



FONDO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE

Indirizzi integrati di programmazione 2022

di cui al decreto del Ministro per le disabilità di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 17 ottobre 2022 (GU n. 301 del 27/12/2022)

1. Il quadro di contesto e le modalità di attuazione dell'integrazione socio-sanitaria
<p>1.1 Il quadro di contesto degli indirizzi integrati di programmazione: l'articolo 4, comma 1, del decreto del 17 ottobre 2022, prevede che <i>“Le Regioni adottano, nell'ambito della generale programmazione di integrazione sociosanitaria e nell'ambito della programmazione delle risorse del Fondo per le non autosufficienze e del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver, specifici indirizzi integrati di programmazione per l'attuazione degli interventi di cui all'articolo 1, nel rispetto dei modelli organizzativi regionali e di confronto con le autonomie locali, prevedendo il coinvolgimento delle organizzazioni di rappresentanza delle persone con disabilità.”</i></p> <p>La Regione del Veneto ha definito un modello di rete integrata dei servizi sociali e socio sanitari per il sostegno delle persone non autosufficienti o con disabilità e delle loro famiglie, ed il loro accompagnamento nel corso della vita. Elemento portante è l'integrazione fra aree e competenze diverse, in un sistema strutturale che coniuga servizi/prestazioni socio-sanitarie e sostegni di tipo economico, allo scopo di favorire la permanenza a domicilio, anche grazie ad un'attenzione specifica dedicata al <i>caregiver</i> familiare che si prende cura del proprio caro.</p> <p>Il modello così definito, contestualizzato nel sistema della domiciliarità di cui alla DGR n. 1338/2013 e alle successive DGR n. 1986/2013, DGR n. 164/2014, DGR n. 1047/2015, DGR n. 571/2017, DGR n. 946/2017, DGR n. 1174/2021 e DGR n. 1728/2022 nonché dalle relative disposizioni attuative del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, si integra con la rete dei servizi dedicati alla residenzialità e semiresidenzialità per rispondere ai bisogni dei cittadini e dei loro familiari con interventi appropriati, in un sistema di continuità assistenziale che modula i livelli di intensità in ragione dei bisogni delle esigenze rappresentate.</p> <p>Il piano regionale di indirizzi del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza dei <i>caregiver</i> familiari, nel riconoscere il valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale svolta dai numerosi familiari di persone non autosufficienti o con disabilità, occupati, anche nel periodo pandemico da COVID-19, nel sostegno e nella cura dei propri cari, si incardina nel modello veneto così come descritto, integrando un'ulteriore risposta alle esigenze di una popolazione che invecchia e di una comunità che voglia accogliere e sostenere le persone che vivono la disabilità e i familiari che li affiancano quotidianamente.</p> <p>La strutturazione degli interventi regionali in materia, infatti, a partire dall'attuale strumento normativo di programmazione socio-sanitaria rappresentato dal Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) 2019-2023, di cui alla LR n. 48/2018, evidenzia l'intento di rafforzare la sussidiarietà, di sostenere le iniziative ed il welfare di comunità, di portare a compimento l'integrazione socio-sanitaria, garantendo l'ottimizzazione delle risorse disponibili.</p> <p>A tal proposito risulta quanto mai fondamentale per il rafforzamento di quanto previsto dal PSSR, il coordinamento con gli strumenti programmatori territoriali dei Piani di Zona (L. n. 328/2000), strumenti programmatori che garantiscono il progressivo raggiungimento dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEPS) previsti dal Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 e sanciti dalla legge n. 324/2021.</p> <p>Il Piano Socio-Sanitario delinea politiche di programmazione ed organizzazione nell'ambito della non autosufficienza e della disabilità che assicurano interventi e servizi in grado di dare risposte efficaci ai bisogni espressi dal territorio, garantendo uniformità di accesso ed erogazione delle prestazioni alle persone che ne necessitano. Questo può avvenire consolidando la collaborazione tra i diversi soggetti della rete di welfare regionale, valorizzando le buone pratiche sviluppate dai territori, corresponsabilizzando gli attori nella programmazione di obiettivi ed azioni, e nella definizione, e conseguente apporto, delle risorse necessarie.</p> <p>Gli interventi, secondo le indicazioni e le priorità evidenziate nel PSSR 2019-2023, devono,</p>



d0e708e6



pertanto, necessariamente comprendere:

- lo sviluppo di modalità e tecniche socio-educative e abilitative, assistenziali e tutelari, scientificamente supportate e volte a perseguire, anche con l'ausilio di tecnologie specifiche, il più alto livello possibile di funzionamento e autonomia delle persone con disabilità e non autosufficienza;
- l'applicazione alternativa di tecniche socio-riabilitative e di processi di inclusione sociale, per la riduzione della domanda di sostegni e supporti e per una maggiore flessibilità nell'organizzazione e integrazione dei processi assistenziali, sia a livello domiciliare e semiresidenziale, sia a livello residenziale;
- l'attivazione di sostegni e supporti erogati dai servizi della rete formale secondo priorità rispetto al bisogno, tenendo conto delle risorse personali, familiari e del contesto sociale di riferimento delle persone;
- il rafforzamento degli interventi a sostegno della domiciliarità, compresi gli interventi di sollievo, integrando in tal senso i trasferimenti monetari (ICD) con i servizi semiresidenziali (centri diurni);
- la promozione dell'attivazione di percorsi di sostegno alla partecipazione e all'inclusione sociale che, ponendo al centro le potenzialità della persona, concorrano alla generazione di processi con valenze restitutive e trasformativi dei contesti sociali e lavorativi di appartenenza delle persone con disabilità e non autosufficienti;
- la promozione dell'attivazione di percorsi e la creazione delle condizioni che portino le persone ad autodeterminarsi e, quindi, ad essere protagoniste della propria vita.

Il piano di indirizzi per il Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza dei *caregiver* familiari, in continuità anche con la precedente programmazione 2018-2020 (DGR n. 295/2021) e 2021 (DGR n. 682/2022), si armonizza ed integra nel quadro normativo regionale di riferimento, di seguito indicato, che ne delinea il contesto operativo:

- LR n. 11/2001 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112": TITOLO IV - Servizi alla persona e alla comunità, CAPO II - Tutela della salute, servizi sociali e integrazione socio-sanitaria";
- LR n. 23/2012 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016";
- LR n. 19/2016 "Istituzione dell'ente governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero". Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle aziende ULSS";
- LR n. 48/2018 "Piano Socio Sanitario regionale 2019-2023";
- DGR n. 1859/2006: "Linee di indirizzo per il sistema della domiciliarità e della residenzialità Area Disabili";
- DGR n. 4588/2007 "Attività delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali (UVMD) – Approvazione linee di indirizzo alle aziende ULSS";
- DGR n. 4589/2007 "Indirizzi per la determinazione dei livelli di assistenza alle persone con disabilità accolte nei servizi residenziali";
- DGR n. 2575/2009 "Individuazione e approvazione della nuova scheda di valutazione multidimensionale disabili (SVaMDi)";
- DGR n. 2960/2012 "Approvazione modifiche ed integrazioni alla scheda SVaMDi di cui alla DGR n. 2575/2009";
- DGR n. 1804/2014 "Disposizioni in materia SVaMDi di cui alla DGR n. 2960/2012. Approvazione del documento "Linee Guida per la codifica ICF e compilazione della Scheda di valutazione multidimensionale SVaMDi" e del programma operativo di implementazione ed estensione dello strumento";
- DGR n. 1338/2013 "Istituzione dell'Impegnativa di Cura Domiciliare";
- DGR n. 1986/2013 "Decreto Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 15.11.2011 di riparto del Fondo per le non autosufficienze. Modifiche al programma regionale attuativo per la realizzazione di interventi in tema di malati di sclerosi laterale amiotrofica (SLA), per la ricerca e l'assistenza domiciliare dei malati, di cui alla DGR n. 2499 del 29 dicembre 2011";
- DGR n. 164/2014 "Impegnativa di Cura Domiciliare. Approvazione degli esiti istruttori per



d0e708e6



- l'anno 2013, ai sensi della DGR n. 1338 del 30 luglio 2013”;
- DGR n. 1047/2015 “Impegnativa di Cura Domiciliare (DGR n. 1338/2013). Aggiornamento e integrazione delle disposizioni operative”;
 - DGR n. 571/2017 “Istituzione dell’Impegnativa di Cura Domiciliare per persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (DGR n. 2213/2016 e DGR n. 1338/2013)”;
 - DGR n. 946/2017 “DGR n. 571 del 28/4/2017 "Istituzione dell’Impegnativa di Cura Domiciliare per persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (DGR n. 2213 del 23/12/2016 e DGR n. 1338 del 30/07/2013)". Ulteriori disposizioni”;
 - DGR n. 1759/2019 “Programmazione e attribuzione alle aziende ULSS delle risorse finanziarie regionali e statali per la non autosufficienza – anno 2019”;
 - DGR n. 670/2020 “Approvazione del “Piano regionale per la non autosufficienza 2019-2021 di cui al DPCM 21 novembre 2019 per l’utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per le non autosufficienze del triennio 2019-2021”;
 - DGR n. 1664/2020 “Programmazione e attribuzione alle aziende ULSS delle risorse finanziarie regionali e statali per la Non Autosufficienza – anno 2020”
 - DGR n. 1174/2021 “Istituzione dell’Impegnativa di Cura Domiciliare di medio bisogno assistenziale per persone con disabilità gravissima (ICDmgs) (DGR n. 1338/2013, DGR n. 670/2020, DGR n. 1664/2020)”;
 - DGR n. 1608/2021 “Programmazione e attribuzione alle aziende ULSS delle risorse finanziarie regionali e statali per la Non Autosufficienza – anno 2021. Deliberazione nr. 118/CR/2021”;
 - DGR n. 295/2021 “Approvazione degli indirizzi integrati di programmazione per l’attuazione degli interventi a sostegno del ruolo di cura e assistenza dei *caregiver* familiari, ai sensi del decreto del Ministro per le Pari Opportunità e la Famiglia di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 27 ottobre 2020”;
 - DGR n. 682/2022 “Approvazione degli indirizzi integrati di programmazione per l’attuazione degli interventi a sostegno del ruolo di cura e assistenza dei *caregiver* familiari, ai sensi del decreto del Ministro per le Pari Opportunità e la Famiglia di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 28 dicembre 2021;
 - DGR n. 1728/2022 “Programmazione e attribuzione alle aziende ULSS e agli Ambiti Territoriali Sociali delle risorse finanziarie regionali e statali per la Non Autosufficienza - anni 2022-2023-2024. Deliberazione nr. 133/CR/2022”.

La programmazione degli interventi a sostegno del ruolo di cura e assistenza del *caregiver* familiare per l’anno 2022, definita nell’ambito della generale programmazione di integrazione sociosanitaria e nell’ambito della programmazione delle risorse del Fondo per le non autosufficienze, in ottemperanza al disposto dall’art. 4 comma 1 del decreto del 17 ottobre 2022, è stata presentata alle autonomie locali ed alle associazioni maggiormente rappresentative delle persone con disabilità e loro familiari nell’incontro tenutosi in data 9 febbraio 2023.

1.2 L’integrazione socio-sanitaria

Il modello organizzativo Veneto così come descritto, porta a compimento i principi delineati dalla legge n. 328/2000, concretizzando nel suo sistema di politiche socio-sanitarie il concetto di “integrazione”. Il PSSR della Regione del Veneto 2019/2023, approvato con LR n. 48/2018, individua, infatti, nell’integrazione socio-sanitaria, attuata attraverso l’organizzazione coordinata e unitaria della risposta assistenziale, il fulcro per porre “al centro” la persona, considerando i suoi bisogni secondo un approccio di presa in carico globale. L’obiettivo di assicurare alla persona non autosufficiente o con disabilità e alla sua famiglia la miglior qualità di vita possibile, si realizza coinvolgendo a tutti i livelli i diversi soggetti del sistema dei servizi assistenziali, potenziando le reti territoriali, mettendo in condivisione strumenti e modelli di intervento che prevedano un ruolo nodale per la famiglia e le comunità di riferimento. La persona, la famiglia, la comunità e la rete dei sostegni, divengono, quindi, “attori” nella costruzione di un sistema che garantisca il benessere del singolo e della comunità, e la loro partecipazione attiva nei processi di presa in carico dei bisogni diventa fattore di sostenibilità e di generazione di nuove forme di inclusione.

Il luogo in cui si realizza pienamente l’integrazione socio-sanitaria è rappresentato dal Distretto che garantisce tempestivamente risposte integrate e appropriate sul piano socio-assistenziale capaci di



d0e708e6



valorizzare le risorse professionali, organizzative ed economiche pubbliche e del territorio, secondo il modello delineato dalla normativa regionale.

La presente programmazione si colloca all'interno di questo sistema, contestualizzando nella domiciliarità gli interventi a sostegno del ruolo di cura ed assistenza del *caregiver* familiare, con l'obiettivo di mantenere quanto più possibile la persona non autosufficiente o con disabilità nel proprio contesto di vita. In ottemperanza al decreto del 17 ottobre 2022, la programmazione trova riferimento nell'ambito delle politiche della non autosufficienza e della disabilità ed, in particolare, nella ricomposizione dei sostegni programmati in sinergia con le prestazioni, i servizi, gli interventi e i trasferimenti monetari realizzati attraverso le risorse del FNA.

Rispetto alla programmazione nazionale, i presenti indirizzi per il 2022, si armonizzano con la programmazione nazionale delle risorse del FNNA (DPCM del 3 ottobre 2022) sviluppata in attuazione di quanto disposto dalla legge n. 234 del 30 dicembre 2021, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024", (c.d. legge di bilancio 2022) che introduce innovazioni importanti nello scenario programmatico sociale e socio sanitario quali la graduale introduzione di Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) uniformi su tutto il territorio nazionale esplicitati specificatamente ai commi 162, 163 e 164 della legge stessa. Questo sistema organico di servizi che risponde in modo integrato alla pluralità dei bisogni dei cittadini, si basa su una strategia programmatica condivisa che coinvolge direttamente diverse politiche e diversi fondi, nello specifico il PNRR, le risorse del FSE+, il Fondo per le non autosufficienze e quelle ordinarie dei cd. Fondi sociali che devono armonizzarsi e puntare a logiche comuni ed integrate.

1.2.1 Ambiti territoriali e punti unici di accesso

Descrizione delle modalità di attuazione dell'impegno della Regione.

La cura di una persona in situazione di non autosufficienza e disabilità incide significativamente sulla famiglia, ove presente, chiamata a farsi carico dei bisogni del proprio caro. Nel corso della vita le necessità della persona possono evolvere, così come può aumentare, in conseguenza, l'impegno assistenziale dei familiari.

E' necessario, quindi, graduare le prestazioni in misura delle esigenze della famiglia intesa nel suo complesso, ponendo un'attenzione specifica ai *caregiver* familiari che sostengono la persona fragile durante la sua esistenza.

La Regione del Veneto con LR n. 19/2016 ha ridefinito l'assetto organizzativo delle aziende ULSS, con una strutturazione che permette di sostenere un sistema di assistenza che si basa su criteri di appropriatezza, efficacia ed efficienza.

Le aziende ULSS garantiscono e coordinano la rete dell'assistenza territoriale, l'integrazione delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie territoriali ed ospedaliere e promuovono la continuità di cura e sostegno nei diversi *setting* assistenziali. Le stesse rivestono un ruolo fondamentale nella *governance* dei processi e nell'allocazione delle risorse.

Il sistema organizzativo individua nel Distretto, punto nodale dei processi di integrazione all'interno della rete dei servizi, il luogo in cui i bisogni della popolazione trovano una risposta coordinata e continua.

I Distretti si identificano per la normativa regionale, nei bacini delle aziende ULSS esistenti anteriormente alla data di entrata in vigore della legge citata. La DGR n. 1191/2020 ha identificato, infatti, gli Ambiti Territoriali nei territori afferenti alle Conferenze dei Sindaci delle ULSS di cui alla LR n. 54/96, definite poi, con la LR n. 19/2016, Comitati dei Sindaci di Distretto.

Governance territoriale ed integrazione socio-sanitaria si configurano negli ambiti distrettuali, per la partecipazione delle comunità locali (Comitati e Conferenze dei Sindaci) ai processi di pianificazione e per la delega dai comuni alle aziende ULSS della gestione di molteplici servizi sociali.

In questo contesto il Piano di Zona distrettuale viene a rappresentare lo strumento di sviluppo della comunità, di lettura dei bisogni della persona e del territorio, di strutturazione dei programmi per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, integrando in un unico sistema progetti, risorse, professionalità che afferiscono all'ambito pubblico e privato.

La LR n. 23/2012 (PSSR 2012-2016) prima e la successiva LR n. 19/2016 (PSSR 2019-2023) poi



d0e708e6



valorizza il modello che identifica il Distretto “forte” quale “luogo privilegiato di gestione e coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali”, è nel Distretto che si promuove e realizza l’assistenza territoriale, e si progettano modelli nuovi di gestione integrata della cronicità basati sulle competenze dei team multi professionali. Nel Distretto altresì si collocano e coordinano i punti unici di accesso (sportelli integrati) contestualizzati nel quadro della domiciliarità dalla DGR n. 670/2020 nelle precedenti programmazioni 2018-2020 (DGR n. 295/2021), 2021 (DGR n. 682/2022), e portati a sistema progressivamente da alcuni anni in attuazione della DGR n. 39/2006 e definiti operativamente con DGR n. 3109/2006. Tali sportelli integrati, le cui funzioni vengono delineate anche nel Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 e nella successiva L. n. 234 del 30 dicembre 2021 all’art. 1 comma 163, si realizzano, come richiamato nell’art. 4 comma 1 del decreto del 17 ottobre 2022, nell’ambito della programmazione regionale, nel rispetto dei modelli organizzativi regionali stessi.

Il Piano è stato presentato alle Associazioni maggiormente rappresentative delle persone non autosufficienti e loro familiari e ad ANCI Veneto in data 9 febbraio 2023. In tale sede è stato richiamato il modello organizzativo-gestionale di cui si è dotata la Regione del Veneto ai fini dell’allocazione delle risorse provenienti dal Fondo *caregiver*, contestualizzato nell’ambito del sistema della domiciliarità ove vengono inoltre garantiti gli interventi programmati nel Fondo nazionale per la non autosufficienza. Nella condivisione con gli stakeholder è stata delineata la modalità operativa oramai consolidata e opportunamente strutturata attorno al ruolo strategico svolto dalle aziende ULSS nella gestione coordinata degli interventi: ICD, ADI-SAD e sollievo in regime semiresidenziale definita in un sistema ripartito per ambiti territoriali, sottolineandone la validità riguardo agli aspetti, non secondari, di equità allocativa, efficienza operativa e regolarità nell’erogazione degli interventi. In tale contesto si richiama la nota prot. n. 860 del 3 Marzo 2020, con la quale viene rappresentato che “ANCI Veneto sostiene la continuità di tale modalità organizzativa”.

1.2.2 Valutazione multidimensionale

Descrizione dell’impegno della Regione.

La base della presa in carico globale della persona non autosufficiente o con disabilità e della sua famiglia è il processo organizzativo multilivello a rete retto dalla valutazione multidimensionale del team multi professionale territoriale. L’Unità Valutativa MultiDimensionale (UVMD), rappresenta l’articolazione operativa distrettuale che ha il compito di progettare interventi integrati con il coinvolgimento di diversi servizi e competenze. Solo attraverso l’interdisciplinarietà di diverse competenze è possibile, infatti, realizzare progetti individualizzati integrati e aderenti ai bisogni delle persone.

L’Unità di Valutazione MultiDimensionale viene definita, in osservanza ai disposti del nuovo Piano per la Non Autosufficienza approvato con DPCM del 3 ottobre 2022 e pubblicato nella GU n. 294 del 17 dicembre 2022 come un LEPS di processo. Tale livello essenziale di prestazione, già sviluppato nell’ambito del territorio regionale veneto, rappresenta lo snodo strategico della presa in carico globale della persona e del nucleo familiare.

L’UVMD è presente in ogni Distretto socio-sanitario in ottemperanza a quanto previsto dalla DGR n. 4588/2007. Il compito dell’UVMD è quello di intercettare e valutare attraverso un approccio bio-psico-sociale il bisogno della persona non autosufficiente o con disabilità. L’equipe multidimensionale è strutturata da diversi professionisti sociali, sanitari e socio-sanitari, necessari alla predisposizione del progetto personalizzato. Nell’UVMD si integrano conoscenze e competenze reciproche, si realizza lo scambio informativo, la condivisione di valori e mandati professionali e la stessa rappresenta la modalità di accesso al sistema integrato dei servizi socio-sanitari nonché al riconoscimento dei sostegni e dei supporti di assistenza indiretta (trasferimenti monetari). Inoltre attraverso la UVMD vengono valutati altri interventi di assistenza diretta o indiretta previsti dal decreto del 17 ottobre 2022, sintetizzati in: a) “*interventi di assistenza diretta in favore dei caregiver regionali mediante l’erogazione di contributi di sollievo o assegni di cura*”, b) “*interventi di assistenza diretta o indiretta tramite la predisposizione di bonus sociosanitari utilizzabili per prestazioni di assistenza sociosanitaria*” e c) “*assistenza indiretta per la fruizione di prestazioni di tregua dall’assistenza alla persona con disabilità, attuabili con interventi di sollievo*”.



d0e708e6



La presentazione dell'istanza di attivazione dell'UVMD può essere presentata dalla persona non autosufficiente, dal tutore o amministratore di sostegno, da un familiare o dagli operatori sociali, sanitari e socio-sanitari che hanno in carico la persona.

La Regione del Veneto, per uniformare i criteri di valutazione multidimensionale sul tutto il territorio regionale, ha adottato due strumenti metodologici capaci di valutare in modo globale la persona non autosufficiente o con disabilità e il suo contesto di vita. Tali strumenti sono la SVaMA (DGR n. 2961/2012) e la SVaMDi (DGR n. 2960/2012 e DGR n. 1804/2014). Questi strumenti si uniformano altresì alle classificazioni previste dall'*International Classification of Functioning (I.C.F.)* e dall'*International Classification of Diseases (I.C.D.)*.

La scheda SVaMA/SVaMA semplificata per la valutazione delle persone in condizione di disabilità grave e gravissima, così come definite dal DM del 26 settembre 2016, è stata altresì integrata e perfezionata a seguito delle DGR n. 1338/2013, DGR n. 1986/2013 e DGR n. 1047/2015.

1.2.3 Progetto personalizzato

Descrizione dell'impegno della Regione.

Il progetto assistenziale individualizzato (PAI) è lo strumento di pianificazione e di sintesi che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno con lo scopo di predisporre ed attuare un progetto di cura e assistenza capace di favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per la persona. Nel PAI i vari interventi sono coordinati in maniera mirata, con l'obiettivo di massimizzare la personalizzazione degli stessi. Attraverso questo approccio si assicura la centralità della persona nella definizione del percorso di cura e assistenza stimolandone la partecipazione attiva attraverso la raccolta e la definizione congiunta di bisogni, degli interessi, e delle potenzialità.

La centralità della persona ed il valore dei legami di comunità sono gli assunti che sostengono le linee d'intervento della progettualità individuale.

Il PAI si articola nel tempo e definisce gli obiettivi da raggiungere in termini di miglioramento possibile per la vita dell'individuo e della sua famiglia.

Il documento di sintesi viene elaborato ed approvato dall'UVMD. Nel progetto si raffrontano e si integrano valutazioni cliniche, assistenziali, sociali, psicologiche, linguistico-comunicative e relazionali con lo scopo di comprendere globalmente i bisogni della persona e della sua rete di appartenenza. Nelle schede valutative e nei relativi verbali vengono esplicitati: la natura del bisogno rilevato, gli obiettivi che si intende raggiungere, i risultati attesi, le azioni specifiche, la tipologia delle prestazioni/interventi, le figure professionali impegnate nel raggiungimento degli obiettivi, la durata complessiva del piano, le risorse necessarie ed infine gli indicatori di verifica in itinere ed ex post della presa in carico.

Nel PAI si integrano e coordinano, in modo unitario e mirato rispetto al bisogno della persona, i vari interventi, sostegni, servizi e supporti, anche secondo un'ottica di ottimizzazione e sostenibilità delle risorse già attive o attivabili a favore della persona e del suo *caregiver* secondo l'orizzonte più ampio del progetto di vita.

L'UVMD identifica nel PAI il "*case manager*", quale professionista di riferimento che ha il compito di rafforzare la personalizzazione del rapporto con la persona e la sua rete primaria durante tutto il percorso assistenziale, svolgendo altresì il ruolo di mediatore tra i vari professionisti coinvolti, provvedendo anche al monitoraggio del percorso previsto.

Per garantire la massima aderenza ai bisogni in evoluzione della persona non autosufficiente o con disabilità il PAI è sottoposto a costante e vigile monitoraggio per garantire tempestività nella ridefinizione degli obiettivi di cura e assistenza del progetto.

1.2.4 Budget di Progetto

Descrizione l'impegno della Regione.

Il budget di progetto è uno strumento organizzativo-gestionale legato al progetto personalizzato che definisce la quantità e la qualità delle risorse economiche, strumentali, professionali e umane atte a garantire la fruibilità degli interventi e dei sostegni coordinati nel progetto individualizzato



d0e708e6



coniugandoli all'obiettivo di garantire l'esigibilità del diritto al miglioramento del benessere e della salute della persona. Il budget di progetto ha una funzione ri-compositiva di tutte le risorse, opportunità e interventi nazionali, regionali e locali disponibili e di cui le persone con disabilità o non autosufficienti hanno diritto, rendendole un insieme coerente e funzionale al raggiungimento di obiettivi di autonomia e di benessere possibile. L'obiettivo del budget è quello di pianificare le azioni progettuali secondo un'ottica di sostenibilità e appropriatezza per puntare a cambiamenti duraturi per le persone e per i familiari. L'approccio da sviluppare nella definizione del budget è quello generativo attraverso il quale le risorse attivate o attivabili diventano volano per innescare cambiamenti migliorativi.

Nel budget di progetto si promuovono la partecipazione attiva e l'*empowerment* della persona non autosufficiente e della sua famiglia che diventano elementi fondamentali per pianificare un progetto volto a rafforzare l'auto-attivazione delle persone e dei contesti e la responsabilizzazione dei singoli e delle comunità.

Attraverso l'utilizzo del budget un ulteriore obiettivo migliorativo è il superamento della frammentazione tra i diversi setting assistenziali che la persona vive nei diversi ambiti di cura e assistenza per garantire, unitarietà e continuità nella presa in carico.

Lo strumento supporta la definizione del progetto di vita che identifica e ricomponi le diverse risorse attivate e attivabili per il rafforzamento della presa in carico globale e integrata. Per la predisposizione del budget progettuale la Regione del Veneto ha definito moduli informatici predisposti alla rilevazione delle valutazioni e dei progetti individuali e moduli informatici predisposti per l'emissione delle impegnative e per la rilevazione delle prestazioni e degli interventi. Quanto mai essenziale nel PAI e di conseguenza nel budget diventa l'identificazione del *case manager* per il monitoraggio dell'adeguatezza del progetto ai bisogni del soggetto e degli obiettivi del budget. Il budget sostiene il progetto di vita quale elaborato complesso e dinamico che, partendo dai desideri, aspettative e preferenza della persona e dei familiari, viene realizzato con il coinvolgimento formale, oltre che del diretto interessato, anche della sua rete di riferimento composta dalla famiglia, dalla rete dei sostegni e dei servizi a supporto della stessa e da tutti i soggetti coinvolti in Unità Valutativa MultiDimensionale

2. La tipologia degli interventi finanziabili

L'articolo 1 comma 2 del decreto del 17 ottobre 2022 richiama l'articolo 3 del DM 26 settembre 2016 e prevede che le risorse del Fondo vengano utilizzate per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del *caregiver* familiare di cui all'art. 1, comma 255 della legge del 27 dicembre 2017, n. 205 dando priorità:

- ai *caregiver* di persone in condizione di disabilità gravissima tenendo conto anche dei fenomeni di insorgenza anticipata "Per persone in condizione di disabilità gravissima, ai soli fini del presente decreto (DM 26 settembre 2016), si intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013" e per le quali sia verificata almeno una delle condizioni declinate nelle lettere da a) del medesimo decreto, secondo le scale per la valutazione illustrate negli allegati al medesimo tenendo anche conto dei fenomeni di insorgenza anticipata delle condizioni previste dall'art. 3 del medesimo decreto;
- ai *caregiver* di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali comprovata da idonea documentazione;
- a programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del *caregiver* con la persona assistita.

Il decreto sopra menzionato individua all'art. 2 le possibili tipologie di azioni finanziabili dalla programmazione regionale in materia di sostegno ai *caregiver* familiari. In continuità con i precedenti atti programmatici, l'attuale programmazione per l'anno 2022 intende, salvaguardando le attuali prese in carico, in ottemperanza a quanto previsto dal punto f) del decreto del 17 ottobre 2022,



d0e708e6



implementare gli interventi in coordinamento con il sistema integrato di risposta previsto dal Piano Non Autosufficienza (DPCM 3/10/2022 GU n. 294 del 17/12/2022). In tale quadro operativo, attraverso la programmazione, si assicurano inoltre quegli interventi che possono essere contemplati nelle azioni finanziabili/sostegni al punto a) “*interventi di assistenza diretta in favore dei caregiver regionali mediante l'erogazione di contributi di sollievo o assegni di cura*”, al punto b) “*interventi di assistenza diretta o indiretta tramite la predisposizione di bonus sociosanitari utilizzabili per prestazioni di assistenza sociosanitaria*” e al punto c) “*assistenza indiretta per la fruizione di prestazioni di tregua dall'assistenza alla persona con disabilità, attuabili con interventi di sollievo*” del medesimo decreto.

Le fattispecie identificate nella suddetta programmazione si inseriscono nel sistema delle Impegnative di Cura Domiciliari (ICD), esperienza ormai consolidata dalla Regione del Veneto, anche in relazione all'equità nel riconoscimento degli interventi. Le risorse del Fondo *caregiver* verranno destinate ai *caregiver* prendendo a riferimento le tipologie di sostegno così come declinate nel Piano regionale per la non autosufficienza 2019 - 2021 approvato con DGR n. 670/2020 e già identificate nella precedenti programmazioni degli interventi di sostegno destinati al *caregiver* familiare 2018-2020 di cui alla DGR n. 295/2020 e di quelle del 2021 di cui alla DGR n. 682/2022 e dai successivi decreti attuativi n. 52/2021, n. 2/2022, n. 9/2022 e n. 20/2022. Gli interventi vengono contestualizzati all'interno del sistema regionale dell'assistenza domiciliare così come disciplinato dalla DGR n. 1338/2013 e alle successive DGR n. 1986/2013, DGR n. 164/2014, DGR n. 1047/2015, DGR n. 571/2017, DGR n. 946/2017 e DGR n. 1174/2021, DGR n. 1728/2022 nonché dalle relative disposizioni attuative del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale. In particolare si richiama il decreto n. 173 del 31/12/2013 che prevede, in merito all'ICDf, che la persona non autosufficiente ultrasessantacinquenne già titolare di contributo, sulla base delle disposizioni dell'UVDM, possa continuare a percepirlo anche dopo il sessantacinquesimo anno di età. La programmazione verrà armonizzata dalla Giunta regionale anche con il Piano regionale per la non autosufficienza che verrà approvato per effetto del DPCM del 3/10/2022.

In particolare gli interventi di sostegno destinati al *caregiver* familiare di cui all'art. 1 comma 255 della legge 27 dicembre 2017 n. 205 e di cui alle DGR n. 295/2021 e DGR n. 682/2022 e successivi decreti attuativi n. 52/2021, n. 2/2022, n. 9/2022 e n. 20/2022, sono mutualmente esclusivi tra loro e cumulabili con le prestazioni previste dalle impegnative di cura domiciliari di cui alla DGR n. 1338/2013 previa valutazione specifica del bisogno da parte dell'UVMD, fermo restando il vincolo di non rendicontare le medesime prestazioni su entrambe le misure. In caso di cumulabilità dell'intervento di sostegno destinato al *caregiver* e dell'ICD, la stessa sarà oggetto di rendicontazione, in ottemperanza a quanto previsto dalla DGR n. 1728 del 30 dicembre 2022, tali interventi vengono riconosciuti dando priorità:

Intervento A.1 - Ai *caregiver* che seguono persone in condizione di disabilità gravissima tenendo conto anche dei fenomeni di insorgenza anticipata in possesso dei requisiti declinati di seguito:

- persone affette da decadimento cognitivo accompagnato a gravi disturbi comportamentali o a persone con disturbi neurosensoriali che necessitino di supervisione ed assistenza continuativa a tutela della propria e altrui incolumità. Include soggetti che presentino disturbi del comportamento di difficile gestione domiciliare con una moderata-severa compromissione delle funzioni cognitive tra cui la perdita di giudizio, sia che presentino una deambulazione incerta che necessita di supervisione ed assistenza che una completa perdita di autonomia nella deambulazione. Attraverso la scala NPI (Neuropsychiatric Inventory) punteggio-frequenza x gravità vengono quantificati i disturbi comportamentali e attraverso la scala dello stress, il carico di stress del *caregiver*. Sono considerati eleggibili i soggetti con punteggio al quadro sinottico modificato della scheda SVaMA maggiore o uguale a 54. La presenza della condizione di disabilità gravissima, ai sensi dell'art. 3, commi 2 e 3 del DM 26 settembre 2016, è definita da una perdita di autonomia nelle attività della vita quotidiana (ADL) definita dal punteggio dell'Indice di Barthel-Attività di base ≥ 50 e da un grado di compromissione della mobilità all'Indice di Barthel-Mobilità ≥ 15 . Vengono inclusi i profili 16 e 17 della SVaMA che contemplano per definizione la presenza di disturbi comportamentali, un punteggio all'Indice di Barthel-Mobilità ≥ 15 e punteggio all'Indice di



d0e708e6



Barthel-Attività di base ≥ 15 . Possono avvalersi di questo contributo anche i soggetti con diagnosi del codice ICPC della SVaMA = F83, F84, F94 e F99 (occhio) e H86 e H99 (orecchio) con punteggio dell'Indice di Barthel-Attività di base ≥ 50 e compromissione della mobilità all'Indice di Barthel-Mobilità ≥ 15 .

- persone con disabilità gravissime e in condizione di dipendenza vitale e/o ventilazione assistita che necessitano a domicilio di assistenza continua nelle 24 ore. Il maggior bisogno assistenziale è rilevabile dal profilo SVaMA pari a 14 o 15 e deve concretizzarsi non solo in elevate necessità assistenziali ma anche sanitarie. La presenza della condizione di disabilità gravissima, ai sensi dell'art. 3, commi 2 e 3 del DM 26 settembre 2016 per tale tipologia di intervento viene riscontrata ulteriormente dalla SVaMA con scheda valutazione sanitaria, parte dell'assistenza infermieristica, dalla quale si rileva il punto 12 (Respiratore/Ventilazione assistita) o il punto 15 (dipendenza dalle apparecchiature elettromedicali) oppure la presenza tra le diagnosi del codice ICPC = A07 (coma) oppure SVaMA con la presenza tra le diagnosi del codice ICPC = F83, F84, F94 e F99 (occhio) e H86 e H99 (orecchio) e punteggio ≥ 50 nella scala di Barthel per le ADL.
- persone affette da sclerosi laterale amiotrofica valutate attraverso la SVaMA, con quadro sinottico appositamente definito dalla DGR n. 1986/2013 con punteggio PSOC > 160 , così come declinato nell'Allegato B, finalizzato a verificare l'adeguatezza del supporto erogato dalla famiglia o dalla rete sociale e le alternative alla istituzionalizzazione.
- persone con disabilità fisica e motoria di età compresa tra 18 e 64 anni a cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap grave (art. 3, comma 3, L. n. 104/92) e l'indennità di accompagnamento, valutate attraverso la SVaMDi. Ulteriori requisiti necessari sono la presenza tra le diagnosi del codice ICD-X = H 54 (Cecità e ipovisione) e = H 90.3 (ipoacusia neurosensoriale bilaterale) e con punteggio 4 su 4 della performance comunicazione ICF oppure SVaMDi con valorizzato, nella rispettiva scheda sanitaria, parte infermieristica, il punto 12 (Respiratore/Ventilazione assistita) o il punto 15 (dipendenza dalle apparecchiature elettromedicali) oppure SVaMDi con valorizzato, nella rispettiva scheda sanitaria il codice di diagnosi ICD-X = G82.5 (tetraplegia non specificata) oppure SVaMDi con punteggio di gravità ≥ 6 e associato alla presenza di uno dei seguenti codici di diagnosi ICD-X:
 - G20 (Morbo di Parkinson)
 - G21 (Parkinsonismo secondario)
 - G22 (Parkinsonismo in malattie classificate altrove)
 - G23 (Altre malattie degenerative dei gangli della base)
 - G24 (Distonia)
 - G25 (Altri disturbi extrapiramidali e del movimento)
 - G35 (Sclerosi multipla)
 - G36 (Altra demielinizzazione disseminata acuta)
 - G37 (Malattie demielinizzanti del sistema nervoso centrale)
 - G82.3 (Tetraplegia flaccida)
 - G82.4 (Tetraplegia spastica)
 - G82.5 (Tetraplegia non specificata)
 - G71 (Disturbi primitivi dei muscoli) e relativi sottocodici di diagnosi
 - G80 (Paralisi cerebrale) e relativi sottocodici di diagnosi
 - S06 (Traumatismo intracranico) e relativi sottocodici di diagnosi
 - S09 (Altri e non specificati traumi della testa) e relativi sottocodici di diagnosi
 - T90 (Sequela di traumi della testa) e relativi sottocodici di diagnosi
- persone con disabilità psichica e intellettiva compresa tra 3 e 64 anni a cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap grave (art. 3, comma 3, L. n. 104/1992), con presenza di indennità di accompagnamento valutate attraverso la SVaMDi. Ulteriori requisiti necessari sono la scheda SVaMDi con presenza tra le diagnosi del codice ICD-X = H 54 (Cecità e ipovisione) e = H 90.3 (ipoacusia neurosensoriale bilaterale) e con punteggio 4 su 4 della performance comunicazione ICF oppure SVaMDi con punteggio di gravità ≥ 6 e associato



d0e708e6



alla presenza di uno dei seguenti codici di diagnosi ICD-X:

- F84.0 – Disturbo autistico;
- F84.1 – Autismo atipico;
- F84.2 – Disturbo di Rett;
- F84.3 – Disturbo disintegrativo dell'infanzia;
- F84.5 – Disturbo di Asperger;
- F84.9 – DPS-NAS;

oppure SVaMDi con punteggio di gravità ≥ 6 e associato alla presenza di uno dei seguenti codici di diagnosi ICD-X:

- F72 – Ritardo mentale grave;
- F73 – Ritardo mentale profondo.

Intervento A.2 - Ai caregiver di coloro, in possesso dei requisiti declinati nell'allegato B, che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali, comprovata da idonea documentazione:

- persone non autosufficienti o con disabilità, valutate e in lista per l'accesso alle unità di offerta residenziali. Si richiamano in merito i requisiti previsti dalla DGR n. 1133/2008 ed i relativi provvedimenti attuativi per l'accesso al sistema della residenzialità per le persone non autosufficienti e quelli previsti dalla DGR n. 1859/2006 ed i relativi provvedimenti attuativi per l'accesso al sistema della residenzialità per le persone con disabilità.

Intervento A.3 - Ai programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver, in possesso dei requisiti declinati nell'allegato B, con la persona assistita:

- persone non autosufficienti accolte in regime residenziale così come disciplinato dalle DGR n. 1133/2008, DGR n. 394/2007, DGR n. 457/2007, DGR n. 1304/2021 e DGR n. 996/2022 nonché persone con disabilità accolte in regime residenziale così come disciplinato dalla DGR n. 1859/2006, DGR n. 84/ 2007, DGR n. 244/2015, DGR n. 1103/2019 e DGR n. 912/2022.

A parità di punteggio verranno presi in considerazione, in successione, per il posizionamento in graduatoria, i seguenti ulteriori criteri di priorità per il riconoscimento dell'intervento di sostegno destinato al caregiver familiare:

- nuclei familiari monoparentali;
- anni di effettiva convivenza ed assistenza da parte del caregiver;
- conciliabilità dell'attività lavorativa con l'assistenza al familiare (impegno lavorativo in termini di orario).

3. Compartecipazione

Ai sensi dell'art. 3 comma 2 non si prevede una compartecipazione finanziaria da parte della Regione del Veneto.



d0e708e6

