



giunta regionale



-7 MAG. 2013 Data

Protocollo N° 180 901 /51.04 Class: A.000.01.2 Prat.

Allegati N°

OGGETTO: Trasmissione deliberazione della Giunta regionale n. 37/CR del 3 maggio 2013: "Revisioni delle prestazioni costituenti LEA aggiuntivi regionali (cd. extra-LEA) in ambito socio-sanitario. Istituzione dell'impegnativa di Cura domiciliare. Richiesta di parere alla Commissione consiliare (Dgr 154/Cr del 24.12.2012)".

l del 07/05/2013

Consiglio Regionale del Veneto Prot.: 0008501 Titolario 2.14

CRV

spc-UPA



Al Signor Presidente del Consiglio regionale VENEZIA

e, p.c.:

Il Segretario regionale per la Sanità

SEDE

La Giunta regionale ha approvato la deliberazione n. 37/CR indicata in oggetto.

Al fine del provvedimento da adottarsi da parte della Giunta medesima, si prega di promuovere il parere della competente Commissione consiliare, ai sensi dell'art. 41 della legge regionale n. 5 del 9 febbraio 2001 e dagli artt. 2 e 5 della legge regionale n. 30 del 18 dicembre 2009.

Cordiali saluti.

d'ordine del Présidente Il Segretario della Giunta Avv. Mario Ćaramel

P.O. ATTI DELLA GIUNTA E O.D.G. (tel. n. 041/2792937 – fax n. 041/2792936 e-mail uff delibere@regione veneto.it) Responsabile: rag. Maria Clara Martignon Referente: Marina Busetto – tel. n. 2935

> Segreteria della Giunta regionale Unità di Progetto Verifica Atti Dorsoduro, 3901 - 30123 Venezia Tel. 0412792947 - Fax 041/2792809

Cod. Fisc. 80007580279 P.IVA 02392630279



giunta regionale 9^ legislatura

Struttura amministrativa competente: Segreteria regionale per la Sanità Presidente Vicepresidente Assessori

		1.	•
Luca	Zaia	X	
Marino	Zorzato	X	
Renato	Chisso	X	,,,,,,
Roberto	Ciambetti	X	
Luca	Coletto	X	*********
Maurizio	Conte	X	
Marialuisa	Coppola	X	.,,
Elena	Donazzan		Χ
Marino	Finozzi	X	********
Massimo	Giorgetti	X	
Franco	Manzato	X	.>
Remo	Sernagiotto	X	
Daniele	Stival	X	

Segretario

Mario

Caramel

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 3 7 __del GB - 3 MAG. 2013

OGGETTO: Revisioni delle prestazioni costituenti LEA aggiuntivi regionali (cd. extra-LEA) in ambito socio-sanitario. Istituzione dell'Impegnativa di Cura Domiciliare.Richiesta di parere alla Commissione consiliare (DGR 154/CR del 24 dicembre 2012).

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 si descrivono e si portano all'attenzione della Giunta regionale con il presente provvedimento, al fine di conseguire il parere della Quinta Commissione consiliare per la successiva definitiva deliberazione da parte della Giunta.

1. AMBITO DI INTERVENTO

In considerazione del mandato ricevuto, il gruppo di lavoro ha dedicatol'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 teleassistenza 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).

revisione misure il gruppo di lavoro propone una contenutisticalimitatamente agli assegni di cura, agli interventi nell'ambito della domiciliarità delle persone disabili ed agli interventi in accentrata regionale, proponendo 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 complementari 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 interventoprevista dalla legge di stabilità 2013 (Legge 228/2012) con la quale il legislatore nazionale ha rispristinato il Fondo nazionale per leNon Autosufficienze (FNA). Nella proposta di riparto di tale fondo, per la quale il 23 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 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

Dal 1 luglio 2013 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:

- 1. L'ICD viene strutturata in cinque categorie, mutuamente esclusive, 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 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.
- 2. 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.
- 3. 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.
- 4. 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.

- 5. 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.
- 6. 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.
- 7. 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.
- 8. 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 prestazionidomiciliari 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.

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.

In particolare, si evidenzia che per l'anno 2013 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. Il numero delle ICD assegnate dovrà essere perciò progressivamente allineato al numero di ICD calcolate secondo gli standard di riferimento. A tale scopo, perciò, le Aziende ULSS che dovranno allinearsi verso un numero di impegnative inferiore, al cessare delle impegnative assegnate per il 2013 non potranno emettere nuove impegnative fino al raggiungimento del tetto di impegnative esplicitato, nelle relative tabelle (A1, B, D, E) nella colonna "ICD definitive". Le altre Aziende potranno allineare il numero di impegnative verso il valore superiore a partire dal 1 gennaio 2014.

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 € 94.513.341,00:

- 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 in via generale, per le motivazioni sopra addotte, per l'informatizzazione dell'ICD.

Per quanto riguarda i servizi di Telesoccorso, 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 come estensione dell'interfono tra il letto e la guardiola di un reparto di degenza.

Il riparto delle suddette risorse potrà essere definitivamente effettuato nell'ambito del riparto del FSR.

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, che 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, che in questo modo, anche con le disposizioni contenute nell'**Allegato A**, si intendono portare ad uniformità in tutto il territorio regionale.

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 23 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.

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 stabilire la data di avvio delle ICD a partire dal 1 luglio 2013.
- 5. Di approvare, con le tabelle contenute nell'Allegato C, la ripartizione delle ICD per tipologia di intervento e per Azienda ULSS. L'assegnazione alle ULSS è proposta in via provvisoria ai sensi della DGR 154/CR del 24 dicembre 2012e dovrà essere confermata con il riparto del Fondo sanitario regionale per il 2013.
- 6. 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.
- 7. 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.
- 8. 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.
- 9. Di incaricare la Segreteria della Giunta della trasmissione della presente deliberazione al Consiglio regionale per l'acquisizione del parere da parte della competente Commissione consiliare previsto dall'articolo 41 della Legge regionale 9 febbraio 2001, n. 5 e dagli articoli 2 e 5 della Legge regionale 18 dicembre 2009, n. 30.

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

IL SEGRETARIO F.to Avv. Mario Caramel IL PRESIDENTE F.to Dott. Luca Zaia



ALLEGATO A Dgr n. 37

deCB - 3 MAG. 2013



L'IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE (ICD)

1. PREMESSA

A sei anni dall'introduzione dell'Assegno di Cura con la DGR 4135/2006, la Regione del Veneto con questo atto compie 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 tutti gli interventi complementari 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 dall'Atto di indirizzo e coordinamento 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, di promozione dell'autonomia personale e di 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).

Da ultimo, con la legge di stabilità 2013, il legislatore nazionale nel ripristinare il Fondo nazionale per la non autosufficienza (FNA), di concerto con la Conferenza delle Regioni, ha approvato il riparto per l'anno 2013, inserendovi il vincolo di utilizzo del 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'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 prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, anche qualora corrispondano ad interventi sostitutivi di carattere economico.

Di conseguenza l'appartenenza delle prestazioni ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) o a LEA aggiuntivi regionali (cd. extra-LEA) viene stabilita dalla 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 del servizio (contributo di natura economica o erogazione diretta di servizi). Tale strumento, inoltre, risulta coerente con la vigente normativa nazionale (DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie", DPCM 29 novembre 2001"Definizione dei Livelli essenziali di assistenza").

Si delineano, di seguito, le procedure con le quali, dal 1 luglio 2013, si configura l'introduzione dell'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:



- 1) L'ICD viene strutturata in cinque tipologie, **mutuamente esclusive**, per la risposta a bisogni di bassa e di media intensità (corrispondenti alle fasce dell'Assegno di cura); per gli interventi a favore di persone con grave disabilità psichica e intellettiva (promozione dell'autonomia personale e di aiuto personale) e a favore di persone con disabilità fisico-motoria (vita indipendente delle persone disabili); per gli interventi vincolati previsti nell'ambito del riparto del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze del 2013 destinati a persone con disabilità gravissime e di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continua nelle 24 ore (alto bisogno assistenziale).
- 2) Il valore 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.
- 3) 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 variazioni del riparto delle impegnative di residenzialità.
- 4) 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 previsto 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.
- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) 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 previsti dalla Legge 104/92), per una migliore lettura del bisogno ed una più efficace programmazione degli interventi e delle risorse.

1.1 Il contenuto assistenziale delle prestazioni domiciliari a favore delle persone non autosufficienti

Partendo dalla condizione di non autosufficienza dell'utente (sia anziano che disabile) si declinano di seguito le attività che usualmente non essendo più eseguibili in autonomia devono ricevere supporto e assistenza:

- A. Supervisione e sorveglianza a soggetti con mobilità conservata/ridotta ma presenza di decadimento cognitivo e/o disturbi del comportamento che ne consentirebbero comportamenti a rischio per l'incolumità personale e dei conviventi (aggressività) oltre che la fuga (wandering).
- B. Assistenza nelle attività strumentali della vita quotidiana (iADL)
 - a) assumere i farmaci in sequenza e dosi corrette;
 - b) fare la spesa;

37

CR - 3 MAG. 2013

- pag. 3/20
- EG (C)

- c) preparare i pasti;
- d) fare il bucato;
- e) eseguire i lavori domestici;
- f) gestire piccole somme di denaro;
- g) usare il telefono per comunicare.
- C. Assistenza nelle attività della vita quotidiana (ADL) in genere riassunte dalle 6 fondamentali e gerarchicamente strutturate:
 - a) fare il bagno o la doccia/lavarsi;
 - b) usare il WC/toilet;
 - c) camminare in una stanza;
 - d) spostarsi dal letto a poltrona/sedia;
 - e) vestirsi e svestirsi;
 - f) mangiare.

In genere nei Centri di servizio residenziali per persone non autosufficienti, le attività (A) e (C) sono erogate dalla figura professionale dell' operatore socio-sanitario (OSS) e la somministrazione dei farmaci (B-a) è di norma delegata all'infermiere.

A domicilio invece, la sorveglianza (A) e le attività strumentali della vita quotidiana (B, con l'esclusione della somministrazione dei farmaci) sarebbero erogabili anche da assistenti alla persona, non necessariamente qualificati come OSS.

La somministrazione dei farmaci potrebbe essere supervisionata periodicamente da un infermiere domiciliare, ma eseguita quotidianamente da un familiare o persona di sua fiducia formata/addestrata dall'infermiere dell'ADI. L'ADI-H inoltre (con consegna dei farmaci in distribuzione diretta a domicilio) consentirebbe di semplificare il processo di ripetizione delle ricette e di acquisto dei farmaci in farmacia territoriale da parte della famiglia.

1.2 Richiamo alla normativa nazionale in materia di prestazioni socio-sanitarie e di definizione dei Livelli essenziali di assistenza in ambito socio-sanitario

Distinguiamo due aree. Per quanto riguarda quella degli anziani e delle persone con patologie cronico degenerative, si richiama il DPCM 14 febbraio 2001, *Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie* (ai sensi dell'articolo 3 *septies* del d.lgs. 229/1999) che, in materia di finanziamento delle prestazioni domiciliari nell'area degli anziani e delle persone con patologie cronico degenerative, afferma che le prestazioni domiciliari sono:

- a) 100% a carico del SSR per la medicina generale e specialistica e per l'assistenza infermieristica e riabilitativa;
- b) 50% sanitario e 50% dei Comuni (con compartecipazione della spesa) per l'assistenza tutelare alla persona;
- c) 100% a carico dei comuni per l'aiuto domestico e familiare.

Per quanto riguarda l'area delle persone con disabilità grave, il citato Atto di indirizzo, prevede a carico del SSN l'assistenza ai disabili attraverso interventi di recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minoranze fisiche, psichiche o sensoriali e tramite prestazioni domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e assistenza protesica. Si ritiene che non rientrino tra queste le prestazioni domiciliari rese tramite l'ICD.

Tutte le attività sono oggetto di ICD sono verificate sia tramite l'elaborazione dei dati della procedura informatica che attraverso il controllo periodico disposto con le modalità descritte nel presente documento.

delCR - 3 MAG. 2013_{4/20}





2. OBIETTIVI E DISPOSIZIONI COMUNI

L'Impegnativa di Cura Domiciliare persegue l'ottica della presa in carico, da parte dei servizi sociali e sociosanitari di Comuni, enti delegati e Aziende ULSS, delle situazioni di disagio dovute alla presenza in famiglia di persone non autosufficienti, ovvero alla condizione di disabilità personale, al fine di supportare le azioni con un insieme di interventi integrati tra loro.

L'ICD mira a garantire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti sia attraverso la assegnazione di un contributo economico riconosciuto alla persona non autosufficiente di qualsiasi età ed erogato alla persona stessa o al familiare che ne garantisce adeguata assistenza e cura, sia attraverso l'assegnazione di un monte ore di prestazioni o di servizi di pari valore.

Tutte le attività compiute con l'assegnazione dell'ICD ricadono nelle prestazioni e consistono nell'assistenza nelle attività strumentali della vita quotidiana (iADL) ovvero nell'assistenza alle attività della vita quotidiana (ADL).

A tale scopo, sulla scorta dell'esperienza condotta con l'assegno di cura e con la programmazione degli interventi di aiuto personale, di vita indipendente e di domiciliarità in situazioni straordinarie, vengono identificate le seguenti tipologie di beneficiari e di impegnative:

- 1) **utenti con basso bisogno assistenziale (ICDb)**, corrispondenti agli utenti previsti dalla LR 28/1991¹, i cui bisogni sono rilevati nell'ambito della rete dei servizi sociali e, per la parte sanitaria, dal Medico di Medicina Generale. (Paragrafo 3 del presente documento).
- 2) **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 (Paragrafo 4).
- 3) **utenti con alto bisogno assistenziale (ICDa)**, come previsto dal DPCM di riparto del FNA 2013, ai sensi della Legge 228/2012 (Paragrafo 5).
- 4) **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 (Paragrafo 6).
- 5) **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 (Paragrafo 7).

2.1 Modalità generali di accesso

Il cittadino accede all'ICD tramite gli sportelli integrati e gli altri punti di accesso della rete dei servizi (sportelli dei servizi sociali, sportelli distrettuali) individuati dagli enti locali e dalle Aziende ULSS e connessi via internet alla procedura informatica per l'ICD.

La domanda di ICD può essere presentata in qualunque momento.

Sono soggetti titolati a presentare la domanda di ICD:

- a) la persona interessata o legale rappresentante (tutore, curatore, amministratore di sostegno ai sensi della Legge 6/2004);
- 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.

¹ Articolo 2 della LR 28/1991: "Destinatari degli interventi di cui al comma 2 del precedente art. I sono le persone, residenti nel Veneto, prive di autonomia fisica o psichica che, pur non necessitando di ricovero continuativo in strutture ospedaliere, abbisognano di particolari interventi assistenziali e di rilievo sanitario nel proprio domicilio."





Nei casi b) e c) è necessario che il richiedente dichiari che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della domanda e le informazioni in essa contenute (tale dichiarazione è contenuta nel modulo di domanda). Il servizio sociale può accettare anche domande presentate per persone i cui familiari non sono tutti consenzienti alla presentazione della domanda, previa verifica che l'accoglimento della domanda corrisponda realmente agli interessi della persona assistita e che il richiedente stia effettivamente assicurando adeguata assistenza.

Il modulo di domanda, comprensivo dell'informativa al trattamento dei dati personali, è riportato nell'Allegato B di questa deliberazione.

La domanda deve essere corredata dei seguenti documenti:

- a) certificazione ISEE;
- b) scheda di valutazione multidimensionale (SVaMA, come illustrato al paragrafo 2.2, SVaMDi o altre scale di valutazione per la disabilità), inizialmente compilata dal MMG e dall'assistente sociale.

Al modulo è altresì aggiunta la "delega alla riscossione". La riscossione del beneficio, se erogato in forma di contributo economico, può essere delegata solo al legale rappresentante (tutore, curatore, amministratore di sostegno).

La domanda di ICD, la contestuale autorizzazione al trattamento dei dati personali, e l'ICD stessa gualora attribuita, restano valide sino a quando:

- a) la persona che l'ha presentata, o la persona nel cui interesse è stata presentata, chiede di ritirare la domanda;
- b) la persona non autosufficiente si trasferisce in altra Regione, è deceduta o è divenuta titolare di impegnativa di residenzialità. In caso di trasferimento ad altra ULSS per cambio di residenza l'ICD è mantenuta sino alla scadenza a carico dell'ULSS di provenienza
- c) L'eventuale progetto definito dall'UVMD, o dall'assistente sociale (per le sole ICDb), giunge a scadenza senza essere rinnovato.

Sono validamente presentate come domande di ICD tutte le domande di Assegno di cura precedenti risultate idonee al 15 febbraio 2013 nelle procedure informatiche ISEEnet, che verranno trasferite nel nuovo sistema informatico e quelle raccolte in forma cartacea nel periodo di transizione, che verranno registrate con la data di protocollazione da parte dell'ente temporaneamente incaricato alla raccolta.

Pertanto coloro per i quali è già presente una domanda di Assegno di cura valida al 30 giugno 2013 non devono presentare una nuova domanda.

Lo stesso vale per quanto riguarda i progetti di promozione di aiuto e autonomia personale di vita indipendente: valgono le domande presentate in base alla normativa preesistente il presente provvedimento e rimangono validi, sino alla scadenza, i progetti in corso al momento dell'approvazione del presente atto. Tutte le procedure per la transizione sono definite nel capitolo 11.

2.2 Requisiti comuni di accesso

Il riconoscimento del diritto all'ICD è condizionato all'accertamento di:

- a) condizione di non autosufficienza sotto i profili sanitario e sociale che evidenzia la necessità di un particolare supporto, attraverso l'aiuto da altra persona in una o più attività della vita quotidiana, come definite nel paragrafo 1.1;
- b) sufficiente adeguatezza del supporto erogato dalla famiglia, direttamente o indirettamente, e/o dalla rete sociale a copertura delle esigenze della persona;
- e) condizione economica della famiglia o della persona, quando previsto, di cui fa parte la persona non autosufficiente contenuta entro i limiti di seguito illustrati;

Gli altri requisiti sono dettagliati nei paragrafi relativi a ciascuna tipologia di ICD.

pag. 6/20



La condizione di non autosufficienza viene misurata, anche ai fini dell'attribuzione del punteggio per le graduatorie, con i seguenti strumenti:

- a) Per le ICDb con la <u>SVaMA semplificata</u>, il cui modello è riportato in Allegato B al presente provvedimento. In ragione della verifica dell'adeguatezza del supporto erogato dalla famiglia o dalla rete sociale, il punteggio del supporto della rete sociale è invertito, assegnando il valore massimo (3 punti) alla presenza di un buon supporto della rete sociale.
- b) Per le ICDm e le ICDa con la <u>SVaMA con quadro sinottico modificato</u>. In ragione della verifica dell'adeguatezza del supporto erogato dalla famiglia o dalla rete sociale, il calcolo del punteggio SVaMA viene modificato dal sistema informatico di inserimento dei dati della SVaMA sostituendo nel quadro sinottico della SVaMA (DGR 2961/2012, Allegato B, pagina 17) i valori opzionati dalla griglia di verifica delle alternative alla istituzionalizzazione con i corrispondenti valori contenuti nella seguente griglia:

Esistono alternative alla istituzionalizzazione	25
Le alternative alla istituzionalizzazione rispondono parzialmente ai bisogni	20
Non vi sono alternative alla istituzionalizzazione	
Assoluta urgenza sociale (in attesa di istituzionalizzazione)	

TERMATIVE ALLA INTITUZIONIAI IZZAZIONIE	
TERNATIVE ALLA ISTITUZIONALIZZAZIONE	
	(

(max 25)

Nell'Allegato B del presente provvedimento viene perciò proposto il quadro sinottico modificato, che deve essere utilizzato per determinare il punteggio ai fini della graduatoria delle ICD.

c) Per le ICDp e le ICDf, in attesa di perfezionare l'utilizzo della SVaMDi (DGR 2960/2012) per la determinazione di punteggi in relazione al bisogno assistenziale, l'intensità del bisogno è misurata in UVMD con scale di valutazione adeguate alla disabilità (tra cui comunque anche la SVaMDi)

2.3 Condizione economica della famiglia

In base all'articolo 33, comma 1, della LR 1/2004 e alla DGR 39/2006, la situazione economica dei richiedenti i benefici in questione viene rilevata con riferimento all'ISEE, come disciplinato dai d.lgs. 109/1998 e 130/2000 e dai DPCM 221/1999 e 224/2001.

L'ISEE riguarda la situazione economica della famiglia come definita dalla normativa sopra richiamata. La famiglia anagrafica da considerare è quella che comprende la persona non autosufficiente per la quale viene richiesto il contributo.

Poiché le dichiarazioni ISEE soggiacciono alla disciplina delle autocertificazioni (DPR 445/2000), si invitano gli enti a porre la massima attenzione ai controlli, da effettuarsi in collaborazione con altri uffici comunali, in particolare con riferimento alla composizione del nucleo familiare, che deve corrispondere a quella risultante dall'anagrafe comunale, e alle componenti reddituali e patrimoniali della famiglia anagrafica. Per ulteriori controlli si applicano le normative vigenti al riguardo, anche rispetto a possibili protocolli d'intesa con la Guardia di Finanza.

Il valore dell'ISEE familiare, al di sopra del quale non si ha diritto all'accesso all'ICDb e all'ICDm è stabilito in € 16.650,00 per la prima metà del 2013 sui redditi 2011 e per la seconda metà del 2013 sui redditi 2012. Tale valore verrà aggiornato per gli anni successivi dell'indice ISTAT della variazione annua al costo della vita per le famiglie di operai e impiegati.

Al fine di adeguare tempestivamente la valutazione in funzione della condizione economica, è possibile in ogni momento accogliere una nuova dichiarazione ISEE più favorevole al richiedente, come previsto dalla normativa ISEE sopra richiamata.

Per le ICDp e le ICDf è considerato l'ISEE individuale (ISEEi), ai sensi dell'articolo 3, comma 2ter, del d.lgs. 109/1998.

Per le ICDp il valore massimo dell'ISEEi è stabilito in € 16.650,00 per la prima meta del 2013 sui redditi 2011 e per la seconda metà del 2013 sui redditi 2012 Per le ICDf non è previsto un tetto all'ISEEi.

Per gli interventi destinati ad utenti con alto bisogno assistenziale (ICDa) la soglia dell'ISEE familiare è innalzata a € 60.000 e l'importo dell'ICDa è determinato con l'applicazione di un coefficiente di correzione calcolato sulla base dell'ISEE, come definito dalla DGR 2354/2012:

Fascia ISEE (€)	Coefficiente
Fino a 7.500,00	1,00
Da 7.501,00 a 15.000,00	0,88
Da 15.001,00 a 25.000,00	0,75
Da 25.001,00 a 35.000,00	0,63
Da 35.001,00 a 45.000,00	0,50
Da 45.001,00 a 60.000,00	0,46

2.4 Flusso informativo

Le informazioni relative all'ICD sono confluiscono nel flusso regionale Assistenza e Cure Domiciliari (DGR 2372/2011).

L'IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE DI BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE (ICDb)

3.1 Contenuto

L'ICD di basso bisogno assistenziale (ICDb) comprende tutte le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale descritte nel paragrafo 1.1 quali l'assistenza nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL) e l'assistenza nelle attività della vita quotidiana (ADL).

A tale scopo concorrono alle ICDb anche le risorse regionali storicamente finalizzate all'ADI-SAD e ripartite nell'ambito del FSR-FRNA, che sono erogate in forma di servizio e non di contributo economico.

3.2 Modalità di accesso (valutazione, graduatoria)

La domanda di accesso avviene con le modalità indicate al paragrafo 2.1.

La persona non autosufficiente viene registrata nella procedura informatica e il suo bisogno assistenziale viene rilevato attraverso la SVaMA semplificata (VMDs), che viene compilata dall'assistente sociale e dal MMG, senza la necessità di ulteriore valutazione in UVMD.

La compilazione della SVaMA semplificata sostituisce la compilazione della scheda base già utilizzata per l'Assegno di Cura e derivante dalle procedure della LR 28/1992. La compilazione spetta al MMG con eccezione della voce di rilevanza sociale.

Per quanto riguarda tale compilazione da parte del medico di medicina generale, si conferma la validità delle disposizioni richiamate dalla DGR 4135/2006 e contenute nella circolare regionale n. 10 del 30.4.1992, pubblicata nel BUR n. 51 del 12.5.1992, che vengono di seguito riprese ed opportunamente aggiornate. L'iniziativa per l'attivazione della procedura volta ad accertare le condizioni dei richiedenti è del Servizio sociale competente, il cui personale è tenuto a contattare il medico di medicina generale per una verifica congiunta della situazione della persona e per richiedere la certificazione clinico anamnestica consistente nella compilazione del riquadro "condizioni fisiche"; tale compilazione costituisce un accesso regolamentato dall'accordo regionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, di cui alla DGR n.



4395 del 30.12.2005, nella parte relativa ai compiti del Medico di Assistenza Primaria in ordine alla gicalesta e all'esercizio dell'assistenza domiciliare integrata, anche per quanto riguarda il trattamento economico, e come tale va retribuito al medico. Né il medico né l'assistente sociale possono richiedere alcun compenso ai privati per la compilazione della SVaMA.

Non è necessario che l'utente di ICDb sia stato preso in carico in Cure Domiciliari. Tuttavia viene rilevata l'utenza di ICDb se l'utente è in Cure Domiciliari.

Qualora la domanda di ICDb sia ritenuta idonea, viene inserita nella sezione delle ICDb della graduatoria unica aziendale delle ICD, con un punteggio calcolato secondo la seguente formula:

$$P_{ICDb} = P_{VMDs} + \left[\frac{ISEE_{max}}{ISEE} \right]$$

dove:

- a) P_{VMDs} è il punteggio SVaMA semplificato (o VMDs) (espresso in un *range* da 6 a 18 punti) ricavato dal modello contenuto nell'Allegato B;
- b) il punteggio ISEE è calcolato come rapporto tra il tetto di ISEE e il valore di ISEE familiare. Tale valore va espresso in un *range* rapportabile con l'altro valore, perciò qualora l'ISEE familiare sia inferiore a 500,00 € va comunque usato come divisore il valore 500,00.

A parità di punteggio, la priorità viene definita sulla basa della data di presentazione della domanda.

La valutazione ha validità annuale. La ri-valutazione, qualora riscontri il mantenimento dei requisiti minimi di accesso all'IDCb, comporta la conferma dell'ICDb per pari periodo, senza la re-immissione in graduatoria.

3.3 Modalità di erogazione dell'ICDb e durata

Le prestazioni dell'ICDb sono erogate in funzione del Progetto Assistenziale Individuale redatto dall'assistente sociale in collaborazione con in MMG, al quale concorrono le risorse personali dell'utente, quali l'indennità di accompagnamento e il reddito personale.

L'attribuzione dell'ICDb può essere effettuata con le seguenti modalità:

- a) erogazione di contributo economico da parte del Comune: il contributo viene calcolato su base mensile ed erogato dall'Azienda ULSS al Comune o all'ente da questo delegato con periodicità non superiore al trimestre. Comune o ente delegato provvedono contestualmente all'erogazione del contributo all'utente.
- b) erogazione di un monte ore di servizi diretti alla persona, nell'ambito dell'assistenza tutelare già denominata ADI-SAD. La scelta di questa modalità assistenziale avviene da parte dell'assistente sociale, in considerazione della maggiore necessità della famiglia di usufruire di un supporto esterno. Le prestazioni acquistabili sono quelle descritte nel paragrafo 1.1 (iADL e ADL).

Per uno stesso utente possono essere sommati i due interventi, nei limiti dei budget assegnati per ciascuna

La durata dell'ICDb è di 12 mesi, a partire dal mese di prima erogazione.

La rivalutazione del bisogno può essere effettuata d'ufficio dal servizio sociale del Comune, che deve provvedere annualmente alla verifica della situazione di bisogno assistenziale.

3.4 Controlli

Sono attivate dalle Aziende ULSS con cadenza almeno trimestrale forme di controllo in merito alla qualità assistenziale conseguita con l'erogazione dell'ICDb, attraverso visite domiciliari dell'assistente sociale o di operatori distrettuali, nell'ambito degli accessi di Cure Domiciliari. Qualora l'utente non sia in Cure Domiciliari, i controlli sono effettuati dall'Assistente sociale, su disposizione del Comune o dall'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.

L'eventuale avvalimento di assistenti personali (ad es. badanti) è soggetto alle normative (ed alle forme di controllo) vigenti a livello nazionale.

4 L'IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE DI MEDIO BISOGNO ASSISTENZIALE (ICDm)

4.1 Contenuto

L'ICD di medio bisogno assistenziale (ICDm) risponde all'esigenza di consentire l'aiuto a persone con particolare bisogno di supporto e assistenza in presenza di mobilità conservata o ridotta e di decadimento cognitivo e/o disturbi del comportamento che ne consentirebbero azioni a rischio dell'incolumità personale e dei conviventi (aggressività) oltre che la fuga (wandering).

Tale azione di sorveglianza, unitamente alle attività strumentali della vita quotidiana (elenco "B" del paragrafo 1.1, con particolari attenzioni dedicate alla somministrazione quotidiana dei farmaci) è eseguibile da assistenti alla persona (ad es. badanti), non necessariamente qualificati come operatori OSS.

In considerazione del bisogno sanitario che ha generato la condizione di non autosufficienza, tale prestazione si ritiene sostitutiva di prestazioni che nell'ambito della residenzialità extraospedaliera sono eseguite da personale OTAA, OSS o OSSS, e rientra tra le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale in quanto attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite.

Le ICDm assorbono i contributi per la fattispecie "presenza badante" previsti dalla DGR 4135/2006, solo a seguito di rivalutazione del beneficiario dell'Assegno di cura e di possesso dei requisiti per l'ICDm di seguito illustrati.

4.2 Modalità di accesso (valutazione, graduatoria)

La domanda di accesso avviene con le modalità indicate al paragrafo 2.1.

La richiesta rivolta per persona non autosufficiente con demenza accompagnata da gravi disturbi comportamentali viene automaticamente inoltrata all'UVMD per la valutazione della persona non autosufficiente attraverso l'utilizzo di SVaMA e test NPI.

Ulteriori requisiti specifici per l'accesso all'ICDm:

- a) presenza di gravi disturbi comportamentali (punteggio PCOMP = 2 o 3, rilevato con SVaMA);
- b) preesistente o contestuale presa in carico con Cure Domiciliari;
- c) punteggio NPI "frequenza per gravità": il punteggio globale non deve essere inferiore a 25: deve essere riportato un punteggio di almeno 9 in almeno 2 dei seguenti 7 disturbi principali: deliri, allucinazioni, agitazione/aggressività, ansia, disinibizione, attività motoria aberrante, disturbi del sonno;
- d) punteggio NPI "stress caregivers": non deve essere inferiore a 20 punti

Qualora la domanda di ICDm sia ritenuta idonea, viene inserita nella sezione delle ICDm della graduatoria unico aziendale delle ICD, con un punteggio calcolato secondo la seguente formula:

$$P_{ICDm} = P_{SVaMA\ mod} + \left[\frac{ISEE_{max}}{ISEE} \times 5 \right] + NPI_{F\times G} + NPI_{SC}$$



dove:

- a) $P_{SVaMA\ mod}$ è il punteggio SVaMA modificato come specificato nel paragrafo 2.2;
- b) il punteggio ISEE è calcolato come rapporto tra il tetto di ISEE e il valore di ISEE, moltiplicato per il coefficiente 5. Tale valore va espresso in un *range* rapportabile per ordine di grandezza con gli altri valori: perciò qualora l'ISEE familiare sia inferiore a 1.000,00 €, va comunque usato come divisore il valore 1.000,00;
- c) $NPI_{F\times G} + NPI_{SC}$ è la sommatoria di punteggio NPI "frequenza per gravità" e di NPI "stress caregivers".

Nell'eventualità di parità di punteggio, la priorità viene definita sulla basa della data di presentazione della domanda.

Qualora non siano soddisfatti i requisiti, la domanda sarà inserita nel registro delle ICDb.

La valutazione ha validità annuale. La ri-valutazione, qualora riscontri il mantenimento dei requisiti minimi di accesso all'IDCm, comporta la conferma dell'ICDm per pari periodo, senza la re-immissione in graduatoria.

4.3 Modalità di erogazione dell'ICDm e durata

Le prestazioni dell'ICDm sono erogate in funzione del Progetto Assistenziale Individuale formulato in UVMD, al quale concorrono le risorse personali dell'utente, quali l'indennità di accompagnamento e il reddito personale.

In particolare, per i pazienti con demenza e con disturbi del comportamento, dovrà essere indicato nel Piano Assistenziale Individuale formulato in UVMD se è stato fatto riferimento al Centro per il Decadimento Cognitivo (CDC, previsto con DGR 3542/2007) 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 (ad esempio il piano terapeutico per farmaci psicoattivi, la gestione delle complicanze, ecc...)

L'attribuzione dell'ICDm può essere effettuata con le seguenti modalità, tra loro alternative:

- a) erogazione di contributo economico da parte dell'Azienda ULSS, calcolato su base mensile e pagato e con periodicità non superiore al trimestre mediante bonifico su conto corrente bancario o postale.
- b) erogazione di un monte ore di servizi diretti alla persona, Questo avviene su valutazione dell'UVMD, in considerazione della maggiore necessità della famiglia di usufruire di un supporto esterno. A tale scopo, a partire dal 2014 almeno il 10% (e dal 2015 almeno il 20%) del numero delle ICDm assegnate a ciascuna ULSS dovrà essere convertito dall'Azienda ULSS per servizi erogati in convenzione da Centri di servizio per persone non autosufficienti, da Comuni o da Enti del Terzo settore di cui all'articolo 5 della L 328/2000.

Le prestazioni acquistabili sono quelle descritte nel paragrafo 1.1.

La durata dell'ICDm è di 12 mesi, a partire dal mese di prima erogazione.

4.4 Flusso informativo e controlli

Sono attivate dalle Aziende ULSS con cadenza almeno trimestrale forme di controllo in merito alla qualità assistenziale conseguita con l'erogazione dell'ICDm, attraverso visite domiciliari dell'assistente sociale o di operatori distrettuali, nell'ambito degli accessi di ADI. 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.



L'avvalimento di assistenti personali è soggetto alle normative (ed alle forme di controllo) vigenti a livello nazionale.

5 L'IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE PER I SERVIZI CON ALTO BISOGNO ASSISTENZIALE (ICDa)

5.1 Contenuto

L'ICDa è rivolta a 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 (es. ventilatori) ecc. ...

Nella scala di valutazione SVaMA questi soggetti presentano profili di autonomia pari a 14 o 15 e non hanno solo elevate necessità assistenziali, ma anche sanitarie (es. presenza di stomie, assistenza ventilatoria, ecc.).

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. Gli interventi previsti rientrano tra le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria (articolo 3-septies, comma 4, del d.lgs. 502/1992 e s.m.i.), in quanto prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità delle componente sanitaria, nella fase postacuta, caratterizzata dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del progetto personalizzato di assistenza, dall'indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e della preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza stessa.

Tali prestazioni possono essere erogate in regime domiciliare e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungo-assistenza.

L'ICDa ricomprende gli interventi mirati di intervento alla domiciliarità in situazioni straordinarie, già regolamentati con DGR 1139/2008 e le azioni a supporto delle persone affette da SLA definite con DGR 2354/2012.

5.2 Modalità di accesso (valutazione, graduatoria)

La domanda di accesso avviene con le modalità indicate al paragrafo 2.1. Il percorso può altresì essere attivato dal medico specialista, dal medico di medicina generale o da uno degli operatori della rete assistenziale e socio-sanitaria individuata nel progetto assistenziale individuale.

La richiesta di servizi per i pazienti con alto bisogno assistenziale viene automaticamente inoltrata all'UVMD per la valutazione della persona disabile attraverso la SVaMA. L'UVMD definisce ed approva il progetto individualizzato concordandolo con l'interessato e/o i suoi familiari ei servizi distrettuali competenti (età evolutiva ed età adulta).

Ai fini della graduatoria per l'accesso alle ICDa, il punteggio viene attribuito dalla SVaMA con quadro sinottico modificato, contenuto nell'Allegato B del presente provvedimento.

Ulteriori requisiti specifici per l'accesso all'ICDa:

- a) condizione di dipendenza vitale, che necessita a domicilio di assistenza continuativa nelle 24 ore, rilevata dalla SVaMA;
- b) non essere stati inseriti a titolo definitivo in strutture residenziali o semiresidenziali;
- c) precedente o contestuale presa in carico ADI.





La valutazione ha validità annuale. La ri-valutazione, qualora riscontri il mantenimento dei requisiti minimi di accesso all'IDCa, comporta la conferma dell'ICDa per pari periodo, senza la re-immissione in graduatoria.

5.3 Modalità di erogazione dell'ICDa e durata

Le prestazioni dell'ICDa sono erogate in funzione del Progetto Assistenziale Individuale formulato in sede di UVMD, al quale concorrono le risorse personali dell'utente, quali l'indennità di accompagnamento e il reddito personale, tenuto conto delle eventuali esigenze di mantenimento della famiglia, quando a carico del paziente.

L'attribuzione dell'ICDa può essere effettuata con le seguenti modalità, tra loro alternative, oppure concorrenti al valore dell'ICDa assegnato, come ricalcolato sulla base dell'ISEE secondo i coefficienti illustrati nel paragrafo 2.3:

- a) erogazione di un contributo economico da parte dell'Azienda ULSS, calcolato su base mensile e pagato con periodicità mensile mediante bonifico su conto corrente bancario o postale;
- b) erogazione di un monte ore di servizi diretti alla persona, su scelta condivisa tra l'UVMD e la famiglia, nell'ambito del PAI;
- c) acquisto di ausili, attrezzature informatiche, ausili per la comunicazione, domotica, non previsti dal nomenclatore tariffario ex D.M. n. 332 del 27/08/1999.

La durata dell'ICDa è di 12 mesi, a partire dal mese di prima erogazione.

5.4 Controlli

Il controllo sulla qualità dei servizi assistenziali realizzati tramite l'ICDa è effettuato nel corso delle Cure Domiciliari. 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.

L'avvalimento di assistenti personali (ad es. badanti) è soggetto alle normative (e alle forme di controllo) vigenti a livello nazionale.

6 L'IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE PER UTENTI CON GRAVE DISABILITÀ PSICHICA E INTELLETTIVA (ICDp)

6.1 Contenuto

Questa tipologia di IDC riunisce e riassume gli interventi già erogati per la promozione dell'autonomia personale e gli interventi di aiuto personale definiti dalla DGR 1859/2006. Si tratta di una forma di aiuto che trova riferimento all'articolo 9 della L. 104/92, che definisce il servizio di aiuto personale "finalizzato a facilitare l'autosufficienza e le possibilità di integrazione delle persone in temporanea o permanente grave limitazione dell'autonomia, non superabile attraverso la fornitura di sussidi tecnici, informatici, protesi e altre forme di sostegno rivolte a facilitare l'autosufficienza e le possibilità di integrazione dei cittadini stessi. Il servizio di aiuto personale è integrato con gli altri servizi sanitari e socio-assistenziali esistenti sul territorio...".

Gli obiettivi del servizio di aiuto personale sono:

ALLEGATO A Dgr n. 3 7





- a) il conseguimento del massimo grado di autonomia delle persone con disabilità mediante l'attuazione di interventi socio-educativi ed assistenziali che devono integrarsi in un progetto unitario, con gli interventi riabilitativi;
- b) la permanenza nel proprio nucleo abitativo e familiare.

Sono destinatari le persone con disabilità psichica ed intellettiva cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap grave (articolo 3, comma 3, L 104/92) con presenza di indennità di accompagnamento.

6.2 Modalità di accesso (valutazione, graduatoria)

La domanda di accesso avviene con le modalità indicate al paragrafo 2.1.

La richiesta di servizi di aiuto personale viene automaticamente inoltrata all'UVMD per la valutazione della persona disabile attraverso la SVaMDi o altre scale di valutazione adeguate alla disabilità. L'UVMD definisce ed approva il progetto individualizzato concordandolo, se possibile con l'interessato, con i familiari e i servizi distrettuali competenti (età evolutiva ed età adulta).

Ulteriori requisiti specifici per l'accesso all'ICDp:

- a) Età compresa tra 3 e 64 anni.
- b) Grave disabilità (articolo 3, comma 3, della L 104/92) con presenza di indennità di accompagnamento.
- c) Non frequenza stabile di strutture diurne o residenziali per persone con disabilità.
- d) ISEEi individuale (indicatore della situazione economica equivalente individuale della persona disabile ai sensi dell'articolo 3, comma 2ter, del d.lgs. 190/1998) non superiore a 16.650,00 €.

Qualora la domanda di ICDp sia ritenuta idonea, viene inserita nella graduatoria aziendale delle ICDp, con un punteggio calcolato secondo la seguente formula:

$$P_{ICDd} = P_{VAL} + \left[\frac{ISEE_{max}}{ISEEi} \times 5 \right]$$

dove:

- a) P_{VAL} è il punteggio della valutazione, che deve essere espresso in sessantesimi;
- b) il punteggio ISEE è calcolato come rapporto tra il tetto di ISEEi e il valore di ISEEi, moltiplicato per il coefficiente 10. Tale valore va espresso in un *range* rapportabile per ordine di grandezza con il valore della valutazione: perciò qualora l'ISEEi sia inferiore a 1.000,00 €, va comunque usato come divisore il valore 1.000,00.

A parità di punteggio, la priorità viene definita sulla base della data di presentazione della domanda.

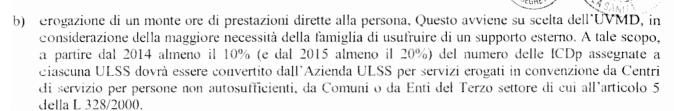
La valutazione ha validità annuale. La ri-valutazione, qualora riscontri il mantenimento dei requisiti minimi di accesso all'ICDp, comporta la conferma dell'ICDp per pari periodo, senza la re-immissione in graduatoria.

6.3 Modalità di erogazione dell'ICDp e durata

Le prestazioni dell'ICDp sono erogate in funzione del Progetto Assistenziale Individuale, al quale concorrono le risorse personali dell'utente, quali l'indennità di accompagnamento e il reddito personale.

L'attribuzione dell'ICDp può essere effettuata con le seguenti modalità, tra loro alternative:

a) erogazione di contributo economico da parte dell'Azienda ULSS, calcolato su base mensile e pagato con periodicità non superiore al trimestre mediante bonifico su conto corrente bancario o postale.



Le prestazioni dell'ICDp sono le seguenti.

- a) interventi domiciliari di assistenza e sostegno alla persona (assistenza domiciliare nelle iADL);
- b) interventi educativi e di integrazione sociale, finalizzati a sviluppare al massimo le potenzialità del disabile nel campo dell'autonomia personale e sociale.

Sono escluse le prestazioni riguardanti l'accoglienza residenziale, anche per brevi periodi, o il costo dell'inserimento in strutture diurne.

E' coinvolto il seguente personale:

- a) operatori socio-sanitari;
- b) educatori professionali.

Nel servizio di aiuto alla persona l'operatore svolge prestazioni volte a far superare alle persone disabili le difficoltà connesse all'autonomo svolgimento dei fondamentali atti di vita quotidiana e a favorire processi di integrazione nell'ambiente sociale lì dove non è possibile che questo avvenga con sussidi tecnici.

6.3 Controlli

Viene identificato un responsabile del caso (*case manager*) con il compito di verificare in itinere il progetto concordato. Il responsabile del caso, nell'ambito delle sue funzioni, controlla l'attuazione del programma personalizzato di assistenza e verifica l'espletamento degli impegni assunti dalla famiglia con i tempi e le modalità previste dal programma assistenziale e riferisce al servizio competente. Le modalità di verifica e di controllo devono prevedere la partecipazione del cittadino disabile e/o dei suoi familiari.

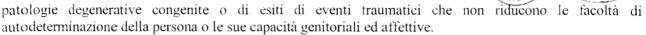
Il controllo sulla qualità dei servizi assistenziali realizzati tramite l'ICDp è trimestralmente effettuato nel corso dell'attività sopra descritta. A tale scopo è inclusa nel modulo di domanda dell'ICD, contenuto nell'Allegato B del presente provvedimento anche una *check-list* di valutazione, che viene sottoscritta dal richiedente.

7 L'IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE PER UTENTI CON GRAVE DISABILITÀ FISICO-MOTORIA (ICDf)

Si riportano in questo paragrafi gli elementi salienti descrittivi dell'ICDf e la descrizione delle modalità di determinazione della graduatoria, rinviando per gli ulteriori approfondimenti all'Allegato D della deliberazione, contenente il regolamento tipo per la predisposizione ed il finanziamento delle Impegnative di Cura Domiciliare per persone con disabilità fisico-motoria (ICDf), che dovrà essere adottato dalle Aziende ULSS a partire dal 1 gennaio 2014.

7.1 Contenuto

L'ICDf, in attuazione della Legge 162/1998, è uno strumento finalizzato a riconoscere il diritto alla vita indipendente delle persone con disabilità fisico-motoria, attraverso il finanziamento di progetti di aiuto alla persona gestiti direttamente dagli interessati sulla base di piani personalizzati. Gli interventi 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



Il progetto di vita indipendente, pertanto, non ha una generica natura assistenziale, ma persegue l'obiettivo di sviluppare il percorso di autonomia e di consapevole realizzazione del proprio progetto di vita.

Sono destinatari dell'ICDf le persone con disabilità fisica e motoria, di età compresa tra i 18 e i 64 anni, cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap grave (articolo 3, comma 3, L 104/92) con presenza di indennità di accompagnamento.

7.2 Modalità di accesso (valutazione, graduatoria)

La domanda di accesso avviene con le modalità indicate al paragrafo 2.1.

La richiesta di servizi per la vita indipendente viene automaticamente inoltrata all'UVMD per la valutazione della persona disabile attraverso la SVaMDi o altre scale di valutazione adeguate alla disabilità. L'UVMD definisce ed approva il progetto individualizzato concordandolo con l'interessato e i servizi distrettuali competenti (età adulta).

Ai fini della graduatoria per l'accesso alle ICDf, il punteggio viene attribuito dalla SVaMDi o altre scale di valutazione adeguate alla disabilità.

Ulteriori requisiti specifici per l'accesso all'ICDf:

- a) persone con disabilità fisica e motoria, di età compresa tra 18 e 64 anni;
- b) riconoscimento dello stato di handicap grave (articolo 3, comma 3, della Legge 104/92) con presenza di indennità di accompagnamento.
- c) Non è previsto un tetto ISEE.

Qualora la domanda di ICDf sia ritenuta idonea, viene inserita nella graduatoria aziendale delle ICDf, con un punteggio calcolato secondo la seguente formula:

$$P_{ICDd} = P_{VAL} + \left[\frac{30.000,00}{ISEEi} \times 10 \right]$$

dove:

- c) P_{VAL} è il punteggio della valutazione, che deve essere espresso in sessantesimi;
- d) il punteggio ISEE è calcolato come rapporto tra il valore 30.000,00 e il valore di ISEEi (individuale). Tale valore, determinato in maniera da attribuire un maggiore punteggio agli utenti con ISEEi più basso, va espresso in un *range* rapportabile per ordine di grandezza con il valore della valutazione: perciò qualora l'ISEEi sia inferiore a 5.000,00 €, va usato come divisore il valore 5.000,00. Per valori ISEEi superiori a 60.000,00 € va usato come divisore il valore 60.000,00.

A parità di punteggio, la priorità viene definita sulla base della data di presentazione della domanda.

La valutazione ha validità annuale. La ri-valutazione, qualora riscontri il mantenimento dei requisiti minimi di accesso all'ICDf, comporta la conferma dell'ICDf per pari periodo, senza la re-immissione in graduatoria.

7.3 Modalità di erogazione dell'ICDf e durata

Le prestazioni dell'ICDf sono illustrate nel Regolamento regionale tipo per la predisposizione ed il finanziamento delle Impegnative di Cura Domiciliare per persone con disabilità fisico-motoria (ICDf), contenute nell'Allegato D del presente provvedimento, che entra in vigore a partire dal 1 gennaio 2014 (nel periodo transitorio si utilizzano le regolamentazioni aziendali vigenti).

ALLEGATO A Dgr n.

CR - 3 MAG. 2013 pag. 16/20





L'importo dell'ICDf sarà determinato dall'UVMD sulla base del progetto individuale con i tetti previsti dalla normativa nazionale in materia di vita indipendente (Legge 162/1998), pari a 1.000,00 € mensili e in funzione del budget attribuito all'Azienda ULSS.

7.4 Controlli

Viene identificato un responsabile del caso (*case manager*) con il compito di verificare in itinere il progetto concordato. Il responsabile del caso, nell'ambito delle sue funzioni, controlla l'attuazione del programma personalizzato di assistenza e verifica l'espletamento degli impegni assunti dalla famiglia con i tempi e le modalità previste dal programma assistenziale e riferisce al servizio competente, Le modalità di verifica e di controllo debbono prevedere la partecipazione del cittadino disabile e/o dei suoi familiari.

8 VALORE DELLE ICD

Il valore della quota per ciascuna tipologia di ICD viene 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.

Pertanto:

- a) il valore mensile dell'ICDb è pari a € 120,00 (e a 100,00€ per il riparto del fondo ex ADI-SAD);
- b) il valore mensile dell'IDCm è pari a € 400,00;
- c) il valore massimo mensile dell'ICDa è pari a € 800,00
- d) il valore medio mensile dell'ICDp è pari a € 225,00 (determinato sulla base del *range* storico, oscillante tra € 32,00 e € 706,00 nel 2011). Per il periodo transitorio, il riparto 2013 è parzialmente effettuato in riferimento ai dati storici 2011 per gli interventi di aiuto personale, come illustrato nella Tabella D dell'Allegato C,
- e) il valore massimo mensile dell'ICDf è pari a € 1.000,00, da erogare con i criteri illustrati nel paragrafo 7.3. Il riparto per ULSS è effettuato su una quota media mensile di € 550,00;

L'ICD se erogata in forma di contributo economico, è determinata su base mensile e pertanto non viene riconosciuta per frazioni di diritto inferiori a 15 giorni al mese.

Il riparto tra le Aziende ULSS delle risorse per l'IDC avviene con le modalità illustrate nel paragrafo 8.1.

8.1 Modalità di riparto delle risorse per l'ICD

La modalità di assegnazione delle ICD – che viene esplicitata nelle tabelle dell'Allegato C del presente provvedimento – tiene conto dei seguenti principi generali:

a) Per le ICDb e le ICDm viene calcolato lo standard regionale di riferimento in rapporto all'indice di fabbisogno (determinato con le modalità previste dalla DGR 464/2006 in funzione dell'indice di vecchiaia della popolazione e delle caratteristiche geografiche del territorio) e della distribuzione delle Impegnative di residenzialità di 1 e 2 livello in area anziani, in modo da ripartire il numero delle ICD con maggiore peso per le ULSS sotto parametro nell'ambito della residenzialità. La determinazione di questa tipologia di impegnative sarà aggiornata annualmente, in presenza variazioni del riparto delle impegnative di residenzialità. Per le altre ICD viene definito lo standard sulla base della popolazione (intera per le ICDa, per le classi di età 3-64 anni per le ICDp, e 18-64 anni per le ICDf. I dati demografici sono riportati nella Tabella I dell'Allegato C).



- b) Il riparto delle ICDb e ICDm è altresì calcolato per il 70% sulla base della compensazione con le impegnative di residenzialità in rapporto all'indice di fabbisogno (illustrata al punto precedente) e per il 30% esclusivamente sull'indice di fabbisogno, allo scopo di non penalizzare le politiche di sostegno alla domiciliarità nelle Aziende ULSS con maggiore presenza di residenzialità.
- Poiché nella transizione dall'ADC e dai contributi per aiuto personale e vita indipendente si mantengono in essere i beneficiari esistenti, il cui numero diverge dai parametri regionali, il riparto per il 2013 tiene altresì conto della ricognizione (relativa all'ultimo esercizio misurato) delle prestazioni che sono sostituite dall'ICD: numero di utenti equivalenti dell'assegno di cura; numero di utenti equivalenti di progetti di promozione dell'autonomia personale, aiuto personale e vita indipendente per le persone con disabilità.
- d) Si è inoltre riscontrato, nell'elaborazione dei dati riguardanti l'aiuto personale, che alcune Aziende ULSS hanno erogato contributi sensibilmente al di sotto della media regionale. Pertanto, il riparto 2013 delle ICDp, nell'ottica di quanto stabilito al punto successivo, viene parzialmente calcolato sui valori dell'ultimo esercizio misurato.
- e) Per l'anno 2013 il numero di impegnative (e le relative risorse) sono assegnate in maniera da mantenere il numero degli utenti esistenti al momento della transizione. Il numero delle ICD assegnate dovrà essere perciò progressivamente allineato al numero di ICD calcolate secondo gli standard di riferimento. A tale scopo, perciò, le Aziende ULSS che dovranno allinearsi verso un numero di impegnative inferiore, al cessare delle impegnative assegnate per il 2013 non potranno emettere nuove impegnative fino al raggiungimento del tetto di impegnative esplicitato, in ciascuna tabella, nella colonna "ICD definitive". Le altre Aziende potranno allineare il numero di impegnative verso il valore superiore a partire dal 1 gennaio 2014.
- t) Le risorse per l'anno 2013 sono ripartite per il numero di impegnative provvisorie. Eventuali economie potranno essere utilizzate per l'anno 2013 per l'acquisto di servizi o per l'emissione di ICD che comunque cesseranno al 31 dicembre 2013.
- g) Il riparto delle risorse del fondo per l'ADI-SAD è calcolato sulla base di una quota mensile per utente pari a 100,00 € viene effettuato alle ULSS in base alle percentuali di attribuzione a ciascuna ULSS dell'indice di fabbisogno (Tabella I dell'Allegato C).
- h) A partire dall'anno 2015 il coefficiente di fabbisogno, ai fini del riparto delle ICD, verrà sostituito dai coefficienti generati dal sistema ACG (Adjusted Clinical Groups), progetto pilota regionale per l'adozione di strumenti innovativi di misurazione della multimorbilità e gestione del case-mix territoriale nella Regione Veneto, approvato con DGR 439/2012.

8.2 Riparto ed utilizzo delle risorse per il Sollievo

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

8.3 Risorse ai fini LEA e LEA aggiuntivi regionali

Nel riparto regionale delle risorse, effettuato come illustrato al paragrafo 8.1, sono ascritte alle risorse per i LEA:

- 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, 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.

INFORMATIZZAZIONE



L'accesso all'ICD è coadiuvato da una procedura informatica – che sostituisce ISEEnet – fornita dalla Regione del Veneto ed organizzata secondo le specifiche di seguito descritte.

9.1 Modalità di funzionamento

La procedura informatica consentirà il caricamento delle domande di ICD, rilevando l'utente in connessione con l'anagrafe regionale degli utenti del SSR.

La procedura informatica è accessibile via web con connessione sicura (https) e doppia codifica di accesso (nome utente e password).

Inseriti i dati del modulo di domanda e della scheda di raccolta dei dati minimi, la procedura si diparte in una specifica direzione per ciascuna tipologia di ICD:

- a) Per tutti gli utenti, ad esclusione di quelli con ICDb, viene generata una lista di domande che entro due settimane devono essere prese in carico dall'UVMD del competente Distretto ai fini della valutazione e del successivo inserimento, se idonee, nella corrispondente graduatoria unica dell'ULSS dell'ICD richiesta.
- b) Per utenti con bisogno assistenziale basso viene generata una lista di domande che entro due settimane devono essere prese in carico dai servizi del Comune, o dell'ente delegato, ai fini della valutazione e del successivo inserimento, se idonee, nella corrispondente graduatoria unica a livello di ULSS dell'ICD richiesta.

Il data-set dei dati raccolti con gli strumenti di valutazione che dovranno essere caricati nella procedura informatica verrà definito con successivo documento, e dovrà comunque essere idoneo alla generazione delle graduatorie per ciascuna tipologia di ICD.

Il giorno 20 di ciascun mese (o il primo giorno lavorativo successivo) verrà generata una graduatoria provvisoria per ciascuna tipologia di ICD, per la quale sarà effettuato lo scorrimento fino alla disponibilità delle ICD utilizzabili in tale data. Lo scorrimento definitivo verrà disposto entro la fine del mese dopo aver verificato la sussistenza dei requisiti di ammissione degli utenti (es, ricovero definitivo in struttura, decesso, ecc...).

Tale operazione è svolta per tutte le ICD a livello di Azienda ULSS. L'erogazione delle nuove ICD è quindi disposta a partire dal mese successivo.

L'assegnazione dell'ICD viene registrata dal sistema informatico che allerta i responsabili del procedimento in prossimità della scadenza annuale dell'ICD, per le operazioni di rivalutazione ed eventuale rinnovo.

L'assegnazione dell'impegnativa all'assistito ne comporterà l'iscrizione nel registro delle impegnative dell'Azienda ULSS, gestito con la medesima procedura informatica, che seguirà il percorso dell'impegnativa dall'emissione alla cessazione, secondo le regole contenute in questo documento.

La cessazione dell'ICD viene registrata dagli operatori, ai fini di poter procedere con lo scorrimento delle graduatorie.

La procedura informatica genera automaticamente il flusso verso il datawarehouse regionale, che viene letto assieme al flusso delle Cure Domiciliari (DGR 2372/2011).

Viene prevista la possibilità per le Aziende ULSS di effettuare in cooperazione applicativa relazioni tra i propri sistemi informatici per la gestione delle Cure Domiciliari e la procedura informatica per l'ICD.

Con la procedura informatica delle ICD sono rilevati anche gli utenti beneficiari di ICD erogate in forma di servizi.



9.2 Back-office aziendale e formazione degli operatori

Il gestore regionale della procedura per ciascuna Azienda ULSS abiliterà un referente per la formazione e la profilazione degli operatori presso gli enti locali individuati come indicato al paragrafo 10. Il responsabile del procedimento di ciascun ente potrà individuare una o più persone responsabili dell'istruttoria, assegnando loro le password d'accesso secondo le modalità predisposte dal gestore della procedura informatica.

Al fine di consentire una diffusione tempestiva delle informazioni che risulti adeguata alle esigenze delle UVMD e dei servizi di assistenza domiciliare sia sociale che sanitaria ai fini della presa in carico, nonché della redazione dei Piani Assistenziali Individuali e della loro attivazione, anche il responsabile del procedimento dell'Azienda ULSS (o del comune o ente locale qualora il procedimento sia stato delegato all'Azienda ULSS) potrà accedere, pur in sola lettura, alle informazioni presenti nella procedura informatica relative ai cittadini residenti nel territorio di competenza.

Un cruscotto di controllo di ciascuna ULSS consentirà la programmazione del numero delle ICD disponibili, con la specificazione della percentuale di utilizzo di risorse (contributi economici o servizi) al fine di gestire l'assegnazione delle ICD stesse e lo scorrimento delle graduatorie.

Sarà inoltre prevista la possibilità di modificare parzialmente le linee di intervento, nell'ambito delle dotazioni finanziarie assegnate a ciascuna Azienda ULSS.

10 ENTI DI COMPETENZA

Agli enti locali, come individuati dai Piani Locali della Domiciliarità (PLD), è affidato il compito di accompagnare tutti i cittadini nelle fasi di presentazione delle domande di contributo, ricevere dette domande e verificarne la completezza e la congruità, valutare la condizione assistenziale assicurata dalle famiglie alle persone non autosufficienti, inserire le informazioni nella procedura telematica ed interagire con essa, acquisire le risorse economiche e liquidare i contributi ai beneficiari, fungere da punto di riferimento diretto per i cittadini, anche per quanto riguarda la complessiva presa in carico sociale.

Qualora le disposizioni contenute nei singoli PLD comportino il trasferimento delle competenze e delle funzioni in questione dai Comuni ad altri enti, è necessario che la relativa decisione del Comune di delega delle funzioni venga comunicata dal responsabile del procedimento al Comune stesso all'Azienda ULSS e alla Regione (Direzione regionale Servizi sociali).

In ogni caso, l'individuazione degli enti di competenza viene effettuata con riferimento al Comune di residenza della persona non autosufficiente.

Per gli utenti che cambiano residenza nel corso dell'anno, il Comune di nuova residenza provvede a comunicare al gestore della procedura informatica l'avvenuto trasferimento. Da quel momento il fascicolo informatico dell'utente, nella versione presente al momento del trasferimento, viene attribuito, duplicandolo, al Comune di nuova residenza. Qualora il Comune ricada nel territorio di altra Azienda ULSS, l'ICD resta in capo all'utente sino al rinnovo e, una volta cessata, rientra nelle disponibilità dell'Azienda che l'ha emessa. L'ente competente del territorio di provenienza potrà sempre disporre del fascicolo aggiornato fino alla data antecedente il trasferimento.

11 GESTIONE DELLA TRANSIZIONE

Con l'introduzione delle ICD, sono trasformati in ICD i servizi esistenti, secondo il seguente schema:

Assegno di cura –	lCDm
Alzheimer/demenze	
Assegno di cura - Base	lCDb

ALLEGATO A Dgr n. 37 deft - 3 MAG. 2013, 20/20

Assegno di cura - Badante	ICDb (salvo rivalutazione demenze)
Progetti di autonomia personale e aiuto personale	ICDp
Progetti di Vita indipendente	ICDf
Tutte le progettualità riconducibili all'assistenza domiciliare per persone disabili con necessità h24	ICDa



Le banche dati dei beneficiari sono riversate, o ricreate, nel nuovo sistema informativo, avendo cura di segnare la data di inizio del precedente beneficio

Allo scadere dell'anno solare dall'attribuzione del precedente beneficio, deve essere compiuta la rivalutazione dei singoli beneficiari che, qualora mantengano i requisiti, conservano l'ICD senza essere immessi in graduatoria.

Il contributo per l'assistente familiare "badante" viene assorbito nell'ICDb, salvo una diversa valutazione consenta di passare alla graduatoria ICDm.

12 ACRONIMI

ADL – Activities of Daily Living (Attività della vita quotidiana)		
FNA – Fondo nazionale per la Non Autosufficienza		
FSR-FRNA – Fondo Sanitario Regionale, Fondo regionale per la non autosufficienza		
iADL – instrumental Activities of Daily living (Assistenza nelle attività strumentali della vita quotidiana)		
ICDa – Impegnativa di cura domiciliare con alto bisogno assistenziale		
ICDb – Impegnativa di cura domiciliare con basso bisogno assistenziale		
ICDf – Impegnativa di cura domiciliare per persone con grave disabilità fisico motoria		
ICDm – Impegnativa di cura domiciliare con medio bisogno assistenziale		
ICDp – Impegnativa di cura domiciliare per persone con grave disabilità psichico intellettiva		
ISEE – Indicatore della situazione economica equivalente familiare		
ISEEi – Indicatore della situazione economica equivalente individuale		
LEA – Livelli Essenziali di Assistenza		
MMG – Medico di Medicina Generale		
PLD – Piani Locali per la Domiciliarità (previsti dalla DGR 39/2006, confluiscono nei Piani di Zona)		
VMDs – Scheda di Valutazione Multidimensionale semplificata		

ALLEGATO B Dgr n. 3 7 del CR - 3 MAG. 2013 pag. 1/13



SESTIMATION AND THE STATE OF THE SECOND SECO	ULSS
Azienda ULSS n Distretto S.S. n	
COMUNE DI	
COMONE DI	_
Impegnativa di Cura Domicili	are
MODULO DI DOMANDA PER L'ACCESSO ALL'IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIA PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI - DGR DEL	IRE
Al Direttore del Distretto socio-sanitario n. dell'Azienda ULSS n. _	_
oppure	
Al Sindaco del Comune di	_ _
Il sottoscritto (cognome e nome)	
nato/aa () il _	
Codice Fiscale	
residente nel Comune di	
in via n frazione	
telefono email (facoltativo)	
in qualità di:	
□persona direttamente interessata	
□legale rappresentante (□tutore,□ curatore, □amministratore di sostegno ai sensi della Le	egge 6/2004);
□familiare (□convivente,□non convivente) (grado di parentela:	
□persona (□convivente,□non convivente) di cui il servizio sociale ha accertato che provved a garantire adeguata assistenza alla persona non autosufficiente.	de effettivamente
Presenta domanda di Impegnativa di Cura Domiciliare a favore d	li:
(cognome e nome)	
nato/a a () ii _	
Codice Fiscale	
residente nel Comune di	
in vian frazione	

residente nel Comune di _



in	dicare se diverso dalla residenza:			
domiciliato nel Comune di()				
	in via n frazione			
te	lefono			
M	edico di Medicina Generale, dr			
	2. Per la seguente tipologia di Impegnativa di Cura Domiciliare:			
	Impegnativa di Cura Domiciliare di basso bisogno assistenziale (ICDb)			
	Impegnativa di Cura Domiciliare di medio bisogno assistenziale (ICDm)			
	Impegnativa di Cura Domiciliare per i servizi con alto bisogno assistenziale (ICDa)			
	Impegnativa di Cura Domiciliare per utenti con grave disabilità psichica e intellettiva (ICDp)			
	Impegnativa di Cura Domiciliareper utenti con grave disabilità fisica e motoria(ICDf)			
	3. A tal fine, il sottoscritto dichiara:			
soi	tto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o			
	complete ai sensi del DPR 445/2000:			
1)	che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;			
2)	l'impegno della famiglia a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare adeguata assistenza a favore della persona interessata presso il suo domicilio;			
3)	la disponibilità propria e dei familiari a collaborare con le persone incaricate a raccogliere informazioni sulla condizione della persona non autosufficiente, fornendo con correttezza le informazioni richieste;			
4)	nel caso di persona affetta da demenza accompagnata da gravi disturbi comportamentali, dichiara la disponibilità propria e dei familiari a collaborare nella valutazione delle condizioni cliniche della persona interessata, con le seguenti modalità:			
	a. disponibilità ad accompagnare presso la sede che sarà indicata dall'Azienda ULSS;			
	b. disponibilità presso il domicilio della persona interessata, per impossibilità della stessa ad essere			
5)	trasportata; che la famiglia (o la persona interessata) sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona non			
3,	autosufficiente sopra indicata da parte di assistente familiare (o personale),come previsto dalla vigente normativa nazionale;			
6)	di essere a conoscenza che la mancata presentazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica o			
7)	dell'Attestazione ai fini ISEE, di cui al punto 6), comporta l'esclusione dal beneficio;			
1)	di essere a conoscenza che la mancata accettazione al trattamento dei dati personali per le finalità connesse alla precedente domanda come da allegato 5 comporta l'esclusione dal beneficio;			
8)	che la persona di riferimento é:			
(cognome e nome)				
nato/a a() ii				
	ico Sicoala III III III III III III IIII			

4. Delega alla riscossione:

Il sottoscritto, sollevando l'Ente da ogni responsabilità, chiede che la liquidazione dell'Impegnativa di Cura Domiciliare, qualora erogata in forma di contributo economico, venga effettuata mediante accredito sul conto corrente bancario o postale intestato:

al beneficiario (persona non autosufficiente per la quale è presentata la domanda)
al legalerappresentante (come sopra specificato)

CAB numero di CC

5. Collaborazione per l'aggiornamento:

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunicando tempestivamente, entro 30 giornidal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenuterispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona non autosufficiente:

- a) l'ingresso in una struttura residenziale a titolo definitivo;
- b) i periodo di ricovero temporaneo in struttura residenziale;
- c) il decesso;
- d) le variazioni rilevanti e stabili del livello di autonomia e del livello delle prestazioni offerte alla persona non autosufficiente (queste variazioni saranno verificate dal Servizio Sociale);
- e) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
- f) il cambiamento della persona di riferimento;

ed identificato dal seguente codice IBAN:

nazione controllo CINABI

g) Le variazioni del soggetto delegato alla riscossione del beneficio.

6. Controllo della qualità assistenziale (ICDb - ICDb - ICDa):

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che saranno attivate, con cadenza almeno trimestrale, 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, qualora la persona non autosufficiente sia presa in carico, ovvero effettuati dall'assistente sociale, su disposizione del Comune o dall'ente delegato negli altri casi (riferiti solo all'ICDb).

L'operatore domiciliare o l'assistente sociale sono incaricati di osservare la situazione familiare, di formulare domande e di accedere ai luoghi dove vengono accudite le persone (es. camera da letto, bagno), tenuti i farmaci e dove vengono conservati i cibi e gli alimenti (frigo, dispensa). La valutazione dell'adeguatezza è soggettiva e deve essere utilizzata solo per eventuale innesco di rivalutazione dei bisogni e del piano assistenziale della persona (es. UVMD) da concordarsi con il case manager (assistente sociale, medico di medicina generale, responsabile cure primarie del distretto).

Per il controlloverrà utilizzata la seguente check-list di valutazione, i cui contenuti sonoportati a conoscenza del richiedente, unitamente all'informazione che le check-list, una volta compilate, verranno inserite nel fascicolo personale dell'utente, presso il Comune (o l'Ente delegato) o il Distretto socio sanitario dell'ULSS di residenza o domicilio.

pag. 4/13

CHECK-LIST DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA EROGATA

A SOGGETTI BENEFI	CIARI DI IMPEGN	ATIVA DI CURA DO	OMICILIARE (ICD)	William State of the state of t
Attività	Controllo effettuato	Adeguatezza	Note o commenti	OF GRETERIT
01. Pulizia e igiene della persona	□si, □no	□si, □no		
02.Situazione vestiario e calzature	□si, □no	□si, □no		
03.Presidi per la mobilità della persona / ausili	□si, □no	□si, □no		
04.Convivenza con altre persone	□si, □no	□si, □no		
05.Situazione nutrizionale della persona	□si, □no	□si, □no		
06.Presenti in casa farmaci prescritti o da banco	□si, □no	□si, □no		
07.Farmaci in ordine con evidenza di somministrazione regolare	□si, □no	□si, □no		
08.Sorveglianza sull'incolumità della persona	□si, □no	□si, □no		
09.Evidenza di preparazione pasti caldi*	□si, □no	⊒si, ⊒no		
10.Disponibilità cibo in casa*	□si, □no	□si, □no		
11.Convivenza con animali domestici*	□si, □no	□si, □no		
12.Sicurezza ambientale (rischio cadute, infortuni)*	□si, □no	□si, □no		
13.Pulizia della casa*	□si, □no	□si, □no		
14.Riordino della casa*	□si, □no	□si, □no		
15.Riscaldamento (inverno)*	□si, □no	□si, □no		
16.Condizionamento (estate)*	□si, □no	□si, □no		
17.Compagnia, supporto anche da persone non conviventi*	□si, □no	⊒si, ⊒no		
18.Sicurezza ambientale (altri rischi)*	⊒si, ⊒no	□si, □no		
19.Utenze (gas, energia el., acqua, telefono)*	□si, □no	□si, □no		
20.Altre situazioni di rilievo (specificare:	□ si, □ no	⊒si, ⊒no		
21.Altre situazioni di rilievo (specificare:	⊒si, □no	□si, □no		
* Facoltativo per ICDa e ICDp				
In fede,				
Luogo,		Notice-man		
D-4-1 1 11 1 11 1 1 1 1				

Data | | | | | | | | | | Il dichiarante (firma leggibile) ☐ Allegata copia del documento di identità. ☐ Annotazione estremi del documento di identità: Tipo: □Carta di identità, □Patente di guida,□Altro (___ Numero: Rilasciato il | _ | _ | _ | _ | _ | da_



INFORMATIVA PRIVACY

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali desideriamo informarla che i dati personali e anagrafici da lei forniti formano oggetto di trattamento da parte della Regione del Veneto, del suo Comune di residenza (o dell'Ente da questi delegato) e della Azienda ULSS a cui fa capo il Comune.

1) Quali dati trattiamo?

I dati indispensabili all'identificazione del richiedente l'Impegnativa di Cura Domiciliare (di seguito ICD), della persona non autosufficiente per la quale viene richiesto tale beneficio, i dati sanitari e sociali necessari a valutare il bisogno di cura e la misura con cui tale bisogno viene soddisfatto dalla famiglia e/o dalla rete sociale attivata dal Servizio sociale del Comune o dell'Azienda ULSS, i dati relativi alla situazione economica della famiglia (ISEE) nonché quelli indispensabili a consentire il corretto svolgimento del rapporto professionale e di fiducia con gli uffici preposti all'attuazione e al controllo del progetto assistenziale.

2) Come raccogliamo i dati, perché li trattiamo?

I dati vengono raccolti dagli uffici preposti del Comune (o dell'Ente da questi delegato) o dell'Azienda ULSS tramite il modulo di richiesta compilato dal richiedente, eventualmente anche presso gli sportelli preposti, al fine di aiutare il richiedente stesso nella corretta compilazione della autocertificazione. I dati di tipo sanitario o sociale vengono raccolti e compilati dall'assistente sociale e dal medico di medicina generale(per le ICDb) o dalle UVMD distrettuali per le altre tipologie di ICD, avvalendosi della SVaMA, della SVaMDi e di altri strumenti di valutazione della non autosufficienza. I dati vengono raccolti, oltre che su documenti cartacei, anche tramite la procedura informatica regionale, approvata con DGR , che collega gli Enti sopra elencati, per la valutazione dell'idoneità, l'inserimento nelle graduatorie e nei registri delle ICD. I dati sono trattati per le finalità, esplicite e legittime, che indichiamo qui di seguito:

- Finalità funzionali all'adempimento di obblighi normativi, previsti da leggi, decreti, regolamenti e/o da altri atti ad essi equiparati.
- Finalità funzionali alla gestione dell'ICD e degli adempimenti che da esso dipendono.
- Finalità connesse al controllo dei dati dichiarati, in base ai quali viene valutata l'idoneità e la misura del beneficio, come previsto dalla specifica normativa.
- Finalità informative (per quanto riguarda l'indirizzo email) in merito ad aggiornamenti alle programmazione regionale per la non autosufficienza.

3) E' obbligatorio conferire i dati. Cosa accade se non vengono conferiti?

Il conferimento dei dati personali richiesti è obbligatorio per adempiere alle finalità sopra elencate. Il diniego al trattamento dei dati potrà operare solo per i periodi per i quali non è stato erogato il contributo e comporterà automaticamente la cessazione della valutazione ai fini dell'erogazione del contributo.

4) A chi possono essere comunicati i dati, qual è l'ambito di diffusione?

Nell'ambito delle attività di controllo e amministrativo-contabili si rende necessaria la comunicazione di alcuni dei dati trattati (es.: ragioneria, banche, Agenzia delle Entrate e in genere a tutti gli enti delegati al controllo). Ovviamente rispondiamo alle eventuali intimazioni e alle ordinanze delle Autorità Giudiziaria, nei procedimenti legali, e adempiamo alle disposizioni impartite da Autorità e Organi di vigilanza e controllo.

5) Quali sono i suoi diritti, come farli valere?

Potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti presso l'Ente a cui è stata presentata domanda o che ha preso in carico tale domanda a seguito di trasferimento in altro luogo nella Regione del Veneto.

In relazione al trattamento di dati personali Lei ha diritto:

- di conoscere in ogni momento quali sono i suoi dati personali in nostro possesso e come essi vengano utilizzati.
- di fare aggiomare, integrare, rettificare tali dati nei limiti in cui tali dati non abbiano concorso alla erogazione dell'Assegno di cura in base a sue autocertificazioni dei dati stessi.
- di chiedere la sospensione od opporsi al loro trattamento, inviando una richiesta in tal senso, in qualsiasi forma (fax, e-mail, lettera) al responsabile del trattamento dell'Ente che al momento ha in carico la domanda (Comune o ente delegato, per l'ICDb, Azienda ULSS per le altre tipologie di ICD)

Nell'esercizio di tali diritti può conferire, per iscritto, delega o procura a persone fisiche o ad associazioni.

Dopo aver preso visione dell'informativa di cui sopra, autorizzo il trattamento dei dati contenuti nella domanda per l'ICD nonché dei dati socio sanitari rilevati dagli Enti preposti a tale adempimento e delle successive variazioni che mi impegno a comunicare nel termine di 30 giorni.

In fede,	
Luogo,	
Data _ _ _ _	
	II dichiarante
	(firma leggibile)



ICDb

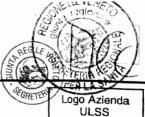
IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE CON BASSO E	BISOGNO ASSISTENZIALE - SCHEDA DI RACCOLTA DATI ¹
(cognome e nome)	
	() il _ _ _
Codice Fiscale _ _ _	
	()
in via	n frazione
telefono _ _	
indicare se diverso dalla residenza:	
domiciliato nel Comune di	()
in via	n frazione
telefono _ _ _	
Medico di Medicina Generale, dr	
L'utente è preso in carico in ADI: □si,□no Impegnativa di cura verrà erogata in forma di: □contr le opzioni sono cumulabili)	ributo economico,□servizi tutelari domiciliari <i>(per l'ICDb</i>
Punteggio totale SVaMA modificata / semplificata	A
Valore ISEE €	_ ,00 в
Punteggio ISEE C = [ISEE _{max} ² / ISE	E ³) C
Punteggio per l'inserimento in graduatoria (D=A-	-C) D
Data di compilazione	II funzionario
***	(timbro e firma leggibile)

Allegati: Dichiarazione ISEE e SVaMA semplificata

A cura del Comune o dell'Ente delegato, in collaborazione con il MMG per il calcolo del punteggio SVaMA.

Inserire valore definito dalla programmazione regionale per tetto ISEE

³Se ISEE < 500,00€, dividere per 500,00



REGIONE DI VENETO

AZIENDA ULSS N. ____ - COMUNE DI __

Scheda SVaMA semplificata

MODELLO APPROVATO CON DGR ____/ PER LA VALUTAZIONE AI FINI DELL'ICDb

(anagoma o noma)					
(cognome e nome)					
nato/a a		_ () il _	_		
Codice Fiscale _	-				
residente nel Comune di				(
in via n frazione					
PATOLOGIE PRINCIPALI CHI (da compilare a cura del medico		A DETERMINARE LA SITUA	AZIONE DI NON A	UTOSUFFICIENZA	
		Descrizione della pato	ologia	Codice ICPC⁴	
Prima patologia					
Eventualepatologia concomitan	ite				
Eventuale 2ª patologia concomitante				_ _ _	
OBIETTIVI, NOTE			TOTALE PU	NTEGGIO ⁵	
		Valutazione e punteggio			
Situazione Cognitiva	☐1 Lucido	2 Confuso	□з Мо	to confuso, stuporoso	
Problemi comportamentali	☐1 Assenti/Lievi	2 Moderati	☐3 Gra	vi	
Situazione Funzionale	1 Autonomo o qu	uasi	☐3 Tota	almente dipendente	
Barthel Mobilità	☐1 Si sposta da se	olo 2 Si sposta assistito	o 🔲 3 Non	☐3 Non si sposta	
Supporto rete sociale ⁵	☐1Non assistito	2Parzialmente assi	stito 🔲 3 Ben	assistito	
Necessità assistenza sanitaria	☐1Bassa	□2Intermedia	□3 Eleva	☐3Elevata	
II MMG		L'a	L'assistente sociale		
(timbro e firma)		((timbro e firma)		
Data, _ _ _		Data,	Data, _		

La tabella codici ICPC è riportata nella scheda SVaMA approvata con l'Allegato B della DGR 2961/2012

³ Sommare i punteggi di tutte le aree

^a La scala di valutazione è invertita rispetto alla SVaMA

Il funzionario

(timbro e firma leggibile)



ICDm

IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE CON MEDIO BISOGNO ASSISTENZIALE



1. SCHEDA DI RACCOLTA DATI (cognome e nome) ______ nato/a a _____ (___) il | | | | | | | | | | residente nel Comune di _____ n. ____ - frazione in via ___ telefono |__|__|_| indicare se diverso dalla residenza: domiciliato nel Comune di _____ n. _____ - frazione ____ telefono _______ | ____ | ___ | ___ | Medico di Medicina Generale, dr.____ Pre-verifica dei requisiti per l'invio all'UVMD: 1) Presenza di gravi disturbi comportamentali rilevata dal MMG: punteggio PCOMP da SVaMA = |___|⁷ 2) L'utente è già stato preso in carico in ADI: 🗆 si, 🗖 no (se no, va attivata la presa in carico ADI, come requisito per accedere all'ICDm) 3) Valore ISEE familiare: |__|_|,00 € Data di compilazione |__|_||_|_|

2. RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD

Punteggio totale SVaMA modificata			
Punteggio ISEE	[ISEE _{max} ³ / ISEE ³]x5		
Punteggio NPI "frequenza per gravità" ¹⁰			
Punteggio NPI "stress caregivers" ¹¹			

⁷ Valori ammessi: 2 o 3.

⁸Definito dalla programmazione regionale.

⁹Se ISEE <1.000,00 €, altora dividere per 1.000,00

¹⁹ Non deve essere inferiore a 25/144 e deve essere riportato un punteggio di almeno 9 in almeno 2 dei seguenti 7 disturbi principali: deliri, allucinazioni, agitazione/aggressività, ansia, disinibizione, attività motoria aberrante, disturbi del sonno.

¹¹ Non deve essere inferiore a 20/60 punti.

ALLEGATO B Dgr n. 3 7 del CR - 3 MAG. 2013 pag. 9/13

Punteggio per l'inserimento in graduatoria	TOP CER LAS
E' stato fatto riferimento a CDC Centro di Decadimento cog	ınitivo(DGR 3542/2007): □si, □ no
Indicare chi ha in carico la gestione farmacologica e non fa	rmacologica della malattia di base e dei disturbi:
L'impegnativa di cura verrà erogata in forma di: □contribut	o economico, 🖵 servizi tutelari domiciliari
Data di compilazione _ _	Il responsabile dell'UVMD
	(timbro e firma leggibile)

Allegati: Dichiarazione ISEE, quadro sinottico SVaMA modificato e verbale test NPI

QUADRO SINOTTICO SVaMA	RITERI E PRIORIT	À PER	ICE	me IC	Da ¹²
COGNOME E NOME:		DA	TA di NASC	ITA: _ _	<u> </u>
SEDE DI VALUTAZIONE:		DA	NTA:		
SITUAZIONE COGNITIVA	vcog		.5 =		
MOBILITÀ	VMOB	x 10) x 40)	.2 =		
SITUAZIONE FUNZIONALE	VADL		0.2 =]	
NECESSITÀ DI ASSISTENZA SANITARIA	A VSAN		,2 = (max 10)]	
Presenza disturbi comportamentali(se PCOMF	° = 2 o 3) 1	5 x 1	.0 =		
TOTALE SANITARIO					(max 45)
SITUAZIONE ECONOMICA rispetto al progetto as	ssistenziale propos	ito			(max 45)
Totalmente indipendente		0			
Dipendente da parenti o da altre persone		2 x 1	,0 =		
Dipendente dall'Ente pubblico		6			
SITUAZIONE SOCIALE	vsoc (max		.1 =		
TOTALE SOCIALE					
					(max 30)
Esistono alternative alla istituzionalizzazione			25		
Le alternative alla istituzionalizzazione rispondo	no parzialmente a	i bisogni	20		
Non vi sono alternative alla istituzionalizzazione)		10		
Assoluta urgenza sociale (in attesa di istituzionalizza	zione)		0		
ALTERNATIVE ALLA ISTITUZIONALIZZAZIO	NE				
		**************************************		of Face Commission of the Commission of the	(max 25)
TOTALE GENERALE			370 Table 1		
Data di compilazione	ll re	sponsabile	dell'UVMD		
	(tin	nbro e firma	leggibile)		
12 Approvato con DGR/					





ICDa

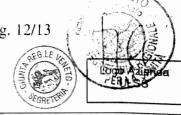


(cognome e nome)	,
nato/a a	() il _ _ _ _
Codice Fiscale _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _
residente nel Comune di	()
in via n	- frazione
telefono _ _ _ _	
indicare se diverso dalla residenza:	
domiciliato nel Comune di	()
in vian	- frazione
telefono _ _ _ _	
Medico di Medicina Generale, dr	
Pre-verifica dei requisiti per l'invio all'UVMD:	
1) Persona in condizione di dipendenza vitale con necessità	à di assistenza h24 ¹³ : □
2) L'utente è già stato preso in carico in ADI: ☐si, ☐ no (se accedere all'ICDa)	e no, va attivata la presa in carico ADI, come requisito per
3) L'utente non è inserito a titolo definitivo in strutture reside	enziali o semiresidenziali: 🖵
4) Valore ISEE familiare: _ . ,00 € ¹⁴	
Data di compilazione	
	Il funzionario
-	(timbro e firma leggibile)
2. RIASSUNTO A	ATTIVITA' UVMD
Punteggio totale SVaMA modificataper l'inserimento in gr	raduatoria A
Impegnativa di cura verrà erogata in forma di: 🖵 contributo ec	onomico
Data di compilazione	II responsabile dell'UVMD
•	(timbro e firma leggibile)
Allegati: Certificazione ISEE, Scheda SVaMA con quadro sinottic	co SVaMA modificato

¹³ Da confermare in UVMD con SVaMA 14 Deve essere inferiore a € 60,000,00



ICDp



IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE PER UTENTI CON DISABILITA' PSICHICA E INTELLETTIVA 1. SCHEDA DI RACCOLTA DATI

(cognome e nome)	
nato/a a	() il _ _ _
Codice Fiscale _ _ _ _ _ _ _	_ _ _
residente nel Comune di	()
in vian.	- frazione
telefono	
indicare se diverso dalla residenza:	
domiciliato nel Comune di	()
in vian.	frazione
telefono _ _ _	
Medico di Medicina Generale, dr	
Pre-verifica dei requisiti per l'invio all'UVMD:	
1) Età compresa tra 3 e 64 anni: 🗖	
2) Grave disabilità psico-fisica (art. 3, c. 3, Legge 104/19	998) con presenza di indennità di accompagnamento: 🗖
3) L'utente non è inserito a titolo definitivo in strutture res	sidenziali o semiresidenziali: 🗖
4) Valore ISEEiindividuale: _ . ,00 €	
Data di compilazione _ _	
	II funzionario
	(timbro e firma leggibile)
2. RIASSUNT	O ATTIVITA' UVMD
Punteggio totale valutazione disabilità ¹⁵	
Punteggio ISEE	[ISEEi _{max} 18 / ISEEi ¹⁷]x5
Punteggio per l'inserimento in graduatoria	тот.
Impegnativa di cura verrà erogata in forma di: □contributo	economico, 🛘 servizi di aiuto alla persona
Data di compilazione	II responsabile dell'UVMD
	(timbro e firma leggibile)
Allegati: Certificazione ISEE, Scheda valutazione disabilità, Ci	ertificazione ai sensi della Legge 104/1998

¹⁵ Espresso in sessantesimi

^{1&}lt;sup>3</sup>Definito dalla programmazione regionale. ¹⁷Se ISEEi<1.000,00 €, allora dividere per 1.000,00





IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE UTENTI CON DISABILITA' FISICO-MOTORIA

1. SCHEDA DI RACCOLTA DATI (cognome e nome) il |__|__|__| nato/a a ____ Codice Fiscale residente nel Comune di _____ n. ___ - frazione in via telefono |__|__| | | | | | | | indicare se diverso dalla residenza: domiciliato nel Comune di _____ n. ____ - frazione ___ in via telefono | | | | | | | | | | | | Medico di Medicina Generale, dr.__ Pre-verifica dei requisiti per l'invio all'UVMD: 1) Età compresa tra 18 e 64 anni: \square Grave disabilità fisico-motoria (art. 3, c. 3, Legge 104/1998) con presenza di indennità di accompagnamento: 🗖 Data di compilazione II funzionario (timbro e firma leggibile) 2. RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD Punteggio totale valutazione disabilità 18 ______,00 Valore ISEEi € [30.000,00 / ISEEi 19] Punteggio ISEE Punteggio per l'inserimento in graduatoria TOT. Impegnativa di cura verrà erogata in forma di: 🖵 contributo economico, 🖵 servizi di aiuto alla persona Data di compilazione II responsabile dell'UVMD (timbro e firma leggibile)

"Espresso in sessantesimi

Allegati: Certificazione iSEE, Scheda valutazione disabilità, Certificazione ai sensi della Legge 104/1998

¹'Se ISEEl<1.000,00 €, allora dividere per 1.000.00

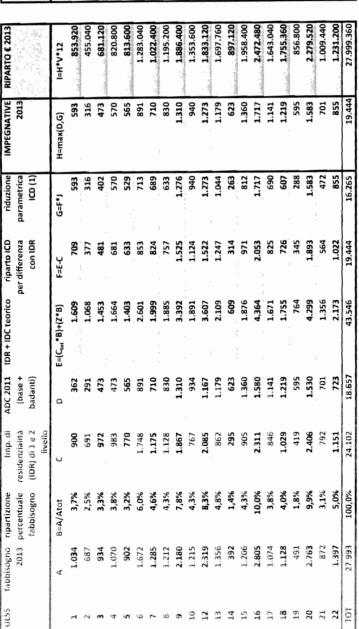


giunta regionale - 9^ legislatura

Tabella A1 - Riparto ICDb (escluso risorse ADI-SAD)

(riparto pesato per 61 e 62) ICD DEFINITIVE

M=F*61+L*62



19.444	20%	30%
19.444	10	52

19.444

Valore mensile impegnativa V Numero di impegnative annuali Z

BUDGET DA RIPARTIRE X:

Parametro teorico riduzione J (1)

28,000,000

83,65%

1.006

riparto IC	ď	fabbisogn	8*Z=1	17	47	3	74	62	1.16	88	86	1.51	86	1.61	76	27	88	1,94	1/	2	'n	1.97	9	6	19.4
riparto ICD	ber	differenza con IDR	FE-C	709	377	481	681	633	853	824	757	1.525	1.124	1.522	1.247	314	971	2.053	825	726	345	1.893	564	1.022	19.444
																							_	_	_
RIPARTO € 2013			21*V*H=I	853.920	455.040	681.120	820.800	813.600	1.283.040	1.022.400	1.195.200	1.886.400	1.353.600	1.833.120	1.697.760	897.120	1.958.400	2.472.480	1.643.040	1.755,360	856.800	2.279.520	1.009.440	1.231.200	27.999.360
IMPEGNATIVE	2013		H=max(D,G)	593	316	473	570	265	891	710	830	1.310	940	1.273	1.179	623	1.360	1.717	1.141	1.219	595	1.583	701	855	19.444
riduzione	parametrica	ICD (1)	G=F*J	593	316	402	570	529	713	689	633	1.276	940	1.273	1.044	263	812	1.717	069	607	288	1.583	472	855	16.265
riparto ICD	per differenza	con IDR	F=E-C	709	377	481	681	633	853	824	757	1.525	1.124	1.522	1.247	314	971	2.053	825	726	345	1,893	564	1.022	19.444
IDR + IDC teorico	•		E=(Ctot *B)+(Z*B)	1.609	1.068	1,453	1.664	1.403	2.601	1.999	1.885	3.392	1.891	3.607	2.109	609	1.876	4.364	1.671	1.755	764	4.299	1.356	2.173	43.546
ADC 2011	(pase +	badanti)	Q	362	291	473	473	265	891	710	830	1.310	934	1.167	1.179	623	1.360	1.580	1.141	1.219	595	1.530	701	723	18.657
imp. di	residenzialità	(IDR) di 1 e 2 livello	J	006	691	972	983	770	1.748	1.175	1.128	1.867	191	2.085	862	295	902	2.311	846	1.029	419	2,406	792	1.151	24.102
npartizione	percentuale	fabbisogno	B=A/Atot	3,7%	2,5%	3,3%	3,8%	3,2%	%0'9	4,6%	4,3%	7,8%	4,3%	8,3%	4,8%	1,4%	4,3%	10,0%	3,8%	4,0%	1,8%	%6′6	3,1%	2,0%	100,0%
fabbisogno ripartizione	2013		A	1.034	687	934	1.070	902	1.672	1.285	1.212	2.180	1.215	2.319	1.356	392	1.206	2.805	1.074	1.128	491	2.763	872	1.397	27.993

712 407 700 631 700 631 782 845 11.548 931 11.548 931 743 344 344 344 344 346 776

718 743 743 743 743 745 746 746 746 746 746 746 746 746 746 760 760 760

numero delle impegnative viene fatto scegliendo il valore più alto tra il numero di impegnative determinato dal fabbisogno (con eventuali rimodulazioni, ad esempio in base all'esistenza di impegnative di [1] # parametro teorico di riduzione "J" viene determinato empiricamente in funzione del budget da ripartire e del valore unitario della quota mensile. Il suo scopo è il seguente: poichè il riparto 2013 del residenzialita) ed si numero di utenti dell'anno precedente, è necessario ridurre il numero determinato dal fabbisogno in maniera che la sommatoria dei valori massimi sia sempre pari al nuemro di impegnative da i partire. Tale riduzione viene operata mottiplicando il numero di impegnative determnato sulla base del fabbisogno (con eventuali rimodulazioni) per il valore J.



gianta regionale - 9^ legislatura

Tabella A2 - Riparto ICDb (risorse ex ADI-SAD)

20.000.000	100	16.667
BUDGET DA RIPARTIRE X:	Valore mensile impegnativa V:	Numero di impegnative annuali Z:





giunta regionale ~ 9^ legislatura

Tabella B - Riparto ICDm

_				L				_										7								
RIPARTO € 2013				I=H*V*12	657.600	273.600	604.800	484.800	628.800	552.000	835.200	1.152.000	1.502,400	1.867.200	2.140.800	2.059.200	556.800	1.310.400	2,275,200	1.017.600	1.737.600	820.800	1.752.000	648.000	1.132.800	24.009.600
IMPEGNATIVE	2013			H=max(D,G)	137	57	126	101	131	115	174	240	313	389	446	429	116	273	474	212	362	171	365	135	236	5.000
riduzione	parametrica	ICD (1)		G=E*J	137	18	7	101	131	82	126	103	313	389	255	429	88	273	474	212	113	7.1	365	68	236	3.913
riparto ICD	per	differenza	con IDR	F≈E-C	175	23	4	129	167	-10	161	132	400	496	325	548	112	349	909	270	144	91	467	114	301	5.000
IDR + IDC teorico				E=(C _{tot} *B)+(Z*B)	1.075	714	971	1.112	937	1.738	1.336	1.260	2.267	1.263	2.410	1.410	407	1.254	2.916	1.116	1.173	510	2.873	906	1.452	29.102
ADC 2011	(dignermer)			Q	9	57	126	3	59	115	174	240	299	352	446	198	116	193	454	83	362	171	218	135	230	4.102
lmp. di	יבאותבווקומונום	(IDR) di 1 e 2	livello	Ü	900	691	972	983	770	1.748	1.175	1.128	1.867	191	2.085	862	567	506	2,311	846	1.029	419	2.406	792	1.151	24.102
ripartizione	per centrale	rabbisogno	Management of the second secon	B=A/Atot	3,7%	7,5%	3,3%	3,8%	3,2%	6,0%	4,6%	4,3%	7,8%	4,3%	8,3%	4,8%	1,4%	4,3%	10,0%	3,8%	4,0%	1,8%	%6′6	3,1%	2,0%	100,0%
fabbisogno 2013	2400		PARAMETER CONTRACTOR OF THE PA	⋖	1.034	687	934	1.070	902	1.672	1.285	1.212	2.180	1.215	2.319	1,356	392	1.206	2.805	1.074	1.128	491	2.763	872	1.397	27.993
ULSS			PART SPINISH SPANSON SELECTIONS		×	7	m	4	'n	٩	1	သ	on.	10	12	Ę	14	S.	3.6	17	3.8	19	50	23	22	101

148 166 83

123 167 191 161 299

230

(riparto pesato per 51 e 52) (2) ICD DEFINITIVE

riparto ICD riparto ICD differenza fabbisogno M=F*61+L*62

L=Z*B

FEC

23

con IDR

182 157 397 352 352 456 100 274 267 475 161 90 90 127

501 192 202 88

414 242 70 215

-		The same of the sa
2.000	5.000	2.000
51	%02	
52	30%	

24.000.000 400 5.000

Parametro teorico riduzione J (1) Numero di impegnative annuali Z Vatore mensile impegnativa V

BUDGET DA RIPARTIRE X

(1) il parametro teorico di riduzione "J" viene determinato empiricamente in funzione del budget da ripartire e del valore unitario della quota mensile. Il suo scopo è il seguente: poichè il riparto 2013 del	I vasore più alto tra il numero di impo	impegnative da upartire. Tale riduzione viene operata moltiplicando il numero di impegnative determinato del fabbisogno (con eventuali rimodulazioni) per il valore I.
---	---	--

(2) if uparto delle ICDD e ICDD) e altresi calcolato per if 70% (61) sulla base della compensazione con le impegnative di residenzialità in rapporto all'indice di fabbisogno, allo scopo di non penalizzare le politiche di sostegno alla domiciliarità nelle Aziende ULSS con maggiore presenza di residenzialità

Tabella C - Riparto ICDa

220.800 412.800 6.998.400	43	3,1% 5,9% 100,0%	156.040 292.840 4.955.491
672.000 220.800	70	9,6% 3,1%	475.635 156.040
105.600	11	1,5%	74.412
249.600	26	3,6%	176.233
259.200	7.2	3,7%	185,765
700.800	73	10,0%	494.034
364.800	38	2,2%	256.697
96.000	10	1,4%	68.682
384.000	40	2,5%	270.744
432,000	45	6,2%	308.883
307.200	32	4,4%	217.919
595.200	29	8,5%	419.246
355.200	37	5,1%	253,095
307.200	32	4,4%	219.416
451.200	47	%5'9	321.559
259.200	7.7	3,7%	182.102
268.800	28	3,8%	189.088
259.200	72	3,7%	181.069
115.200	12	1,7%	84.782
182.400	19	2,6%	127.250
D=C*V*12	C=ZxB	B=A/Atot	A
		popolazione	
		%	gennaio 2012
RIPARTO € 2013	riparto ICDa	ripartizione	popolazione 1

_					
412.800	6.998.400	200 000 F	000.000.7	800	729
43	729		endere de la como de la presentación de la companya de la companya de la companya de la companya de la company		AND THE PROPERTY OF THE PROPER
5,9%	100,0%	X.	AT 1	IVB V.	nnuafi Z:
292.840	4,955,491	SUDGET DA RIPARTIRE X.		valore mensile impegnativa V.	fumero di impegnative annuali Z:
22	101	BUDGE	Statement of the statem	Valore	Numero



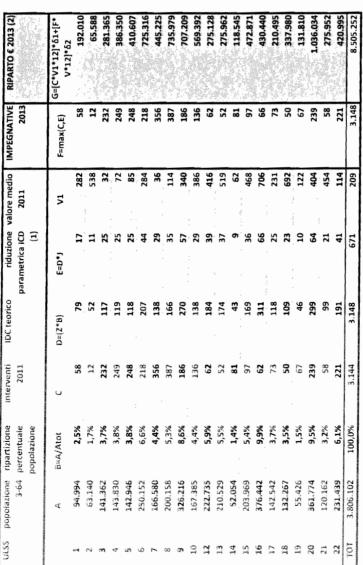


Allegato C



ginnta regionale – 9^ legislatura

Tabella D - Riparto ICDp



20%	35%
-	52
51	Ø

225 3.148

Numero di impegnative annuali Z

Vaiore mensile impegnativa V

BUDGET DA RIPARTIRE X:

Parametro teorico riduzione J (1)

8.500.000

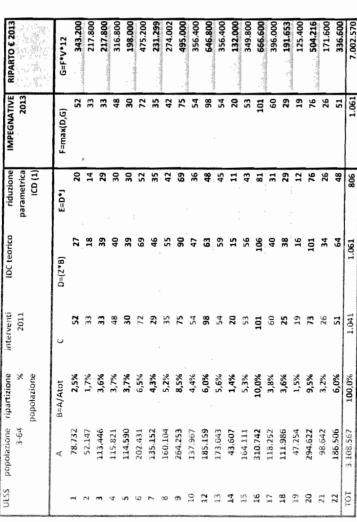
ICD DEFINITIVE	H=D	79	119	118	138	270 138	184 174	 Partier Shrinks 311	109	66Z	191	3.148

(1) Il parametro teorico di riduzione "j" viene determinato empiricamente in funzione del budget da ripartire e del valore unitario della quota mensile. Il suo scopo è il seguente: poichè ii riparto 2013 del	numero delle impegnative viene fatto scegliendo il valore più alto tra il numero di impegnative determinato dal fabbisogno (con eventuali rimodulazioni, ad esempio in base all'esistenza di impegnative di	residentialità) ed il numero di utenti dell'anno precedente, e necessario ridurre il numero determinato dal fabbisogno in maniera che la sommatoria dei valori massimi sia sempre pari al nuemro di impegnative	da ripartire. Tale induzione viene operata moltiplicando il numero di impegnative determnato sulla base del fabbisogno (con evenziali rimodulazioni) per il valore 1.	(2) (Casione della diversità medi desti suche nerconale nell'ultimo anno di aforimonte missiata di sinte nerconale nell'adversità di sociali di
---	---	---	---	--

(numero per valore mensile : C+V1) con il 35% (62)del valore delle impegnative 2013 moltiplicate per il valore mensile V.

giunta regionale - 9º legislatura

Tabella E - Riparto ICDf



DEFINIT		표		. , , , ,				1000							,	1, 1, 1		5 - 1860a V.				•		1.
		G=F*V*12	343.200	217.800	217.800	316.800	198.000	475.200	231.299	274.002	495.000	356.400	646.800	356.400	132.000	349.800	99999	396.000	191.653	125.400	504.216	171.600	336.600	7.002.570
2013		F=max(D,G)	52	33	33	48	30	72	35	42	75	54	86	54	20	53	101	09	29	19	9/	26	51	1.061
parametrica	ICD (1)	E=D*J	20	14	52	30	30	52	35	42	69	36	48	45	11	43	81	31	29	12	9/	26	48	806
		D=(2*B)	72	18	33	40	39	69	46	55	06	47	63	59	15	99	106	40	38	16	101	34	64	1.061
2011		C	25	33	33	48	30	72	53	35	75	54	86	54	20	53	101	60	52	19	73	26	51	1.041
*	popolazione	B=A/Atot	2,5%	1,7%	3,6%	3,7%	3,7%	%5′9	4,3%	5,2%	8,5%	4,4%	%0′9	%9'5	1,4%	5,3%	10,0%	3,8%	3,6%	1,5%	%5′6	3,2%	%0′9	100,0%
3-64		ধ	78.732	52.147	113,446	115,821	114.590	202,431	135,152	160.104	264,253	137,967	185,159	173.043	43,607	164.111	310,742	118,252	111.986	47.254	294.622	98.642	186.506	3.108.567

7.000.000	550	1.061
		A STATE OF THE REAL PROPERTY AND ADDRESS OF THE PROPERTY ADDRESS OF THE PROPERTY AND ADDRESS OF THE PROPERTY ADDRESS OF THE PROPERTY AND ADDRESS OF THE PROPERTY A
PARTIRE X:	pegnativa V	gnative annuali Z
BUDGET DA RIPARTIRE X	Valore mensile impegnativa l	Numero di Impegn

Parametro (eorico riduzione J (1)

[1] il parametro teorico di riduzione "J" viene determinato empiricamente in funzione del budget da ripartire e del valore unitario della quota mensile. Il suo scopo è il seguente; poichè il riparto all'esistenza di impegnative di residenzialita) ed il numero di utenti dell'anno precedente, è necessario ridurre il numero determinato dal fabbisogno in maniera che la sommatoria dei valori massimi sta sempre pari al nuemro di impegnative da ripartire. Tale riduzione viene operata moltiplicando il numero di impegnative determnato sulla base del fabbisogno (con evenziali 2013 del numero delle impegnative viene fatto scegliendo il valore più alto tra il numero di impegnative determinato dal fabbisogno (con eventuali rimodulazioni, ad esempio in base

%00'92



Tabella F - Riparto Sollievo

RIPARTO € 2013			C=(Z*B)	179.750	119.761	255.773	267.101	257.233	454.226	309.941	357.516	592.216	307.827	436.320	382.446	97.018	362.604	697.860	262.407	248.942	105.112	671.870	220.418	413.658	7.000.000
ripartizione	%	popolazione	B=A/Atot	7,6%	1,7%	3,7%	3,8%	3,7%	%5′9	4,4%	5,1%	8,5%	4,4%	6,2%	2,5%	1,4%	2,2%	10,0%	3,7%	3,6%	1,5%	%9'6	3,1%	2,9%	100,0%
popolazione	1 gennaio	2012	A	127.250	84,782	181.069	189.088	182.102	321.559	219.416	253,095	419.246	217.919	308.883	270.744	68.682	256.697	494.034	185.765	176,233	74.412	475.635	156.040	292.840	4.955.491
UESS			Marine conditions and a second	qei 4	7	es?	4	in	ō	7	83	თ	10	17	13	14	13	16	11	87	19	20	21	22	TOT

7.000.000	7 000 000
5.491 100,0%	- X H
4.955.491	SINGET DA RIPARTIRE X
TOT	Tabous

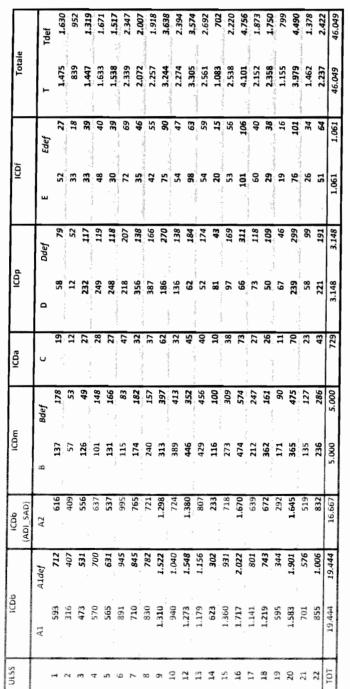






giunta regionale - 9^ legislatura

Tabella G - Riepilogo delle impegnative



La colonna "Nidef" rappresenta i valori di altineamento per le ICD (se il valore è in diminuzione, non possono essere staccate nuove impegnative sino al raggiungimento del valore Madef; se il valore e in aumento, rappresenta il numero delle impegnative staccabili a partire dal 1 gennaio 2014).









giana regionale ~ 9^ legislatura

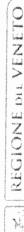
Tabella H - Riepilogo delle risorse da ripartire per l'anno 2013

urss	CDb	iCDb (ADI-SAD)	KDm	ICDa	ССБр	ICDf	Sollievo	ICDtot
Mary/Makesson	nocidente en estado en est	A2	В	J	۵		-	
-	853.920	739.200	657.600	182.400	192.010	343 200	179 750	2 140 000
	455.040	490.800	273.600	115.200	65.588	217.800	119 761	1 727 700
m	681.120	667,200	604.800	259.200	281,365	217.800	255.773	2 967 258
4	820.800	764.400	484.800	268.800	386.350	316.800	267.101	3 309 050
νĵ.	813.600	644,400	628.800	259.200	410.607	198.000	257,233	3.211.840
9	1.283.040	1.194.000	552,000	451.200	725.316	475.200	454.226	5.134.982
1	1.022.400	918,000	835.200	307.200	445.225	231.299	309.941	4.069.266
20	1.195.200	865.200	1.152.000	355.200	735.979	274.002	357.516	4.935.096
51	1.886,400	1.557.600	1.502.400	595,200	707.209	495.000	592.216	7.336.025
10	1.353,600	868.800	1.867.200	307.200	569.392	356.400	307.827	5.630.419
12	1.833.120	1.656.000	2.140.800	432,000	275.128	646.800	436.320	7.420.168
13	1.697.760	968.400	2.059.200	384.000	275.962	356.400	382.446	6.124.168
14	897.120	279.600	556.800	96.000	118.545	132.000	97.018	2,177,083
US end	1.958.400	861.600	1.310,400	364.800	472.871	349.800	362.604	5.680.475
16	2.472.480	2.004.000	2.275.200	700.800	430,440	009'999	697.860	9.247.380
17	1.643,040	766.800	1.017.600	259.200	210.495	396.000	262.407	4.555.542
89	1.755.360	806.400	1.737.600	249,600	337,980	191.653	248.942	5.327.535
13	856.800	350.400	820.800	105.600	131.810	125.400	105.112	2.495.922
20	2,279.520	1.974.000	1.752.000	672.000	1.036.034	504.216	671.870	8.889.639
23	1.009.440	622.800	648.000	220.800	275.952	171.600	220.418	3,169,010
22	1.231.200	998.400	1.132.800	412.800	420.995	336.600	413.658	4.946.453
TOT	27.999.360	19.998.000	24.009.600	6.998.400	8.505.252	7.002.570	7.000.000	101.513.181



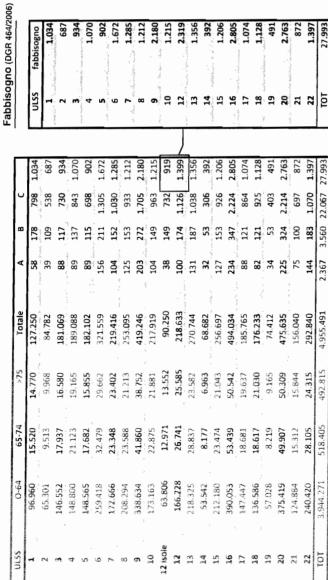


Signal Very Signature



ginnta regionale - 9^ tegislatura

Tabella I - Dati demografici. Popolazione al 1 gennaio 2012



TOT	27.993	22.067 2	3.560	2.367	4.955,491	492.815	518.405	3.944.271
22	1.397		183	144	292.840	24.315	28.105	240.420
21	872		100	75	156.040	15.844	15.312	124.884
20	2.763	,	324	225	475,635	50.309	49.907	375.419
19 nection protestation of 19	491	403	53	34	74.412	9.165	8.219	57.028
18	1.128		121	82	176.233	21.030	18.617	136.586
17 med at the property of the common of the	1.074	,	121	88	185.765	19.637	18.681	147.447
16	2.805		347	234	494.034	50.542	53,439	390,053
15	1.206	į	153	127	256.697	21.043	23.474	212.180
14	392		53	32	68.682	6.963	8.177	53.542
13	1.356		187	131	270.744	23.582	28.837	218.325
12	1.399		174	100	218.633	25.585	26.741	166.228
10	919	ı	149	38	90.250	13.552	12.971	63.806
6	1.215	5	149	104	217.919	21.881	22.875	173.163
S	2.180		272	203	419.246	38.752	41.860	338,634
7	1.212		153	125	253.095	21.213	23.588	208.294
6	1.285		152	104	219.416	23.402	23.348	172.666
ıń	1.672	4	211	156	321.559	29.662	32,479	259.418
4	905		115	68	182,102	15.855	17.682	148.565
m	1.070	843	137	89	189.088	19.165	21.123	148.800
ar 1998 (see 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1	934	730	117	88	181.069	16.580	17.937	146.552
-	687	538	109	39	84.782	9.968	9.513	65.301
ULSS fabbisc	1.034	798	178	28	127.250	14.770	15.520	96.960

18-64	78.732	113,446	115.821	114,590	202.431	135.152	160.104	264.253	137.967	185.159	173.043	43.607	164.111	310.742	118.252	111.986	47.254	294.622	98.642	186,506	3.108.567
3-64	94,994 63,140	141.362	143.830	142.946	250.152	166.580	200.158	326.216	167.385	222.735	210.529	52.054	203.969	376.442	142.542	132.267	55.426	361.774	120.162	231.439	3.806.102

308.883 270.744 **68.682** 256.697

39.137 23.582

22.875

2.180 1.215 2.319 1.356

39.712 28.837 8.177

41.860

172,666 208.294 338.634 173.163 230.034

494,034 185.765 176.233

19.637 **21.030** 9.165

18,617

136.586 375.419

E 1 2 2 1 8 1 8 2 2 2 2 2

1.206 2.805 1.074 1.128

8.219

57.028

6.963 21.043 50.542

23.474 53.439 18.681

218.325 53.542 212.180 390.053 147.447

74.412 475.635 156.040

15.844

15.312

124.884

2.763

240.420

3.944.271

þ

4.955.491

492.815

182,102 321,559 **219.416** 253.095 **419.246** 217.919

17.682 32.479

934 1.070 902

1.672 1.285 1.212

16.580 19.165 15.855 29.662 23.402 21.213 38.752 21.881

23.588 23.588

Totale

15.520 9.513 17,937 21.123

96,960 65.301 146.552 148.800 **148.565** 259.418

Popolazione per classi di età

	1,15%
%90'0	0,65%
parametro 0-64	B parametro 65-74
₹	20

5,40%

4,40%

C parametro over 75



giunta regionale - 9^ legislatura

ALLEGATO D Dgr n.

del

CR - 3 MAG. 2013





REGOLAMENTO TIPO PER LA PREDISPOSIZIONE ED IL FINANZIAMENTODELLE IMPEGNATIVE DI CURA DOMICILIARE PER PERSONE CON DISABILITÀ FISICO-MOTORIA (ICDf)

1. Finalità ed obiettivi

Base fondamentale delle impegnative di cura domiciliare per persone con disabilità fisico-motoria (ICDf) è l'assistenza personale. E' una modalità di servizio che si differenzia notevolmente dalle forme assistenziali tradizionali ed è una concreta alternativa al ricovero in qualunque tipo di struttura, a favore della domiciliarità. L'assistenza personale autogestita permette di vivere a casa propria e di organizzare la propria vita e consente alle famiglie di essere più libere da obblighi assistenziali, riconoscendo la persona con disabilità quale soggetto protagonista della propria vita e non oggetto di cura. In tal senso, il servizio deve essere personalizzato ed organizzato dalla persona stessa in base alle sue specifiche esigenze. Il reperimento e la formazione dei propri assistenti personali sono elementi fondamentali. La persona con disabilità sceglie il/i proprio/i assistente/i, ne cura la formazione, ne concorda direttamente mansioni, orari e retribuzione. Inoltre, il soggetto con disabilità può, con il finanziamento ricevuto, acquistare attrezzature specifiche per l'autonomia personale (compresa la domotica), non erogabili tramite il Nomenclatore Tariffario delle protesi (DM 27 agosto 1999, n. 332).

Gli obiettivi delle ICDf sono:

- sviluppare l'autodeterminazione e il miglioramento della qualità della vita delle persone con disabilità fisico-motoria;
- promuovere la personalizzazione degli interventi;
- garantire la permanenza nella propria casa e nel complesso delle relazioni socialidelle persone con disabilità;
- supportare la famiglia con persone con disabilità nella gestione delle attività quotidiane;
- evitare sovrapposizioni di interventi economici con le medesime finalità:
- favorire la vita autonoma della persona con disabilità nella propria abitazione.

2. Tipologia di interventi

Si tratta di progetti nei quali la persona con disabilità fisico-motoria, non dipendente da deficit sensoriali, non correlata a deficit cognitivi e in grado di autodeterminare la propria volontà, propone e gestisce il proprio piano personalizzato di assistenza, al fine di conseguire obiettivi di vita autonoma, parità di opportunità ed integrazione sociale.

Per quanto sopra espresso il soggetto disabile deve essere in grado di autogestire autonomamente il proprio progetto.

Sulla base del budget assegnato, vengono programmate azioni da parte della persona con disabilità fisicomotoria. Dette azioni possono riguardare diversi gli ambiti della vita della persona, quali:

- Aiuto personale nelle diverse attività di routine quotidiana sia nell'ambito domiciliare che extradomiciliare (ADL, iADL);
- Assistenza notturna;
- Servizio di trasporto e di accompagnamento;
- Acquisto attrezzature e ausili specifici per l'autonomia personale (compresa la domotica), non erogabili tramite il Nomenclatore Tariffario delle protesi (DM 27 agosto 1999, n. 332);
- Attività finalizzate a favorire l'inserimento lavorativo e il diritto allo studio;



Attività finalizzate a favorire socializzazione.

La quantificazione dell'ICDf ha un ammontare variabile determinato dal progetto personalizzato, con un limite massimo mensile di 1.000,00 (mille/00) euro mensili. L'ammontare mensile è definito,nei limiti del trasferimento regionale alle Aziende ULSS, sulla base una graduatoria aggiornata mensilmente dall'Azienda ULSS, determinata in funzione della necessità di assistenza personale e del reddito personale ricavato dall' ISEE estratto ai sensi dell'art. 3 comma 2 d.lgs. 31 marzo 1998 n. 109, così come modificato dal d.lgs. del 3 maggio 2000, n. 130, per l'accesso ai contributi previsti dalla DGR 2354/2012¹.

Le attività previste sono riferibili ad interventi centrati sulla persona con disabilità fisico-motoria per favorirne la domiciliarità. Sono quindi escluse da tale ambito di finanziamento le richieste di accoglienza residenziale, anche per brevi periodi, o gli interventi diurni, gestiti in strutture di accoglienza diurna, come i Centri Diurni per persone disabili.

L'assistenza per L'ICDf è incompatibile con le altre ICD e può essere complementare ad altri interventi e servizi connessi alla domiciliarità.

3. Destinatari

Sono destinatari degli interventi sopra riportati le persone adulte, di età compresa tra i 18 e i 64 anni:

- con disabilità fisico-motoria, non dipendente da deficit sensoriali e non correlata a deficit cognitivi;
- in grado di autodeterminare la propria volontà;
- in possesso della certificazione di gravità, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992, con invalidità al 100% ed indennità di accompagnamento.

I destinatari del progetto devono essere in una situazione complessivamente caratterizzata da grave handicap sul versante della non autosufficienza e da una discreta capacità di autonomia.

In questo ambito la valutazione dovrà evidenziare la presenza delle seguenti condizioni:

- una condizione di non autosufficienza. Si intende per autosufficienza la capacità di svolgere da soli le normali attività relative alla cura e al mantenimento del proprio corpo e agli interventi nella sfera motoria. La non autosufficienza si ha quando la persona ha bisogno di interventi di aiuto per compensare deficit di natura organica e/o motoria. Alcuni problemi di non autosufficienza possono trovare idonea soluzione attraverso l'aiuto di protesi e ausili, anche non erogabili tramite il Nomenclatore Tariffario delle protesi (DM 27 agosto 1999, n. 332); altri possono essere risolti solo con l'intervento di aiuto di una o più persone.
- <u>una condizione di autonomia</u>. Si intende per autonomia il processo di apprendimento e di crescita che sviluppa capacità di autodeterminazione per la propria esistenza, attraverso la rappresentazione e la costruzione di un personale progetto di vita, con chiara identità personale percepita. La condizione di autonomia permette alla persona disabile di autogestire autonomamente il progetto di vita indipendente.

4. Modalità di accesso

- 1) La persona interessata presenta, sull'apposito modulo, la richiesta al Distretto Socio sanitario di residenza. Alla richiesta deve essere allegato:
 - ISEE estratto ai sensi dell'art. 3, comma, 2 d.lgs. 31 marzo 1998 n. 109 così come modificato dal d.lgs.3 maggio 2000, n. 130, per l'accesso ai contributi previsti dalla DGR 2354 del 20 novembre 2012;

¹DGR 2354/2012 "Approvazione del documento "Atti di indirizzo applicativo" per il trasferimento e l'utilizzo delle risorse destinate al finanziamento dell'azione a supporto alle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e le loro famiglie e della scheda specifica " sperimentale" di valutazione della persona affetta da SLA per l'erogazione del contributo. DGR n. 2499 del 29.12.2011 e DDR n.155 del 7.06.2012".





- il Progetto di vita indipendente con precisazione delle richieste, della tempistica, della descrizione e quantificazione delle necessità di aiuto alla persona, dei relativi costi e dichiarazione di assunzione di responsabilità;
- la domanda di attivazione UVMD per verificare che la persona con disabilità abbia le capacità necessarie per gestire autonomamente il proprio progetto.
- 2) Il Direttore del Distretto Socio Sanitario convoca, entro 30 giorni dalla data della richiesta, l'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD) per la valutazione di cui al punto precedente. All'UVMD partecipa l'assistente sociale del Comune di residenza della persona con disabilità.
- 3) L'UVMD provvede alla valutazione del progetto considerando, principalmente, la capacità di autogestire autonomamente il progetto di vita indipendente e la possibilità concreta di raggiungere gli obiettivi determinati tramite l'attivazione di un programma di aiuto alla persona. L'UVMD, inoltre, definisce il responsabile del caso, generalmente individuato nell'assistente sociale di riferimento, con il compito di monitorare e verificare con la persona interessata, in itinere, l'attuazione del progetto personalizzato di assistenza, in modo particolare rispetto a raggiungimento obiettivi e risorse utilizzate.
- 4) L'Azienda ULSS provvede a predisporre la graduatoria e ad aggiornarla mensilmente ed assegna a ciascun progetto il finanziamento compatibilmente con le risorse messe a disposizione per le ICDf.
- 5) L'Azienda ULSS approva mensilmente l'aggiornamento della graduatoria e procede alla liquidazione trimestrale del finanziamento, secondo le modalità previste dal presente regolamento.

5. Il Progetto di vita indipendente

Il progetto di vita indipendente dovrà evidenziare:

- dati anagrafici;
- descrizione del nucleo familiare;
- descrizione della situazione abitativa (di proprietà, affitto, proprietà con mutuo, abitazione collocata: in centro, in periferia, isolata, presenza di barriere architettoniche interne ed esterne);
- situazione assistenziale attuale (servizi di cui usufruisce);
- descrizione dell'assistenza necessaria per una buona qualità di vita;
- descrizione degli obiettivi che si intendono perseguire (cura della persona, integrazione lavorativa, diritto alla studio, socializzazione);
- le prestazioni previste e le modalità di gestione (utilizzo di personale di Centri di servizio per persone non autosufficienti, da Comuni o da Enti del Terzo settore di cui all'articolo 5 della L 328/2000 di altri soggetti autorizzati scelti dalla persona con disabilità o attraverso personale privato);
- preventivo ore settimanali, mensili, annuali
- preventivo relativo all'attrezzatura specifica per l'autonomia personale, non erogabile tramite il Nomenclatore tariffario delle protesi;
- la durata del progetto;
- l'entità del contributo mensile proposto;
- firma del richiedente.

Nel caso la persona desideri avvalersi, per l'erogazione dell'aiuto personale, di un Centro di servizio per persone non autosufficienti, da Comuni o da Enti del Terzo settore di cui all'articolo 5 della L 328/2000, deve allegare al progetto un preventivo di spesa rilasciato dalla soggetto che erogherà le prestazioni. Il progetto ha una durata di 12 mesi. Alla scadenza, previa valutazione positiva dell'UVMD della permanenza del bisogno e dell'assistenza ricevuta, la persona mantiene l'ICDf senza rientrare in graduatoria.

6. Definizione della Graduatoria





La graduatoria viene elaborata secondo le regole e le modalità di attribuzione del punteggio approvate con l'Allegato A della presente DGR.

7. Gestione operativa dei progetti

Nel caso in cui la persona con disabilità decida di avvalersi di Centri di servizio per persone non autosufficienti, da Comuni o da Enti del Terzo settore di cui all'articolo 5 della L 328/2000, questi dovranno esprimere la loro disponibilità a collaborare all'attuazione del progetto personalizzato di assistenza secondo modalità organizzate direttamente dagli utenti stipulando, con essi, un apposito contratto.

8. Rendiconto

La persona con disabilità è responsabile della rendicontazione del progetto di vita indipendente e trasmette mensilmenteal Distretto di residenza la documentazione attestante le spese sostenute per la realizzazione del progetto di vita indipendente.

La rendicontazione contabile deve essere presentata al Distretto di residenza in copia e i documenti originali devono essere a disposizione per eventuali controlli. E' ammessa in sede di rendicontazione l'autocertificazione da parte dell'utente.

L'utilizzo del finanziamento annuale può essere modulato nel corso dei mesi, in riferimento alle esigenze personali.

9. Verifica dei progetti

La valutazione dei risultati dei singoli progetti individualizzati (raggiungimento degli obiettivi previsti dal singolo progetto individualizzato e il grado di soddisfazione dell'utente) sarà effettuata annualmente in sede di UVMD.

L'UVMD sarà preceduta da colloqui con gli utenti interessati e i loro familiari, visite domiciliari e osservazioni sulle principali dimensioni della Qualità della vita (benessere, relazioni sociali sperimentate, supporto ricevuto, qualità dell'ambiente, autodeterminazione e autonomia, integrazione comunitaria, ecc.).

10. Revoca del progetto e del finanziamento

Al verificarsi delle sotto elencate inadempienze, gli Enti gestori sono tenuti a contestare le stesse per iscritto alla persona con disabilità, assegnando un termine per la loro giustificazione.

Le inadempienze che possono determinare la revoca del finanziamento del progetto sono:

- destinazione delle risorse economiche a scopi diversi da quelli definiti nel presente regolamento;
- inadempienze agli obblighi assunti con gli Enti gestori;
- documentazione di spesa non pertinente;
- indisponibilità alle verifiche.