territoriale, gli interventi del sistema della domiciliarità sono erogati secondo le seguenti modalità.

F.2.1 - Interventi di promozione dell'autonomia personale

Rientrano in tale area gli interventi, inseriti nei progetti individuali, realizzati nell'ambito dei programmi territoriali di intervento, anche ai sensi della L. 284/97 e di altre indicazioni normative regionali, che perseguono l'obiettivo prioritario di promuovere forme di autonomia personale nella vita di relazione, nella vita sociale e familiare.

Si inseriscono in tale linea di intervento le attività e i servizi realizzati in collaborazione con diversi soggetti pubblici e privati, centri multizonali, Associazioni e cooperative sociali, che favoriscono e potenziano l'utilizzo delle autonomie personali per migliorare le capacità di relazione, di partecipazione attiva e di integrazione sociale, nello sport e nel tempo libero.

Il Piano locale della Disabilità stabilisce le modalità operative di realizzazione di tali programmi, individua le priorità e le modalità di accesso.

Il Piano locale della Disabilità stabilisce inoltre le modalità di raccordo e di collaborazione a livello territoriale specificando:

- le modalità di collaborazione diretta con i diversi soggetti;
- le modalità di comunicazione all'utenza.

ALLEGATO _A_ alla	
Dgr n. del	
pag. 14/24	

F.2.2 - Servizi Diurni

La L.R. 22/02 definisce il Centro Diurno quale servizio territoriale, rivolto a persone con disabilità con diversi profili di autosufficienza, cui fornisce interventi a carattere educativo, riabilitativo e assistenziale.

Rappresenta una risposta consolidata nella rete dei servizi e assume una rilevanza fondamentale per garantire alle persone con disabilità risposte integrate a livello sanitario, sociosanitario e sociale.

In tale ottica è necessario superare la logica del centro occupazionale, rafforzando invece l'aspetto di servizio diurno e quindi sviluppando modalità organizzative e gestionali dei servizi in modo flessibile ed integrato, orientate sempre più ai bisogni della persona con disabilità e ai progetti individuali.

Il Piano locale della Disabilità rileva le caratteristiche dei servizi diurni presenti sul territorio, definisce le modalità di accesso, gli obiettivi di programmazione locale e le risorse necessarie per rispondere alla domanda.

Il Piano locale della Disabilità definisce inoltre la realizzazione di progettualità specifiche realizzate in collaborazione coi i servizi diurni, con particolare riguardo alle forme di raccordo con gli interventi di promozione dell'autonomia in un ottica di unitarietà del progetto individuale.

F.2.3 - Interventi erogati a domicilio e di supporto alla famiglia

Il Servizio di Assistenza Domiciliare

Il Servizio di Assistenza Domiciliare è un servizio erogato dai Comuni che disciplinano con appositi regolamenti i criteri e le modalità di erogazione, nonché le modalità di partecipazione alla spesa da parte degli utenti.

Le funzioni consistono essenzialmente nella cura della persona e dell'ambiente e comprendono prestazioni quali, ad esempio, la fornitura dei pasti, la lavanderia, il disbrigo di commissioni all'esterno.

Il SAD può comprendere prestazioni assistenziali/educative, rivolte alla persona con disabilità e/o alla sua famiglia, previste nel progetto individuale.

L'Assistenza Domiciliare Integrata

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata offre la possibilità di usufruire, unitamente all'assistenza domiciliare, anche delle cure mediche, infermieristiche e /o riabilitative necessarie, al proprio domicilio.

Le diverse forme di ADI, Assistenza Domiciliare Integrata, sono disciplinate dalla DGR n. 5273 del 29.12.1998; successive DGR hanno disciplinato specifiche tipologie di ADI

ALLEGATO _A_ alla	
Dgr n. del	
pag. 15/24	

(nutrizione artificiale domiciliare, cure palliative, assistenza domiciliare ventilatoria), con particolare rilievo per gli aspetti sanitari.

Ai fini della predisposizione del Piano locale della Disabilità l'ADI va considerata nella sua unitarietà (comprensiva dell'apporto sanitario e dell'apporto sociale), quale modalità assistenziale con cui diverse figure professionali sanitarie e sociali concorrono presso il domicilio della persona alla realizzazione del progetto individuale.

La Conferenza dei Sindaci e le A.ULSS disciplinano le modalità organizzative e gestionali del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata nell'ambito del Piano locale della Disabilità, determinando le procedure di accesso, le modalità di erogazione del servizio, le risorse umane e finanziarie, necessarie al conseguimento degli obiettivi.

L' Aiuto Personale

L' Aiuto Personale descritto nell' Allegato A della DGR 4230/2003 rientra nelle prestazioni di cui all' art. 9 della L. 104/92 e alla L. 162/98 ed è *"...finalizzato a facilitare l'autosufficienza e le possibilità di integrazione delle persone in temporanea o permanente grave limitazione dell'autonomia, non superabile attraverso la fornitura di sussidi tecnici, informatici, protesici o altre forme di sostegno rivolte a facilitare l'autosufficienza e le possibilità di integrazione dei cittadini stessi.."*

Ricomprende specifiche azioni di sostegno alla persona, interventi domiciliari assistenziali, interventi educativi (l'intervento a domicilio di operatori con particolari qualifiche quali educatore, logopedista, fisiokinesiterapista, che preparano la persona con disabilità e i suoi familiari allo svolgimento di attività particolari) e accompagnamento della persona con disabilità.

Il Piano locale della Disabilità definisce i criteri per l'accesso e di priorità e ne individua le tipologie di prestazioni e le caratteristiche organizzative, in collaborazione con i soggetti del privato sociale.

Le reti solidaristiche della comunità locale

Il sistema della domiciliarità è sostenuto e realizzato con il concorso di tutte le risorse della comunità locale, le associazioni di volontariato e le altre forme di solidarietà e di partecipazione sociale.

Il Piano locale della Disabilità costituisce l'occasione per mettere in rete tali opportunità, attraverso un'azione sinergica di integrazione con i servizi erogati e attraverso la realizzazione di specifiche iniziative progettuali che implementano e completano l'offerta di servizi in risposta ai bisogni delle persone.

F.2.4 - Interventi di sostegno economico

Assegni di cura

L'assegno di cura ricomprende tutte le diverse forme di intervento economico finalizzate a supportare le famiglie nell'assistenza delle persone in situazione di gravità, anche ad integrazione di altre prestazioni e servizi.

La modalità di erogazione degli assegni di cura è definita secondo quanto indicato dalla DGR 39/06.

Interventi per la Vita Indipendente

L'intervento economico è rivolto alle persone con grave disabilità fisico motoria, capaci di autodeterminazione, in età compresa tra i diciotto e i sessantaquattro anni, ed è finalizzato alla fruizione di prestazioni assistenziali per consentire la libera partecipazione alla vita sociale.

Il progetto individuale viene predisposto e realizzato con la piena condivisione della persona con disabilità che assume e gestisce direttamente il rapporto di lavoro con un assistente personale.

Il contributo economico mensile erogabile per la realizzazione di progetti di vita indipendente non può superare € 1000 mensili (DGR 2824/03).

Il Piano locale della Disabilità definisce le modalità di accesso, i criteri per la definizione delle priorità, le modalità di gestione ed organizzazione.

F.2.5 - Interventi di sollievo

Rientrano in tale linea di intervento tutte le attività volte a sostenere il ruolo assistenziale delle famiglie che assistono persone in situazione di gravità attraverso interventi, quali affidi temporanei, soggiorni sollievo e accoglienze temporanee in strutture, che, realizzati secondo forme e modalità diverse, consentono alla famiglia di essere temporaneamente sollevata dall'onere assistenziale continuativo.

Pronta Accoglienza e Accoglienza Programmata nei servizi residenziali

La Pronta Accoglienza (L. 104/92, L. 162/98 e DGR 4230/2003, allegato A), è una tipologia di offerta che assicura la tempestiva accoglienza della persona con disabilità in struttura residenziale, al verificarsi di situazioni di emergenza, dovute alla momentanea impossibilità di assistenza da parte dei familiari.

L'Accoglienza Programmata (L. 104/92, L. 162/98 e DGR 4230/2003, allegato A) è una tipologia di offerta che dà la possibilità alla persona con disabilità e alla sua famiglia di programmare uno o più periodi di accoglienza temporanea in struttura residenziale, garantendo un periodo di sollievo alle famiglie con elevati carichi assistenziali e un percorso di acquisizione di autonomia alla persona con disabilità.

F.3 - Residenzialità

Il sistema della residenzialità per persone con disabilità ha trovato una propria specifica connotazione nell'ultimo decennio, a seguito della L. 104/92 e nella Regione Veneto a seguito della approvazione della DGR 751/00.

Il diritto all'integrazione sociale e al superamento dei percorsi di istituzionalizzazione, privilegiando percorsi e processi assistenziali orientati alla riabilitazione e al mantenimento delle autonomie personali, hanno consentito l'affermazione di un nuovo modello di residenzialità rispetto a quello precedente, che era fondato prevalentemente su processi di emarginazione e di esclusione sociale.

La nascita di strutture residenziali quali comunità alloggio e case famiglia (art. 8 punto i della L. 104/92) e la definizione della programmazione territoriale dei servizi destinati all'accoglienza di persone con disabilità (DGR 751/00 – tab. 1 col. P) hanno portato a pensare alla residenzialità come servizio, integrato nella rete territoriale, finalizzato all'accoglienza delle persone con disabilità nelle situazioni in cui non risulta più possibile restare nel proprio domicilio.

Nel territorio regionale il sistema della residenzialità ha ricevuto un notevole impulso dall'attuazione del DM 470/01 che ha consentito di sostenere la realizzazione di comunità di piccole dimensioni, articolate e diffuse ormai su tutto il territorio regionale.

Dai dati rilevati dall'Osservatorio Regionale Handicap emerge come il numero delle persone per le quali si ricorre ai servizi residenziali tende progressivamente ad aumentare, raggiungendo al 1/1/2005 numero di 2674 persone accolte nei servizi residenzialità. Tale incremento presenta le seguenti caratteristiche:

- si innalza sempre di più l'età all'ingresso in struttura;
- diminuisce il numero delle persone accolte nei servizi istituzionali di grandi dimensioni;
- aumentano il numero delle persone accolte nelle comunità di piccole dimensione anche rispetto ai nuclei di RSA.

Tali trasformazioni evidenziano la presenza di alcune criticità che superano le specificità settoriali e che attengono invece al sistema della residenzialità nel suo complesso. In particolare:

- la necessità di intervenire sui livelli di qualità degli interventi, definendo standard organizzativi e strutturali specifici per la residenzialità delle persone con disabilità;
- la necessità di affrontare la sostenibilità dei costi, correlando le prestazioni previste nel progetto individuale con il livello assistenziale e con i bisogni della persona con disabilità;
- la necessità di sviluppare la programmazione territoriale, attraverso tavoli di concertazione condivisa rispetto alla realizzazione e alla attivazione di servizi residenziali rispondenti alla domanda espressa dal territorio

Il Piano locale della Disabilità nella sezione dedicata alla Residenzialità sviluppa il sistema di programmazione locale secondo le linee di indirizzo del presente provvedimento.

F.3.1 - Il sistema dei servizi residenziali e le unità di offerta

Il sistema dei servizi residenziali articolato a livello regionale si compone delle seguenti unità di offerta come definite nei provvedimenti attuativi della LR 22/02:

- Residenze sanitarie assistite (RSA)
- Comunità residenziale

ALLEGATO _A_ alla	
Dgr n. del	
pag. 18/24	

- Comunità alloggio

La residenzialità è caratterizzata inoltre dalla presenza sul territorio di strutture di grandi dimensioni, che anche secondo quanto previsto dalla DGR 751/00 devono modificare la loro natura trasformandosi in strutture ad elevata specializzazione regionale, con obiettivi di riabilitazione, di assistenza e di risposta di media intensità sanitaria.

A tal fine entro 12 mesi dall'approvazione del presente provvedimento le A.ULSS procedono alla valutazione delle persone che risultano provenienti per residenza dal proprio territorio e che sono accolte nelle grandi strutture al fine di predisporre progetti personalizzati che, con i dovuti tempi e modalità, permettano, ove possibile, l'accoglienza in servizi residenziali del proprio territorio. A conclusione di tale valutazione trasmettono gli esiti alla Direzione Regionale per i Servizi Sociali.

Compongono il sistema della residenzialità inoltre i servizi denominati gruppi appartamento, e case famiglia di cui alla DGR 2473/04 alleg. B) che rivolti all'accoglienza di persone con parziale autonomia consentono di assicurare minimi livelli assistenziali al fine di continuare a vivere nel proprio contesto sociale di riferimento in un'ottica di promozione dell'identità adulta della persona disabile. Tali tipologie di intervento si realizzano in strutture che hanno le caratteristiche dell'abitazione civile e non sono soggette a standard organizzativi e professionali.

Il Piano locale della Disabilità rileva le unità di offerta presenti nel proprio territorio e articola la programmazione di tali unità secondo i fabbisogni definiti dalla programmazione regionale. L'inserimento nella programmazione locale è condizione indispensabile per l'accesso ai finanziamenti in conto capitale previsti dalla normativa regionale.

F.3.2 - Le modalità di accesso

L'accesso ai servizi residenziali avviene a seguito della valutazione effettuata dalla UVMD del Distretto di residenza della persona con disabilità. L'UVMD composta secondo le modalità previste dal presente provvedimento approva il progetto individuale, in relazione al quale viene individuata la tipologia di struttura meglio rispondente ai bisogni della persona con disabilità e definito il livello della quota di rilievo sanitario assegnata alla impegnativa di residenzialità.

La valutazione viene svolta secondo le modalità indicate nel punto C.

Il Piano locale della Disabilità definisce i criteri e le modalità di accesso ai servizi residenziali, anche ai fini degli specifici regolamenti adottati dagli enti locali per l'assunzione della spesa relativa in relazione ai livelli essenziali di assistenza di cui alla DGR n. 3972 del 30.12.2002

ALLEGATO _A_ alla	
Dgr n. del	
pag. 19/24	

F.3.3 - L'impegnativa di residenzialità

L'impegnativa di residenzialità è il titolo rilasciato dall'A.ULSS al cittadino residente per l'accesso alle prestazioni rese nei servizi residenziali della Regione Veneto, accreditati ai sensi della LR 22/02 e, nelle more della sua attuazione, oggi convenzionati secondo la normativa vigente.

L'impegnativa di residenzialità non può essere utilizzata in servizi residenziali non convenzionati secondo la normativa vigente o sprovvisti di accreditamento ai sensi della L.R. 22/02.

Il titolare dell'impegnativa è la persona con disabilità.

L'entità del contributo di rilievo sanitario relativo alle impegnative di residenzialità per l'accesso ai servizi di primo e secondo livello, come articolati nel punto successivo, viene definito annualmente con apposito provvedimento della Giunta Regionale.

Anche ai fini dell'attuazione della L.R. 22/02, la Giunta Regionale con apposito atto definisce il contributo di rilievo sanitario per l'accesso a servizi residenziali di primo livello che non può superare il 70% di quello definito per l'accesso ai servizi di secondo livello.

Il contributo di rilievo sanitario per l'accesso ai servizi residenziali di secondo livello è pari al contributo di media intensità determinato per le persone non autosufficienti.

Le A.ULSS emettono le impegnative di residenzialità nel limite massimo delle impegnative annuo equivalente assegnato dalla programmazione regionale.

Il valore dell'impegnativa si attiva a favore del servizio residenziale prescelto dalla data effettiva di accoglienza .

L'assegnazione delle impegnative di residenzialità alle A.ULSS avviene con apposito provvedimento della Giunta Regionale nel rispetto delle disponibilità di bilancio.

A seguito dell'avvio definitivo delle modalità di valutazione di cui al punto C, la Giunta Regionale valuta l'opportunità di assegnazione il contributo di rilievo sanitario articolato su tre livelli, determinandone entità, criteri e modalità per l'attribuzione.

F.3.4 - I livelli di assistenza

I servizi residenziali per le persone disabili erogano prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali per rispondere ai livelli di assistenza definiti nel progetto individuale.

In linea con quanto previsto attualmente dalle DGR 2473/04 e 2501/04 le unità di offerta qualificate come nuclei di RSA e Comunità residenziale per disabili in situazione di gravità erogano prestazioni di assistenza socio-sanitaria che vengono definiti di media intensità o di secondo livello, sulla base di standard organizzativi e strutturali richiesti per il rilascio di autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento.

Considerato il carattere innovativo della tipologia di unità di offerta definita "Comunità Residenziale e della specificità dell'utenza a cui è rivolta, e al fine di valutarne l'effettiva rispondenza ai bisogni territoriali, la Giunta Regionale è autorizzata ad approvare la realizzazione di tali strutture prevedendone al massimo una per Provincia. A tal fine il rilascio di autorizzazione alla realizzazione e di conformità alla programmazione regionale

ALLEGATO _A_ alla	
Dgr n. del	
pag. 20/24	

viene rilasciato previo acquisizione dell'intesa fra le Aziende Ulss della provincia interessata.

Le unità di offerta qualificate come comunità alloggio erogano prestazioni di assistenza socio-sanitaria che vengono definiti di intensità minima o di primo livello, sulla base di standard organizzativi e strutturali richiesti per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento.

Come già stabilito dalla DGR 1414/2006 , alle persone con disabilità ed in condizione di gravità, per le quali l'UVMD abbia approvato ed autorizzato un progetto individuale di assistenza, le A.ULSS sono autorizzate a riconoscere la quota di rilievo sanitario di secondo livello (media intensità), anche nelle comunità alloggio, autorizzate all'esercizio secondo la normativa vigente, per le quali viene accertata l'erogazione di prestazioni socio-sanitarie di intensità e standard previsti per le strutture qualificate come RSA e comunità residenziale riabilitativa.

Ai fini dell'autorizzazione alla realizzazione di nuovi servizi residenziali, alla ristrutturazione e all' ampliamento delle strutture esistenti, il parere di conformità alla programmazione regionale previsto dall'art. 7 della LR 22/02 è rilasciato dal Dirigente Regionale per i Servizi Sociali, previa acquisizione del parere di conformità alla programmazione locale del Piano di Zona da parte dell'A.ULSS competente per territorio.

Al fine di determinare il fabbisogno annuo di residenzialità territoriale, tenuto conto dei dati derivanti dalle rilevazioni regionali sopramenzionati, si adotta il parametro pari allo 0,7 per mille applicato alla popolazione residente al 31 dicembre dell'anno precedente. Tale parametro è aggiornato con provvedimento della Giunta Regionale.

Il Piano locale della Disabilità determina la programmazione locale della residenzialità, definendo criteri, modalità e parametri per lo sviluppo omogeneo di servizi residenziali sul territorio.

F.3.5 - La sostenibilità dei costi e la retta media

I livelli essenziali di assistenza di cui alle DGR 2227/02 e 3972/02 hanno provveduto ad assegnare la competenza della spesa per l'erogazione delle prestazioni definite nell'allegato C delle suddette DGR.

L'erogazione di tali prestazioni nei livelli di qualità definiti dagli standard organizzativi e gestionali dei servizi risulta essere notevolmente differenziata nel territorio regionale per quanto attiene al livello di costo dei diversi servizi residenziali e diurni.

Tale differenziazione ingenera spesso problematiche e difficoltà con pesanti ricadute per le persone con disabilità, per le famiglie e per le stesse amministrazioni locali.

Allo scopo di contenere tali differenze la Giunta Regionale, entro 180 giorni dall'adozione del presente provvedimento, individua i criteri per la determinazione dei parametri minimi e massimi delle rette giornaliere applicate, in relazione agli standard organizzativi e gestionali per singola tipologia di unità di offerta.

Con apposito provvedimento Giunta regionale inoltre adotta lo schema tipo di convenzione per regolamentare i rapporti tra enti gestori e A.ULSS anche al fine di

determinare modalità omogenee di comportamento nel territorio regionale, anche nel caso di accesso contemporaneo a più servizi.

G - IL SISTEMA INFORMATIVO

Attualmente coesistono diversi sistemi informativi, che trattano specifici segmenti del sistema della domiciliarità e residenzialità, e che raramente sono in grado di interfacciarsi per lo scambio di informazioni.

Gli obiettivi del sistema informativo sono essenzialmente i seguenti:

- sostenere l'attività degli sportelli integrati, come indicato nella DGR 39/06, comprendendo anche l'attività degli stessi rispetto all'area della residenzialità disabili;
- produrre in tempo reale agli operatori coinvolti nei processi di valutazione, di presa in carico e di intervento, le informazioni utili e necessarie relative alla persona con disabilità, comprese le prestazioni in atto, i contributi economici, il progetto individuale e lo stato di attuazione dello stesso;
- gestire i processi della valutazione multidimensionale, della definizione dei progetti individuali e della residenzialità nell'area della disabilità;
- fornire ai Comuni e all'A.ULSS i dati sulle risorse impegnate, le attività svolte, le persone con disabilità prese in carico, i risultati conseguiti;
- assolvere al debito informativo verso la Regione per la conoscenza e la valutazione dei bisogni, delle risorse impegnate a livello locale e delle attività, ai fini della ripartizione dei contributi e della programmazione regionale.

Nel Piano locale della Disabilità vanno specificate le azioni da intraprendere a livello locale affinché vengano perseguiti gli obiettivi suesposti, individuando i soggetti a cui viene assegnata la funzione informativa, i tempi previsti, le risorse a ciò destinate.

Per quanto riguarda la Regione, si confermano le modalità indicate nella DGR 39/06 relativamente ai flussi dati sull'ADI e sugli assegni di cura.

H - I RISULTATI ATTESI

Con il Piano locale della Disabilità vanno perseguiti i seguenti risultati:

- 1) continuità rispetto allo standard attuale di servizi e prestazioni, in termini di tipologie di intervento, risorse impegnate, utenti presi in carico, interventi effettuati;
- 2) ampliamento della gamma di offerta di servizi per le persone con disabilità in ciascun territorio di ULSS;
- 3) incremento dello standard attuale dei servizi e prestazioni che risultino al di sotto della media regionale per quanto riguarda utenti presi in carico e interventi effettuati.

ALLEGATO _A_ alla

Dgr n. del

pag. 22/24

La gamma dei servizi e prestazioni considerati nei risultati attesi di cui sopra sono quelli descritti nel cap. F, suddivisi nelle tre grandi aree di intervento (sportello integrato, domiciliarità e residenzialità) e nelle singole tipologie.

E' opportuno che il Piano locale della Disabilità indichi ulteriori risultati attesi, correlati alla specificità dei singoli territori, che possono inerire sia le tipologie di servizio e di utenza, sia le modalità di partecipazione e coinvolgimento delle risorse della comunità locale.

Per ogni risultato atteso vanno specificate le azioni in atto o da attuarsi per il suo conseguimento.

La Regione valuterà la congruità delle proposte di Piano locale della Disabilità presentate in rapporto ai risultati attesi e agli interventi previsti per il conseguimento di tali risultati.

Sono indicatori di struttura e di risultato, da rilevarsi in maniera uniforme nell'intero territorio regionale tramite il sistema informativo della domiciliarità (per quanto riguarda assistenza domiciliare e assegni di cura) e dell'area disabilità (per quanto riguarda le altre tipologie di prestazioni), da mettere in rapporto con il bisogno espresso dalle persone con disabilità:

- n. di operatori, per tipologia di qualifica professionale;
- n. di utenti, per tipologia di prestazione/servizio;
- n. di prestazioni, per tipologia di intervento;
- le risorse economiche impiegate, a livello complessivo e di singola tipologia di intervento.

Il Piano locale della Disabilità indicherà ulteriori risultati attesi, in rapporto agli specifici obiettivi e azioni in esso previsti.

I - LE RISORSE

Sino a nuove disposizioni regionali, nel Piano locale della Disabilità vanno indicati i criteri di utilizzo delle risorse trasferite dalla Regione alle A.ULSS finalizzate a sostenere gli interventi di promozione dell'autonomia personale, di aiuto personale, di vita indipendente e di sollievo, compresa la pronta accoglienza e l'accoglienza programmata, tenuto conto dell'esigenza di garantire la prosecuzione degli interventi già attuati, prescritta dalla L.R. 9/2005, art. 26.

Per quanto riguarda le prestazioni di assistenza domiciliare e gli assegni di cura, le risorse professionali e finanziarie impiegate dagli enti che partecipano al Piano locale, nonché i criteri di riparto in sede locale delle risorse regionali, sono trattate nel Piano Locale per la Domiciliarità, definito ai sensi della DGR 39/06, alla quale pertanto si fa rinvio.

Per quanto riguarda la residenzialità, le risorse verranno ripartite dalla Regione con le modalità correnti in modo proporzionale alle impegnative riconosciute alle A.ULSS rispetto al fabbisogno calcolato secondo i criteri di cui al punto F.3.

SOMMARIO

INTRODUZIONE	1
A - INDIRIZZI GENERALI PER LA PROGRAMMAZIONE.....	4
Un nuovo approccio culturale alla disabilità	4
L'integrazione socio-sanitaria.....	4
La programmazione territoriale	4
L'attenzione alle persone in condizione di gravità	4
La presa in carico.....	5
Il Progetto Individuale.....	5
B - I SOGGETTI.....	6
La Regione.....	6
I Comuni.....	6
Le Aziende ULSS.....	7
Il Terzo Settore.....	8
C - LA VALUTAZIONE.....	9
D - DESTINATARI DEGLI INTERVENTI	10
E - IL PIANO LOCALE DELLA DISABILITÀ	10
E.1 - Il coordinamento del Piano locale della Disabilità	11
F - LE PRESTAZIONI	11
F.1 - Lo Sportello Integrato.....	12
F.2 - La Rete dei Servizi per la domiciliarità	12
F.2.1 - Interventi di promozione dell'autonomia personale	13
F.2.2 - Servizi Diurni	14
F.2.3 - Interventi erogati a domicilio e di supporto alla famiglia	14
<i>Il Servizio di Assistenza Domiciliare</i>	<i>14</i>
<i>L'Assistenza Domiciliare Integrata.....</i>	<i>14</i>
<i>L'Aiuto Personale.....</i>	<i>15</i>
<i>Le reti solidaristiche della comunità locale.....</i>	<i>15</i>
F.2.4 - Interventi di sostegno economico	15
<i>Assegni di cura</i>	<i>15</i>
<i>Interventi per la Vita Indipendente</i>	<i>16</i>
F.2.5 - Interventi di sollievo	16
<i>Pronta Accoglienza e Accoglienza Programmata nei servizi residenziali</i>	<i>16</i>
F.3 - Residenzialità.....	16
F.3.1 - Il sistema dei servizi residenziali e le unità di offerta	17
F.3.2 - Le modalità di accesso.....	18
F.3.3 - L'impegnativa di residenzialità.....	19

ALLEGATO _A_ alla

Dgr n. del

pag. 24/24

F.3.4 - I livelli di assistenza	19
F.3.5 - La sostenibilità dei costi e la retta media	20
G - IL SISTEMA INFORMATIVO	21
H - I RISULTATI ATTESI	21
I - LE RISORSE	22