



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

DELIBERAZIONE N° X / 2942

Seduta del 19/12/2014

---

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali **MARIO MANTOVANI** *Vice Presidente*  
VALENTINA APREA  
VIVIANA BECCALOSSI  
SIMONA BORDONALI  
MARIA CRISTINA CANTU'  
CRISTINA CAPPELLINI  
GIOVANNI FAVA

MASSIMO GARAVAGLIA  
MARIO MELAZZINI  
MAURO PAROLINI  
ANTONIO ROSSI  
FABRIZIO SALA  
ALESSANDRO SORTE  
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta dell'Assessore Maria Cristina Cantù

Oggetto

INTERVENTI A SOSTEGNO DELLA FAMIGLIA E DEI SUOI COMPONENTI FRAGILI AI SENSI DELLA DGR 116/2013: SECONDO PROVVEDIMENTO ATTUATIVO - CONFERMA MISURE AVVIATE NEL 2014 E AZIONI MIGLIORATIVE

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Dirigente Rosella Petrali

Il Direttore Generale Giovanni Daverio

L'atto si compone di 55 pagine

di cui 46 pagine di allegati

parte integrante



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

**VISTA** l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, siglata il 10 luglio 2014;

**VISTE** le seguenti leggi regionali:

- 30 agosto 2008 n. 1 "Legge regionale statutaria";
- 12 marzo 2008, n. 3 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario", con particolare riferimento:
  - all'art. 2 che prevede, tra gli obiettivi, la personalizzazione delle prestazioni e la loro flessibilità anche attraverso la predisposizione di piani individualizzati di intervento;
  - all'art.11 che, tra le competenze della Regione, prevede il perseguimento dell'integrazione delle unità d'offerta sociali, sociosanitarie e sanitarie e la promozione dell'integrazione delle politiche sociali con le politiche della sanità, del lavoro, della casa, della formazione professionale, dell'istruzione, dell'educazione, della sicurezza e della pianificazione territoriale, avvalendosi della collaborazione delle Province e dei Comuni;
- 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità";

**VISTE** inoltre le leggi regionali:

- 6 dicembre 1999, n. 23 "Politiche regionali per la famiglia" che all'art. 4, comma 12 dispone il perseguimento, da parte della Regione, della tutela della salute dell'individuo nell'ambito familiare ed il benessere di tutti i componenti della famiglia, con particolare riguardo alle situazioni che possono incidere negativamente sull'equilibrio fisico e psichico di ciascun soggetto;
- 5 gennaio 2000, n. 1 "Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia: Attuazione del d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112";
- 14 dicembre 2004, n.34 "Politiche regionali per i minori con particolare riferimento all'art. 2 che prevede, tra l'altro di ".. assicurare la tutela e la cura del minore laddove la famiglia non è in grado di provvedere alla sua crescita ed educazione";
- 21 ottobre 2013, n.8 "Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico" che, all'art. 4 "Competenze della Regione" prevede, con particolare riferimento alla prevenzione, la promozione della conoscenza,



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

---

dell'informazione e della formazione sia degli esercenti, sia degli operatori di polizia locale, sanitari, sociosanitari, sociali, sia delle associazioni dei consumatori nonché degli sportelli di welfare;

**RICHIAMATI** i seguenti atti di programmazione regionale:

- d.c.r. 17 novembre 2010, n. 88 di approvazione del "Piano Socio Sanitario Regionale 2010/2014" (PSSR) che, al capitolo "La rete dei servizi socio sanitari e territoriali", richiama la necessità dell'approccio multidisciplinare per la lettura dei bisogni complessi delle persone fragili al fine di promuovere risposte orientate alla presa in carico complessiva della persona e della sua famiglia individuando tra le azioni prioritarie quella di favorire la permanenza delle persone fragili nel proprio ambiente di vita;
- d.g.r. 15 dicembre 2010, n. 983 di adozione del Piano d'Azione Regionale per le politiche in favore delle persone con disabilità 2010/2020 che individua tra gli obiettivi generali, da perseguire nell'area della salute e dell'assistenza, quello relativo al sostegno alla famiglia nell'accoglienza e nella cura;
- d.c.r. 9 luglio 2013, n. 78 "Programma regionale di sviluppo della X Legislatura" (PRS) che, in ottica di un migliore utilizzo delle risorse e di una loro ricomposizione ed integrazione, prevede la costituzione di uno specifico Fondo Regionale rivolto in modo particolare alle famiglie che gestiscono situazioni di fragilità che non trovano collocazione nell'ambito della rete dei servizi territoriali, con particolare riferimento agli anziani cronici, alle persone con disabilità nonché alle fragilità derivanti dalle nuove forme di dipendenza tra cui la ludopatia;

**RICHIAMATA**, in particolare, la DGR n. X/1185 del 20/12/2013 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014-(Di concerto con l'Assessore Cantù)";

**RICHIAMATI**, inoltre, i seguenti provvedimenti regionali:

- d.g.r. 14 maggio 2013, n. 116 "Determinazioni in ordine all'istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: atto d'indirizzo" che prevede di tutelare il benessere di tutti i componenti della famiglia, agevolando e sostenendo armoniose relazioni familiari, pur in presenza di problematiche complesse derivanti da fragilità, ed individua tra i destinatari prioritari degli interventi: persone con gravi disabilità, anziani fragili e non autosufficienti, persone affette da ludopatia, persone vittime di violenza



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

---

con particolare riferimento ai minori;

- d.g.r. 25 ottobre 2013, n. 856 "Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della d.g.r. n. 116/2013: primo provvedimento attuativo";
- d.g.r. 1 agosto 2014, n. 2313 "Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014" che, all'allegato B) "Ambito socio-sanitario" tra l'altro, fornisce indicazioni per la prosecuzione delle misure innovative in attuazione della succitata d.g.r. n.856/2013;

**CONSIDERATA** l'esperienza positiva della prima fase di applicazione della DGR n. 856/2013, che ha coinvolto complessivamente 855 soggetti gestori che si sono candidati per l'attuazione delle misure, oltre 6.000 persone che hanno ottenuto una valutazione del bisogno multidimensionale e oltre 5.800 che hanno utilizzato una delle misure previste dalla DGR n. 856/2013 e di cui si dà evidenza nella sezione 1 dell'appendice al presente atto (allegato D);

**RITENUTO** pertanto di:

- proseguire nel percorso delineato dalla DGR n.116/2013 a supporto delle persone fragili;
- confermare le misure attivate in attuazione della DGR n. 856/2013;
- introdurre, al fine di rispondere con sempre maggiore appropriatezza ai bisogni rappresentati nel progetto individuale predisposto dall'ASL, azioni migliorative come analiticamente indicato nell'allegato A) parte integrante del presente provvedimento;
- avviare le azioni migliorative a partire dal 1 gennaio 2015;
- dare mandato alle ASL e ai soggetti gestori che, dovranno operare in stretto raccordo, di transitare i progetti in corso alla data di approvazione del presente atto nel nuovo sistema secondo le modalità specificate dall'allegato A) parte integrante del presente provvedimento;

**RITENUTO** pertanto di indicare, quali criteri funzionali di garanzia dell'appropriata realizzazione del progetto individuale, i seguenti:

- requisiti per l'attuazione delle misure e modalità dell'attività di vigilanza e controllo per l'accesso alle misure previste dalla presente delibera, nonché per



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

la stipula del contratto con l'ASL competente, analiticamente riportati nell'allegato B), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- schema tipo di contratto, riportato nell'allegato C), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che dovrà essere stipulato tra ASL ed enti erogatori delle prestazioni/interventi individuati dalla delibera ad eccezione della misura "Comunità minori" per la quale si farà riferimento allo schema tipo di convenzione riportato all'allegato E) della D.G.R. n. 856/2013;

### **RITENUTO** che:

- al fine di snellire i processi amministrativi conseguenti all'applicazione di quanto sopra, i contratti sottoscritti tra soggetto gestore di unità d'offerta e ASL, abbiano valore per l'intero territorio regionale;
- il pagamento delle prestazioni erogate dalle unità d'offerta, liberamente scelte dal beneficiario del voucher, sia effettuato dalla ASL di residenza della persona, a seguito di presentazione di regolare fattura secondo quanto definito dal contratto di cui all'allegato C);

**VALUTATA** l'opportunità di mettere a disposizione degli operatori l'appendice riportata all'allegato D) che dà evidenza, alla sezione 1, dell'andamento delle misure ex D.G.R. n. 856/2013 nei primi tre trimestri dell'anno 2014 e riporta alla sezione 2 esempi di pacchetti assistenziali per la misura RSA aperta;

**RITENUTO** di mettere a disposizione per l'attuazione delle misure e delle corrispondenti azioni migliorative risorse complessive pari a euro 50.000.000,00 di cui euro 15.000.000,00 derivanti dalle risorse residue delle assegnazioni ex d.g.r. n. 856/2013 rispetto alle risorse necessarie per la conclusione degli interventi già autorizzati dalle A.S.L. secondo le verifiche e stime effettuate da ciascuna A.S.L. ed euro 35.000.000,00 derivanti dalle disponibilità del capitolo 13.01.104.10139 del bilancio regionale 2014;

**STABILITO** che il riparto delle risorse alle ASL sarà effettuato con successivo provvedimento della Direzione Generale competente, in applicazione dei criteri già definiti per ogni misura dalla d.g.r. n. 856/2013, tenuto conto delle rendicontazioni finali anno 2014 e che il budget di risorse ripartito per ciascuna A.S.L. sarà costituito dalle risorse assegnate con il presente provvedimento e dalle assegnazioni residue ex d.g.r. n. 856/2013;



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

**RITENUTO** inoltre di confermare quanto stabilito nella d.g.r. n. 2313/2014 rispetto alla possibilità per le A.S.L. di effettuare gli eventuali necessari spostamenti di risorse da misure in capienza di risorse a favore di quelle misure che avessero esaurito il budget a disposizione assegnato. Tali spostamenti sono autorizzati al solo fine di permettere la realizzazione dei piani di intervento derivanti dai progetti individualizzati esitati dalla valutazione del bisogno, laddove le risorse a disposizione non lo consentissero;

**VALUTATO** che le persone che chiederanno l'accesso a una delle misure a seguito dell'approvazione della presente deliberazione e prima del 1 gennaio 2015 possono comunque essere valutate;

**RITENUTO** di demandare inoltre a successivi provvedimenti della Direzione Generale competente:

- l'adeguamento dei flussi informativi alle azioni migliorative;
- la definizione delle modalità di rendicontazione;
- le modalità di effettuazione dei controlli;

**DATO ATTO** che, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di accesso ai servizi sociosanitari, possono accedere alle misure di cui al presente provvedimento i cittadini residenti in Lombardia iscritti al Servizio sanitario regionale;

**PRESO ATTO** che i contenuti del presente provvedimento sono stati condivisi con ANCI LOMBARDIA in data 16 dicembre 2014 come da documentazione agli atti della Direzione Generale competente;

**DATO ATTO** altresì che in data 11 dicembre 2014 le OOSS maggiormente rappresentative, anch'esse coinvolte in una logica di percorso partecipato e condiviso, hanno espresso parere favorevole, concordando e valutando positivamente le finalità e le modalità degli interventi proposti come da evidenze in atto;

**SENTITO** il tavolo del Terzo Settore e le rappresentanze degli erogatori pubblici e privati in data 4 dicembre 2014;

**RITENUTO** di dare mandato alla Direzione Generale competente la puntuale applicazione di quanto disposto con il presente provvedimento, ed i relativi allegati,



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

per quanto qui non precisato;

**RICHIAMATE** la l.r. 20/08 e le dd.g.r. relative all'assetto organizzativo della Giunta regionale;

**RITENUTO** di disporre la pubblicazione del presente atto sul B.U.R.L., sul sito della Regione Lombardia [www.regione.lombardia.it](http://www.regione.lombardia.it) e di darne comunicazione alle ASL ed ai Comuni;

**VAGLIATE** e fatte proprie le suddette motivazioni;

**All'unanimità** dei voti espressi nelle forme di legge;

### **DELIBERA**

per quanto in premessa esplicitato:

1. di approvare i seguenti allegati:

- allegato A) parte integrante del presente provvedimento, che conferma le misure attivate dalla DGR n. 856/2013 e introduce azioni migliorative a supporto delle persone fragili, proseguendo il percorso delineato dalla DGR n.116/2013;
- allegato B) parte integrante del presente atto, che definisce i requisiti per l'attuazione delle misure e le modalità dell'attività di vigilanza e controllo;
- allegato C) parte integrante del presente atto, schema tipo di contratto da sottoscrivere tra ASL ed Enti gestori, determinando che per quanto riguarda la misura "Comunità alloggio minori" si farà riferimento allo schema tipo di convenzione riportato all'allegato E) della D.G.R. n. 856/2013;

2. di avviare le azioni migliorative, di cui all'allegato A) a partire dal 1 gennaio 2015;

3. di mettere a disposizione degli operatori l'appendice riportata all'allegato D) che dà evidenza, alla sezione 1, dell'andamento delle misure ex D.G.R. n.



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

856/2013 nei primi tre trimestri dell'anno 2014 e riporta alla sezione 2 esempi di pacchetti assistenziali per la misura RSA aperta;

4. di mettere a disposizione per l'attuazione delle misure e delle corrispondenti azioni migliorative risorse complessive pari a euro 50.000.000,00 di cui euro 15.000.000,00 derivanti dalle risorse residue delle assegnazioni ex d.g.r. n. 856/2013 rispetto alle risorse necessarie per la conclusione degli interventi già autorizzati dalle A.S.L. secondo le verifiche e stime effettuate da ciascuna A.S.L. ed euro 35.000.000,00 derivanti dalle disponibilità del capitolo 13.01.104.10139 del bilancio regionale 2014;
5. di stabilire che il riparto delle risorse alle ASL sarà effettuato con successivo provvedimento della Direzione Generale competente, in applicazione dei criteri già definiti per ogni misura dalla d.g.r. n. 856/2013, tenuto conto delle rendicontazioni finali anno 2014 e che il budget di risorse ripartito per ciascuna A.S.L. sarà costituito dalle risorse assegnate con il presente provvedimento e dalle assegnazioni residue ex d.g.r. n. 856/2013;
6. di confermare quanto stabilito nella d.g.r. n. 2313/2014 rispetto alla possibilità per le A.S.L. di effettuare gli eventuali necessari spostamenti di risorse da misure in capienza di risorse a favore di quelle misure che avessero esaurito il budget a disposizione assegnato. Tali spostamenti sono autorizzati al solo fine di permettere la realizzazione dei piani di intervento derivanti dai progetti individualizzati esitati dalla valutazione del bisogno, laddove le risorse a disposizione non lo consentissero;
7. di stabilire inoltre che:
  - i contratti sottoscritti tra soggetto gestore di unità d'offerta e ASL, hanno valore per l'intero territorio regionale;
  - il pagamento delle prestazioni erogate dalle unità d'offerta, liberamente scelte dal beneficiario del voucher, sia effettuato dalla ASL di residenza della persona, a seguito di presentazione di regolare fattura secondo quanto definito dal contratto di cui all'allegato C);
  - possono accedere alle misure di cui al presente provvedimento, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di accesso ai servizi socio-sanitari, i cittadini residenti in Lombardia iscritti al Servizio sanitario regionale;



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

---

8. di demandare a successivi provvedimenti della Direzione Generale competente:
  - l'adeguamento dei flussi informativi alle azioni migliorative;
  - la definizione delle modalità di rendicontazione;
  - le modalità di effettuazione dei controlli;
9. di dare mandato alla Direzione Generale competente per la puntuale applicazione di quanto disposto con il presente provvedimento, ed i relativi allegati, per quanto qui non precisato;
10. di disporre la pubblicazione del presente atto sul BURL e sul sito della Regione Lombardia [www.regione.lombardia.it](http://www.regione.lombardia.it), nonché la pubblicazione ai sensi del D.Lgs 33/2013, artt. 26 e 27, quale adempimento in tema di trasparenza e pubblicità.

IL SEGRETARIO  
FABRIZIO DE VECCHI

ALLEGATO A

INTERVENTI A SOSTEGNO DELLA FAMIGLIA E DEI SUOI COMPONENTI FRAGILI:  
INDICAZIONI E AZIONI MIGLIORATIVE

## Indice

La governance .....	3
Indicazioni per una corretta e diffusa informazione sulle misure .....	4
Indicazioni generali comuni a tutte le misure .....	5
Accesso.....	5
Valutazione .....	5
Progetto individuale .....	6
Il Piano di assistenza individualizzato .....	7
Candidature .....	7
Riconoscimento del voucher.....	8
Monitoraggio e controllo .....	9
Azioni migliorative specifiche per misura .....	9
Residenzialità leggera/assistita.....	10
Ulteriori indicazioni specifiche per la Residenzialità leggera/assistita .....	12
Residenzialità per minori con gravissima disabilità.....	13
Ulteriori indicazioni specifiche per la misura .....	14
RSA aperta .....	16
Presenza in carico ambulatoriale delle persone affette da gioco d'azzardo patologico.....	20
Comunità per minori .....	20
La gestione della fase transitoria.....	21

## INDICAZIONI OPERATIVE PER IL 2015 E AZIONI MIGLIORATIVE

### La governance

Il Fondo Famiglia istituito con DGR n.116/2013 ha determinato un cambiamento paradigmatico nelle modalità di risposta ai bisogni delle famiglie: il sistema di voucher previsto dalla DGR 116/2013, infatti, da un lato, mette in campo prestazioni sociosanitarie a tutela effettiva dei bisogni espressi dalle persone fragili, dall'altro richiede una fortissima governance pubblica che coinvolge il ruolo di ASL e Comuni, a garanzia dell'integrazione sociale e socio sanitaria nei confronti della persona e della sua famiglia e di un appropriato impiego delle risorse.

La DGR n.116/2013 affida alle ASL il ruolo di governance di tutto il percorso di attuazione delle misure individuate a favore delle persone fragili. L'importanza del ruolo affidato alle ASL incomincia dalla **corretta e diffusa informazione** sulle misure: l'attività promozionale è, infatti, parte integrante di tutto il percorso di realizzazione degli interventi previsti dalla DGR n.116/2013 e dai successivi provvedimenti attuativi. La comunicazione per arrivare ai cittadini deve coinvolgere, operatori, enti, istituzioni, primi fra tutti Comuni e MMG, quali primi attori di una presa in carico realmente integrata.

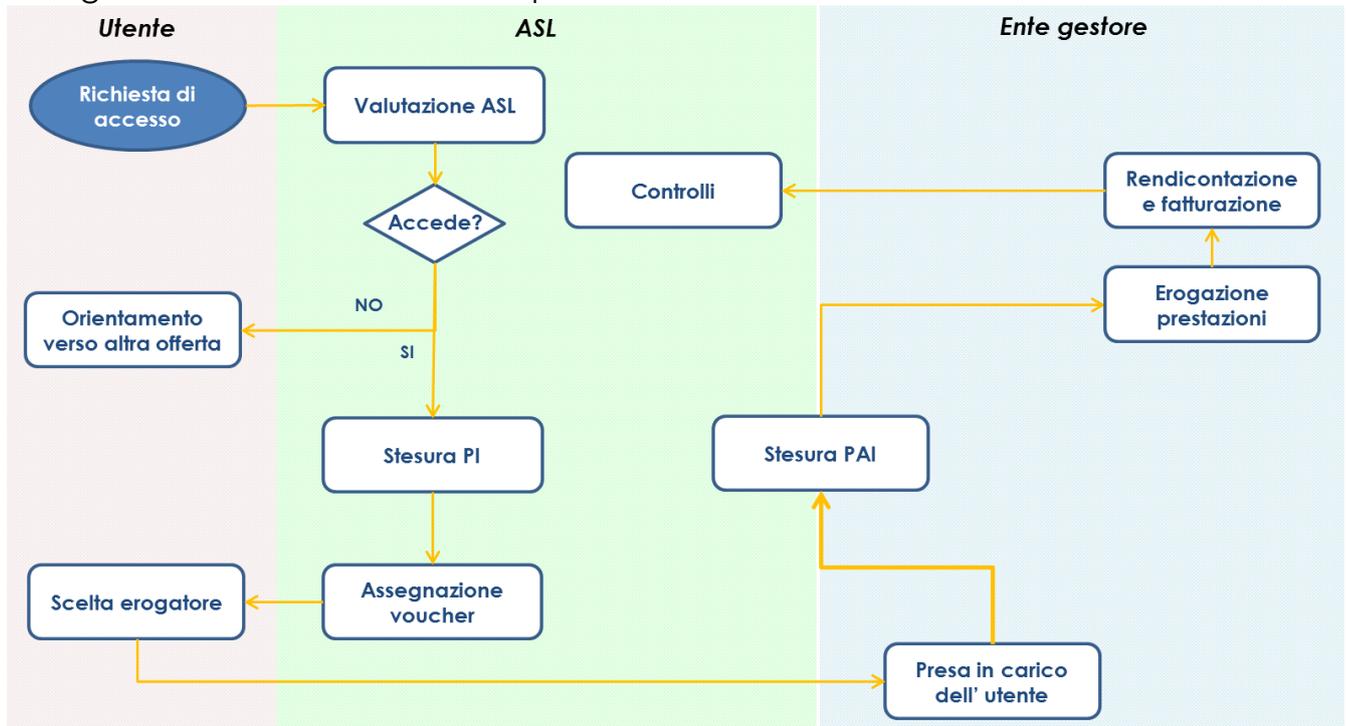
Centrali al governo della ASL sono poi:

- la **valutazione multidimensionale** del bisogno, primo luogo della presa in carico globale della persona che richiede integrazione tra professionalità e istituzioni diverse. I tre principali nodi della rete territoriale sono Comuni, Medici di famiglia ed ASL; solo occasionalmente, questi soggetti operano in modo integrato. La DGR n.116/2013 ed i successivi atti attuativi richiedono invece un'operatività integrata al fine di tutelare le persone fragili anche con la ricomposizione delle risposte attraverso l'integrazione di servizi sanitari e sociali.
- il **progetto individuale** che deve:
  - o tradurre gli esiti della valutazione del bisogno in un progetto assistenziale adeguato alle necessità della persona e della famiglia, e comporsi delle diverse e migliori opportunità d'intervento messe in campo dalle misure previste
  - o definire la durata prevista del progetto e il voucher mensile corrispondente al livello di bisogno a sostegno della realizzazione del piano di assistenza individualizzato
  - o essere condiviso con la famiglia.

Le ASL sono chiamate a porre in essere i cambiamenti organizzativi e gli investimenti necessari per gestire nel modo migliore possibile ognuna di

queste fasi del percorso affinché siano garantite alla persona e alla sua famiglia le migliori risposte possibili nei tempi congrui.

Di seguito si indica lo schema del percorso:



## Indicazioni per una corretta e diffusa informazione sulle misure

La DGR n. X/1241 del 24.01.2014 prevede, quale obiettivo di fine Legislatura, il potenziamento dell'informazione alle famiglie e alle persone in merito ai servizi sociali e socio sanitari. Ciò avviene grazie ad un forte raccordo e coordinamento di Regione Lombardia, con gli Sportelli Welfare e informativi delle ASL e degli altri Enti. L'introduzione delle azioni migliorative relative alle misure a sostegno delle famiglie fragili ex DGR n.856/2013 è dunque l'occasione per tracciare un percorso condiviso con le ASL volto a facilitare ed omogeneizzare sul territorio i processi informativi e di comunicazione destinati ai target di riferimento del presente atto. La comunicazione interna (tra soggetti attuatori della misura) e l'informazione alle persone e alle famiglie sono parte integrante del processo di governance delle ASL. A tal fine la ASL deve predisporre nel proprio piano di comunicazione una scheda progetto denominata: "Modalità di comunicazione relativa agli interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili" nella quale vengono evidenziati obiettivi, target e strumenti di comunicazione individuati dalla ASL e coerenti con le esigenze informative del territorio. È cura della ASL scegliere strumenti e modalità di informazione adeguati al target preso in considerazione; l'attenzione alla corretta individuazione del target, infatti, permette una declinazione mirata del piano di informazione e quindi una più efficace comunicazione e informazione della misura.

Occorre quindi:

- individuare gli obiettivi di comunicazione e informazione
- segmentare i target sia interni (soggetti attuatori della misura) che esterni (destinatari della misura) in primari, cioè direttamente coinvolti nella realizzazione della misura, (la devono conoscere in modo puntuale per poterla realizzare - ad es. soggetti gestori) e secondari cioè quelli che hanno bisogno di essere informati per potere a loro volta informare (es. MMG/PLS)
- scegliere gli strumenti più adeguati da utilizzare per ogni target, facendo leva anche sul web, utilizzare una grafica già conosciuta e quindi più familiare (es. banner linea "famiglie fragili") in format "Marchio Regionale ASL".

Al fine di agevolare i cittadini che desiderano informarsi sulle diverse misure, è utile predisporre una sintesi, il più semplice e chiara possibile, che indichi la denominazione di ogni misura, le azioni più significative e le modalità di accesso. La sintesi, deve essere accompagnata:

- da un modulo per la richiesta di accesso ad una specifica misura predisposto per ricevere le informazioni essenziali (utili anche a richiamare la persona per una valutazione)
- dall'indicazione di un operatore di riferimento cui poter chiedere le informazioni (mail, telefono...)
- dall'indicazione dell'ufficio/struttura cui inviare la richiesta (indirizzo di posta elettronica, indirizzo sede dell'ufficio.)

La sintesi con le informazioni essenziali può essere utilizzata per il sito istituzionale della ASL o anche per predisporre le locandine/depliant/brochure da allocare in alcuni punti strategici (es. farmacie/MMG/Aziende Ospedaliere ecc.)

## **Indicazioni generali comuni a tutte le misure**

### **Accesso**

Fermo restando quanto di particolare esplicitato più oltre, la persona che intende accedere ad una delle misure previste dal presente atto, deve prenotare un appuntamento per la valutazione multidimensionale del bisogno:

- telefonicamente presso la ASL/distretto
- compilando il modulo che si può trovare sul sito della ASL ed inviandolo, mediante posta elettronica, all'indirizzo mail rintracciabile sul sito della ASL. In tal caso la persona sarà contattata direttamente da un operatore dell'ASL che comunicherà la data e il luogo dell'appuntamento per la valutazione e indicherà l'eventuale documentazione da portare
- direttamente presso la ASL - Dipartimento ASSI/distretto più vicino alla propria residenza.

### **Valutazione**

Precondizione per l'accesso alle misure/azioni regolate dal presente provvedimento resta la valutazione multidimensionale del bisogno.

La valutazione è in capo all'ASL di residenza della persona fragile. Si ribadisce che, come già lo scorso anno, l'ASL deve coinvolgere nel processo valutativo il Medico

di Cure Primarie/Pediatra di Famiglia, il Comune per i profili di rilievo sociale e l'Azienda Ospedaliera per i profili di rilievo specialistico.

Anche quest'anno, specifica parte del fondo è destinata alla realizzazione del processo valutativo, con particolare riferimento al coinvolgimento delle professionalità sanitarie o sociali necessarie, ivi comprese le assistenti sociali dei Comuni.

La valutazione deve sempre:

- considerare gli aspetti sociosanitari e sociali della persona, nonché quelli sociali della famiglia e del contesto più prossimo
- verificare la presenza in famiglia di eventuali risorse che possano essere di supporto
- essere sempre finalizzata alla scelta del percorso assistenziale più appropriato, indipendentemente dalla richiesta di accesso ad una delle misure previste.

Qualora il percorso assistenziale appropriato non fosse coerente con la richiesta formulata, l'esito della valutazione verrà comunque consegnato alla persona e la stessa sarà indirizzata verso altre misure più idonee previste dal presente atto o verso altri interventi di tipo sociale o sociosanitario. In tal caso, alla persona devono essere forniti tutti i riferimenti necessari al fine di facilitare il percorso di presa in carico più idoneo al bisogno, e qualora il servizio fosse erogabile direttamente dall'ASL, sarà la stessa ASL ad attivare la struttura di riferimento.

### **Progetto individuale**

definisce, nelle linee generali:

- l'indicazione della misura per la quale viene attivato il progetto
- gli obiettivi e le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati tenendo conto, compatibilmente con la fragilità della persona e la necessità di garantire le risposte più adeguate, delle aspettative e delle priorità della persona e dei suoi familiari
- il mix di prestazioni/interventi più adeguati a rispondere al bisogno
- il valore del voucher commisurato al bisogno
- la durata ipotizzata, (massimo 12 mesi)tenendo conto che comunque lo stesso, può essere riaggiornato e riadeguato alle mutate condizioni della persona, su richiesta del Soggetto gestore
- l'elenco dei Soggetti erogatori

Si ricorda, inoltre, che il PI deve essere trasmesso anche al MMG o PLS.

Fatti salvi i casi particolari riportati per specifiche misure, entro **10 giorni lavorativi** dalla richiesta di presa in carico, l'ASL consegna al richiedente l'esito della valutazione e il Progetto individuale.

La persona beneficiaria della misura sceglie un Soggetto erogatore (solamente uno) prioritariamente nell'Ambito dell'ASL di residenza e ne dà comunicazione a quest'ultima.

Se, entro un mese dalla consegna del PI, la persona non ha scelto il Soggetto gestore, il Progetto individuale viene chiuso e ne viene data comunicazione scritta alla persona/famiglia. La chiusura viene indicata anche nel flusso informativo regionale, così come la data di trasmissione al Soggetto gestore.

## **Il Piano di assistenza individualizzato**

Il PAI deve essere redatto dal Soggetto gestore scelto dalla persona/famiglia entro **5 giorni lavorativi** dalla consegna della documentazione e deve essere consegnato in copia all'interessato che lo deve sottoscrivere.

Il Soggetto gestore garantisce la presa in carico della persona e della sua famiglia e, qualora tra ASL e Soggetto gestore non fosse già stato concordemente definito in altro modo, definisce la figura responsabile della funzione di care management. La durata del PAI è coerente con quella indicata nel Progetto individuale, fino ad un massimo di 12 mesi. Il Piano individualizzato, (come il Progetto individuale) può essere rivisto e aggiornato in ragione dei mutamenti del bisogno della persona, su richiesta del soggetto gestore e previa rivalutazione da parte dell'ASL (in accordo con l'ente gestore, anche in ragione delle condizioni di bisogno, la rivalutazione può essere effettuata anche ad équipe ridotta, purchè siano presenti le figure indispensabili).

Le attività e le prestazioni che il PAI deve prevedere debbono essere coerenti con la tipologia d'offerta e l'intensità del bisogno (ad es. il PAI per una persona inserita con un voucher a bassa intensità in alloggio protetto sarà sicuramente più "leggero" di quello per una persona con voucher a media intensità inserita in una Comunità alloggio anziani ecc.) Tanto più il bisogno è complesso, tanto più il PAI deve essere dettagliato ed articolato con obiettivi, interventi e attività volte a mantenere/recuperare autonomia,

Il PAI può essere **sospeso** per diversi motivi quali, a titolo esemplificativo, ricovero in struttura ospedaliera/riabilitativa, soggiorno di vacanza, ecc.. I periodi di sospensione possono essere recuperati. L'Ente gestore darà comunicazione di tali sospensioni all'ASL.

Il PAI può essere **interrotto** anticipatamente rispetto alla scadenza prevista, per motivazioni diverse, ad esempio: volontà della persona/famiglia, venir meno delle condizioni che hanno determinato il Progetto, ecc.., in questo caso l'Ente gestore ne darà immediata comunicazione all'ASL, indicando la data di interruzione del Piano di assistenza individualizzato e provvedere alla rendicontazione delle prestazioni effettuate fino a quel momento. La ASL dovrà a sua volta rendicontare le attività effettuate fino all'interruzione e "chiudere" il progetto sul flusso informativo.

In caso di **cambio di residenza** all'interno del territorio regionale lombardo, la persona deve darne comunicazione sia all'ASL di originaria residenza, sia all'ASL di nuova residenza, sia all'Ente gestore.

In questo caso le ASL interessate devono raccordarsi per la trasmissione e la ricezione della documentazione relativa alla persona nonché per disporre la continuità dell'intervento.

## **Candidature**

Si specifica che gli Enti gestori che hanno presentato la propria candidatura lo scorso anno, e che ritengono di confermare il loro impegno anche per il 2015, non

devono ricandidarsi ma, ovviamente, dovranno sottoscrivere il nuovo contratto per l'anno 2015 con l'ASL competente territorialmente. Gli enti gestori che si candidano per la prima volta, a seguito dell'approvazione del presente atto, devono essere in possesso dei requisiti minimi di cui all'allegato B della presente deliberazione e sottoscrivere il contratto con l'ASL. I requisiti devono essere autocertificati dal Soggetto gestore all'ASL territorialmente competente.

L'ente che propone la propria candidatura per una qualsiasi misura, deve essere in grado di erogare tutti gli interventi/attività attinenti alla misura specifica per cui si candida.

Gli Enti erogatori inseriti negli elenchi devono accettare le regole fissate dalla presente deliberazione, successive modifiche e integrazioni e sottoscrivere il contratto di cui all'allegato C, parte integrante del presente atto. Gli Enti che, invece, attueranno la misura 6 "Comunità minori" devono, come già lo scorso anno, fare riferimento all'allegato E, ex DGR 856/2013, tutt'ora valido. .

La tabella sotto riportata riassume le unità d'offerta candidabili per la gestione delle misure previste dal presente provvedimento.

MISURE EX DGR N.856/2013	<b>Residenzialità leggera</b>	<b>Residenzialità per minori con gravissima disabilità</b>	<b>RSA aperta</b>	<b>Preso in carico ambulatoriale delle persone affette da gioco d'azzardo patologico</b>
UNITA D'OFFERTA CHE POSSONO CANDIDARSI	Alloggi protetti, - Case albergo, - Comunità alloggio anziani, RSA, tipologie ex DDGR 3239/2012 e 499/2013	RSD, CSS	RSA	SERT SMI

Le ASL devono verificare, per i nuovi candidati, il possesso dei requisiti e, per i Soggetti già in elenco, il mantenimento degli stessi.

A seguito di ciò, la ASL deve pubblicare sul sito istituzionale e tenere aggiornato l'elenco degli erogatori per le diverse misure, completo di indirizzi, contatti mail e telefonici.

### **Riconoscimento del voucher**

Con riguardo alle modalità di riconoscimento del voucher, si richiamano le indicazioni già fornite con la circolare 1/2014, valide anche per il 2015 che prevedeva il riconoscimento del voucher solo nei casi sotto riportati:

- solo per la giornata di accettazione e non quella di dimissione;
- per i periodi di assenza, solo per la giornata di rientro e non quella di uscita;

- nel caso di ricoveri ospedalieri, solo a condizione che l'Unità d'Offerta assicuri, all'ospite ricoverato, prestazioni di carattere assistenziale integrative e/o sostitutive dei famigliari. Di tali prestazioni deve essere data evidenza nel Fascicolo personale.
- non è riconosciuto voucher per la giornata di dimissione, neanche in caso di decesso in struttura a meno che il decesso o la dimissione per altra causa intervengano nello stesso giorno dell'ammissione in struttura;

## **Monitoraggio e controllo**

L'attività di monitoraggio e controllo completa il ruolo di governance della ASL.

Alle ASL di ubicazione delle strutture compete l'attività di vigilanza e controllo di appropriatezza su quanto svolto dagli Enti gestori, coerentemente con quanto previsto dall'Allegato B della presente deliberazione.

Nel confermare le indicazioni date con circ. 1/2014, si precisa che a partire dal 2015 anche la Direzione Generale Famiglia definirà un proprio Piano di controllo che coinvolgerà direttamente i funzionari regionali.

In tal senso sarà predisposto un piano di visite in loco che toccherà tutte le ASL ed uno specifico e rappresentativo campione di soggetti gestori delle diverse misure

Le azioni migliorative introdotte dal presente provvedimento impongono la progettazione di un flusso informativo adeguato ai cambiamenti introdotti. Inoltre, il passaggio da un sistema fondato sul budget ad un sistema a voucher impone anche nuove modalità di governo delle risorse e della spesa. Occorre, che l'ASL possa costantemente monitorare, in relazione all'assegnazione di ogni misura e alla durata dei PAI, l'andamento della spesa in termini di voucher assegnati e di voucher effettivamente erogati. Anche questo comporta l'introduzione di strumenti informativi che consentano alle ASL e alla Regione il monitoraggio del flusso di spesa per ogni misura, a tal proposito sarà definito il nuovo flusso informativo che comprenderà anche il controllo della spesa; pertanto saranno date precise indicazioni in proposito, con apposito atto della Direzione Generale competente.

## **Azioni migliorative specifiche per misura**

L'analisi dei dati relativi al flusso informativo trasmesso dalle ASL alla Direzione Generale competente nei primi tre trimestri di utilizzo delle diverse misure, pur non essendo ancora conclusa l'annualità, ha permesso di monitorare la fase di prima applicazione della DGR, sia dal punto di vista dell'assorbimento di risorse di ciascuna misura, sia da quello dei criteri e requisiti adottati, sia in merito alle caratteristiche delle persone che hanno utilizzato il voucher messo a disposizione.

Alla luce di quanto emerso dall'elaborazione dei dati più significativi di monitoraggio, di cui si dà conto in appendice alla presente deliberazione (Allegato D – sezione 1), si è valutato che le misure "Residenzialità Leggera", "Residenzialità per minori con gravissima disabilità" e "RSA aperta" necessitano di azioni migliorative, individuate in modo analitico più oltre.

## Residenzialità leggera/assistita

1. *Destinatari*: A partire dal 2015 la residenzialità leggera è estesa alle persone fragili che abbiano compiuto 60 anni in condizioni di fragilità/parziale autosufficienza. Nonostante non fosse previsto dalla DGR n.856/2013, i dati hanno evidenziato che, seppur in misura molto ridotta, hanno avuto accesso alla residenzialità leggera alcune persone al di sotto dei 65 anni. Sono state, inoltre, segnalate dalle ASL diverse situazioni, di scarsa autonomia, solitudine, mancanza di relazioni, reti familiari deboli o assenti ecc. in persone non ancora sessantacinquenni. Ciò spiega l'estensione anche alle persone fragili dai 60 ai 64 anni compiuti.

Le persone che hanno avuto accesso alla residenzialità leggera in virtù della DGR 3239/2012 e 499/2013 hanno diritto alla misura purchè in strutture autorizzate, anche sperimentalmente, da Comune/ ASL/Regione

Si precisa che gli eventuali nuovi accessi nel 2015, nello spirito della DGR 116/2013 volta prioritariamente a garantire risposte a famiglie con componenti fragili che non hanno altre risposte dal sistema della rete d'offerta consolidato, dovranno provenire dal proprio domicilio o anche da RSA qualora la valutazione riscontri condizioni che lo consentano (e non da altra struttura residenziale della rete d'offerta sociale in cui sono già inseriti).

2. *Valutazione*: La valutazione per l'accesso alla misura viene effettuata, come già nel 2014, attraverso la scheda di orientamento (sotto riportata) che viene però utilizzata, non in funzione del punteggio raggiunto, ma della presenza del numero di domini compromessi. Questa azione migliorativa viene introdotta al fine di accogliere anche livelli di intensità di bisogno differenziati, garantendo a tutti coloro che accedono alla residenzialità leggera adeguati livelli assistenziali.

<b>SCHEDA DI ORIENTAMENTO</b>					
1	Morbilità	<b>ASSENTE o LIEVE</b> Nessuna compromissione d'organo/sistema o la compromissione non interferisce con la normale attività;	<b>MODERATO</b> La compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività;	<b>GRAVE</b> La compromissione d'organo/sistema produce disabilità;	<b>GRAVE</b> La compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza,
		0	1	2	2
2	Alimentazione	<b>AUTONOMO</b>	<b>CON AIUTO</b> Supervisione	<b>DIPENDENZA SEVERA</b> <b>Imboccamento</b>	<b>ENTERALE-PARENTERALE</b>
		0	0	1	2
3	Alvo e Diuresi	<b>CONTINENZA</b>	<b>CONTINENZA PER ALVO</b> <b>INCONTINENZA URINARIA</b>	<b>INCONTINENZA STABILE</b> Per alvo e diuresi (uso pannolone)	<b>INCONTINENZA STABILE</b> Per alvo e diuresi (CVP e/o evacuazione assistita)
		0	0	1	1
4	Mobilità	<b>AUTONOMO</b>	<b>CON MINIMO AIUTO</b> (qualche difficoltà)	<b>CON AUSILI</b> (uso bastone, walker, carrozzina,...)	<b>ALLETATO</b>
		0	0	1	2
5	Igiene personale	<b>AUTONOMO</b>	<b>CON MINIMO AIUTO</b> (qualche difficoltà)	<b>CON AIUTO</b> <b>MODERATO</b>	<b>TOTALE DIPENDENZA</b>
		0	0	1	2

6	Stato mentale e comportamento	Collaborante, capace di intendere e volere	Collaborante ma con difficoltà a capire le indicazioni	Non collaborante e con difficoltà a capire le indicazioni	Non collaborante e gravemente incapace di intendere e volere / segni di disturbi comportamentali
		0	0	1	1
7	Con chi vive	COPPIA, NUCLEO FAMILIARE, ASSISTENTE FAMILIARE	SOLO NON necessita di figure di riferimento	SOLO o COPPIA Ma necessita di figure di riferimento (es. figli)	SOLO Nessuna rete di riferimento
		0	0	1	2
8	Assistenza diretta (caregiver)	ADEGUATA Partecipano, familiari, assistenti familiari, servizi territoriali (SAD, pasti a domicilio,...), vicinato, associazioni, ...	PARZIALMENTE ADEGUATA Affidata solo ai familiari, o solo all'assistenza familiare o solo ai servizi territoriali	POCO ADEGUATA Affidata ad un soggetto che non assicura un'assistenza adeguata o sufficiente	INADEGUATA Non è offerta alcun tipo di assistenza
		0	1	2	2

Per poter accedere alla misura:

- I domini legati alle condizioni sociali della persona devono avere un punteggio maggiore o uguale a 1, ossia è necessario che sia presente almeno una compromissione sociale
- Non devono essere presenti le condizioni di esclusione dalla misura (evidenziate in grigio nella scheda di orientamento). Se risulta presente anche uno solo di questi criteri la persona non è idonea per questa misura e va opportunamente indirizzata ad una misura più adeguata (es. RSA aperta) o ad altra specifica unità d'offerta (es. RSA, ADI ecc.)

Detto ciò, se la valutazione evidenzia la presenza di un solo dominio sociosanitario compromesso siamo in presenza di bassa intensità del bisogno: alla persona debbono essere garantiti 300 minuti di assistenza settimanali come stabilito dall'allegato B. Se la valutazione evidenzia la presenza di almeno due domini sociosanitari compromessi: siamo di fronte ad un bisogno di media intensità e alla persona devono essere garantiti almeno 500 minuti medi di assistenza settimanale.

3. **Voucher**: per sostenere gli interventi per i due distinti livelli di intensità di bisogno di cui sopra, dal 2015 vengono determinate due tipologie di voucher di differente valore:
  - Per il livello di bassa intensità del bisogno, corrispondente alla presenza di un solo dominio sociosanitario compromesso, il voucher identificato è pari ad euro 14
  - Per il livello a media intensità, corrispondente alla presenza di almeno due domini sociosanitari compromessi, il voucher corrispondente è pari ad euro 24
4. **Candidature**: oltre alle RSA accreditate / autorizzate, agli alloggi protetti e alle Case Albergo possono candidarsi anche:
  - a. strutture residenziali di tipo comunitario, di seguito denominate "Comunità alloggio anziani", già attive sperimentalmente ai sensi dell'art. 13 della l.r. 3/2008 ed in tal senso autorizzate dalla Regione/ASL/EL. Gli enti gestori possono proporre la loro candidatura

- a partire dalla data di approvazione del presente provvedimento purché siano in grado di certificare i requisiti di cui all'allegato B.
- b. unità d'offerta ex DD.G:R. n. 3239/2012 e 499/2013: si specifica che le stesse possono partecipare alla realizzazione di questa misura purché autorizzate, anche sperimentalmente, da Comune/ASL/Regione
5. *Nuovi requisiti*: poiché, come indicato al punto 3, "Voucher", dal 2015 saranno introdotti due voucher differenziati in ragione dell'intensità del bisogno, anche le unità d'offerta dovranno erogare i minuti di assistenza pro capite secondo il livello di bisogno (Allegato B)

## **Ulteriori indicazioni specifiche per la Residenzialità leggera/assistita**

### Compatibilità ed incompatibilità

Le persone destinatarie di questa azione possono accedere anche ai servizi domiciliari e territoriali sociali e sociosanitari.

### Accesso

L'accesso alla residenzialità leggera avviene, come per le altre misure, a seguito di valutazione della ASL secondo quanto più sopra indicato. Nel caso di residenzialità leggera, è possibile che la persona abbia già scelto la tipologia di residenzialità cui accedere e avere già presentato la richiesta di accesso presso il Soggetto Gestore, in tal caso, deve darne comunicazione alla ASL che verificherà ovviamente che l'unità d'offerta scelta sia tra quelle candidate e il Soggetto Gestore sia in possesso dei requisiti indicati nell'allegato B.

### Progetto individuale

Il progetto individuale, che deve essere condiviso con la persona, deve indicare, tra l'altro, i minuti assistenziali che devono essere garantiti ed il valore del voucher. Qualora la tipologia di residenzialità ed ente gestore siano già stati scelti dalla persona, il progetto individuale è trasmesso direttamente dalla ASL al soggetto gestore, al fine di agevolare la persona snellendo l'iter di accesso alla residenzialità scelta.

### Piano di assistenza individualizzato

Oltre a quanto già stabilito nel paragrafo "Indicazioni comuni a tutte le misure" si rammenta che, anche se presenti fragilità di tipo sociale per le quali individuare interventi idonei, il voucher viene assegnato per rispondere a fragilità sociosanitarie, che devono trovare adeguata risposta nel Piano individualizzato di assistenza. Il PAI, inoltre, deve indicare i minuti settimanali di assistenza garantiti alla persona e coerenti con l'intensità del bisogno definito dal progetto individuale. A tal proposito, ai fini dei controlli, il calcolo dello standard dei minuti di assistenza settimanali propri della residenzialità leggera deve avvenire, come già per RSA e CDI, sommando le presenze complessive degli operatori previsti dall'allegato B

alla presente deliberazione, rilevabili dai sistemi di rilevazione delle presenze effettive.

### Modalità di remunerazione

Con riferimento alla remunerazione, relativamente alle giornate di assenza, si specifica che il voucher viene riconosciuto entro il limite massimo di 20 giorni di assenza nell'arco di un anno; se il PAI ha durata inferiore all'anno, le giornate di assenza saranno rapportate ai mesi di durata del PAI.

### **Residenzialità per minori con gravissima disabilità**

1. *Destinatari*: minori con gravissime disabilità non assistibili al domicilio che necessitano di assistenza continua nell'arco delle 24 ore
2. *Valutazione*: in attesa di definire uno strumento di valutazione adeguato ai bambini ed omogeneo sul territorio, la valutazione per l'accesso, oltre che avvalersi della diagnosi dell'UONPIA/reparto pediatrico dell'Azienda Ospedaliera o da altra struttura sanitaria, viene effettuata prendendo a riferimento i domini indicati dall'Accordo sancito il 5 Agosto 2014 in sede di Conferenza Unificata per la definizione di disabilità gravissima e il connesso utilizzo delle risorse del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza - anno 2014 - riportati in tabella

<b>DOMINI</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
MOTRICITA'	Dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana (ADL): l'attività è svolta completamente da un'altra persona
STATO DI COSCIENZA	Compromissione severa: raramente/mai prende decisioni Persona non cosciente
RESPIRAZIONE	Necessità di aspirazione quotidiana Presenza di tracheostomia Presenza di ventilazione assistita (invasiva o non invasiva)
NUTRIZIONE	Necessità di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi Combinata orale e enterale/parenterale Solo tramite sondino naso-gastrico (SNG) Solo tramite gastrostomia (es. PEG) Solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC)

Si precisa che la dipendenza totale in ogni attività va valutata in relazione alle funzioni e capacità proprie dell'età del minore. La descrizione,

ovviamente, va letta in funzione dell'assimilabilità dei bisogni espressi dal minore a quelli descritti nella tabella.

Al fine di offrire una risposta sempre più adeguata ai bisogni sanitari e sociali dei bambini con situazioni cliniche molto compromesse, spesso con breve speranza di vita, vengono definiti due diversi livelli di intensità del bisogno:

- livello a media intensità
- livello ad alta intensità

Sulla base di questi criteri si definisce che per il livello a media intensità assistenziale deve essere presente la compromissione in 2 domini, mentre per il livello ad alta intensità assistenziale deve essere presente la compromissione in almeno 3 domini.

3. *Voucher*: per sostenere gli interventi per i due distinti livelli di intensità di bisogno, dal 2015 vengono determinate due tipologie di voucher di differente valore:
  - Per il livello di media intensità del bisogno, il voucher corrispondente è pari ad euro 140
  - Per il livello ad alta intensità, il voucher corrispondente è pari ad euro 200
4. *Candidature*: come previsto dai requisiti indicati nell'allegato B, le candidature possono pervenire da enti erogatori di CSS o RSD, che possano garantire, oltre ai requisiti di cui al succitato allegato B, la dimensione e l'accoglienza di tipo familiare. Nel caso della RSD, devono essere garantiti spazi autonomi dal resto della struttura dedicati ad accogliere i bambini. Devono essere favorite anche l'accoglienza dei genitori e la relazione affettiva con i bambini secondo un approccio basato sull'identità del minore e non sulla disabilità
5. *Nuovi requisiti*: poiché, dal 2015 saranno introdotti due voucher differenziati in ragione dell'intensità del bisogno, anche le unità d'offerta devono, , garantire i requisiti determinati nell'allegato B al presente atto, in relazione all'intensità del bisogno di ogni bambino.

## **Ulteriori indicazioni specifiche per la misura**

### Accesso

L'accesso può avvenire a seguito di richiesta:

- a. dei genitori, con valutazione dell'ASL, accompagnata da diagnosi dell'UONPIA/reparto pediatrico dell'Azienda Ospedaliera, o da altra struttura sanitaria
- b. del comune di residenza di chi esercita la potestà, in presenza di un decreto dell'autorità giudiziaria minorile

- c. con invio diretto da parte dell'Azienda Ospedaliera a seguito di dimissioni dopo un ricovero, al fine di ridurre al minimo gli spostamenti del bambino quando le condizioni cliniche lo richiedono, previa:
- o Valutazione dell'ASL se necessario anche prima delle dimissioni, o all'arrivo del bambino in struttura, qualora la struttura sia già stata individuata.
  - o sottoscrizione da parte dei genitori o del tutore del consenso al trasferimento dalla struttura ospedaliera alla Comunità residenziale

### Progetto individuale

Questa misura, data la complessità delle fragilità dei bambini e la conseguente necessità di intervenire tempestivamente con Piani individualizzati di assistenza adeguati ai molteplici e articolati bisogni, richiede, fin dalla valutazione e dalla stesura del progetto individuale da parte dell'ASL, uno snellimento delle tempistiche sia nella predisposizione che nella consegna del PI alla struttura, a favore di una presa in carico precoce e di una rapida redazione del PAI; pertanto, successivamente alla valutazione, la ASL contatta direttamente la struttura scelta dalla famiglia o dal Comune e predispone, già in accordo con la struttura, il progetto individuale. Una volta predisposto, il Progetto deve essere condiviso dal soggetto richiedente (genitori/Comune) ed entro **tre giorni**, trasmesso alla struttura di accoglienza.

Si ritiene di richiamare, in particolare per questa misura, l'importanza del ruolo di governance dell'ASL che deve collaborare con l'Ente gestore affinché i diversi soggetti coinvolti possano essere tempestivamente informati e possa essere mantenuto costante il coordinamento. La complessità e l'instabilità delle situazioni cliniche, infatti, (ripetuti ricoveri ospedalieri, necessità di rispondere prontamente ai frequenti episodi di crisi, monitoraggio costante dei parametri vitali ecc.) richiede un'attenta e costante informazione di tutti (con particolare riferimento all'Azienda ospedaliera e al PLS) in modo che in caso di bisogno tutti siano pronti ad intervenire, secondo competenza, in modo coordinato.

Anche al fine di mantenere costante il coordinamento tra i diversi servizi coinvolti, è richiesta l'attivazione della funzione di care management. ASL e Soggetto gestore scelgono, in accordo, una figura (che può anche essere afferente al Soggetto gestore stesso) che abbia titolo a tenere il coordinamento tra i diversi soggetti coinvolti nella realizzazione del progetto e che sia anche punto di riferimento per la famiglia.

### Modalità di remunerazione

Con riferimento alla remunerazione, relativamente alle giornate di assenza, si specifica che il voucher viene riconosciuto entro il limite massimo di 20 giorni di assenza nell'arco di un anno; se il PAI ha durata inferiore all'anno, le giornate di assenza saranno rapportate ai mesi di durata del PAI.

## **RSA aperta**

Le due misure sopra presentate hanno potuto beneficiare di una fase sperimentale e di una fase migliorativa rispettivamente con le DDGR n.3239/2012 e n.499/2013 che ne hanno facilitato il passaggio alla modalità di sostegno "a voucher" quando è stato istituito il Fondo a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili (DGR n. 116/2013). Al contrario, la misura "RSA aperta" è stata introdotta, per la prima volta, in fase di prima applicazione della DGR n. 856/2013 ed inoltre, è stata, indirizzata alle persone affette da demenza, un segmento di popolazione, tra i meno assistiti dalla rete d'offerta; infatti, sono quasi sempre le famiglie ed i caregiver ad assumersi il carico assistenziale dal punto di vista sia materiale sia emotivo. Tutto ciò ha determinato un avvio graduale e "silenzioso" dell'"RSA aperta" a partire dal secondo trimestre dell'anno. La misura è comunque decollata positivamente passando da 950 persone valutate nel secondo trimestre a 1984 nel terzo. (confrontare anche il report in appendice al presente provvedimento: Allegato D – sezione 1)

### Azioni migliorative specifiche

1. *Destinatari*: dal 2015 la misura sarà estesa anche alle persone non autosufficienti che abbiano compiuto 75 anni. In attesa di definire uno strumento omogeneo sul territorio regionale, l'accesso è garantito, a seguito di valutazione multidimensionale mediante le scale in uso nelle ASL. Le persone con demenza, continuano ad accedere con le stesse modalità individuate nella circolare 1/2014 (Certificazione UVA/specialista neurologo/geriatra). La scala RSS (punteggio minimo 31) sarà utilizzata per la valutazione del care giver/familiare sia in caso di demenza sia in caso di non autosufficienza.
2. *Progetto individuale*: Se la persona, a seguito dell'esito della valutazione risulta idonea per la misura, la ASL predispone il Progetto Individuale secondo le linee generali più sopra declinate, indicandone la durata prevedibile. In particolare, l'esito della valutazione deve essere tradotto in un profilo assistenziale corrispondente ad un pacchetto di interventi a bassa, media e/o alta intensità, collegato anche a un preciso valore mensile di voucher.

Il Progetto Individuale potrebbe anche essere composto da più di un profilo (es. un primo periodo con un profilo di media intensità e un periodo successivo con un profilo di bassa intensità) al fine di garantire la necessaria flessibilità degli interventi, fermo restando che, su richiesta del Soggetto gestore, il Progetto Individuale può essere riaggiornato quando le mutate condizioni della persona lo richiedono.

Di seguito si descrivono i profili di riferimento, corrispondenti ad ogni livello di intensità del bisogno:

Profilo 1: valore voucher: 350 euro → Prestazioni, anche di lunga durata, ma tendenzialmente legate all'intervento di singoli professionisti (ASA/OSS ed educatore, ecc..), con l'obiettivo di integrare/sostituire il lavoro del caregiver. Questo profilo può essere accompagnato da una valutazione da

parte di una figura professionale per verificare la situazione ambientale e familiare o da care management leggero.

Profilo 2: valore voucher: 500 euro → Prestazioni a maggiore integrazione professionale e/o interventi che, a seguito di una valutazione multiprofessionale, prevedono accessi a frequenza decrescente per es. per addestrare il caregiver (es. tecniche di assistenza nelle ADL, gestione dei disturbi comportamentali ecc).

Profilo 3: valore voucher: 700 euro → Prestazioni a carattere continuativo o di lunga durata e a diverso mix professionale a maggiore intensità assistenziale, necessità di maggiore integrazione con altri servizi sociali e sociosanitari, accompagnati da eventuale valutazione anche complessa e/o care management anche intenso

3. *Il Piano di Assistenza Individualizzato*. L'Ente gestore, sulla base del Progetto Individuale predisposto dall'ASL, ed in particolare in relazione ai profili definiti, deve comporre i pacchetti con le prestazioni che meglio rispondono ai bisogni delle persone.

Il PAI ha una durata flessibile in funzione delle esigenze della persona e di quanto previsto dal Progetto Individuale e può essere composto da un'unica tipologia di pacchetto o da diverse tipologie (es. 2 mesi voucher a media intensità e 3 mesi a bassa intensità) previo accordo con l'ASL.

Le diverse attività possono essere composte, in modo flessibile, anche all'interno del pacchetto, fino a raggiungere il valore del voucher corrispondente. Se il pacchetto non viene interamente consumato nell'arco del mese, può essere consumato il mese successivo, così come, se viene consumato in misura eccedente, si può compensare con il mese successivo, fino ad esaurimento del PAI. Il pacchetto, costruito su base mensile, facilita la possibilità di inserire nuove prestazioni o escludere quelle non più necessarie così da modulare gli interventi sulla reale dinamicità dei bisogni delle persone e delle famiglie.

Ogni pacchetto potrebbe essere integrativo di altri servizi/prestazioni della rete d'offerta sociale, socio sanitaria o sanitaria prevedendo, quindi un lavoro sinergico e integrato con ASL, Comune, Azienda ospedaliera e MMG. A titolo esemplificativo si riportano di seguito alcune delle prestazioni che possono concorrere alla composizione del pacchetto:

- **La valutazione** può essere effettuata in avvio del PAI, a domicilio della persona, per valutare il contesto familiare e ambientale, le eventuali risorse già attive ecc., per meglio definire e calibrare gli obiettivi e gli interventi del PAI oppure, anche a PAI avviato, in situazioni di possibile complessità, effettuata in équipe, per una lettura approfondita della situazione funzionale, osservazione dell'ambiente, identificazione degli obiettivi e declinazione di un possibile PAI integrato con altre unità d'offerta (es. ADI)
- **Il care management** è parte integrante del pacchetto per tenere contatti con la rete sociale e sociosanitaria, accompagnare la famiglia e la persona, per informarla, indirizzarla ed orientarla fornendo indicazioni utili
- **Integrazione del lavoro del caregiver/Sostituzione temporanea caregiver** una o più volte la settimana per prestazioni di carattere tutelare (igiene

personale, trasferimenti letto-sedia, bagno assistito, imboccamento, aiuto per vestirsi, mobilizzazione, massaggi ecc.) oppure una mattina o un pomeriggio alla settimana, per permettere al caregiver/ badante di riposare, uscire di casa, gestire commissioni ecc.

- **Interventi qualificati di accompagnamento**, dialogo e arricchimento del tempo, uscite per mantenere relazioni e favorire l'autonomia motoria
- **Adattamento degli ambienti**: analisi degli ambienti in relazione alla specificità della situazione della persona e della famiglia e proposta di interventi e soluzioni
- **Addestramento del caregiver**, per un tempo circoscritto, per gli ambiti NON di competenza ADI/SAD (ad esempio, per l'addestramento all'igiene personale o all'organizzazione di vita o per interventi di stimolazione cognitiva)
- **Stimolazione cognitiva, di sostegno a BPSD (disturbi psicocomportamentali nella demenza)**
- **Counseling e terapia occupazionale**
- **Altre attività integrative presso RSA o CDI**

#### 4. *Le modalità di rendicontazione*

La rendicontazione delle attività svolte per l'erogazione del pacchetto avviene sulla base del costo orario delle figure professionali impiegate per l'espletamento dell'attività (ad eccezione delle prestazioni di valutazione, care management e accesso in strutture residenziali e semi residenziali). Il costo orario per figura professionale da assumere a riferimento ai fini della composizione dei pacchetti e conseguentemente della rendicontazione delle prestazioni è indicato nella tabella sottostante (colonna costo omnicomprensivo).

## COSTI TEORICI DI RIFERIMENTO PER LA COMPOSIZIONE DEI PACCHETTI

<b>A. Costo orario assunto per personale</b>		
<b>Figura professionale</b>	<b>Costo orario</b>	<b>Costo omnicomprensivo</b>
ASA/OSS	euro 17	euro 21
Infermiere professionale	euro 22	euro 27
Medico	euro 45	euro 54
FKT	euro 22	euro 27
Psicologo	euro 40	euro 48
Educatore / Animatore	euro 20	euro 24
Assistente sociale	euro 22	euro 27

<b>B. Costo assunto per accesso per una giornata al CDI/RSA o una giornata (24H) di ricovero residenziale temporaneo in RSA</b>		
<b>Accesso in struttura</b>	<b>Costo a giornata</b>	
Semi residenziale CDI/RSA	euro 29	I posti da destinare alla misura devono essere autorizzati o accreditati non a contratto
Residenziale RSA	euro 40	

Il costo è stato calcolato prendendo a riferimento i diversi CCNL attualmente utilizzati dagli enti gestori delle RSA. Per ciascuna figura professionale è stato stimato il costo orario teorico utilizzando la media pesata tra:

- costo orario medio previsto dai CCNL
- incidenza percentuale di ciascun CCNL

Il costo orario teorico è stato incrementato del 20% al fine di quantificare un costo complessivo comprendente spese aggiuntive (costi amministrativi, di trasporto, tempi di spostamento, riunioni di équipe, stesura relazioni etc.). Nella tabella viene, inoltre, riportato il costo per l'accesso giornaliero presso una struttura residenziale o semi residenziale, accreditata e non contrattualizzata.

Per quanto riguarda le prestazioni di valutazione e care management, queste saranno valorizzate nel modo seguente:

<b>Valutazione</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Costo Euro</b>
Semplice	Effettuata dal medico Si considerano circa 90 minuti, incluso il tempo di spostamento e la stesura della relazione	81
Complessa	Effettuata dal medico con infermiere / assistente sociale / terapeuta occupazionale Si considerano circa 2 ore per medico e 2 ore per l'altra figura professionale, incluso il tempo di	162

	spostamento e la stesura della relazione	
--	--	--

<b>Care management</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Attività</b>	<b>Costo euro</b>
Leggero	Contatti telefonici di rassicurazione, informazione, orientamento aiuto alla famiglia nella costruzione e governo del piano assistenziale e mediazione di rete	Contatti telefonici secondo le esigenze con cadenza quindicinale da parte dell'assistente sociale – care manager	14
Media/ alta intensità	Reperibilità telefonica, contatti telefonici programmati, accessi settimanali domiciliari, incontri periodici con i familiari	contatti telefonici e visita domiciliare almeno quindicinali da parte dell'assistente sociale – care manager	41
Intenso	Reperibilità telefonica, contatti telefonici programmati, accessi settimanali domiciliari, incontri periodici con i familiari	contatti telefonici e visita domiciliare almeno settimanali da parte dell'assistente sociale – care manager	81

Sulla base dei costi riportati in tabella dovranno essere effettuate le valorizzazioni delle diverse prestazioni che andranno a costituire pacchetti di intervento a bassa, media o alta intensità.

In appendice, (allegato D sezione 2) anche al fine di facilitare la composizione delle diverse prestazioni, sono riportati alcuni esempi di pacchetti a bassa, a media e ad alta intensità, che possono essere costruiti su base mensile.

### ***Presenza in carico ambulatoriale delle persone affette da gioco d'azzardo patologico***

Come evidenziato nel report riportato in appendice, la misura ha avuto un buon andamento nel corso dei tre trimestri di attività, le attività proseguiranno nel 2015, a normativa vigente, senza cambiamenti.

### ***Comunità per minori***

Per il 2015 si prevede di mantenere l'attuale voucher e le stesse modalità operative di erogazione della misura.

Sarà definito uno specifico percorso in collaborazione con le ASL che analizzi in modo approfondito i dati di monitoraggio e provveda ad una eventuale revisione delle modalità di gestione della misura, basato sulla corretta applicazione delle linee guida regionali per la tutela dei minori vittime di violenza.

## **La gestione della fase transitoria**

Le azioni migliorative entreranno in vigore l'1 gennaio 2015. Al fine di gestire al meglio il passaggio dall'attuale sistema a quello che entrerà in vigore nel 2015 a seguito dell'introduzione delle azioni migliorative, si rende necessaria una fase transitoria che comporta:

- la stretta collaborazione tra ASL e Soggetti gestori
- la ricognizione dei Progetti individuali/piani di assistenza in corso al fine di verificare il n. di piani assistenziali che ricadranno sul 2015
- l'eventuale rivalutazione delle persone che potrebbero necessitare di un voucher di valore più alto rispetto a quello definito col progetto individuale predisposto nel 2014

Si precisa, a tal fine, che per le persone già in carico alla data di approvazione del presente atto:

- a) se il PAI termina entro il 31 gennaio e non sarà rinnovato, non sarà applicato il sistema delle azioni migliorative, se il PAI sarà rinnovato, si applicano le indicazioni di cui al punto successivo.
  - b) Se il PAI ha una scadenza dall'1 febbraio in poi, deve essere verificata dai Soggetti gestori l'eventuale necessità di adeguamento del PAI segnalando alla ASL il n. di persone da rivalutare. Ciò al fine di consentire:
    - ai soggetti gestori e alle ASL di adeguare i progetti individuali e i Piani assistenziali, con tempistiche congrue
    - alle persone beneficiarie degli interventi, di essere rivalutate solo nel caso in cui l'intensità del bisogno fosse tale da determinare un cambiamento di valore del voucher e/o una rimodulazione del progetto individuale e del PAI.
- In particolare, con riferimento specifico alle singole misure dovranno essere rivalutate dalla équipe di valutazione della ASL:
- per la residenzialità leggera le persone che secondo il livello di fragilità potrebbero necessitare di un livello di assistenza di 500 minuti settimanali. Per tutti gli altri, i minuti settimanali di assistenza, come indicato all'allegato B, dovranno essere portati a 300, corrispondenti ad un voucher di 14 euro die;
  - per la residenzialità per minori con gravissima disabilità, saranno valutati i bambini per i quali si ritengono necessari 3500 minuti assistenziali la settimana. Tutti gli altri manterranno gli attuali 2500 minuti corrispondenti ad un voucher di 140 euro;
  - per l'RSA aperta la rivalutazione interesserà le persone con demenza che necessitano di un adeguamento del piano individualizzato di assistenza effettivamente corrispondente agli

attuali bisogni e che comporti una conseguente revisione del valore del voucher.

## **I REQUISITI MINIMI SPERIMENTALI E L'ATTIVITA' DI CONTROLLO**

### **REQUISITI MINIMI SPERIMENTALI**

Si individuano i **requisiti minimi sperimentali** per l'accesso alle misure previste dalla presente delibera.

#### **PER TUTTE LE MISURE**

##### Requisiti soggettivi del soggetto gestore

Tutti i soggetti erogatori delle misure devono essere in possesso dei requisiti soggettivi generali per la sottoscrizione del contratto delle unità d'offerta sociosanitarie previsti dalla D.G.R. n. 2569 del 31/10/2014, da attestarsi secondo le modalità in uso.

##### Requisiti organizzativi e gestionali

Il soggetto gestore attua gli interventi previsti in piena aderenza alla valutazione multidimensionale del bisogno ed in conformità al Progetto Individuale redatto della ASL di residenza del beneficiario, per le misure che lo prevedono.

Il Progetto Individuale, sulla base della valutazione, fissa gli obiettivi da conseguire, delinea il percorso di sostegno e di assistenza, indica gli interventi da attivare, gli attori coinvolti, le modalità e i tempi di verifica.

Sulla base del Progetto Individuale predisposto dalla ASL, il soggetto erogatore definisce, in accordo con il soggetto beneficiario e il familiare/caregiver, il Piano di Assistenza Individuale (da qui in poi PAI), che dovrà essere conservato presso la struttura erogatrice ai fini dei controlli di competenza delle ASL.

Per la misura comunità minori, il soggetto erogatore definisce il Piano Educativo individuale (da qui in poi PEI), che dovrà essere reso disponibile ai fini dei controlli di competenza delle ASL.

A garanzia della sicurezza dei beneficiari, del corretto svolgimento delle attività previste dal PAI/PEI ed in conformità alle normative nazionali e regionali, devono comunque essere garantiti i seguenti requisiti minimi sperimentali organizzativi e gestionali:

- presenza di carta dei servizi in cui siano definiti i criteri di accesso, le modalità di erogazione dei servizi e i loro costi
- documentazione riferita ad ogni singolo utente, comprensiva dei servizi/prestazioni/attività effettuati a cura degli operatori della struttura,

compilata, conservata ed archiviata presso la struttura secondo le norme di legge

- presenza, adeguata per numero e qualifica, delle figure professionali necessarie per l'erogazione delle prestazioni previste nel PAI/PEI, con verifica del possesso di: adeguato titolo professionale, abilitazione e iscrizione per l'annualità in corso al relativo albo/ordine (per i profili tenuti)
- adozione delle seguenti procedure (se è prevista la somministrazione di farmaci):
  - a. procedura per la gestione dei farmaci, idonea a garantire l'eliminazione dei farmaci scaduti e a documentare la regolare effettuazione dei controlli da parte del personale preposto
  - b. procedura di somministrazione dei farmaci idonea a garantirne la tracciabilità.

Nella presa in carico deve essere inoltre assicurata:

- la predisposizione da parte del soggetto gestore del PAI/PEI entro 5 giorni dalla presa in carico di ciascun utente
- la coerenza tra il PAI e il progetto individuale redatto dalla ASL
- la condivisione del PAI con il soggetto beneficiario e i familiari/caregiver
- l'effettiva erogazione dei servizi/prestazioni/attività individuate nel PAI/PEI da parte delle figure professionali previste e in possesso delle qualifiche professionali idonee.

## **REQUISITI SPECIFICI PER LE SINGOLE MISURE**

### **RESIDENZIALITÀ LEGGERA**

Le attività di residenzialità leggera possono essere attivate presso:

- RSA su posti letto non a contratto (autorizzati o accreditati)
- case albergo (strutture ancora in funzione, già autorizzate ex L.R. 1/86, abrogata con L.R. 3/08)
- alloggi protetti per anziani abilitati all'esercizio
- strutture residenziali di tipo comunitario, attivate, ai sensi dell'art. 13 della l.r. n. 3/2008 come unità d'offerta sperimentali nell'ambito della rete sociale e riconosciute dai Comuni.

#### Requisiti strutturali e tecnologici.

A garanzia della sicurezza degli utenti e degli operatori e nel rispetto delle normative nazionali e regionali vigenti, si rammenta che devono comunque essere sempre garantiti:

- il rispetto dei criteri di agibilità previsti dai vigenti regolamenti di igiene ed edilizio
- il rispetto della normativa in materia di superamento/eliminazione delle barriere architettoniche
- il rispetto della normativa in materia di prevenzione incendi
- il rispetto della normativa in materia di igiene e sicurezza sul lavoro (D.Lvo 81/08)
- il rispetto della normativa in materia di sicurezza impiantistica.

Per i requisiti minimi strutturali specifici si rimanda alle normative già esistenti per le singole tipologie di unità d'offerta:

- RSA dgr 7435 del 14/12/2001 *"Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle Residenze Sanitarie assistenziali per Anziani (R.S.A.)"*
- Case Albergo: si richiama la dgr 4871 del 23/12/1987 *"Piano socio assistenziale regionale 88-90"*
- Alloggi protetti per anziani: dgr 11497 del 17/03/2010 *"Definizione dei requisiti minimi di esercizio dell'unità di offerta sociale Alloggio Protetto per Anziani."*

Nel caso delle RSA, le aree destinate alla residenzialità leggera devono essere collocate in spazi autonomi all'interno della struttura, fatta salva la possibilità di condividere gli spazi di vita collettiva.

Per la residenzialità leggera collocata all'interno di unità d'offerta sperimentali della rete sociale, si stabilisce la ricettività massima di 10 posti e il possesso dei seguenti ulteriori requisiti strutturali:

- locale soggiorno/pranzo di dimensioni adeguate al numero degli utenti
- locale cucina/sporzionamento
- camere singole o doppie
- servizi igienici (almeno 1 servizio ogni due camere), attrezzati per la non autosufficienza.

### Requisiti gestionali

Devono essere garantite le prestazioni di assistenza alla persona definite nel PAI, tra le quali si evidenziano a titolo indicativo e non esaustivo, le prestazioni infermieristiche di base, l'assistenza alla persona e la componente educativa/animativa per garantire l'adeguata socializzazione e relazionalità.

Rispetto ai due livelli di intensità assistenziale, vengono definiti i seguenti standard minimi, espressi come tempo di assistenza dedicato a ciascun ospite:

- almeno 300 minuti/settimana/ospite per il livello di bassa intensità
- almeno 500 minuti/settimana/ospite per il livello di media intensità.

Per il raggiungimento dello standard assistenziale deve essere obbligatoriamente garantita la presenza almeno delle seguenti figure professionali:

- infermiere
- ASA/OSS
- educatore/animatore/terapista occupazionale/Assistente sociale.

Deve essere garantita la presenza o la reperibilità di un operatore sulle 24 ore sette giorni su sette.

Deve inoltre essere assicurata per ciascun utente l'individuazione di un care manager tra gli operatori della struttura, al fine di garantire la gestione e il coordinamento di tutti gli interventi in ambito sanitario e sociale.

Resta a carico del Fondo Sanitario l'erogazione di ausili, presidi e farmaci come previsto dalla vigente normativa relativa a posti non a contratto e, pertanto, l'utente mantiene l'iscrizione presso il proprio medico di medicina generale.

### **RESIDENZIALITA' PER MINORI CON GRAVISSIMA DISABILITA'**

La misura di residenzialità per minori con gravi disabilità può essere erogata:

- presso RSD su posti letto non a contratto (autorizzati o accreditati)
- presso altre strutture di tipo residenziale abilitate all'esercizio con requisiti corrispondenti a quelli già previsti per le CSS.

La misura può essere attivata per un massimo di 10 posti per ciascuna struttura erogatrice.

#### Requisiti strutturali e tecnologici.

A garanzia della sicurezza degli utenti e degli operatori e nel rispetto delle normative nazionali e regionali vigenti, si rammenta che devono comunque essere sempre garantiti:

- il rispetto dei criteri di agibilità previsti dai vigenti regolamenti di igiene ed edilizio
- il rispetto della normativa in materia di superamento/eliminazione delle barriere architettoniche
- il rispetto della normativa in materia di prevenzione incendi
- il rispetto della normativa in materia di igiene e sicurezza sul lavoro (D.Lvo 81/08)
- il rispetto della normativa in materia di sicurezza impiantistica, con particolare riferimento alla sicurezza e continuità elettrica, garantita con modalità idonee, in presenza di minori affetti da patologie che necessitano di apparecchiature per il mantenimento delle funzioni vitali

- presenza di impianto di distribuzione gas (ossigeno e vuoto) o, in alternativa, presenza in sede di idonei dispositivi per la somministrazione di ossigeno e di broncoaspiratori

Per i requisiti minimi strutturali specifici si rimanda alle normative già in vigore per le singole tipologie di unità d'offerta:

- RSD: dgr 12620 del 07/04/2003 *“Definizione della nuova unità d'offerta Residenza Sanitario assistenziale per persone con Disabilità (RSD)”*
- CSS: dgr 18333 del 24/07/2004 *“Definizione della nuova unità d'offerta Comunità alloggio Socio Sanitaria per persone con Disabilità (CSS): requisiti per l'accreditamento”*.

Nel caso delle RSD, devono essere garantiti spazi autonomi all'interno della struttura dedicati ad accogliere i bambini.

Le strutture devono inoltre prevedere spazi adeguati per l'accoglienza dei genitori.

#### Requisiti gestionali

Devono essere garantite le prestazioni infermieristiche, di assistenza alla persona ed educative individuate nel PAI.

Rispetto ai due livelli di intensità assistenziale, vengono definiti i seguenti standard minimi, espressi come tempo di assistenza dedicato a ciascun ospite:

- almeno 2500 minuti/settimana/ospite per il livello di media intensità
- almeno 3500 minuti/settimana/ospite per il livello di alta intensità.

Per il raggiungimento dello standard assistenziale deve essere obbligatoriamente garantita la presenza almeno delle seguenti figure professionali:

- psicologo
- infermiere per almeno 12 ore/die e reperibilità infermieristica nelle restanti ore
- educatore
- ASA/OSS 24 ore su 24 per 7 giorni su 7, assicurando la presenza presso la struttura di un OSS nelle in cui è prevista la reperibilità dell'infermiere
- terapeuta della riabilitazione.

Il soggetto gestore deve inoltre garantire l'assistenza medica specialistica qualora la stessa sia richiesta in relazione ai fabbisogni individuati nel progetto individuale e alle conseguenti prestazioni previste dal PAI.

Resta a carico del Fondo Sanitario l'erogazione di ausili, presidi e farmaci come previsto dalla vigente normativa relativa a posti non a contratto e, pertanto, il minore mantiene l'iscrizione presso il proprio pediatra di libera scelta.

## **RSA APERTA**

Per le RSA accreditate che intendono svolgere le azioni/misure previste dalla delibera, non vengono definiti requisiti strutturali o gestionali ulteriori rispetto a quelli già previsti dalla normativa vigente:

- dgr 7435 del 14/12/2001 *“Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle Residenze Sanitarie assistenziali per Anziani (R.S.A.)”*

Dovranno comunque essere rispettate le seguenti indicazioni:

- le attività di cui al presente provvedimento sono da considerarsi diverse ed aggiuntive rispetto alle prestazioni già previste per le unità d'offerta RSA. Pertanto, l'impegno orario del personale impiegato per le attività di cui alla presente misura deve essere documentato separatamente rispetto alle altre attività e non può essere considerato ai fini del computo dello standard assistenziale
- per le attività diurne in RSA (riferimento dgr 7435/01): le stesse devono essere svolte utilizzando le aree generali e di supporto, le aree di socializzazione e le aree destinate alla valutazione e alla terapia. Gli ospiti esterni non devono di norma usufruire dei servizi all'interno delle aree destinate alla residenzialità. Nel caso sia necessario utilizzare tali servizi (ad esempio il bagno assistito per l'igiene personale), l'attività deve essere svolta in orari e modalità tali da non interferire con la normale attività degli ospiti del nucleo
- per i ricoveri temporanei devono essere utilizzate le aree destinate alla residenzialità, nel rispetto della ricettività massima autorizzata per l'unità d'offerta.

## **PRESA IN CARICO AMBULATORIALE DELLE PERSONE AFFETTE DA GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO – AZIONE 2**

Le attività di accoglienza, presa in carico e cura dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico possono essere svolte presso i SerT, gli SMI, in raccordo con i Consultori Familiari accreditati, così come previsto dall'art. 6 comma 2 della l.r. n. 8 del 21/10/2013 *“Norma per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico”*.

### Requisiti strutturali e tecnologici.

Per i SerT e gli SMI che intendono svolgere la presente misura non vengono definiti requisiti strutturali ulteriori rispetto a quelli già previsti dalla normativa vigente:

- dgr 12612 del 07/04/2003 *“Determinazione dei requisiti standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei servizi privati e pubblici per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite (art.12 comma 3 e 4 l.r. 31/97) e indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle ASL: Progetto Regionale Dipendenze.”*

#### Requisiti gestionali

Gli interventi si concretizzano attraverso percorsi psicodiagnostici, consulenza medica e trattamenti psicologici individuali e/o di gruppo, attraverso figure professionali in possesso dei titoli di legge.

In relazione alle prestazioni individuate nel PAI, il gestore assicura altri interventi, in raccordo con i Consultori Familiari accreditati, quali, a titolo esemplificativo, le funzioni di consulenza legale, di mediazione familiare, di accompagnamento all'integrazione sociale e lavorativa e di tutoraggio economico, attraverso idonee figure professionali.

#### **COMUNITA' MINORI**

Le attività possono essere attivate presso comunità educative, comunità familiari e alloggi per l'autonomia abilitati all'esercizio.

#### Requisiti strutturali e tecnologici

Per i requisiti minimi strutturali specifici si rimanda alle normative già in vigore per tali tipologie di unità d'offerta.

- dgr 16 febbraio 2005 n. 20762 *“Definizione dei requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione al funzionamento dei servizi sociali di accoglienza residenziale per minori”.*

#### Requisiti gestionali

Al fine di assicurare le specifiche prestazioni di natura sociosanitaria previste nel piano educativo individuale (PEI), tra i quali l'accompagnamento nelle fasi processuali e tutti gli interventi di carattere psicologico, sociologico ed educativo necessari al recupero del minore, devono essere garantite, ad integrazione degli standard gestionali di cui alla citata dgr 20762/2005 e mediante l'impiego di idonee figure professionali, le seguenti funzioni:

- assistenza psicologica
- assistenza sociale
- assistenza educativa
- assistenza tutelare (ASA/OSS).

## **VIGILANZA E CONTROLLO**

I gestori che sottoscrivono il contratto per l'erogazione delle misure sono soggetti all'attività di vigilanza e controllo esercitata dalle ASL secondo le modalità di cui alla dgr 2569/2014.

L'attività di vigilanza sul possesso e sul mantenimento dei requisiti e di controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate, secondo le seguenti indicazioni, è demandata alla ASL territorialmente competente.

### Verifica dei requisiti soggettivi del soggetto gestore

La ASL, per la sottoscrizione del contratto, provvede, secondo le modalità definite dalla normativa vigente, ad acquisire i documenti previsti e ad effettuare le verifiche, presso gli enti competenti, delle dichiarazioni sostitutive di certificazione o di atto notorio.

I documenti e le dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di atto notorio ancora in corso di validità e già prodotti in altri procedimenti possono non essere ripresentati, essendo sufficiente indicare il procedimento nel quale tali documenti sono stati prodotti.

La presentazione di falsa dichiarazione o falsa documentazione, fermo restando l'obbligo di segnalazione all'autorità giudiziaria competente, esclude il soggetto dalla sottoscrizione del contratto.

La perdita di un requisito soggettivo costituisce causa di risoluzione del contratto.

### Verifica dei requisiti organizzativi e gestionali e strutturali e tecnologici

La ASL verifica, anche tramite visite ispettive, il possesso e il mantenimento dei requisiti previsti per ogni singola misura, nell'ambito dell'attività di vigilanza programmata con il piano annuale di vigilanza e controllo e a seguito di segnalazioni o richieste specifiche.

In caso di perdita di uno o più requisiti, le prestazioni non vengono remunerate e viene emesso provvedimento di diffida.

Nei casi più gravi o nel caso di mancata ottemperanza alla diffida, il contratto viene risolto.

### Controlli di appropriatezza:

Le ASL effettuano il controllo di appropriatezza secondo le modalità in uso per le unità d'offerta sociosanitarie nell'ambito dell'attività programmata con il piano annuale di vigilanza e controllo e a seguito di segnalazioni o richieste specifiche.

L'attività di controllo deve assicurare che:

- il PAI sia redatto in conformità del Progetto Individuale predisposto dalla ASL sulla base della valutazione multidimensionale
- il PAI/PEI risulti predisposto nei tempi previsti e il PAI sia condiviso con il soggetto beneficiario/familiare/caregiver
- i servizi/prestazioni/attività individuate nel PAI/PEI siano correttamente tracciati ed effettivamente erogati da parte delle figure professionali previste
- vi sia coerenza tra i dati rendicontati nel flusso informativo e le prestazioni effettivamente erogate

**CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI PER LA REALIZZAZIONE DELLE MISURE DI CUI ALLA D.G.R. N. ..../2014, “INTERVENTI A SOSTEGNO DELLA FAMIGLIA E DEI SUOI COMPONENTI FRAGILI AI SENSI DELLA DGR 116/2013: SECONDO PROVVEDIMENTO ATTUATIVO”**

Tra la ASL (...) con sede legale nel Comune di (...) in via (...), codice fiscale (...), partita IVA (...) nella persona del Direttore Generale (o suo delegato), dott. (...), nato a (...) il (...), domiciliato per la carica presso la sede della ASL;

E il soggetto gestore (ragione sociale completa) con sede legale nel Comune di (...) via (...), codice fiscale (...) partita IVA (...) nella persona del sig. (...), nato a (...) il (...), residente nel Comune di (...) in via (...), codice fiscale (...), in qualità di legale rappresentante (o suo delegato, allegare l'atto che conferisce i poteri di firma);

Premesso che Regione Lombardia con la D.G.R. n. ..../2014:

- ha aggiornato il sistema di misure già previste dalla DGR 856/2013 volte ad assicurare ai soggetti fragili e alle loro famiglie interventi flessibili e integrati;
- ha confermato lo strumento del voucher socio sanitario, quale sistema di remunerazione degli interventi definendo altresì gli importi per ciascuna misura;
- ha demandato alle ASL: la valutazione multidimensionale come prerequisito per l'accesso delle persone alle misure individuate, la stesura del progetto individuale (PI) di assistenza in collaborazione con il Comune o con l'ambito territoriale di residenza della persona interessata e il monitoraggio e il controllo costante delle prestazioni erogate.

Premesso inoltre che il soggetto gestore:

- è *(abilitato all'esercizio o accreditato o impegnato in progetti sperimentali innovativi autorizzati dalla Regione, inserire gli estremi dell'atto)*;
- è in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla citata D.G.R. n. ..../2014 ed è disponibile a erogare una o più tipologie di intervento tra quelle previste, secondo le modalità ivi previste;

**TUTTO CIÒ PREMESSO  
LE PARTI CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE**

**Articolo 1. Oggetto del contratto**

Il presente contratto ha per oggetto l'erogazione delle prestazioni previste dalla D.G.R. n. ..../2014, con remunerazione a carico del fondo sanitario regionale, a favore dei soggetti beneficiari individuati da tutte le ASL della Lombardia tra i cittadini residenti sul territorio regionale.

Il presente contratto definisce i rapporti giuridici ed economici derivanti dall'erogazione delle prestazioni riferibili alla Misura :

*(inserire la specifica misura oggetto del presente contratto, tra quelle di seguito elencate)*

- **RESIDENZIALITÀ LEGGERA:** *Interventi e prestazioni sociosanitarie rivolte a persone che presentano condizioni di fragilità che necessitano di una soluzione abitativa con caratteristiche di protezione sociosanitaria;*

- *RESIDENZIALITÀ PER MINORI CON GRAVISSIMA DISABILITÀ: Interventi e prestazioni sociosanitarie di residenzialità di tipo continuativo per minori con gravissima disabilità;*
- *RSA: Presa in carico integrata della persona affetta da demenza o Alzheimer o altre patologie di natura psicogeriatrica, da parte delle RSA in una logica multiservizi;*
- *PRESA IN CARICO AMBULATORIALE DELLE PERSONE AFFETTE DA GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO: 1. Sensibilizzazione ed informazione della popolazione; 2. Accoglienza, presa in carico e cura dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico.*

### **Articolo 2. Compiti della ASL**

La ASL, con le modalità e i tempi di cui ai successivi articoli, si impegna a: effettuare la valutazione multidimensionale delle persone che presentano domanda per l'accesso alla misura, ad assegnare, ai soggetti beneficiari delle prestazioni, i voucher previsti, a remunerare il soggetto gestore per le prestazioni effettivamente erogate a favore dei residenti nella ASL stessa.

### **Articolo 3. Compiti del soggetto gestore**

Il soggetto gestore si impegna al pieno rispetto di quanto disposto dalla D.G.R. n. ..../2014, garantendo l'erogazione delle prestazioni della/e misure oggetto della presente convenzione.

In particolare si impegna a:

- a. rispettare tutti gli adempimenti e i requisiti minimi sperimentali previsti, ivi compresa, (se prevista), la capienza massima strutturale consentita per la/le misura/e del presente contratto;
- b. prestare la propria attività su richiesta del soggetto beneficiario del voucher;
- c. redigere e aggiornare, sentita la famiglia, il piano di assistenza individuale
- d. mantenere aggiornato il (*diario o registro o elenco*) delle prestazioni erogate, secondo le indicazioni regionali;
- e. trasmettere mensilmente alla ASL di residenza del soggetto beneficiario, entro il giorno 10 del mese successivo al mese di riferimento, la rendicontazione delle prestazioni effettuate e la relativa fattura;
- f. non interrompere l'erogazione delle prestazioni a favore dei soggetti beneficiari senza debito preavviso e adeguata motivazione;
- g. garantire la riservatezza delle informazioni riferite alle persone che fruiscono delle prestazioni e applicare al trattamento dei dati le misure previste dalle norme in materia;

### **Articolo 4. Soggetti beneficiari**

I soggetti beneficiari delle prestazioni, cittadini residenti in Lombardia iscritti al Servizio sanitario regionale, vengono riconosciuti secondo le modalità previste dalla D.G.R. n. ..../2014. A loro favore viene emesso dalla ASL un voucher dell'importo stabilito nella stessa D.G.R.

### **Articolo 5. Corrispettivo, modalità e termini di pagamento**

La ASL provvederà, a fronte dell'erogazione delle prestazioni, al pagamento del voucher rendicontato dal soggetto gestore, secondo le entità e le modalità stabilite dalla D.G.R. n. ..../2014, entro sessanta giorni dal ricevimento del rendiconto mensile. La ASL, entro trenta giorni dal ricevimento del rendiconto, può chiedere chiarimenti che il soggetto gestore è tenuto a fornire, insieme alla documentazione eventualmente necessaria, entro trenta giorni dalla data di ricevimento della richiesta.

### **Articolo 6. Mantenimento dei requisiti e vigilanza**

Il soggetto gestore garantisce il possesso e il mantenimento di tutti i requisiti richiesti dalla D.G.R. n. ..../2014, mantenendone idonea traccia documentale a disposizione per ogni verifica. Si impegna a comunicare tempestivamente alla ASL ogni eventuale variazione che dovesse incidere sull'organizzazione e ad adempiere al debito informativo previsto.

La ASL esercita le funzioni di vigilanza e di controllo di appropriatezza delle prestazioni, in coerenza con quanto stabilito dalla D.G.R. n. ..../2014. L'inosservanza degli obblighi di cui sopra costituisce

motivo di non remunerazione delle prestazioni. Nei casi più gravi il contratto può essere risolto, previa formale diffida.

**Articolo 7. Durata del contratto**

Il presente contratto ha validità dalla data di sottoscrizione e fino al (...). La cessazione anticipata dell'attività da parte del soggetto gestore richiede un preavviso di almeno trenta giorni e comporta l'impegno per lo stesso a garantire la continuità delle prestazioni per il periodo necessario a ricollocare gli assistiti.

**Articolo 8. Recepimento di disposizioni regionali e norme di rinvio**

Il presente contratto può essere modificato o integrato per effetto di sopravvenute disposizioni regionali, il cui contenuto deve essere formalmente reso noto dalla ASL al soggetto gestore.

Per ogni aspetto non disciplinato dal presente contratto si fa rinvio al codice civile e alla normativa di settore.

**Articolo 9. Controversie**

Per ogni controversia che dovesse insorgere sull'interpretazione, applicazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto è competente il Foro provinciale in cui ha sede la ASL che sottoscrive il contratto.

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data

*Il legale rappresentante  
del soggetto gestore*

*Il legale rappresentante  
della ASL*

## **Appendice**

### **Indice**

Sezione 1: andamento della prima fase di applicazione delle misure ex DGR 856/2013 .....	2
Sezione 2: misura RSA aperta – esempi di pacchetti prestazionali .....	9

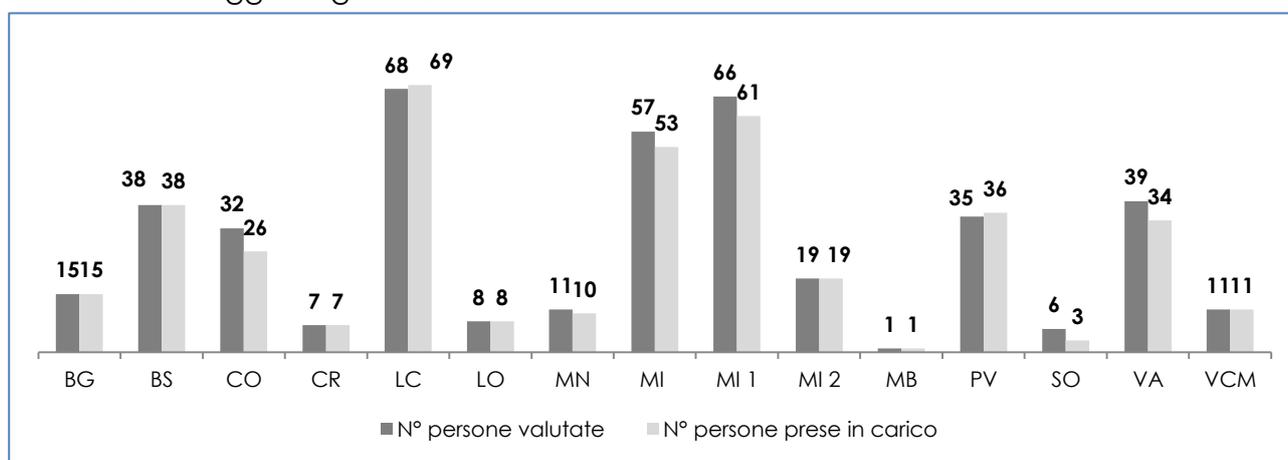
## Sezione 1: andamento della prima fase di applicazione delle misure ex DGR 856/2013

### Residenzialità leggera

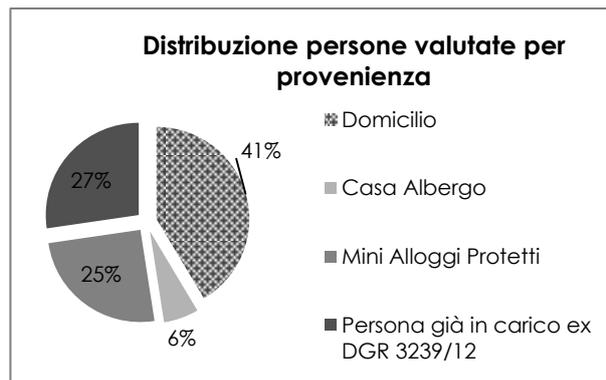
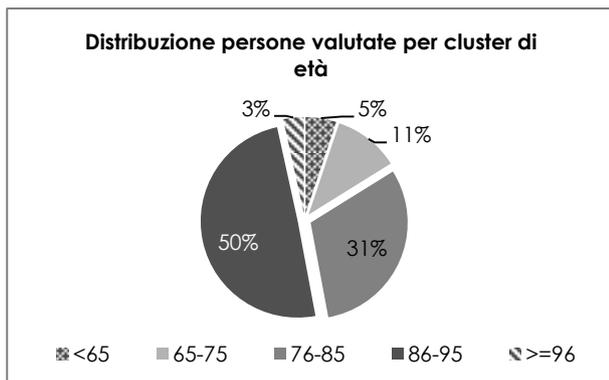
La misura ha permesso la presa in carico di persone anziane parzialmente non autosufficienti, in alcuni casi in condizioni di solitudine ed isolamento, che necessitano di una soluzione abitativa con caratteristiche di protezione sociosanitaria. La misura ha permesso di ritardare l'inserimento in RSA per quelle persone che, pur in possesso di capacità residue, non erano in grado di rimanere al proprio domicilio in mancanza di una rete di sostegno sufficiente.

#### Caratteristiche dell'utenza

Al 30 settembre 2014 le ASL hanno valutato 413 persone, di cui 391 effettivamente presi in carico da un soggetto gestore.



Analizzando la tipologia delle persone valutate emerge che il 50% ha un'età compresa tra gli 86 e i 95 anni, seguito da un 31% di persone tra i 76 e gli 85 anni. È presente anche un 3% di anziani over 95 in condizioni di parziale autosufficienza. Quasi il 70% delle persone valutate è costituito da donne. Le persone provengono per la maggior parte dal domicilio (41%), mentre il 27% era già in carico attraverso i progetti sperimentali avviati ai sensi della DGR 3939/2012. Le persone che hanno avuto accesso a questa misura potevano aver accesso ad altri servizi sociali e/o sociosanitari del territorio, ma, ad eccezione di pochi casi, la maggior parte delle persone non ha avuto necessità di utilizzare questi servizi.

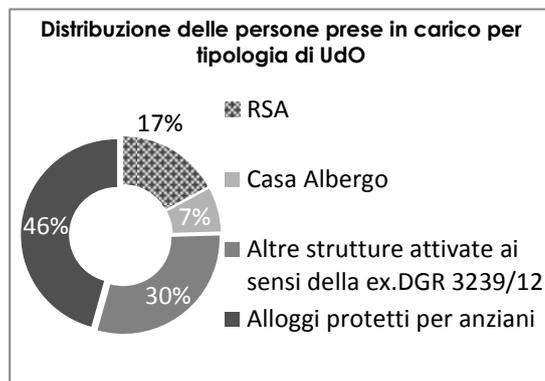
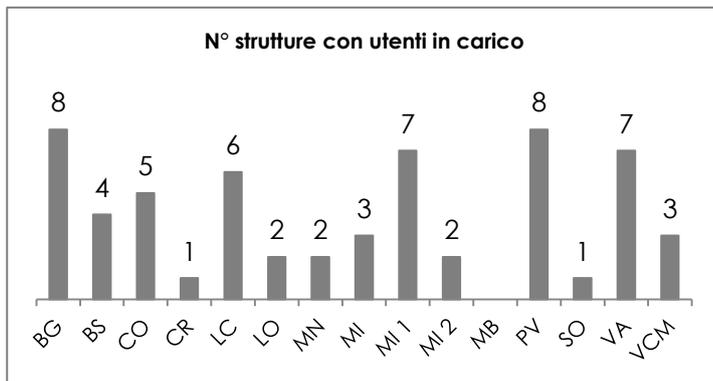


### La valutazione multidimensionale

Le figure professionali dei Comuni ed i Medici di Cure Primarie sono i soggetti che maggiormente affiancano le professionalità delle ASL nella valutazione, rispettivamente per il 32% e per il 25%. Si può affermare che l'assistente sociale risulta essere la figura maggiormente coinvolta nella valutazione (84%), cui segue l'infermiere (81%) e il medico specialista (39%).

### La presa in carico

Per quanto riguarda i soggetti gestori, quelli che si sono candidati alla misura sono complessivamente 133 sul territorio regionale. Di questi, quelli che hanno effettivamente preso in carico utenti sono 59. Queste strutture sono RSA, Case Albergo, Alloggi protetti anziani e tipologie di strutture attivate ai sensi della DGR 3239/2012. Tra queste quattro tipologie di Unità d'offerta previste dalla DGR 856/2013, gli utenti sono stati prevalentemente accolti negli alloggi protetti (46%) e nelle tipologie attivate ai sensi della ex DGR 3239/2012 (36%), con persone già in carico durante la fase delle sperimentazioni.



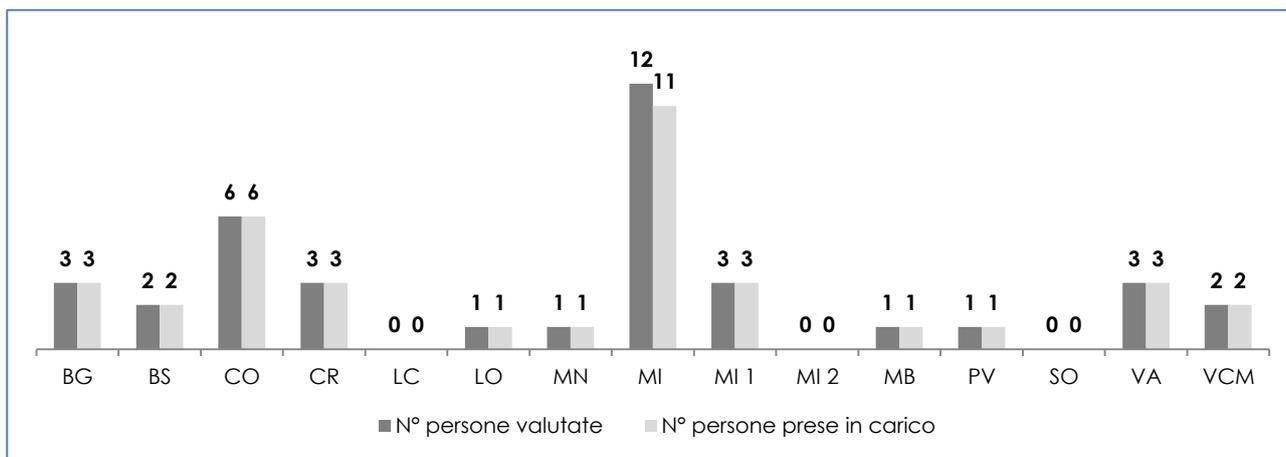
La misura prevedeva un voucher di 12 euro/die per le attività di protezione sociosanitaria necessarie. Gli utenti hanno utilizzato la misura prevalentemente come residenzialità definitiva.

### **Residenzialità per minori con grave e gravissima disabilità**

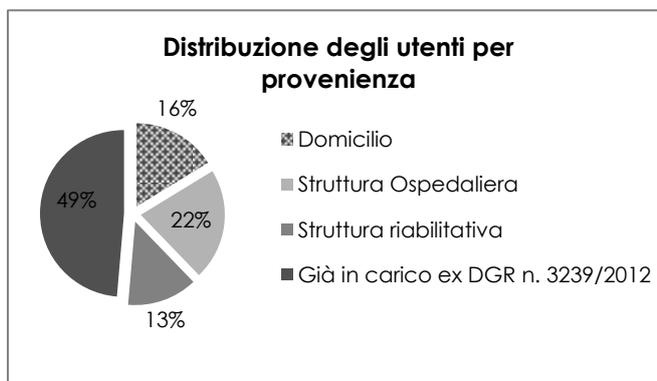
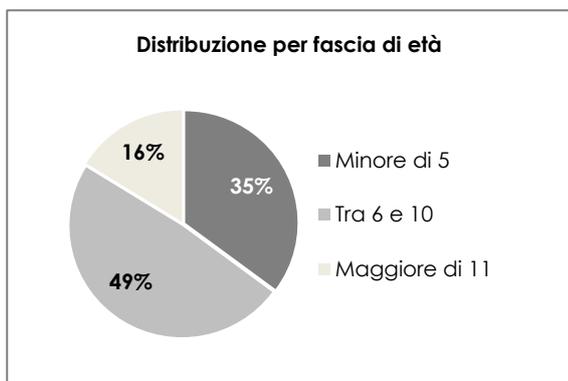
La misura ha permesso la presa in carico di minori con gravi e gravissime disabilità non gestibili al domicilio, minori spesso molto piccoli, anche con breve speranza di vita, e necessità di assistenza continua nell'arco delle 24H.

### Caratteristiche dell'utenza

Al 30 settembre 2014, sono stati valutati 38 minori, di cui 37 accolti in una delle strutture candidate.



I minori hanno prevalentemente un'età compresa tra 6 e 10 anni, ma più di un terzo sono bambini molto piccoli di età inferiore ai 5 anni. La metà dei bambini era già in carico presso le strutture sperimentate con la DGR 3239/2012, mentre la restante metà proviene per il 22% dalle strutture ospedaliere, per il 16% dal domicilio e per il 13% da una struttura riabilitativa.

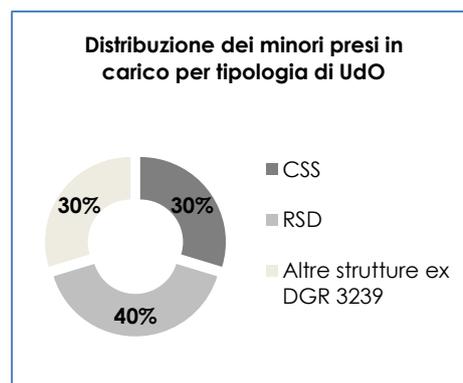
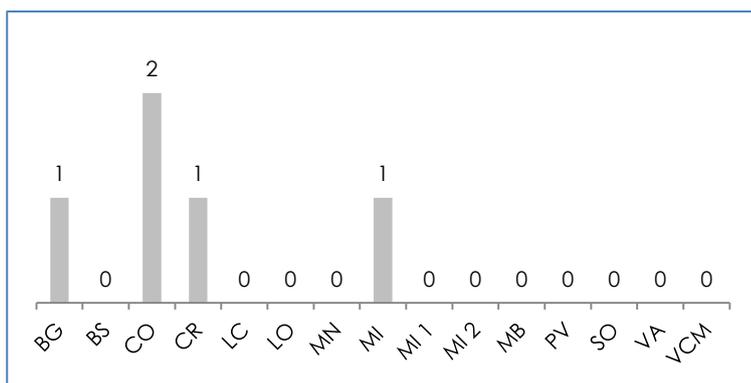


### La valutazione multidimensionale

Le valutazioni, effettuate dall'ASL di residenza del minore disabile, hanno visto il coinvolgimento di Comuni (90% dei casi) e Pediatri di libera scelta (43%). Le figure professionali maggiormente ricorrenti nella valutazione sono il medico (81%), l'assistente sociale del comune (81%), lo psicologo (67%) e l'infermiere (67%).

### La presa in carico

Gli enti gestori candidati alla misura sono stati complessivamente 6, di cui 5 con utenti in carico, presenti nelle ASL di Bergamo, Como, Cremona e Milano. Una struttura dell'ASL di Bergamo non ha avuto utenti in carico. I minori presi in carico si dividono equamente tra le diverse tipologie di strutture idonee all'accoglienza di questi minori, ossia CSS, RSD e quelle sperimentate ai sensi della DGR 3239/2012.



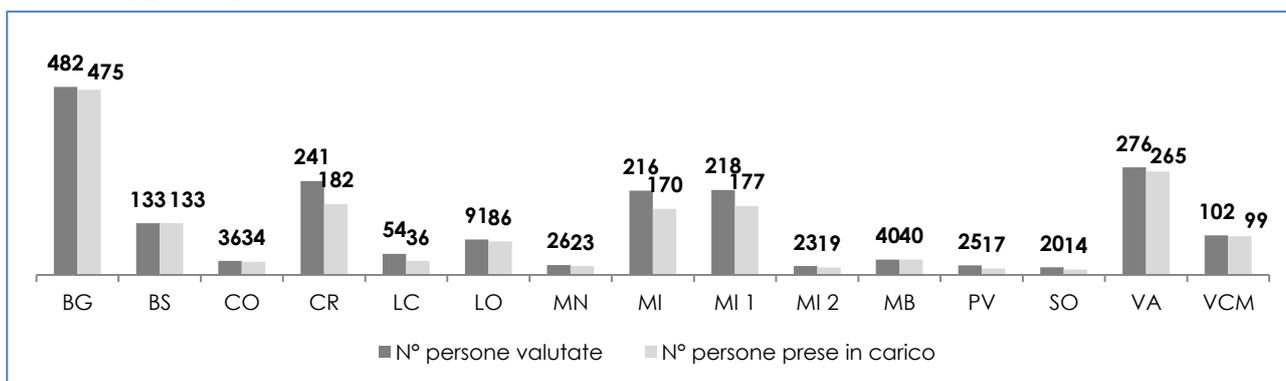
La misura prevedeva un voucher di 115 euro/die.

## RSA Aperta

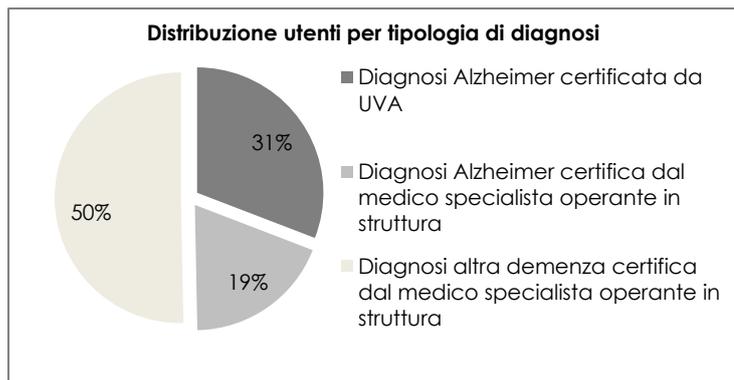
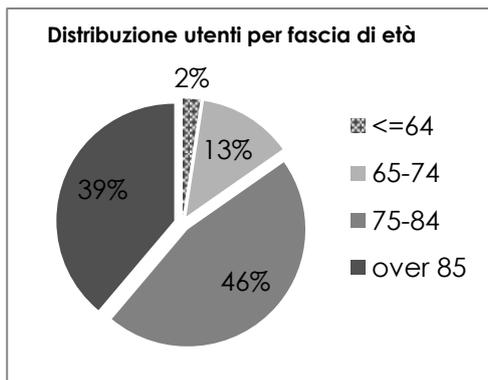
La misura ha voluto dare vita ad un percorso di evoluzione degli interventi erogabili dalle RSA in una logica di multiservizi, per una presa in carico integrata della persona residente al proprio domicilio. In fase di prima applicazione, la misura è rivolta a persone anziane affette da demenza/Alzheimer. Data l'assoluta novità dell'offerta, la misura è effettivamente partita alla fine del mese di Marzo 2014. Va inoltre segnalato che la misura si rivolge ad un segmento di popolazione, tra i meno assistiti dalla rete d'offerta dove il carico assistenziale è quasi totalmente e quasi sempre assunto dalle famiglie.

### Le caratteristiche dell'utenza

Il numero di persone valutate al 30 settembre 2014 è pari a 1.983. Di queste il numero di persone che al 30 settembre 2014 ha usufruito del voucher e quindi è stato preso in carico da un soggetto gestore è pari a 1.770.



I beneficiari che hanno richiesto di accedere alla misura sono prevalentemente di età superiore ai 75 anni, di cui il 46% tra i 75 e gli 84. Si registra anche un 2% di persone inferiori ai 64 anni. La metà delle persone valutate è affetta da forma di demenza, diversa dall'Alzheimer, certificata dal medico specialista neurologo / geriatra operante in struttura accreditata, mentre il restante 50%, che ha una diagnosi di Alzheimer, si divide tra un 31% certificato dalle Unità di Valutazione Alzheimer e un 19% certificato dal medico specialista neurologo / geriatra operante in struttura accreditata. Più della metà delle persone valutate appartiene alla popolazione femminile. Per quanto riguarda l'utilizzo di altri servizi, si segnala che il 30% delle persone in carico usufruisce anche dell'Assistenza domiciliare Integrata.

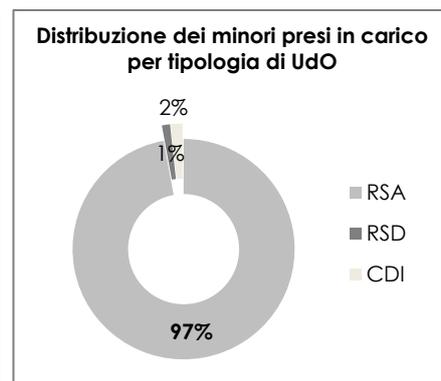
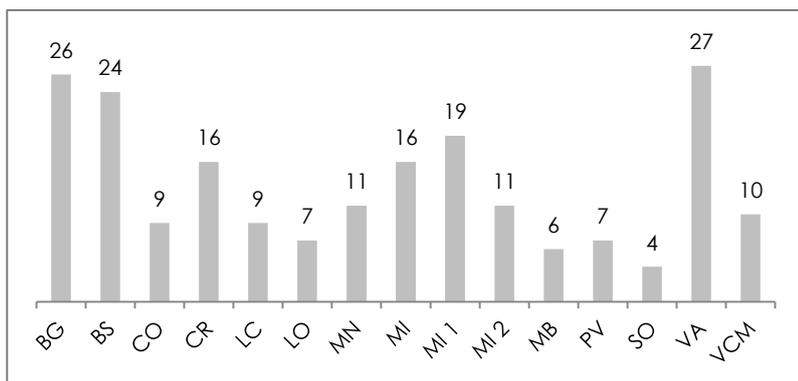


### La valutazione multidimensionale

Le valutazioni hanno visto il parziale coinvolgimento di altri soggetti come i Comuni (26%) ed i Medici di cure primarie (19%), che sono i soggetti che maggiormente affiancano le ASL nella valutazione.

### La presa in carico

Gli enti gestori che si sono candidati alla misura sono complessivamente 314 distribuiti sull'intero territorio regionale; di questi, 202 hanno avviato Piani di Assistenza Individualizzati; per la natura stessa della misura, si tratta quasi esclusivamente di RSA. Infatti il 97% del totale delle persone è stata presa in carico da RSA.



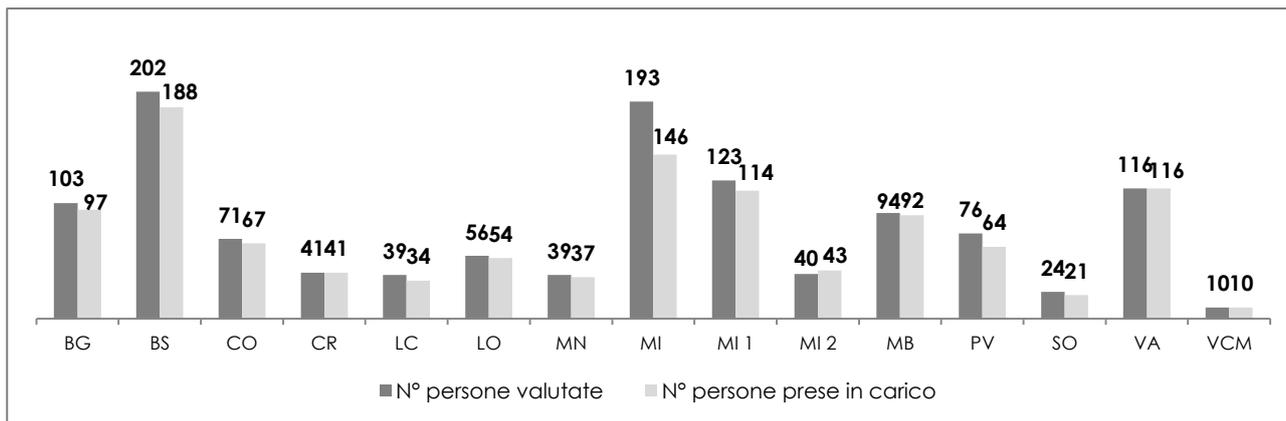
Analizzando le prestazioni realizzate nei PAI emerge che per l'84% dei casi i beneficiari di tale misura hanno richiesto una o al massimo due prestazioni e molto più raramente un mix di prestazioni. Inoltre, tra le prestazioni maggiormente richieste si collocano la sostituzione temporanea al domicilio del caregiver, il bagno assistito ed interventi riabilitativi di mantenimento.

### **Presenza in carico ambulatoriale di soggetti affetti da GAP**

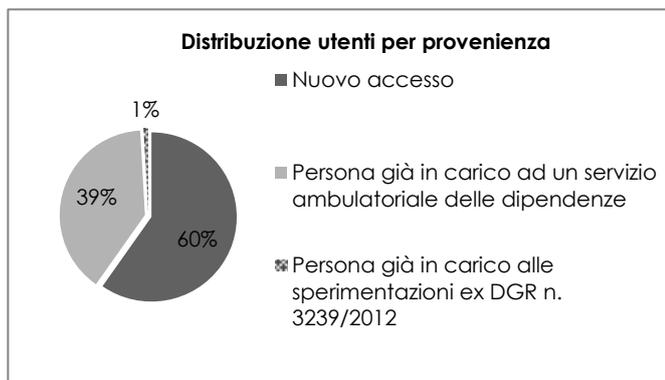
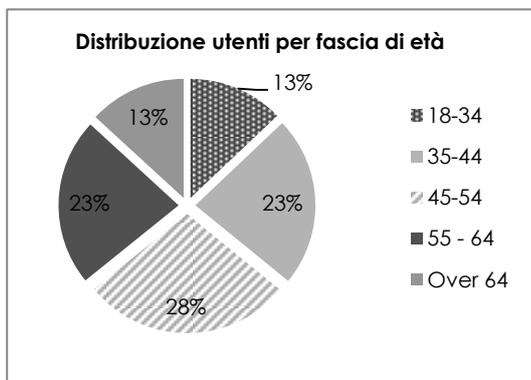
La misura prevedeva la presa in carico di persone affette da gioco d'azzardo patologico.

### Caratteristiche dell'utenza

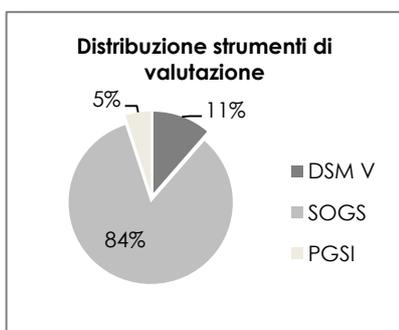
Al 30 settembre 2014, il numero di persone valutate è pari a 1.227. Di queste, il numero di persone che ha usufruito del voucher e quindi è stato preso in carico da un ente gestore è pari a 1.124.



Analizzando la tipologia di utenti valutati emerge che le fasce di età centrali della vita, dai 35 ai 64 anni, sono equamente presenti, contando più del 70% delle persone assistite. Si rileva anche un 13% di persone sia nella fascia di età molto giovane (sotto i 35 anni), sia nella fascia della popolazione con più di 65 anni. La stragrande maggioranza degli utenti assistiti da Ser.T e SMI per gambling è di sesso maschile (77%). Nel corso del 2014 i nuovi accessi costituiscono il 60% della popolazione assistita, mentre il 39% era già in carico presso i servizi ambulatoriali per le dipendenze. Questa misura era già stata sperimentata ai sensi della ex DGR 3239/2012, e l'1% degli utenti era già in carico nei progetti sperimentali.



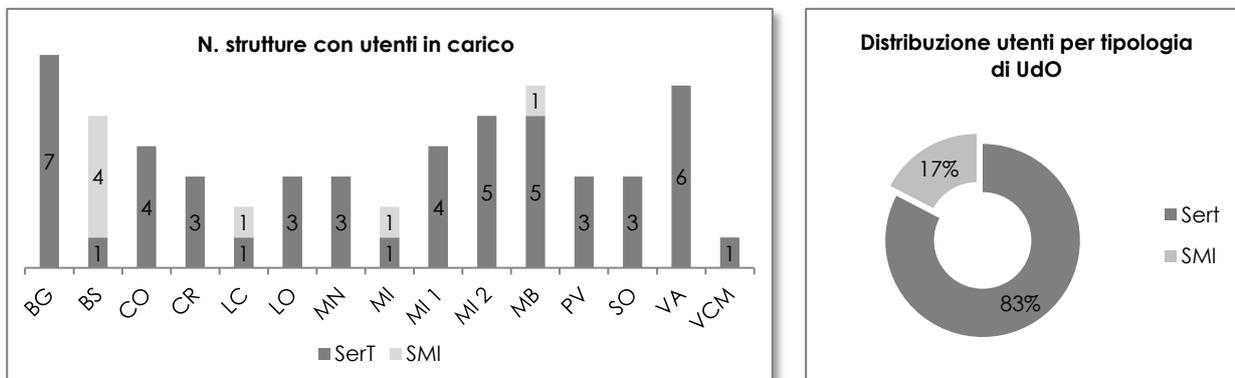
### La valutazione multidimensionale



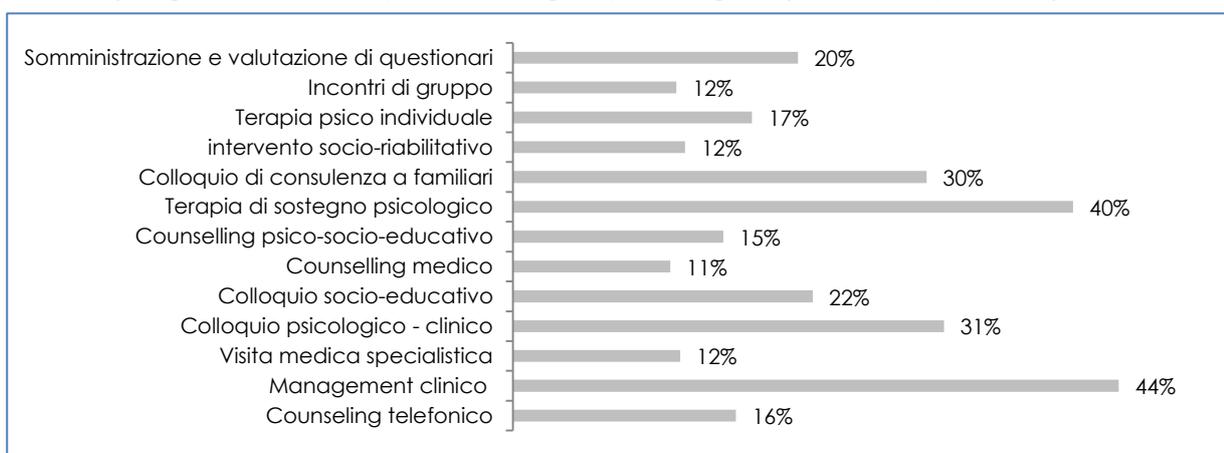
La valutazione per l'accesso al servizio era in capo all'ASL e ha visto prevalentemente il coinvolgimento di figure professionali quali lo psicologo e il medico. La circolare 1/2014 prevedeva per questa misura l'utilizzo sperimentale di tre strumenti di valutazione: il DSM V, il questionario SOGS e lo strumento PGSI. Emerge che più dell'80% delle valutazioni sono state effettuate tramite il questionario SOGS. La quasi totalità dei soggetti valutati è risultata idonea per l'accesso alla misura.

### La presa in carico

La DGR 856/2013 ha previsto che le strutture che potevano candidarsi erano SerT e SMI. In totale sono 57 i servizi pubblici e privati che al 30 settembre 2014 hanno effettivamente erogato la misura; nel grafico sottostante si evidenzia la distribuzione per ASL tra SerT e SMI; infatti, osservando la distribuzione percentuale degli utenti presi in carico per tipologia di offerta, risulta che l'83% è stato preso in carico da un servizio SerT dell'Asl.



Secondo quanto previsto dalla Circolare 1/2014, le prestazioni che potevano essere erogate sono quelle ambulatoriali definite ai sensi della DGR n. 20586/2005 e quelle consultoriali di consulenza e mediazione familiare definite dalla DGR n. 4597/2012. Di seguito si rappresenta la distribuzione delle prestazioni maggiormente erogate agli utenti. Emerge che il management clinico è la prestazione maggiormente erogata (44% delle persone) seguita dalle terapie di sostegno psicologico (40% delle persone).

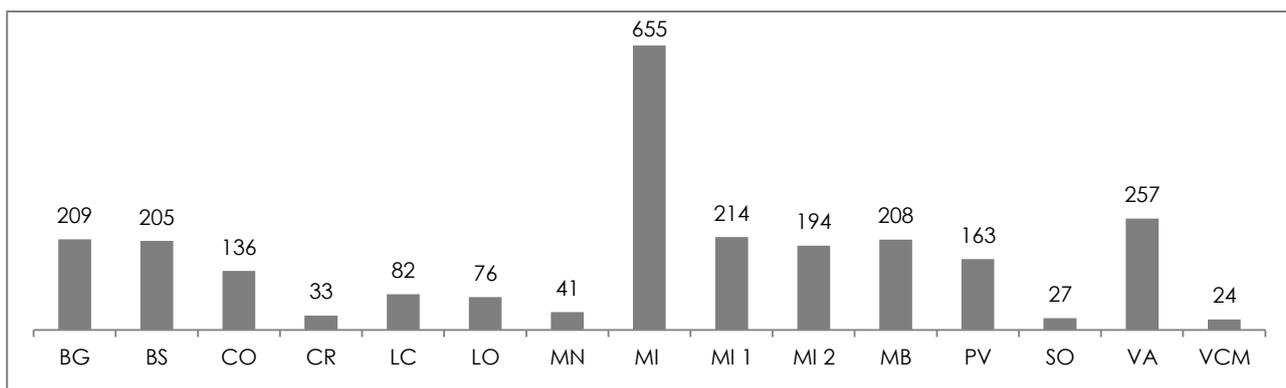


## Comunità alloggio minori

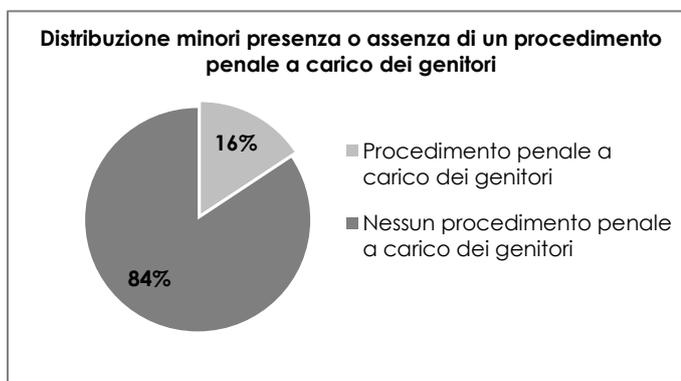
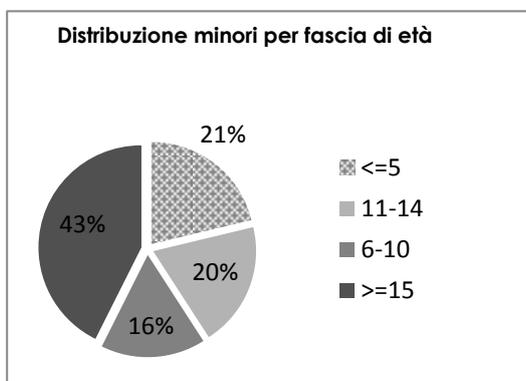
L'azione si concretizza nell'accoglienza, presso strutture residenziali sociali autorizzate ai sensi della DGR 20762/2005, di minori vittime di abuso/violenza/maltrattamento, anche garantendo l'assistenza sociosanitaria, interventi di carattere educativo, l'accompagnamento nelle fasi processuali e assistenza psicologica.

### Le caratteristiche dell'utenza

Il numero minori che al 30 settembre 2014 hanno usufruito del voucher è di 2.524.



I minori hanno prevalentemente un'età superiore ai 15 anni (43% dei minori). Tuttavia emerge anche un 21% di bambini molto piccoli, di età inferiore ai 5 anni. Tutti i minori hanno un provvedimento da parte del Tribunale dei Minorenni, mentre per l'84% non è presente alcun procedimento penale a carico dei genitori.



## Sezione 2: misura RSA aperta – esempi di pacchetti prestazionali

Nelle tabelle successive, per ciascuno dei profili assistenziali descritti all'interno dell'allegato A, si riportano a titolo esemplificativo e non esaustivo tre esempi di possibili pacchetti di prestazioni. Tali esempi mirano a mostrare la metodologia da utilizzare per la costruzione dei pacchetti. I pacchetti dovranno contenere:

- elenco delle diverse tipologie di attività che il soggetto gestore intende eseguire; le attività non sono fisse, ma possono variare nel corso dei mesi in funzione dei bisogni della persona;
- la figura professionale che dovrà svolgere l'attività;
- l'impegno in termini di numero di ore e accessi per attività proporzionali al valore del voucher.

### Profilo 1 – bassa intensità assistenziale

Prestazioni, anche di lunga durata (ripetibili per più settimane o mesi), ma tendenzialmente legate all'intervento di singoli professionisti (in linea di massima ASA/OSS

ed educatore), integrati da una valutazione iniziale da parte di una figura professionale più qualificata, quale il geriatra.

Declinazione del profilo:

- valutazione semplice;
- sostituzione temporanea del caregiver principale;
- integrazione del lavoro assistenziale;
- compagnia, ascolto, orientamento e mediazione di rete, sostegno alla famiglia nel governo del processo di cura.

Esempio 1

Attività	Professionalità	N. accessi	Costo teorico
Valutazione semplice	Medico	1 accesso mensile	€ 81,00
Integrazione del lavoro del caregiver	ASA / OSS	Accessi variabili per un totale di 12 ore mensili	€ 252,00
Care management leggero	Assistente sociale / Educatore	1 contatto telefonico ogni 15 giorni per 15 minuti	€ 14,00

Esempio 2

Attività	Professionalità	N. accessi	Costo teorico
Integrazione del lavoro del caregiver	ASA / OSS	Accessi variabili per un totale di 7 ore mensili	€ 147,00
Care management leggero	Assistente sociale / Educatore / ASA	1 contatto telefonico ogni 15 giorni per 15 minuti	€ 14,00
Interventi qualificati di accompagnamento	Educatore / Animatore	Accessi variabili per un totale di 8 ore mensili	€ 192,00

Esempio 3

Attività	Professionalità	N. accessi	Costo teorico
Care management leggero	Assistente sociale / Educatore / ASA	1 contatto telefonico ogni 15 giorni per 15 minuti	€ 14,00
Accoglienza in CDI		Accesso presso CDI 1 volta a settimana	€ 116,00
Integrazione del lavoro del caregiver	ASA / OSS	Accessi variabili per un totale di 11 ore mensili	€ 232,00

### **Profilo 2 – media intensità assistenziale**

Prestazioni a maggiore integrazione professionale, interventi che, a seguito di una valutazione multiprofessionale, prevedono accessi a frequenza decrescente per addestramento del caregiver (es. tecniche di assistenza nelle ADL, gestione dei disturbi comportamentali)

Declinazione del profilo:

- valutazione multiprofessionale;
- attività di addestramento del caregiver con adeguata professionalità;
- attività di riabilitazione cognitiva;

- attività di care management.

#### Esempio 1

Attività	Professionalità	N. accessi	Costo teorico
Valutazione complessa	Medico, Infermiere / Assistente Sociale	1 accesso mensile	€ 162,00
Interventi di stimolazione cognitiva	Educatore	Accessi variabili per un totale di 13 ore mensili	€ 312,00
Care management a media intensità	Educatore / Assistente Sociale	1 contatto telefonico ogni 15 giorni per 15 minuti e 1 visita domiciliare di 30 minuti ogni 15 giorni	€ 41,00

#### Esempio 2

Attività	Professionalità	N. accessi	Costo teorico
Integrazione del lavoro del caregiver	ASA / OSS	Accessi variabili per un totale di 10 ore mensili	€ 210,00
Care management a media intensità	Educatore / Assistente Sociale	1 contatto telefonico ogni 15 giorni e 1 visita domiciliare di 30 minuti ogni 15 giorni	€ 41,00
Intervento formalizzato di sostegno a BPSD	Educatore	Accessi variabili per un totale di 11 ore mensili	€ 264,00

#### Esempio 3

Attività	Professionalità	N. accessi	Costo teorico
Care management a media intensità	Educatore / Assistente Sociale	1 contatto telefonico ogni 15 giorni + 1 visita domiciliare di 30 minuti ogni 15 giorni	€ 41,00
Accoglienza in CDI		Accesso presso CDI 2 volta a settimana	€ 232,00
Counselling	Psicologo	Accessi variabili per un totale di 5 ore mensili	€ 240,00

### Profilo 3 – alta intensità assistenziale

Prestazioni di lunga durata e a diverso mix professionale a maggiore intensità assistenziale e necessità di maggiore integrazione con altri servizi sociali, sociosanitari e sanitari

Declinazione del profilo:

- valutazione multiprofessionale;
- integrazione di maggiore intensità del lavoro tutelare, con il possibile coinvolgimento di mix professionali specifici;
- sostegno alla famiglia;
- operare in sinergia con ASL, Comuni, servizi territoriali e tutti i soggetti coinvolti.

Esempio 1

<b>Attività</b>	<b>Professionalità</b>	<b>N. accessi</b>	<b>Costo teorico</b>
Valutazione complessa	Medico / Infermiere / Assistente sociale	1 accesso di 2 ore	€ 162,00
Integrazione del lavoro del caregiver	ASA/OSS	Accessi variabili per un totale di 22 ore mensili (es. 2 accessi a settimana da 3 ore ad accesso)	€ 462,00
Care management ad alta intensità	Educatore / Assistente Sociale	1 contatto telefonico settimanale per 15 minuti e 1 visita domiciliare di 30 minuti ogni settimanale	€ 81,00

Esempio 2

<b>Attività</b>	<b>Professionalità</b>	<b>N. accessi</b>	<b>Costo teorico</b>
Stimolazione cognitiva	Educatore	Accessi variabili per un totale di 11 ore mensili	€ 264,00
Care management ad alta intensità	Assistente sociale / Educatore	1 contatto telefonico ogni settimanale. per 15 minuti e 1 visita domiciliare di 30 minuti ogni settimana	€ 81,00
Integrazione del lavoro del caregiver	ASA/OSS	Accessi variabili per un totale di 17 ore mensili	€ 357,00

Esempio 3

<b>Attività</b>	<b>Professionalità</b>	<b>N. accessi</b>	<b>Costo teorico</b>
Care management ad alta intensità	Assistente sociale / Educatore	1 contatto telefonico ogni settimanale. per 15 minuti e 1 visita domiciliare di 30 minuti ogni settimana	€ 81,00
Accoglienza in RSA		Accesso presso RSA 2 volte a settimana	€ 320,00
Integrazione del lavoro del caregiver	ASA/OSS	Accessi variabili per un totale di 15 ore mensili	€ 315,00