



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 4086

Seduta del 25/09/2015

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali MARIO MANTOVANI *Vice Presidente*  
VALENTINA APREA  
VIVIANA BECCALOSSI  
SIMONA BORDONALI  
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 del Presidente Roberto Maroni

Oggetto

DETERMINAZIONI CONSEGUENTI ALLA DGR N. 3363/2015 AVENTE AD OGGETTO: "DETERMINAZIONI CONSEGUENTI ALLE DDGR N. 2022/2014 E 2989/2014-ALLEGATO C". INDICAZIONI PER LA STABILIZZAZIONE DELLE AZIONI INNOVATIVE

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

Il Dirigente Giovanni Daverio

Il Direttore Generale Giovanni Daverio

L'atto si compone di 21 pagine

di cui 12 pagine di allegati

parte integrante



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

**VISTA** la seguente normativa regionale:

- l.r. 30 agosto 2008, n. 1 “Statuto d'autonomia della Lombardia” ed in particolare l'art. 2, comma 4, lett. b);
- l.r. 12 marzo 2008, n. 3 “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario” e successive modificazioni con l.r. n. 2/2012, in particolare l'art 11;
- l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”;

**VISTA** la l.r. 11 agosto 2015, n. 23 “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”;

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

- DCR 9 luglio 2013, n. 78 “Programma Regionale di Sviluppo della X Legislatura” che, tra le priorità strategiche delineate, indica il riordino del Welfare regionale, necessario per rispondere coerentemente e appropriatamente ai nuovi bisogni emergenti, conciliando pertanto il nuovo sistema dei bisogni con la programmazione e l'organizzazione di risposte appropriate, anche sotto il profilo del riorientamento e dell'integrazione delle risorse stesse;
- DGR 23 dicembre 2014, n. 2989 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2015” con particolare riferimento all'Allegato C in cui sono indicate le modalità e i tempi di sistematizzazione delle azioni innovative sperimentate ai sensi delle DDGR n. 3239/2012 e n. 499/2013;
- DGR 1 aprile 2015, n. 3363 “Determinazioni conseguenti alle DDGR n. 2022/2014 e n. 2989/2014 – Allegato C”;

**RICHIAMATI** altresì i seguenti provvedimenti regionali:

- DGR 7 aprile 2003, n. 12621 “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 e indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle ASL: Progetto Regionale Dipendenze”;



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

---

- DGR 4 aprile 2012, n. 3238 "Sperimentazione residenzialità leggera in attuazione del PSSR 2010 -2014" che, secondo quanto previsto dal PSSR 2010-2014, ha approvato una sperimentazione volta ad assistere anziani fragili nell'ambito delle residenzialità gestite dalle congregazioni religiose;
- DGR 14 maggio 2013, n. 116 "Determinazioni in ordine all'istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: atto di indirizzo";
- DGR 12 luglio 2013, n. 392 "Attivazione di interventi a sostegno delle famiglie con la presenza di persone con disabilità, con particolare riguardo ai disturbi pervasivi dello sviluppo e dello spettro autistico";
- DGR 1 luglio 2014, n. 2022 "Determinazioni in ordine alle attività innovative ai sensi delle DDGR n. 3239/2012 e n. 499/2013. Fase transitoria";
- DGR 26 febbraio 2015, n. 3206 "Programmazione dei percorsi di inclusione sociale a favore di famiglie con adolescenti in difficoltà nonché di giovani e persone con problemi di abuso a grave rischio di marginalità" che prevede l'individuazione di modalità di finanziamento, attraverso risorse afferenti al POR FSE 2014-2020/Asse Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà, sia interventi psico-socio educativi a favore di adolescenti in difficoltà sia nei riguardi di persone in situazione di grave marginalità che abusano di sostanze;
- DGR 1 aprile 2015, n. 3371 "Preso d'atto della comunicazione degli Assessori Cantu' e Mantovani aventi oggetto: Indirizzi quadro per la presa in carico integrata dei minori affetti da disturbi dello spettro autistico";

**PRESO ATTO** del differimento applicativo al 30 settembre 2015 disposto dalla succitata DGR n. 3363/2015, Allegato A, per la sistematizzazione delle azioni innovative attive nelle aree:

- Riabilitazione ambulatoriale e diurna per minori disabili;
- Case management;
- Dipendenze – Cronicità;
- Dipendenze – Adolescenti;
- Dipendenze – Rischio danno;
- Consulitori;
- Residenzialità per religiosi;



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

**DATO ATTO** che il termine delle azioni innovative nelle succitate aree è stato differito, ai sensi della DGR n. 3363/2015, al 30 settembre 2015;

**PRESO ATTO** che per le seguenti aree sono stati assunti i provvedimenti per la sistemazione:

- Area Dipendenze-Cronicità con DGR n. 3945/2015 "Definizione della nuova unità d'offerta sociosanitaria a bassa intensità assistenziale nell'area delle dipendenze. Individuazione dei requisiti specifici di esercizio e di accreditamento";
- Area Dipendenze-Adolescenti in attuazione della DGR n. 3206/2015 sopra citata per cui sono stati disposti i Decreti attuativi: Decreto n. 6565 del 3 agosto 2015 "Approvazione della metodologia per la definizione dei costi standard relativi agli interventi psico-socio-educativi a favore di famiglie con adolescenti in difficoltà" e Decreto n. 7060 del 28 agosto 2015 approvazione, ai sensi della DGR n. 3206/2015, dell'"Avviso pubblico per interventi psico-socio-educativi a famiglie con adolescenti in difficoltà per favorire processi di inclusione sociale e di contrasto alla povertà";

**RICHIAMATA** la DGR n. 2989/2014 che per l'anno 2015 apre l'accredito per tutte le unità d'offerta ad eccezione di quelle delle dipendenze, essendo tale tipologia oggetto di riordino e di ridefinizione dei relativi requisiti specifici;

**CONSIDERATO** che la DGR n. 3945/2015 costituisce il primo atto di riordino nell'area delle dipendenze con la definizione della nuova unità d'offerta a bassa intensità assistenziale e dei relativi requisiti specifici;

**RITENUTO:**

- di consentire l'accredito di unità d'offerta a bassa intensità assistenziale nell'area delle dipendenze, a partire dal 1 ottobre 2015, per i soggetti gestori di unità d'offerta in possesso dei requisiti previsti dalla DGR n. 2569/2014 e dalla DGR n. 3945/2015;
- di ricondurre alle azioni innovative nell'area dipendenze-cronicità le sperimentazioni già autorizzate alla data di approvazione del presente provvedimento, coerenti con gli obiettivi di sperimentazione delle DGR n. 3239/2012, DGR n. 499/2013, DGR n. 2022/2014, che erogano analoghi servizi sulla medesima tipologia di utenti;



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

---

**RITENUTO** altresì, in fase di prima applicazione, di prevedere per l'area Dipendenze che la messa a contratto dei posti delle unità d'offerta a bassa intensità assistenziale accreditate possa riguardare unicamente:

- quelle che hanno attivato le azioni innovative nell'area Cronicità ai sensi delle DGR n. 3239/2012, DGR n. 499/2013, DGR n. 2022/2014 e quelle ad esse ricondotte, al fine di assicurare continuità assistenziale agli utenti in carico alla data di approvazione del presente atto;
- quelle che, già accreditate ai sensi della DGR n. 12621/2003 per altre tipologie di unità d'offerta residenziali nell'area delle dipendenze, intendano riconvertire posti accreditati e a contratto per una più appropriata collocazione degli utenti;

**PRECISATO** che le unità d'offerta che hanno attivato le azioni innovative dell'area Dipendenze Cronicità ai sensi delle DGR n. 3239/2012, DGR n. 499/2013, DGR n. 2022/2014 e quelle ad esse ricondotte, potranno essere messe a contratto per un numero di posti non superiore quelli messi a disposizione nella fase di differimento applicativo ex DGR n. 3363/2015, per il periodo aprile – settembre 2015, rilevati dalle ASL in attuazione del Decreto n. 3419/2015;

**PRECISATO** che la messa a contratto per le unità d'offerta a bassa intensità assistenziale, nell'area dipendenze-cronicità, ottenuto l'accreditamento, avverrà con l'esercizio 2016;

**CONSIDERATO** il processo in corso per dare attuazione a quanto disposto con la citata l.r. n. 23/2015 per l'evoluzione del sistema sociosanitario lombardo, relativamente sia agli assetti istituzionali e organizzativi territoriali, sia alle funzioni di programmazione, gestione e controllo, nonché in ordine anche alla costituzione dell'Assessorato alla salute e alle politiche sociali "Welfare";

**RITENUTO** di fornire, a chiusura delle azioni innovative al 30 settembre 2015, gli esiti del monitoraggio e le indicazioni per la stabilizzazione degli interventi con declinazione delle specifiche unità d'offerta/misure afferenti al I o al II Pilastro del Welfare, così come riportato nell'Allegato A "Indicazioni per la stabilizzazione delle azioni innovative ai sensi della DGR n. 3363/2015", parte integrante e sostanziale del presente atto, relativamente alle aree Riabilitazione ambulatoriale e diurna per minori disabili, Case management e Consultori in termini di indicazioni generali e relativamente all'area Residenzialità per religiosi in termini di indicazioni definitive;



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

---

**VALUTATA** l'opportunità che le specifiche azioni innovative non stabilizzate con il presente provvedimento, siano poi stabilizzate o nell'ambito della programmazione regionale sociosanitaria annuale che verrà disposta, ai sensi della citata l.r. n. 23/2015, con successivo provvedimento della Giunta Regionale entro il 30 novembre 2015 a valere per l'anno 2016 o con altro specifico provvedimento da assumere entro il 31 dicembre 2015;

**RITENUTO** pertanto, di garantire nelle more della stabilizzazione di tali azioni, la continuità assistenziale fino al 31/12/2015, limitatamente agli utenti già in carico alla data di approvazione del presente provvedimento con le seguenti specifiche per le azioni dell'area Dipendenze:

- Dipendenze - Cronicità limitatamente agli utenti già in carico alla data di approvazione del presente provvedimento, nelle more del completamento del processo di accreditamento e contrattualizzazione delle nuove unità d'offerta;
- Dipendenze – Adolescenti, limitatamente agli utenti già in carico alla data di approvazione del presente provvedimento, fino all'avvio della valutazione e alla relativa presa in carico da parte delle ASL degli adolescenti beneficiari dell'Avviso Pubblico di cui al citato Decreto n. 7060/2015;
- Dipendenze – Rischio danno fino alla pubblicazione della graduatoria di finanziamento di progetti, di cui all'emanando Avviso Pubblico, per lo sviluppo di interventi a favore di giovani e persone abusatori di sostanze in situazione di grave marginalità;

**CONSIDERATO** che le risorse necessarie a garantire la continuità delle azioni innovative complessivamente ammontano a euro 4.850.000,00 e sono già disponibili nei bilanci aziendali delle ASL;

**RITENUTO** di demandare a specifici provvedimenti della Giunta regionale o della Direzione competente gli atti attuativi del presente provvedimento;

**VISTA** la l.r. 7 luglio 2008, n. 20 e i provvedimenti organizzativi della Giunta Regionale;

**RITENUTO** di disporre la pubblicazione del presente provvedimento su Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della Regione Lombardia [www.regione.lombardia.it](http://www.regione.lombardia.it);



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

**A voti unanimi** espressi nelle forme di legge;

### **DELIBERA**

per le motivazioni espresse in premessa e qui interamente richiamate:

1. la chiusura al 30 settembre 2015 delle azioni innovative in corso, oggetto di differimento applicativo ai sensi della DGR n. 3363/2015, nelle aree della Riabilitazione ambulatoriale e diurna per minori disabili, Case management, Consultori e Residenzialità per religiosi;
2. di consentire l'accreditamento di unità d'offerta a bassa intensità assistenziale nell'area delle dipendenze, a partire dal 1 ottobre 2015, per i soggetti gestori di unità d'offerta in possesso dei requisiti previsti dalla DGR n. 2569/2014 e dalla DGR n. 3945/2015;
3. di ricondurre alle azioni innovative nell'area dipendenze-cronicità le sperimentazioni già autorizzate alla data di approvazione del presente provvedimento, coerenti con gli obiettivi di sperimentazione delle DGR n. 3239/2012, DGR n. 499/2013, DGR n. 2022/2014, che erogino analoghi servizi sulla medesima tipologia di utenti;
4. di disporre che, in fase di prima applicazione, la messa a contratto delle unità d'offerta a bassa intensità assistenziale accreditate riguarda unicamente:
  - quelle che hanno attivato le azioni innovative nell'area Cronicità ai sensi delle DGR n. 3239/2012, DGR n. 499/2013, DGR 2022/2014 e quelle ad esse ricondotte per un numero di posti non superiore a quelli messi a disposizione nella fase di differimento applicativo ex DGR n. 3363/2015, per il periodo aprile – settembre 2015, rilevati dalle ASL in attuazione del Decreto n. 3419/2015;
  - quelle già accreditate ai sensi della DGR n. 12621/2003 per altre tipologie d'offerta residenziale nell'area delle dipendenze, che intendono riconvertire posti accreditati e a contratto per una più appropriata collocazione degli utenti;



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

---

5. di stabilire che la messa a contratto delle unità d'offerta a bassa intensità assistenziale, nell'area dipendenze-cronicità, avverrà con l'esercizio 2016;
6. di approvare l'Allegato A "Indicazioni per la stabilizzazione delle azioni innovative ai sensi della DGR n. 3363/2015", parte integrante e sostanziale del presente atto, relativamente alle aree:
  - Riabilitazione ambulatoriale e diurna per minori disabili;
  - Case management;
  - Consulteri;
  - Residenzialità per religiosi;
7. di disporre che le specifiche azioni innovative non stabilizzate con il presente provvedimento siano poi stabilizzate o nell'ambito della programmazione regionale sociosanitaria annuale che verrà definita, ai sensi della citata l.r. n. 23/2015, con successivo provvedimento della Giunta Regionale entro il 30 novembre 2015 a valere per l'anno 2016, o con altro specifico provvedimento da assumere entro il 31/12/2015;
8. di garantire, nelle more della stabilizzazione di tali azioni, la continuità assistenziale fino al 31/12/2015, limitatamente agli utenti già in carico alla data di approvazione del presente provvedimento con le seguenti specifiche per le azioni dell'area Dipendenze:
  - Dipendenze - Cronicità limitatamente agli utenti già in carico alla data di approvazione del presente provvedimento, nelle more del completamento del processo di accreditamento e contrattualizzazione delle nuove unità d'offerta;
  - Dipendenze – Adolescenti, limitatamente agli utenti già in carico alla data di approvazione del presente provvedimento, fino all'avvio della valutazione e alla relativa presa in carico da parte delle ASL degli adolescenti beneficiari dell'Avviso Pubblico di cui al citato Decreto n. 7060/2015;
  - Dipendenze – Rischio danno fino alla pubblicazione della graduatoria di finanziamento di progetti, di cui all'emanando Avviso Pubblico, per lo sviluppo di interventi a favore di giovani e persone abusatori di sostanze in situazione di grave marginalità;



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

---

9. di indicare in euro 4.850.000,00, già disponibili nei bilanci aziendali delle ASL, l'ammontare complessivo delle risorse necessarie a garantire la continuità di tutte le azioni innovative fino al 31/12/2015;
10. di demandare a specifici provvedimenti della Giunta regionale o della Direzione competente gli atti attuativi del presente provvedimento;
11. di demandare alla Direzione generale competente, la cura dei successivi atti in materia di trasparenza e pubblicità ai sensi degli artt. 26 e 27 del D.Lgs. n.33/2013;
12. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento su Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della Regione Lombardia [www.regione.lombardia.it](http://www.regione.lombardia.it).

IL SEGRETARIO  
FABRIZIO DE VECCHI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

## **INDICAZIONI PER LA STABILIZZAZIONE DELLE AZIONI INNOVATIVE AI SENSI DELLA DGR N. 3363/2015**

### **Premessa**

Nella X legislatura sono state introdotte azioni di sistema, sia nell'ambito dell'offerta consolidata, sia nell'ambito delle azioni innovative che danno priorità allo sviluppo dei servizi e degli interventi destinati alle persone fragili ed alle loro famiglie nella linea strategica delineata dal PRS di giungere al pieno riconoscimento del "diritto alla fragilità"; ciò attraverso:

- un sistema sociosanitario sostenibile fondato sulla presa in carico globale della persona
- un articolato sistema di risposte ai bisogni della famiglia rappresentato dall'offerta consolidata (rete delle strutture accreditate) costituente il primo pilastro del welfare e dall'insieme di risposte integrate, flessibili e modulabili governate dal sistema di voucher che trova il suo fondamento nell'istituzione, con la DGR n. 116/2013, del Fondo per la famiglia e i suoi componenti fragili, costituente il secondo pilastro del welfare.

I diversi provvedimenti regionali assunti, in particolare con le azioni innovative e le misure proprie del II Pilastro del Welfare, hanno avuto quale obiettivo prioritario quello di adeguare il sistema sociosanitario lombardo alle nuove complessità emergenti, fornendo risposte innovative e caratterizzate da una forte flessibilità al fine di offrire risposte appropriate alle persone fragili, in molti casi non prese in carico dalla tradizionale rete dei servizi, senza sradicarle dal loro contesto abituale di vita ed assicurando ai famigliari, nella quasi totalità dei casi unici attori delle attività di assistenza, un intervento qualificato e allo stesso tempo un concreto supporto al quotidiano lavoro di cura.

L'azione costitutiva del II Pilastro del Welfare, in sinergia con quella di rafforzamento del cosiddetto I Pilastro, costituiscono le due modalità sinergiche di presa in carico della fragilità, con una forte attenzione alla valutazione multidimensionale, alla presa in carico globale della persona e alla continuità delle cure.

La l.r. 11 agosto 2015, n.23 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n.33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) che ha normato i nuovi assetti istituzionali e organizzativi per l'evoluzione del welfare sociosanitario lombardo, presenta, in tal senso, alcune novità fondamentali, che raccolgono anche quanto di meglio espresso dalle azioni innovative degli ultimi anni, volte ad adeguare il sistema sociosanitario e sanitario alle complessità via, via cresciute negli anni intercorrenti tra la precedente normativa e le nuove disposizioni introdotte con la riforma, in particolare:

- La separazione tra la funzione di governo e programmazione del sistema posto in capo all'ATS e la funzione erogativa posta in capo all'ASST

- La valutazione multidimensionale del bisogno strumento indispensabile, nell'ambito dell'accesso alle unità d'offerta ed alle prestazioni sociosanitarie e sociali, per rilevare e valutare i bisogni complessivi della persona e della famiglia, posto in capo all'ATS
- L'orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso
- L'integrazione del Sistema Sanitario con quello Socio-Sanitario e con le Politiche Sociali gestite dagli Enti Locali, sostenuto da adeguati strumenti previsti dalla stessa legge come ad esempio il nuovo Dipartimento per l'integrazione in seno all'ATS
- L'implementazione della Rete Ospedaliera con quella Territoriale, con assoluta valorizzazione di quest'ultima;
- Il rafforzamento delle prestazioni a media e bassa intensità di cura, territorialmente vicine alla genesi delle necessità ed, ove possibile domiciliare a sostegno delle famiglie fragili
- Superamento dell'attuale sistema di remunerazione a tariffa commisurata alla prestazione verso una complessiva riorganizzazione del sistema di remunerazione in ottica di presa in carico globale della persona e budget di cura

Le iniziative innovative avviate a partire dalla DGR n. 3239/2012 e successivamente regolamentate con le DDGR n. 499/2013 e 2022/2014 e differite al 30 settembre ai sensi della DGR n.3363/2015, saranno stabilizzate, secondo le indicazioni riportate nelle schede riferite alle singole azioni innovative realizzate.

## **1. CONSULTORI CENTRI PER LA FAMIGLIA**

L'evoluzione del consultorio, quale luogo della presa in carico globale della famiglia, accanto al nucleo storico delle prestazioni specialistiche e ad alta integrazione sociosanitaria essenzialmente garantite alla donna e al minore, (Il pilastro) ha sviluppato nella X legislatura una nuova offerta che aderisce pienamente alla più complessiva evoluzione del sistema di welfare prefigurato dal PRS e che comprende, oltre alle sperimentazioni avviate con DGR 3239/2012, anche diverse azioni e misure promosse direttamente dalla Regione su tutto il territorio lombardo, (es.Nasco, Cresco, Sostengo) o realizzate da alcune ASL e sostenute da Regione Lombardia ( es. DGR n.1188/2013)

Va ricordato, a tal proposito, che la l.r. 18/2014 "Norme a tutela dei coniugi separati o divorziati, in condizione di disagio, in particolare con figli minori" prevede all'art. 4, tra i compiti della Regione, la promozione di interventi di prevenzione e di protezione a sostegno della famiglia e del ruolo genitoriale, valorizzando i consultori pubblici e privati quali centri per la famiglia dedicati alla mediazione familiare, all'orientamento, alla consulenza legale, psicologica, sociale, educativa genitoriale, con specifica attenzione alle situazioni di fragilità e conflitto familiare, proponendo altresì, negli stessi spazi, iniziative volte a favorire l'auto-mutuo-aiuto tra gruppi di genitori, anche attraverso il coinvolgimento degli enti no profit e delle associazioni che si occupano di relazioni familiari.

L'insieme di queste progettualità ha contribuito a consolidare la mission del consultorio che continua a vedere nel nucleo genitori-minore il proprio target elettivo e va

potenziando l'offerta attiva in particolare nell'ambito del percorso nascita e del sostegno della genitorialità, ma ha anche introdotto nuovi segmenti di attività con le funzioni innovative sperimentate che sono volte in particolare a sostenere la famiglia e la persona nelle fasi critiche e di fragilità.

### **Modalità di stabilizzazione**

La DGR n. 1185/2013 ha determinato che:

- le funzioni innovative sono da estendersi a tutti i consultori pubblici e privati accreditati e contrattualizzati, attraverso la revisione del tariffario delle prestazioni.
- Nel percorso di stabilizzazione rientrano anche le sperimentazioni già autorizzate e, in quanto coerenti con gli ambiti di sperimentazione ex DGR n.3239/2012, ricondotte con la DGR n. 499/2013 agli stessi ambiti, per ogni eventuale effetto modificativo ed integrativo.

In tal senso, la stabilizzazione di nuove funzioni consultoriali avviene tenendo presente le seguenti direttrici:

- a) l'inserimento di nuove funzioni che allargano i target di popolazione che possono afferire al consultorio nell'ambito della presa in carico della famiglia nelle situazioni di criticità/fragilità, deve avvenire senza snaturare la mission del consultorio, che ha come target elettivo la donna, la coppia genitoriale e il minore.
- b) le funzioni implementate sia nella sperimentazione ex DGR 3239/2012, sia nelle diverse azioni innovative realizzate nel corso della X legislatura che possono essere stabilizzate sono quelle che introducono prestazioni non presenti oggi nel tariffario ma che sono volte a potenziare la mission propria del consultorio nell'ambito dell'orientamento e della consulenza anche introducendo nuovi target di popolazione
- c) la descrizione delle prestazioni del vigente tariffario va aggiornata e migliorata al fine di meglio esplicitare le caratteristiche delle diverse attività che possono essere comprese sotto la denominazione delle singole prestazioni;
- d) non possono essere garantite attività di carattere esclusivamente sociale nè attività riconducibili e sovrapponibili a unità d'offerta, interventi, servizi, già propri di altri segmenti del sistema di welfare (es. SAD, ADM, sportelli informativi, sportelli fragilità ecc.)
- e) è auspicabile la collaborazione con enti locali, associazionismo e terzo settore sia per l'implementazione di azioni di mutuo aiuto tra famiglie, sia per integrare le attività consultoriali con attività più prettamente sociali di aiuto e supporto alla famiglia che possono essere garantite dai servizi sociali anche in collaborazione con il terzo settore.

La stabilizzazione pertanto avviene nell'ambito del primo pilastro del welfare con specifico provvedimento di aggiornamento della dgr n. 4597/2012 entro l'esercizio 2015.

Le nuove funzioni saranno ricomprese all'interno delle prestazioni ad alta integrazione con particolare riferimento ai colloqui e incontri di gruppo. Occorrerà prevedere, nell'ambito della DGR di definizione delle regole del sistema sociosanitario per il 2016, l'avvio di una complessiva riorganizzazione dei consultori, in ottica di presa in carico globale della persona anche nella definizione delle modalità di remunerazione.

## **2. CASE MANAGEMENT A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ**

Con DGR 12 luglio 2013, n. 392 sono stati normati interventi di sostegno alle famiglie con componente affetto da disturbi dello spettro autistico, considerate le problematiche che esse affrontano quotidianamente nel gestire la complessità della situazione e quindi la necessità di essere meglio informate, orientate ed accompagnate nel percorso di realizzazione anche del progetto individuale, in particolare al momento del compimento dei 18 anni, a conclusione della presa in carico da parte dei servizi della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

Le ASL hanno individuato le modalità organizzative più idonee per assicurare alle famiglie ed ai loro componenti fragili attività di case management, in particolare attraverso attività di:

- informazione, orientamento e accompagnamento della famiglia e della persona con disabilità,
- consulenza alle famiglie ed agli operatori della rete dei servizi territoriali, sociali e sociosanitari;
- sostegno alle relazioni familiari;
- predisposizione del Progetto Individuale in cui vengono prefigurati gli interventi, da garantirsi attraverso la rete dei servizi, alla persona disabile ed alla sua famiglia;
- messa a disposizione di spazi/operatori per favorire l'incontro delle famiglie, lo scambio di esperienze, il reciproco aiuto.

Secondo quanto disposto dalla DGR n. 392/2013, le ASL, nello svolgere le attività di case management, hanno potuto avvalersi del contributo di realtà significative già operanti sul territorio, che hanno maturato un'esperienza di rilievo nell'ambito dell'intervento alle persone affette da disturbi pervasivi dello sviluppo, con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico.

### **Modalità di stabilizzazione**

Il Case management come funzione complessa è composto da una serie di attività, che possono essere declinate ed integrate con diversa intensità sulla base del bisogno. Tali attività devono essere indicate nel Progetto Individuale quale risultato della Valutazione

Multidimensionale e per il loro insieme è indicato un responsabile, che assume il compito di case manager della persona/famiglia.

La stabilizzazione di questa azione è prevista all'interno della Misura Riabilitazione ambulatoriale e diurna minori disabili.

### **3. RIABILITAZIONE AMBULATORIALE E DIURNA MINORI DISABILI**

La DGR n. 2633/2011 che ha determinato gli indirizzi per il servizio sanitario e sociosanitario, per l'anno 2012 ha promosso la realizzazione di progetti e sperimentazioni rivolte a minori in età evolutiva con disabilità per venire incontro alle necessità di riabilitazione/abilitazione di bambini e adolescenti con disabilità tenendo conto anche delle lunghe liste d'attesa della NPI e del bisogno delle famiglie di interventi concreti a sostegno della loro azione costante di assistenza.

La DGR n. 3239/2012 ha finalizzato la sperimentazione alla verifica della possibilità/opportunità di introdurre una nuova unità d'offerta nel sistema sociosanitario che sviluppasse modelli d'intervento educativo ri-abilitativi molto flessibili e calibrati sul bisogno individuale del bambino, e che garantisse il sostegno alla famiglia, il supporto alle agenzie educative e il raccordo con i servizi territoriali.

I Soggetti che potevano proporre le azioni innovative sono stati identificati in gestori autorizzati e accreditati nell'ambito del sistema sociosanitario.

#### **Modalità di stabilizzazione della riabilitazione ambulatoriale e diurna per minori disabili**

L'analisi dei dati suesposti mette in luce una notevole variabilità dei modelli di presa in carico, in relazione alla differenziazione dei bisogni. Ciò suggerisce la costruzione di un modello d'intervento molto flessibile in grado di aderire alla diversificazione dei bisogni che qui è legata sia alle diverse fasce d'età, sia alla coesistenza di diverse patologie. Trattandosi di minori in età evolutiva, vi è inoltre l'esigenza di favorire l'inclusione sociale del minore nel proprio contesto di vita (dalla famiglia, alla scuola, ai compagni di giochi ecc.) in alternativa all'inserimento nei servizi diurni e residenziali del primo pilastro del welfare, certamente poco adatti all'età evolutiva. Le disabilità complesse, infatti, come richiamato anche dalla DGR n. 3371/2015 "Preso d'atto della comunicazione degli Assessori Cantù e Mantovani avente oggetto: indirizzi quadro per la presa in carico integrata dei minori affetti da disturbi dello spettro autistico", si identificano in una condizione di bisogno a causa spesso multifattoriale, che interessa le componenti biologiche, funzionali, cognitive e comportamentali della persona e che determina un elevato carico assistenziale per la famiglia.

La contemporanea presenza nelle disabilità complesse in età evolutiva di difficoltà di natura clinica e psicosociale implica un nuovo modello di presa in carico integrata del minore che coinvolga il suo contesto di vita, famiglia, scuola, luoghi di aggregazione oltre all'UONPIA e ai servizi territoriali sociali e sociosanitari, ed offra tempestivamente un insieme di risposte integrate e flessibili mirate agli specifici bisogni, anche di natura

abilitativa-educativa e soprattutto garantendo la continuità degli interventi abilitativi nei diversi contesti assistenziali, in un'ottica di appropriatezza della presa in carico, dei percorsi di cura e di rete coordinata di interventi sanitari, sociali, educativi.

Tutto ciò conferma la scelta già operata con la DGR n.2022/2014 di individuare le modalità di stabilizzazione non in una nuova unità d'offerta afferente al primo pilastro del welfare, ma in una misura sostenibile con il Fondo ex DGR 116/2013 rivolto per definizione ad interventi integrati, flessibili e modulati sul bisogno della persona che valorizzano anche il ruolo della famiglia e dei contesti educativi e di socializzazione.

Tale soluzione costituisce una tappa intermedia verso il più generale processo di revisione del complessivo sistema di offerta rivolto alla disabilità complessa in un continuum delle diverse fasi comprendenti, come sottolineato dalla già citata DGR 3371/2015, la diagnosi, la valutazione funzionale multidimensionale, la definizione, aggiornamento e condivisione del progetto individuale.

Gli erogatori che si renderanno disponibili ad erogare la misura dovranno essere in possesso dei requisiti che saranno stabiliti con apposito provvedimento.

La stabilizzazione nell'ambito delle misure afferenti alla DGR 116/2013 avverrà sulla base dei seguenti profili assistenziali caratterizzati per diversi livelli d'intensità e flessibilità degli interventi.

Profili assistenziali per la stabilizzazione

1. *Modulo alta intensità*: di norma per periodi brevi nei quali occorre un trattamento di carattere intensivo con mix di prestazioni dirette all'utenza e indirette (riunioni équipe, predisposizione progetto e monitoraggio ecc.). Devono essere previste almeno le figure professionali dell'educatore e riabilitatore. Il voucher è pari a 850 € mensili
2. *Modulo media intensità*: mix di prestazioni dirette e indirette. Si deve prevedere almeno la figura professionale dell'educatore ed un'altra figura professionale secondo il bisogno. Il voucher è pari a 550 € mensili
3. *Modulo bassa intensità*: modulo specifico per le fasi stabili che non richiedono un intervento intensivo, anche per lunghi periodi con mix di prestazioni dirette e indirette secondo il bisogno. Deve essere prevista almeno la figura dell'educatore. Il voucher è pari a 200 € mensili.

Ad ognuno dei moduli potrà essere affiancata anche, se necessario, l'attività di case management secondo quanto di seguito indicato.

### **Modalità di stabilizzazione della funzione di case management per persone con disabilità**

Le attività di case management sono attivabili al bisogno o come attività a sé stante o in associazione ad uno dei profili indicati sopra.

Per le attività di consulenza e sostegno alla famiglia, consulenza agli operatori della scuola e a quelli della rete territoriale dei servizi si definisce un voucher mensile di € 75.

Nel case management rientrano le attività di empowerment della famiglia tra cui sono comprese le seguenti:

- informazione, orientamento, accompagnamento che vengono garantite nell'ambito della valutazione/predisposizione del progetto individuale
- consulenza e sostegno alle relazioni familiari
- consulenza agli operatori della scuola e a quelli della rete dei servizi territoriali sociali e sociosanitari.

Le attività degli ultimi due punti sono realizzate da erogatori pubblici, con esclusione dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e della Salute Mentale, o anche da erogatori privati in possesso dei requisiti che saranno stabiliti con apposito provvedimento.

La stabilizzazione della riabilitazione ambulatoriale e diurna per minori disabili e delle funzioni di case management ai sensi della DGR n.392/2013 avviene nell'ambito del II pilastro del welfare con una nuova misura ai sensi della DGR n.116/2013, denominata "Supporto abilitativo ai minori con disabilità e funzioni di case management".

#### **4. RESIDENZIALITÀ ASSISTITA PER RELIGIOSI**

Con DGR n.3238/2012, in attuazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2010 – 2014 che ha previsto di individuare nuove tipologie di unità di offerta per religiosi/religiose anziani non autosufficienti, si è dato avvio a una sperimentazione che ha riguardato inizialmente 5 strutture, successivamente ridottesi a 4, con 103 posti letto per religiosi anziani fragili, nelle ASL di Milano 1, Milano, Lecco e Varese, strutture considerate idonee dal punto di vista dei requisiti igienico sanitari, strutturali e organizzativi, verificati con le ASL.

La sperimentazione ha pertanto riguardato una particolare forma di residenzialità, riferita a persone che, in relazione a differenti livelli di non autosufficienza e intensità di bisogno, anche in ragione della loro specifica e particolare storia di vita comunitaria che rende difficoltosa una adeguata collocazione presso le RSA, vengono assistiti presso la loro dimora abituale, convento o comunità religiosa.

Le strutture partecipanti hanno pertanto organizzato spazi dedicati a tali persone e si sono avvalse di assistenza di operatori qualificati.

##### **Modalità di stabilizzazione**

La sperimentazione, della durata di tre anni, si è progressivamente configurata come un intervento volto a favorire la permanenza dei religiosi anziani fragili nel proprio contesto abituale di vita, riconoscendo l'impegno diretto della comunità nell'assistenza continuativa anche attraverso erogazione di prestazioni da parte di operatori qualificati, valorizzandone il ruolo che già svolge nella cura e nell'accudimento.

Si ritiene quindi che la sua stabilizzazione possa essere fatta definendo, nel quadro delle misure già esistenti per la famiglia e i suoi componenti fragili previste dalla DGR n. 116/2013, una misura di **Residenzialità Assistita in Comunità religiose**.

La misura si concretizza infatti come intervento di sostegno e supporto alla persona e alla sua famiglia-comunità, per garantire una piena possibilità di permanenza nel suo ambiente di vita, mediante l'erogazione di voucher graduato in relazione al livello di fabbisogno e alternativo al voucher per l'ADI o ad altre forme di assistenza sociosanitaria. Di seguito si definiscono i requisiti minimi organizzativi, gestionali e strutturali, i criteri di accesso e l'entità del voucher sulla base dei livelli di bisogno.

### Destinatari

La misura è rivolta a religiosi e religiose anziani che, in relazione a diverse forme di non autosufficienza, sono assistiti presso le loro dimore abituali, quali conventi e comunità religiose.

In fase di prima applicazione, per il prossimo esercizio, possono essere ricompresi nella misura un numero massimo di 200 posti.

### Accesso alla misura

L'accesso alla misura avviene, come per le altre previste dalla DGR n. 2942/2014, a seguito di valutazione della ASL territorialmente competente. La valutazione del livello di intensità del bisogno della persona per la quale è richiesto l'accesso, è effettuata mediante la scheda di orientamento sotto riportata, che è stata opportunamente modificata, rispetto a quella già introdotta dalla DGR n. 2942/2014, in relazione alla particolare tipologia di utente.

Si ritiene non appropriata l'assistenza nei confronti di persona con grave compromissione d'organo/sistema che ne mette a repentaglio la sopravvivenza; la stessa, se presente, costituisce pertanto motivo di esclusione dalla misura.

SCHEDA DI ORIENTAMENTO					
1	Morbilità	<b>ASSENTE o LIEVE</b> Nessuna compromissione e d'organo/sistema o la compromissione non interferisce con la normale attività;	<b>MODERATO</b> La compromissione e d'organo/sistema interferisce con la normale attività;	<b>GRAVE</b> La compromissione e d'organo/sistema produce disabilità;	<b>GRAVE</b> La compromissione e 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 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 (qualche difficoltà)</b>	<b>CON AUSILI (uso bastone, walker, carrozzina,...)</b>	<b>ALLETTATO</b>
		0	0	1	2
5	Igiene personale	<b>AUTONOMO</b>	<b>CON MINIMO AIUTO (qualche difficoltà)</b>	<b>CON AIUTO MODERATO</b>	<b>TOTALE DIPENDENZA</b>
		0	0	1	2
6	Stato mentale e comportamento	<b>Collaborante, capace di intendere e volere</b>	<b>Collaborante ma con difficoltà a capire le indicazioni</b>	<b>Non collaborante e con difficoltà a capire le indicazioni</b>	<b>Non collaborante e gravemente incapace di intendere e volere / segni di disturbi comportamentali</b>
		0	0	1	1

La valutazione evidenzia tre diversi livelli di intensità del bisogno:

- se evidenzia la presenza di un solo dominio sociosanitario compromesso, siamo in presenza di bassa intensità del bisogno. Alla persona debbono essere garantiti 200 minuti di assistenza settimanali, con voucher di € 10 giorno,
- se evidenzia la presenza di almeno due domini sociosanitari compromessi siamo di fronte ad un bisogno di intensità medio e alla persona devono essere garantiti almeno 300 minuti di assistenza settimanali, con voucher di € 18 al giorno,
- se la valutazione evidenzia la presenza di tre domini compromessi siamo di fronte ad un bisogno di alta intensità e alla persona devono essere garantiti almeno 400 minuti di assistenza settimanali, con voucher di 24 € al giorno.

## **Requisiti soggettivi del soggetto gestore**

I soggetti erogatori della misura devono essere in possesso dei requisiti soggettivi generali per la sottoscrizione del contratto delle unità d'offerta sociosanitarie previsti dalla DGR n. 2569 del 31/10/2014, da attestarsi secondo le modalità in uso.

## **Requisiti organizzativi**

### *Il Progetto individuale*

Il Progetto Individuale viene formulato dall'ASL che valuta la persona, e deve essere condiviso con la persona. Il Progetto Individuale deve indicare, tra l'altro, i minuti assistenziali che devono essere garantiti e il valore del voucher.

### *Il Piano di assistenza individualizzato*

Il voucher viene assegnato per rispondere a fragilità sociosanitarie, che devono trovare adeguata risposta nel Piano individualizzato di assistenza (da qui in poi PAI). Sulla base del Progetto Individuale, il soggetto erogatore definisce, in accordo con il soggetto beneficiario e il familiare/caregiver, il PAI, che dovrà essere conservato presso la struttura erogatrice ai fini dei controlli di competenza delle ASL.

Il PAI deve indicare i minuti settimanali di assistenza garantiti alla persona, 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 Assistita per religiosi deve avvenire sommando le presenze complessive degli operatori previsti dalla presente deliberazione, rilevabili da sistemi di rilevazione delle presenze effettive.

### *Il personale*

In relazione al livello di intensità del bisogno, che emerge dall'applicazione della scheda di orientamento, devono essere garantiti i seguenti minuti settimanali minimi di assistenza sopra indicati.

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.

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.

### *Documentazione sociosanitaria e procedure*

A garanzia della sicurezza delle persone assistite, del corretto svolgimento delle attività previste dal PAI e in conformità alle normative nazionali e regionali, devono essere garantiti i seguenti requisiti minimi:

- 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
- adozione delle seguenti procedure:
  - a. 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. di somministrazione dei farmaci idonea a garantirne la tracciabilità.

### **Requisiti strutturali e tecnologici**

La misura di Residenzialità Assistita per i religiosi può essere attivata presso comunità religiose, ove convivono, per motivi religiosi, persone permanentemente residenti negli stessi ambienti, con comportamenti umani, densità di affollamento e situazione dei luoghi in generale molto simili a quanto si verifica nell'ambito di un comune fabbricato di civile abitazione.

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

- il rispetto dei criteri di agibilità previsti dai vigenti regolamenti di igiene ed edilizio
- il rispetto della normativa in materia di sicurezza impiantistica
- moduli con capacità ricettiva non superiore a 25 posti letto
- locale soggiorno/pranzo di dimensioni adeguate al numero degli utenti
- locale cucina/sporzionamento
- camere con un numero massimo di 4 posti letto
- servizi igienici (almeno 1 servizio ogni due camere), attrezzati per la non autosufficienza.

### **Ulteriori indicazioni specifiche**

L'erogazione dei voucher previsti per questa misura è alternativa al voucher per l'ADI o ad altre forme di assistenza sociosanitaria.

Per quanto riguarda eventuali giorni di assenza della persona assistita, si specifica che il voucher viene riconosciuto entro il limite massimo di 20 giorni di assenza nell'arco di un anno.

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.

**Stabilizzazione:** Il pilastro del Welfare con il presente provvedimento

