



REGIONE DEL VENETO
PIANO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA
2019-2021

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 non autosufficienza e vita indipendente.

La Regione del Veneto ha sviluppato un sistema di servizi sociali e socio-sanitari con l'obiettivo di sostenere e accompagnare le persone non autosufficienti e con disabilità attraverso politiche di integrazione. Le misure relative ai servizi sociali, integrati con quelli sanitari e socio-sanitari, si concretizzano in un insieme compiuto di servizi/prestazioni socio sanitarie e sostegni a valenza economica/trasferimenti monetari finalizzato a favorire la permanenza a domicilio della persona. L'offerta domiciliare si integra così in una rete territoriale di servizi ed interventi a carattere residenziale e semiresidenziale, rispondenti ai diversi livelli assistenziali necessari per garantire risposte congrue al bisogno delle persone non autosufficienti e delle persone con disabilità. In tale contesto si integrano inoltre gli interventi a minor livello di protezione (GAP) e Dopo di noi.

Il Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) 2019-2023, approvato con LR n. 48/2018, in continuità con il precedente PSSR 2012-2016 (LR n. 23/2012), individua gli indirizzi di programmazione socio-sanitaria regionale, prescrivendo un insieme di criteri strategici per la definizione di ogni intervento da implementare nel quinquennio di piano: monitoraggio del bisogno, ricomposizione e focalizzazione delle risorse, sussidiarietà e sinergia, *welfare* di iniziativa e *welfare* di comunità, integrazione socio-sanitaria e inclusione sociale.

Trovano, inoltre, ulteriore conferma le politiche di programmazione e di organizzazione degli interventi nell'ambito della non autosufficienza, che rispondono ai seguenti capisaldi:

- programmare i servizi coerentemente con i bisogni espressi nel contesto regionale;
- garantire l'erogazione uniforme in tutto il territorio regionale di servizi e delle prestazioni a favore delle persone non autosufficienti e con disabilità;
- confermare il modello regionale di integrazione socio-sanitaria;
- valorizzare le migliori pratiche sviluppate nei territori;
- rafforzare la relazione di *partnership* tra i diversi soggetti della rete di *welfare* regionale in una logica di corresponsabilità nella programmazione di obiettivi e azioni, nell'individuazione e apporto delle risorse necessarie all'attuazione di quanto programmato e nella proposizione e sviluppo di ogni iniziativa volta ad aggiornare il sistema rispetto all'evolversi dei bisogni, migliorando l'appropriatezza degli interventi.

In tale contesto programmatico, le misure che la Regione del Veneto si prefigge di portare a compimento nell'orizzonte del PSSR 2019-2023 riguardano principalmente i seguenti obiettivi strategici:

- implementare modalità e tecniche socio-educative e abilitative, assistenziali e tutelari scientificamente supportate e capaci di perseguire, anche con l'ausilio di tecnologie specifiche, il più alto livello possibile di funzionamento e autonomia delle persone con disabilità e non autosufficienza;
- favorire 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;
- attivare 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;
- rafforzare gli interventi a sostegno della domiciliarità, compresi gli interventi di sollievo, integrando in tal senso i trasferimenti monetari (ICD) con i servizi semiresidenziali (centri diurni);



- promuovere l'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;
- promuovere l'attivazione di percorsi e la creazione delle condizioni che portino le persone ad autodeterminarsi e, quindi, ad essere protagoniste della propria vita.

Di seguito si riportano 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. 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 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. 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. 1759/2019 *“Programmazione e attribuzione alle aziende ULSS delle risorse finanziarie regionali e statali per la non autosufficienza – anno 2019”*.

- 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 presente Piano è stato presentato alle Associazioni maggiormente rappresentative delle persone non autosufficienti e loro familiari in data 15/05/2020. Inoltre, ANCI Veneto, entrando nel merito del modello organizzativo-gestionale di cui si è dotata la Regione del Veneto ai fini dell'allocazione delle risorse provenienti dal Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza, ha evidenziato che esso rappresenta una modalità oramai consolidata e opportunamente strutturata



050cc13b



attorno al ruolo strategico svolto dalle aziende ULSS nella gestione coordinata degli interventi: ICD, ADI-SAD e sollievo in regime semiresidenziale sull'intero sistema ripartito per ambiti territoriali, sottolineandone la validità riguardo agli aspetti, non secondari, di equità allocativa, efficienza operativa e regolarità nell'erogazione degli interventi, e su tali riscontri ha comunicato, con nota prot. n. 860 del 3 Marzo 2020, che "ANCI Veneto sostiene la continuità di tale modalità organizzativa".

1.2 L'integrazione socio-sanitaria

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

Il PSSR 2019-2023 considera, anche sulla scorta dell'esperienza più che decennale maturata, l'integrazione socio-sanitaria quale modalità di intervento idonea a garantire una risposta assistenziale in linea con i parametri di appropriatezza, efficacia ed efficienza. Invero, tale modalità consente di pervenire alla definizione degli interventi secondo schemi organizzativi che coordinano a unità la molteplicità dei contributi di più soggetti attivi nel settore, ponendo la persona al centro del processo valutativo del bisogno secondo un approccio di presa in carico globale. In tale linea il Piano valorizza ogni possibile momento di coordinamento delle reti coinvolte nella filiera assistenziale attiva per l'assistito, finalizzato alla razionalizzazione e all'ottimizzazione di tutte le sinergie possibili per il raggiungimento di una maggior inclusione e qualità di vita della persona. Il coinvolgimento della famiglia e delle comunità di riferimento nei processi di presa in carico viene considerato fattore strategico di sostenibilità e di generazione di inclusione. Il ruolo del Distretto è fondamentale per la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria e il Terzo settore assume una funzione strategica, soprattutto nell'ambito della valorizzazione della partecipazione delle comunità locali. Gli interventi di sostegno alla domiciliarità sono considerati fondamentali nel sistema integrato e costituiscono, come detto, ambito privilegiato nella declinazione delle politiche della non autosufficienza e della disabilità ed, in particolare, nella ricomposizione di prestazioni, servizi, interventi e trasferimenti monetari, a valere questi ultimi sulle risorse del FNA, anche a garanzia dell'erogazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP) definiti nel Piano nazionale.

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 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";

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

1.2.1 Ambiti territoriali: L'articolo 23, comma 2, del D.Lgs. 15 settembre 2017, n. 147, prevede che "Nel rispetto delle modalità organizzative regionali e di confronto con le autonomie locali, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano adottano, in particolare, ove non già previsto, ambiti territoriali di programmazione omogenei per il comparto sociale, sanitario e delle politiche per il lavoro, prevedendo che gli ambiti territoriali sociali trovino coincidenza per le



050cc13b



attività di programmazione ed erogazione integrata degli interventi con le delimitazioni territoriali dei distretti sanitari e dei centri per l'impiego. Analogo impegno era stato assunto dalle Regioni con l'articolo 4, comma 1, lett. d) del DM 26 settembre 2016, richiamato nell'Allegato 3 del Piano per la non autosufficienza. Descrivere le modalità di attuazione dell'impegno della Regione.

La LR n. 19/2016 ha dettato disposizioni per l'individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle aziende ULSS, in particolare, i bacini delle aziende ULSS esistenti anteriormente alla data di entrata in vigore della legge citata, si configurano come Distretti (ambiti territoriali). Le aziende ULSS sono l'ente di coordinamento e operativo nella gestione dei servizi e degli interventi riferiti ai tre settori sanitario, socio-sanitario e sociale e svolgono un ruolo strategico nel processo di allocazione delle risorse. A riguardo, come più sopra evidenziato, l'ANCI Veneto con nota prot. n. 860 del 3 Marzo 2020 positivamente rappresenta tale modello, quale risorsa organizzativa per una risposta qualificata a beneficio di tutta la comunità regionale.

La LR n. 19/2016, così come già la LR n. 23/2012 "PSSR 2012-2016", ha confermato il ruolo strategico del modello di Distretto "forte", quale *"luogo privilegiato di gestione e coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali"*.

La Regione del Veneto ha provveduto ad articolare il proprio territorio in ambiti territoriali di programmazione omogenei per il comparto sanitario e sociale, stabilendo la coincidenza degli ambiti sociali intercomunali di cui all'articolo 8 della L. n. 328/2000 con le delimitazioni territoriali dei Distretti come definiti dalla LR n. 19/2016 al fine di favorire e sostenere una programmazione ed erogazione integrata degli interventi.

1.2.2 Punti Unici di Accesso: L'articolo 4, comma 1, lett. a) del DM 26 settembre 2016, richiamato nell'Allegato 3 del Piano per la non autosufficienza, prevede che le Regioni si impegnano a: *"prevedere o rafforzare, ai fini della massima semplificazione degli aspetti procedurali, punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi localizzati negli ambiti territoriali di cui alla lettera d), da parte di Aziende Sanitarie e Comuni, così da agevolare e semplificare l'informazione e l'accesso ai servizi sociosanitari"*. Descrivere le modalità di attuazione dell'impegno della Regione.

Il ruolo strategico del Distretto "forte" quale luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari territoriali e centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ambito dell'Azienda ULSS prevede, altresì, la realizzazione di punti unici di accesso (sportelli integrati).

Lo sportello integrato è stato definito e portato a sistema da alcuni anni in attuazione della DGR n. 39/2006 (allegato A, punto 7/a) nell'ambito del sistema della domiciliarità e definito operativamente con DGR n. 3109/2006.

E' un servizio con funzioni informative-orientative presso il quale la popolazione può accedere per presentare domande, conoscere i servizi e acquisire informazioni facilitate e mediate rispetto ai propri bisogni. Le funzioni orientative, informative sono state ulteriormente implementate, per effetto di successivi provvedimenti regionali, volti ad attualizzare 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. 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. Sul piano organizzativo, la metodologia di strutturazione della rete degli sportelli mira promuovere il più possibile integrazioni e sinergie all'interno dello stesso sportello.



050cc13b



1.2.3 Valutazione multidimensionale: L'articolo 4, comma 1, lett. c) del DM 26 settembre 2016, richiamato nell'Allegato 3 del Piano per la non autosufficienza, prevede che le Regioni si impegnano a: *“implementare modalità di valutazione della non autosufficienza attraverso unità multiprofessionali UVM, in cui siano presenti le componenti clinica e sociale, utilizzando le scale già in essere presso le Regioni, tenendo anche conto, ai fini della valutazione bio-psico-sociale, nella prospettiva della classificazione ICF, delle condizioni di bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci. Il PNA ribadisce che agli interventi a valere sul FNA, «si accede previa valutazione multidimensionale, effettuata da equipe multi professionali in cui siano presenti almeno le componenti clinica e sociale, secondo i principi della valutazione bio-psico-sociale e in coerenza con il sistema di classificazione ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute)». La valutazione multidimensionale va oltre lo specifico dell'analisi del bisogno assistenziale (la mNA di cui alle pagine precedenti) e «analizza le diverse dimensioni del funzionamento della persona con disabilità in prospettiva della sua migliore qualità di vita, ed in particolare, almeno le seguenti aree: cura della propria persona, inclusa la gestione di interventi terapeutici; mobilità; comunicazione e altre attività cognitive; attività strumentali e relazionali della vita quotidiana».* Descrivere l'impegno della Regione.

La programmazione regionale ha strutturato la propria azione prevedendo il meccanismo operativo dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD), costituita presso ciascun Distretto socio-sanitario nelle aziende ULSS del territorio regionale in ottemperanza alla DGR n. 4588/2007. Alla UVMD è affidato il compito di effettuare la diagnosi del bisogno bio-psico-sociale e di individuare la risposta più appropriata, per ogni persona valutata. La composizione dell'UVMD, proprio per la molteplicità dei profili oggetto di valutazione, prevede la presenza di operatori sociali, socio-sanitari e sanitari.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale costituisce la modalità di accesso al sistema integrato dei servizi socio-sanitari, nonché al riconoscimento dei sostegni e dei supporti di assistenza indiretta (trasferimenti monetari).

La domanda di valutazione per l'accesso alla rete dei servizi può essere effettuata dalla persona non autosufficiente, ovvero dal tutore o dall'amministratore di sostegno, da un familiare, da un operatore sociale, socio-sanitario e sanitario che ha in carico la persona.

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.

1.2.4 Progetto personalizzato: L'articolo 4, comma 1, lett. b) del DM 26 settembre 2016, richiamato nell'Allegato 3 del Piano per la non autosufficienza, prevede che le Regioni si impegnano a: *“attivare o rafforzare modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano personalizzato di assistenza, che integri le diverse componenti sanitaria, sociosanitaria e sociale in modo da assicurare la continuità assistenziale, superando la frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali e quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona non autosufficiente ha bisogno e favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia, anche attraverso l'uso di nuove tecnologie”.* Il PNA prevede che *«La valutazione ... è finalizzata alla definizione*



050ccc13b



del progetto personalizzato..., [che] individua gli specifici sostegni di cui la persona con disabilità grave necessita», inclusi gli interventi a valere sul FNA. Descrivere l'impegno della Regione.

Il quadro normativo di riferimento in materia definisce il progetto personalizzato quale documento di sintesi che viene approvato dall'UVMD ed elaborato sulla base di valutazioni tecnico-specialistiche multidisciplinari. Nel progetto interagiscono elementi di valutazione clinica, assistenziale, sociale, psicologica, linguistico-comunicativa e relazionale. Gli elementi del progetto sono integrati e condivisi con la persona non autosufficiente e/o con i *caregivers*, per garantire il più possibile la partecipazione attiva, l'*empowerment* e l'autodeterminazione, al fine di definire risposte appropriate alle specifiche esigenze della persona. Il progetto personalizzato è lo strumento di ricomposizione delle diverse risorse e opportunità disponibili, messe a disposizione nell'ambito della presa in carico. Attraverso il progetto personalizzato i vari interventi, sostegni, servizi e supporti, anche nella forma di trasferimenti monetari, vengono programmati e opportunamente integrati e coordinati in modo unitario e mirato rispetto al bisogno e alle aspirazioni della persona. Vengono assunti nella predisposizione del progetto come criteri guida il miglioramento della qualità di vita e la sostenibilità del sistema. Sempre in fase operativa l'attuazione del progetto è sottoposta ad un monitoraggio riferito alle fasi di evoluzione dei bisogni e, ciò, permette di modificare prontamente gli obiettivi di cura e assistenza per renderli più aderenti alle esigenze della persona non autosufficiente. L'UVMD individua, quindi, nel progetto personalizzato il "*case manager*", cioè l'operatore di riferimento per la persona.

Gli interventi previsti dal progetto devono essere descritti in termini di esiti attesi.

1.2.5 Budget di Progetto L'articolo 4, comma 1, lett. e) del DM 26 settembre 2016, richiamato nell'Allegato 3 del Piano per la non autosufficienza, prevede che le Regioni si impegnano a: "*formulare indirizzi, dandone comunicazione al Ministero del lavoro e delle politiche sociali e al Ministero della salute, ferme restando le disponibilità specifiche dei finanziamenti sanitario, sociosanitario e sociale, per la ricomposizione delle prestazioni e delle erogazioni, in un contesto di massima flessibilità delle risposte, adattata anche alle esigenze del nucleo familiare della persona non autosufficiente (es.: budget di cura).*" Il PNA prevede che il progetto personalizzato *«contiene il budget di progetto, quale insieme di tutte le risorse umane, economiche, strumentali da poter utilizzare in maniera flessibile, dinamica ed integrata»*. Descrivere l'impegno della Regione.

Il modello per l'ottimale allocazione delle risorse che la Regione del Veneto ha assunto a riferimento si incardina sul Budget di progetto. Il progressivo consolidamento della metodologia per la costruzione del budget, viene valorizzato dalla messa a disposizione degli ambiti territoriali, come sopra definiti, di moduli informatici predisposti per la rilevazione delle valutazioni e dei progetti individuali e di moduli informatici predisposti per l'emissione delle impegnative e per la rilevazione delle prestazioni.

Il quadro normativo di riferimento è quello dell'art. 14 della L. n. 328/2000 come integrato dalla L. n. 112/2016. Il budget di progetto, parte sostanziale dello strumento operativo del progetto personalizzato, si costruisce attraverso "*la definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, strumentali, professionali e umane atte a garantire la piena fruibilità dei sostegni indicati per qualità, quantità ed intensità nel progetto personalizzato*". Esso ripropone, su un piano di maggior analiticità, l'insieme dei sostegni e supporti previsti e di quelli di cui la persona non autosufficiente risulta già beneficiaria in una logica di ricomposizione delle risorse.

L'impegno della Regione è finalizzato a superare la frammentazione che la persona vive nei diversi ambiti di cura e assistenza e diventa fondamentale nella costruzione del budget mettere a disposizione tutte le risorse (pubbliche, persona/famiglia, comunità) ricollocandole



efficacemente con il fine di raggiungere gli obiettivi previsti nel progetto personalizzato.

Gli elementi fondamentali considerati nella costruzione partecipata del budget sono:

- la centralità della persona e del suo progetto personalizzato;
- la garanzia della massima partecipazione della persona non autosufficiente attraverso la sottoscrizione di impegni e responsabilità da verificare nel tempo secondo indicatori stabiliti;
- l'individuazione del *case manager* (per il monitoraggio dell'adeguatezza del progetto ai bisogni del soggetto e degli obiettivi del budget);
- la descrizione del processo di monitoraggio con l'indicazione di tutti i soggetti coinvolti nello stesso (UVMD, *case manager*, familiari, erogatori di prestazioni, altro)
- la definizione dei risultati attesi in relazione alle risorse ed ai sostegni messi a disposizione;
- l'individuazione degli indicatori atti a misurare gli esiti raggiunti rispetto a quelli attesi, anche in relazione all'efficacia e all'efficienza dei sostegni programmati;
- le ipotesi di aggiornamento del progetto individuale a seguito del monitoraggio del budget di progetto.

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. 164/2014, DGR n. 1047/2015 e DGR n. 571/2017 ha istituito l'Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD) definendone anche i criteri di accesso. Attraverso questi provvedimenti la Regione ha disposto e implementato una riprogrammazione delle prestazioni in materia di domiciliarità a favore delle persone non autosufficienti.

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 (decritti al precedente punto 1.2.2) che sono 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, SVaMDi).



050cc13b



Il riconoscimento del diritto all'ICD è condizionato all'accertamento dei criteri generali da parte del Distretto socio-sanitario di:

- 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.

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

In particolare:

ICDm: 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.

Includere 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 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 .

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 ICD 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.

ICDsla: rivolta a persone affette da sclerosi laterale amiotrofica valutate attraverso la SVaMA, con quadro sinottico appositamente definito dalla DGR n. 1986/2013 con punteggio



PSOC>160, finalizzato a verificare l'adeguatezza del supporto erogato dalla famiglia o dalla rete sociale e le alternative alla istituzionalizzazione.

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. 104/92) e l'indennità di accompagnamento, valutate attraverso la SVaMDi.

Ulteriori requisiti necessari sono la presenza tra le diagnosi del codice ICD-X = H 54 (sordità) 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 utenti con diagnosi compatibili con i seguenti gruppi nosologici secondo la classificazione ACG:

- NUR 06 – Parkinson;
- NUR 08 – Sclerosi multipla;
- NUR 09 – Distrofia muscolare;
- NUR 12 – Quadriplegia;
- NUR 15 – Esiti da trauma cranico;
- NUR 18 – Esiti di paralisi cerebrale infantile.

ICDp: rivolta a 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 (sordità) 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.

- 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 ai fini del FNA e per i criteri di accesso alle misure, si fa riferimento alla DGR n. 1338/2013 ed alle successive DGR n. 164/2014 e DGR n. 1047/2015.

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



050cc13b



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 ;

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), con presenza di indennità di accompagnamento, valutati attraverso SVaMDi.

3. La descrizione degli interventi e dei servizi programmati

➤ L'articolo 2 del DM 26 settembre 2016, richiamato nell'Allegato 2 del Piano, individua le seguenti aree prioritarie di intervento riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni:

a) *l'attivazione o il rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, anche in termini di ore di assistenza personale e supporto familiare, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni alla evoluzione dei modelli di assistenza domiciliari;*

b) *la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con trasferimenti monetari nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari nelle forme individuate dalle Regioni o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato, di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b), e in tal senso monitorati;*

c) *la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie, nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare, assumendo l'onere della quota sociale e di altre azioni di supporto individuate nel piano personalizzato, di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b), e ad esclusione delle prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea.*

Descrivere gli interventi previsti distinguendo quelli per le persone in condizione di disabilità gravissima e quelli per le persone in condizione di disabilità grave.

Le impegnative di cura domiciliare disciplinate dalle DGR n. 1338/2013 e dalle successive DGR n. 164/2014, DGR n. 1047/2015 e DGR n. 571/2017, previste per le 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, sia attraverso la assegnazione di un contributo economico riconosciuto alla persona non autosufficiente ed erogato alla persona stessa o al familiare che ne garantisce adeguata assistenza e cura, sia attraverso l'assegnazione di un



050cc13b



monte ore di prestazioni o di servizi di pari valore. L'assistenza indiretta attraverso l'erogazione di un contributo economico/trasferimento monetario è la forma preponderante di erogazione dell'assistenza. Sulla base del bisogno e del livello di gravità delle persone non autosufficienti viene garantito il rafforzamento del supporto attraverso prestazioni di assistenza domiciliare diretta (prestazioni ADI-SAD e/o in regime di semiresidenzialità).

Interventi per disabilità gravissime

ICDm: rivolta a persone affette da demenze di tutti i tipi accompagnate da gravi disturbi comportamentali con maggior bisogno assistenziale rilevabile dal profilo SVaMA. 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).

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.

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.

ICDp: rivolta a persone con disabilità psichica e intellettiva 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.

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



050cc13b



interventi di cura e assistenza 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.

Interventi per disabilità grave

ICDb: rivolta a persone con basso bisogno assistenziale rilevabile dalla scheda SVaMA semplificata in funzione del progetto assistenziale individuale redatto dall'assistente sociale in collaborazione con in MMG. Gli interventi sono relativi alle attività strumentali della vita quotidiana (iADL) e all'assistenza nelle attività della vita quotidiana (ADL).

ICDm: rivolta a persone demenze di tutti i tipi accompagnate da gravi disturbi comportamentali o con maggior bisogno assistenziale. Sulla base della complessità della persona non autosufficiente titolare dell'impegnativa, l'intervento viene classificato gravissimo o grave.

ICDp: rivolta a persone con disabilità psichica e intellettiva di età compresa tra 3 e 64 anni a cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap grave ed **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. Sulla base della gravità della persona non autosufficiente titolare dell'impegnativa l'intervento viene classificato quale gravissimo o grave. L'impegnativa viene modulata sulla base della gravità della persona con disabilità rilevata nel piano personalizzato.

3.1 G/li interventi per le persone in condizione di disabilità gravissima

3.1.1 Assegno di cura e per l'autonomia

L'assegno per l'autonomia deve rispondere ai seguenti parametri:

- avere carattere sostitutivo di servizi;
- inserirsi 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;
- può eventualmente essere condizionato a ISEE, ma per valori non inferiori a 50 mila euro, accresciuti a 65 mila in caso di beneficiari minorenni, dove l'ISEE da utilizzare è quello per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria;
- le erogazioni possono essere 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.

Le tipologie di ICD previste dalla DGR n. 1338/2013 e dalle successive DGR n. 164/2014, DGR n. 1047/2015 e DGR n. 571/2017 che possono essere assegnate alle persone con disabilità gravissima, nella forma dell'assegno di cura e per l'autonomia, sono le ICDm, le ICDa, le ICDsla, le ICDp e le ICDf. Tali ICD garantiscono interventi previsti dall'articolo 2 del D.M. 26 settembre 2016 e sono rivolti a persone con disabilità gravissime così come previste dall'articolo 3 del DM 26 settembre 2016.



050cc13b



Le impegnative hanno carattere sostitutivo di servizi e vengono assegnate sulla base della valutazione UVMD che, nella definizione del progetto personalizzato, valuta anche la percorribilità dell'intervento di assistenza indiretta rispetto all'erogazione diretta di servizi. Le impegnative di cura domiciliare sono previste per dodici mensilità e vengono rinnovate di anno in anno al permanere dei requisiti. È prevista la formulazione di una *Ceck List* di verifica periodica da parte dei servizi dell'Azienda ULSS o del Comune. Il riconoscimento delle impegnative avviene attraverso lo scorrimento di graduatorie uniche gestite dalle aziende ULSS con riferimento agli ambiti territoriali individuati con LR n. 19/2016, sulla base delle risorse disponibili.

Le tipologie di ICD contemplate per le persone con disabilità gravissima, per le quali viene previsto anche un rafforzamento del supporto attraverso prestazioni di assistenza domiciliare diretta, descritte al precedente punto 2 sono:

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 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: viene previsto per tale tipologia di ICD un assegno mensile di 800,00€ ed il trasferimento, che in via transitoria al fine di non compromettere la continuità dei sostegni garantiti, viene condizionato ad ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria inferiori a 60.000,00€ sia per i beneficiari maggiorenni che per quelli minorenni, posizionandosi tale soglia ad un livello intermedio tra quelle indicate nel Piano nazionale rispettivamente di 50.000,00€ e di 65.000,00€. 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 l'assistenza domiciliare. Non è previsto l'inserimento in centro diurno.

ICDsla: 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: 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: 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.

3.1.2 *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.

3.2 *Gli interventi per le persone in condizione di disabilità grave: assistenza domiciliare,*



050cc13b



assistenza indiretta (anche nella forma di trasferimenti monetari), interventi complementari (ricoveri di sollievo)

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.

Per quanto riguarda le tipologie di ICD previste dalla DGR n. 1338/2013 e dalle successive DGR n. 164/2014, DGR n. 1047/2015 e DGR n. 571/2017 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 base del progetto personalizzato, il trasferimento non viene condizionato a soglie ISEE e l'erogazione non è soggetta a rendicontazione.

4. La programmazione delle risorse finanziarie

Indicare la previsione di spesa per le singole attività finanziabili con le risorse del Fondo distinguendo l'importo destinato alle persone con disabilità grave e gravissime.

La previsione di spesa soddisfa i criteri indicati all'art. 2, comma 6, del DPCM del 21 Novembre 2019, che dispone l'utilizzo delle risorse del fondo non autosufficienza prioritariamente e, comunque, in maniera esclusiva per una quota non inferiore al 50% per gli interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, di cui all'art. 3 del DM del 26 Settembre 2016, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da SLA e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di *Alzheimer*.

La previsione di spesa soddisfa, inoltre, quanto disposto all'art. 4 del DPCM del 21 Novembre 2019 laddove stabilisce che "*almeno 14,96 milioni di euro a valere sulla quota del Fondo per le non autosufficienze trasferita a ciascuna regione*", oltre a individuare nell'allegato F) "*le modalità attuative, inclusa la quota minima di risorse da destinare a livello regionale*". Pertanto, l'importo destinato ai progetti per la vita indipendente ammonta ad 1.680.000,00€, valore che tiene conto, altresì, di quanto previsto dal D.D. n. 669 del 28 Dicembre 2018.



050cc13b



Con riferimento alle modalità di erogazione dei finanziamenti, si rappresenta che ai fini degli adempimenti di cui all'art. 2, comma 3, parte seconda, del DPCM 21 Novembre 2019 e all'art. 1, comma 3, parte prima, del DD n. 37 del 23 Marzo 2020, le risorse verranno trasferite alle aziende ULSS, anche mediante rimesse mensili, che provvederanno al loro utilizzo unitario, coordinato e regolare a favore degli utenti residenti nei 21 ambiti territoriali secondo il modello richiamato al paragrafo 1.1 previsto nella programmazione regionale.

Aree di intervento	Annualità 2019		Annualità 2020		Annualità 2021	
	Interventi per disabilità gravissima	Interventi per disabilità grave	Interventi per disabilità gravissima	Interventi per disabilità grave	Interventi per disabilità gravissima	Interventi per disabilità grave
a) Assistenza domiciliare						
b) Assistenza indiretta	22.756.040,00	21.076.040,00	24.653.700,00	22.973.700,00	22.585.330,00	20.905.330,00
c) Interventi complementari all'assistenza domiciliare						
Totale (esclusa vita indipendente)	22.756.040,00	21.076.040,00	24.653.700,00	22.973.700,00	22.585.330,00	20.905.330,00
d) Progetti Vita indipendente	1.680.000,00		1.680.000,00		1.680.000,00	
Totale	45.512.080,00		49.307.400,00		45.170.660,00	

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 nei differenti ambiti previsti.

Le ICD sono gestite 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 selezionati per l'implementazione degli interventi nel triennio. Assicurarsi che il cofinanziamento sia almeno pari a quanto stabilito con le linee guida approvate con D.D. n. 669 del 28 Dicembre 2018, e cioè il 20% dell'intero progetto. Il totale delle risorse è pertanto pari ad almeno 100 mila euro per il numero di ambiti indicato nella Tabella al punto 41 delle linee guida approvate con il citato D.D. Ripetere la tabella per ciascuna annualità in caso di scelte diverse nel corso del triennio.

La previsione di spesa soddisfa quanto disposto all'art. 4 del DPCM del 21 Novembre 2019 e rimane invariata per il triennio del Piano per la non autosufficienza 2019 – 2021.

Risorse della quota del FNA e co-finanziamento destinate all'implementazione negli Ambiti Territoriali dei progetti di vita indipendente



050cc13b



<i>Risorse FNA</i>	<i>Co-finanziamento</i>	<i>Totale</i>
1.680.000,00 €	420.000,00 €	2.100.000,00 €
Indicazione n. Ambiti aderenti		
<i>n. 21</i>		
Denominazione Ambiti Territoriali aderenti		
1. Azienda ULSS 1 Dolomiti – Distretto 1 di Belluno		
2. Azienda ULSS 1 Dolomiti – Distretto 2 di Feltre		
3. Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana – Distretto di Treviso		
4. Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana – Distretto di Pieve di Soligo		
5. Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana – Distretto di Asolo		
6. Azienda ULSS 3 Serenissima – Distretto 1 e 2 – Venezia e terraferma		
7. Azienda ULSS 3 Serenissima – Distretto 3 Mirano e Dolo		
8. Azienda ULSS 3 Serenissima – Distretto 4 – Chioggia		
9. Azienda ULSS 4 Veneto orientale – Distretto San Donà di Piave		
10. Azienda ULSS 5 Polesana – Distretto Rovigo		
11. Azienda ULSS 5 Polesana – Distretto Adria		
12. Azienda ULSS 6 Euganea – Distretti 1, 2, 3		
13. Azienda ULSS 6 Euganea – Distretto 4 Alta Padovana		
14. Azienda ULSS 6 Euganea – Distretto 5 Padova Sud		
15. Azienda ULSS 7 Pedemontana – Distretto 1		
16. Azienda ULSS 7 Pedemontana – Distretto 2		
17. Azienda ULSS 8 Berica – Distretto Ovest vicentino		
18. Azienda ULSS 8 Berica – Distretto Vicenza		
19. Azienda ULSS 9 Scaligera – Distretti 1 e 2 Verona		
20. Azienda ULSS 9 Scaligera – Distretto 3 Pianura veronese		
21. Azienda ULSS 9 Scaligera – Distretto 4 Ovest veronese		



050cc13b

