



FONDO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E

ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE

Indirizzi integrati di programmazione 2021

di cui al decreto del Ministro per le disabilità di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 28 dicembre 2021 (G.U. n. 88 del 14.04.2022)

<p>1. Il quadro di contesto e le modalità di attuazione dell'integrazione socio-sanitaria</p> <p>1.1 Il quadro di contesto degli indirizzi integrati di programmazione: l'articolo 3, comma 1, del decreto del 28.12.2021, prevede che "Le regioni adottano, nell'ambito della generale programmazione di integrazione socio-sanitaria e nell'ambito della programmazione delle risorse del Fondo per le non autosufficienze e del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver, specifici indirizzi integrati di programmazione per l'attuazione degli interventi di cui all'art. 1, nel rispetto dei modelli organizzativi regionali e di confronto con le autonomie locali, prevedendo il coinvolgimento delle organizzazioni di rappresentanza delle persone con disabilità"</p> <p>Il modello di rete integrata dei servizi sociali e socio-sanitari è implementato dalla Regione del Veneto mediante un sistema di governance organico e multilivello il cui valore è l'integrazione tra diverse aree e competenze professionali, con l'obiettivo di sostenere e accompagnare i cittadini non autosufficienti o con disabilità e i loro familiari lungo l'arco della vita. L'integrazione si realizza attraverso un sistema complesso, strutturale e dinamico di servizi/prestazioni socio-sanitarie e sostegni a valenza economica diretti ed indiretti per favorire la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente o con disabilità e per sostenere il ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare.</p> <p>Tale modello di domiciliarità si integra sinergicamente con la rete dei servizi dedicati alla residenzialità e semiresidenzialità, lungo un percorso unitario definito secondo livelli di intensità assistenziale flessibile e modulata, in ordine ai bisogni espressi dai cittadini o rappresentati dai loro familiari con lo scopo di garantire appropriatezza degli interventi e continuità assistenziale.</p> <p>Il presente piano di indirizzi del fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza dei caregiver familiari, si coordina con il modello organizzativo descritto, volto al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale svolta dai numerosi familiari di persone non autosufficienti o con disabilità, occupati, anche nel periodo pandemico da COVID-19, nel sostegno e nella cura dei propri cari.</p> <p>Il presente piano di programmazione si integra e coordina con le programmazioni in materia socio-sanitaria previste dal Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) 2019-2023, adottato con LR n. 48/2018 che, in continuità con il PSSR precedente 2012-2016, definisce le priorità e gli interventi da sviluppare nel quinquennio del Piano. L'obiettivo è quello di armonizzare e ottimizzare le risorse, rafforzare la sussidiarietà e la sinergia tra i diversi livelli di governance, implementare forme di welfare di comunità e di iniziativa e massimizzare l'integrazione socio-sanitaria.</p> <p>Nel Piano Socio-Sanitario vengono delineate le politiche di programmazione e organizzazione degli interventi e delle prestazioni nell'ambito della non autosufficienza e della disabilità che potenziano lo sviluppo di interventi capaci di rispondere con aderenza ai bisogni espressi dal territorio, assicurandone l'erogazione e l'accesso da parte dei cittadini in maniera uniforme. Queste politiche devono valorizzare le migliori pratiche sviluppate nei territori, costruite anche attraverso il rafforzamento delle partnership tra i diversi soggetti della rete di welfare regionale, in una logica di corresponsabilità nella programmazione di obiettivi e azioni, e nell'individuazione e apporto delle risorse necessarie all'attuazione di quanto programmato.</p> <p>Gli interventi da implementare secondo le indicazioni e le priorità evidenziate nel PSSR 2019-2023 devono comprendere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lo sviluppo di modalità e tecniche socio-educative e abilitative, assistenziali e tutelari scientificamente supportate e volte a perseguire, anche con l'ausilio di tecnologie specifiche, il più alto livello possibile di funzionamento e autonomia delle persone con disabilità e non autosufficienza; - l'applicazione alternativa di tecniche socio-riabilitative e di processi di inclusione sociale, per la riduzione della domanda di sostegni e supporti e per una maggiore flessibilità nell'organizzazione e integrazione dei processi assistenziali sia a livello domiciliare e semiresidenziale sia a livello residenziale; - l'attivazione di sostegni e supporti erogati dai servizi della rete formale secondo priorità rispetto



al bisogno, tenendo conto delle risorse personali, familiari e del contesto sociale di riferimento delle persone;

- il rafforzamento degli interventi a sostegno della domiciliarità, compresi gli interventi di sollievo, integrando in tal senso i trasferimenti monetari (ICD) con i servizi semiresidenziali (centri diurni);
- la promozione dell'attivazione di percorsi di sostegno alla partecipazione e all'inclusione sociale che, ponendo al centro le potenzialità della persona, concorrano alla generazione di processi con valenze restitutive e trasformativi dei contesti sociali e lavorativi di appartenenza delle persone con disabilità e non autosufficienti;
- la promozione dell'attivazione di percorsi e la creazione delle condizioni che portino le persone ad autodeterminarsi e, quindi, ad essere protagonisti della propria vita.

Il quadro normativo regionale di riferimento in cui si contestualizza il presente piano di indirizzi per il fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza dei caregiver familiari, in continuità anche con la precedente programmazione 2018-2020 (DGR n. 295/2021), si struttura nei seguenti provvedimenti che delineano il contesto operativo di intervento:

- LR n. 11/2001 “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112”: TITOLO IV - Servizi alla persona e alla comunità, CAPO II - Tutela della salute, servizi sociali e integrazione socio-sanitaria”;
- LR n. 23/2012 “Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016”;
- LR n. 19/2016 “Istituzione dell'ente governance della sanità regionale veneta denominato “Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero”. Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle aziende ULSS”;
- LR n. 48/2018 “Piano Socio Sanitario regionale 2019-2023”;
- DGR n. 1859/2006: “Linee di indirizzo per il sistema della domiciliarità e della residenzialità Area Disabili”;
- DGR n. 4588/2007 “Attività delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali (UVMD) – Approvazione linee di indirizzo alle aziende ULSS”;
- DGR n. 4589/2007 “Indirizzi per la determinazione dei livelli di assistenza alle persone con disabilità accolte nei servizi residenziali”;
- DGR n. 2575/2009 “Individuazione e approvazione della nuova scheda di valutazione multidimensionale disabili (SVaMDi)”;
- DGR n. 2960/2012 “Approvazione modifiche ed integrazioni alla scheda SVaMDi di cui alla DGR n. 2575/2009”;
- DGR n. 1804/2014 “Disposizioni in materia SVaMDi di cui alla DGR n. 2960/2012. Approvazione del documento "Linee Guida per la codifica ICF e compilazione della Scheda di valutazione multidimensionale SVaMDi" e del programma operativo di implementazione ed estensione dello strumento”;
- DGR n. 1338/2013 “Istituzione dell'Impegnativa di Cura Domiciliare”;
- DGR n. 1986/2013 “Decreto Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 15.11.2011 di riparto del Fondo per le non autosufficienze. Modifiche al programma regionale attuativo per la realizzazione di interventi in tema di malati di sclerosi laterale amiotrofica (SLA), per la ricerca e l'assistenza domiciliare dei malati, di cui alla DGR n. 2499 del 29 dicembre 2011”;
- DGR n. 164/2014 “Impegnativa di Cura Domiciliare. Approvazione degli esiti istruttori per l'anno 2013, ai sensi della DGR n. 1338 del 30 luglio 2013”;
- DGR n. 1047/2015 “Impegnativa di Cura Domiciliare (DGR n. 1338/2013). Aggiornamento e integrazione delle disposizioni operative”;
- DGR n. 571/2017 “Istituzione dell'Impegnativa di Cura Domiciliare per persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (DGR n. 2213/2016 e DGR n. 1338/2013)”;
- DGR n. 946/2017 “DGR n. 571 del 28/4/2017 "Istituzione dell'Impegnativa di Cura Domiciliare per persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (DGR n. 2213 del 23/12/2016 e DGR n. 1338 del 30/07/2013)". Ulteriori disposizioni”;
- DGR n. 1759/2019 “Programmazione e attribuzione alle aziende ULSS delle risorse finanziarie regionali e statali per la non autosufficienza – anno 2019”;
- DGR n. 670/2020 “Approvazione del “Piano regionale per la non autosufficienza 2019-2021 di cui al DPCM 21 novembre 2019 per l'utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per le non autosufficienze del triennio 2019-2021”;



- DGR n. 1664/2020 “Programmazione e attribuzione alle aziende ULSS delle risorse finanziarie regionali e statali per la Non Autosufficienza – anno 2020”
- DGR n. 1174/2021 “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)”;
- DGR n. 295/2021 “Approvazione degli indirizzi integrati di programmazione per l’attuazione degli interventi a sostegno del ruolo di cura e assistenza dei caregiver familiari, ai sensi del decreto del Ministro per le Pari Opportunità e la Famiglia di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 27 ottobre 2020”.

Il presente documento è stato rappresentato, ai sensi dell’art. 3 comma 1 del decreto del 28/12/2021, alle Associazioni maggiormente rappresentative delle persone non autosufficienti o con disabilità e dei loro familiari.

L’ANCI Veneto ha definito favorevolmente, in occasione della presentazione del Piano per l’utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza 2019-2021, il modello organizzativo-gestionale funzionale alla gestione operativa degli interventi e richiamato per l’allocazione delle risorse provenienti dal Fondo per il sostegno del ruolo di cura ed assistenza dei caregiver familiari, sia nella programmazione 2018-2020 che nell’attuale programmazione. Tale modello, nel quale si contestualizza il presente documento, si realizza attorno al ruolo strategico svolto dalle aziende ULSS nella gestione coordinata degli interventi (ICD, ADI-SAD e sollievo in regime semiresidenziale) nell’intero complesso degli ambiti territoriali. Il modello si basa sui cardini di equità allocativa, efficienza operativa e regolarità nell’erogazione degli interventi, aspetti riconosciuti altresì dalla stessa ANCI Veneto.

1.2 L’integrazione socio-sanitaria

Il perno sul quale si sviluppano le politiche socio-sanitarie è l’integrazione a tutti i livelli (istituzionale, gestionale e professionale) che permea tutto il sistema coordinato e sinergico di servizi e di interventi alla persona, volta all’implementazione di sostegni capaci di garantire risposte assistenziali secondo criteri di appropriatezza, efficacia ed efficienza.

Questo sistema consente di realizzare interventi e prestazioni secondo modelli organizzativi che coordinano a unità la molteplicità dei contributi di più soggetti attivi nell’ambito dei servizi alla persona, il cui centro è la persona e i suoi bisogni secondo un approccio di presa in carico globale. La predisposizione e realizzazione del presente documento, come anche la precedente programmazione 2018-2020, si coordina in questo contesto, fortemente sinergico, che coinvolge a tutti i livelli i diversi soggetti del sistema dei servizi assistenziali a favore della persona non autosufficiente o con disabilità e dei loro familiari, con l’obiettivo di armonizzare e ottimizzare tutte le possibili sinergie per raggiungere la maggior inclusione e qualità di vita della persona e del suo nucleo familiare. L’obiettivo è quindi il potenziamento delle reti territoriali attraverso la collaborazione tra soggetti pubblici e privati e il terzo settore e la condivisione di strumenti e modelli di intervento che prevedono il coinvolgimento della famiglia e delle comunità di riferimento nei processi di presa in carico, considerato fattore strategico di sostenibilità e di generazione di inclusione. In questo scenario si afferma il ruolo centrale del Distretto, fulcro della realizzazione dell’integrazione socio-sanitaria e luogo di prossimità alla vita del cittadino.

Per permettere il più possibile la permanenza nel contesto di vita della persona non autosufficiente o con disabilità, la presente programmazione, in continuità con la precedente, definisce gli interventi a sostegno del ruolo di cura ed assistenza del caregiver familiare, contestualizzandoli all’interno del sistema della domiciliarità. Tali interventi rivestono un ruolo centrale nello sviluppo di azioni che rafforzano l’insieme dei supporti e valorizzano la rete primaria di appartenenza. La presente programmazione, in ottemperanza al decreto del 28 dicembre 2021, in linea con il precedente, viene delineato nell’ambito delle politiche della non autosufficienza e della disabilità ed, in particolare, nella ricomposizione dei sostegni programmati in sinergia con le prestazioni, i servizi, gli interventi e i trasferimenti monetari attuati con le risorse del FNA.

1.2.1 Ambiti territoriali e punti unici di accesso

Descrizione delle modalità di attuazione dell’impegno della Regione.

Le condizioni di non autosufficienza e disabilità incidono fortemente sul sistema familiare anche per l’intenso coinvolgimento richiesto alla famiglia per la cura del proprio caro. La necessità è perciò quella di migliorare il più possibile la qualità della vita delle persone con disabilità o delle persone non



autosufficienti rispondendo alle situazioni di particolare fragilità che ad oggi gravano in modo significativo sulle famiglie. Per raggiungere tale obiettivo è necessario ideare un nuovo sistema che preveda una graduazione adeguata delle prestazioni in base al bisogno di cura delle persone non autosufficienti o con disabilità che comprenda anche l'evoluzione dei bisogni dei familiari che li assistono, per assicurare cura e assistenza appropriata nel corso della vita.

Per sostenere questo sistema è stato fondamentale il passaggio organizzativo sviluppato con la LR n. 19/2016 che ha delineato il nuovo assetto organizzativo delle aziende ULSS, individuando gli ambiti territoriali delle nuove aziende nei Distretti, configurandoli nei bacini delle aziende ULSS esistenti anteriormente alla data di entrata in vigore della legge citata. La DGR n. 1191/2020 ha identificato infatti gli Ambiti Territoriali nei territori afferenti alle Conferenze dei Sindaci delle ULSS di cui alla LR n. 54/96 definite poi, con la legge n. 19/2016, Comitati dei Sindaci di Distretto. Questo passaggio ha consentito la corrispondenza tra programmazione sanitaria e sociale. In questo contesto, la governance territoriale e l'integrazione socio-sanitaria, nel modello veneto si qualificano quindi all'interno degli ambiti distrettuali, per la partecipazione delle comunità locali (Comitati e Conferenze dei Sindaci) ai processi di pianificazione e per la delega dai comuni alle aziende ULSS della gestione di molteplici servizi sociali. In tale cornice, lo strumento primario di ricognizione dei bisogni per l'integrazione socio-sanitaria e per la ricomposizione e l'ottimizzazione delle risorse, provenienti dalle reti formali e informali e più in generale dal territorio, è rappresentato dal Piano di Zona del Distretto.

Tale assetto organizzativo è finalizzato a contribuire al miglioramento della tutela e dell'assistenza a favore delle persone non autosufficienti o di quelle con disabilità, riducendo il peso assistenziale sulle loro famiglie e sulla comunità, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

Le aziende ULSS garantiscono e coordinano la rete dell'assistenza territoriale, l'integrazione delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie territoriali ed ospedaliere e promuovono la continuità di cura e sostegno nei diversi setting assistenziali. Le stesse rivestono un ruolo fondamentale nella governance dei processi e nell'allocazione delle risorse.

Nella LR n. 23/2012 (PSSR 2012-2016) e nella successiva LR n. 19/2016 (PSSR 2019-2023) viene valorizzato il modello organizzativo di Distretto "forte". Il Distretto viene definito il "luogo privilegiato di gestione e coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali", luogo in cui si rafforza l'assistenza territoriale, si sviluppano e diffondono modelli di gestione integrata della cronicità implementando modelli organizzativi a rete fondati su team multi professionali. Nel Distretto si collocano e coordinano i punti unici di accesso (sportelli integrati) contestualizzati nel quadro della domiciliarità dalla DGR n. 670/2020, nella precedente programmazione di cui alla DGR n. 295/2021 e portati a sistema progressivamente da alcuni anni in attuazione della DGR n. 39/2006 e definiti operativamente con DGR n. 3109/2006.

1.2.2 Valutazione multidimensionale

Descrizione dell'impegno della Regione.

La presa in carico globale della persona non autosufficiente o con disabilità e della sua famiglia avviene grazie al processo organizzativo multilivello a rete basato sulla valutazione multidimensionale del team multi professionale. Attraverso l'attivazione dell'Unità Valutativa MultiDimensionale, strumento in grado di progettare interventi integrati grazie al coinvolgimento di diversi servizi e competenze, è possibile realizzare progetti individualizzati integrati e aderenti ai bisogni delle persone.

L'UVMD è prevista, secondo quanto disposto dalla DGR n. 4588/2007, presso ciascun Distretto socio-sanitario nelle aziende ULSS del territorio regionale.

Essa valuta il bisogno attraverso l'approccio bio-psico-sociale, ed è composta da tutte le professionalità sociali, sanitarie e socio-sanitarie che, rispetto alla situazione personale e familiare, sono funzionali alla realizzazione del progetto personalizzato. Nell'UVMD si sviluppano conoscenze e competenze reciproche, lo scambio di informazioni, la condivisione di valori e mandati, la stessa rappresenta la porta di accesso al sistema integrato dei servizi socio-sanitari nonché al riconoscimento dei sostegni e dei supporti di assistenza indiretta (trasferimenti monetari), volti a definire un progetto che garantisca un'assistenza differenziata e personalizzata capace di rispondere ai reali bisogni della persona e a quelli del caregiver che la segue.

L'attivazione dell'UVMD può essere presentata dalla persona non autosufficiente, dal tutore o amministratore di sostegno, da un familiare o dagli operatori sociali, sanitari e socio-sanitari che hanno in carico la persona.



Per sostenere e facilitare la valutazione multidimensionale, la Regione del Veneto ha previsto l'utilizzo di due strumenti di valutazione, la SVaMA (DGR n. 2961/2012) e la SVaMDi (DGR n. 2960/2012 e DGR n. 1804/2014). Questi strumenti costituiscono modalità uniformi di valutazione sul territorio regionale secondo le classificazioni previste dall'International Classification of Functioning (I.C.F.) e dall'International Classification of Diseases (I.C.D.).

La scheda SVaMA/SVaMA semplificata per la valutazione delle persone in condizione di disabilità grave e gravissima, così come definite dal DM del 26 settembre 2016, è stata altresì integrata e perfezionata a seguito delle DGR n. 1338/2013, DGR n. 1986/2013 e DGR n. 1047/2015.

1.2.3 Progetto personalizzato

Descrizione dell'impegno della Regione.

Il progetto personalizzato è il principale strumento attraverso il quale è possibile creare percorsi personalizzati a favore delle persone non autosufficienti o con disabilità, in cui i vari interventi sono coordinati in maniera mirata, massimizzando i benefici effetti degli stessi e riuscendo, diversamente da interventi settoriali e tra loro disgiunti, a rispondere in maniera complessiva ai bisogni ed alle aspirazioni delle persone stesse. Attraverso questo approccio si guarda alla persona con disabilità non più come ad un semplice utente di singoli servizi, ma come ad una persona con le sue esigenze, i suoi interessi e le sue potenzialità da alimentare e promuovere.

La centralità della persona ed il valore dei legami di comunità sono gli assunti che sostengono le linee d'intervento della progettualità individuale.

Il progetto rappresenta un atto di pianificazione che si articola nel tempo e sulla cui base i diversi soggetti della rete dei servizi, la persona, la famiglia e la stessa Comunità territoriale realizzano le condizioni affinché quegli interventi, quei servizi e quelle azioni di miglioramento si possano compiere.

Il documento di sintesi viene predisposto ed approvato dall'UVMD. Il Progetto personalizzato viene formulato sulla base di valutazioni tecnico-specialistiche multidisciplinari. Nel progetto si confrontano e si incrociano valutazioni cliniche, assistenziali, sociali, psicologiche, linguistico-comunicative e relazionali con lo scopo di comprendere globalmente i bisogni della persona e della sua rete di appartenenza. Il documento identifica la natura del bisogno rilevato, gli obiettivi che si intende raggiungere, i risultati attesi, le azioni specifiche, la tipologia delle prestazioni/interventi, le figure professionali impegnate nel raggiungimento degli obiettivi, la durata complessiva del piano, le risorse necessarie ed infine gli indicatori di verifica in itinere ed ex post. Il progetto è condiviso con il caregiver e con la persona non autosufficiente o con disabilità, con l'obiettivo di garantire il più possibile la partecipazione attiva, l'empowerment e l'autodeterminazione degli stessi, e per determinare risposte appropriate alle specifiche esigenze della persona e dei familiari.

Nel progetto personalizzato si integrano e coordinano, in modo unitario e mirato rispetto al bisogno della persona, i vari interventi, sostegni, servizi e supporti, per avviare un miglioramento della qualità di vita e del benessere della persona e della famiglia anche grazie all'ottimizzazione e alla sostenibilità delle risorse presenti o attivabili a favore della persona e del suo caregiver.

Il progetto è sottoposto ad un costante monitoraggio volto a rilevare l'evolversi della situazione e dei bisogni della persona, dei suoi familiari e del contesto di vita, per ri-definire tempestivamente gli obiettivi di cura e assistenza, con la garanzia di renderli più aderenti alle esigenze della situazione in continua evoluzione.

Per garantire la buona riuscita del progetto l'UVMD identifica il "case manager", cioè l'operatore di riferimento che garantisce la personalizzazione del rapporto con la persona e la sua rete primaria durante tutto il percorso assistenziale, svolgendo altresì il ruolo di mediatore tra i vari professionisti coinvolti, provvedendo anche al monitoraggio del percorso previsto.

1.2.4 Budget di Progetto

Descrizione l'impegno della Regione.

Il budget di progetto è uno strumento organizzativo-gestionale legato al progetto personalizzato che ha l'obiettivo di garantire l'esigibilità del diritto al miglioramento del benessere e della salute attraverso l'attivazione di interventi sociosanitari integrati. Il budget di progetto ha una funzione ri-compositiva di tutte le risorse, opportunità e interventi nazionali, regionali e locali disponibili e di cui le persone con disabilità o non autosufficienti hanno diritto, rendendole un insieme coerente e funzionale al raggiungimento di obiettivi di autonomia e di benessere possibile. Il budget è costituito dall'insieme delle



risorse economiche, professionali e umane, dal capitale sociale e relazionale della comunità locale, necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale della persona e del suo caregiver. L'obiettivo del budget è quello di pianificare azioni progettuali sostenibili, sorrette da risorse appropriate, che determinano benefici in modo duraturo per le persone e per i familiari. Per tale motivo le risorse nel budget di progetto, non vanno trattate in termini di risparmio, ma investite per produrre altre risorse e utilizzate per generare cambiamento sociale.

Nel budget di progetto si promuove la partecipazione attiva della persona non autosufficiente e la sua famiglia alla quale si riconoscono, aspirazioni, competenze, legami, che diventano elementi fondamentali per pianificare un progetto volto a rafforzare l'auto-attivazione delle persone e dei contesti e la responsabilizzazione dei singoli e delle comunità.

La Regione del Veneto ha valorizzato tale strumento mettendo a disposizione degli ambiti territoriali, come sopra definiti, moduli informatici predisposti per la rilevazione delle valutazioni e dei progetti individuali e di moduli informatici predisposti per l'emissione delle impegnative e per la rilevazione delle prestazioni.

Il budget progettuale, punta altresì al superamento della frammentazione tra i diversi setting assistenziali che la persona vive nei diversi ambiti di cura e assistenza con l'obiettivo di garantire, unitarietà e continuità nella presa in carico.

Nella predisposizione del budget è necessario individuare il case manager per il monitoraggio dell'adeguatezza del progetto ai bisogni del soggetto e degli obiettivi del budget, per pianificare il processo di monitoraggio attraverso indicatori misurabili, per definire i risultati attesi in relazione alle risorse messe a disposizione ed infine per identificare periodici aggiornamenti in base alle attività di monitoraggio per ri-orientare tempestivamente il budget stesso.

2. La tipologia degli interventi

L'articolo 1 comma 2 del decreto del 28 dicembre 2021 richiama l'articolo 3 del DM 26 settembre 2016 e prevede che le risorse del fondo vengano utilizzate per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare di cui all'art. 1, comma 255 della legge del 27 dicembre 2017, n. 205 dando priorità:

- ai caregiver di persone in condizione di disabilità gravissima tenendo conto anche dei fenomeni di insorgenza anticipata "Per persone in condizione di disabilità gravissima, ai soli fini del presente decreto (DM 26 settembre 2016), si intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013" e per le quali sia verificata almeno una delle condizioni declinate nelle lettere da a) ad i) del medesimo decreto, secondo le scale per la valutazione illustrate negli allegati al medesimo tenendo anche conto dei fenomeni di insorgenza anticipata delle condizioni previste dall'art. 3 del medesimo decreto;
- ai caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali comprovata da idonea documentazione;
- a programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver.

Considerata l'esperienza consolidata dalla Regione del Veneto nel sistema delle Impegnative di Cura Domiciliari (ICD), anche in relazione all'equità nel riconoscimento degli interventi, le risorse del fondo caregiver verranno destinate ai caregiver prendendo a riferimento le tipologie di sostegno indiretto così come declinate nel Piano regionale per la non autosufficienza 2019 - 2021 approvato con DGR n. 670/2020 e già identificate nella precedente programmazione degli interventi di sollievo e sostegno destinati al caregiver familiare 2018-2020 di cui alla DGR n. 295/2020. Gli interventi vengono contestualizzati all'interno del sistema regionale dell'assistenza domiciliare così come disciplinato dalla DGR n. 1338/2013 e alle successive DGR n. 1986/2013, DGR n. 164/2014, DGR n. 1047/2015, DGR n. 571/2017, DGR n. 946/2017 e DGR n. 1174/2021 nonché dalle relative disposizioni attuative del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale.

In particolare gli interventi di sollievo e sostegno destinati al caregiver familiare di cui all'art. 1 comma 255 della legge 27 dicembre 2017 n. 205 e di cui alla DGR n. 295/2021, mutualmente esclusivi tra loro e cumulabili con le prestazioni previste dalle impegnative di cura domiciliare di



cui alla DGR 1338/2013 previa valutazione specifica del bisogno da parte dell'UVMD, fermo restando il vincolo di non rendicontare le medesime prestazioni su entrambe le misure (in caso di cumulabilità dell'intervento di sollievo e sostegno destinato al caregiver e dell'ICD, la stessa sarà oggetto di rendicontazione) vengono riconosciuti dando priorità:

Intervento A.1 - Ai caregiver che seguono persone in condizione di disabilità gravissima tenendo conto anche dei fenomeni di insorgenza anticipata in possesso dei requisiti declinati di seguito:

- persone affette da decadimento cognitivo accompagnato a gravi disturbi comportamentali o a persone con disturbi neurosensoriali che necessitino di supervisione ed assistenza continuativa a tutela della propria e altrui incolumità. Include soggetti che presentino disturbi del comportamento di difficile gestione domiciliare con una moderata-severa compromissione delle funzioni cognitive tra cui la perdita di giudizio sia che presentino una deambulazione incerta che necessita di supervisione ed assistenza che una completa perdita di autonomia nella deambulazione. Attraverso la scala NPI (Neuropsychiatric Inventory) punteggio-frequenza x gravità vengono quantificati i disturbi comportamentali e attraverso la scala dello stress, il carico di stress del caregiver. Sono considerati eleggibili i soggetti con punteggio al quadro sinottico modificato della scheda SVaMA maggiore o uguale a 54. La presenza della condizione di disabilità gravissima, ai sensi dell'art. 3, commi 2 e 3 del DM 26 settembre 2016, è definita da una perdita di autonomia nelle attività della vita quotidiana (ADL) definita dal punteggio dell'Indice di Barthel-Attività di base ≥ 50 e da un grado di compromissione della mobilità all'Indice di Barthel-Mobilità ≥ 15 . Vengono inclusi i profili 16 e 17 della SVaMA che contemplano per definizione la presenza di disturbi comportamentali, un punteggio all'Indice di Barthel-Mobilità ≥ 15 e punteggio all'Indice di Barthel-Attività di base ≥ 15 . Possono avvalersi di questo contributo anche i soggetti con diagnosi del codice ICPC della SVaMA = F83, F84, F94 e F99 (occhio) e H86 e H99 (orecchio) con punteggio dell'Indice di Barthel-Attività di base ≥ 50 e compromissione della mobilità all'Indice di Barthel-Mobilità ≥ 15 .
- persone con disabilità gravissime e in condizione di dipendenza vitale e/o ventilazione assistita che necessitano a domicilio di assistenza continua nelle 24 ore. Il maggior bisogno assistenziale è rilevabile dal profilo SVaMA pari a 14 o 15 e deve concretizzarsi non solo in elevate necessità assistenziali ma anche sanitarie. La presenza della condizione di disabilità gravissima, ai sensi dell'art. 3, commi 2 e 3 del DM 26 settembre 2016 per tale tipologia di intervento viene riscontrata ulteriormente dalla SVaMA con scheda valutazione sanitaria, parte dell'assistenza infermieristica, dalla quale si rileva il punto 12 (Respiratore/Ventilazione assistita) o il punto 15 (dipendenza dalle apparecchiature elettromedicali) oppure la presenza tra le diagnosi del codice ICPC = A07 (coma) oppure SVaMA con la presenza tra le diagnosi del codice ICPC = F83, F84, F94 e F99 (occhio) e H86 e H99 (orecchio) e punteggio ≥ 50 nella scala di Barthel per le ADL.
- persone affette da sclerosi laterale amiotrofica valutate attraverso la SVaMA, con quadro sinottico appositamente definito dalla DGR n. 1986/2013 con punteggio PSOC > 160 , così come declinato nell'Allegato B, finalizzato a verificare l'adeguatezza del supporto erogato dalla famiglia o dalla rete sociale e le alternative alla istituzionalizzazione.
- persone con disabilità fisica e motoria di età compresa tra 18 e 64 anni a cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap grave (art. 3, comma 3, L. n. 104/92) e l'indennità di accompagnamento, valutate attraverso la SVaMDi. Ulteriori requisiti necessari sono la presenza tra le diagnosi del codice ICD-X = H 54 (Cecità e ipovisione) e = H 90.3 (ipoacusia neurosensoriale bilaterale) e con punteggio 4 su 4 della performance comunicazione ICF oppure SVaMDi con valorizzato, nella rispettiva scheda sanitaria, parte infermieristica, il punto 12 (Respiratore/Ventilazione assistita) o il punto 15 (dipendenza dalle apparecchiature elettromedicali) oppure SVaMDi con valorizzato, nella rispettiva scheda sanitaria il codice di diagnosi ICD-X = G82.5 (tetraplegia non specificata) oppure SVaMDi con punteggio di gravità ≥ 6 e associato alla presenza di uno dei seguenti codici di diagnosi ICD-X:
 - G20 (Morbo di Parkinson)
 - G21 (Parkinsonismo secondario)



<ul style="list-style-type: none"> - G22 (Parkinsonismo in malattie classificate altrove) - G23 (Altre malattie degenerative dei gangli della base) - G24 (Distonia) - G25 (Altri disturbi extrapiramidali e del movimento) - G35 (Sclerosi multipla) - G36 (Altra demielinizzazione disseminata acuta) - G37 (Malattie demielinizzanti del sistema nervoso centrale) - G82.3 (Tetraplegia flaccida) - G82.4 (Tetraplegia spastica) - G82.5 (Tetraplegia non specificata) - G71 (Disturbi primitivi dei muscoli) e relativi sottocodici di diagnosi - G80 (Paralisi cerebrale) e relativi sottocodici di diagnosi - S06 (Traumatismo intracranico) e relativi sottocodici di diagnosi - S09 (Altri e non specificati traumatismi della testa) e relativi sottocodici di diagnosi - T90 (Sequela di traumatismi della testa) e relativi sottocodici di diagnosi <p>- <u>persone con disabilità psichica e intellettiva a cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap grave (art. 3, comma 3, L. n. 104/1992), con presenza di indennità di accompagnamento</u> valutate attraverso la SVaMDi. Ulteriori requisiti necessari sono la scheda SVaMDi con presenza tra le diagnosi del codice ICD-X = H 54 (Cecità e ipovisione) e = H 90.3 (ipoacusia neurosensoriale bilaterale) e con punteggio 4 su 4 della performance comunicazione ICF oppure SVaMDi con punteggio di gravità ≥ 6 e associato alla presenza di uno dei seguenti codici di diagnosi ICD-X:</p> <ul style="list-style-type: none"> - F84.0 – Disturbo autistico; - F84.1 – Autismo atipico; - F84.2 – Disturbo di Rett; - F84.3 – Disturbo disintegrativo dell’infanzia; - F84.5 – Disturbo di Asperger; - F84.9 – DPS-NAS; <p>oppure SVaMDi con punteggio di gravità ≥ 6 e associato alla presenza di uno dei seguenti codici di diagnosi ICD-X:</p> <ul style="list-style-type: none"> - F72 – Ritardo mentale grave; - F73 – Ritardo mentale profondo. <p>Intervento A.2 - Ai caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali, comprovata da idonea documentazione:</p> <p>- <u>persone non autosufficienti o con disabilità, valutate e in lista per l’accesso alle unità di offerta residenziali.</u> Si richiamano in merito i requisiti previsti dalla DGR n. 1133/2008 ed i relativi provvedimenti attuativi per l’accesso al sistema della residenzialità per le persone non autosufficienti e quelli previsti dalla DGR n. 1859/2006 ed i relativi provvedimenti attuativi per l’accesso al sistema della residenzialità per le persone con disabilità.</p> <p>Intervento A.3 - Ai programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita:</p> <p>- <u>persone non autosufficienti accolte in regime residenziale</u> così come disciplinato dalle DGR n. 1133/2008, DGR n. 394/2007, DGR n. 457/2007 e DGR n. 1304/2021 nonché <u>persone con disabilità accolte in regime residenziale</u> così come disciplinato dalla DGR n. 1859/2006, DGR n. 84/2007, DGR n. 244/2015 e DGR n. 1103/2019.</p> <p>A parità di punteggio verranno presi in considerazione, in successione, per il posizionamento in graduatoria, i seguenti ulteriori criteri di priorità per il riconoscimento dell’intervento di sollievo e sostegno destinato al caregiver familiare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nuclei familiari monoparentali; - anni di effettiva convivenza ed assistenza da parte del caregiver; - conciliabilità dell’attività lavorativa con l’assistenza al familiare (impegno lavorativo in termini di orario).
<p>3. Compartecipazione</p>



Ai sensi dell'art. 3 comma 2 non si prevede una compartecipazione finanziaria da parte della Regione del Veneto.

Comune di Campagna Lupia (Ve) Prot. N.0007148 del 18-07-2022 arrivo

