

**PIANO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA**

ovvero

**ATTO DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE
2022-2024****Elementi richiesti e indicazioni per la redazione****1. Il quadro di contesto e le modalità di attuazione dell'integrazione socio-sanitaria****1.1 Il quadro di contesto**

- Indicare le norme regionali che disciplinano gli interventi in materia di disabilità, di non autosufficienza delle persone anziane e vita indipendente.

Il sistema organizzativo dei servizi sociali e socio-sanitari che negli anni si è consolidato e rafforzato nella Regione del Veneto, ha come obiettivo prioritario quello di sostenere e accompagnare, con continuità, le persone non autosufficienti e con disabilità lungo tutto l'arco della vita. L'elemento chiave di questo sistema è la consolidata integrazione tra i servizi sociali, sanitari e socio-sanitari, che si realizza in un insieme sistemico di servizi e prestazioni socio-sanitarie, assistenziali e sostegni a valenza economica/trasferimenti monetari che sinergicamente promuovono la permanenza a domicilio della persona il più a lungo possibile. Il quadro generale della programmazione regionale contempla servizi e interventi volti a garantire la domiciliarità, integrati e coordinati ad una rete territoriale di opportunità a carattere residenziale e semiresidenziale, strutturata in base a diversi livelli assistenziali e sviluppata secondo una logica di "filiera di servizi" capace di promuovere il superamento della frammentarietà dei diversi *setting* di cura e assistenza. In tale contesto si integrano inoltre gli interventi a minor livello di protezione (GAP), "Dopo di noi" e interventi volti all'occupabilità strutturati, in risposta a diversi livelli di gravità.

Il Piano Socio-Sanitario regionale 2019-2023, approvato con LR n. 48/2018, individua gli indirizzi di programmazione socio-sanitaria secondo un approccio multisettoriale che coinvolge la pluralità delle politiche di promozione della salute, capaci di favorire la creazione di condizioni sociali, economiche ed ambientali favorevoli al benessere del cittadino e della comunità. Nel quinquennio di vigenza del Piano Socio-Sanitario vengono promossi degli obiettivi strategici funzionali alla realizzazione degli interventi a favore delle persone non autosufficienti e con disabilità che sono: il monitoraggio del bisogno, la ricomposizione e la focalizzazione delle risorse, la sussidiarietà e la sinergia tra le diverse politiche, il welfare di iniziativa e il welfare di comunità, l'integrazione socio-sanitaria e l'inclusione sociale.

Si riportano sinteticamente i provvedimenti regionali che hanno disposto l'adozione di procedure, metodologie e strumenti valutativi in linea con quanto previsto dagli indirizzi stabiliti dal Decreto ministeriale:

- 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. 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



479F833a



- 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 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. 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. 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. 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 del caregiver familiare, ai sensi del decreto interministeriale 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”.
- L’articolo 1 del presente decreto prevede che le regioni adottano il Piano *“nel rispetto e nella valorizzazione delle modalità di confronto con le autonomie locali e favorendo la consultazione delle parti sociali e degli enti del Terzo settore territorialmente rappresentativi in materia di non autosufficienza, e comunque prevedendo il coinvolgimento delle organizzazioni di rappresentanza delle persone con disabilità”*. Descrivere com’è avvenuto il confronto, la consultazione e il coinvolgimento.

Il Piano è stato presentato agli Ambiti Territoriali Sociali ed a ANCI Veneto in data 10 marzo 2023 ed alle Associazioni maggiormente rappresentative delle persone non autosufficienti e con disabilità e loro familiari e al Terzo settore in data 13 marzo 2023. In tale sedi 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 non autosufficienza, contestualizzato nell’ambito del sistema della domiciliarità. 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



479F833a



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, inviata in merito alla programmazione del Fondo non autosufficienza 2019-2021, con la quale viene rappresentato che "ANCI Veneto sostiene la continuità di tale modalità organizzativa". Tale piano contempla l'attribuzione agli Ambiti Territoriali Sociali della funzione relativa alle Impegnative di Cura Domiciliare (ICD) B, Bplus, M, Mgs e centri diurni-semiresidenziali (integrazione LEA sociali) con la possibilità per gli stessi Ambiti di delega alle aziende ULSS.

1.2 L'integrazione socio-sanitaria (art.1 comma 163, lettera a legge di bilancio)

- Indicare la disciplina regionale attuativa dell'integrazione socio-sanitaria.

L'assetto organizzativo in cui si sviluppa la presa in carico della persona non autosufficiente e con disabilità è basato su una logica di rete a forte integrazione socio-sanitaria, caposaldo trasversale del Piano Socio Sanitario regionale 2019-2023. Attraverso percorsi integrati attenti ed aderenti ai bisogni in evoluzione della persona, vengono raggiunti gli obiettivi di benessere e salute.

Mediante questo approccio complesso si integrano modelli organizzativi unitari che coinvolgono la pluralità dei servizi, delle prestazioni e degli interventi attivati e attivabili a favore delle persone non autosufficienti e con disabilità. Il progetto di vita, il budget di progetto e la valutazione multidimensionale svolgono un ruolo fondamentale e centrale nel coordinamento e nella ricomposizione dei sostegni e delle risorse dedicate alla persona non autosufficiente o con disabilità. Questo coordinamento tra tutti i soggetti pubblici e privati coordinati nelle reti appartenenti alla filiera assistenziale operante nell'ambito della presa in carico, valorizza il sistema delle risposte e delle risorse a disposizione della persona. Fin dalle fasi preliminari di rilevazione e valutazione del bisogno vi è un forte coinvolgimento e partecipazione della famiglia e della comunità di appartenenza al fine di massimizzare le interazioni tra i diversi soggetti coinvolti, secondo una strategia comune di generazione di inclusione. La definizione e la formalizzazione della valutazione multidimensionale si realizza nell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale che riveste il ruolo cruciale di un percorso complesso in cui interviene anche il Terzo Settore. L'UVMD che integra risorse umane e strumentali sia sanitarie che sociali assume un ruolo strategico e determinante per la definizione di percorsi assistenziali integrati volti a garantire la continuità di cura e supporto alla persona.

Di seguito si riporta la disciplina regionale richiamando i principali provvedimenti normativi.

- 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 sociosanitaria";
- 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. 1191 del 18 agosto 2020 "Definizione degli Ambiti Territoriali Sociali. L.n. 328/2000 e D.lgs. n. 147/2017";
- DGR n. 1312 del 25 ottobre 2022 "Approvazione Linee Guida regionali per la predisposizione dei Piani di Zona dei servizi sociali e sociosanitari per il triennio 2023-2025".

- Descrivere specificamente i seguenti aspetti, su cui sono intervenute norme e indirizzi nazionali:

1.2.1 Ambiti territoriali: L'articolo 1 comma 160 della legge di bilancio prevede che "al fine di garantire la programmazione, il coordinamento e la realizzazione dell'offerta integrata dei LEPS sul territorio... *omissis* i LEPS sono realizzati dagli ambiti territoriali sociali (ATS) di cui all'articolo 8 comma 3, lett. a), della legge 8 novembre 2000 n.328, che costituiscono la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, in servizi ed attività utili al raggiungimento dei LEPS medesimi, fermo restando quanto previsto dall'articolo 23, del D.Lgs. 15 settembre 2017, n. 147

Descrivere le modalità di attuazione dell'impegno della Regione.



479F833a



Per rafforzare l'integrazione socio-sanitaria, la Regione del Veneto ha adottato un modello organizzativo in cui la programmazione e l'erogazione dei servizi e delle attività si realizza in una cornice territoriale in cui ambiti sociali intercomunali (art. 8 della Legge n. 328/2000) coincidono con le delimitazioni territoriali dei distretti sanitari.

Attraverso la LR n. 19/2016 è stato modificato e ridefinito il nuovo assetto organizzativo delle aziende ULSS, individuando gli ambiti territoriali delle nuove aziende nei Distretti socio sanitari. Successivamente nell'ambito del Piano Regionale per il Contrasto alla Povertà 2018-2020 (DGR n. 1504/2018), sono stati definiti, con DGR n. 1191 del 18 agosto 2020, i 21 Ambiti Territoriali Sociali che garantiscono l'integrazione tra politiche e l'uniformità degli interventi per l'inclusione sociale.

Nell'attuale contesto organizzativo le aziende ULSS mantengono il coordinamento della rete dell'assistenza territoriale e rappresentano il raccordo operativo dell'integrazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, assicurando così la continuità delle cure. Le stesse esercitano una funzione determinante nel processo di allocazione e ricomposizione delle risorse rappresentando un nodo operativo efficace e funzionale a garantire risposte qualificate ed efficaci a beneficio di tutta la popolazione dell'ambito territoriale di riferimento. E' previsto dal presente piano, nel rispetto delle modalità organizzative regionali e in un'ottica di continuità degli interventi, l'allineamento progressivo ad un nuovo modello organizzativo caratterizzato, nell'interesse del rafforzamento della presa in carico, dalla promozione dell'integrazione funzionale e strategica fra LEPS e LEA da parte degli Ambiti Territoriali e dalla graduale attribuzione e potenziamento delle funzioni attribuite agli Ambiti Territoriali Sociali (ICD b, ICD b Plus, ICD M, ICD Mgs e sollievo - frequenza centri diurni semiresidenziali). Come riportato nel PSSR 2012-2016 e nel successivo PSSR 2019-2023, confermato anche dalla LR n. 19/2016, la Regione del Veneto si distingue organizzativamente attraverso il modello distrettuale "forte". Il Distretto infatti, rappresenta la struttura tecnico-funzionale in grado di gestire e coordinare la rete dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali.

Con il Distretto, in maniera sinergica e coordinata, sempre con maggior incisività, opera l'Ambito Territoriale Sociale che valorizza nella rete dei servizi per le persone non autosufficienti e con disabilità l'aspetto sociale della presa in carico garantendo così la globalità della visione. L'evoluzione di tale modello organizzativo, nel rispetto delle modalità organizzative regionali, prevede la possibilità di utilizzo degli strumenti a disposizione per la gestione anche associata delle funzioni e della delega delle funzioni alle aziende ULSS riconoscendo la titolarità della stessa agli Ambiti Territoriali.

1.2.2. Punti Unici di Accesso: L'articolo 1 comma 163 dispone che il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate « Case della comunità ».

Descrivere le modalità di attuazione dell'impegno della Regione e in particolare la costituzione o il rafforzamento dei PUA.

La programmazione socio-sanitaria regionale con la LR n. 48/2018 prevede che *"Il Distretto socio sanitario è l'articolazione dell'azienda ULSS deputata al perseguimento dell'integrazione tra i diversi servizi e le diverse strutture sanitarie e socio-sanitarie presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione"*. Inoltre il Piano definisce che *"sono obiettivi strategici affidati al Distretto Socio-Sanitario: (...) garantire l'assistenza h 24, 7gg/7, prevedendo uno specifico modello di integrazione operativa tra tutti i soggetti preposti alla presa in carico"*.

A fronte di quanto disposto dalla citata programmazione regionale e considerate le indicazioni nazionali intervenute e adottate successivamente in ottemperanza al Next Generation EU (NGEU) e al PNRR, la Regione del Veneto ha approvato attraverso la DGR n. 136 del 15 febbraio 2022 il Piano regionale di individuazione delle Case di Comunità, nel rispetto di quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale ed alle indicazioni del PNRR (Missione 6 Componente 1 Investimento 1.1 e Investimento 1.3).

Nelle more dell'approvazione della realizzazione delle Case della Comunità e del pieno recepimento del DM n. 77/2022, la Regione del Veneto ha inteso interpretare le funzioni dei Punti Unici di Accesso (PUA) secondo la normativa previgente, in attuazione della DGR n. 39/2006 (allegato A, punto 7/a) e della



479F833a



successiva DGR n. 3109/2006 che delineano e definiscono lo Sportello Integrato nell'ambito del sistema della domiciliarità.

I PUA, nei termini sopra rappresentati, sono contestualizzati ed identificati nell'ambito della funzionalità delle Unità di Valutazione Multidimensionali dedicate alla valutazione dei bisogni complessi della persona non autosufficiente o con disabilità secondo l'approccio bio-psico-sociale e garantiscono organizzativamente l'integrazione tra professionisti e risorse sanitarie e sociali (del Servizio Sanitario e dell'ATS) capaci di rispondere in maniera appropriata e aderente alla necessità delle persone.

In tale contesto viene garantito il raggiungimento del LEPS di processo individuato all'art. 1 comma 163 della legge di bilancio n. 234 del 2021 ed in relazione a tale cornice operativa si individuano gli atti in vigore che disciplinano la collaborazione interistituzionale tra Ambiti Territoriali, Comuni e azienda ULSS.

Le funzioni orientative, informative sono state ulteriormente implementate, per effetto di successivi provvedimenti regionali, volti ad aggiornare e implementare le predette funzioni per meglio rispondere anche alle nuove esigenze delle famiglie. La DGR n. 1247/2016 ha istituito lo Sportello Famiglia con lo scopo di fornire risposte qualificate a sostegno dei nuclei familiari impegnati nell'assistenza in ambito domiciliare, mentre la DGR n. 910/2019 ha istituito lo sportello per l'assistenza familiare finalizzato a garantire servizi qualificati di informazione, orientamento e per facilitare l'incontro tra domanda e offerta in merito alle assistenti familiari.

Per potenziare e consolidare i LEPS di processo legati all'art. 1 comma 166 della Legge n. 234/2021, le risorse attribuite al rafforzamento delle professionalità sociali nei PUA sono state destinate agli Ambiti Territoriali Sociali, che in base alle esigenze e in coerenza con il coordinamento svolto dalla Regione, sosterranno la spesa per l'assunzione di personale con professionalità sociale da assumere con contratto a tempo indeterminato, in ottemperanza alle indicazioni del DPCM del 3 ottobre 2022 e alla successiva circolare del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali prot. n. 2435 del 16 febbraio 2023.

1.2.3 Valutazione multidimensionale: l'articolo 1 comma 163 prevede:omissis presso i PUA operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. Tali equipe integrate, nel rispetto di quanto previsto dal citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone, assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie.

Descrivere l'impegno della Regione. Nella realizzazione del LEPS di processo

Lo strumento metodologico che ricompon e definisce la presa in carico della persona non autosufficiente o con disabilità è la valutazione multidimensionale. La valutazione della condizione clinica non può essere disgiunta da una più ampia valutazione finalizzata a considerare i diversi ambiti vitali di una persona, da quelli relazionali, di partecipazione, di inclusione a quelli lavorativi e delle capacità funzionali. Attraverso il processo globale e dinamico della valutazione multidimensionale si integrano aspetti di natura sociale ed economica, si identificano e rappresentano la natura e l'entità dei bisogni di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale della persona non autosufficiente o con disabilità, con l'obiettivo di definire un percorso di assistenza, cura e inclusione adeguato ai bisogni e alle aspirazioni della persona stessa. La Regione del Veneto ha orientato la propria programmazione secondo questo approccio multiprofessionale e multidimensionale tramite l'UVMD (Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale).

Attualmente l'Unità di Valutazione Multidimensionale è già attiva in ogni distretto sanitario delle aziende ULSS del territorio regionale ed è stata istituita con DGR n. 4588/2007. La stessa ha il compito di effettuare l'analisi dei bisogni della persona secondo un approccio bio-psico-sociale. Tale metodologia operativa permette di cogliere la dimensione globale di vita dell'individuo e di individuare con



479F833a



tempestività il percorso e la risposta più appropriati alle necessità della persona.

Attraverso l'UVMD vengono rilevati e valutati i bisogni della persona e della sua famiglia, gli interventi e le risposte più adeguate secondo l'orizzonte del progetto di vita, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni offerte dal territorio, con l'obiettivo di elaborare un progetto personalizzato in grado di organizzare, coordinare e garantire in maniera sinergica le diverse tipologie di intervento, siano esse assistenza diretta o indiretta previste dal sistema dei servizi a favore della persona non autosufficiente o con disabilità (trasferimenti monetari per domiciliarità, semiresidenzialità e residenzialità).

Nell'ambito della valutazione multidimensionale il coordinamento tra Ambito Territoriale Sociale e Distretto Socio-Sanitario diventa strategico in quanto permette di garantire l'apporto delle professionalità più adeguate rispetto alle diverse complessità dei bisogni delle persone. L'Unità di Valutazione Multidimensionale è chiamata perciò a garantire l'integrazione della rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali a livello territoriale ed è costituita da un'equipe professionale con competenze multidisciplinari, formata da professionisti afferenti all'area sanitaria e sociale, capaci di leggere i bisogni complessi delle persone non autosufficienti e con disabilità.

L'attivazione della valutazione multidimensionale può essere effettuata dalla persona non autosufficiente o con disabilità, ovvero dal tutore o dall'amministratore di sostegno, da un familiare, da un operatore sociale, socio-sanitario e sanitario responsabile della presa in carico della situazione.

La valutazione multidimensionale è supportata da due strumenti di valutazione, la SVaMA (DGR n. 2961/2012) e la SVaMDi (DGR n. 2960/2012 e DGR n. 1804/2014), che costituiscono modalità uniformi di valutazione sul territorio regionale secondo le 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.

In tale contesto viene garantito il raggiungimento del LEPS di processo individuato all'art. 1 comma 163 della legge di bilancio n. 234/2021 ed in relazione a tale cornice operativa sono stati individuati e sopra richiamati gli atti in vigore che disciplinano la collaborazione interistituzionale tra Ambiti Territoriali, Comuni e azienda ULSS. Ferma restando la validità dei provvedimenti attualmente operativi che disciplinano la realizzazione dei LEPS di processo, il percorso evolutivo di collaborazione avviato tra Ambiti Territoriali e aziende ULSS continua nel proprio sviluppo con la delineata graduale attribuzione delle funzioni agli Ambiti Territoriali Sociali.

1.2.4 Progetto personalizzato: articolo 1 comma 163 omissis...prevede che Sulla base della valutazione dell'UVM con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'equipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS.

Nell'UVMD viene definito e approvato il progetto assistenziale personalizzato che è il documento elaborato sulla base di valutazioni tecnico-specialistiche multidisciplinari.

Il progetto personalizzato, definito PAI (Piano Assistenziale Individualizzato), evolve nel tempo per rispondere in maniera aderente e appropriata ai bisogni in cambiamento della persona non autosufficiente o con disabilità. Nel progetto si confrontano elementi di valutazione clinica, assistenziale, sociale, psicologica, linguistico-comunicativa e relazionale. Attraverso il PAI vengono definite le prestazioni di cura e di riabilitazione, i servizi alla persona, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di emarginazione ed esclusione sociale quali fattori di rischio per le persone non autosufficienti o con disabilità. Nel progetto individuale sono delineate altresì le potenzialità e gli eventuali supporti secondo una logica di



479F833a



superamento della frammentazione e standardizzazione degli interventi.

Il PAI deve contenere i principali obiettivi attesi nel rispetto dei fondamentali diritti umani e sociali della persona, delle sue aspirazioni e delle sue preferenze, deve essere aderente al complesso progetto di vita della persona, ponendosi in una logica di inclusione sociale e di promozione del benessere e dell'autonomia possibile.

La definizione del PAI, è un processo partecipativo che coinvolge attivamente la persona non autosufficiente o con disabilità e i suoi familiari con lo scopo di delineare risposte appropriate e aderenti alle specifiche esigenze.

Nel progetto individualizzato si evolvono e coordinano tutti gli interventi, sostegni, servizi e supporti anche nella forma di trasferimenti monetari quali scelte di servizio frutto della valutazione multidimensionale, gli stessi devono essere programmati e integrati in modo unitario rispetto ai bisogni e alle aspirazioni della persona.

Nel progetto vengono inoltre definite le azioni e gli interventi da attuare nonché i risultati da raggiungere i quali vengono valutati attraverso indicatori in grado di misurare il risultato e l'adeguatezza delle attività. Per tale motivo viene definito un monitoraggio e una ri-valutazione periodica capace di cogliere anticipatamente l'evoluzione e la complessità dei bisogni per ri-orientare gli obiettivi di cura e assistenza e garantire l'aderenza alle esigenze della persona non autosufficiente o con disabilità.

Per favorire il coordinamento e la verifica degli esiti del progetto personalizzato, l'UVMD individua il "case manager" che diventa l'operatore di riferimento del team multidisciplinare e coordina tutte le fasi e le attività del progetto. Il case manager ha la responsabilità e il mandato di facilitare e coordinare il percorso individualizzato e gestire la complessità in tutti gli aspetti in cui essa si evidenzia.

Anche in tale contesto viene garantito il raggiungimento del LEPS di processo individuato all'art. 1 comma 163 della legge di bilancio n. 234/2021 ed in relazione a tale cornice operativa sono stati individuati e sopra richiamati gli atti in vigore che disciplinano la collaborazione interistituzionale tra Ambiti Territoriali, Comuni e azienda ULSS. Ferma restando la validità dei provvedimenti attualmente operativi che disciplinano la realizzazione dei LEPS di processo, il percorso evolutivo di collaborazione avviato tra Ambiti Territoriali e aziende ULSS continua nel proprio sviluppo con la delineata graduale attribuzione delle funzioni agli Ambiti Territoriali Sociali.

2 Le modalità di individuazione dei beneficiari

- > L'articolo 3 del DM 26 settembre 2016 stabilisce che "Per persone in condizione di disabilità gravissima, ai soli fini del presente decreto, 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) ad i) del medesimo decreto, secondo le scale per la valutazione illustrate negli allegati al medesimo decreto. Indicare i provvedimenti adottati finalizzati all'implementazione regionale della definizione nazionale.

La Regione del Veneto con la DGR n. 1338/2013 e con le successive DGR n. 1986/2013, DGR n. 164/2014, DGR n. 1047/2015, DGR n. 571/2017, DGR n. 946/2017, nonché alle relative disposizioni attuative del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, in particolare i decreti n. 149/2013 e n. 173/2013, la DGR n. 670/2020 e la DGR n. 1174/2021, ha istituito e implementato l'Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD) definendone anche i criteri di accesso. Attraverso questi provvedimenti la Regione ha disposto e sviluppato una riprogrammazione delle prestazioni in materia di domiciliarità a favore delle persone non autosufficienti e con disabilità che prevede la possibilità di erogare servizi in forma diretta e indiretta, prevedendo il vincolo per gli ultimi di erogazione attraverso titoli di acquisto da utilizzare anche mediante gli strumenti dell'accreditamento istituzionale e comunque nel caso di erogazione monetaria quale scelta di servizio frutto della valutazione multidimensionale e per questo inseriti nel PAI (vedi anche quanto esplicitato al punto 1.2.3 - Valutazione Multidimensionale e 1.2.4 - Progetto personalizzato).

Nel merito la procedura per il riconoscimento dell'ICD prevede i seguenti passaggi.

Il cittadino interessato ad accedere a questa misura di sostegno alla domiciliarità può presentare la richiesta in qualunque momento, tramite gli sportelli integrati e gli altri punti di accesso alla rete dei servizi individuati dagli enti locali e dalle aziende ULSS (descritti al precedente punto 1.2.2) che sono



479F833a



abilitati e connessi alla procedura informatica per l'istruttoria e il riconoscimento dell'ICD.

I soggetti titolati a presentare la domanda di ICD sono:

- a) la persona interessata o il suo legale rappresentante (tutore, curatore, amministratore di sostegno);
- b) un familiare, anche non convivente, della persona interessata;
- c) una persona, preferibilmente convivente, di cui il servizio sociale accerti che provvede effettivamente a garantire adeguata assistenza alla persona non autosufficiente.

La domanda deve essere corredata dai seguenti documenti:

- a) certificazione ISEE;
- b) scheda di valutazione multidimensionale (SVaMA, SVaMA semplificata, SVaMDi)

Il riconoscimento del diritto all'ICD è condizionato all'accertamento dei criteri generali da parte dell'equipe multidisciplinare dell'UVMD:

- a) condizione di non autosufficienza sotto i profili sociale e sanitario che evidenzia la necessità di un particolare supporto, attraverso l'aiuto d'altra persona in una o più attività della vita quotidiana;
- b) sufficiente adeguatezza del supporto erogato dalla famiglia, direttamente o indirettamente, e/o dalla rete sociale a copertura delle esigenze della persona;
- c) condizione economica rilevata attraverso l'ISEE per prestazioni agevolate di natura socio sanitaria.

Le risorse di cui alla presente programmazione vengono utilizzate sino alla soddisfazione della platea dei beneficiari in condizione di disabilità gravissima così come individuati nel presente punto 2.

Altri requisiti, oltre a quelli generali, sono declinati per ogni specifica tipologia di ICD.

In particolare:

ICDmgs: rivolta a persone affette da decadimento cognitivo accompagnato a gravi disturbi comportamentali o a persone con disturbi neurosensoriali che necessitano 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 Barthel-Attività di base ≥ 15 . Possono avvalersi di questo intervento 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 .

ICDa: rivolta a 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.



479F833a



ICDsla: 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.

ICDf: 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 traumatismi della testa) e relativi sottocodici di diagnosi
- T90 (Sequela di traumatismi della testa) e relativi sottocodici di diagnosi.

ICDp: persone con disabilità psichica e intellettuale 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 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.

In un'ottica di maggior aderenza al bisogno degli assistiti, in coerenza con i criteri previsti per la disabilità gravissima, si prevede durante il periodo di vigenza del piano, di implementare la platea di tali persone provvedendo ad una revisione sistemica dei requisiti di accesso alle Impegnative di Cura Domiciliari, nei termini di seguito riportati. Il processo di revisione sarà subordinato temporalmente alla salvaguardia



479F833a



delle prese in carico in atto in un'ottica di continuità assistenziale. Tale revisione prevede l'istituzione di un'ulteriore tipologia di ICD:

ICD bplus: rivolta a persone non autosufficienti con elevato bisogno assistenziale i cui bisogni sono rilevati nell'ambito della rete dei servizi sociali e, per la parte sanitaria, dal Medico di Medicina Generale e comprende tutte le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale quali l'assistenza nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL) e l'assistenza nelle attività della vita quotidiana (ADL). La persona non autosufficiente viene valutata e il suo bisogno assistenziale viene rilevato attraverso la SVaMA semplificata. La presenza della condizione di alto bisogno assistenziale/disabilità gravissima, ai sensi dell'art. 3, commi 2 e 3 del DM 26 settembre 2016, è definita:

- Persone con elevato bisogno assistenziale in cui nella scheda SVaMA semplificata vi sia la compresenza delle seguenti caratteristiche:
 - Situazione cognitiva: confuso o molto confuso, stuporoso (PCOG in (2,3))
 - Problemi comportamentali: nessun vincolo (PCOMP in (1,2,3))
 - Situazione funzionale: Dipendente o Totalmente dipendente (PADL in (2,3))
 - Barthel Mobilità: Si sposta assistito o Non si sposta (PMOB in (2,3))
 - Supporto rete sociale: Ben assistito (PSOCINV in (3))
 - Necessità assistenza sanitaria: Elevata (PSAN in (3))

La condizione sopra descritta ricomprende anche:

- Persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare identificata nell'elenco delle diagnosi considerate nella SVaMA semplificata in almeno una delle 3 patologie con codice ICPC:

- N85 Anomalie congenite;
- N86 Sclerosi multipla;
- N87 Parkinsonismo;
- N99 Altre malattie del sistema nervoso;
- K90 Colpo/accidente cerebrovascolare;
- A80 Incidente/lesione traumatica NSA;
- A81 Politraumatismo/lesioni interne;
- A82 Effetti tardivi di un trauma;

ed in cui nella SVaMA semplificata vi sia la compresenza delle seguenti caratteristiche:

- Situazione cognitiva: confuso o molto confuso, stuporoso (PCOG in (2,3))
- Problemi comportamentali: nessun vincolo (PCOMP in (1,2,3))
- Situazione funzionale: Dipendente o Totalmente dipendente (PADL in (2,3))
- Barthel Mobilità: Non si sposta (PMOB in (3))
- Supporto rete sociale: Ben assistito (PSOCINV in (3))
- Necessità assistenza sanitaria: Elevata (PSAN in (3))

- Persone in condizioni di dipendenza che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche identificata nell'elenco delle diagnosi considerate nella SVaMA semplificata in almeno una delle 3 patologie con codice ICPC:

- B72 Morbo di Hodgkin;
- B73 Leucemia;
- D74 Neoplasie maligne stomaco;
- D75 Neoplasie maligne colon/retto;
- D76 Neoplasie maligne pancreas;
- D97 Cirrosi/altra malattie epatiche;
- N74 Neoplasie maligne (sistema nervoso);
- N75 Neoplasie benigne (sistema nervoso);
- N76 Neoplasie non spec (sistema nervoso);
- R84 Neoplasie maligne bronchi/polmone;
- R85 Altre neoplasie maligne (sistema respiratorio);



479F833a



- S77 Neoplasie maligne della pelle;
- S80 Altre/non spec neoplasie (cute e annessi);
- U75 Neoplasie maligne del rene;
- U76 Neoplasie maligne della vescica;
- U79 Altre neoplasie non spec tratto urinario;
- T71 Neoplasie maligne della tiroide;
- T73 Altre/non spec neoplasie (sistema endocrino metabolico e nutrizione);
- X75 Neoplasie maligne della cervice;
- X76 Neoplasie maligne della mammella;
- X77 Altre neoplasie maligne (sistema genitale femminile);
- X81 Altre/non spec. neoplasie genit femminile;
- Y77 Neoplasie maligne prostata;
- Y78 Altre Neoplasie maligne (sistema genitale maschile);
- Y99 Altre malattie genitmaschinclmamm;

ed in cui nella SVaMA semplificata vi sia la compresenza delle seguenti caratteristiche:

- Situazione cognitiva: confuso o molto confuso, stuporoso (PCOG in (2,3))
- Problemi comportamentali: nessun vincolo (PCOMP in (1,2,3))
- Situazione funzionale: Dipendente o Totalmente dipendente (PADL in (2,3))
- Barthel Mobilità: Non si sposta (PMOB in (3))
- Supporto rete sociale: Ben assistito (PSOCINV in (3))
- Necessità assistenza sanitaria: Elevata (PSAN in (3))

Si prevede altresì la corrispondente progressiva razionalizzazione delle ICDB con profilo 10 della SVaMA semplificata per le nuove domande dalla data definita dai provvedimenti regionali attuativi di revisione.

Nell'ottica del raggiungimento di maggior aderenza ai bisogni assistenziali delle persone non autosufficienti o con disabilità la revisione tratterà anche l'ICDA riconoscendo quale maggior bisogno assistenziale rilevabile dal profilo SVaMA anche il profilo 11 oltre ai profili 14 o 15 già individuati nella precedente programmazione.

La Regione del Veneto, nell'ambito dei **servizi sociali di sollievo di cui all'art. 1 comma 162 lett.b) della legge n. 234/2021**, punta all'integrazione e al rafforzamento delle politiche per la domiciliarità delle persone non autosufficienti, riconoscendo il ruolo strategico svolto dai servizi della semiresidenzialità (centro diurno) per persone non autosufficienti di norma anziani. Tale servizio concorrere al mantenimento psico-fisico della persona nel proprio ambiente familiare e sociale, fornisce sollievo alle persone anziane non autosufficienti e/o alle loro famiglie alleviando il carico assistenziale delle famiglie. L'attuale rete dei servizi semiresidenziali risponde a persone non autosufficienti di norma anziane, ossia con età maggiore di 65 anni (DGR n. 84/2007), valutate con Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'anziano (SVaMA) in sede di Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD). Con le DGR n. 1133/2008 e DGR n. 2961/2012 la Giunta regionale ha definito la scheda SVaMA individuando altresì la quantificazione del punteggio minimo di 60 per l'accesso alla rete dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari, tale punteggio stabilisce la priorità di accesso delle persone non autosufficienti ai servizi semi-residenziali, per l'iscrizione al Registro Unico per la Residenzialità (DGR n. 362/2002).

La procedura per la valutazione della frequenza al Centro diurno, prevede che il cittadino interessato può presentare la richiesta in qualunque momento, tramite gli sportelli integrati e gli altri punti di accesso alla rete dei servizi individuati dagli enti locali e dalle aziende ULSS (descritti al precedente punto 1.2.2).

I soggetti titolati a presentare la domanda di attivazione della Unità di Valutazione Multidimensionale per la frequenza al Centro diurno sono la persona interessata, ovvero dal tutore o dall'amministratore di sostegno, da un familiare, da un operatore sociale, socio-sanitario e sanitario responsabile della presa in carico della situazione. (come già definito al paragrafo 1.2.3 del documento).

Il progetto individualizzato è predisposto e autorizzato dall'Unità di Valutazione Multidimensionale che



479F833a



definisce il progetto personalizzato individuando l'opportunità dell'accesso della persona al centro diurno.

Nella platea delle persone non autosufficienti, di norma anziane, che frequentano i servizi - centri diurni accreditati del territorio regionale (centro diurno e semiresidenziale) la modalità di individuazione dei beneficiari in condizione di disabilità gravissima, ai sensi dell'art. 3, commi 2 e 3 del DM 26 settembre 2016 è rilevata attraverso la SVaMA con una perdita di autonomia nelle attività della vita quotidiana (ADL) definita dal punteggio dell'Indice di Barthel-Attività di base ≥ 40 , da un grado di compromissione della mobilità all'Indice di Barthel-Mobilità ≥ 15 e da una compromissione della situazione cognitiva definita dal punteggio allo *short portable mental status questionnaire* (VCOG) ≥ 8 .

- Come evidenziato nel PNA, *“il Fondo finanzia anche interventi per non autosufficienze «gravi», ad oggi però non meglio specificate a livello nazionale e quindi rimesse nei termini definitivi alla programmazione regionale”*. Indicare pertanto i criteri e le modalità per l'individuazione della tipologia di beneficiari in condizione di disabilità grave e descriverne sinteticamente i contenuti. In particolare, specificare se ai fini dell'accesso alle prestazioni è utilizzata una scala di valutazione multidimensionale (es. SVAMA/SVAMDI, S.I.D.I., AGED, VALGRAF, ecc.) e l'eventuale ruolo della valutazione delle condizioni economiche.

Anche per l'identificazione delle persone non autosufficienti gravi con basso bisogno assistenziale o con disabilità grave ai fini del Fondo non autosufficienza per i criteri di accesso alle misure, si fa riferimento 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. 670/2020, DGR n. 1174/2021, nonché alle relative disposizioni attuative del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale in particolare i decreti n. 149/2013 e n. 173/2013. La Regione attraverso questi provvedimenti ha riordinato e riprogrammato il sistema in materia di domiciliarità a favore delle persone non autosufficienti e con disabilità prevedendo la possibilità di erogare servizi in forma diretta e indiretta, con il vincolo per gli ultimi di erogazione attraverso titoli di acquisto da utilizzare mediante gli strumenti anche dell'accREDITAMENTO istituzionale e comunque nel caso di erogazione monetaria quale scelta di servizio frutto della valutazione multidimensionale e per questo inseriti nel PAI (vedi anche quanto esplicitato al punto 1.2.3 - Valutazione Multidimensionale e 1.2.4 - Progetto personalizzato).

Altri requisiti, oltre a quelli generali per le persone non in condizione di disabilità gravissima, sono declinati per ogni specifica tipologia di ICD, in particolare:

ICDb: rivolta a persone con basso bisogno assistenziale. Il bisogno assistenziale viene valutato attraverso la SVaMA semplificata la quale deve riportare un punteggio ≥ 10 ; come già esplicitato precedentemente, durante l'arco di vigenza del presente Piano si procederà alla revisione sistemica dei requisiti di accesso alle Impegnative di Cura Domiciliari che prevedrà la progressiva razionalizzazione delle ICDB con profilo 10 della SVaMA semplificata per le nuove domande.

ICDm: rivolta a persone affette da decadimento cognitivo accompagnato da gravi disturbi comportamentali con particolare bisogno di supporto ed assistenza. Il bisogno assistenziale viene valutato attraverso l'NPI (*Neuropsychiatric Inventory*, strumento di valutazione dei disturbi psico-comportamentali e del carico di stress del *caregiver*) e la scheda SVaMA con quadro sinottico modificato ≥ 54 ;

ICDf: rivolta a 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. 104/1992), e indennità di accompagnamento, valutati attraverso la SVaMDi;

ICDp: rivolta a persone con disabilità psichica e intellettuale di età compresa tra 3 e 64 anni a cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap grave (art. 3, comma 3, L. n. 104/1992), (DDR n. 173 del 31/12/2013) valutati attraverso SVaMDi.



479F833a



- L'articolo 1, comma 162 della legge 234/21, individua specificamente tra i benefici dei servizi socio-assistenziali integrati da interventi di natura socio-sanitaria, le persone anziane non autosufficienti, le persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione. Indicare pertanto, i criteri e le modalità per l'individuazione di tale tipologia di beneficiari.

Nei servizi contemplati nell'ambito dell'art. 1 comma 162 lett. a) nella presa in carico integrata finalizzata allo sviluppo degli interventi di sollievo alla famiglia vengono garantiti interventi di assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con servizi sanitari sottoposti a valutazione multidimensionale il cui punteggio minimo sia di 60.

Nei servizi previsti nell'ambito dell'art. 1 comma 162 lett. b) - frequenza centri diurni e semiresidenziali, l'identificazione delle persone non autosufficienti con basso bisogno assistenziale avviene attraverso la valutazione in UVMD il cui esito evidenzia una SVaMA (DGR n. 1133/2008 e DGR n. 2961/2012) il cui punteggio minimo sia di 60, che rappresenta il punteggio minimo definito dai provvedimenti regionali per l'accesso alla rete dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari. Tale punteggio stabilisce la priorità di accesso delle persone non autosufficienti ai servizi semi-residenziali sociali a concorrenza del LEPS, per l'iscrizione al Registro Unico per la Residenzialità (DGR n. 362/2002).

3 La descrizione degli interventi e dei servizi programmati

3.1 L'articolo 1, comma 162 prevede che "Fermo restando quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, i servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti, comprese le nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, sono erogati dagli ATS, nelle seguenti aree:

a) assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, quale servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che richiedono supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane, adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza;

b) servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali: il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato; un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità; l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata secondo quanto previsto dal codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali; frequenza centri diurni e semiresidenziali.

c) servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio, e l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti.

Descrivere gli interventi previsti distinguendo quelli per le persone in condizione di disabilità gravissima e quelli per anziani non autosufficienti mettendo in evidenza le modalità di realizzazione dei LEPS di erogazione dei servizi di cui alle lettere a-b-c del comma appena citato



479F833a



Nell'alveo degli **interventi declinati all'articolo 1, comma 162 lettera. a)** della legge n. 234/2021, si contestualizzano i servizi per la domiciliarità dedicati principalmente alle persone anziane non autosufficienti, strutturati e consolidati in tutto il territorio regionale che hanno trovato nella programmazione nel Piano di Zona, lo strumento operativo di individuazione degli obiettivi di integrazione sociosanitaria. In questo quadro è andato consolidandosi nel territorio un modello organizzativo di prestazioni e di servizi, alla realizzazione del quale partecipano i diversi soggetti istituzionali (ATS/Comuni, aziende ULSS, Regione). In base al ruolo e alle competenze:

- gli ATS/Comuni programmano ed erogano il Servizio di Assistenza Domiciliare sociale (SAD), e collaborano sinergicamente e in maniera integrata all'assistenza sociale integrata con i servizi sanitari (ADI). Gli stessi provvedono all'attivazione del telesoccorso e telecontrollo gestito in forma accentrata a livello regionale. I servizi di assistenza domiciliare sono servizi caratterizzati dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sanitaria finalizzati alla prevenzione, al mantenimento e al recupero delle potenzialità residue che permettono alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione. Per la valutazione dei bisogni vengono utilizzate le modalità della valutazione multidimensionale e il tempo della prestazione è stabilito dal progetto personalizzato che viene rivalutato almeno annualmente.
- le aziende ULSS, programmano ed erogano le attività di ADI che va considerata nella sua unitarietà (comprensiva dell'apporto sanitario e dell'apporto sociale), quale modalità assistenziale in cui diverse figure professionali sanitarie e sociali concorrono presso il domicilio della persona alla realizzazione del progetto individuale di assistenza, che viene approvato per le forme di maggior impegno assistenziale dalla UVMD competente per territorio, a seguito di valutazione SVaMA.

Le risorse che concorrono al raggiungimento del LEPS di erogazione (articolo 1, comma 162 lett. a)) per l'anno 2022 verranno implementate del 10% per l'anno 2023 e del 20% per l'anno 2024. Inoltre gli ATS dovranno armonizzare tali risorse in coerenza con la programmazione del PNRR e in coordinamento con la quota servizi evidenziata in relazione agli interventi declinati all'articolo 1, comma 162 lett. b) della legge n. 234/2021.

Rispetto agli **interventi declinati all'articolo 1, comma 162 lett. b)** della legge n. 234/2021 che contemplano la frequenza ai centri diurni dedicati alle persone anziane non autosufficienti, di norma anziane, con ridotta autonomia psico-fisica e relazionale o con declino neurocognitivo che vivono nel proprio ambiente familiare, offrono una gamma di interventi che consentono alla persona di realizzare la miglior qualità di vita possibile in relazione alle proprie condizioni psico-fisiche-sociali, promuovendo la permanenza della persona stessa all'interno del proprio ambiente familiare il più a lungo possibile, garantendo nel contempo un supporto assistenziale.

L'intervento viene attivato attraverso la valutazione UVMD. Il bisogno assistenziale viene rilevato attraverso la SVaMA. La complessità assistenziale che vive la persona non autosufficiente comporta la strutturazione di interventi complessi e continuativi che implicano le prestazioni relative all'assistenza delle attività strumentali della vita quotidiana (iADL) e all'assistenza nelle attività della vita quotidiana (ADL).

Anche tali risorse concorrono al raggiungimento del LEPS di erogazione (articolo 1, comma 162 lett.a) per l'anno 2022 e garantiscono l'implementazione del 10% per l'anno 2023 e del 20% per l'anno 2024.

L'art.1, comma 164 prevede che "gli ATS garantiscono l'offerta dei servizi e degli interventi di cui alle aree individuate al comma 162. L'offerta può essere integrata da contributi, diversi dall'indennità di accompagnamento di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti e il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza. Tali contributi sono utilizzabili esclusivamente per remunerare il lavoro di cura svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore di cui all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81, o per l'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale.

Descrivere gli interventi previsti.



479F833a



Le impegnative di cura domiciliare disciplinate dalle 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, nonché alle relative disposizioni attuative del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, alla DGR n. 670/2020 e DGR n. 1174/2021, previste per le persone non autosufficienti con basso e alto bisogno assistenziale e persone con disabilità grave e gravissima mirano ad attivare o rafforzare il supporto alla persona non autosufficiente ed alla propria famiglia. Le impegnative sono tra di loro mutualmente esclusive ed incompatibili con prestazioni di natura residenziale extra ospedaliera. I supporti, di diversa entità sulla base della gravità, mirano a garantire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti e con disabilità, sia attraverso l'assegnazione di un'erogazione economica riconosciuta alla persona non autosufficiente ed erogata alla persona stessa o al familiare che ne garantisce adeguata assistenza e cura. La possibilità di erogare servizi in forma indiretta, è vincolata all'erogazione attraverso titoli di acquisto da utilizzare mediante gli strumenti dell'accreditamento istituzionale o nel caso di erogazione monetaria quale scelta di servizio frutto della valutazione multidimensionale e per questo inseriti nel PAI (vedi anche quanto esplicitato al punto 1.2.3 - Valutazione Multidimensionale e 1.2.4 - Progetto personalizzato). Le impegnative di cura domiciliare si integrano ma non sovrappongono con la programmazione del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del *caregiver* familiare (DGR n. 295/2020 e DGR n. 682/2022), le risorse riconosciute a titolo di Impegnativa di Cura Domiciliare concorrono al piano individualizzato in modo complementare e non sovrapposto a quelle attribuite agli interventi *caregiver* familiare. Sulla base del bisogno e del livello di gravità delle persone non autosufficienti e con disabilità viene garantito il rafforzamento del supporto attraverso prestazioni di assistenza domiciliare diretta (prestazioni ADI-SAD e/o in regime di semiresidenzialità).

3.2 Gli interventi per le persone in condizione di disabilità gravissima

Gli interventi previsti per le persone con disabilità gravissima sono condizionati all'ISEE, le soglie di accesso non possono essere inferiori a 50.000 euro, accresciuti a accresciuti a 65 mila in caso di beneficiari minorenni, dove l'ISEE da utilizzare è quello per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria.

3.2.1 Assegno di cura e per l'autonomia

Articolo 1, comma 164 della legge di bilancio 234/2021.

L'assegno per l'autonomia deve essere previsto tra gli interventi del PAI e predisposto dall'équipe multidisciplinare. Si inserisce infatti, in un quadro più generale di valutazione multidimensionale del bisogno e di progettazione personalizzata, in cui può ritenersi appropriato erogare assistenza in forma indiretta;

- può essere modulato sulla base di altri servizi inclusi nel progetto personalizzato (ad esempio, la frequenza di centri diurni);
- essere ancorato ad un bisogno di sostegno inteso come assistenza personale;
- in assenza di altri servizi, prevedere un trasferimento di almeno 400 euro mensili per 12 mensilità;
- nel corso del triennio, le erogazioni debbono essere progressivamente, sottoposte a rendicontazione o possono essere previsti trasferimenti nella forma di voucher o buoni per l'acquisto di servizi.

Descrivere l'intervento previsto specificando i punti di cui sopra.

Evidenziare in particolare i criteri in base ai quali identificare le priorità nell'accesso in caso di risorse non sufficienti, rispetto al livello minimo.

Gli interventi ad approvazione del piano vengono rimodulati in continuità con la precedente programmazione e nel triennio di vigenza sulla base dei criteri stabiliti al precedente punto 2 "modalità di individuazione dei beneficiari". Viene garantito nell'ambito del paniere delle prestazioni l'implementazione coordinata delle prestazioni riguardanti l'erogazione di servizi in forma indiretta tramite



479F833a



l'utilizzo di titoli di acquisto mediante gli strumenti dell'accreditamento istituzionale e comunque nell'ambito dell'erogazione monetaria quale scelta di servizio frutto di valutazione multidimensionale e inserita nel PAI.

ICDmgs: rivolta a persone affette da demenze di tutti i tipi accompagnate da gravi disturbi comportamentali con maggior bisogno assistenziale rilevabile dal profilo SVaMA. L'intervento viene attivato attraverso la valutazione UVMD. Per i pazienti con demenza e con disturbi del comportamento, il piano individuale formulato in UVMD deve indicare se è stato fatto riferimento al Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD, istituito con DGR n. 3542/2007 e modificato con DGR n. 653/2015) eventualmente presente nel territorio della ULSS che ha in carico il paziente (ovvero in altra ULSS) e chi ha in carico la gestione farmacologica e non-farmacologica della malattia di base e dei disturbi. Il contenuto assistenziale previsto per tali impegnative è quello dell'assistenza nelle attività strumentali della vita quotidiana (iADL) e dell'assistenza nelle attività della vita quotidiana (ADL). Viene previsto per tale tipologia di ICD un assegno mensile di 400,00€ ed il trasferimento viene condizionato ad ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria inferiori a 50.000,00€. L'erogazione non è soggetta a rendicontazione. Viene contemplata la forma del voucher o del buono per l'acquisto di servizi e sono previste forme periodiche di controllo sugli interventi. Nell'ambito del progetto personalizzato vi è la modulazione degli interventi coordinati con i centri diurni e con l'assistenza domiciliare.

ICDa: rivolta a persone in condizione di dipendenza vitale e/o ventilazione assistita che necessitano a domicilio di assistenza continua nelle 24 ore. L'intervento viene attivato attraverso la valutazione UVMD. La complessità assistenziale di cui tali persone necessitano comporta la strutturazione di una rete di servizi multidisciplinari e multi professionali che operino secondo criteri di appropriatezza, efficacia ed economicità e pongano la persona al centro del processo di cura all'interno di percorsi di continuità assistenziale tra ospedale, territorio e domicilio. Trattasi di prestazioni che consistono nell'assistenza delle attività strumentali della vita quotidiana (iADL) ovvero nell'assistenza alle attività della vita quotidiana (ADL). L'impegnativa si caratterizza per l'incompatibilità con l'inserimento a titolo definitivo nel centro diurno e per la precedente o contestuale presa in carico da parte dei servizi di assistenza domiciliare integrata. Viene previsto per tale tipologia di ICD un assegno mensile di 800,00€ ed il trasferimento, viene condizionato ad ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria inferiori a 60.000,00€ per i beneficiari maggiorenni e a 65.000,00€ per quelli minorenni, in ottemperanza al disposto dell'art. 1 comma 7 del DPCM del 3 ottobre 2022. Viene contemplata la forma del voucher o del buono per l'acquisto di servizi e sono previste forme periodiche di controllo sugli interventi. Nell'ambito del progetto personalizzato vi è la modulazione degli interventi coordinati con l'assistenza domiciliare. Non è previsto l'inserimento in centro diurno. L'erogazione non è soggetta a rendicontazione.

ICDsla: rivolta a persone affette da sclerosi laterale amiotrofica valutate dall'UVMD attraverso la scheda SVaMA (adottata con DGR n. 1986/2013) corredata dalla certificazione di malattia rara rilasciata dai Centri di riferimento per le malattie rare, per la realizzazione di progetti finalizzati a realizzare e potenziare percorsi assistenziali domiciliari per malati di SLA, per la presa in carico globale della persona affetta ed i suoi familiari. Il supporto garantisce l'assistenza rapportata allo stato di evoluzione della malattia e riconosce il lavoro di cura dei familiari caregiver sulla base di un progetto personalizzato e monitorato dall'UVMD. Viene previsto per tale tipologia di ICD un assegno mensile minimo di 400,00€ e massimo di 2.000,00€ modulato sulla base della condizione economica dell'assistito, il trasferimento viene condizionato ad ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria inferiori a 60.000,00€ e l'erogazione è soggetta a rendicontazione.

ICDf: rivolta a persone con disabilità fisica e motoria di età compresa tra 18 e 64 anni a cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap grave. L'intervento viene attivato attraverso la valutazione UVMD e la compilazione della scheda SVaMDi. Il sostegno è rivolto a progetti di aiuto alla persona gestiti direttamente dagli interessati sulla base di piani personalizzati. Gli interventi di cura e assistenza



479F833a



domiciliare sono finalizzati a garantire l'autodeterminazione della persona in tutte le azioni della vita quotidiana. Si tratta di persone adulte, che possono avere un lavoro e una propria famiglia, con grave disabilità acquisita a seguito di patologie degenerative congenite o di esiti di eventi traumatici che non riducono le facoltà di autodeterminazione della persona o le sue capacità genitoriali ed affettive. Viene previsto per tale tipologia di ICD un assegno mensile minimo di 400,00€ e massimo di 1.000,00€ modulato sulla base progetto personalizzato, il trasferimento non viene condizionato a soglie ISEE e l'erogazione è soggetta a rendicontazione.

ICDp: rivolta a persone con disabilità psichica e intellettuale di età compresa tra 3 e 64 anni a cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap grave. L'intervento viene attivato attraverso la valutazione UVMD e la compilazione della scheda SVaMDi. L'impegnativa è finalizzata a facilitare l'autosufficienza e la possibilità di integrazione delle persone in temporanea o permanente grave limitazione dell'autonomia, non superabile attraverso la fornitura di sussidi tecnici, informatici, protesi e altre forme di sostegno rivolte a facilitare l'autosufficienza e le possibilità di integrazione delle persone. Il supporto si concretizza in interventi socio-educativi ed assistenziali che devono integrarsi in un progetto unitario, con gli interventi riabilitativi.

L'impegnativa mira a garantire la permanenza nel nucleo abitativo e familiare della persona con disabilità. Viene previsto per tale tipologia di ICD un assegno mensile minimo di 400,00€ e massimo di 706,00€ modulato sulla base del progetto personalizzato, il trasferimento non viene condizionato a soglie ISEE e l'erogazione non è soggetta a rendicontazione.

A seguito della revisione sistemica dei requisiti di accesso alle Impegnative di Cura Domiciliari che si realizzerà nella triennalità di vigenza del presente Piano descritta nel precedente punto - Modalità di individuazione dei beneficiari, nell'ambito del paniere delle prestazioni l'implementazione coordinata delle prestazioni riguardanti l'erogazione di servizi in forma indiretta tramite l'utilizzo di titoli di acquisto mediante gli strumenti dell'accreditamento istituzionale e comunque nell'ambito dell'erogazione monetaria quale scelta di servizio frutto di valutazione multidimensionale e inserita nel PAI, si individua il seguente intervento:

ICDb plus: rivolta a persone non autosufficienti con elevato bisogno assistenziale. L'intervento viene attivato attraverso la valutazione UVMD. Il bisogno assistenziale viene rilevato attraverso la SVaMA semplificata. La complessità assistenziale che vive la persona non autosufficiente comporta la strutturazione di interventi complessi e continuativi che implicano le prestazioni relative all'assistenza delle attività strumentali della vita quotidiana (iADL) e all'assistenza nelle attività della vita quotidiana (ADL). Viene previsto per tale tipologia di ICD un assegno mensile di 400,00€ ed il trasferimento viene condizionato ad ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria inferiori a 50.000,00€. Viene contemplata la forma del voucher o del buono per l'acquisto di servizi e sono previste forme periodiche di controllo sugli interventi. Nell'ambito del progetto personalizzato vi è la modulazione degli interventi coordinati con i centri diurni e con l'assistenza domiciliare.

3.2.2 Gli altri interventi per le persone in condizione di disabilità gravissima: assistenza domiciliare e interventi complementari (ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali)

Descrivere gli interventi eventualmente previsti e il modo in cui si integrano con l'assegno di cura e per l'autonomia.

Nell'ambito degli interventi declinati all'articolo 1, comma 162 lett. b) della legge n. 234/2021 che contemplano la frequenza ai centri diurni-semiresidenziali, la Regione del Veneto ha costruito una rete di servizi diurni dedicati alle persone anziane non autosufficienti, di norma anziane, con ridotta autonomia psico-fisica e relazionale o con declino neurocognitivo che continuano a vivere nel proprio ambiente familiare. Tali interventi diurni semiresidenziali offrono una gamma di prestazioni che consentono alla persona di realizzare la miglior qualità di vita possibile in relazione alle proprie condizioni psico-fisiche-



479F833a



sociali, promuovendo la permanenza della persona stessa all'interno del proprio ambiente familiare il più a lungo possibile, garantendo nel contempo un supporto assistenziale. L'intervento definito dall'UVMD è descritto nel PAI prevede un progetto legato ad attività diurne giornaliere e il sostegno all'intervento è proporzionato al numero effettivo di giornate/anno/procapite erogate alla persona non autosufficiente. Il valore predefinito e onnicomprensivo del contributo è fissato in € 30,00 prodie/procapite. Il progetto di frequenza al centro diurno-semiresidenziale si integra e si modula in maniera coordinata e non sovrapposta nell'interesse della persona non autosufficiente con il sistema della domiciliarità così come definito nelle 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, nonché alle relative disposizioni attuative del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, alla DGR n. 670/2020 e DGR n. 1174/2021. Tali interventi concorrono alla garanzia degli aspetti sociali della presa in carico e del progetto individualizzato, fermo restando che per gli stessi è previsto il riconoscimento altresì di una quota sanitaria attribuita con risorse di natura sanitaria.

3.3 Gli interventi per le persone in condizione di disabilità grave: anche nella forma di trasferimenti monetari purché inseriti nel progetto personalizzato.

Descrivere gli interventi previsti.

Le ICD possono essere utilizzate anche per il pagamento della quota sociale per periodi di ricovero di sollievo nei casi necessari valutati in UVMD.

Gli interventi ad approvazione del piano vengono rimodulati in continuità con la precedente programmazione e nel triennio di vigenza sulla base dei criteri stabiliti al precedente punto 2 "modalità di individuazione dei beneficiari". Viene garantito nell'ambito del paniere delle prestazioni l'implementazione coordinata delle prestazioni nell'ambito dell'erogazione di servizi in forma indiretta tramite l'utilizzo di titoli di acquisto mediante gli strumenti dell'accreditamento istituzionale e comunque nell'ambito dell'erogazione monetaria quale scelta di servizio frutto di valutazione multidimensionale e inserita nel PAI.

Per quanto riguarda le tipologie di ICD previste 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, nonché alle relative disposizioni attuative del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, alla DGR n. 670/2020 e DGR n. 1174/2021 che possono essere assegnate alle persone con disabilità grave, nella forma dell'assegno di cura e per l'autonomia, le stesse sono le ICDb, le ICDm, le ICDp e le ICDf.

Le tipologie di ICD contemplate per le persone con disabilità grave descritte al precedente punto 2 sono:

ICDb: viene previsto per tale tipologia di ICD un assegno mensile di 120,00€ ed il trasferimento viene condizionato ad ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria inferiori a 16.700,00€. L'erogazione non è soggetta a rendicontazione, viene contemplata la forma del voucher o del buono per l'acquisto di servizi e sono previste forme periodiche di controllo sugli interventi. Nell'ambito del progetto personalizzato vi è la modulazione degli interventi coordinati con i centri diurni e con l'assistenza domiciliare.

ICDm: viene previsto per tale tipologia di ICD un assegno mensile di 400,00€ ed il trasferimento viene condizionato ad ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria inferiori a 16.700,00€. L'erogazione non è soggetta a rendicontazione, viene contemplata la forma del voucher o del buono per l'acquisto di servizi e sono previste forme periodiche di controllo sugli interventi. Nell'ambito del progetto personalizzato vi è la modulazione degli interventi coordinati con i centri diurni e con l'assistenza domiciliare.

ICDf: viene previsto per tale tipologia di ICD un assegno mensile massimo di 1.000,00€ modulato sulla base del progetto personalizzato, il trasferimento non viene condizionato a soglie ISEE e l'erogazione è soggetta a rendicontazione.

ICDp: viene previsto per tale tipologia di ICD un assegno mensile massimo di 706,00€ modulato sulla del



479F833a



base progetto personalizzato, il trasferimento non viene condizionato a soglie ISEE e l'erogazione non è soggetta a rendicontazione.

4 La programmazione delle risorse finanziarie per la realizzazione dei LEPS di erogazione di cui al comma 162 e al comma 164

PNNA 2022-2024 Matrice di Programmazione			Persone Non Autosufficienti		Persone con Disabilità		
			Alto bisogno assistenziale	Basso bisogno assistenziale	Gravissime	Gravi	
LEPS di Erogazione	Assistenza domiciliare sociale. Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari	L. 234/2021 Comma 162 Lettera a)		737.535,17	Obiettivi di servizio		
	Servizi sociali di sollievo	L. 234/2021 Comma 162 Lettera b)	1.728.900,00	9.491.130,00			
	Servizi sociali di supporto	L. 234/2021 Comma 162 Lettera c)					
	Contributi di cui al comma 164 e sostegno ai soggetti di cui all'art.1, co.255 della legge 205/2017	L. 234/2021 Comma 164	52.711.147,70	94.872.510,00		28.785.779,22	7.605.997,91
LEPS di Processo	Percorso Assistenziale Integrato	L. 234/2021 Comma 163	Accesso	Obiettivi di servizio		
			Prima valutazione			
			Valutazione Complessa			
			PAI			
Azioni di Supporto	Capacitazione ATS	L. 234/2021 Comma 166	5.192.961,97		407.038,03		
	Attività di formazione	L. 234/2021 Comma 166					
Totale			201.533.000,00				

Le regioni utilizzano le risorse secondo quanto previsto dall'art.1.co.168, della legge 234/21 al fine di garantire anche interventi a favore di persone anziane non autosufficienti con alto bisogno assistenziale e/o persone con disabilità gravissima. La quota di risorse da destinare alla realizzazione dei servizi per l'anno 2022 ammonta a euro 222.820,29.

5 Il monitoraggio degli interventi

Descrivere il sistema di monitoraggio dei flussi finanziari, dei trasferimenti effettuati, del numero dei beneficiari e delle diverse tipologie d'intervento.

Le ICD e i servizi sociali di sollievo - centri diurni e semiresidenziali sono gestiti attraverso una piattaforma WEB implementata dalle aziende ULSS e dai Comuni. La gestione delle risorse, il congelamento delle graduatorie e l'emissione delle impegnative è in capo alle aziende ULSS. Attraverso tale piattaforma gli ambiti delle aziende ULSS monitorano e gestiscono ogni singola ICD dalla fase della domanda alla fase della chiusura.

6 Le risorse e gli ambiti territoriali coinvolti nell'implementazione delle "Linee di indirizzo per Progetti di vita indipendente"

Indicare le risorse destinate ai progetti di vita indipendente, inclusive del cofinanziamento, e gli ambiti



479F833a



selezionati per l'implementazione degli interventi nel triennio. Assicurarsi che il co-finanziamento sia almeno pari al 20% dell'intero progetto. Ripetere la tabella per ciascuna annualità in caso di scelte diverse nel corso del triennio. L'attuale Piano definisce 15 ambiti finanziabili per i Progetti di Vita Indipendente (limite ministeriale di cui al DPCM 3/10/2022) fissando il co-finanziamento regionale pari al 20% dell'intero progetto. La Regione si impegna a sviluppare tali progetti in coordinamento con i fondi provenienti dal Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 5, prevedendo perciò la realizzazione di tali progettualità in 21 Ambiti Territoriali (come riportati nella tabella sottostante). Le risorse sono armonizzate e integrate con quelle previste dal Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale", Investimento 1.2 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità che prevedono progetti coerenti con le misure già in essere afferenti al Fondo per il Dopo di Noi e al Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza.

Risorse della quota del FNA e co-finanziamento destinate all'implementazione negli Ambiti Territoriali dei progetti di vita indipendente - Importo per ciascun anno del triennio 2022-2024

<i>Risorse FNA</i>	<i>Co-finanziamento</i>	<i>Totale</i>
1.200.000,00€	300.000,00€	1.500.000,00€

Indicazione n. Ambiti aderenti

n. 21 di cui 15 finanziabili da DPCM

Denominazione Ambiti Territoriali aderenti

ULSS 1	Ambito Sociale VEN_01 - Belluno in forma associata con Ambito Sociale VEN_02 - Feltre
ULSS 2	Ambito Sociale VEN_07 - Conegliano Ambito Sociale VEN_08 - Asolo Ambito Sociale VEN_09 - Treviso
ULSS 3	Ambito Sociale VEN_12 - Venezia Ambito Sociale VEN_13 - Mira Ambito Sociale VEN_14 - Chioggia
ULSS 4	Ambito Sociale VEN_10 - Portogruaro
ULSS 5	Ambito Sociale VEN_18 - Lendinara Ambito Sociale VEN_19 - Adria
ULSS 6	Ambito Sociale VEN_15 - Federazione dei Comuni del Camposampierese Ambito Sociale VEN_16 - Padova Ambito Sociale VEN_17 - Este
ULSS 7	Ambito Sociale VEN_03 - Bassano del Grappa Ambito Sociale VEN_04 - Thiene
ULSS 8	Ambito Sociale VEN_05 - Arzignano Ambito Sociale VEN_06 - Vicenza
ULSS 9	Ambito Sociale VEN_20 - Verona Ambito Sociale VEN_21 - Legnago Ambito Sociale VEN_22 - Sona
Totale n. 21 di cui 15 finanziabili da DPCM	



479F833a

