



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 28/1991¹, i cui bisogni sono rilevati nell'ambito della rete dei servizi sociali e, per la parte sanitaria, dal Medico di Medicina Generale. (Paragrafo 3 del presente documento).
- 2) **utenti con medio bisogno assistenziale (ICDm)**, corrispondenti agli utenti con presenza di demenze di tutti i tipi accompagnate da gravi disturbi comportamentali o con maggior bisogno assistenziale rilevabile dal profilo SVaMA (Paragrafo 4).
- 3) **utenti con alto bisogno assistenziale (ICDa)**, come previsto dal DPCM di riparto del FNA 2013, ai sensi della Legge 228/2012 (Paragrafo 5).
- 4) **utenti con grave disabilità psichica e intellettiva (ICDp)**: questa tipologia di ICD assorbe e riunisce in un'unica fattispecie le specifiche contenute nella DGR 1859/2006 in materia di interventi di promozione dell'autonomia personale e di aiuto personale (Paragrafo 6).
- 5) **utenti con grave disabilità fisico-motoria (ICDf)**: questa tipologia di ICD è destinata a persone in età adulta, con capacità di autodeterminazione e grave disabilità fisico-motoria, ed assorbe i progetti di vita indipendente (Paragrafo 7).

2.1 Modalità generali di accesso

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

La domanda di ICD può essere presentata in qualunque momento.

Sono soggetti titolati a presentare la domanda di ICD:

- a) la persona interessata o legale rappresentante (tutore, curatore, amministratore di sostegno ai sensi della Legge 6/2004);
- b) un familiare, anche non convivente, della persona interessata;
- c) una persona, preferibilmente convivente, di cui il servizio sociale accerti che provvede effettivamente a garantire adeguata assistenza alla persona non autosufficiente.

¹ Articolo 2 della LR 28/1991: "Destinatari degli interventi di cui al comma 2 del precedente art. 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:

- 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.
- 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	25
Le alternative alla istituzionalizzazione rispondono parzialmente ai bisogni	20
Non vi sono alternative alla istituzionalizzazione	10
Assoluta urgenza sociale (in attesa di istituzionalizzazione)	0

ALTERNATIVE ALLA ISTITUZIONALIZZAZIONE	
---	--

(max 25)

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

- 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) $NPI_{FXG} + NPI_{SC}$ 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'ICDm e durata

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

In particolare, per i pazienti con demenza e con disturbi del comportamento, dovrà essere indicato nel Piano Assistenziale Individuale formulato in UVMD se è stato fatto riferimento al Centro per il Decadimento Cognitivo (CDC, previsto con DGR 3542/2007) eventualmente presente nel territorio della ULSS che ha in carico il paziente (ovvero in altra ULSS) e chi ha in carico la gestione farmacologica e non-farmacologica della malattia di base e dei disturbi (ad esempio il piano terapeutico per farmaci psicoattivi, la gestione delle complicanze, ecc...)

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

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

Le prestazioni acquistabili sono quelle descritte nel paragrafo 1.1.

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

4.4 Flusso informativo e controlli

Sono attivate dalle Aziende ULSS con cadenza almeno trimestrale forme di controllo in merito alla qualità assistenziale conseguita con l'erogazione dell'ICDm, attraverso visite domiciliari dell'assistente sociale o di operatori distrettuali, nell'ambito degli accessi di ADI. A tale scopo è inclusa nel modulo di domanda dell'ICD, contenuto nell'Allegato B del presente provvedimento anche una *check-list* di valutazione, che viene sottoscritta dal richiedente.

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

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

5.1 Contenuto

L'ICDa è rivolta a persone in condizione di disabilità gravissima 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 ISEEi e il valore di ISEEi, moltiplicato per il coefficiente 10. Tale valore va espresso in un *range* rapportabile per ordine di grandezza con il valore della valutazione: perciò qualora l'ISEEi sia inferiore a 1.000,00 €, va comunque usato come divisore il valore 1.000,00.

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

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

6.3 Modalità di erogazione dell'ICDp e durata

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

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

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

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:

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

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

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

dove:

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