

PIANO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

ATTO DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE 2025-2027
PER LA REGIONE DEL VENETO**1. Il quadro di contesto e le modalità di attuazione dell'integrazione socio-sanitaria**

NOTA: Il richiamo all'art.1, commi da 160 a 164 della Legge 30 dicembre 2021 n. 234 è riportato quale punto di riferimento per l'individuazione degli obiettivi di servizio che possono essere raggiunti, in continuità con quanto già realizzato per la platea dei non autosufficienti con riguardo al Piano 2022-2024. Resta inteso che il medesimo riferimento verrà parallelamente previsto nel "Piano Nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana" previsto dall'art. 2, comma 3, lett.a) della Legge 23 marzo 2023 n. 33, dove avrà, invece, valenza di Leps.

1.1 Il quadro di contesto

- Indicare le norme regionali che disciplinano gli interventi volti alle persone con disabilità e non autosufficienti (non anziane), e quelli relativi alla "Vita Indipendente".

Il sistema organizzativo dei servizi sociali e socio-sanitari sviluppatosi negli anni nella Regione del Veneto si è progressivamente consolidato e rafforzato, ponendosi come obiettivo principale quello di sostenere e accompagnare in modo continuativo le persone non autosufficienti con disabilità lungo l'intero arco della loro vita.

L'elemento fondante di questo modello è rappresentato dalla stabile integrazione tra servizi sociali, sanitari e socio-sanitari, che si traduce in un insieme coordinato di prestazioni, interventi assistenziali e misure economiche/trasferimenti monetari. Tali azioni, in modo sinergico, mirano a favorire la permanenza della persona nel proprio domicilio il più a lungo possibile.

La programmazione regionale, nel suo complesso, prevede una rete di servizi e interventi finalizzati a garantire la domiciliarità, integrati e connessi con un sistema territoriale di opportunità a carattere residenziale e semiresidenziale. Tale rete è articolata su diversi livelli assistenziali e si sviluppa secondo la logica di "filiera di servizi", capace di superare la frammentarietà dei vari ambiti di cura e assistenza. In questo sistema si contestualizzano gli interventi a minore intensità di protezione Gruppo Appartamento Protetto (GAP), le misure previste dal programma "Dopo di noi", i progetti sperimentali volti all'occupabilità e le iniziative per l'inclusione lavorativa, pensate per rispondere a differenti livelli di bisogno e gravità.

Il Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023, approvato con la Legge Regionale n. 48/2018, definisce gli indirizzi di programmazione socio-sanitaria attraverso un approccio multisettoriale, volto a coinvolgere le diverse politiche sviluppate nell'ambito della prevenzione alla salute, della promozione della stessa e di protezione e inclusione sociale. L'obiettivo principale è quello di creare condizioni sociali, economiche e ambientali favorevoli al benessere del cittadino e della collettività.

Il Piano ha sviluppato obiettivi strategici orientati a rafforzare gli interventi a favore delle persone non autosufficienti con disabilità, tra cui: il monitoraggio dei bisogni, la razionalizzazione e la valorizzazione delle risorse, la promozione della sussidiarietà e delle sinergie tra le diverse politiche, lo sviluppo di un welfare di iniziativa e di comunità, l'integrazione socio-sanitaria e l'inclusione sociale.

In continuità con tali principi, la Regione del Veneto con l'approvazione della Legge Regionale n. 9/2024 ha intrapreso una significativa riorganizzazione del sistema dei servizi sociali, istituendo gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) come fulcro della pianificazione e della gestione degli interventi. La norma promuove la collaborazione tra Comuni, Regione, Aziende ULSS e Terzo Settore, al fine di garantire un sistema integrato, efficace ed equo, rafforzando ulteriormente l'integrazione socio-sanitaria e la promozione dell'inclusione sociale. Già nel precedente Piano per la Non Autosufficienza 2022-2024 (DGR n. 256/2023) era stato avviato un percorso di progressiva valorizzazione degli ATS nella governance e nelle politiche a sostegno della non autosufficienza, realizzata in stretta integrazione con le Aziende ULSS, percorso che la Legge Regionale 9/2024 consolida e amplia ulteriormente.



ff70159e



La presente programmazione si inserisce in un contesto normativo e organizzativo nazionale in evoluzione, determinato dalle recenti riforme nazionali in materia di non autosufficienza e disabilità.

In particolare, la Legge n. 33/2023 e il relativo D. Lgs n. 29/2024 hanno introdotto la Riforma della non autosufficienza, mentre la Legge n. 227/2021 e il D. Lgs n. 62/2024 (cosiddetta Riforma della disabilità) hanno ridefinito il sistema di tutela e presa in carico delle persone con disabilità. Entrambe le riforme delineano nuovi modelli valutativi e nuovi percorsi di presa in carico integrata, che verranno progressivamente declinati all'interno delle attuali modalità organizzative regionali. L'attuazione delle disposizioni nazionali prevede altresì una fase di sperimentazione che coinvolge alcune province venete.

A tal riguardo, la Regione del Veneto, con la DGR n. 670/2025 e la successiva DGR n. 105/2026 ha definito territorialmente il processo di sperimentazione della Riforma della disabilità, fornendo le linee guida operative per la sua attuazione, che è stata avviata dal 30 settembre 2025 in via prioritaria nella provincia di Vicenza e successivamente dal 1° marzo 2026 nelle province di Venezia, Verona e Treviso. Tale sperimentazione rappresenta un passaggio strategico per l'evoluzione del sistema regionale, orientato alla costruzione di un modello sempre più integrato, inclusivo e attento ai bisogni della persona.

Discende inoltre da tali riforme la necessità di articolare due distinte programmazioni dedicate alla non autosufficienza: una rivolta alle persone con disabilità in condizione di non autosufficienza fino ai 70 anni, oggetto del presente provvedimento e una seconda, denominata "Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana", finalizzata a soddisfare i bisogni delle persone anziane non autosufficienti over 70.

Si riportano i provvedimenti regionali di maggior interesse che hanno disposto l'adozione di procedure, metodologie e strumenti valutativi in linea con quanto previsto dagli indirizzi stabiliti dal Decreto ministeriale:

- Legge Regionale 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";
- Legge Regionale n. 23/2012 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016";
- Legge Regionale n. 48/2018 "Piano Socio Sanitario regionale 2019-2023";
- Legge Regionale n. 9/2024 "Assetto organizzativo e pianificatorio degli interventi e dei servizi sociali"
- 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";



ff70159e



- 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. 1608/2021 "Programmazione e attribuzione alle aziende ULSS delle risorse finanziarie regionali e statali per la Non Autosufficienza - anno 2021. Deliberazione nr. 118/CR/2021";
- 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";
- DGR n. 682/2022 "Approvazione degli indirizzi integrati di programmazione per l'attuazione degli interventi a sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare, ai sensi del decreto interministeriale del 28 dicembre 2021";
- DGR n. 1728/2022 "Programmazione e attribuzione alle Aziende ULSS e agli Ambiti Territoriali Sociali delle risorse finanziarie regionali e statali per la Non Autosufficienza - anni 2022-2023- 2024. Deliberazione nr. 133/CR/2022".
- DGR n. 256/2023 "Approvazione del "Piano regionale per la non autosufficienza 2022 - 2024" di cui al DPCM 3 ottobre 2022 per l'utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per le non autosufficienze per il triennio 2022 – 2024"
- DGR n. 1558/2023 "Programmazione alle Aziende ULSS e agli Ambiti Territoriali Sociali delle risorse finanziarie regionali e statali per la Non Autosufficienza - anni 2022-2023-2024 - Attribuzione anni 2023 e 2024. Deliberazione nr. 125/CR/2023";
- DGR n. 96/2025 "Aggiornamento dello strumento "Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (S.Va.M.A.)" approvato, da ultimo, con la DGR n. 2961 del 28 dicembre 2012"
- DGR n. 586/2025 "Programmazione degli interventi a valere sulle risorse del Fondo Nazionale per le non autosufficienze anno 2025";
- DGR n. 1261/2025 "Programmazione e attribuzione alle Aziende ULSS delle risorse finanziarie regionali per la Non Autosufficienza - anno 2026. Deliberazione/CR n. 121 del 22 settembre 2025"
- DGR n. 670/2025 "Linee di indirizzo in merito al percorso di attuazione della "Riforma della disabilità" e indicazioni ai soggetti coinvolti nella fase di sperimentazione della provincia di Vicenza. D.Lgs. 3 maggio 2024, n. 62 "Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato";
- DGR n. 22/2026 "DGR n. 96 del 4 febbraio 2025 "Aggiornamento dello strumento "Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (S.Va.M.A.)" approvato, da ultimo, con la DGR n. 2961 del 28 dicembre 2012". Aggiornamento dell'Allegato A, in relazione alla sezione "Domanda per l'accesso ai servizi di rete residenziali, semiresidenziali e domiciliari e domiciliari integrati".
- DGR n. 105/2026 "Estensione della sperimentazione ad altre province del territorio regionale della valutazione di base in attuazione della "Riforma della disabilità". D.Lgs. n. 62/2024. Decreto-Legge n. 19/2026. DGR n. 670/2025"



ff70159e



- DGR n. 565/2026 “Programmazione delle risorse del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze anni 2025-2026. DPCM 20 aprile 2026. Disposizioni per la garanzia della continuità degli interventi territoriali”

- L’articolo 1 del presente decreto prevede che “Sulla base delle indicazioni programmatiche del Piano di cui al comma 1, nel rispetto e nella valorizzazione delle modalità di confronto con le autonomie locali e favorendo la consultazione delle parti sociali e degli enti del Terzo settore territorialmente rappresentativi in materia di non autosufficienza, e comunque prevedendo il coinvolgimento delle organizzazioni di rappresentanza delle persone con disabilità in condizione di non autosufficienza, le regioni adottano un Piano regionale per la non autosufficienza, ovvero altro atto di programmazione regionale degli interventi e dei servizi necessari per l’attuazione del Piano nazionale, a valere sulle risorse di cui al presente decreto, eventualmente integrate con risorse proprie”.

- Descrivere com’è avvenuto il confronto, la consultazione e il coinvolgimento.

Il Piano è stato presentato agli Ambiti Territoriali Sociali ed a ANCI Veneto ed alle Associazioni maggiormente rappresentative delle persone non autosufficienti e con disabilità e loro familiari e al Terzo settore in data 10 giugno 2026. In tale sede è stato richiamato il modello organizzativo- gestionale di cui si è dotata la Regione del Veneto ai fini dell’allocazione delle risorse provenienti dal Fondo non autosufficienza, contestualizzato nell’ambito del sistema della domiciliarità. Nel corso del confronto con gli stakeholder è stata condivisa la modalità operativa in continuità con la precedente programmazione regionale per la non autosufficienza 2022-2024 (DGR n. 1728/2022, n. 256/2023 e DGR n. 1558/2023), che prevede il progressivo rafforzamento del ruolo degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), nella gestione degli interventi di carattere sociale a sostegno della domiciliarità.

Tale modello organizzativo sta operando, nelle more della piena attuazione della riforma regionale introdotta con la Legge Regionale n. 9/2024, la quale prevede, entro il 2027, la definizione della forma associativa degli ATS e il conseguimento della loro personalità giuridica.

Tale piano contempla, in continuità con la precedente triennalità, l’attribuzione agli Ambiti Territoriali Sociali della funzione relativa alle Impegnative di Cura Domiciliare (ICD) B, Bplus, M, Mgs e in prospettiva dal 2027, anche dell’ICD f, salvaguardando, nell’ambito delle risorse disponibili, l’unitarietà gestionale degli interventi e la continuità della presa in carico, con la possibilità per gli stessi Ambiti di delega alle aziende ULSS.

1.2 L’integrazione socio-sanitaria (art.1 comma 163) legge 30 dicembre 2021 n.234).

- Indicare la disciplina regionale attuativa dell’integrazione socio-sanitaria.

- Descrivere specificamente i seguenti aspetti, su cui sono intervenuti norme e indirizzi nazionali:

L’assetto organizzativo delineato dalla Legge Regionale n. 9/2024, istitutiva degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), e dalla Legge Regionale n. 19/2016, relativa al riordino del Servizio Sanitario Regionale e delle Aziende ULSS, valorizza l’integrazione tra il sistema sociale e quello sanitario, promuovendo una governance condivisa e coordinata degli interventi sul territorio. In tale quadro, la programmazione unitaria e partecipata tra ATS e Aziende ULSS garantisce la progressiva attuazione e coerenza tra i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) e i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), attraverso strumenti di pianificazione congiunta, quali il Piano di Zona e il Piano Attuativo Locale (PAL), volti ad assicurare una presa in carico integrata, continua e personalizzata della persona.

Questo sistema, che promuove la presa in carico unitaria della persona non autosufficiente con disabilità, è basato su una logica di rete a forte integrazione socio-sanitaria, caposaldo trasversale, anche del Piano Socio Sanitario regionale 2019-2023. Attraverso percorsi integrati attenti e aderenti ai bisogni in evoluzione della persona, vengono raggiunti gli obiettivi di benessere e salute.

Attraverso questo approccio articolato si promuove l’integrazione di modelli organizzativi unitari che coinvolgono la molteplicità dei servizi, delle prestazioni e degli interventi, attivi o attivabili, a sostegno delle persone non autosufficienti con disabilità.



ff70159e



In tale contesto, il **progetto di vita**, il **budget di progetto** e la **valutazione multidimensionale** rappresentano strumenti centrali per il coordinamento e la ricomposizione dei sostegni e delle risorse destinate alla persona, garantendo una presa in carico personalizzata e coerente.

Il coordinamento tra i diversi soggetti pubblici e privati che operano all'interno della rete assistenziale consente di valorizzare e armonizzare l'insieme delle risposte e delle risorse disponibili, rendendo più efficace il sistema di supporto alla persona. Fin dalle prime fasi di analisi e valutazione del bisogno, è previsto un forte coinvolgimento della famiglia e della comunità di riferimento, al fine di favorire la massima collaborazione tra tutti gli attori coinvolti e di promuovere, attraverso un'azione condivisa, processi di inclusione e partecipazione. La valutazione multidimensionale, formalizzata nell'ambito dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD), costituisce un passaggio essenziale di un percorso complesso e partecipato, che vede la collaborazione anche del Terzo Settore.

L'UVMD, integrando risorse professionali e strumentali di natura sia sanitaria sia sociale, riveste un ruolo strategico nella definizione dei percorsi assistenziali integrati, orientati a garantire continuità di cura, sostegno e accompagnamento alla persona nel proprio progetto di vita. Di seguito si riporta la disciplina regionale richiamando i principali provvedimenti normativi.

- Legge Regionale 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 sociosanitaria";
- Legge Regionale 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";
- Legge Regionale n. 48/2018 "Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023";
- Legge Regionale n. 9/2024 "Assetto organizzativo e pianificatorio degli interventi e dei servizi sociali";
- DGR n. 1312 del 25 ottobre 2022 "Approvazione Linee Guida regionali per la predisposizione dei Piani di Zona dei servizi sociali e sociosanitari per il triennio 2023-2025";
- DGR n. 670/2025 "Linee di indirizzo in merito al percorso di attuazione della "Riforma della disabilità" e indicazioni ai soggetti coinvolti nella fase di sperimentazione della provincia di Vicenza. D.Lgs. 3 maggio 2024, n. 62 "Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato";
- DGR n. 105/2026 "Estensione della sperimentazione ad altre province del territorio regionale della valutazione di base in attuazione della "Riforma della disabilità". D.Lgs. n. 62/2024. Decreto-Legge n. 19/2026. DGR n. 670/2025".

1.2.1 Ambiti territoriali: l'articolo 1 comma 160 della legge 30 dicembre 2021 n. 234 prevede che "al fine di garantire la programmazione, il coordinamento e la realizzazione dell'offerta integrata dei LEPS sul territorio... omissis -i LEPS (da considerarsi come obiettivi di servizio) sono realizzati dagli ambiti territoriali sociali (ATS) di cui all'articolo 8 comma 3, lett. a), della legge 8 novembre 2000 n. 328, che costituiscono la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, in servizi ed attività utili al raggiungimento dei LEPS medesimi, fermo restando quanto previsto dall'articolo 23, del D.Lgs. 15 settembre 2017 n. 147".

➤ Descrivere le modalità di attuazione dell'impegno della Regione.

Il nuovo modello che va delineandosi in Veneto dopo l'approvazione della Legge Regionale n. 9/2024, in coerenza anche con quanto previsto dalla precedente Legge Regionale n. 19/2016, identifica un sistema organizzativo fondato sull'integrazione socio-sanitaria. L'assetto organizzativo, nelle more della piena attuazione della riforma regionale introdotta con la Legge Regionale n. 9/2024, la quale prevede, entro il 2027, la definizione della forma associativa degli ATS e il conseguimento della loro personalità giuridica, identifica la programmazione e l'erogazione integrata degli interventi nelle delimitazioni territoriali omogenee tra Ambiti Territoriali Sociali, Distretti sanitari e Centri per l'Impiego. Tale modello, che prevede la collaborazione tra Aziende ULSS e ATS attraverso atti di intesa per l'attuazione integrata dei LEPS, dei LEA e degli obiettivi di



ff70159e



servizio, si radica in un importante passato organizzativo per il quale la Regione del Veneto si è distinta negli anni, consolidando una governance efficace e riconosciuta dei servizi territoriali alla persona. In questa prospettiva, la Regione conferma la propria capacità di evolvere verso assetti sempre più integrati, orientati all'efficacia, all'equità e alla sostenibilità del sistema di welfare territoriale e promuovendo una visione unitaria delle politiche sanitarie e sociali a beneficio delle persone non autosufficienti con disabilità e delle loro famiglie. Il presente piano, in continuità con la precedente triennalità, in questa fase di completamento del processo di riforma regionale degli ATS, promuove la graduale attribuzione e il potenziamento delle funzioni assegnate agli Ambiti Territoriali Sociali, con particolare riferimento agli interventi Impegnativa di Cura Domiciliare relativi alle tipologie ICD b, ICD b Plus, ICD M, e ICD Mgs ICDf, nell'ambito di un sistema volto al rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria e al miglioramento dell'efficacia complessiva delle politiche di welfare territoriale.

Con il Distretto, in maniera sinergica e coordinata, e sempre con maggior incisività, opera quindi l'Ambito Territoriale Sociale che valorizza nella rete dei servizi per le persone non autosufficienti con disabilità l'aspetto sociale della presa in carico garantendo così la globalità della visione. L'evoluzione di tale modello organizzativo, nel rispetto delle modalità organizzative regionali, prevede la possibilità di utilizzo degli strumenti a disposizione per la gestione anche associata delle funzioni e della delega delle funzioni alle aziende ULSS riconoscendo la titolarità della stessa agli Ambiti Territoriali.

Per le annualità 2025 e 2026, al fine di garantire la continuità organizzativa, programmatoria e amministrativa delle funzioni socio-assistenziali, la programmazione è effettuata tra i 21 ATS in continuità con la precedente programmazione 2022-2024. A decorrere dall'annualità 2027, in coerenza con il completamento del percorso di riforma degli ATS di cui alla Legge Regionale n. 9/2024 e con il nuovo assetto territoriale, la medesima programmazione sarà definita tra i 24 Ambiti Territoriali Sociali.

1.2.2 Punti Unici di Accesso: l'articolo 1 comma 163 della legge 30 dicembre 2021 n. 234 dispone che "il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate "Case della comunità".

- Descrivere le modalità di attuazione dell'impegno della Regione e, in particolare, la costituzione o il rafforzamento dei PUA (numero di assunzioni già effettuate e quelle che si intendono effettuare).

Le porte di accesso al sistema integrato di servizi sociali e sanitari, nelle more dell'approvazione della realizzazione delle Case della Comunità e del pieno recepimento del DM n. 77/2022, si delineano nelle indicazioni contenute dalla Legge Regionale n. 48/2018 che prevede che *"Il Distretto socio sanitario è l'articolazione dell'Azienda ULSS deputata al perseguimento dell'integrazione tra i diversi servizi e le diverse strutture sanitarie e socio-sanitarie presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione"*. Inoltre, il Piano definisce che *"sono obiettivi strategici affidati al Distretto Socio-Sanitario: (...) garantire l'assistenza h 24, 7gg/7, prevedendo uno specifico modello di integrazione operativa tra tutti i soggetti preposti alla presa in carico"*. Parallelamente al Distretto, in osservanza della Legge Regionale n. 9/2024 si muovono i Comuni, titolari della funzione socio-assistenziale ai sensi della normativa vigente, e che gestiscono nella forma associata dell'ATS le funzioni strategiche legate alla gestione del servizio sociale professionale, del segretariato sociale e del coordinamento degli sportelli dedicati, nonché l'attivazione dei punti unici di accesso nel rispetto della normativa vigente.

Nel periodo di transizione rappresentato dalla piena attuazione del DM 77/2022 e della riforma degli ATS (Legge Regionale 9/2024), nell'ambito della presente programmazione, la Regione del Veneto ha inteso interpretare le funzioni dei Punti Unici di Accesso (PUA) secondo la normativa previgente in attuazione della DGR n. 39/2006 (allegato A, punto 7/a) e della successiva DGR n. 3109/2006 che delineano e definiscono lo Sportello Integrato nell'ambito del sistema della domiciliarità.

I PUA, nei termini sopra rappresentati, sono contestualizzati e identificati nell'ambito delle funzioni delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), dedicate alla valutazione dei bisogni complessi della persona non



autosufficiente con disabilità secondo l'approccio bio-psico-sociale, e garantiscono, sotto il profilo organizzativo, l'integrazione tra professionisti e risorse sanitarie e sociali del Servizio sanitario regionale e degli ATS, assicurando risposte appropriate e coerenti con i bisogni delle persone.

In tale contesto è garantito il raggiungimento del LEPS di processo individuato dall'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234. Nell'ambito di tale cornice operativa trovano applicazione gli accordi istituzionali vigenti che disciplinano la collaborazione tra Ambiti Territoriali Sociali, Comuni e Aziende ULSS. A decorrere dall'annualità 2027, in conseguenza del completamento del percorso di riforma degli Ambiti Territoriali Sociali e della definizione del nuovo assetto territoriale, tali accordi potranno essere rivisti, aggiornati e integrati, al fine di assicurarne la coerenza con la nuova articolazione organizzativa e con le disposizioni normative sopravvenute.

Con riferimento alle risorse destinate al rafforzamento dei PUA, per le annualità 2025 e 2026, al fine di garantire la continuità organizzativa, programmatoria e amministrativa delle funzioni socio-assistenziali, la ripartizione è effettuata tra i 21 ATS operativi in continuità con la programmazione 2022-2024. A decorrere dall'annualità 2027, in coerenza con il completamento del percorso di riforma degli ATS di cui alla Legge Regionale n. 9/2024 e con il nuovo assetto territoriale, le medesime risorse saranno ripartite tra i 24 Ambiti Territoriali Sociali. Gli ATS in base alle esigenze e in raccordo con la Regione, sosterranno la spesa per l'assunzione di personale con professionalità sociale da assumere con contratto a tempo indeterminato, in ottemperanza alle indicazioni del DPCM del 20/04/2026, tenuto anche conto dei contenuti della deliberazione della Corte dei conti n. 10/SEZAUT/2026/QMIG che chiariscono che le risorse del Fondo per le non autosufficienze destinate all'assunzione di personale con professionalità sociale presso gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) per l'implementazione dei Punti Unici di Accesso (PUA) devono essere considerate risorse provenienti da altri soggetti, espressamente finalizzate a nuove assunzioni, ai sensi dell'art. 57, comma 3-septies, 7 del d.l. n. 104/2020. Conseguentemente, le relative spese di personale possono essere escluse dal calcolo dei valori soglia previsti dall'art. 33 del d.l. n. 34 del 2019 nei limiti e per la durata del finanziamento effettivamente garantito, a condizione che l'ente dimostri la tracciabilità delle risorse vincolate e la loro integrale destinazione alla specifica assunzione.

Le funzioni orientative, informative sono state altresì implementate, per effetto dei provvedimenti regionali, volti ad attualizzare e implementare le predette funzioni per meglio rispondere anche alle nuove esigenze delle famiglie. La legge regionale n. 20/2020 ha istituito lo **Sportello Famiglia con lo scopo di fornire risposte qualificate a sostegno dei nuclei familiari impegnati nell'assistenza in ambito domiciliare**, mentre la DGR n. 910/2019 ha istituito lo **Sportello per l'assistenza familiare** finalizzato a garantire servizi qualificati di informazione, orientamento e per facilitare l'incontro tra domanda e offerta in merito alle assistenti familiari.

Per potenziare e consolidare i LEPS di processo legati all'art. 1 comma 166 della Legge n. 234/2021, le risorse attribuite al rafforzamento delle professionalità sociali nei PUA sono state destinate agli Ambiti Territoriali Sociali, che in base alle esigenze e in coerenza con il coordinamento svolto dalla Regione, sosterranno la spesa per l'assunzione di personale con professionalità sociale da assumere con contratto a tempo indeterminato, in ottemperanza alle indicazioni del DPCM del 20/04/2026.

Occorre sottolineare che nell'ambito della Riforma della disabilità (D.Lgs. n. 62/2024) e della relativa sperimentazione avviata nella provincia di Vicenza dal 30 settembre 2025 e nelle provincie di Venezia, Verona e Treviso dal 1° marzo 2026, disciplinata dapprima dalla DGR n. 670/2025 ed estesa successivamente con la DGR n. 105/2026, i provvedimenti regionali stabiliscono che, nella fase transitoria di applicazione della Legge Regionale 9/2024, l'Ente capofila dell'ambito territoriale è individuato come titolare del procedimento amministrativo per l'elaborazione del Progetto di vita. Questo modello organizzativo verrà successivamente esteso a tutto il territorio regionale a partire dal 1° gennaio 2027, data prevista in cui la Riforma entrerà a pieno regime su tutto il territorio nazionale.

1.2.3 Unità di valutazione multidimensionale: l'art. 24 del Decreto Legislativo 3 maggio 2024 n. 62 dispone che "L'Unità di valutazione multidimensionale elabora il progetto di vita a seguito della valutazione di cui all'articolo 25 del D.Lgs. 3 maggio 2024 n. 62, secondo la volontà della persona con disabilità e nel rispetto dei suoi diritti civili e sociali".

L'art. 25 del suddetto Decreto Legislativo dispone che "Il procedimento di valutazione multidimensionale è svolto sulla base di un metodo multidisciplinare ed è fondato



ff70159e



sull'approccio bio-psico-sociale, tenendo conto delle indicazioni dell'ICF e dell'ICD. Il procedimento si articola in quattro fasi:

- a) nel rispetto dell'esito della valutazione di base, rileva gli obiettivi della persona secondo i suoi desideri e le sue aspettative e definisce il profilo di funzionamento, anche in termini di capacità e performance dell'ICF, nei differenti ambiti di vita liberamente scelti;
- b) individua le barriere e i facilitatori negli ambiti di cui alla lettera a) e le competenze adattive;
- c) formula le valutazioni inerenti al profilo di salute fisica, mentale, intellettuale e sensoriale, ai bisogni della persona e ai domini della qualità di vita, in relazione alle priorità della persona con disabilità;
- d) definisce gli obiettivi da realizzare con il progetto di vita, partendo dal censimento di eventuali piani specifici di sostegno già attivati e dai loro obiettivi”.

L'articolo 1 comma 163 della Legge 30 dicembre 2021 n.234 prevede:omissis “presso i PUA operano équipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. Tali équipe integrate, nel rispetto di quanto previsto dal citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone, assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie”.

- Descrivere la programmazione che si intende realizzare.

La presa in carico della persona non autosufficiente o con disabilità si fonda su un processo metodologico centrale: la valutazione multidimensionale. Essa supera la sola analisi della condizione clinica, ampliando lo sguardo ai diversi ambiti dell'esistenza della persona, tra cui le dimensioni relazionali, la partecipazione sociale, l'inclusione, il contesto lavorativo e le capacità funzionali.

Attraverso questo processo dinamico e globale vengono integrati aspetti sanitari, sociali ed economici, consentendo di individuare in modo accurato la natura e l'intensità dei bisogni, fisici, psichici, funzionali e relazionali/ambientali. L'obiettivo è costruire un piano personalizzato di cura, assistenza e inclusione, coerente non solo con le necessità ma anche con le aspirazioni della persona.

La Regione del Veneto ha orientato la propria programmazione attraverso questo approccio multiprofessionale, istituendo in ogni Distretto sanitario delle Aziende ULSS l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVM), prevista dalla DGR n. 4588/2007. Tale organismo ha il compito di analizzare i bisogni secondo il modello bio-psico-sociale, cogliendo la complessità della vita dell'individuo e individuando tempestivamente le risposte più appropriate.

L'UVM rappresenta il luogo privilegiato in cui vengono rilevati e valutati i bisogni della persona e del suo nucleo familiare, definendo gli interventi più adeguati nell'ottica anche del progetto di vita. In tale ambito viene garantito il principio di equità nell'accesso ai servizi e alle prestazioni territoriali, attraverso la costruzione di un progetto personalizzato capace di organizzare e coordinare in modo integrato diverse tipologie di intervento, sia diretti sia indiretti (come contributi economici per la domiciliarità, la semiresidenzialità e la residenzialità). Un elemento strategico di questo sistema è il coordinamento tra Ambito Territoriale Sociale (ATS) e Distretto socio-sanitario, che consente di mettere in rete competenze differenti e rispondere in modo efficace alla complessità dei bisogni. L'UVM si configura infatti come un'équipe multidisciplinare composta da professionisti dell'area sanitaria e sociale, in grado di garantire l'integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e socio-assistenziali. La valutazione multidimensionale si avvale di strumenti standardizzati a livello regionale, quali la SVaMA e la SVaMDi, che assicurano uniformità di analisi secondo i sistemi di classificazione internazionali ICF, ICD-X e ICPC (International Classification of Primary Care). Tali strumenti sono stati progressivamente aggiornati e integrati da specifici provvedimenti regionali, anche in relazione alla valutazione



ff70159e



delle condizioni di disabilità grave e gravissima (DGR n. 2961/2012, n. 96/2025, n. 22/2026, n. 2960/2012 e n. 1804/2014). 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, DGR n. 1047/2015, DGR n. 1174/2021 e DGR n. 1558/2023.

All'interno di questo quadro si inserisce il raggiungimento dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), come previsto dalla normativa vigente, attraverso un sistema di collaborazione interistituzionale tra Ambiti Territoriali Sociali, Comuni e Aziende ULSS, in continua evoluzione e progressivo rafforzamento.

Con il Distretto, in maniera sinergica e coordinata opera l'ATS, che valorizza nella rete dei servizi per le persone non autosufficienti con disabilità l'aspetto sociale della presa in carico, garantendo così la globalità della visione. L'evoluzione di tale modello organizzativo, nel rispetto delle modalità organizzative regionali, prevede la possibilità di utilizzo degli strumenti a disposizione per la gestione anche associata delle funzioni e della delega delle funzioni alle Aziende ULSS riconoscendo la titolarità della stessa agli ATS.

Questo assetto organizzativo consente di valorizzare al massimo l'integrazione tra i diversi servizi, favorendo una presa in carico unitaria e intersettoriale dei bisogni, anche grazie al coinvolgimento del Terzo Settore e degli altri attori sociali presenti sul territorio.

L'ATS, il cui territorio di riferimento coincide con quello del Distretto, rappresenta il contesto di prossimità privilegiato in cui realizzare concretamente l'integrazione, poiché, nelle sue diverse articolazioni, è chiamato a garantire risposte coordinate attraverso l'impiego integrato di risorse, strumenti e competenze professionali.

In tale quadro, si è consolidato un modello di integrazione operativa tra ATS ed Aziende ULSS, anch'esso disciplinato da specifici atti di convenzione, finalizzato a garantire un approccio unitario e coordinato alla programmazione e alla gestione dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari territoriali.

Nel merito dell'elaborazione del progetto di Vita come disciplinato dalla DGR n. 670/2025, a livello organizzativo, il Distretto socio-sanitario è individuato come sede fisica accessibile e punto di riferimento operativo per l'elaborazione del Progetto di Vita. In tale contesto è assicurata la presenza dell'Unità di Valutazione Multidimensionale "Potenziata". Per l'avvio del processo valutativo, l'ATS (responsabile del procedimento), una volta comunicato formalmente l'avvio dell'iter all'interessato, provvede a richiedere la convocazione dell'UVM "potenziata", in raccordo con il Direttore del Distretto socio-sanitario. La composizione dell'unità viene definita in modo flessibile, tenendo conto dei percorsi già attivi o attivabili a favore della persona.

1.2.4 PAI/Progetto personalizzato: l'articolo 1, comma 163 della Legge 30 dicembre 2021 n.234 prevede che "omissis..... sulla base della valutazione dell'UVM con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'équipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS".

Progetto di vita: l'art. 18 del D.Lgs. 3 maggio 2024 n. 62 prevede che "il progetto di vita è diretto a realizzare gli obiettivi della persona con disabilità per migliorare le condizioni personali e di salute nei diversi ambiti di vita, facilitandone l'inclusione sociale e la partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri" e "individua, gli strumenti, le risorse, gli interventi, i benefici, le prestazioni, i servizi e gli accomodamenti ragionevoli, volti anche ad eliminare e a prevenire le barriere e ad attivare i supporti necessari per l'inclusione e la partecipazione della persona stessa nei diversi ambiti di vita".

L'art. 26 del medesimo decreto ne definisce la forma e il contenuto.



All'interno dell'UVMD viene elaborato e approvato il progetto assistenziale personalizzato, noto come PAI (Piano Assistenziale Individualizzato), costruito a partire da valutazioni multidisciplinari di tipo tecnico-specialistico. Questo strumento è dinamico e si modifica nel tempo per adattarsi in modo appropriato all'evoluzione dei bisogni della persona non autosufficiente con disabilità. Il PAI integra diverse dimensioni di analisi, clinica, assistenziale, sociale, psicologica, comunicativa e relazionale, al fine di definire interventi di cura, riabilitazione e alla persona, con particolare attenzione anche all'inclusione sociale. Inoltre, individua eventuali sostegni economici necessari a contrastare situazioni di complessità e vulnerabilità, considerate fattori di rischio rilevanti. Nel progetto vengono valorizzate anche le potenzialità individuali e previsti i supporti adeguati, superando logiche frammentate e standardizzate. La costruzione del PAI avviene attraverso un processo partecipativo che coinvolge attivamente la persona interessata e i suoi familiari, così da garantire risposte realmente aderenti alle esigenze specifiche. Tutti gli interventi, i servizi e i sostegni, inclusi eventuali contributi economici, vengono coordinati in modo unitario sulla base della valutazione multidimensionale. Il progetto definisce anche i risultati attesi, monitorati tramite indicatori utili a valutarne efficacia e adeguatezza. A tal fine, è previsto un sistema di monitoraggio continuo e di rivalutazione periodica, capace di intercettare tempestivamente i cambiamenti nei bisogni e di riorientare gli obiettivi assistenziali. Per garantire il coordinamento e la verifica del percorso, l'UVMD individua un **case manager**, figura di riferimento del team multidisciplinare, responsabile della gestione complessiva del progetto e del supporto alla persona lungo tutto il percorso. In questo contesto è garantito il rispetto dei LEPS di processo, come previsto dall'art. 1, comma 163, della legge n. 234/2021. Parallelamente, nelle more della loro costituzione giuridica, prosegue il percorso di collaborazione tra Ambiti Territoriali e Aziende ULSS che, nel rispetto della normativa vigente, evolve progressivamente verso una maggiore attribuzione di funzioni agli Ambiti Territoriali Sociali.

Nell'ambito della definizione del progetto di vita, l'**Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) "potenziata"**, disciplinata dalla DGR n. 670 del 17 giugno 2025 della Regione del Veneto, rappresenta il fulcro operativo per l'attuazione della riforma in materia di disabilità. Attualmente attiva nei territori delle province coinvolte nella fase sperimentale (Vicenza, Verona, Venezia e Treviso), l'UVM "potenziata" sarà progressivamente estesa all'intero territorio regionale a seguito dell'entrata in vigore completa della riforma, prevista per il 1° gennaio 2027. Il procedimento quindi non si configura come una semplice valutazione tecnica, ma come un **percorso partecipato** in cui la persona con disabilità assume un ruolo centrale e attivo, collaborando con l'équipe nella definizione dei propri obiettivi, desideri e aspettative di vita. In coerenza con il modello bio-psico-sociale, l'UVM "potenziata" analizza il profilo di funzionamento individuale, individuando barriere e facilitatori, e conclude il percorso con la redazione del Progetto di Vita e del relativo budget di progetto. Il Progetto di Vita, come delineato dal D.Lgs. n. 62/2024 e recepito dalla DGR n. 670/2025, si configura come uno strumento unitario volto a superare la frammentazione degli interventi, ponendo al centro l'autodeterminazione e le aspirazioni della persona. Esso organizza i sostegni in quattro ambiti fondamentali, salute, abitare, formazione/lavoro e relazioni sociali, integrando in modo coerente gli strumenti già esistenti (quali PAI o PEI). Elemento qualificante del progetto è il principio dell'accomodamento ragionevole, che consente di adattare in modo flessibile gli interventi ai bisogni specifici della persona. Tale approccio è sostenuto da un budget di progetto dinamico, capace di integrare risorse pubbliche, private e comunitarie. Il Progetto di Vita si caratterizza inoltre per la sua natura evolutiva: è oggetto di monitoraggio continuo e aggiornamento periodico da parte di un referente dedicato (Referente per l'attuazione del Progetto di Vita), garantendo così l'aderenza ai bisogni nel tempo. In questa prospettiva, è prevista anche la possibilità di forme di autogestione delle risorse da parte della persona interessata, al fine di promuovere il massimo livello possibile di autonomia.

2 Le modalità di individuazione dei beneficiari

Il decreto legislativo 3 maggio 2024 n. 62 individua specificamente tra i beneficiari dei servizi socio-assistenziali, integrati da interventi di natura socio-sanitaria, le persone con disabilità e non autosufficienti.



ff70159e



L'art. 2, comma 1, lett. a) del predetto decreto legislativo definisce persona in "condizione di disabilità" quella che presenta "una duratura compromissione fisica, mentale, intellettiva, del neurosviluppo o sensoriale che, in interazione con barriere di diversa natura, può ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri".

Le parole "con connotazione di gravità" e "in situazione di gravità", ove ricorrono, sono sostituite dalle seguenti: "con necessità di sostegno elevato o molto elevato"; le parole: "disabile grave", ove ricorrono, sono sostituite dalle seguenti: "persona con necessità di sostegno intensivo" (art. 4, comma 1, lettere c) e d) del D.Lgs. n.62 del 2024).

Per "sostegni" si intendono "i servizi, gli interventi, le prestazioni e i benefici individuati a conclusione dell'accertamento della condizione di disabilità e nel progetto di vita per migliorare le capacità della persona e la sua inclusione, nonché per contrastare la restrizione nella sua partecipazione sociale, graduati in «sostegno» e «sostegno intensivo», in ragione della frequenza, della durata e della continuità del sostegno" (art.2 comma 1, lett. h) D.Lgs. n.62 del 2024);

Ciò premesso, ai fini della programmazione, è necessario:

- individuare i criteri e le modalità per l'individuazione della tipologia di beneficiari in condizione di disabilità e non autosufficienza nonché l'eventuale ruolo della valutazione delle condizioni economiche;
- Indicare, pertanto, i criteri e le modalità per l'individuazione di tale tipologia di beneficiari.

La presente programmazione si pone in linea di continuità con quanto previsto nell'ambito del PNNA 2022-2024 e di conseguenza con il PRNA 2022-2024, garantendo la prosecuzione degli interventi assistenziali e l'erogazione dei servizi in favore delle persone non autosufficienti. La pianificazione, in generale, si rivolge esclusivamente alle persone con disabilità non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti, che abbiano un'età fino a 70 anni. Ciò premesso, nelle more dell'attuazione di quanto previsto dal D.Lgs. n. 62/2024, in relazione ai procedimenti valutativi per l'accertamento della condizione di non autosufficienza, ai fini del presente Piano, sono considerate persone con disabilità in condizione di non autosufficienza coloro che siano titolari di una certificazione della disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge n. 104/1992 e dell'indennità di accompagnamento, o che siano comunque considerati non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013 (DPCM 05/12/2013, n. 159 Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE). Pubblicato nella Gazz. Uff. 24 gennaio 2014, n. 19). Considerato che il presente Piano costituisce una misura transitoria, adottata nelle more della conclusione delle sperimentazioni previste dai decreti legislativi n. 29/2024 e n. 62/2024, nonché dell'adozione dei relativi decreti attuativi recanti la definizione dei criteri e delle modalità di accertamento e di valutazione di base, continuano a trovare applicazione, ai fini dell'individuazione della condizione di disabilità e di non autosufficienza nelle persone di età compresa tra 0 e 70 anni, i requisiti di cui al decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 26 settembre 2016 (Riparto del Fondo per le Non autosufficienze 2016), come declinati in sede regionale in conformità a quanto previsto dal DPCM del 3 ottobre 2022.

In tale scenario, la Regione del Veneto, attraverso una serie di provvedimenti tra cui la DGR n. 1338/2013 e successive integrazioni (DGR n. 1986/2013, DGR n. 164/2014, DGR n. 1047/2015, DGR n. 571/2017, DGR n. 946/2017, DGR n. 670/2020, DGR n. 1174/2021), nonché mediante le disposizioni attuative emanate dal Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale (in particolare i decreti n. 149/2013 e n. 173/2013), e le più recenti DGR n. 256/2023 e DGR n. 1558/2023, ha introdotto e progressivamente sviluppato il sistema di supporto alla domiciliarità riferito all'Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD).

Tali provvedimenti hanno delineato un processo di riorganizzazione dell'offerta di servizi a domicilio rivolti a persone con disabilità in condizioni di non autosufficienza. In questo ambito è prevista la possibilità di erogare le prestazioni sia in forma diretta sia indiretta purché queste ultime siano erogate attraverso titoli di acquisto da utilizzare, in prospettiva, mediante gli strumenti dell'accreditamento



istituzionale e comunque, nel caso di erogazione monetaria, quale scelta di servizio frutto della valutazione multidimensionale e inserita nel PAI/PdV. L'eventuale contributo economico viene riconosciuto come modalità alternativa di intervento, individuata a seguito della valutazione multidimensionale e formalizzata all'interno del PAI o del Progetto di Vita (si veda anche quanto indicato ai punti 1.2.3 – Valutazione Multidimensionale e 1.2.4 – Progetto personalizzato/Progetto di Vita).

Per quanto concerne l'iter di accesso all'ICD, il cittadino interessato può presentare domanda in qualsiasi momento rivolgendosi agli sportelli integrati o agli altri punti di accesso della rete dei servizi, individuati da enti locali e aziende ULSS (come descritto al punto 1.2.2), i quali risultano abilitati e collegati alla piattaforma informatica dedicata alla gestione della procedura.

Possono presentare la richiesta:

- a) la persona interessata o un suo rappresentante legale (tutore, curatore, amministratore di sostegno);
- b) un familiare, anche non convivente;
- c) un soggetto, preferibilmente convivente, che il servizio sociale riconosca come effettivamente impegnato nell'assistenza della persona non autosufficiente.

Alla domanda devono essere allegati:

- a) l'attestazione ISEE;
- b) la scheda di valutazione multidimensionale (SVaMA, SVaMA semplificata o SVaMDi).

Il riconoscimento dell'ICD è subordinato alla verifica, da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMd)/"Potenziata", dei seguenti requisiti:

- a) presenza di una condizione di non autosufficienza, sia sul piano sanitario sia su quello sociale, tale da richiedere il supporto di terzi nello svolgimento di una o più attività quotidiane;
- b) adeguatezza del sostegno fornito dal nucleo familiare o dalla rete sociale, sia in forma diretta sia indiretta, rispetto ai bisogni della persona;
- c) situazione economica determinata sulla base dell'ISEE per prestazioni socio-sanitarie agevolate.

Le risorse di cui alla presente programmazione vengono utilizzate sino alla soddisfazione della platea dei beneficiari in condizione di **disabilità gravissima riferiti ai requisiti di cui al decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 26 settembre 2016**, come declinati in sede regionale (Piano regionale non autosufficienza 2022-2024) in conformità a quanto previsto dal DPCM del 3 ottobre 2022 e dal successivo DPCM 20 aprile 2026.

Altri requisiti, oltre a quelli generali, sono declinati per ogni specifica tipologia di ICD.

In particolare:

ICDmgs: rivolta a persone affette da decadimento cognitivo accompagnato a gravi disturbi comportamentali o a persone con disturbi neurosensoriali che necessitano 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 contemplino per



ff70159e



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 intervento 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 .

ICDa: rivolta a 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 o 11 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.

ICDsla: 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.

ICDf: 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)
- 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.



ICDp: 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 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:

- 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;

oppure SVaMDi con punteggio di gravità ≥ 6 e associato alla presenza di uno dei seguenti codici di diagnosi ICD-X:

- F72 – Ritardo mentale grave;
- F73 – Ritardo mentale profondo.

ICD bplus: rivolta a persone non autosufficienti con elevato bisogno assistenziale i cui bisogni sono rilevati nell'ambito della rete dei servizi sociali e, per la parte sanitaria, dal Medico di Medicina Generale e comprende tutte le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale quali l'assistenza nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL) e l'assistenza nelle attività della vita quotidiana (ADL). La persona non autosufficiente viene valutata e il suo bisogno assistenziale viene rilevato attraverso la SVaMA semplificata. La presenza della condizione di disabilità gravissima, ai sensi dell'art. 3, commi 2 e 3 del DM 26 settembre 2016, è definita:

- Persone con elevato bisogno assistenziale in cui nella scheda SVaMA semplificata vi sia la compresenza delle seguenti caratteristiche:
 - Situazione cognitiva: confuso o molto confuso, stuporoso (PCOG in (2,3))
 - Problemi comportamentali: nessun vincolo (PCOMP in (1,2,3))
 - Situazione funzionale: Dipendente o Totalmente dipendente (PADL in (2,3))
 - Barthel Mobilità: Si sposta assistito o Non si sposta (PMOB in (2,3))
 - Supporto rete sociale: Ben assistito (PSOCINV in (3))
 - Necessità assistenza sanitaria: Elevata (PSAN in (3))

Anche per l'identificazione delle persone con disabilità non autosufficienti con necessità di sostegno intensivo, elevato o molto elevato ai fini del Fondo non autosufficienza per i criteri di accesso alle misure, si fa riferimento alla 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, DGR n. 670/2020, DGR n. 1174/2021, DGR n. 256/2023 e DGR n. 1558/2023 nonché alle relative disposizioni attuative del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale in particolare i decreti n. 149/2013 e n. 173/2013. La Regione attraverso questi provvedimenti ha riordinato e riprogrammato il sistema in materia di domiciliarità prevedendo la possibilità di erogare servizi in forma diretta e indiretta, con il vincolo per gli ultimi di erogazione attraverso titoli di acquisto da utilizzare mediante gli strumenti anche dell'accreditamento istituzionale e comunque nel caso di erogazione monetaria quale scelta di servizio frutto della valutazione multidimensionale e per questo inseriti nel PAI/Progetto di Vita.

Altri requisiti, oltre a quelli generali sono declinati per ogni specifica tipologia di ICD, in particolare:

ICDb: rivolta a persone con basso bisogno assistenziale. Il bisogno assistenziale viene valutato attraverso la SVaMA semplificata la quale deve riportare un punteggio ≥ 11 ;



ff70159e



ICDm: rivolta a persone affette da decadimento cognitivo accompagnato da gravi disturbi comportamentali con particolare bisogno di supporto ed assistenza. Il bisogno assistenziale viene valutato attraverso l’NPI (Neuropsychiatric Inventory, strumento di valutazione dei disturbi psicocomportamentali e del carico di stress del caregiver) e la scheda SVaMA con quadro sinottico modificato ≥ 54 ;

ICDf: rivolta a 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. 104/1992), e indennità di accompagnamento, valutati attraverso la SVaMDi;

ICDp: rivolta a persone con disabilità psichica e intellettuale di età compresa tra 3 e 64 anni a cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap grave (art. 3, comma 3, L. n. 104/1992), (DDR n. 173 del 31/12/2013) valutati attraverso SVaMDi.

3 La descrizione degli interventi e dei servizi programmati

3.1 Al fine di realizzare interventi in linea di continuità con quanto previsto nel precedente Piano 2022-2024, gli obiettivi di servizio sono realizzati innanzitutto nell’ambito delle seguenti aree (articolo 1, comma 162, lettere a), b) e c) della Legge 30 dicembre 2021, n. 234):

- Assistenza domiciliare sociale;
- Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari;
- Servizi sociali di sollievo;
- Servizi sociali di supporto;
- Contributi per il sostegno alla domiciliarità e della maggior autonomia possibile per le persone con disabilità non autosufficienti e per il supporto ai familiari che partecipano all’assistenza.

In ogni caso, il “Progetto di vita” richiesto dalla persona con disabilità, all’esito della valutazione multidimensionale di cui all’art. 25 del D. Lgs. n. 62 del 2024, individua “i servizi, le misure relative ai processi di cura e di assistenza, gli accomodamenti ragionevoli volti a perseguire la migliore qualità di vita e a favorire la partecipazione della persona con disabilità nei diversi ambiti della vita, nonché i sostegni e gli interventi idonei e pertinenti a garantire la piena inclusione e il godimento, sulla base di uguaglianza con gli altri, dei diritti civili e sociali e delle libertà fondamentali, incluse le prestazioni di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017” (art. 26 comma 3, lett. c) D.Lgs. n. 62 del 2024.).

➤ Descrivere gli interventi previsti degli obiettivi di servizio di erogazione.

Nell’ambito degli interventi previsti dall’articolo 1, comma 162, lettera a), b) e c) della legge n. 234/2021, si collocano i servizi per la domiciliarità, ormai strutturati e consolidati sull’intero territorio regionale. Tali servizi trovano nel Piano di Zona lo strumento di programmazione attraverso il quale sono definiti gli obiettivi dell’integrazione sociosanitaria. In tale contesto si è progressivamente consolidato un modello organizzativo integrato di prestazioni e servizi, alla cui realizzazione concorrono, secondo i rispettivi ruoli e competenze, gli ATS/Comuni, le Aziende ULSS e la Regione.

- gli ATS/Comuni programmano ed erogano il Servizio di Assistenza Domiciliare sociale (SAD), e collaborano sinergicamente e in maniera integrata all’assistenza sociale integrata con i servizi sanitari (ADI). Gli stessi provvedono all’attivazione del Telesoccorso e Telecontrollo gestito in forma accentrata a livello regionale. I servizi di assistenza domiciliare sono servizi caratterizzati dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sanitaria finalizzati alla prevenzione, al mantenimento e al recupero delle potenzialità residue che permettono alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione. Essi sono definiti a seguito della valutazione multidimensionale e modulati nel tempo in funzione degli obiettivi individuati nel Progetto di vita e nel Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), assicurando un continuum di risposte coerente con l’evoluzione delle condizioni della persona e del relativo contesto familiare e relazionale.



ff70159e



- le aziende ULSS, programmano ed erogano le attività di ADI che va considerata nella sua unitarietà (comprensiva dell'apporto sanitario e dell'apporto sociale), quale modalità assistenziale in cui diverse figure professionali sanitarie e sociali concorrono presso il domicilio della persona alla realizzazione del PAI e del Progetto di Vita, che vengono approvati dalla UVMD competente per territorio, a seguito di valutazione SVaMA/SVaMDi.

A completamento di quanto sopra descritto, la programmazione regionale prevede inoltre interventi complementari di sollievo/supporto, quali ricoveri temporanei presso strutture sociosanitarie residenziali, finalizzati a garantire la continuità assistenziale della persona e a ridurre il carico di cura dei caregiver, o l'assistenza gestionale e amministrativa per l'espletamento degli adempimenti legati all'assistenza domiciliare.

Allo stato attuale, le risorse necessarie a garantire gli interventi previsti dal presente Piano e a soddisfare la platea dei beneficiari sono assicurate mediante risorse regionali.

L'articolo 1, comma 164, della legge n. 234/2021 prevede che gli ATS garantiscano l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari, assicurando l'offerta dei servizi e degli interventi riconducibili alle aree di attività individuate dall'articolo 1, comma 162, lettere a), b) e c), della medesima legge. L'offerta può essere integrata da contributi economici, diversi dall'indennità di accompagnamento, finalizzati a sostenere la domiciliarità, delle persone non autosufficienti. Tali contributi sono destinati alla remunerazione del lavoro di cura svolto da operatori titolari di un rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali, ovvero all'acquisto di servizi erogati da imprese qualificate operanti nel settore dell'assistenza sociale non residenziale. Permane la possibilità di erogare un ulteriore contributo oltre che per le due fattispecie appena indicate (lavoro di cura svolto da titolari di rapporto di lavoro o acquisto di servizi), anche al familiare che si occupa direttamente dell'assistenza. In continuità con quanto previsto dal Piano nazionale e dal Piano regionale per la non autosufficienza 2022-2024, il riconoscimento e l'erogazione dei contributi economici sono subordinati alla loro espressa previsione nel Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), nel Progetto personalizzato o nel Progetto di vita, quale strumento di presa in carico integrata della persona.

Le impegnative di cura domiciliare disciplinate dalle 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, nonché alle relative disposizioni attuative del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, alle DGR n. 670/2020, DGR n. 1174/2021, DGR n. 256/2023 e DGR n. 1558/2023 previste per le persone non autosufficienti con necessità di sostegno intensivo elevato o molto elevato, o con disabilità gravissima (DM 26/09/2016) mirano ad attivare o rafforzare il supporto alla persona non autosufficiente ed alla propria famiglia. Le impegnative sono tra di loro mutuamente esclusive ed incompatibili con prestazioni di natura residenziale extra ospedaliera. I supporti, di diversa entità sulla base della gravità, mirano a garantire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, sia attraverso l'assegnazione di un'erogazione economica riconosciuta alla persona non autosufficiente ed erogato alla persona stessa o al familiare che ne garantisce adeguata assistenza e cura. La possibilità di erogare servizi in forma indiretta, è vincolata all'erogazione attraverso titoli di acquisto da utilizzare mediante gli strumenti dell'accreditamento istituzionale o nel caso di erogazione monetaria quale scelta di servizio frutto della valutazione multidimensionale e per questo inseriti nel PAI. Le impegnative di cura domiciliare si integrano ma non sovrappongono con la programmazione del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare (DGR n. 295/2020 e DGR n. 682/2022), le risorse riconosciute a titolo di Impegnativa di Cura Domiciliare concorrono al piano individualizzato in modo complementare e non sovrapposto a quelle attribuite agli interventi caregiver familiare. Sulla base del bisogno e del livello di gravità delle persone non autosufficienti e con disabilità viene garantito il rafforzamento del supporto attraverso prestazioni di assistenza domiciliare diretta (prestazioni ADI-SAD e/o in regime di semiresidenzialità).

3.2 Gli interventi per le persone in condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo



ff70159e



3.2.1 Assegno di cura e per l'autonomia

L'assegno per l'autonomia deve essere previsto tra gli interventi del PAI o del Progetto di Vita e predisposto dall'équipe multidimensionale. Si inserisce infatti, in un quadro più generale di valutazione multidimensionale del bisogno e di progettazione personalizzata, in cui può ritenersi appropriato erogare assistenza in forma indiretta. Esso può:

- essere modulato sulla base di altri servizi inclusi nel progetto personalizzato (ad esempio, la frequenza di centri diurni);
 - essere ancorato ad un bisogno di sostegno inteso come assistenza personale;
 - prevedere, in assenza di altri servizi, un trasferimento di almeno 400 euro mensili per 12 mensilità;
 - essere eventualmente condizionato a ISEE, ma per valori non inferiori a 50 mila euro, accresciuti a 65 mila in caso di beneficiari minorenni, dove l'ISEE da utilizzare è quello per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria;
 - nel corso del triennio, le erogazioni debbono essere progressivamente, sottoposte a rendicontazione o possono essere previsti trasferimenti nella forma di *voucher* o buoni per l'acquisto di servizi.
- Descrivere l'intervento previsto specificando i punti di cui sopra.
- Evidenziare in particolare i criteri in base ai quali identificare le priorità nell'accesso in caso di risorse non sufficienti, rispetto al livello minimo.

Gli interventi destinati alle persone in ad approvazione del piano vengono rimodulati in continuità con la precedente programmazione e nel triennio di vigenza sulla base dei criteri stabiliti al precedente punto 2 "modalità di individuazione dei beneficiari". Viene garantito nell'ambito del paniere delle prestazioni l'implementazione coordinata delle prestazioni riguardanti l'erogazione di servizi in forma indiretta tramite l'utilizzo di titoli di acquisto mediante gli strumenti dell'accreditamento istituzionale e comunque nell'ambito dell'erogazione monetaria quale scelta di servizio frutto di valutazione multidimensionale e inserita nel PAI o nel Progetto di Vita.

Per quanto concerne la platea delle persone condizione di disabilità gravissima, ai sensi dell'art. 3, commi 2 e 3 del DM 26 settembre 2016, gli interventi si articolano:

ICDmgs: rivolta a persone affette da demenze di tutti i tipi accompagnate da gravi disturbi comportamentali con maggior bisogno assistenziale rilevabile dal profilo SVaMA. L'intervento viene attivato attraverso la valutazione UVMD. Per i pazienti con demenza e con disturbi del comportamento, il piano individuale formulato in UVMD deve indicare se è stato fatto riferimento al Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD, istituito con DGR n. 3542/2007 e modificato con DGR n. 653/2015) 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. Il contenuto assistenziale previsto per tali impegnative è quello dell'assistenza nelle attività strumentali della vita quotidiana (iADL) e dell'assistenza nelle attività della vita quotidiana (ADL). Viene previsto per tale tipologia di ICD un assegno mensile di 400,00€ ed il trasferimento viene condizionato ad ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria inferiori a 50.000,00€. L'erogazione non è soggetta a rendicontazione. Viene contemplata la forma del voucher o del buono per l'acquisto di servizi e sono previste forme periodiche di controllo sugli interventi. Nell'ambito del progetto personalizzato vi è la modulazione degli interventi coordinati con i centri diurni e con l'assistenza domiciliare.

ICDa: rivolta a persone in condizione di dipendenza vitale e/o ventilazione assistita che necessitano a domicilio di assistenza continua nelle 24 ore. L'intervento viene attivato attraverso la valutazione UVMD. 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. Trattasi di prestazioni che consistono nell'assistenza delle attività strumentali della vita quotidiana (iADL) ovvero nell'assistenza alle attività della vita quotidiana (ADL). L'impegnativa si caratterizza per l'incompatibilità con l'inserimento a titolo definitivo nel centro diurno e per la precedente o contestuale presa in carico da parte dei servizi di assistenza domiciliare integrata. Viene previsto per tale tipologia di ICD un assegno mensile di 800,00€ ed il trasferimento, viene condizionato ad ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria inferiori a 60.000,00€ per i beneficiari maggiorenni e a 65.000,00€ per quelli minorenni, in ottemperanza al disposto dell'art. 1 comma 7 del DPCM del 20 aprile 2026. Viene contemplata la forma del voucher o del buono per l'acquisto di servizi e sono previste forme periodiche di controllo sugli interventi. Nell'ambito del progetto personalizzato vi è la modulazione degli interventi coordinati con l'assistenza domiciliare. Non è previsto l'inserimento in centro diurno. L'erogazione non è soggetta a rendicontazione.

ICDsla: rivolta a persone affette da sclerosi laterale amiotrofica valutate dall'UVMD attraverso la scheda SVaMA (adottata con DGR n. 1986/2013) corredata dalla certificazione di malattia rara rilasciata dai Centri di riferimento per le malattie rare, per la realizzazione di progetti finalizzati a realizzare e potenziare percorsi assistenziali domiciliari per malati di SLA, per la presa in carico globale della persona affetta ed i suoi familiari. Il supporto garantisce l'assistenza rapportata allo stato di evoluzione della malattia e riconosce il lavoro di cura dei familiari caregiver sulla base di un progetto personalizzato e monitorato dall'UVMD. Viene previsto per tale tipologia di ICD un assegno mensile minimo di 400,00€ e massimo di 2.000,00€ modulato sulla base della condizione economica dell'assistito, il trasferimento viene condizionato ad ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria inferiori a 60.000,00€ e l'erogazione è soggetta a rendicontazione.

ICDf: rivolta a persone con disabilità fisica e motoria di età compresa tra 18 e 64 anni a cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap grave. L'intervento viene attivato attraverso la valutazione UVMD e la compilazione della scheda SVaMDi. Il sostegno è rivolto a progetti di aiuto alla persona gestiti direttamente dagli interessati sulla base di piani personalizzati. Gli interventi di cura e assistenza domiciliare 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. Viene previsto per tale tipologia di ICD un assegno mensile minimo di 400,00€ e massimo di 1.000,00€ modulato sulla base progetto personalizzato, il trasferimento non viene condizionato a soglie ISEE e l'erogazione è soggetta a rendicontazione.

ICDp: rivolta a persone con disabilità psichica e intellettuale di età compresa tra 3 e 64 anni a cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap grave. L'intervento viene attivato attraverso la valutazione UVMD e la compilazione della scheda SVaMDi. L'impegnativa è finalizzata a facilitare l'autosufficienza e la 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 delle persone. Il supporto si concretizza in interventi socio-educativi ed assistenziali che devono integrarsi in un progetto unitario, con gli interventi riabilitativi. L'impegnativa mira a garantire la permanenza nel nucleo abitativo e familiare della persona con disabilità. Viene previsto per tale tipologia di ICD un assegno mensile minimo di 400,00€ e massimo di 706,00€ modulato sulla base del progetto personalizzato, il trasferimento non viene condizionato a soglie ISEE e l'erogazione non è soggetta a rendicontazione.

ICDb plus: rivolta a persone non autosufficienti con elevato bisogno assistenziale. L'intervento viene attivato attraverso la valutazione UVMD. Il bisogno assistenziale viene rilevato attraverso la SVaMA



ff70159e



semplificata. La complessità assistenziale che vive la persona non autosufficiente comporta la strutturazione di interventi complessi e continuativi che implicano le prestazioni relative all'assistenza delle attività strumentali della vita quotidiana (iADL) e all'assistenza nelle attività della vita quotidiana (ADL). Viene previsto per tale tipologia di ICD un assegno mensile di 400,00€ ed il trasferimento viene condizionato ad ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria inferiori a 50.000,00€. Viene contemplata la forma del voucher o del buono per l'acquisto di servizi e sono previste forme periodiche di controllo sugli interventi. Nell'ambito del progetto personalizzato vi è la modulazione degli interventi coordinati con i centri diurni e con l'assistenza domiciliare.

3.2.2 Gli altri interventi per le persone in condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo: assistenza domiciliare e interventi complementari (ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali).

- Descrivere gli interventi eventualmente previsti e il modo in cui si integrano con l'assegno di cura e per l'autonomia.

Gli interventi regionali a sostegno della domiciliarità si articolano in un sistema integrato di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali finalizzato a garantire la permanenza della persona nel proprio ambiente di vita e a sostenere il ruolo della famiglia e dei caregiver. Nell'ambito di tale sistema, gli ATS assicurano i servizi di assistenza domiciliare sociale (SAD), rivolti al supporto nelle attività della vita quotidiana, nella cura della persona e dell'abitazione, nella promozione dell'autonomia e dell'inclusione sociale, che si integrano con gli interventi realizzati dalle Aziende ULSS che garantiscono l'assistenza domiciliare sanitaria e sociosanitaria attraverso le cure domiciliari. L'Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD) si integra con tali interventi rappresentando uno strumento di sostegno economico o di erogazione di servizi destinato alle persone non autosufficienti, sulla base di una valutazione multidimensionale e di un Progetto Assistenziale Individuale, contribuendo a finanziare le attività assistenziali necessarie per la permanenza a domicilio e coordinandosi con i servizi territoriali già attivi.

A completamento della rete della domiciliarità, la programmazione regionale prevede inoltre interventi complementari di sollievo/supporto, quali ricoveri temporanei presso strutture sociosanitarie residenziali, finalizzati a garantire la continuità assistenziale della persona e a ridurre il carico di cura dei caregiver, o l'assistenza gestionale e amministrativa per l'espletamento degli adempimenti legati all'assistenza domiciliare.

In particolare le risorse regionali destinate al sollievo possono essere utilizzate dalle Aziende ULSS mediante impegnative di residenzialità temporanee, assicurando una risposta flessibile e appropriata all'evoluzione dei bisogni assistenziali.

Per la platea dei beneficiari del presente Piano, gli interventi a sostegno della domiciliarità, precedentemente descritti sono finanziati nell'ambito della programmazione regionale.

3.2.3 Gli interventi per le persone in condizione di disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato: anche nella forma di trasferimenti monetari purché inseriti nel PAI/Progetto personalizzato o nel Progetto di Vita.

- Descrivere gli interventi previsti.

Gli interventi ad approvazione del piano vengono rimodulati in continuità con la precedente programmazione e nel triennio di vigenza sulla base dei criteri stabiliti al precedente punto 2 “modalità di individuazione dei beneficiari”.

Viene garantito nell'ambito del paniere delle prestazioni l'implementazione coordinata delle prestazioni nell'ambito dell'erogazione di servizi in forma indiretta tramite l'utilizzo di titoli di acquisto mediante gli strumenti dell'accreditamento istituzionale e comunque nell'ambito dell'erogazione monetaria quale scelta di servizio frutto di valutazione multidimensionale e inserita nel PAI.



ff70159e



Per quanto riguarda le tipologie di ICD previste 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, nonché alle relative disposizioni attuative del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, alla DGR n. 670/2020, DGR n. 1174/2021, DGR n. 256/2023 e DGR 1558/2023 che possono essere assegnate alle persone in condizione di disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato, nella forma dell'assegno di cura e per l'autonomia, le stesse sono le ICDB, le ICDm, le ICDp e le ICDf.

Le tipologie di ICD contemplate per le persone in condizione di disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato descritte al precedente punto 2 sono:

- **ICDb:** viene previsto per tale tipologia di ICD un assegno mensile di 120,00€ ed il trasferimento viene condizionato ad ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria inferiori a 16.700,00€. L'erogazione non è soggetta a rendicontazione, viene contemplata la forma del voucher o del buono per l'acquisto di servizi e sono previste forme periodiche di controllo sugli interventi. Nell'ambito del progetto personalizzato vi è la modulazione degli interventi coordinati con i centri diurni e con l'assistenza domiciliare.
- **ICDm:** viene previsto per tale tipologia di ICD un assegno mensile di 400,00€ ed il trasferimento viene condizionato ad ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria inferiori a 16.700,00€. L'erogazione non è soggetta a rendicontazione, viene contemplata la forma del voucher o del buono per l'acquisto di servizi e sono previste forme periodiche di controllo sugli interventi. Nell'ambito del progetto personalizzato vi è la modulazione degli interventi coordinati con i centri diurni e con l'assistenza domiciliare.
- **ICDf:** viene previsto per tale tipologia di ICD un assegno mensile massimo di 1.000,00€ modulato sulla base del progetto personalizzato, il trasferimento non viene condizionato a soglie ISEE e l'erogazione è soggetta a rendicontazione.
- **ICDp:** viene previsto per tale tipologia di ICD un assegno mensile massimo di 706,00€ modulato sulla del base progetto personalizzato, il trasferimento non viene condizionato a soglie ISEE e l'erogazione non è soggetta a rendicontazione.



ff70159e



4. La programmazione delle risorse finanziarie per l'attuazione degli obiettivi di servizio di erogazione							
PNNA 2025-2027 Matrice di Programmazione Obiettivi di servizi ANNO 2025			Persone con disabilità non autosufficienti				
			Con necessità di sostegno intensivo elevato o molto elevato (art. 3 comma 3, l. 104/92) con o senza indennità di accompagnamento di cui alla l.18/1980		Ai sensi del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 26 settembre 2016		
Obiettivi di servizio di Erogazione	Assistenza domiciliare sociale. Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari	L. 234/2021 Comma 162 Lettera a)					
	Servizi sociali di sollievo	L. 234/2021 Comma 162 Lettera b)					
	Servizi sociali di supporto	L. 234/2021 Comma 162 Lettera c)					
	Contributi	L. 234/2021 Comma 164	14.577.720,00 €		10.031.804,18 €		
Matrice di Processo	Procedimento Assistenziale Integrato	D.Lgs.n.62 del 2024	Procedura valutativa di base su richiesta dell'interessato attraverso la trasmissione del certificato medico introduttivo all'INPS. Riconoscimento della condizione di disabilità				
			Valutazione multidimensionale				
			PAI/Progetto personalizzato o Progetto di Vita				
			Monitoraggio				
Totale 24.609.524,18 €							



ff70159e



PNNA 2025-2027 Matrice di Programmazione Obiettivi di servizi ANNO 2026			Persone con disabilità non autosufficienti			
			Con necessità di sostegno intensivo elevato o molto elevato (art. 3 comma 3, l. 104/92) con o senza indennità di accompagnamento di cui alla l.18/1980		Ai sensi del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 26 settembre 2016	
Obiettivi di servizio di Erogazione	Assistenza domiciliare sociale. Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari	L. 234/2021 Comma 162 Lettera a)				
	Servizi sociali di sollievo	L. 234/2021 Comma 162 Lettera b)				
	Servizi sociali di supporto	L. 234/2021 Comma 162 Lettera c)				
	Contributi	L. 234/2021 Comma 164	14.577.720,00 €		1.026.400,00 €	
Matrice di Processo	Procedimento Assistenziale Integrato	D.Lgs.n.62 del 2024	Procedura valutativa di base su richiesta dell’interessato attraverso la trasmissione del certificato medico introduttivo all’INPS. Riconoscimento della condizione di disabilità			
			Valutazione multidimensionale			
			PAI/Progetto personalizzato o Progetto di Vita			
			Monitoraggio			
Totale 15.604.120,00 €						



ff70159e



PNNA 2025-2027 Matrice di Programmazione Obiettivi di servizi ANNO 2027			Persone con disabilità non autosufficienti			
			Con necessità di sostegno intensivo elevato o molto elevato (art. 3 comma 3, l. 104/92) con o senza indennità di accompagnamento di cui alla l.18/1980		Ai sensi del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 26 settembre 2016	
Obiettivi di servizio di Erogazione	Assistenza domiciliare sociale. Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari	L. 234/2021 Comma 162 Lettera a)				
	Servizi sociali di sollievo	L. 234/2021 Comma 162 Lettera b)				
	Servizi sociali di supporto	L. 234/2021 Comma 162 Lettera c)				
	Contributi	L. 234/2021 Comma 164	14.577.720,00 €		9.447.613,12 €	
Matrice di Processo	Procedimento Assistenziale Integrato	D.Lgs.n.62 del 2024	Procedura valutativa di base su richiesta dell'interessato attraverso la trasmissione del certificato medico introdotto all'INPS. Riconoscimento della condizione di disabilità			
			Valutazione multidimensionale			
			PAI/Progetto personalizzato o Progetto di Vita			
			Monitoraggio			

Totale 24.025.333,12 €



ff70159e



5 Il monitoraggio degli interventi		
➤ Descrivere il sistema di monitoraggio dei flussi finanziari, dei trasferimenti effettuati, del numero dei beneficiari e delle diverse tipologie d'intervento. Le ICD sono gestite attraverso una piattaforma WEB implementata dalle aziende ULSS e dagli ATS/Comuni. La gestione delle risorse, il congelamento delle graduatorie e l'emissione delle impegnative è in capo alle aziende ULSS. Attraverso tale piattaforma gli Ambiti Territoriali Sociali e le aziende ULSS monitorano e gestiscono ogni singola ICD dalla fase della domanda alla fase della chiusura.		
6 Le risorse e gli ambiti territoriali coinvolti nell'implementazione delle "Linee di indirizzo per Progetti di Vita indipendente"		
➤ Indicare le risorse destinate ai progetti di "Vita Indipendente", inclusive del cofinanziamento, e gli ambiti selezionati per l'implementazione degli interventi nel triennio. Assicurarsi che il co-finanziamento sia almeno pari al 20% dell'intero progetto. Ripetere la tabella per ciascuna annualità in caso di scelte diverse nel corso del triennio. L'attuale Piano definisce 15 ambiti finanziabili per i Progetti di Vita Indipendente (limite ministeriale di cui al DPCM 20/04/2026) fissando il co-finanziamento regionale pari al 20% dell'intero progetto. La Regione si impegna a sviluppare tali progetti in coordinamento con i fondi provenienti dal Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 5, prevedendo perciò la realizzazione di tali progettualità per le annualità 2025 e 2026 in 21 Ambiti Territoriali. A decorrere dall'annualità 2027, in coerenza con il completamento del percorso di riforma degli ATS di cui alla Legge Regionale n. 9/2024 e con il nuovo assetto territoriale, la realizzazione delle progettualità si realizzerà nei 24 ATS. Le risorse sono armonizzate e integrate con quelle previste dal Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale", Investimento 1.2 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità che prevedono progetti coerenti con le misure già in essere afferenti al Fondo per il Dopo di Noi e al Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza.		
Risorse della quota del FNA e co-finanziamento destinate all'implementazione negli Ambiti Territoriali dei progetti di vita indipendente - Importo per ciascun anno del triennio 2025-2027		
<i>Risorse Vita Indipendente</i>	<i>Co-finanziamento</i>	<i>Totale</i>
1.200.000,00	300.000,00	1.500.000,00
Indicazione n. Ambiti aderenti		
<i>n. 21 (Anno 2025 e 2026) di cui 15 finanziabili da DPCM</i>		
<i>n. 24 (Anno 2027) di cui 15 finanziabili da DPCM</i>		
Denominazione Ambiti Territoriali aderenti 2025		
1. Ambito Sociale VEN_01 - Belluno		
2. Ambito Sociale VEN_02 - Feltre		
3. Ambito Sociale VEN_03 - Bassano del Grappa		
4. Ambito Sociale VEN_04 - Thiene		
5. Ambito Sociale VEN_05 - Arzignano		
6. Ambito Sociale VEN_06 - Vicenza		
7. Ambito Sociale VEN_07 - Conegliano		
8. Ambito Sociale VEN_08 - Asolo		



ff70159e



9. Ambito Sociale VEN_09 - Treviso
10. Ambito Sociale VEN_10 - Portogruaro
11. Ambito Sociale VEN_12 - Venezia
12. Ambito Sociale VEN_13 - Mira
13. Ambito Sociale VEN_14 - Chioggia
14. Ambito Sociale VEN_15 - Federazione dei Comuni del Camposampierese
15. Ambito Sociale VEN_16 - Padova
16. Ambito Sociale VEN_17 - Este
17. Ambito Sociale VEN_18 - Lendinara
18. Ambito Sociale VEN_19 - Adria
19. Ambito Sociale VEN_20 - Verona
20. Ambito Sociale VEN_21 - Legnago
21. Ambito Sociale VEN_22 - Sona
Totale 21 di cui 15 finanziabili da DPCM
Denominazione Ambiti Territoriali aderenti 2026
1. Ambito Sociale VEN_01 - Belluno
2. Ambito Sociale VEN_02 - Feltre
3. Ambito Sociale VEN_03 - Bassano del Grappa - Asiago
4. Ambito Sociale VEN_04 - Thiene
5. Ambito Sociale VEN_05 - Arzignano
6. Ambito Sociale VEN_06 - Vicenza
7. Ambito Sociale VEN_07 - Conegliano
8. Ambito Sociale VEN_08 - Asolo
9. Ambito Sociale VEN_09 - Treviso
10. Ambito Sociale VEN_10 - Portogruaro
11. Ambito Sociale VEN_12 - Venezia
12. Ambito Sociale VEN_13 - Mira
13. Ambito Sociale VEN_14 - Chioggia
14. Ambito Sociale VEN_15 - Azienda Speciale Consortile Alta Padovana
15. ex Ambito Sociale VEN_16 - Padova: Ambito Sociale VEN_23 - Padova, Ambito Sociale VEN_24 - Patriarcati-Saccisica e Ambito Sociale VEN_25 - Terme Colli
16. Ambito Sociale VEN_17 - Este



ff70159e



17. Ambito Sociale VEN_18 - Lendinara
18. Ambito Sociale VEN_19 - Adria
19. ex Ambito Sociale VEN_20 - Verona: Ambito Sociale VEN_26 - Verona e Ambito Sociale VEN_27 - Est Veronese
20. Ambito Sociale VEN_21 - Legnago
21. Ambito Sociale VEN_22 - Sona
Totale 21 di cui 15 finanziabili da DPCM
Denominazione Ambiti Territoriali aderenti 2027
1. Ambito Sociale VEN_01 - Belluno
2. Ambito Sociale VEN_02 - Feltre
3. Ambito Sociale VEN_03 - Bassano del Grappa - Asiago
4. Ambito Sociale VEN_04 - Thiene
5. Ambito Sociale VEN_05 - Arzignano
6. Ambito Sociale VEN_06 - Vicenza
7. Ambito Sociale VEN_07 - Conegliano
8. Ambito Sociale VEN_08 - Asolo
9. Ambito Sociale VEN_09 - Treviso
10. Ambito Sociale VEN_10 - Portogruaro
11. Ambito Sociale VEN_12 - Venezia
12. Ambito Sociale VEN_13 - Mira
13. Ambito Sociale VEN_14 - Chioggia
14. Ambito Sociale VEN_15 - Azienda Speciale Consortile Alta Padovana
15. Ambito Sociale VEN_17 - Este
16. Ambito Sociale VEN_18 - Lendinara
17. Ambito Sociale VEN_19 - Adria
18. Ambito Sociale VEN_21 - Legnago
19. Ambito Sociale VEN_22 - Sona
20. Ambito Sociale VEN_23 - Padova
21. Ambito Sociale VEN_24 - Patriarcati-Saccisica
22. Ambito Sociale VEN_25 - Terme Colli
23. Ambito Sociale VEN_26 - Verona
24. Ambito Sociale VEN_27 - Est Veronese
Totale 24 di cui 15 finanziabili da DPCM

