



OGGETTO: Istituzione dell'Impegnativa di Cura Domiciliare di medio bisogno assistenziale per persone con disabilità gravissima (ICDmgs) (DGR n. 1338/2013, DGR n. 670/2020, DGR n. 1664/2020).

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Istituzione dell'Impegnativa di Cura Domiciliare di medio bisogno assistenziale per persone con disabilità gravissima (ICDmgs) (DGR n. 1338/2013, DGR n. 670/2020, DGR n. 1664/2020).

Il relatore riferisce quanto segue.

La Regione del Veneto con la DGR n. 1338 del 30/07/2013, integrata con le successive DGR n. 164/2014, DGR n. 1047/2015, DGR n. 571/2017 e DGR n. 946/2017, ha definito le politiche a sostegno delle cure domiciliari istituendo l'Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD) quale misura volta a garantire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti sia attraverso la assegnazione di un contributo economico finalizzato a garantire adeguata assistenza e cura alla persona stessa, sia attraverso l'assegnazione di un monte ore di prestazioni o di servizi di pari valore.

I provvedimenti menzionati hanno caratterizzato il sistema degli interventi domiciliari attraverso l'istituzione di diverse tipologie di impegnative qualificate sulla base del grado di gravità e bisogno dei beneficiari così come di seguito specificato:

1. ICDb rivolta ad utenti con basso bisogno assistenziale;
2. ICDm rivolta ad utenti con presenza di demenze accompagnate da gravi disturbi comportamentali o con maggior bisogno assistenziale;
3. ICDA rivolta ad utenti con alto bisogno assistenziale;
4. ICDp rivolta ad utenti con grave disabilità psichica e intellettiva;
5. ICDf rivolta ad utenti con grave disabilità fisico-motoria in età adulta con capacità di autodeterminazione;
6. ICDSL rivolta ad utenti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica.

In attuazione di quanto disposto dal DM 26 settembre 2016 e dal D.P.C.M. del 21/11/2019 "Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze del triennio 2019-2021", con la deliberazione n. 670 del 26/5/2020 la Giunta regionale ha approvato il Piano regionale per la non autosufficienza per il triennio 2019 – 2021 riqualificando e ridefinendo obiettivi e priorità regionali da perseguire nell'ambito degli interventi a sostegno della domiciliarità nel quadro generale della pianificazione socio sanitaria territoriale.

Con nota prot. n. 9343 del 19 novembre 2020 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha comunicato la coerenza della programmazione regionale di cui alla DGR n. 670/2020 con le finalità di cui all'art. 2 del D.M. 26 settembre 2016.

La continuità agli interventi sul territorio, nell'ambito dell'assistenza in regime domiciliare, coerenti con le previsioni del Piano, è stata garantita con l'attribuzione delle risorse alle aziende ULSS, di cui alla DGR n. 1664 del 1 dicembre 2020, con copertura a valere sulle risorse del FNNA.



Con DGR n. 693 del 31 maggio 2021, in ottemperanza a quanto previsto dal DPCM 21 dicembre 2020 che ha ripartito alle regioni risorse aggiuntive per l'anno 2020, è stato approvato l'aggiornamento del Piano regionale per la non autosufficienza di cui alla DGR n. 670/2020.

Con il Piano regionale sono state aggiornate le modalità di individuazione dei beneficiari per le persone in condizione di disabilità gravissima con demenza di tutti i tipi accompagnata da gravi disturbi comportamentali con maggior bisogno assistenziale rilevabile dal profilo SVAMA, secondo i requisiti declinati al punto 2 dell'Allegato A della DGR n. 670/2020, innalzando per tale target di utenza la soglia ISEE sino ad un valore di € 50.000,00.

Al fine di rendere operativo, pertanto, quanto introdotto dalla programmazione regionale, con il presente provvedimento si propone di istituire una specifica Impegnativa di Cura Domiciliare denominata ICDmgs autorizzando, in fase di prima applicazione, le Aziende ULSS a individuare una dotazione finanziaria sufficiente a far fronte al fabbisogno annuale presunto per la nuova ICDmgs, nel quadro di una rimodulazione generale delle dotazioni previste per i vari profili delle ICD, perseguendo le finalità prioritarie indicate nel "Piano regionale per la non autosufficienza 2019 - 2021" (DGR n. 670/2020).

Per quanto riguarda la disciplina della nuova ICDmgs si conferma, per le parti applicabili, quanto già stabilito sulla base dei provvedimenti richiamati, salvaguardando i seguenti punti di caratterizzazione specifica:

- le aziende ULSS provvedono al caricamento, tramite l'accesso alla procedura informatica in uso per la gestione delle impegnative di cura domiciliare, delle nuove domande pervenute a partire dall'anno 2021 e dei rinnovi relativi all'ICDmgs, secondo le modalità già previste dalla DGR n. 1338/2013 e successive sue modifiche ed integrazioni;
- la domanda di ICDmgs, corredata dalla relativa valutazione, dev'essere presentata compilando l'apposito modulo di cui all'**Allegato A** del presente provvedimento, comprensivo dell'informativa privacy e della scheda di raccolta dati per ICDmgs di cui all'**Allegato B** del presente provvedimento;
- l'importo mensile delle ICDmgs è pari ad Euro 400,00 mensili;
- l'attribuzione dell'ICDmgs è incompatibile con la presenza di un'altra tipologia di ICD e l'individuazione dell'impegnativa all'interno del quadro degli interventi previsti dal piano regionale per la non autosufficienza è di competenza dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale;
- la procedura informatica di gestione delle ICD prevista dalla DGR n. 1338 del 2013 è estesa anche alla ICDmgs;
- la formula per il calcolo del punteggio per l'inserimento nella graduatoria delle ICDmgs resta la medesima prevista per le ICDm con l'aggiornamento dello specifico tetto ISEE;
- il principio di favore relativo alla tipologia di ISEE utilizzabile è il medesimo individuato dalla DGR 1047/2015;
- il pagamento del contributo ICDmgs, la durata minima e le fattispecie relative al passaggio tra le tipologie di ICD vengono determinati analogamente a quanto disposto per le ICDm sulla base dei requisiti specifici.

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

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTO il D.lgs. n. 118 del 2011 e s.m.i. "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42";



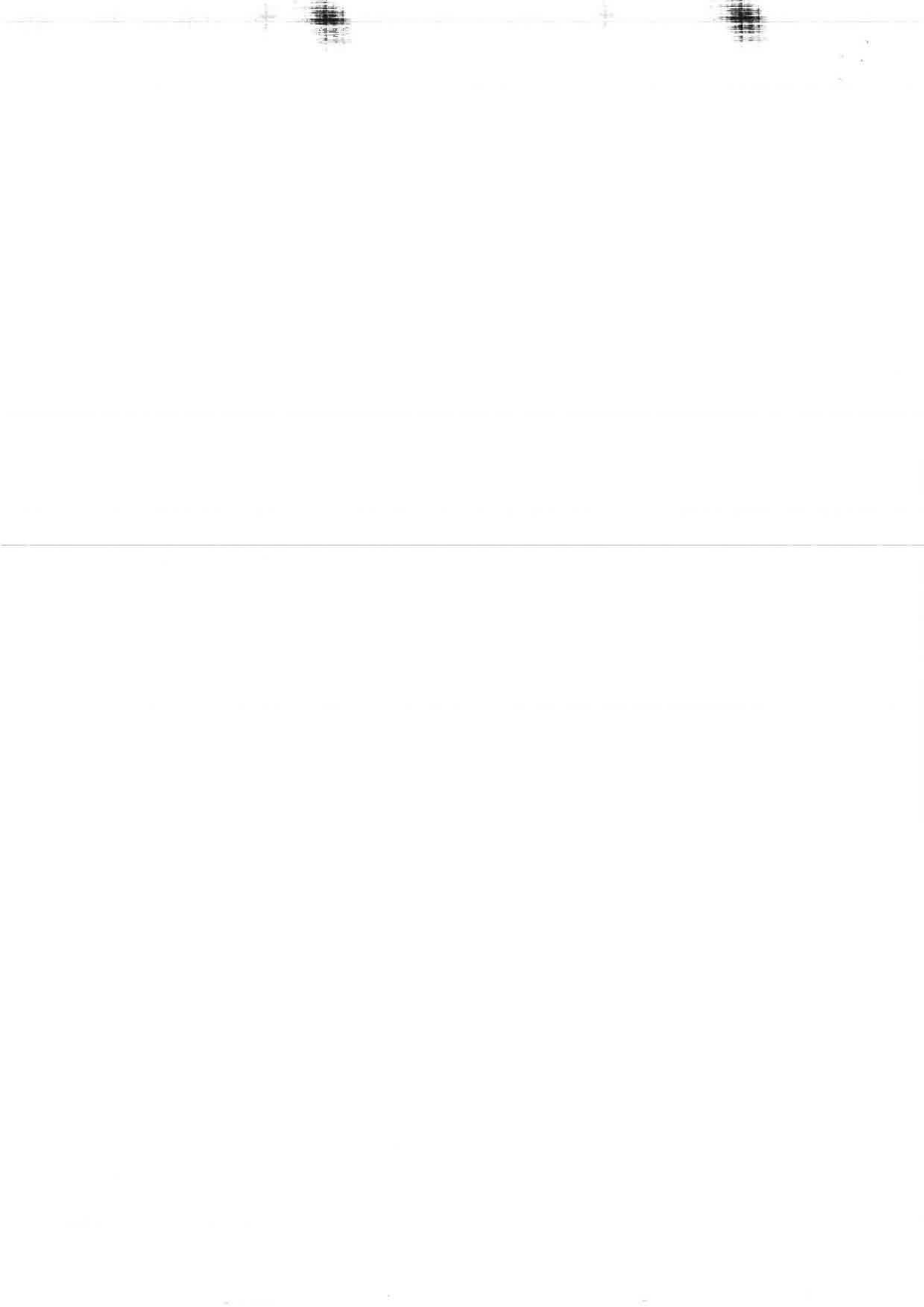
VISTA la L.R. 29/6/2012, n. 23 “Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del piano socio sanitario regionale 2012-2016”;
VISTA la L.R. n. 54 del 31/12/2012 “Legge regionale per l’ordinamento e le attribuzioni delle strutture della Giunta regionale in attuazione della legge regionale statutaria 17 aprile 2012, n. 1 “Statuto del Veneto”;
VISTA la L.R. 25/10/2016, n. 19 “Istituzione dell’ente di governance della sanità regionale veneta denominata “Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero”. Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS”;
VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21/11/2019 “Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze del triennio 2019-2021”;
Richiamata la D.G.R. n. 1859 del 13/06/2006;
Richiamata la D.G.R. n. 1338 del 30/7/2013;
Richiamata la D.G.R. n. 1047 del 4/08/2015;
Richiamata la D.G.R. n. 571 del 28/4/2017;
Richiamata la D.G.R. n. 946 del 23/6/2017;
Richiamata la D.G.R. n. 670 del 26/5/2020;
Richiamata la D.G.R. n. 693 del 31/05/2021;
Richiamata la D.G.R. n. 1664 del 1/12/2020;

DELIBERA

1. di considerare le premesse parte integrante del presente provvedimento;
2. di approvare l’istituzione della ICDmgs secondo la disciplina descritta in premessa;
3. di approvare quale parti integranti ed essenziali del presente atto, l’**Allegato A** contenente il modulo della domanda e l’informativa privacy relativi all’ICDmgs e l’**Allegato B** relativo alla scheda di raccolta dati per l’ICDmgs;
4. di autorizzare le aziende ULSS ad individuare, nell’ambito della programmazione locale delle risorse per la non autosufficienza, la dotazione finanziaria sufficiente a far fronte al fabbisogno annuale presunto per la nuova ICDmgs, nel quadro di una rimodulazione generale delle dotazioni previste per i vari profili delle ICD, perseguendo le finalità prioritarie indicate nel “Piano regionale per la non autosufficienza 2019 - 2021” (DGR n. 670/2020);
5. di demandare al Direttore della Direzione Servizi Sociale o suo delegato l’adozione di ogni ulteriore disposizione necessaria a garantire l’operatività della presente deliberazione;
6. di dare atto che il presente provvedimento non comporta spesa aggiuntiva a carico del bilancio regionale;
7. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto.

IL VERBALIZZANTE
Segretario della Giunta Regionale
Dott. Lorenzo Traina





indicare se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ - frazione _____

telefono | | | | | | | | | | | | | | | |

Medico di Medicina Generale, dr. _____

2. Per la seguente tipologia di Impegnativa di Cura Domiciliare:

- Impegnativa di Cura Domiciliare di **basso bisogno assistenziale (ICDb)**
- Impegnativa di Cura Domiciliare di **medio bisogno assistenziale (ICDm)**
- Impegnativa di Cura Domiciliare di **medio bisogno assistenziale (ICDmgs)**
- Impegnativa di Cura Domiciliare per i **servizi con alto bisogno assistenziale (ICDa)**
- Impegnativa di Cura Domiciliare per utenti **con grave disabilità psichica e intellettiva (ICDp)**
- Impegnativa di Cura Domiciliare per utenti **con grave disabilità fisica e motoria (ICDf)**

3. A tal fine, il sottoscritto dichiara:

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000:

- 1) che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;
- 2) l'impegno della famiglia a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare adeguata assistenza a favore della persona interessata presso il suo domicilio;
- 3) la disponibilità propria e dei familiari a collaborare con le persone incaricate a raccogliere informazioni sulla condizione della persona non autosufficiente, fornendo con correttezza le informazioni richieste;
- 4) nel caso di persona affetta da demenza accompagnata da gravi disturbi comportamentali, dichiara la disponibilità propria e dei familiari a collaborare nella valutazione delle condizioni cliniche della persona interessata, con le seguenti modalità:
 - a. disponibilità ad accompagnare presso la sede che sarà indicata dall'Azienda ULSS;
 - b. disponibilità presso il domicilio della persona interessata, per impossibilità della stessa ad essere trasportata;
- 5) che la famiglia (o la persona interessata) sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona non autosufficiente sopra indicata da parte di assistente familiare (o personale), come previsto dalla vigente normativa nazionale;
- 6) di essere a conoscenza che la mancata presentazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica o dell'Attestazione ai fini ISEE, di cui al punto 6), comporta l'esclusione dal beneficio;
- 7) di essere a conoscenza che la mancata accettazione al trattamento dei dati personali per le finalità connesse alla precedente domanda come da allegato 5 comporta l'esclusione dal beneficio;
- 8) che la persona di riferimento é:

(cognome e nome) _____

nato/a a _____ (____) il | | | | | | | | | | | | | | | |

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

residente nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ - frazione _____

telefono | | | | | | | | | | | | | | | |



**CHECK-LIST DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA EROGATA
A SOGGETTI BENEFICIARI DI IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE (ICD)**

| Attività | Controllo effettuato | Adeguatezza | Note o commenti |
|--|--|--|-----------------|
| 01.Pulizia e igiene della persona | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 02.Situazione vestiario e calzature | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 03.Presidi per la mobilità della persona / ausili | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 04.Convivenza con altre persone | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 05.Situazione nutrizionale della persona | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 06.Presenti in casa farmaci prescritti o da banco | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 07.Farmaci in ordine con evidenza di somministrazione regolare | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 08.Sorveglianza sull'incolumità della persona | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 09.Evidenza di preparazione pasti caldi* | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 10.Disponibilità cibo in casa* | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 11.Convivenza con animali domestici* | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 12.Sicurezza ambientale (rischio cadute, infortuni)* | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 13.Pulizia della casa* | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 14.Riordino della casa* | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 15.Riscaldamento (inverno)* | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 16.Condizionamento (estate)* | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 17.Compagnia, supporto anche da persone non conviventi* | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 18.Sicurezza ambientale (altri rischi)* | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 19.Utenze (gas, energia el., acqua, telefono)* | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 20.Altre situazioni di rilievo (specificare: _____)* | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |
| 21.Altre situazioni di rilievo (specificare: _____)* | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | |

* Facoltativo per ICDA,e ICDp

In fede,

Luogo, _____

Data | | | | | | | | | | |

Il dichiarante

(firma leggibile)

Allegata copia del documento di identità.

Annotazione estremi del documento di identità:

Tipo: Carta di identità, Patente di guida, Altro (_____)

Numero: _____

Rilasciato il | | | | | | | | | | da _____



92ad6632



INFORMATIVA PRIVACY

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

1) Quali dati trattiamo?

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

2) Come raccogliamo i dati, perché li trattiamo?

I dati vengono raccolti dagli uffici preposti del Comune (o dell'Ente da questi delegato) o dell'Azienda ULSS tramite il modulo di richiesta compilato dal richiedente, eventualmente anche presso gli sportelli preposti, al fine di aiutare il richiedente stesso nella corretta compilazione della autocertificazione. I dati di tipo sanitario o sociale vengono raccolti e compilati dall'assistente sociale e dal medico di medicina generale (per le ICDB) o dalle UVMD distrettuali per le altre tipologie di ICD, avvalendosi della SVaMA, della SVaMDI e di altri strumenti di valutazione della non autosufficienza. I dati vengono raccolti, oltre che su documenti cartacei, anche tramite la procedura informatica regionale, approvata con DGR 1338/2013, che collega gli Enti sopra elencati, per la valutazione dell'idoneità, l'inserimento nelle graduatorie e nei registri delle ICD. I dati sono trattati per le finalità, esplicite e legittime, che indichiamo qui di seguito:

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

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

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

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

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

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

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

In relazione al trattamento di dati personali Lei ha diritto:

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

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

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

In fede,

Luogo, _____

Data | | | | | | | |

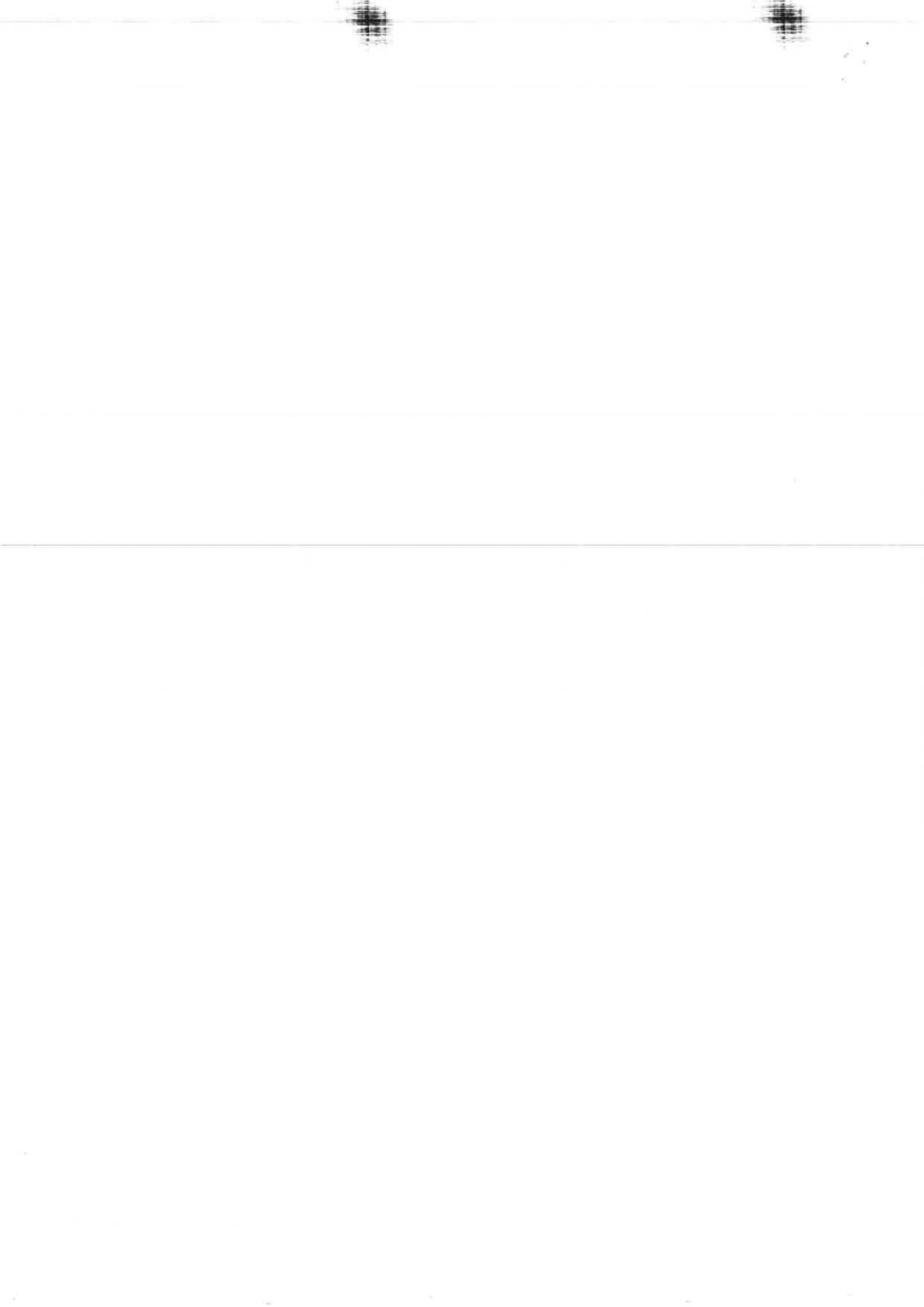
Il dichiarante

(firma leggibile)



92ad6632







ICDmgs

IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE CON MEDIO BISOGNO ASSISTENZIALE per utenti con disabilità gravissima (DGR n. 670/2020)

1. SCHEDA DI RACCOLTA DATI

(cognome e nome) _____

nato/a a _____ (____) il _____

Codice Fiscale _____

residente nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ - frazione _____

telefono _____

indicare se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ - frazione _____

telefono _____

Medico di Medicina Generale, dr. _____

Pre-verifica dei requisiti per l'invio all'UVMD:

- 1) Presenza di gravi disturbi comportamentali rilevata dal MMG: punteggio PCOMP da SVaMA = _____¹
- 2) L'utente è già stato preso in carico in ADI: sì, no (se no, va attivata la presa in carico ADI, come requisito per accedere all'ICDm)
- 3) Valore ISEE familiare: _____,00 €

Data di compilazione _____

Il funzionario

(timbro e firma leggibile)

2. RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD

| | |
|--|------------------------------------|
| Punteggio totale SVaMA modificata | |
| Punteggio ISEE | $[(ISEE_{max})^2 / ISEE] \times 6$ |
| Punteggio NPI "frequenza per gravità" ⁴ | |
| Punteggio NPI "stress caregivers" ⁵ | |
| Punteggio per l'inserimento in graduatoria | TOT. |

¹ Valori ammessi: 2 o 3.

² Definito dalla programmazione regionale.

³ Se ISEE < 1.000,00 €, allora dividere per 1.000,00

⁴ Non deve essere inferiore a 25/144 e deve essere riportato un punteggio di almeno 9 in almeno 2 dei seguenti 7 disturbi principali: deliri, allucinazioni, agitazione/aggressività, ansia, disinibizione, attività motoria aberrante, disturbi del sonno.

⁵ Non deve essere inferiore a 20/60 punti.



ec1fb1c4



