Bur n. 72 del 20/08/2013

(Codice interno: 254138)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1338 del 30 luglio 2013

Revisioni delle prestazioni costituenti LEA aggiuntivi regionali (cd. extra-LEA) in ambito socio-sanitario. Istituzione dell'Impegnativa di Cura Domiciliare (DGR 154/CR del 24 dicembre 2012 e DGR 37/CR del 3 maggio 2013).

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:
Vengono riprogrammate le prestazioni in materia di domiciliarità ex LR 30/2009 con l'istituzione dell'Impegnativa di Cura Domiciliare in luogo dell'Assegno di Cura per le persone non autosufficienti e degli interventi per l'aiuto personale e per la vita indipendente per le persone con disabilità. Se ne approvano i contenuti assistenziali (che ne consentono l'ascrizione ai LEA sanitari), le modalità di erogazione e la modulistica, nonché il riparto delle impegnative e delle relative risorse per l'anno 2013.

Il Presidente Luca Zaia, riferisce quanto segue.

Con la DGR 154/CR del 24 dicembre 2012 - con la quale è stato chiesto parere alla competente Commissione del Consiglio regionale in merito all'assegnazione provvisoria alle Aziende Sanitarie del Veneto per l'erogazione delle risorse finanziarie per i livelli essenziali di assistenza per gli esercizi 2013, 2014 e 2015 - è stata ravvisata la necessità di procedere ad una revisione complessiva delle prestazioni che costituiscono LEA aggiuntivi regionali (cd. extra-LEA), così come censiti da ultimo con la DGR 1103/2012. A tale scopo è stato dato mandato al Segretario regionale alla Sanità di verificare, avvalendosi di un gruppo di lavoro con professionalità socio-sanitarie, i contenuti e le modalità di utilizzo e l'efficacia delle prestazioni dei LEA aggiuntivi regionali, al fine di rinnovare gli atti programmatori di tali prestazioni.

Con decreto del Segretario regionale alla Sanità n. 2 del 14 gennaio 2013 è stato costituito il gruppo di lavoro al quale è stato confermato il mandato contenuto nella DGR 154/CR, consistente nella produzione, entro 45 giorni dalla data del decreto, di una deliberazione da sottoporre all'approvazione della Giunta regionale contenente un nuovo quadro delle prestazioni che, nel solco della tradizione veneta di integrazione dei servizi socio assistenziali con quelli sanitari, possa contribuire a garantire una elevata qualità di vita ai cittadini del Veneto nel rispetto delle disponibilità economiche del prossimo triennio 2013-2015, anche attraverso una diversa modalità di compartecipazione nella loro erogazione.

Il gruppo di lavoro è stato inoltre chiamato a lavorare alla predisposizione dei provvedimenti in merito alla sospensione e rimodulazione dei finanziamenti dedicati ai LEA aggiuntivi regionali, limitatamente a quelli in ambito socio-sanitario ricadenti nel Fondo regionale per la non autosufficienza e alle azioni transitorie verso le nuove prestazioni.

La DGR 154/CR ha altresì proposto la sospensione dei finanziamenti alle prestazioni extra-LEA a far data dal 1 gennaio 2013.

In sede di esame della DGR 154/CR, la Quinta Commissione consiliare ha invitato il Presidente della Giunta regionale a richiedere entro il 28 febbraio 2013 la conclusione dei lavori del gruppo tecnico, al fine di poter formulare entro il 31 marzo 2013 il parere della Commissione sulla proposta di revisione delle prestazioni extra-LEA, nonché di individuare nel secondo trimestre dell'anno 2013 il momento nel quale far decorrere l'introduzione del nuovo quadro di LEA aggiuntivi.

Operando nei termini previsti, il gruppo di lavoro ha consegnato al Segretario regionale alla Sanità e Sociale le risultanze delle attività istruttorie compiute, che sono state adottate dalla Giunta regionale con la deliberazione 37/CR del 3 maggio 2013, successivamente inviata alla Quinta Commissione consiliare per l'espressione del prescritto parere.

Ai sensi della LR 30/2009, è stato altresì acquisito il parere della Conferenza regionale permanente per la Programmazione Sanitaria e Socio Sanitaria, espresso nella seduta del 20 giugno 2013 e trasmesso con nota del 26 giugno 2013.

In data 27 giugno 2013 è stato espresso anche il parere favorevole della V Commissione consiliare, trasmesso con nota prot. 13061 del 12 luglio 2013.

Entrambe le citate note sono conservate agli atti della Segreteria regionale alla Sanità.

Il presente provvedimento, tenuto conto di alcuni elementi emersi nell'iter consultivo, nonché delle problematiche legate alla tempistica di attuazione, rispetto alla DGR 37/CR opera alcune modifiche in merito ai seguenti ambiti:

a) tempistica di attuazione;

b) valore e numero delle ICD e possibilità di utilizzo delle risorse eventualmente residue per l'acquisto di ausili;

c) rinvio del riallineamento del numero di impegnative, già previsto per il 2014, che viene procrastinato a nuovo atto della Giunta regionale, sentita la competente Commissione. Sostanzialmente in questo modo il provvedimento opera una trasformazione in "Impegnativa" dell'Assegno di cura prima erogato "a bando", mantenendo il numero dei beneficiari maggiore o uguale a quello esistente nell'ultima rilevazione e rinviando a successivo atto una diversa distribuzione e perequazione nei territori del numero delle impegnative e delle relative risorse;

d) correzione di un errore materiale nell'elenco delle Impegnative di residenzialità (colonna C delle tabelle A1 e B dell'Allegato C);

e) correzione del limite di ISEE da 16.500,00€ a 16.631,71€, come vigente per l'Assegno di Cura;

f) modifica del metodo di attribuzione del riparto delle ICDb (ex ADI-SAD) e delle ICDf, che viene effettuato in parte tenendo conto dei riparti degli anni precedenti, come definito nelle tabelle A2 ed E dall'**Allegato A** del presente provvedimento.

1. Ambito di intervento

In considerazione del mandato ricevuto, il gruppo di lavoro ha dedicato l'analisi ai LEA aggiuntivi regionali nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria, che impiegano, nella rilevazione effettuata dalla DGR 1103/2012, circa il 75% delle risorse extra-LEA, tutte a carico del Fondo regionale per la non autosufficienza, istituito con l'articolo 3 della LR 1/2008. I livelli aggiuntivi considerati riguardano le seguenti attività:

. assegni di cura (DGR 39/2006 e DGR 4135/2006);

. interventi in accentrata regionale (per telesoccorso e telecontrollo e per l'informatizzazione dell'assegno di cura);

. interventi nell'ambito della domiciliarità per persone disabili (aiuto personale, progetti di autonomia personale, vita indipendente);

. costi del trasporto delle persone disabili ai Centri diurni (LR 5/2008, articolo 5);

. integrazione regionale alle quote di RSA per persone disabili (DGR 3972/2002).

Di queste misure il gruppo di lavoro ha proposto una revisione metodologica e contenutistica limitatamente agli assegni di cura, agli interventi nell'ambito della domiciliarità delle persone disabili ed agli interventi in accentrata regionale, suggerendo di lasciare invariate le altre linee di intervento fintanto che non giunga ad operatività la DGR 1059/2012 istitutiva di un nuovo sistema informatico di gestione della residenzialità extraospedaliera.

A sei anni, perciò, dall'introduzione dell'Assegno di Cura con la DGR 4135/2006, la Regione del Veneto con questo atto intende compiere un nuovo passo nella definizione delle politiche a sostegno delle cure domiciliari per le persone non autosufficienti.

L'Assegno di Cura, che dal 2007 ha unificato gli interventi previsti dalle LR 28/1991 e dai diversi provvedimenti che dal 2001 hanno riconosciuto le forme di sostegno per la presenza di disturbi del comportamento e l'assunzione di assistenti familiari (Badanti), evolve in uno strumento che accoglie in un unico paniere di servizi tutti gli interventi integrativi alle Cure Domiciliari, consentendo la programmazione di servizi e di risorse nell'ambito della classificazione delle politiche socio-sanitarie prevista dal d.lgs. 229/1999 e dal conseguente Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie del 14 febbraio 2001.

La metafora del paniere di servizi consente, inoltre, di riunire in maniera sistematica l'insieme degli interventi rivolti alle Cure Domiciliari nell'ambito della non autosufficienza, e di ricondurre ad una programmazione e gestione unitaria anche le politiche affini quali gli interventi di aiuto personale, autonomia personale e vita indipendente, la cui programmazione regionale è contenuta nella DGR 1859/2006 (Linee di indirizzo e disposizioni per la predisposizione del piano locale della disabilità).

E' stata inoltre inserita una nuova linea di intervento prevista dalla legge di stabilità 2013 (Legge 228/2012) con la quale il legislatore nazionale ha rispristinato il Fondo nazionale per le Non Autosufficienze (FNA). Nella proposta di riparto di tale fondo, per la quale il 24 gennaio 2013 è stata approvata l'intesa nella Conferenza unificata di cui al d.lgs. 281/1997 in vista del Decreto interministeriale di riparto, è stato previsto il vincolo di utilizzo di almeno il 30% delle risorse ripartite a favore di

persone in condizione di disabilità gravissima, in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continua nelle 24 ore per: gravi patologie cronico degenerative non reversibili, ivi inclusa la SLA, gravi demenze, gravissime disabilità psichiche multi patologiche, gravi cerebro lesioni, stati vegetativi, gravi patologie associate a dipendenza vitale da apparecchiature elettromedicali.

L'unicità di interventi del nuovo paniere è stata realizzata anche con l'inserimento delle linee di intervento dell'ADI-SAD e del Sollievo, già oggetto di riparto del Fondo sanitario regionale - Fondo regionale per la non autosufficienza nella tabella LEA.

Il comune denominatore del presente atto è costituito, infine, dall'unitarietà e dall'uniformità degli interventi nel territorio regionale, che trovano con questo provvedimento un riordino della disciplina ed una più omogenea distribuzione nel territorio, che sarà chiamato ad intercettare e rispondere al bisogno anche attraverso una più calibrata ripartizione delle risorse.

2. LEA e LEA aggiuntivi regionali

L'obiettivo di questo provvedimento è stato quello di identificare e qualificare nell'ambito dei servizi programmati a livello regionale per le cure domiciliari - con esclusione delle attività di medicina generale e specialistica, e di assistenza infermieristica e riabilitativa - tutte le azioni che si possono configurare tra le sanitarie a rilevanza sociale, anche qualora corrispondano ad interventi sostitutivi di carattere economico.

Di conseguenza l'appartenenza delle prestazioni ai LEA o ai LEA aggiuntivi regionali viene stabilita in base alla specifica situazione di bisogno del beneficiario e dal discernimento, da parte dei soggetti deputati alla presa in carico, sullo strumento in grado di venire incontro ai bisogni dell'assistito, a prescindere dalle modalità di erogazione (contributo di natura economica o erogazione diretta di servizi).

La normativa nazionale di riferimento è costituita dal DPCM 14 febbraio 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie) e dal DPCM 29 novembre 2001 (Definizione dei Livelli essenziali di assistenza).

3. L'Impegnativa di Cura Domiciliare

A partire dalle date individuate al punto 7, gli interventi compresi nel paniere della domiciliarità in ambito socio-sanitario vengono denominati Impegnativa di Cura Domiciliare, il cui acronimo viene indicato con la sigla ICD seguita, in minuscolo, dalla lettera che ne identifica la tipologia, come verrà illustrato di seguito.

Le novità introdotte sono sostanzialmente le seguenti:

a. L'ICD viene strutturata in cinque categorie, mutuamente esclusive (come già previsto con l'istituzione dell'Assegno di Cura con DGR 4135/2006), per la risposta alle seguenti tipologie di bisogno:

. utenti con basso bisogno assistenziale (ICDb), corrispondenti agli utenti previsti dalla LR 28/1991, i cui bisogni sono rilevati nell'ambito della rete dei servizi sociali e, per la parte sanitaria, dal Medico di Medicina Generale.

. utenti con medio bisogno assistenziale (ICDm), corrispondenti agli utenti con presenza di demenze di tutti i tipi accompagnate da gravi disturbi comportamentali o con maggior bisogno assistenziale rilevabile dal profilo SVaMA.

. utenti con alto bisogno assistenziale (ICDa), corrispondenti a persone con disabilità gravissime e in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continua nelle 24 ore, come previsto nell'intesa della Conferenza unificata sulla proposta di DPCM di riparto del FNA 2013, ai sensi della Legge 228/2012.

. utenti con grave disabilità psichica e intellettiva (ICDp): questa tipologia di ICD assorbe e riunisce in un'unica fattispecie le specifiche contenute nella DGR 1859/2006 in materia di interventi di promozione dell'autonomia personale e di aiuto personale.

. utenti con grave disabilità fisico-motoria (ICDf): questa tipologia di ICD è destinata a persone in età adulta, con capacità di autodeterminazione e grave disabilità fisico-motoria, ed assorbe i progetti di vita indipendente.

b. Il valore o il tetto dell'ICD è pre-determinato per ciascuna tipologia. L'unità di misura minima dell'ICD è il mese solare. Il riparto delle ICD per Aziende ULSS viene fatto per ICD annuali equivalenti.

c. Sulla base delle risorse annualmente messe a riparto, è definito un numero di impegnative per Azienda ULSS in funzione dell'indice di fabbisogno (come definito dalla DGR 464/2006) o della popolazione residente. Per le impegnative di bassa e di

media intensità il fabbisogno è corretto in modo da incrementare le impegnative di cura domiciliare a favore delle Aziende ULSS con una minore dotazione di impegnative di residenzialità. Per tale motivo la determinazione di questa tipologia di impegnative sarà aggiornata annualmente, in presenza di variazioni del riparto di impegnative di residenzialità.

d. Le impegnative sono erogate sulla base di una graduatoria unica aziendale con una sezione per ciascuna tipologia. Si ottiene in tal modo un effetto di semplificazione che consente di poter erogare con celerità l'IDC, quando prevista in forma di contributo economico, senza dover attendere il conteggio semestrale delle domande al fine di dividere il budget tra gli aventi diritto. La chiusura dell'impegnativa (per decesso, ingresso in servizi residenziali, trasferimento in altra ULSS/regione, conclusione del progetto senza rinnovo) determina l'immediato subentro di un nuovo richiedente, attraverso lo scorrimento della graduatoria.

e. L'accesso alle ICD di media e alta intensità, e quelle per le persone con disabilità grave, è stabilito dall'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD). Per quelle di bassa intensità la competenza istruttoria è dell'assistente sociale, in collaborazione con il MMG.

f. Le ICD possono essere erogate in forma di contributo economico oppure in forma di servizi. Nell'ambito delle ICD di bassa intensità, il finanziamento regionale include le risorse finora erogate ai Comuni con il riparto della voce ADI-SAD.

g. Viene introdotta l'attivazione periodica da parte delle Aziende ULSS di forme di controllo in merito alla qualità assistenziale conseguita con l'erogazione dell'ICD, attraverso visite domiciliari dell'assistente sociale o di operatori distrettuali, nell'ambito degli accessi di ADI, oppure su disposizione del Comune o dell'ente delegato. A tale scopo è inclusa nel modulo di domanda dell'ICD, contenuto nell'**Allegato B** del presente provvedimento anche una *check-list* di valutazione, che viene sottoscritta dal richiedente.

h. La procedura informatica di gestione dell'ICD potrà essere messa in relazione con gli strumenti aziendali delle Cure Domiciliari. Il flusso dati generato dalle ICD verrà inoltre integrato al flusso dati delle Cure Domiciliari, nonché ad altre banche dati riguardanti la disabilità (ad esempio degli interventi della Legge 104/92), per una migliore lettura del bisogno ed una più efficace programmazione degli interventi e delle risorse.

Il contenuto assistenziale delle prestazioni domiciliari a favore delle persone non autosufficienti, gli approfondimenti normativi e le procedure di funzionamento dell'ICD (contenuto assistenziale, modalità e requisiti di accesso, graduatorie, modalità di erogazione e durata, forme di controllo), il valore delle ICD e le modalità di riparto delle ICD e delle relative risorse tra le Aziende ULSS, nonché le modalità di informatizzazione e le procedure di transizione, sono definiti nell'**Allegato A**, parte integrante ed essenziale del presente provvedimento.

Con l'**Allegato B** si portano inoltre in approvazione il nuovo modulo di domanda per l'ICD e le schede di raccolta dati, che dovranno essere utilizzati a partire dalla data di pubblicazione nel BURV del presente provvedimento.

4. Valore e riparto delle ICD e delle risorse

Il valore della quota per ciascuna tipologia di ICD è stato definito in funzione del valore medio registrato nelle ultime annualità di gestione dei servizi che con il presente provvedimento si vanno a sostituire, nonché delle risorse regionali messe a riparto, come illustrato nel paragrafo 8 dell'**Allegato A**.

Con l'**Allegato C**, si approvano pertanto le seguenti tabelle di riparto:

. Tabella A1) Riparto delle ICDb (escluso ADI-SAD);

. Tabella A2) Riparto delle ICDb (ex ADI-SAD);

. Tabella B) Riparto delle ICDm;

. Tabella C) Riparto delle ICDa;

. Tabella D) Riparto delle ICDp;

. Tabella E) Riparto delle ICDf;

. Tabella F) Riparto del Sollievo.

Nonché le seguenti:

. Tabella G) Riepilogo delle impegnative;

. Tabella H) Riepilogo delle risorse ripartite;

. Tabella I) Dati demografici e determinazione dell'indice di fabbisogno al 1 gennaio 2013 con i criteri definiti con la DGR 464/2006.

In particolare, si evidenzia che il numero di impegnative (e le relative risorse) per le ICDb (escluso ADI-SAD), le ICDm, le ICDp e le ICDf sono assegnate in maniera da conservare il numero di utenti beneficiari al momento della transizione.

Per quanto riguarda le ICDa, di nuova istituzione, il numero delle impegnative è individuato empiricamente sulla base di una stima, in funzione dell'importo. Le singole Aziende ULSS, informata la Conferenza dei Sindaci, potranno, nei limiti del budget assegnato, modificare l'importo assegnabile e, in funzione di questo, comunque verificando il bisogno nel territorio di competenza, modificare conseguentemente il numero complessivo delle ICD erogabili.

Si evidenzia inoltre che con la tabella F dell'Allegato C, vengono ripartite le risorse per il Sollievo (in riferimento alla DGR 39/2006) che ciascuna Azienda, informata la Conferenza dei Sindaci e la Direzione regionale Servizi sociali, potrà utilizzare ad integrazione delle ICD o per l'emissione di impegnative di residenzialità temporanee (che dovranno essere rilevate attraverso il flusso della DGR 2961/2012), e comunque nell'ambito delle attività definite come LEA.

5. Risorse per i LEA e per i LEA aggiuntivi regionali

Per quanto riguarda le ICD, nel riparto regionale delle risorse sono perciò ascritte alle risorse per i LEA, per un totale di € 94.503.062,00:

. il 75% delle risorse per l'ICDb e l'intero ammontare di quelle per l'ex ADI-SAD;

. tutte le risorse per ICDm e ICDa, nonché per ICDp e ICDf e Sollievo.

Sono ascritte ai LEA aggiuntivi regionali le risorse per il 25% delle ICDb, per un totale di € 6.999.840,00 stimando la presenza di un numero di utenti non presi in carico ADI, per i quali non si verifica la condizione illustrata al paragrafo 1.2 dell'**Allegato A.**

Per quanto riguarda le ulteriori linee di intervento in ambito domiciliare, si ritiene di poter ascrivere alle risorse LEA le risorse in accentrata regionale per la gestione del telesoccorso e telecontrollo e in via generale, per le motivazioni sopra addotte, per l'informatizzazione dell'ICD.

Per quanto riguarda i servizi di telesoccorso e telecontrollo, le nuove linee guida contenute nel recente Piano Socio Sanitario regionale consentono di inquadrare questo servizio quale strumento per la gestione territoriale al di fuori dell'ambiente ospedaliero (usualmente "contenitivo e protettivo") delle eventuali richieste di intervento assistenziale non differibili e potenzialmente a carattere d'urgenza. Dal punto di vista figurativo si può pensare al telesoccorso e telecontrollo come estensione dell'interfono tra il letto e la guardiola di un reparto di degenza.

Il riparto delle suddette risorse sarà riportato nell'ambito del riparto del Fondo sanitario regionale per il 2013. Nelle more di tale provvedimento le Aziende ULSS sono autorizzate ad emanare gli eventuali atti di spesa necessari all'assegnazione delle ICD, anche in considerazione dell'acquisito parere della V Commissione consiliare.

6. Regolamento tipo per la predisposizione ed il finanziamento delle impegnative di cura domiciliare per persone con disabilità fisico-motoria (icdf)

Con l'**Allegato D** si approva, infine, il regolamento tipo regionale per la predisposizione ed il finanziamento delle ICD per persone con disabilità fisico-motorie che entrerà in vigore a partire dal 1 gennaio 2014. Tale tipologia di intervento, assorbe e sostituisce i contributi per la vita indipendente, per i quali, in fase istruttoria, è stata riscontrata una eterogeneità di strumenti e di regolamentazioni tra le Aziende ULSS del Veneto. In questo modo, anche con le disposizioni contenute nell'**Allegato A**, si intendono portare tali regolamentazioni ad uniformità in tutto il territorio regionale.

7. Modalità e Tempistica di attuazione del provvedimento

Per l'attuazione del presente provvedimento, in esecuzione della DGR 612/2013 l'individuazione del fornitore della procedura per la gestione informatizzata delle ICD è stata affidata all'Azienda ULSS 7 di Pieve di Soligo per il tramite della Direzione regionale Servizi sociali. In ragione dell'opportunità di coordinamento informatico delle attività nell'ambito della Segreteria regionale alla Sanità, l'Azienda ULSS 7 opererà in collaborazione con il Servizio Sistema Informatico SSR della Direzione regionale Controlli e Governo SSR.

Per quanto riguarda la gestione del progetto di avvio delle ICD, il coordinamento è affidato alla Direzione regionale Attuazione Programmazione sanitaria, che si avvarrà della collaborazione dell'Azienda ULSS 12. A tale scopo, con decreto del Segretario regionale alla Sanità e Sociale verrà approvata una convenzione per disciplinare l'espletamento delle necessarie attività, unitamente al necessario impegno economico per il rimborso delle spese, che verrà effettuato con risorse del Fondo Sanitario regionale - Fondo regionale per la non autosufficienza, gestione accentrata.

In merito alla tempistica si illustra quanto segue.

a. Per quanto riguarda le ICDb e le ICDm- che sostituiscono l'Assegno di Cura, per il quale, a far data dal 16 febbraio 2013 non è più in atto la convenzione con ANCI-SA e viene operata una raccolta manuale delle domande da parte dei Comuni e delle Aziende ULSS-nelle more di realizzazione della procedura informatica di cui al punto 9 dell'**Allegato A**, verrà messo a disposizione di un sistema informativo per la mera raccolta delle domande pervenute. Al contempo le Aziende ULSS dovranno verificare la sussistenza dei requisiti per il 2013 dei beneficiari della procedura Assegno di Cura 2012 (escludendo le persone decedute e quelle che hanno perso il diritto all'ADC per i motivi previsti dal regolamento dell'ADC). Tutto ciò al fine di abbreviare i tempi di input delle domande e della ricognizione dei beneficiari esistenti e di pervenire, entro il corrente anno, alla determinazione dei beneficiari di ICDb e ICDm secondo le modalità complessivamente illustrate nell'**Allegato A**.

b. Per quanto riguarda le ICDa verrà attivata con tempestività, già nel corso del 2013, la gestione della procedura secondo le modalità illustrate nell'**Allegato A**. Le domande verranno raccolte manualmente e per la via telematica provvisoria sopra descritta, in attesa di determinare le graduatorie con la procedura informatica definitiva.

c. Per quanto riguarda le ICDp e le ICDf per il 2013, mantenendo il budget assegnato con la Tabella H dell'**Allegato C**, la gestione di questa risposta assistenziale viene effettuata con le regole attualmente in vigore per i progetti di aiuto personale e di vita indipendente. La gestione delle ICDp e le ICDf, con le modalità descritte nell'**Allegato A** avrà inizio dal 1 gennaio 2014.

d. La modulistica dovrà essere utilizzata a partire dalla data di pubblicazione nel BURV del presente atto, e potrà essere scaricata dalla seguente area web: http://icd.regione.veneto.it, dove sarà resa disponibile anche una pagina di FAQ.

Il relatore conclude la propria relazione e sottopone all'approvazione della Giunta il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

- Udito il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, in ordine anche con la compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;

- Vista la DGR 154/CR del 24 dicembre 2012 e la DGR 1103/2012;

- Viste la DGR 39/2006 e 4135/2006 e la DGR 1859/2006;

- Vista laLR 30/2009 e gli articoli 3 e 5 della LR 1/2008;

- Visti l'articolo 3-*septies* del d.lgs. 229/1999, il DPCM 14 febbraio 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie) e il DPCM 29 novembre 2001 (Definizione dei Livelli essenziali di assistenza) e la DGR 3972/2002;

- Vista la Legge 228/2012 e le intese del 24 gennaio 2013 della Conferenza unificata di cui al d.lgs. 281/1997 in merito al riparto del Fondo Nazionale per le Politiche sociali e del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze;

- Visto il d.lgs. 118/2011 e la DGR 1102/2012;

- Acquisito il parere della Conferenza regionale permanente per la Programmazione Sanitaria e Socio Sanitaria, espresso nella seduta del 20 giugno 2013 e trasmesso con nota del 26 giugno 2013;

- Acquisito il parere favorevole della V Commissione consiliare, formulato nella seduta del 27 giugno 2013 e trasmesso con nota prot. 13061 del 12 luglio 2013.

delibera

1. Di approvare le motivazioni esposte in premessa, facenti parte integrante del provvedimento.

2. Di approvare l'**Allegato A**, parte integrante e sostanziale del provvedimento, contenente le disposizioni applicative per l'istituzione dell'Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD).

3. Di approvare l'**Allegato B**, contenente la modulistica per le domande di ICD e le schede di raccolta dati, che dovranno essere utilizzate in luogo della modulistica preesistente a far data dalla pubblicazione del presente atto nel BURV.

4. Di approvare, con le tabelle contenute nell'**Allegato C**, la ripartizione delle ICD per tipologia di intervento e per Azienda ULSS. L'assegnazione delle risorse alle ULSS, come definita dalla Tabella H dell'Allegato C,sarà confermata con il riparto del Fondo sanitario regionale per il 2013. Nelle more di tale provvedimento le Aziende ULSS sono autorizzate ad emanare gli eventuali atti di spesa necessari all'assegnazione delle ICD.

5. Di stabilire, per le motivazioni illustrate in premessa, che per quanto riguarda le ICD e il Sollievo sono ascrivibili ai LEA tutte le risorse, con esclusione del 25% delle risorse per l'ICDb (tranne quelle per l'ex ADI-SAD), e che sono ascrivibili ai LEA anche le risorse per il Telesoccorso.

6. Di approvare l'**Allegato D** contenente il regolamento tipo regionale per la predisposizione ed il finanziamento delle ICD per persone con disabilità fisico-motorie a partire dal 1 gennaio 2014.

7. Di approvare con la Tabella I dell'**Allegato C** la determinazione del fabbisogno regionale per l'anno 2013 ai sensi della DGR 464/2006, anche per gli altri scopi previsti dalla programmazione regionale in materia di non autosufficienza.

8. Di stabilire che, in ragione dell'opportunità di coordinamento informatico delle attività nell'ambito della Segreteria regionale alla Sanità, l'esecuzione della DGR 612/2013 da parte dell'Azienda ULSS 7 opererà in collaborazione con il Servizio Sistema Informatico SSR della Direzione regionale Controlli e Governo SSR.

9. Di assegnare il coordinamento della gestione del progetto di avvio delle ICD alla Direzione regionale Attuazione Programmazione sanitaria, che si avvarrà della collaborazione dell'Azienda ULSS 12. A tale scopo, con decreto del Segretario regionale alla Sanità e Sociale verrà approvata una convenzione per disciplinare l'espletamento delle necessarie attività, unitamente al necessario impegno economico per il rimborso delle spese, che verrà effettuato con risorse del Fondo Sanitario regionale - Fondo regionale per la non autosufficienza, gestione accentrata.

10. Di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa aggiuntiva a carico del bilancio regionale.

11. Di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino ufficiale della Regione.