

Struttura amministrativa competente:  
Segreteria regionale per la SanitàPresidente  
Vicepresidente  
Assessori

	P	A
Luca		
Marino		
Renato		
Roberto		
Luca		
Maurizio		
Marialuca		
Elena		
Marino		
Massimo		
Franco		
Remo		
Daniele		

Segretario Mario Caramel

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1338 del 30 luglio 2013**

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

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

Il Presidente Luca Zaia, riferisce quanto segue.

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

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

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

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

In sede di esame della DGR 154/CR, la Quinta Commissione consiliare ha invitato il Presidente della Giunta regionale a richiedere entro il 28 febbraio 2013 la conclusione dei lavori del gruppo tecnico, al fine di

poter formulare entro il 31 marzo 2013 il parere della Commissione sulla proposta di revisione delle prestazioni extra-LEA, nonché di individuare nel secondo trimestre dell'anno 2013 il momento nel quale far decorrere l'introduzione del nuovo quadro di LEA aggiuntivi.

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

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

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

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

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

- a) tempistica di attuazione;
- b) valore e numero delle ICDA e possibilità di utilizzo delle risorse eventualmente residue per l'acquisto di ausili;
- c) rinvio del riallineamento del numero di impegnative, già previsto per il 2014, che viene procrastinato a nuovo atto della Giunta regionale, sentita la competente Commissione. Sostanzialmente in questo modo il provvedimento opera una trasformazione in "Impegnativa" dell'Assegno di cura prima erogato "a bando", mantenendo il numero dei beneficiari maggiore o uguale a quello esistente nell'ultima rilevazione e rinviando a successivo atto una diversa distribuzione e perequazione nei territori del numero delle impegnative e delle relative risorse;
- d) correzione di un errore materiale nell'elenco delle Impegnative di residenzialità (colonna C delle tabelle A1 e B dell'Allegato C);
- e) correzione del limite di ISEE da 16.500,00€ a 16.631,71€, come vigente per l'Assegno di Cura;
- f) modifica del metodo di attribuzione del riparto delle ICDB (ex ADI-SAD) e delle ICDF, che viene effettuato in parte tenendo conto dei riparti degli anni precedenti, come definito nelle tabelle A2 ed E dall'**Allegato A** del presente provvedimento.

## 1. AMBITO DI INTERVENTO

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

- assegni di cura (DGR 39/2006 e DGR 4135/2006);
- interventi in accentrata regionale (per telesoccorso e telecontrollo e per l'informatizzazione dell'assegno di cura);
- interventi nell'ambito della domiciliarità per persone disabili (aiuto personale, progetti di autonomia personale, vita indipendente);
- costi del trasporto delle persone disabili ai Centri diurni (LR 5/2008, articolo 5);
- integrazione regionale alle quote di RSA per persone disabili (DGR 3972/2002).

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

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

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

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

E' stata inoltre inserita una nuova linea di intervento prevista dalla legge di stabilità 2013 (Legge 228/2012) con la quale il legislatore nazionale ha ripristinato il Fondo nazionale per le Non Autosufficienze (FNA). Nella proposta di riparto di tale fondo, per la quale il 24 gennaio 2013 è stata approvata l'intesa nella Conferenza unificata di cui al d.lgs. 281/1997 in vista del Decreto interministeriale di riparto, è stato previsto il vincolo di utilizzo di almeno il 30% delle risorse ripartite a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continua nelle 24 ore per: gravi patologie cronico degenerative non reversibili, ivi inclusa la SLA, gravi demenze, gravissime disabilità psichiche multi patologiche, gravi cerebro lesioni, stati vegetativi, gravi patologie associate a dipendenza vitale da apparecchiature elettromedicali.

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

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

## 2. LEA E LEA AGGIUNTIVI REGIONALI

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

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

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

## 3. L'IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE

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

Le novità introdotte sono sostanzialmente le seguenti:

- a. L'ICD viene strutturata in cinque categorie, mutuamente esclusive (come già previsto con l'istituzione dell'Assegno di Cura con DGR 4135/2006), per la risposta alle seguenti tipologie di bisogno:
- utenti con basso bisogno assistenziale (ICDb), corrispondenti agli utenti previsti dalla LR 28/1991, i cui bisogni sono rilevati nell'ambito della rete dei servizi sociali e, per la parte sanitaria, dal Medico di Medicina Generale.
  - utenti con medio bisogno assistenziale (ICDm), corrispondenti agli utenti con presenza di demenze di tutti i tipi accompagnate da gravi disturbi comportamentali o con maggior bisogno assistenziale rilevabile dal profilo SVaMA.
  - utenti con alto bisogno assistenziale (ICDa), corrispondenti a persone con disabilità gravissime e in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continua nelle 24 ore, come previsto nell'intesa della Conferenza unificata sulla proposta di DPCM di riparto del FNA 2013, ai sensi della Legge 228/2012.
  - utenti con grave disabilità psichica e intellettiva (ICDp): questa tipologia di ICD assorbe e riunisce in un'unica fattispecie le specifiche contenute nella DGR 1859/2006 in materia di interventi di promozione dell'autonomia personale e di aiuto personale.
  - utenti con grave disabilità fisico-motoria (ICDf): questa tipologia di ICD è destinata a persone in età adulta, con capacità di autodeterminazione e grave disabilità fisico-motoria, ed assorbe i progetti di vita indipendente.
- b. Il valore o il tetto dell'ICD è pre-determinato per ciascuna tipologia. L'unità di misura minima dell'ICD è il mese solare. Il riparto delle ICD per Aziende ULSS viene fatto per ICD annuali equivalenti.
- c. Sulla base delle risorse annualmente messe a riparto, è definito un numero di impegnative per Azienda ULSS in funzione dell'indice di fabbisogno (come definito dalla DGR 464/2006) o della popolazione residente. Per le impegnative di bassa e di media intensità il fabbisogno è corretto in modo da incrementare le impegnative di cura domiciliare a favore delle Aziende ULSS con una minore dotazione di impegnative di residenzialità. Per tale motivo la determinazione di questa tipologia di impegnative sarà aggiornata annualmente, in presenza di variazioni del riparto di impegnative di residenzialità.
- d. Le impegnative sono erogate sulla base di una graduatoria unica aziendale con una sezione per ciascuna tipologia. Si ottiene in tal modo un effetto di semplificazione che consente di poter erogare con celerità l'IDC, quando prevista in forma di contributo economico, senza dover attendere il conteggio semestrale delle domande al fine di dividere il budget tra gli aventi diritto. La chiusura dell'impegnativa (per decesso, ingresso in servizi residenziali, trasferimento in altra ULSS/regione, conclusione del progetto senza rinnovo) determina l'immediato subentro di un nuovo richiedente, attraverso lo scorrimento della graduatoria.
- e. L'accesso alle ICD di media e alta intensità, e quelle per le persone con disabilità grave, è stabilito dall'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD). Per quelle di bassa intensità la competenza istruttoria è dell'assistente sociale, in collaborazione con il MMG.
- f. Le ICD possono essere erogate in forma di contributo economico oppure in forma di servizi. Nell'ambito delle ICD di bassa intensità, il finanziamento regionale include le risorse finora erogate ai Comuni con il riparto della voce ADI-SAD.
- g. Viene introdotta l'attivazione periodica da parte delle Aziende ULSS di forme di controllo in merito alla qualità assistenziale conseguita con l'erogazione dell'ICD, attraverso visite domiciliari dell'assistente sociale o di operatori distrettuali, nell'ambito degli accessi di ADI, oppure su disposizione del Comune o dell'ente delegato. A tale scopo è inclusa nel modulo di domanda dell'ICD, contenuto nell'**Allegato B** del presente provvedimento anche una *check-list* di valutazione, che viene sottoscritta dal richiedente.
- h. La procedura informatica di gestione dell'ICD potrà essere messa in relazione con gli strumenti aziendali delle Cure Domiciliari. Il flusso dati generato dalle ICD verrà inoltre integrato al flusso dati delle Cure Domiciliari, nonché ad altre banche dati riguardanti la disabilità (ad esempio degli interventi della Legge 104/92), per una migliore lettura del bisogno ed una più efficace programmazione degli interventi e delle risorse.

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

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

#### 4. VALORE E RIPARTO DELLE ICD E DELLE RISORSE

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

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

- Tabella A1) Riparto delle ICDB (escluso ADI-SAD);
- Tabella A2) Riparto delle ICDB (ex ADI-SAD);
- Tabella B) Riparto delle ICDm;
- Tabella C) Riparto delle ICDA;
- Tabella D) Riparto delle ICDp;
- Tabella E) Riparto delle ICDF;
- Tabella F) Riparto del Sollievo.

Nonché le seguenti:

- Tabella G) Riepilogo delle impegnative;
- Tabella H) Riepilogo delle risorse ripartite;
- Tabella I) Dati demografici e determinazione dell'indice di fabbisogno al 1 gennaio 2013 con i criteri definiti con la DGR 464/2006.

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

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

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

#### 5. RISORSE PER I LEA E PER I LEA AGGIUNTIVI REGIONALI

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

- il 75% delle risorse per l'ICDB e l'intero ammontare di quelle per l'ex ADI-SAD;
- tutte le risorse per ICDm e ICDA, nonché per ICDp e ICDF e Sollievo.

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

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

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

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

#### 6. REGOLAMENTO TIPO PER LA PREDISPOSIZIONE ED IL FINANZIAMENTO DELLE IMPEGNATIVE DI CURA DOMICILIARE PER PERSONE CON DISABILITÀ FISICO-MOTORIA (ICDf)

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

#### 7. MODALITÀ E TEMPISTICA DI ATTUAZIONE DEL PROVVEDIMENTO

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

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

In merito alla tempistica si illustra quanto segue.

- a. Per quanto riguarda le ICDB e le ICDm – che sostituiscono l'Assegno di Cura, per il quale, a far data dal 16 febbraio 2013 non è più in atto la convenzione con ANCI-SA e viene operata una raccolta manuale delle domande da parte dei Comuni e delle Aziende ULSS – nelle more di realizzazione della procedura informatica di cui al punto 9 dell'**Allegato A**, verrà messo a disposizione di un sistema informativo per la mera raccolta delle domande pervenute. Al contempo le Aziende ULSS dovranno verificare la sussistenza dei requisiti per il 2013 dei beneficiari della procedura Assegno di Cura 2012 (escludendo le persone decedute e quelle che hanno perso il diritto all'ADC per i motivi previsti dal regolamento dell'ADC). Tutto ciò al fine di abbreviare i tempi di input delle domande e della ricognizione dei beneficiari esistenti e di pervenire, entro il corrente anno, alla determinazione dei beneficiari di ICDB e ICDm secondo le modalità complessivamente illustrate nell'**Allegato A**.
- b. Per quanto riguarda le ICDA verrà attivata con tempestività, già nel corso del 2013, la gestione della procedura secondo le modalità illustrate nell'**Allegato A**. Le domande verranno raccolte manualmente e per la via telematica provvisoria sopra descritta, in attesa di determinare le graduatorie con la procedura informatica definitiva.
- c. Per quanto riguarda le ICDp e le ICDf per il 2013, mantenendo il budget assegnato con la Tabella H dell'**Allegato C**, la gestione di questa risposta assistenziale viene effettuata con le regole attualmente in vigore per i progetti di aiuto personale e di vita indipendente. La gestione delle ICDp e le ICDf, con le modalità descritte nell'**Allegato A** avrà inizio dal 1 gennaio 2014.

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

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

#### LA GIUNTA REGIONALE

- Udito il relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione, ai sensi dell'art. 53, 4° comma dello Statuto, 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 la LR 30/2009 e gli articoli 3 e 5 della LR 1/2008;
- Visti l'articolo 3-*septies* del d.lgs. 229/1999, il DPCM 14 febbraio 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie) e il DPCM 29 novembre 2001 (Definizione dei Livelli essenziali di assistenza) e la DGR 3972/2002;
- Vista la Legge 228/2012 e le intese del 24 gennaio 2013 della Conferenza unificata di cui al d.lgs. 281/1997 in merito al riparto del Fondo Nazionale per le Politiche sociali e del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze;
- Visto il d.lgs. 118/2011 e la DGR 1102/2012;
- Acquisito il parere della Conferenza regionale permanente per la Programmazione Sanitaria e Socio Sanitaria, espresso nella seduta del 20 giugno 2013 e trasmesso con nota del 26 giugno 2013;
- Acquisito il parere favorevole della V Commissione consiliare, formulato nella seduta del 27 giugno 2013 e trasmesso con nota prot. 13061 del 12 luglio 2013.

#### DELIBERA

1. Di approvare le motivazioni esposte in premessa, facenti parte integrante del provvedimento.
2. Di approvare l'**Allegato A**, parte integrante e sostanziale del provvedimento, contenente le disposizioni applicative per l'istituzione dell'Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD).
3. Di approvare l'**Allegato B**, contenente la modulistica per le domande di ICD e le schede di raccolta dati, che dovranno essere utilizzate in luogo della modulistica preesistente a far data dalla pubblicazione del presente atto nel BURV.
4. Di approvare, con le tabelle contenute nell'**Allegato C**, la ripartizione delle ICD per tipologia di intervento e per Azienda ULSS. L'assegnazione delle risorse alle ULSS, come definita dalla Tabella H dell'**Allegato C**, sarà confermata con il riparto del Fondo sanitario regionale per il 2013. Nelle more di tale provvedimento le Aziende ULSS sono autorizzate ad emanare gli eventuali atti di spesa necessari all'assegnazione delle ICD.
5. Di stabilire, per le motivazioni illustrate in premessa, che per quanto riguarda le ICD e il Solievo sono ascrivibili ai LEA tutte le risorse, con esclusione del 25% delle risorse per l'ICDb (tranne quelle per l'ex ADI-SAD), e che sono ascrivibili ai LEA anche le risorse per il Telesoccorso.
6. Di approvare l'**Allegato D** contenente il regolamento tipo regionale per la predisposizione ed il finanziamento delle ICD per persone con disabilità fisico-motorie a partire dal 1 gennaio 2014.
7. Di approvare con la Tabella I dell'**Allegato C** la determinazione del fabbisogno regionale per l'anno 2013 ai sensi della DGR 464/2006, anche per gli altri scopi previsti dalla programmazione regionale in materia di non autosufficienza.
8. Di stabilire che, in ragione dell'opportunità di coordinamento informatico delle attività nell'ambito della Segreteria regionale alla Sanità, l'esecuzione della DGR 612/2013 da parte dell'Azienda ULSS 7 opererà in collaborazione con il Servizio Sistema Informatico SSR della Direzione regionale Controlli e Governo SSR.
9. Di assegnare il coordinamento della gestione del progetto di avvio delle ICD alla Direzione regionale Attuazione Programmazione sanitaria, che si avvarrà della collaborazione dell'Azienda ULSS 12. A tale scopo, con decreto del Segretario regionale alla Sanità e Sociale verrà approvata una convenzione per

disciplinare l'espletamento delle necessarie attività, unitamente al necessario impegno economico per il rimborso delle spese, che verrà effettuato con risorse del Fondo Sanitario regionale – Fondo regionale per la non autosufficienza, gestione accentrata.

10. Di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa aggiuntiva a carico del bilancio regionale.
11. Di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino ufficiale della Regione.

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

IL SEGRETARIO  
Avv. Mario Caramel

IL PRESIDENTE  
Dott. Luca Zaia





## 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 integrativi alle Cure Domiciliari, consentendo la programmazione di servizi e di risorse nell'ambito della classificazione delle politiche socio-sanitarie prevista dal d.lgs. 229/1999 e 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 socio-sanitarie", DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli essenziali di assistenza").

Si delineano, di seguito, le procedure con le quali, secondo la tempistica indicata nella parte motiva del provvedimento, 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 nonché – nella prima fase di esecuzione del provvedimento, fino a nuove indicazioni da assumere con provvedimento della Giunta regionale, previo parere della competente Commissione consiliare – del bisogno storico espresso dai territori delle ULSS con l'Assegno di Cura. 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 potrà essere 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'ICD, 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;
- 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;
- h) utilizzare i mezzi di trasporto.

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.

## 2. OBIETTIVI E DISPOSIZIONI COMUNI

L'Impegnativa di Cura Domiciliare persegue l'ottica della presa in carico, da parte dei servizi sociali e socio-sanitari 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 28/1991<sup>1</sup>, 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 intellettuale (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.

---

<sup>1</sup> Articolo 2 della LR 28/1991: "Destinatari degli interventi di cui al comma 2 del precedente art. 1 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 qualora 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 alla data di pubblicazione del presente atto nel BURV non devono presentare una nuova domanda.

Lo stesso vale per quanto riguarda i progetti di promozione di aiuto e autonomia personale e 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;
- c) 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.

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 SVaMA semplificata, 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 SVaMA con quadro sinottico modificato. 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	<b>25</b>
Le alternative alla istituzionalizzazione rispondono parzialmente ai bisogni	<b>20</b>
Non vi sono alternative alla istituzionalizzazione	<b>10</b>
Assoluta urgenza sociale (in attesa di istituzionalizzazione)	<b>0</b>

<b>ALTERNATIVE ALLA ISTITUZIONALIZZAZIONE</b>	
---	--

(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 € 16.631,71 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 € 16.631,71 per la prima metà 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 60.000,00 € 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).

## 3 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 aprile 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 4395

del 30 dicembre 2005, nella parte relativa ai compiti del Medico di Assistenza Primaria in ordine alla richiesta 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:

- $P_{VMDs}$  è il punteggio SVaMA semplificato (o VMDs) (espresso in un *range* da 6 a 18 punti) ricavato dal modello contenuto nell'Allegato B;
- 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 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'ICDB, 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:

- 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.
- 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 ULSS.

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:

- presenza di gravi disturbi comportamentali (punteggio PCOMP = 2 o 3, rilevato con SVaMA);
- preesistente o contestuale presa in carico con Cure Domiciliari;
- 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;
- 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 base 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'IDCm per pari periodo, senza la re-immissione in graduatoria.

### 4.3 Modalità di erogazione dell'IDCm e durata

Le prestazioni dell'IDCm 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'IDCm 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.
- 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 IDCm 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'IDCm 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'IDCm, 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 e 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 componenti sanitarie, nella fase post-acuta, 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 e i 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'IDCa per pari periodo, senza la re-immissione in graduatoria.

### 5.3 Modalità di erogazione dell'IDCa e durata

Le prestazioni dell'IDCa 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'IDCa può essere effettuata con le seguenti modalità, tra loro alternative, oppure concorrenti al valore dell'IDCa 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 (anche per noleggio) di ausili, protesi, dispositivi, attrezzature informatiche, ausili per la comunicazione, domotica, non previsti dal nomenclatore tariffario ex art. 6 del DPCM n. 332 del 27/08/1999, nei limiti delle risorse eventualmente non impiegate per l'emissione di ICD.

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

### 5.4 Controlli

Il controllo sulla qualità dei servizi assistenziali realizzati tramite l'IDCa 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:

- 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 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 16.631,71€.

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 ISEE 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.

b) erogazione di un monte ore di prestazioni dirette alla persona, Questo avviene su scelta 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 ICDp 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 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 paragrafo 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

patologie degenerative congenite o di esiti di eventi traumatici che non riducono le facoltà di autodeterminazione della persona o le sue capacità genitoriali ed affettive.

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:

- persone con disabilità fisica e motoria, di età compresa tra 18 e 64 anni;
- riconoscimento dello stato di handicap grave (articolo 3, comma 3, della Legge 104/92) con presenza di indennità di accompagnamento.
- 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:

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

dove:

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

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, determinato con le modalità indicate al paragrafo successivo);
- b) il valore mensile dell'ICDm è pari a € 400,00;
- c) il valore mensile dell'ICDa è pari a € 800,00, ed è modificabile con il seguente criterio: poiché il numero delle impegnative illustrato nella tabella C della colonna C dell'Allegato C è individuato empiricamente sulla base di una stima, in funzione dell'importo, le singole Aziende ULSS, informata la Conferenza dei Sindaci, potranno, nei limiti del budget assegnato, modificare l'importo mensile assegnabile e, in funzione di questo, comunque verificando il bisogno nel territorio di competenza, modificare conseguentemente il numero complessivo delle ICD erogabili;
- 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 Per il periodo transitorio, il riparto 2013 è parzialmente effettuato in riferimento ai dati storici 2011 per i progetti di vita indipendente, come illustrato nella Tabella E dell'Allegato C.

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, nonché, nella prima fase di esecuzione del provvedimento, fino a nuove indicazioni da assumere con provvedimento della Giunta regionale, previo parere della competente Commissione consiliare, del bisogno storico espresso dai territori delle ULSS con l'Assegno di Cura. 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) 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 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.
- c) Si è inoltre riscontrato, nell'elaborazione dei dati riguardanti l'aiuto personale e la vita indipendente, che alcune Aziende ULSS hanno erogato contributi divergenti della media regionale. Pertanto, il riparto delle ICDp e ICDf, nell'ottica di quanto stabilito al punto successivo, viene parzialmente calcolato sui valori dell'ultimo esercizio misurato.
- d) Nella prima fase di esecuzione del provvedimento, fino a nuove indicazioni da assumere con provvedimento della Giunta regionale, previo parere della competente Commissione consiliare, il numero di ICD (e le relative risorse) sono assegnate in maniera da mantenere il numero degli utenti esistenti al momento della transizione.
- e) Eventuali economie derivanti dal mancato utilizzo di impegnative potranno essere utilizzate per l'anno 2013 per l'acquisto di servizi o per l'emissione di ICD temporanee.
- f) Il riparto delle risorse del fondo per l'ADI-SAD è calcolato sulla base di una quota mensile per utente pari a 100,00 € e viene effettuato alle ULSS in parte in base alle percentuali di attribuzione a ciascuna ULSS dell'indice di fabbisogno (Tabella I dell'Allegato C) ed in parte in base al riparto 2012.
- g) 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.

## 9 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.

## **9.3 Transizione 2013**

Nelle more di realizzazione della procedura informatica, in attesa della consegna del programma gestionale, l'Osservatorio regionale Politiche sociali si farà carico della messa a disposizione di un sistema informativo per la mera raccolta delle domande pervenute. Al contempo le Aziende ULSS dovranno verificare la sussistenza dei requisiti per il 2013 dei beneficiari della procedura Assegno di Cura 2012 (escludendo le persone decedute e quelle che hanno perso il diritto all'ADC per i motivi previsti dal regolamento dell'ADC). Tutto ciò al fine di abbreviare i tempi di input delle domande e della ricognizione dei beneficiari esistenti e di pervenire, entro il corrente anno, alla determinazione dei beneficiari di ICDB e ICDM.

## **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 – Alzheimer/demenze	ICDm
Assegno di cura - Base	ICDb
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



giunta regionale - 9^ legislatura

**Tabella A1 - Riparto ICDB (escluso risorse ADI-SAD)**

ULSS	fabbisogno 2013	ripartizione percentuale fabbisogno	Imp. di residenzialità (IDR) di 1 e 2 livello	ADC 2011 (base + badanti)	IDR + IDC teorico	riparto ICDB per differenza con IDR	riduzione parametrica ICD (1)	IMPEGNATIVE 2013	RIPARTO € 2013
	A	B=A/Atot	C	D	$E=(C_{tot} * B) + (Z * B)$	F=E-C	G=F*J	H=max(D,G)	I=H*V*12
1	1.034	3,7%	900	362	1.603	703	590	590	849.600
2	687	2,5%	671	291	1.065	394	330	330	475.200
3	934	3,3%	926	473	1.448	522	438	473	681.120
4	1.070	3,8%	979	473	1.658	679	570	570	820.800
5	902	3,2%	753	565	1.398	645	541	565	813.600
6	1.672	6,0%	1.748	891	2.592	844	708	891	1.283.040
7	1.285	4,6%	1.169	710	1.992	823	690	710	1.022.400
8	1.212	4,3%	1.127	830	1.878	751	630	830	1.195.200
9	2.180	7,8%	1.863	1.310	3.380	1.517	1.272	1.310	1.886.400
10	1.215	4,3%	767	934	1.884	1.117	937	937	1.349.280
12	2.319	8,3%	2.083	1.167	3.594	1.511	1.268	1.268	1.825.920
13	1.356	4,8%	861	1.179	2.102	1.241	1.041	1.179	1.697.760
14	392	1,4%	295	623	607	312	262	623	897.120
15	1.206	4,3%	905	1.360	1.869	964	809	1.360	1.958.400
16	2.805	10,0%	2.302	1.580	4.348	2.046	1.717	1.717	2.472.480
17	1.074	3,8%	835	1.141	1.665	830	696	1.141	1.643.040
18	1.128	4,0%	1.020	1.219	1.749	729	612	1.219	1.755.360
19	491	1,8%	419	595	761	342	287	595	856.800
20	2.763	9,9%	2.401	1.530	4.283	1.882	1.579	1.579	2.273.760
21	872	3,1%	777	701	1.351	574	482	701	1.009.440
22	1.397	5,0%	1.145	723	2.165	1.020	856	856	1.232.640
TOT	27.993	100,0%	23.946	18.657	43.390	19.444	16.314	19.444	27.999.360

<b>BUDGET DA RIPARTIRE X:</b>	<b>28.000.000</b>
Valore mensile impegnativa V	120
Numero di impegnative annuali Z	19.444
<b>Parametro teorico riduzione J (1)</b>	<b>83,90%</b>

(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 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 residenzialità) ed il 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 numero di impegnative da ripartire. Tale riduzione viene operata moltiplicando il numero di impegnative determinate sulla base del fabbisogno (con eventuali rimodulazioni) per il valore J.



giunta regionale - 9^ legislatura

**Tabella A2 - Riparto ICDB (risorse ex ADI-SAD)**

ULSS	fabbisogno 2013	ripartizione % fabbisogno	riparto € 2012	riparto teorico impegnative 2012	RIPARTO € 2013 (1)	IMPEGNATIVE 2013 (2)
	A	B=A/Atot	C	D=ZxB	$G=[D*V*12]*\delta 1 + C*\delta 2$	H=G/V/12
1	1.034	3,7%	715.830	616	715.924	597
2	687	2,5%	635.920	409	553.151	461
3	934	3,3%	681.750	556	663.637	553
4	1.070	3,8%	1.016.200	637	874.022	728
5	902	3,2%	647.600	537	635.552	530
6	1.672	6,0%	1.261.410	995	1.207.777	1.006
7	1.285	4,6%	804.010	765	848.202	707
8	1.212	4,3%	943.870	721	889.681	741
9	2.180	7,8%	1.270.120	1.298	1.393.633	1.161
10	1.215	4,3%	1.191.630	724	1.010.911	842
12	2.319	8,3%	1.630.780	1.380	1.617.560	1.348
13	1.356	4,8%	835.240	807	888.679	741
14	392	1,4%	251.550	233	261.659	218
15	1.206	4,3%	915.250	718	873.725	728
16	2.805	10,0%	1.566.310	1.670	1.760.214	1.467
17	1.074	3,8%	928.520	639	833.044	694
18	1.128	4,0%	726.070	672	754.477	629
19	491	1,8%	308.230	292	324.549	270
20	2.763	9,9%	2.587.390	1.645	2.239.417	1.866
21	872	3,1%	508.890	519	557.665	465
22	1.397	5,0%	1.235.000	832	1.096.720	914
TOT	27.993	100,0%	20.661.570	16.667	20.000.200	16.667

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

$\delta 1$	50,0%
$\delta 2$	48,40%

(1) Il riparto viene effettuato in parte ( $\delta 2$ ) alla base del riparto 2012 (colonna C) ed in parte ( $\delta 1$ ) per il numero di ICDB (ex ADI-SAD) determinato sul coefficiente di fabbisogno (colonna D).  
 (2) Il numero definitivo di quote mensili si ricava suddividendo il riparto così calcolato (colonna G) per il valore mensile (V) e per 12 mesi.



giunta regionale - 9<sup>a</sup> legislatura

Tabella B - Riparto ICDm

ULSS	fabbisogno 2013	ripartizione percentuale fabbisogno	Imp. di residenzialità (IDR) di 1 e 2 livello	ADC 2011 (alzheimer)	IDR + IDC teorico	riparto ICD per differenza con IDR	riduzione parametrica ICD (1)	IMPEGNATIVE 2013	RIPARTO € 2013
A	B=A/Atot	C	D	$E=(C_{tot} * B)+(Z * B)$	F=E-C	G=E*J	H=max(D,G)	I=H*V*12	
1	1.034	3,7%	900	10	1.069	169	134	134	643.200
2	687	2,5%	671	57	710	39	31	57	273.600
3	934	3,3%	926	126	966	40	31	126	604.800
4	1.070	3,8%	979	64	1.106	127	101	101	484.800
5	902	3,2%	753	59	932	179	142	142	681.600
6	1.672	6,0%	1.748	115	1.729	-19	-15	115	552.000
7	1.285	4,6%	1.169	174	1.329	160	126	174	835.200
8	1.212	4,3%	1.127	240	1.253	126	99	240	1.152.000
9	2.180	7,8%	1.863	299	2.255	392	309	309	1.483.200
10	1.215	4,3%	767	352	1.257	490	387	387	1.857.600
12	2.319	8,3%	2.083	446	2.397	314	248	446	2.140.800
13	1.356	4,8%	861	198	1.402	541	428	428	2.054.400
14	392	1,4%	295	116	405	110	87	116	556.800
15	1.206	4,3%	905	193	1.247	342	270	270	1.296.000
16	2.805	10,0%	2.302	454	2.901	599	473	473	2.270.400
17	1.074	3,8%	835	83	1.110	275	218	218	1.046.400
18	1.128	4,0%	1.020	362	1.167	147	116	362	1.737.600
19	491	1,8%	419	171	508	89	70	171	820.800
20	2.763	9,9%	2.401	218	2.857	456	360	360	1.728.000
21	872	3,1%	777	135	901	124	98	135	648.000
22	1.397	5,0%	1.145	230	1.444	299	236	236	1.132.800
TOT	27.993	100,0%	23.946	4.102	28.946	5.000	3.950	5.000	24.000.000

BUDGET DA RIPARTIRE X:	24.000.000
Valore mensile impegnativa V	400
Numero di impegnative annuali Z	5.000
Parametro teorico riduzione J (1)	79,00%

(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 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 residenzialità) ed il 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 numero di impegnative da ripartire. Tale riduzione viene operata moltiplicando il numero di impegnative determinato sulla base del fabbisogno (con eventuali rimodulazioni) per il valore J.

(2) Il riparto delle ICDB e ICDm è altresì calcolato per il 70% (δ1) sulla base della compensazione con le impegnative di residenzialità in rapporto all'indice di fabbisogno (illustrata al punto precedente) e per il 30% (δ2) esclusivamente sull'indice di fabbisogno, allo scopo di non penalizzare le politiche di sostegno alla



giunta regionale - 9^ legislatura

**Tabella C - Riparto ICDA**

ULSS	popolazione 1 gennaio 2012	ripartizione % popolazione	riparto ICDA	RIPARTO € 2013
A	B=A/Atot		C=ZxB	D=C*V*12
1	127.250	2,6%	19	182.400
2	84.782	1,7%	12	115.200
3	181.069	3,7%	27	259.200
4	189.088	3,8%	28	268.800
5	182.102	3,7%	27	259.200
6	321.559	6,5%	47	451.200
7	219.416	4,4%	32	307.200
8	253.095	5,1%	37	355.200
9	419.246	8,5%	62	595.200
10	217.919	4,4%	32	307.200
12	308.883	6,2%	45	432.000
13	270.744	5,5%	40	384.000
14	68.682	1,4%	10	96.000
15	256.697	5,2%	38	364.800
16	494.034	10,0%	73	700.800
17	185.765	3,7%	27	259.200
18	176.233	3,6%	26	249.600
19	74.412	1,5%	11	105.600
20	475.635	9,6%	70	672.000
21	156.040	3,1%	23	220.800
22	292.840	5,9%	43	412.800
TOT	4.955.491	100,0%	729	6.998.400

BUDGET DA RIPARTIRE X:	7.000.000
Valore mensile impegnativa V:	800
Numero di impegnative annuali Z:	729





Tabella D - Riparto ICDp

ULSS	popolazione 3-64	ripartizione percentuale popolazione	interventi 2011	IDC teorico	riduzione parametrica ICD (1)	valore medio 2011	IMPEGNATIVE 2013	RIPARTO € 2013 (2)
A	B=A/Atot	C	D=(Z*B)	E=D*J	V1	F=max(C,E)	G=[C*V1*12]*δ1+[F*V*12]*δ2	
1	94.994	2,5%	58	79	17	282	58	192.010
2	63.140	1,7%	12	52	11	538	12	65.588
3	141.362	3,7%	232	117	25	32	232	281.365
4	143.830	3,8%	249	119	25	72	249	386.350
5	142.946	3,8%	248	118	25	85	248	410.607
6	250.152	6,6%	218	207	44	284	218	725.316
7	166.580	4,4%	356	138	29	36	356	445.225
8	200.158	5,3%	387	166	35	114	387	735.979
9	326.216	8,6%	186	270	57	340	186	707.209
10	167.385	4,4%	136	138	29	386	136	569.392
12	222.735	5,9%	62	184	39	416	62	275.128
13	210.529	5,5%	52	174	37	519	52	275.962
14	52.054	1,4%	81	43	9	62	81	118.545
15	203.969	5,4%	97	169	36	468	97	472.871
16	376.442	9,9%	62	311	66	706	66	430.440
17	142.542	3,7%	73	118	25	231	73	210.495
18	132.267	3,5%	50	109	23	692	50	337.980
19	55.426	1,5%	67	46	10	122	67	131.810
20	361.774	9,5%	239	299	64	404	239	1.036.034
21	120.162	3,2%	58	99	21	454	58	275.952
22	231.439	6,1%	221	191	41	114	221	420.995
TOT	3.806.102	100,0%	3.144	3.148	671	209	3.148	8.505.252

BUDGET DA RIPARTIRE X:	8.500.000
Valore mensile impegnativa V	225
Numero di impegnative annuali Z	3.148
Parametro teorico riduzione J (1)	21,30%

δ1	70%
δ2	35%

(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 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 residenzialità) ed il 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 numero di impegnative da ripartire. Tale riduzione viene operata moltiplicando il numero di impegnative determinate sulla base del fabbisogno (con eventuali rimodulazioni) per il valore J.

(2) In ragione della diversità di costi medi degli interventi di aiuto personale nell'ultimo anno di riferimento misurato (2011), il riparto 2013 è effettuato sommando: il 70% (δ1) del valore degli interventi 2011 (numero per valore mensile : C\*V1) con il 35% (δ2) del valore delle impegnative 2013 moltiplicate per il valore mensile V.



Tabella E - Riparto ICDf

ULSS	popolazione 3-64	ripartizione % popolazione	interventi 2011	IDC teorico	riduzione parametrica ICD (1)	valore medio 2011	IMPEGNATIVE 2013	RIPARTO € 2013 (2)
	A	B=A/Atot	C	D=(Z*B)	E=D*J	V1	F=max(D,G)	G=[C*V1*12]*δ1+ [F*V*12]*δ2
1	78.732	2,5%	52	27	20	389	52	300.544
2	52.147	1,7%	33	18	14	462	33	210.857
3	113.446	3,6%	33	39	29	229	33	146.254
4	115.821	3,7%	48	40	30	207	48	204.034
5	114.590	3,7%	30	39	30	571	30	219.105
6	202.431	6,5%	72	69	52	411	72	429.249
7	135.152	4,3%	29	46	35	202	35	137.106
8	160.104	5,2%	35	55	42	732	42	319.323
9	264.253	8,5%	75	90	69	676	75	614.003
10	137.967	4,4%	54	47	36	408	54	320.652
12	185.159	6,0%	98	63	48	614	98	751.485
13	173.043	5,6%	54	59	45	620	54	416.677
14	43.607	1,4%	20	15	11	750	20	176.160
15	164.111	5,3%	53	56	43	459	53	337.191
16	310.742	10,0%	101	106	81	515	101	690.178
17	118.252	3,8%	60	40	31	460	60	382.405
18	111.986	3,6%	25	38	29	584	29	195.567
19	47.254	1,5%	19	16	12	451	19	119.631
20	294.622	9,5%	73	101	76	485	76	488.795
21	98.642	3,2%	26	34	26	635	26	203.873
22	186.506	6,0%	51	64	48	639	51	336.600
TOT	3.108.567	100,0%	1.041	1.061	806	504	1.061	6.999.690

BUDGET DA RIPARTIRE X:	7.000.000
Valore mensile impegnativa V	550
Numero di impegnative annuali Z	1.061
Parametro teorico riduzione J (1)	76,00%

δ1	70%
δ2	38%

(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 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 residenzialità) ed il 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 numero di impegnative da ripartire. Tale riduzione viene operata moltiplicando il numero di impegnative determinate sulla base del fabbisogno (con eventuali rimodulazioni) per il valore J.

(2) In ragione della diversità di costi medi degli interventi di aiuto personale nell'ultimo anno di riferimento misurato (2011), il riparto 2013 è effettuato sommando: il 70% (δ1) del valore degli interventi 2011 (numero per valore mensile : C\*V1) con il 38% (δ2) del valore delle impegnative 2013 moltiplicate per il valore mensile V.



giunta regionale - 9^ legislatura

**Tabella F - Riparto Sollievo**

ULSS	popolazione 1 gennaio 2012	ripartizione % popolazione	RIPARTO € 2013
A	B=A/Atot	C=(Z*B)	
1	127.250	2,6%	179.750
2	84.782	1,7%	119.761
3	181.069	3,7%	255.773
4	189.088	3,8%	267.101
5	182.102	3,7%	257.233
6	321.559	6,5%	454.226
7	219.416	4,4%	309.941
8	253.095	5,1%	357.516
9	419.246	8,5%	592.216
10	217.919	4,4%	307.827
12	308.883	6,2%	436.320
13	270.744	5,5%	382.446
14	68.682	1,4%	97.018
15	256.697	5,2%	362.604
16	494.034	10,0%	697.860
17	185.765	3,7%	262.407
18	176.233	3,6%	248.942
19	74.412	1,5%	105.112
20	475.635	9,6%	671.870
21	156.040	3,1%	220.418
22	292.840	5,9%	413.658
TOT	4.955.491	100,0%	7.000.000

BUDGET DA RIPARTIRE X: 7.000.000



giunta regionale - 9<sup>a</sup> legislatura

**Tabella G - Riepilogo delle impegnative**

ULSS	ICDb	ICDb (ADI_SAD)	ICDm	ICDa	ICDp	ICDf	Totale
	A1	A2	B	C	D	E	T
1	590	597	134	19	58	52	1.449
2	330	461	57	12	12	33	906
3	473	553	126	27	232	33	1.444
4	570	728	101	28	249	48	1.724
5	565	530	142	27	248	30	1.541
6	891	1.006	115	47	218	72	2.350
7	710	707	174	32	356	35	2.014
8	830	741	240	37	387	42	2.277
9	1.310	1.161	309	62	186	75	3.103
10	937	842	387	32	136	54	2.388
12	1.268	1.348	446	45	62	98	3.267
13	1.179	741	428	40	52	54	2.493
14	623	218	116	10	81	20	1.068
15	1.360	728	270	38	97	53	2.546
16	1.717	1.467	473	73	66	101	3.897
17	1.141	694	218	27	73	60	2.213
18	1.219	629	362	26	50	29	2.315
19	595	270	171	11	67	19	1.133
20	1.579	1.866	360	70	239	76	4.191
21	701	465	135	23	58	26	1.408
22	856	914	236	43	221	51	2.321
TOT	19.444	16.667	5.000	729	3.148	1.061	46.048

La colonna "M1def" rappresenta i valori di allineamento per le ICD (se il valore è in diminuzione, non possono essere staccate nuove impegnative sino al raggiungimento del valore M1def; se il valore è in aumento, rappresenta il numero delle impegnative staccabili a partire dal 1 gennaio 2014).



giunta regionale - 9<sup>a</sup> legislatura

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

ULSS	ICDb	ICDb (ADI-SAD)	ICDm	ICDa	ICDp	ICDf	Sollievo	ICDtot
	A1	A2	B	C	D	E	F	T
1	849.600	715.924	643.200	182.400	192.010	300.544	179.750	3.063.428
2	475.200	553.151	273.600	115.200	65.588	210.857	119.761	1.813.357
3	681.120	663.637	604.800	259.200	281.365	146.254	255.773	2.892.149
4	820.800	874.022	484.800	268.800	386.350	204.034	267.101	3.305.907
5	813.600	635.552	681.600	259.200	410.607	219.105	257.233	3.276.897
6	1.283.040	1.207.777	552.000	451.200	725.316	429.249	454.226	5.102.807
7	1.022.400	848.202	835.200	307.200	445.225	137.106	309.941	3.905.275
8	1.195.200	889.681	1.152.000	355.200	735.979	319.323	357.516	5.004.898
9	1.886.400	1.393.633	1.483.200	595.200	707.209	614.003	592.216	7.271.861
10	1.349.280	1.010.911	1.857.600	307.200	569.392	320.652	307.827	5.722.862
12	1.825.920	1.617.560	2.140.800	432.000	275.128	751.485	436.320	7.479.213
13	1.697.760	888.679	2.054.400	384.000	275.962	416.677	382.446	6.099.924
14	897.120	261.659	556.800	96.000	118.545	176.160	97.018	2.203.303
15	1.958.400	873.725	1.296.000	364.800	472.871	337.191	362.604	5.665.591
16	2.472.480	1.760.214	2.270.400	700.800	430.440	690.178	697.860	9.022.372
17	1.643.040	833.044	1.046.400	259.200	210.495	382.405	262.407	4.636.991
18	1.755.360	754.477	1.737.600	249.600	337.980	195.567	248.942	5.279.525
19	856.800	324.549	820.800	105.600	131.810	119.631	105.112	2.464.302
20	2.273.760	2.239.417	1.728.000	672.000	1.036.034	488.795	671.870	9.109.876
21	1.009.440	557.665	648.000	220.800	275.952	203.873	220.418	3.136.148
22	1.232.640	1.096.720	1.132.800	412.800	420.995	336.600	413.658	5.046.213
TOT	27.999.360	20.000.200	24.000.000	6.998.400	8.505.252	6.999.690	7.000.000	101.502.902

94.503.062



Tabella I - Dati demografici. Popolazione al 1 gennaio 2012

ULSS	O-64	65-74	>75	Totale	A	B	C	
1	96.960	15.520	14.770	127.250	58	178	798	1.034
2	65.301	9.513	9.968	84.782	39	109	538	687
3	146.552	17.937	16.580	181.069	88	117	730	934
4	148.800	21.123	19.165	189.088	89	137	843	1.070
5	148.565	17.682	15.855	182.102	89	115	698	902
6	259.418	32.479	29.662	321.559	156	211	1.305	1.672
7	172.666	23.348	23.402	219.416	104	152	1.030	1.285
8	208.294	23.588	21.213	253.095	125	153	933	1.212
9	338.634	41.860	38.752	419.246	203	272	1.705	2.180
10	173.163	22.875	21.881	217.919	104	149	963	1.215
12 isole	63.806	12.971	13.552	90.250	38	149	732	919
12	166.228	26.741	25.585	218.633	100	174	1.126	1.399
13	218.325	28.837	23.582	270.744	131	187	1.038	1.356
14	53.542	8.177	6.963	68.682	32	53	306	392
15	212.180	23.474	21.043	256.697	127	153	926	1.206
16	390.053	53.439	50.542	494.034	234	347	2.224	2.805
17	147.447	18.681	19.637	185.765	88	121	864	1.074
18	136.586	18.617	21.030	176.233	82	121	925	1.128
19	57.028	8.219	9.165	74.412	34	53	403	491
20	375.419	49.907	50.309	475.635	225	324	2.214	2.763
21	124.884	15.312	15.844	156.040	75	100	697	872
22	240.420	28.105	24.315	292.840	144	183	1.070	1.397
TOT	3.944.271	518.405	492.815	4.955.491	2.367	3.560	22.067	27.993

Fabbisogno (DGR 464/2006)

ULSS	fabbisogno
1	1.034
2	687
3	934
4	1.070
5	902
6	1.672
7	1.285
8	1.212
9	2.180
10	1.215
12	2.319
13	1.356
14	392
15	1.206
16	2.805
17	1.074
18	1.128
19	491
20	2.763
21	872
22	1.397
TOT	27.993

Popolazione per classi di età

ULSS	O-64	65-74	>75	Totale	3-64	18-64
1	96.960	15.520	14.770	127.250	94.994	78.732
2	65.301	9.513	9.968	84.782	63.140	52.147
3	146.552	17.937	16.580	181.069	141.362	113.446
4	148.800	21.123	19.165	189.088	143.830	115.821
5	148.565	17.682	15.855	182.102	142.946	114.590
6	259.418	32.479	29.662	321.559	250.152	202.431
7	172.666	23.348	23.402	219.416	166.580	135.152
8	208.294	23.588	21.213	253.095	200.158	160.104
9	338.634	41.860	38.752	419.246	326.216	264.253
10	173.163	22.875	21.881	217.919	167.385	137.967
12	230.034	39.712	39.137	308.883	222.735	185.159
13	218.325	28.837	23.582	270.744	210.529	173.043
14	53.542	8.177	6.963	68.682	52.054	43.607
15	212.180	23.474	21.043	256.697	203.969	164.111
16	390.053	53.439	50.542	494.034	376.442	310.742
17	147.447	18.681	19.637	185.765	142.542	118.252
18	136.586	18.617	21.030	176.233	132.267	111.986
19	57.028	8.219	9.165	74.412	55.426	47.254
20	375.419	49.907	50.309	475.635	361.774	294.622
21	124.884	15.312	15.844	156.040	120.162	98.642
22	240.420	28.105	24.315	292.840	231.439	186.506
TOT	3.944.271	518.405	492.815	4.955.491	3.806.102	3.108.567

A parametro 0-64	0,06%	
B parametro 65-74	0,65%	1,15%
C parametro over 75	4,40%	5,40%



**REGOLAMENTO TIPO  
PER LA PREDISPOSIZIONE ED IL FINANZIAMENTO DELLE 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 domiciliarietà. 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 sociali delle 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 fisico-motoria. 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 2354/2012<sup>1</sup>.

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.
- una condizione di autonomia. 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;

---

<sup>1</sup> DGR 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 o 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 mensilmente al 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.