



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

DIREZIONE GENERALE FAMIGLIA, SOLIDARIETA' SOCIALE E VOLONTARIATO

CIRCOLARE REGIONALE del 15/01/2014 - N° 1

OGGETTO: PRIME INDICAZIONI ATTUATIVE DELLA DGR N. 1185/2013 CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLE DGR N. 856/2013, DGR N. 392/2013 E DGR N. 740/2013

Indice

### **Premessa**

*Sezione 1 : Indicazioni relative all'attuazione della DGR n. 856/2013*

#### 1. Indicazioni generali

- 1.1. Accesso, Valutazione e Progetto individuale
- 1.2. Presa in carico e redazione del Piano di assistenza individuale
- 1.3. Gestione del Piano di assistenza individuale
- 1.4. Rendicontazione e modalità di pagamento
- 1.5. Monitoraggio e controllo

#### 2. Indicazioni per le singole misure

- 2.1. Misura 2 "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
- 2.2. Misura 3 "Residenzialità per minori con gravissima disabilità": Interventi e prestazioni sociosanitarie di residenzialità di tipo continuativo per minori con gravissima disabilità
- 2.3. Misura 4 "RSA/RSD aperta" : Presa in carico integrata della persona affetta da demenza/Alzheimer da parte delle RSA e RSD in una logica multiservizi

- 2.4. Misura 5 “Preso in carico ambulatoriale delle persone affette da gioco d'azzardo patologico”
  - 2.4.1. Azione 1: Sensibilizzazione ed informazione della popolazione
  - 2.4.2. Azione 2: Accoglienza, presa in carico e cura dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico
- 2.5. Misura 6 “Comunità per minori”: Accoglienza e presa in carico di minori vittime di abuso/violenza/ maltrattamento

*Sezione 2: Indicazioni per l'attuazione delle DGR n. 392/2013 e DGR n. 740/2013*

1. Attuazione DGR 392/2013 - “Sostegno alle famiglie con persone affette da Autismo o DGS”: 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
2. Attuazione DGR n. 740/2013 “ Approvazione del programma operativo regionale in materia di gravi e gravissime disabilità di cui al fondo Nazionale per le non autosufficienze – Anno 2013 e alla DGR 2 agosto 2013 n. 590. Determinazioni conseguenti”:
  - 2.1. Azione 1: Interventi di sostegno al domicilio delle persone con gravissima disabilità attraverso il supporto del caregiver familiare e/o dell' assistente personale
  - 2.2. Azione 2: Interventi di sostegno alle famiglie con persone affette da grave disabilità o non autosufficienti attraverso il supporto del caregiver familiare e/o dell' assistente personale o il potenziamento del Servizio di assistenza domiciliare

**Allegati**

1. Candidatura
2. Strumenti di valutazione

## **Premessa**

Con DGR n. 1185/2013 la Giunta ha definito il quadro generale delle regole di gestione del sistema sanitario e sociosanitario per l'anno 2014. In particolare:

- nell'Allegato 1 sono state delineate le linee evolutive del sistema sociosanitario;
- nell'Allegato 2 sono state definite specifiche azioni di integrazione tra l'Assessorato alla Salute e l'Assessorato alla Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato al fine di garantire risposte appropriate e integrate che pongano al centro del sistema la persona fragile e la sua famiglia nella sua integrità;
- nell'Allegato 4 vengono definite specifiche determinazioni relative al servizio sociosanitario a favore delle persone con cronicità nonché alle disposizioni contenute nelle DGR n. 856/2013, DGR n. 392/2013 e DGR n. 740/2013 destinate a dare prima attuazione alla DGR n. 116/2013.

In questa cornice dispositiva rientrano le misure di natura sia sociosanitaria da sostenere con le risorse del Fondo Sanitario Regionale (FSR), sia sociale finanziabili con le risorse del Fondo per le non Autosufficienze (FNA) 2013.

In via di prima applicazione delle DDGR n. 856/2013, n. 392/2013 e n. 740/2013, si forniscono di seguito specifiche indicazioni anche alla luce delle problematiche rilevate ad oggi.

Nella Sezione 1 sono contenute le indicazioni relative all'attuazione della DGR n. 856/2013:

- Misura 2 "Residenzialità leggera";
- Misura 3 "Residenzialità per minori con gravissima disabilità";
- Misura 4 "RSA/RSD aperta";
- Misura 5 "Preso in carico ambulatoriale delle persone affette da gioco d'azzardo patologico";
- Misura 6 "Comunità per minori".

Nella Sezione 2 sono riportate le indicazioni operative per l'attuazione delle DGR n. 392/2013 e DGR n. 740/2013:

- Misura 1 "Sostegno alle famiglie con persone con grave e gravissima disabilità".

La circolare rappresenta un punto di partenza del percorso innovativo avviato con le DDGR n. 856/2013, n. 392/2013 e n. 740/2013 e le indicazioni in essa contenute potranno essere aggiornate periodicamente in base alla realizzazione delle misure da parte delle ASL e degli Enti Gestori.

L'attività di monitoraggio che sarà attuata mediante le ASL, secondo tempi e modalità di seguito precisate per le diverse Misure, e il confronto costante tra Regione Lombardia, ASL, ANCI e altri attori coinvolti, ivi comprese le Associazioni di rappresentanza in ordine ai diversi ambiti di fragilità e le OO.SS., consentiranno di

individuare eventuali aree di criticità per apportare in itinere le necessarie azioni migliorative.

Si sottolinea la rilevanza ai fini strategici della piena e corretta attuazione delle misure dettagliate nella presente circolare, che, oltre ad essere uno dei principali adempimenti in ambito sociosanitario, costituirà anche uno degli elementi di valutazione dei Direttori Generali delle ASL.

## **Sezione 1 Indicazioni relative all'attuazione della DGR n. 856/2013**

### **1. Indicazioni generali**

Al fine di agevolare le persone nella scelta degli Enti erogatori e garantire agli stessi la possibilità di partecipare alla realizzazione delle misure previste, ad eccezione della misura 6 per la quale si rinvia al paragrafo 2.2., ciascuna ASL, qualora non abbia già provveduto, predispone sul proprio sito istituzionale un avviso pubblico, distinto per ogni area di intervento, nel quale si invitano gli Enti gestori a proporsi per l'attuazione delle misure di cui sopra.

In fase di prima applicazione, le candidature devono essere presentate entro 15 giorni dalla pubblicazione dell'avviso pubblico, di cui al punto precedente, al fine di garantire alla persona tempi ragionevoli per l'attivazione del piano di assistenza individuale/ programma individualizzato.

Possano proporsi gli Enti gestori delle seguenti unità d'offerta:

1. RSA, per:

□ *Misura 2* “Residenzialità leggera”

□ *Misura 4* “RSA/RSD aperta”

2. CASE ALBERGO, per:

□ *Misura 2* “Residenzialità leggera”

3. ALLOGGI PROTETTI, per:

□ *Misura 2* “Residenzialità leggera”

4. RSD, per:

□ *Misura 3* “Residenzialità per minori con gravissima disabilità”

□ *Misura 4* “RSA/RSD aperta”

5. CSS, per:

□ *Misura 3* “Residenzialità per minori con gravissima disabilità”

6. SMI, SERT, per:

□ *Misura 5* “Preso in carico ambulatoriale delle persone affette da gioco d'azzardo patologico” del l'Azione 2 “Accoglienza, presa in carico e cura dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico”.

Gli Enti gestori che si propongono devono possedere i requisiti minimi di partecipazione di cui all'allegato C della DGR n. 856/2013, presentando autocertificazione all'ASL territorialmente competente. Si precisa che ogni Ente

gestore che si propone deve essere in grado di erogare tutti gli interventi/attività di cui alla misura specifica per cui si candida.

Verificato il rispetto dei requisiti per tutti i gestori che hanno presentato la propria adesione, le ASL costituiscono per ogni misura l'“Elenco degli Enti erogatori” che partecipano all'attuazione delle misure di cui alla DGR n. 856/2013. Gli elenchi, pubblicati sul sito dell'ASL, sono consegnati alle persone insieme con il Progetto individuale e con l'esito della valutazione.

Gli Enti erogatori inseriti negli elenchi devono accettare le regole fissate dalla DGR n. 856/2013 e successive modifiche e integrazioni e sottoscrivere il contratto di cui all'allegato D della medesima DGR, ad eccezione degli Enti che attueranno la Misura 6 “Comunità minori” che devono fare riferimento all'allegato E della medesima DGR.

Come specificato dalla DGR n. 856/2013, le ASL sono titolari della *governance* di tutte le misure della presente sezione, con particolare riferimento a:

- governo dell'accesso ed erogazione degli interventi;
- valutazione e stesura del Progetto individuale di assistenza;
- stipula del contratto con gli Enti gestori;
- convenzione con i Comuni/Ambiti territoriali per la definizione dei rapporti giuridici ed economici derivanti dall'attuazione degli interventi a favore dei minori vittime di abuso/maltrattamento/violenza, accolti nelle strutture residenziali;
- monitoraggio e controllo costante degli interventi.

L'azione di *governance* delle ASL si sviluppa attraverso un costante lavoro di collaborazione con tutti gli attori operanti a livello territoriale, in particolare con i Comuni e le Aziende Ospedaliere, queste ultime a ciò tenute anche in relazione ai contenuti dei citati allegati 1 e 2 della DGR n. 1185/2013.

Di seguito vengono fornite precise indicazioni in merito a:

- Accesso;
- Valutazione e Progetto individuale;
- Presa in carico e redazione del Piano di assistenza individuale;
- Gestione del Piano di assistenza individuale;
- Rendicontazione e modalità di pagamento;
- Monitoraggio e controllo.

Tali indicazioni valgono per tutte le misure ad eccezione delle Misure 5 “Presa in carico ambulatoriale delle persone affette da gioco d'azzardo patologico” - Azione 1 “Sensibilizzazione ed informazione della popolazione” per le quali si rimanda ai relativi paragrafi specifici e 6 “Comunità per minori”.

### **1.1. Accesso, Valutazione e Progetto individuale**

Precondizione per l'accesso alle misure/azioni regolate dalla DGR n. 856/2013 è la valutazione che considera gli aspetti sociosanitari e sociali, finalizzata alla scelta del percorso assistenziale più appropriato, anche a garanzia di un assorbimento di risorse coerente con i bisogni rilevati.

La valutazione è in capo all'ASL di residenza della persona che deve coinvolgere in tale percorso il Medico di Cure Primarie/Pediatra di Famiglia e altri soggetti con particolare riferimento al Comune per i profili di rilievo sociale e all'Azienda Ospedaliera per i profili di rilievo specialistico, valorizzando anche le esperienze in atto nel territorio, che hanno introdotto la figura dell'infermiere di famiglia.

Ciascuno dei soggetti coinvolti nelle attività di cui sopra, metterà a disposizione per la valutazione le proprie competenze e/o informazioni relative alla persona e al suo contesto familiare nonché, con particolare riferimento ai Comuni, le figure professionali sociali necessarie.

Entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta di presa in carico, l'ASL consegna alla persona richiedente:

- l'esito della valutazione;
- il Progetto individuale predisposto sulla base della valutazione emersa (con allegata l'indicazione della misura/azione della DGR n. 856/2013 per la quale viene attivato il progetto, la durata dell'intervento e il relativo valore dello strumento previsto);
- l'elenco degli Enti erogatori.

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

Per Progetto individuale si intende l'insieme delle indicazioni elaborate a seguito della valutazione.

Il Progetto individuale, in particolare:

- indica il soggetto responsabile della funzione di gestione del caso (ad esempio ASL, Comune, Ente erogatore, ecc.);
- definisce, nelle linee generali: gli obiettivi, le azioni, i tempi previsti e le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati tenendo conto in maniera globale delle aspettative e delle priorità della persona e dei suoi familiari;
- indica il mix di prestazioni/interventi concordati con la persona e la sua famiglia.

Il Progetto individuale, deve:

- essere condiviso con la persona/famiglia;
- essere sottoscritto dalla persona/famiglia;
- essere comunicato al Medico di Cure Primarie/Pediatra di Famiglia;
- riportare il valore del voucher assegnato.

Qualora le condizioni della persona e di contesto mutino, il Progetto individuale deve essere rivisto.

Per ciascuna delle misure/azioni indicate in questa sezione per le quali è prevista la valutazione vengono individuati, in via di prima applicazione, gli strumenti da utilizzare.

Per il dettaglio sugli strumenti, si rimanda ai paragrafi successivi, specifici per ogni azione/misura.

Per implementare le attività valutative da parte delle ASL sono stanziati risorse pari a € 1.300.000.

### **1.2. Presa in carico e redazione del Piano di assistenza individuale**

L'interessato, o un suo rappresentante, consegna all'Ente erogatore prescelto:

- l'esito della valutazione;
- il Progetto individuale predisposto sulla base della valutazione.

L'Ente prescelto garantisce la presa in carico della persona e della sua famiglia svolgendo, qualora ciò non sia già attuato da altri operatori della rete dei servizi, le funzioni di *Responsabile del caso*, di consulenza e di accompagnamento (ad esempio: rapporto con i servizi, supporto per pratiche burocratiche, ecc.).

Entro 5 giorni lavorativi dalla consegna della documentazione, l'Ente gestore scelto deve redigere il Piano di Assistenza Individuale (PAI), secondo quanto previsto dal Progetto Individuale predisposto dall'équipe dell'ASL, previa informazione del Medico di Cure Primarie/Pediatra di Famiglia.

Il PAI deve essere consegnato in copia all'interessato che lo deve sottoscrivere.

### **1.3. Gestione del Piano di assistenza individuale**

La realizzazione del Progetto individuale si concretizza con l'avvio del PAI (Piano di Assistenza Individuale) che può avere una durata massima di sei mesi, fermo restando la coerenza con le tempistiche e gli obiettivi/interventi previsti dal Progetto individuale, compatibilmente con le risorse disponibili.

Il PAI deve contenere il dettaglio delle prestazioni/interventi previsti.

Se durante la realizzazione del PAI emergono variazioni nelle condizioni della persona assistita (quali ad esempio: dimissione successiva ad un ricovero ospedaliero/riabilitativo) o della sua famiglia (ad esempio: la famiglia, a seguito di modifica delle condizioni dei membri, necessita di un maggiore sostegno) deve essere effettuata una nuova valutazione da parte della ASL. A seguito della nuova valutazione l'ASL aggiorna il Progetto individuale e l'Ente erogatore predispone un nuovo PAI, previa chiusura di quello in corso e relativa richiesta di liquidazione dello stesso.

Qualora il progetto individuale abbia durata inferiore a sei mesi, alla scadenza del Piano di assistenza individuale, se le condizioni della persona e le risorse lo consentano, l'Ente erogatore può richiedere all'ASL l'attivazione di un nuovo PAI, l'ASL valuta la richiesta ed eventualmente aggiorna il Progetto individuale.

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 tenendo conto che, in ogni caso, il voucher va utilizzato entro il 31/12/2014. 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.

Nel 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.

#### **1.4. Rendicontazione e modalità di pagamento**

Ferma restando la cadenza almeno trimestrale delle rendicontazioni relative alle misure attuative della DGR n. 856/2013, possono essere concordemente definite tra ASL ed Ente erogatore, in sede di stipulazione del contratto, scadenze di rendicontazione che salvaguardino il principio di economicità delle risorse organizzative sia delle ASL che degli Enti Erogatori.

Per quanto riguarda la rendicontazione ai fini della fatturazione del contributo per la misura "Comunità per Minori" si rimanda alla Convenzione artt. 5, 6, 7 dell'allegato E della DGR n. 856/2013.

La liquidazione del voucher è in capo alle ASL secondo le modalità e tempistiche previste dagli allegati D ed E (limitatamente alla misura "Comunità minori" della DGR n. 856/2013).

Per la Misura 5 – Azioni 1 e 2 – si rimanda agli specifici paragrafi.

La rendicontazione economica delle misure è effettuata attraverso il sistema dei flussi informativi che verrà definito con successiva circolare della DG Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato entro il 31 Gennaio 2014.

#### **1.5. Monitoraggio e controllo**

Le attività svolte in attuazione delle misure/azioni previste dalla DGR n. 856/2013 sono soggette a monitoraggio da parte dell'ASL e della Regione Lombardia, pertanto, l'ASL rendiconta trimestralmente le attività per le quali è responsabile (ad esempio valutazione) nonché le attività svolte dagli Enti gestori (ad esempio prestazioni/n. giornate erogate/voucher).

Le ASL di ubicazione delle strutture svolgeranno attività di vigilanza e controllo di appropriatezza su quanto svolto dagli Enti gestori, coerentemente con quanto previsto dall'Allegato C della DGR n. 856/2013.

L'ASL di residenza della persona interessata, in caso di mobilità della stessa, trasmette all'ASL di ubicazione della struttura la documentazione inerente la



valutazione e il progetto individuale, necessaria per l'effettuazione delle attività di controllo di appropriatezza previste.

Di norma, tale regola vale per la Misura 2, Residenza leggera, la Misura 3 Residenza per minori con gravissima disabilità e la Misura 5 – Azione 2, Accoglienza, presa in carico e cura dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico. Fa eccezione a quanto sopra la Misura 6 “Comunità per minori” per la quale la verifica delle prestazioni assicurate da parte della struttura di accoglienza resta in capo al Comune/Ufficio di Piano di residenza del minore in qualità di affidatario/tutore istituzionale, fermo restando il controllo di appropriatezza previsto dalla DGR n.1185/2013, in capo alle ASL.

## **2. Indicazioni per le singole misure**

### **2.1. Misura 2 “Residenza leggera”: Interventi e prestazioni socio-sanitarie rivolte a persone che presentano condizioni di fragilità che necessitano di una soluzione abitativa con caratteristiche di protezione socio-sanitaria**

#### **Accesso, Valutazione e Progetto individuale**

La misura è rivolta a persone fragili anziane o disabili. In via di prima applicazione si ritiene di indirizzare tale misura a favore di persone anziane, in condizioni di parziale autosufficienza e di fragilità, che provengono dal proprio domicilio, o da Case albergo o da Mini alloggi protetti regolarmente in esercizio. Non possono accedere a tale misura le persone già ospiti di RSA/RSD o persone ospiti di strutture non regolarmente inserite nella rete.

Le persone già in carico alle sperimentazioni ex DGR n. 3239/2012, in prosecuzione sino al 31 gennaio 2014 come previsto dalla DGR n. 499/2013, hanno, in questa fase iniziale, priorità di accesso a tale misura con attenzione a garantire anche la continuità di presa in carico da parte del medesimo ente erogatore.

La valutazione relativa agli aspetti socio-sanitari dei soggetti destinatari di tale misura, fermo restando quanto già esplicitato nella premessa e nelle indicazioni di carattere generale, è effettuata attraverso la scheda di “Orientamento” presente su ADI/SPER, articolata in 8 domande, che presuppongono una risposta su 4 livelli di gravità: assente o lieve, moderato, grave, molto grave. Ad ogni livello di gravità, in relazione alla specifica domanda, è associato un punteggio.

L'ASL dovrà indicare nella sezione “Utente” di ADI/SPER la tipologia di utente per la quale si sta effettuando la valutazione.

Le persone destinatarie di questa misura sono “di norma” coloro che ottengono un punteggio fino a 4.

La valutazione sociale verifica l'esistenza, la consistenza e la tenuta della rete familiare e sociale.

Per la definizione del Progetto individuale si rimanda al paragrafo generale della presente circolare Sezione 1.

Le persone destinatarie di questa azione possono accedere anche all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), per necessità assistenziali contingenti e riconducibili al

servizio.

### **Presenza in carico e redazione del Piano di assistenza individuale**

Per la presa in carico e redazione del Piano di assistenza individuale si rimanda al paragrafo generale della presente circolare, Sezione 1.

### **Gestione del Piano di assistenza individuale**

Per Gestione del Piano di assistenza individuale si rimanda al paragrafo generale della presente circolare Sezione 1.

### **Rendicontazione e modalità di pagamento**

Per le attività di rendicontazione e le modalità di pagamento si precisa che:

- deve essere remunerata solo la giornata di accettazione e non quella di dimissione;
- per i periodi di assenza, deve essere pagata solo la giornata di rientro e non quella di uscita;
- non è remunerata la giornata di dimissione, neanche in caso di decesso in struttura. Se tuttavia il decesso o la dimissione per altra causa interviene nello stesso giorno dell'ammissione in struttura, la giornata è remunerata;
- è prevista la remunerazione a carico del FSR delle assenze dell'utente entro il limite massimo di 10 giorni consecutivi di assenza nel periodo di durata del PAI;
- nel caso di ricoveri ospedalieri, la remunerazione viene garantita solo a condizione che l'Unità d'Offerta assicuri, all'ospite ricoverato, prestazioni di carattere assistenziale integrative e/o sostitutive dei familiari. Di tali prestazioni deve essere data evidenza nel Fascicolo personale.

Per le tempistiche e gli strumenti di rendicontazione si fa riferimento a quanto previsto nel paragrafo generale della Sezione 1.

### **Monitoraggio e controllo**

Relativamente a questo tema si fa riferimento a quanto previsto nel paragrafo generale della Sezione 1.

### **Partecipazione degli Enti gestori all'attuazione della Misura 2 di cui alla DGR n. 856/2013**

Per la misura "Residenzialità leggera" possono candidarsi gli Enti gestori delle seguenti unità d'offerta:

- RSA per posti letto non a contratto (abilitati all'esercizio o accreditati);
- Case Albergo (strutture già in funzione, autorizzate ex L.R. 1/86, abrogata con L.R. 3/08 oppure abilitate all'esercizio);
- Alloggi protetti per anziani, abilitati all'esercizio;
- Strutture attivate all'interno delle sperimentazioni ai sensi della ex DGR 3239/2012.

## **2.2. Misura 3 “Residenzialità per minori con gravissima disabilità”: Interventi e prestazioni sociosanitarie di residenzialità di tipo continuativo per minori con gravissima disabilità**

### **Accesso, Valutazione e Progetto individuale**

L'attivazione dei processi relativi a tale misura dipende dalla provenienza del minore.

Infatti, se il minore si trova al suo domicilio, la famiglia presenta all'ASL di residenza la documentazione sanitaria attestante la diagnosi e le condizioni di disabilità del minore.

In caso di provenienza del minore da struttura ospedaliera o riabilitativa, quest'ultima deve trasmettere all'ASL, prima delle dimissioni, la documentazione sanitaria al fine di garantire la continuità assistenziale.

In via di prima applicazione, i minori già in carico alle sperimentazioni ex DGR n. 3239/2012, in prosecuzione sino al 31 gennaio 2014 come previsto dalla DGR n. 499/2013, hanno priorità di accesso a tale Misura con attenzione a garantire anche la continuità di presa in carico da parte del medesimo ente erogatore.

La valutazione sociosanitaria dei minori destinatari di tale misura, tenuto conto di quanto già esplicitato nella premessa e nelle indicazioni di carattere generale valide per tutte le misure, è effettuata attraverso lo strumento SIDi (Scheda Individuale della persona disabile). I destinatari sono i minori che risultano collocati in classe 1.

Per la definizione del Progetto individuale si rimanda al paragrafo generale della presente circolare Sezione 1.

### **Presa in carico e redazione del Piano di Assistenza individuale**

Per la presa in carico e redazione del Piano di Assistenza individuale si rimanda al paragrafo generale della presente circolare Sezione 1.

### **Gestione del Piano di assistenza individuale**

Per la gestione del Piano di assistenza individuale si rimanda al paragrafo generale della presente circolare Sezione 1.

Fermo restando quanto già esplicitato nella premessa e nelle indicazioni di carattere generale è necessario che l'unità d'offerta residenziale garantisca il raccordo con la struttura ospedaliera e l'ASL per far fronte alle situazioni di emergenza, eventualmente facendo ricorso anche alla telemedicina.

### **Rendicontazione e modalità di pagamento**

Per le attività di rendicontazione e monitoraggio e per le modalità di pagamento si precisa che:

- deve essere remunerata solo la giornata di accettazione e non quella di dimissione;

- per i periodi di assenza, deve essere pagata solo la giornata di rientro e non quella di uscita;
- non è remunerata la giornata di dimissione, neanche in caso di decesso in struttura. Se tuttavia il decesso o la dimissione per altra causa interviene nello stesso giorno dell'ammissione in struttura, la giornata è remunerata;
- è prevista la remunerazione a carico del FSR delle assenze dell'utente entro il limite massimo di 10 giorni consecutivi di assenza nel periodo di durata del PAI;
- nel caso di ricoveri ospedalieri, la remunerazione viene garantita 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.

Per le tempistiche e gli strumenti di rendicontazione si fa riferimento a quanto previsto nel paragrafo generale della Sezione 1.

### **Monitoraggio degli interventi**

Relativamente a questo tema si fa riferimento a quanto previsto nel paragrafo generale della Sezione 1.

### **Partecipazione degli Enti gestori all'attuazione della Misura 3 di cui alla DGR n. 856/2013**

Per la misura "Residenzialità per minori con gravissima disabilità" possono candidarsi gli Enti gestori delle seguenti unità d'offerta:

- RSD per posti letto non a contratto (abilitati all'esercizio/accreditati);
- Strutture di tipo residenziale abilitate all'esercizio con requisiti corrispondenti a quelli già previsti per le CSS;
- Strutture attivate all'interno delle sperimentazioni ai sensi della ex DGR n. 3239/2012.

### **2.3. Misura 4 "RSA/RSD aperta": Presa in carico integrata della persona affetta da demenza/Alzheimer da parte delle RSA e RSD in una logica multiservizi**

#### **Accesso, Valutazione e Progetto individuale**

Destinatari della presente azione sono le persone di norma anziane, al proprio domicilio, affette da Malattia di Alzheimer o da altra forma di demenza certificata e caratterizzate da una documentata situazione di fragilità della rete di supporto familiare e sociale, senza escludere casi di Malattia di Alzheimer o altra forma di demenza precoce. La certificazione di demenza/Alzheimer deve essere effettuata dalle Unità di Valutazione Alzheimer o dal medico specialista neurologo/geriatra operante in struttura accreditata. Si precisa che non sono destinatarie della misura le persone con patologia psichiatrica.

In via di prima applicazione, la misura è destinata alle persone che non usufruiscono di altri servizi della rete sociosanitaria, ad eccezione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Per l'accesso alla misura, l'ASL prende atto della demenza certificata, come sopra indicato, e valuta la fragilità del contesto familiare applicando alla persona che

assiste il soggetto fragile la scala RSS (Relative Stress Scale). Accede ai servizi la persona fragile il cui assistente ha ottenuto con questa scala un punteggio maggiore di 31.

Per la definizione del Progetto individuale si rimanda al paragrafo generale della presente circolare Sezione 1.

Al fine di garantire un uso razionale e integrato delle risorse, qualora la persona sia in carico al servizio ADI o richieda prestazioni previste dal servizio l'ADI, le ASL, nel predisporre il Progetto individuale, verificano che:

- le prestazioni erogabili con tale misura non si sovrappongano alle le prestazioni erogate in ADI dove questa sia già attivata;
- le prestazioni richieste nell'ambito di tale misura non siano erogabili attraverso l'ADI.

Il Progetto individuale è dato dall'individuazione degli interventi necessari a rispondere ai bisogni della persona/famiglia, che saranno poi declinati dall'erogatore nel Piano di assistenza individuale. Nello specifico, per questa misura, è riconoscibile un voucher mensile di € 500 per la durata massima di 6 mesi, in questa fase di prima applicazione. In ogni caso l'ammontare complessivo del voucher non può essere superiore a € 3.000.

I beneficiari della Misura "RSA/RSD aperta" non possono essere contemporaneamente beneficiari della Misura 1 - Azione 3 Interventi di sostegno alle famiglie con persone affette da grave disabilità o non autosufficienti attraverso il supporto dell'assistente familiare e/o dell'assistente personale o il potenziamento del Servizio di assistenza domiciliare (DGR n. 740/2013).

### **Presa in carico e redazione del Piano di assistenza individuale**

Per quanto concerne la "Presa in carico e redazione del Piano di assistenza individuale", si rimanda alle indicazioni generali della presente circolare Sezione 1. In particolare, il PAI è la traduzione operativa del Progetto individuale, pertanto prevede tutte le prestazioni necessarie, quindi comprese quelle che eventualmente eccedono il valore del voucher, rivolte al supporto della famiglia e interventi diretti alla persona, secondo quanto definito dal Progetto individuale e declinate nella seguente tabella con le rispettive valorizzazioni economiche.

<b>INTERVENTI E PRESTAZIONI A SOSTEGNO DELLA PERSONA / FAMIGLIA</b>	<b>VALORE DI RIFERIMENTO</b> €	
Interventi medico specialistici (geriatra, neurologo psicologo)	50,00	per accesso (almeno di 1 ora)
Interventi infermieristici e riabilitativi non ricompresi nel PAI ADI	30,00	per accesso (almeno di 1 ora)
Interventi di addestramento dell'assistente / badante della persona, o del familiare accudente	40,00	almeno 1 ora
Interventi di ricovero semiresidenziale	30,00	a giornata (più di 4 ore)
Interventi di ricovero residenziale	55,00	a giornata (di 24 ore)
Interventi tutelari al domicilio	20,00	almeno 1ora
Assistenza di base al domicilio	100,00	a giornata (12 ore)
Auto mutuo aiuto	25,00	per seduta di almeno ore 1.30

Sulla base delle prime evidenze, emerse a seguito dell'avvio delle attività, potranno essere individuati dalla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato ulteriori elementi indirizzati a facilitare sia l'attività di rendicontazione delle prestazioni sia l'attività di controllo delle ASL.

### **Gestione del Piano di assistenza individuale**

Per la gestione del Piano di assistenza individuale si rimanda al paragrafo generale della presente circolare Sezione 1.

L'Ente gestore che prende in carico la persona deve tracciare su un unico diario assistenziale tutte le attività erogate e per ciascuna, registrare la data di effettuazione della prestazione/l'ora di accesso e di uscita, la firma del redattore e della persona/famiglia.

### **Rendicontazione e modalità di pagamento**

L'Ente gestore rendiconta all'ASL tutte le prestazioni erogate a domicilio e/o presso la struttura, nonché le giornate di ricovero residenziale o semiresidenziale, secondo le schede di rendicontazione che saranno successivamente inviate.

Sono oggetto di rendicontazione anche le eventuali prestazioni eccedenti l'ammontare complessivo del voucher (Euro 3000) che restano a totale carico della persona/famiglia.

L'ASL remunera il voucher per le prestazioni effettivamente erogate dall'Ente tenendo conto del valore complessivo assegnato risultante dal Progetto individuale e di quanto contenuto nella DGR n. 1185/2013 nell'Allegato 4, capitolo 2, punto H e considerando come valore unitario quello riportato nella tabella sopra.

Per le tempistiche e gli strumenti di rendicontazione si fa riferimento a quanto previsto nel paragrafo generale della Sezione 1.

## **Monitoraggio e controllo**

Relativamente a questo tema si fa riferimento a quanto previsto nel paragrafo generale della Sezione 1.

## **Partecipazione degli Enti gestori all'attuazione della Misura 4 di cui alla DGR n. 856/2013**

Per la misura "RSA/RSD aperta" possono candidarsi gli Enti gestori delle seguenti unità d'offerta:

- RSA accreditate;
- RSD accreditate.

Le RSA/RSD accreditate che si sono candidate per l'attuazione di tale misura possono svolgere le attività anche in convenzione con i CDI accreditati in comuni in cui non sia presente una RSA e nell'ambito dello stesso distretto di ubicazione della struttura.

## **2.4. Misura 5 "Preso in carico ambulatoriale delle persone affette da gioco d'azzardo patologico"**

### **2.4.1. Sensibilizzazione ed informazione della popolazione**

In relazione alla buona riuscita di questa Azione e in coerenza con la Legge Regionale n. 8/2013, risulta particolarmente rilevante:

- la partecipazione alla Rete Locale Prevenzione Dipendenze, già attiva a livello ASL e l'integrazione con il Piano Locale di Prevenzione dei diversi soggetti istituzionali e non, coinvolti nella sensibilizzazione, informazione e prevenzione del gioco d'azzardo patologico (GAP);
- la capillarità delle attività di sensibilizzazione che devono coinvolgere concretamente gli Amministratori Locali, per rinforzare i processi in atto e ottimizzare l'utilizzo delle risorse in campo.

Le ASL, tramite i Dipartimenti Dipendenze, procedono entro il 31 gennaio 2014 alla definizione del Piano complessivo di intervento, formalizzato con provvedimento del Direttore Generale, che deve comprendere le seguenti quattro azioni:

1. interventi di prevenzione specifici: interventi complessi, comprendenti diverse azioni (es. incontri rivolti a singoli o piccoli gruppi) che si sviluppino in un arco di tempo, non inferiore al bimestre, condotti da figure professionali socio-sanitarie e/o sociali e/o educative. Le attività sono realizzabili nei contesti scolastici, nel mondo del lavoro e presso gli ambiti di aggregazione, possono essere organizzate anche in collaborazione con i Consultori familiari pubblici e privati accreditati, realizzate o direttamente dalle ASL con i propri servizi/équipe integrate/gruppi di lavoro già attivi in questi ambiti oppure attraverso Enti gestori di Unità di offerta accreditate nell'area dipendenze, centri di aggregazione giovanile, Enti locali ecc. Le azioni devono prevedere:

- gli obiettivi di impatto: specificazione degli aspetti quali-quantitativi relativi al/ai target di riferimento e della tipologia dell'intervento di prevenzione adottato;
- gli obiettivi di efficacia: cambiamento nelle conoscenze, negli atteggiamenti e nei comportamenti dei destinatari ecc.;
- l'impianto del sistema di monitoraggio e prima valutazione degli esiti;

2.interventi di sensibilizzazione rivolti alla generalità della popolazione: attività, iniziative uniche o articolate, incontri rivolti a gruppi, condotti da figure professionali sociosanitarie e/o sociali, e/o esperti del fenomeno e delle sue implicazioni a livello giuridico, economico, sociale ecc. Queste iniziative possono essere supportate dalla distribuzione di materiale informativo e/o di documentazione, indirizzati alla diffusione e conoscenza del fenomeno;

3.attività informative rivolte a target selezionati della popolazione sui trattamenti di cura esistenti e i gruppi di auto mutuo aiuto realizzati dalle ASL: iniziative strutturate di comunicazione sociale (anche con la realizzazione di materiale informativo ad hoc, supporti "persistenti", ad es. cartellonistica per ambulatori e farmacie, luoghi di passaggio ecc.) articolate strategicamente per raggiungere in modo mirato specifiche tipologie di destinatari, con attenzione prioritaria ai cosiddetti "testimoni privilegiati";

4.attività formative/informative rivolte ad esercenti, associazioni di consumatori e utenti, polizia locale, sportelli welfare, operatori sociali, sociosanitari e sanitari. Queste attività devono essere articolate sulla base di programmi di intervento mirati alla tipologia dei destinatari rivolti a gruppi di max 30/40 partecipanti e condotti da figure professionali socio-sanitarie, sociali ed educative e/o esperti del fenomeno e delle sue implicazioni a livello giuridico, economico, sociale ecc. Esse devono inoltre prevedere obiettivi di apprendimento ed un adeguato sistema di monitoraggio e prima valutazione degli esiti. Per questo tipo di attività può essere prevista la realizzazione di sussidi/materiale didattico).

La definizione del Piano complessivo di intervento deve:

- Orientare in modo chiaro le attività nei quattro diversi livelli previsti, valorizzando per ciascuno gli indirizzi strategici contenuti nella DGR n.4225 del 25.10.12 "Piano Azione Regionale Dipendenze";
- Curare l'adeguatezza metodologica e la coerenza delle azioni previste con i contenuti delle DGR n.6219 del 19.12.07 "Linee Guida prevenzione di tutte le forme di dipendenza nella popolazione preadolescenziale e adolescenziale" e nella DGR n.10158 del 16.09.09 "Linee Guida prevenzione di tutte le forme di dipendenza nella popolazione generale";
- Prevedere l'integrazione di quanto programmato con i contenuti della programmazione preventiva di settore, elaborata secondo quanto previsto dalla DGR n.1999 del 13.07.11 "Rete Regionale e Reti Locali Prevenzione";
- Sviluppare, in particolare nel contesto scolastico, azioni che integrino e rafforzino i programmi regionali già in atto (ad esempio LifeSkills Training, Unplugged), nonché altri programmi preventivi in linea con le indicazioni regionali nell'ambito della programmazione aziendale integrata in tema di promozione della salute e di prevenzione, secondo quanto condiviso a livello interistituzionale (come sancito dall'Accordo fra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale sul "Modello di scuola lombarda che promuove salute") e territoriale (Reti provinciali delle Scuole che promuovono salute).



In tutte le azioni di prevenzione/informazione/sensibilizzazione/formazione di cui al Piano complessivo di intervento deve essere utilizzato il logo regionale.

### **Costi ammissibili**

Per quest'azione i costi ammissibili sono:

- consulenze professionali di esperti relativamente a:
- programmazione e coordinamento (max 10% del totale)
- gestione degli interventi e azioni preventive (figure socio sanitarie/sociali ed educative)
- spese per la predisposizione di documentazione tecnico scientifica e realizzazione di campagne informative;
- spese per materiali e sussidi didattici (max 10 % del totale);
- costi per personale dipendente (eccedenti l'orario di lavoro).

### **Costi non ammissibili**

- costi per personale dipendente (se non eccedenti i volumi di attività d'istituto);
- rimborsi spese viaggio e mezzi di trasporto;
- consulenze professionali in ambito clinico;
- attrezzature hardware e software;
- affitti spazi (che potranno essere oggetto di partnership con Enti locali, associazionismo ecc.).

### **Rendicontazione**

Le ASL renderanno alla DG Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato, le quattro azioni del Piano complessivo di intervento con apposita scheda riepilogativa, secondo quanto indicato nel paragrafo generale della Sezione 1.

### **2.4.2. Azione 2: Accoglienza, presa in carico e cura dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico**

#### **Accesso e Valutazione**

L'attivazione del processo relativo a tale azione potrà avvenire in via di prima applicazione attraverso l'accesso diretto della persona al Dipartimento dipendenze dell'ASL di residenza che opera una valutazione del bisogno.

Questa azione è rivolta sia alle persone già in carico sia a quelle di nuovo accesso e non è soggetta al pagamento del ticket.

Sempre in fase di prima applicazione della DGR n. 856/2013, si ritiene opportuno che la valutazione per l'accesso a tale azione sia sperimentalmente effettuata mediante l'utilizzo di uno tra gli strumenti specifici qui sotto indicati:

- il DSM V (Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders), dal momento della sua pubblicazione in edizione italiana. Accedono alla misura i giocatori patologici ovvero i soggetti per i quali viene riscontrata la presenza di 4 (o più) delle condizioni indicate dallo strumento di valutazione;
- il questionario SOGS (South Oaks Gambling Screen). Accedono alla misura le persone che risultano classificate come giocatori potenzialmente patologici e che pertanto ottengono un punteggio maggiore o uguale a 5;
- il PGSI (Problem Gambling Severity Index). Accedono alla misura le persone

che risultano classificate come giocatori problematici ovvero chi consegue un punteggio maggiore o uguale a 8.

La valutazione è effettuata dall'equipe del Dipartimento delle Dipendenze.

### **Presa in carico e redazione del Programma individualizzato (PI)**

La DGR n. 856/2013 ha già recepito quanto stabilito dalla legge regionale n. 8/2013, ponendo in capo ai Servizi territoriali per le dipendenze e ai Servizi Multidisciplinari Integrati accreditati, le azioni relative alla presa in carico, all'accoglienza, alla diagnosi e al trattamento delle ludopatie.

Pertanto, a seguito della valutazione, la persona che deve essere presa in carico può scegliere, così come previsto dall'allegato C della DGR 856/2013, di farsi assistere da una delle seguenti strutture presenti sul territorio dell'ASL di residenza:

- SerT
- SMI

eventualmente in raccordo con i Consulori familiari accreditati.

L'Ente gestore scelto definisce con la persona beneficiaria della misura/azione un Programma individualizzato coerente con la valutazione emersa. Il trattamento può coinvolgere anche i familiari.

Le prestazioni che possono essere erogate sono:

- quelle ambulatoriali definite dalla DGR n. 20586/2005;
- quelle consultoriali di consulenza familiare e mediazione familiare definite dalla DGR n. 4597/2012.

Le prestazioni ambulatoriali/consultoriali saranno valorizzate sulla base dei rispettivi tariffari vigenti.

Nell'ambito della collaborazione prevista dalla l.r. n. 8/2013 tra gli SMI/SERT e i Consulori, le eventuali prestazioni di consulenza familiare e mediazione familiare definite dalla DGR n. 4597/2012 sono erogate dai Consulori, pertanto esse devono essere rendicontate nel flusso della presente misura a fini di controllo dell'effettiva realizzazione del Programma Individualizzato, ma sono remunerate a budget secondo quanto previsto dal tariffario di cui alla succitata DGR n. 4597/2012 e non con le risorse allocate sulla presente misura.

Le sperimentazioni attuate da soggetti non ricompresi tra quelli previsti dalla legge regionale n. 8/2013 concluderanno i piani individualizzati delle persone in carico entro il 31/01/2014, senza procedere a nuove accoglienze. SERT e SMI devono garantire la presa in carico delle persone che sono rientrate nelle sperimentazioni in corso ex DGR n. 3239/2013. SERT e SMI dovranno raccordarsi con gli enti gestori delle sperimentazioni ai fini di garantire la continuità degli interventi mediante il voucher definito dalla DGR n. 856/2013.

### **Gestione del Programma individualizzato**

Il Programma individualizzato deve indicare il valore del voucher, dato dal mix di prestazioni e interventi necessari a rispondere ai bisogni della persona/famiglia. Nello specifico, per tale azione è riconoscibile un voucher mensile di valore pari a

€ 200 per la durata massima di 6 mesi in sede di prima applicazione. L'ammontare complessivo del voucher non può essere superiore a € 1.200.

### **Rendicontazione e modalità di pagamento**

Gli SMI e i SERT renderanno all'ASL le prestazioni effettuate attraverso un apposito flusso informativo che conterrà sia le prestazioni erogate da SERT/SMI sia le prestazioni erogate dai Consulenti.

### **Monitoraggio e controllo**

Relativamente a questo tema si fa riferimento a quanto previsto nel paragrafo generale della Sezione 1.

### **Partecipazione degli Enti gestori all'attuazione della Misura 5/Azione 2 di cui alla DGR n. 856/2013**

Per la misura 5/azione 2 "Accoglienza, presa in carico e cura dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico" possono candidarsi gli Enti gestori delle seguenti unità d'offerta accreditate:

- SMI;
- SERT.

### **2.5. Misura 6 "Comunità per minori": Accoglienza e presa in carico di minori vittime di abuso/violenza/ maltrattamento**

#### **Accesso, Valutazione e Progetto Quadro**

I minori sono accolti presso le strutture residenziali a seguito di provvedimento di allontanamento dal nucleo familiare di origine disposto dall'Autorità giudiziaria minorile, per motivazioni riconducibili a fenomeni di abuso, violenza e/o maltrattamento, che necessitano di interventi di cura, assistenza e recupero anche terapeutico.

Si richiama la d.g.r. 23 dicembre 2004 n. 20100 "Linee guida per il riordino e l'orientamento dei servizi dedicati alla tutela dei minori vittime di violenza", in particolare il paragrafo 1 che individua le principali forme di maltrattamento, abuso e violenza, delineando un quadro di riferimento generale rispetto ad un fenomeno complesso le cui diverse manifestazioni non si presentano quasi mai separate o scindibili.

La tutela dei minori si sostanzia in processi e interventi complessi, che vedono coinvolti più soggetti differenti e che rivestono un ruolo specifico con relativi livelli di responsabilità nelle diverse fasi, finalizzati non solo all'erogazione di prestazioni e servizi volti alla tutela del minore, ma anche alla promozione dello sviluppo della persona verso il raggiungimento dell'autonomia possibile e del benessere.

In particolare, Enti Locali e ASL, preposti alla tutela del minore, cooperano, nel rispetto della titolarità delle funzioni loro attribuite dalla normativa, con l'obiettivo di garantire ai minori, qualunque sia il territorio di appartenenza, pari opportunità di accesso a interventi e prestazioni. I percorsi di presa in carico, condivisi sulla base del principio di corresponsabilità e comprensivi di interventi sociali, educativi,

sociosanitari e sanitari, vengono realizzati sulla base di accordi e protocolli definiti territorialmente.

I Servizi sociali e/o i Servizi Tutela Minori del Comune/Ambito, i servizi dell'ASL (servizi di valutazione o di intervento clinico specialistico laddove coinvolti) e gli altri soggetti coinvolti sul caso collaborano alla realizzazione del Progetto Quadro riferito al minore e alla sua famiglia. Il Progetto Quadro non è una semplice esplicitazione ed elencazione dei bisogni del minore ma, partendo da questi, è lo strumento che consente agli operatori di realizzare e sviluppare le azioni concrete ed integrate, anche relativamente alla valutazione delle capacità genitoriali e della recuperabilità dei genitori, nella convinzione che solo una gestione coordinata possa condurre ad una reale tutela del minore. Si tratta di un progetto personalizzato e multidimensionale, frutto di un lavoro in cui tutti i soggetti coinvolti pongono al centro il minore e le sue relazioni, in un'ottica di corresponsabilità.

Le unità di offerta sociali residenziali interessate dalla misura sono le Comunità Educative, le Comunità Familiari e gli Alloggi per l'Autonomia conformemente in esercizio ai sensi della DGR del 16 febbraio 2005 n. 20762. Sono da escludersi, dunque, le strutture residenziali che non rientrano in tale tipologia di unità di offerta sociale, quali ad esempio le Comunità Terapeutiche per dipendenze o per patologie di tipo neuropsichiatrico.

Nel caso si sia reso necessario il collocamento dei minori presso strutture residenziali ubicate sul territorio di altre Regioni, le stesse devono essere in esercizio secondo le disposizioni in vigore nella Regione di ubicazione.

Sono elementi costitutivi, ai fini della valutazione, il decreto dell'Autorità giudiziaria minorile, l'eventuale presenza di un procedimento penale nei confronti del genitore/i maltrattante/abusante, la relazione dei Servizi Sociali, il Progetto Educativo Individualizzato (PEI), formulato dalla struttura residenziale e condiviso con l'Ente Locale nel quale siano evidenziati gli interventi/prestazioni di natura sociosanitaria, sociale ed educativa ai fini del percorso di recupero, tutela e benessere psicofisico del minore, con l'evidenza delle prestazioni ed attività a rilevanza sociosanitaria assicurate al minore in rapporto a quelle tradizionalmente previste per la generalità dei minori ospiti dell'unità d'offerta.

### **Gestione del Progetto educativo individualizzato (PEI)**

La definizione puntuale del Progetto Educativo Individualizzato (PEI) da parte della struttura residenziale è lo strumento che accompagna il percorso e la storia di ogni singolo minore accolto nella comunità. È redatto in forma scritta ed è verificato periodicamente nel rispetto degli obiettivi posti in fase di accoglienza e verificati/confermati/ridefiniti dopo il periodo di osservazione e costantemente monitorato tramite incontri di rete definiti a cadenza periodica .

Il PEI è comunicato al servizio sociale inviante che provvede alla validazione quale assunzione di corresponsabilità.

Il PEI definisce "chi fa che cosa" nell'interesse del minore accolto e le connessioni con il Progetto Quadro di competenza del servizio sociale inviante. Nel PEI dovranno essere esplicitamente indicate le attività di natura sociosanitaria, sociale, educativa e tutelare previste a favore del minore con l'evidenza delle prestazioni ed attività a rilevanza sociosanitaria assicurate al minore in rapporto a quelle tradizionalmente previste per la generalità dei minori ospiti dell'unità d'offerta.

Laddove non sussistano impedimenti motivati e assunti nell'interesse superiore del minore, il PEI è comunicato e condiviso con la famiglia d'origine e tiene conto del

punto di vista del minore stesso garantendo il diritto all'ascolto ed alla partecipazione nelle forme e nelle modalità consone all'età del minore.

A tal proposito, si richiama il d.d.u.o. 11 luglio 2011 n. 6317 "*Indicazioni in ordine alla sperimentazione di requisiti di accreditamento per le unità di offerta sociali di accoglienza residenziale per minori*" che, nell'Allegato A, individua il PEI tra i requisiti sperimentali di accreditamento.

Ai fini dell'attuazione della misura, il servizio sociale titolare della tutela, tramite l'Ufficio di Piano, dovrà aggiornare trimestralmente l'ASL sulla realizzazione del PEI.

## **Rendicontazione**

La finalità della misura è quella di garantire un'adeguata presa in carico del minore e di ridurre i fattori di rischio, riconoscendo al Comune, cui egli stato affidato, il minore un contributo per le prestazioni e gli interventi di natura sociosanitaria, garantiti dalla unità d'offerta residenziale che ospita il minore ed erogati da professionalità specialistiche, nell'ambito del Progetto Educativo Individualizzato (PEI) e rendicontati dal Comune stesso a seguito della acquisizione di una apposita certificazione da parte dell'unità d'offerta nella quale siano evidenziate le prestazioni assicurate al minore. Rientrano tra gli interventi e le prestazioni sociosanitarie, ai fini del percorso di recupero, tutela e benessere psicofisico del minore:

- sostegno psicologico, psicoterapeutico, sociale, educativo e tutelare effettuato da figure operanti nell'area psicologica, sociale ed educativa;
- accompagnamento e consulenza specialistica nelle fasi processuali.

Al fine di dare piena attuazione alla misura ed operatività alla convenzione, di cui all'allegato E della DGR del 25 ottobre 2013 n. 856, si ritiene opportuno omogeneizzare i tempi della rendicontazione delle presenze dei minori nelle strutture, stabilendo, in via di prima applicazione, il periodo 1 gennaio 2014 – 30 giugno 2014.

La rendicontazione delle giornate di presenza di ciascun minore dovrà essere effettuata trimestralmente dal Comune all'Ente capofila utilizzando l'apposito format predisposto dalla D.G. Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato. Si precisa che l'invio delle rendicontazioni a Regione Lombardia sarà a cura della ASL territorialmente competente, entro la data del 28 febbraio 2014.

Le modalità di rendicontazione e di liquidazione del contributo sono stabilite dalla Convenzione di cui all'Allegato E della DGR n. 856/2013.

Ad integrazione di quanto previsto dall'Allegato E della DGR n. 856/2013 per le modalità di rendicontazione e di liquidazione, si precisa che il contributo giornaliero di € 35,00:

- è riconosciuto per la giornata di ingresso e non per quella di dimissione;
- è riconosciuto nel caso di ricoveri ospedalieri solo a condizione che l'unità di offerta assicuri al minore prestazioni di carattere assistenziale. In tal caso, il Comune dovrà acquisire adeguata documentazione dalla struttura residenziale.

## **Monitoraggio e controllo**

Relativamente a questo tema si fa riferimento a quanto previsto nel paragrafo generale della Sezione 1.

## **Sezione 2 Indicazioni per l'attuazione delle DGR n. 392/2013 e DGR n. 740/2013.**

### **1. Attuazione DGR 392/2013 "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"**

Durata azione: 1 anno

#### **Accesso, Valutazione e Progetto Individuale**

L'attivazione dei processi relativi a tale misura avviene attraverso la presentazione alla ASL di residenza della diagnosi della persona effettuata dal medico specialista che attesti disturbi pervasivi dello sviluppo, con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico.

Il progetto individuale è elaborato dall'ASL oppure dai soggetti da essa individuati che collaborano per la gestione del caso coerentemente a quanto previsto dalla DGR 392/2013.

Entro 15 giorni dalla richiesta di presa in carico, l'ASL e/o soggetti individuati dalla stessa, consegnano alla persona il progetto individuale.

Il progetto individuale deve contenere gli interventi da garantire alla persona/famiglia attraverso la rete dei servizi.

Il nucleo centrale dell'operatività di gestione del caso è costituito dalle seguenti attività:

- 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, per la disabilità;
- 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;
- raccordo e coordinamento dei diversi attori del sistema dei servizi;
- messa a disposizione di spazi/operatori per favorire l'incontro tra le famiglie, lo scambio di esperienze ed il reciproco aiuto.

Eventuali altre attività possono essere comunque previste purché finalizzate a garantire la gestione del caso.

#### **Rendicontazione e modalità di pagamento**

Le ASL individuano le modalità di pagamento delle attività e predispongono gli strumenti di rendicontazione per gli enti coinvolti sulla base delle informazioni di monitoraggio richieste dalla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato

## **Monitoraggio**

Le ASL trasmettono alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato, entro il 31 gennaio 2014, il monitoraggio delle attività con gli strumenti e le tempistiche.

## **2. Attuazione DGR n. 740/2013 “ Approvazione del programma operativo regionale in materia di gravi e gravissime disabilità di cui al fondo Nazionale per le non autosufficienze – Anno 2013 e alla DGR 2 agosto 2013 n. 590. Determinazioni conseguenti”**

### **Indicazioni Generali per l'attuazione delle Misure**

Per la concreta attuazione della DGR n. 740/2013 assume una particolare rilevanza il raccordo che l'ASL deve realizzare con gli Ambiti territoriali/Comuni. La qualità di questo raccordo costituirà la base per il coordinamento degli interventi e delle risorse, a garanzia di una presa in carico globale della persona e della sua famiglia. In questa prospettiva, risultano importanti le seguenti attività:

- l'informazione rivolta alle persone, svolta dall'ASL in raccordo con gli Ambiti territoriali/Comuni, e in collaborazione con le Associazioni di utenti/famiglie;
- la valutazione della persona fragile e del contesto familiare;
- lo scambio di informazioni tra ASL e Ambiti territoriali/Comuni sulle persone prese in carico e sugli interventi attivati, ciò anche in considerazione del fatto che gli Ambiti territoriali/Comuni dovranno rendicontare alle ASL in termini quali-quantitativi ed economici le attività svolte (come espressamente disposto dalla DGR n. 740/2013, Allegato B).

Quanto sopra esplicitato va nella direzione di una forte integrazione ASL e Ambiti territoriali/Comuni con l'obiettivo di:

- favorire la presa in carico globale della persona fragile e della sua famiglia;
- *creare un'anagrafe dei beneficiari* in modo che le ASL e gli Ambiti territoriali/Comuni possano disporre delle informazioni complete degli interventi svolti sul territorio di riferimento.

Per la presentazione delle domande da parte delle persone /famiglie non è prevista l'emanazione di uno specifico “bando” per la Misura B1 ma è necessario dare evidenza di quanto disposto dalla DGR n. 740/2013 con avviso pubblico sui siti istituzionali delle ASL, degli Ambiti e dei Comuni.

La Misura B1 e B2 sono cumulabili esclusivamente nei seguenti casi:

- persone con gravissima disabilità (di cui alle lettere a) e c) della Misura B1 della DGR n. 740/2013) per le quali sia indicato l'avvio di un progetto per la vita indipendente,
- persone affette da malattie del motoneurone, ivi compresa la SLA, già beneficiarie, alla data di approvazione della DGR n. 740/2013, degli interventi di cui alla DGR n. 4139/2012 (livelli C e D).

Nei casi sopra evidenziati la misura B2, fino ad un massimo di € 800, è attivabile, ad integrazione della misura B1, esclusivamente per remunerare le prestazioni rese da assistente personale/badante regolarmente assunto/a ed è determinata sulla base dei vigenti regolamenti comunali e tenendo conto dell'ISEE nazionale allorché sarà emanato.

## 2.1. Azione 1: Interventi di sostegno al domicilio delle persone con gravissima disabilità attraverso il supporto dell' assistente familiare e/o dell' assistente personale

Periodo di attuazione: ottobre 2013/ottobre2014, in via di prima applicazione.

### Accesso, Valutazione e Progetto Individuale

Per usufruire del buono mensile di € 1.000, la persona e/o il soggetto che ne esercita la tutela deve presentare richiesta all'ASL fornendo la documentazione clinica attestante la diagnosi e quella eventualmente prevista dall'ASL e dalla DGR n. 740/2013, Allegato B, qualora non già in possesso dell'ASL medesima.

Il buono è erogato senza limite di reddito.

La valutazione relativa agli aspetti sociosanitari dei soggetti destinatari di tale azione viene effettuata nel modo seguente:

1. persone di qualsiasi età affette da malattie del motoneurone, compresa la SLA: strumento già in uso presso le ASL per rilevare il profilo funzionale. Accedono coloro che hanno un livello di deficit grave – Colonna III o deficit completo – Colonna IV;

2. persone di qualsiasi età in stato vegetativo: strumento "Glasgow Coma Scale" (GCS). Accedono coloro che ottengono un punteggio uguale od inferiore a 10;

3. persone, con età inferiore ai 65 anni, con altre patologie, in condizione di dipendenza vitale e necessità di assistenza al domicilio continua nell'arco delle 24 ore che non accedono ai servizi sociali e sociosanitari, ad eccezione di assistenza domiciliare (SAD, ADI) e, in caso di minori, della frequenza scolastica. Queste persone, con profilo pari a 3 o 4 esitato dal sistema ADI/SPER senza tenere conto dell'apporto assistenziale reso dall' assistente, devono inoltre presentare associate tutte le seguenti condizioni (per i minori non si procede alla valutazione con ADI/SPER, ma si verifica la presenza associata di tutte le seguenti condizioni):

- perdita di ogni autonomia motoria indipendentemente dalla patologia di base e assenza di autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana;
- dipendenza totale – dall'accudente e/o da tecnologie assistive – nella funzione della respirazione o della nutrizione;
- permanenza al domicilio con assistenza vigile effettuata da famigliari e/o assistente personale nell'arco delle 24 ore, in quanto se la persona fosse lasciata sola sarebbe esposta a pericoli sostanziali.

Entro 15 giorni dalla richiesta di presa in carico da parte della persona, l'ASL deve consegnare all'interessato il progetto individuale coerentemente a quanto previsto dalla DGR n. 740/2013 allegato B, contenente:

- l'esito della valutazione della persona;
- gli interventi da sostenere con il Buono mensile;
- le prestazioni assicurate dall'ADI;
- eventuali altre forme integrative per la risposta al bisogno (misure economiche di carattere assistenziale già erogate da Enti pubblici o privati);
- la condizione socio economica della persona (ISEE), ai soli fini statistici.

Dopo sei mesi dall'avvio del progetto, l'ASL può procedere ad una rivalutazione



della persona.

### **Gestione del contributo**

Il buono mensile previsto dalla Misura B1) di cui alla DGR n. 740/2013, decorre:

- dal 1° ottobre 2013 per le persone, affette da malattia del motoneurone o in stato vegetativo, note all'ASL, in quanto già destinatarie al 27/09/2013, data di approvazione della DGR n. 740/2013, di contributo oppure perché utenti del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (anteriormente al 29/09/2013);
- dalla data di presentazione della richiesta per le persone di nuovo accesso.

L'erogazione del contributo viene sospesa:

- per tutti i soggetti previsti dalla misura, in caso di accoglienza permanente in RSA, RSD o in Hospice;
- solo per le persone affette da malattia del motoneurone o in stato vegetativo, anche in caso di ricovero di sollievo;
- per tutti i soggetti previsti dalla misura in caso di trasferimento della residenza della persona in altra regione o decesso.

### **Monitoraggio**

Trimestralmente le ASL trasmettono alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato il monitoraggio delle attività attuate con tale azione con gli strumenti che saranno comunicati entro il 31 gennaio 2014.

### **2.2. Azione 2: Interventi di sostegno alle famiglie con persone affette da grave disabilità o non autosufficienti attraverso il supporto del caregiver familiare e/o dell' assistente personale o il potenziamento del Servizio di assistenza domiciliare**

Periodo di attuazione: novembre 2013 – dicembre 2014 e secondo i principi e i vincoli del FNA.

### **Accesso e Valutazione**

È opportuno che gli Ambiti Territoriali si avvalgano della valutazione a cura delle équipes pluriprofessionali operanti sul territorio, al fine di garantire l'omogeneità nell'erogazione delle misure stesse.

La misura B2, che prevede, tra i diversi interventi, l'erogazione di un buono mensile fino ad un massimo di € 800, sarà attivata per ciascuna persona a partire dalla verifica del possesso dei requisiti richiesti da parte del Comune/Ambito di residenza, disposti dagli stessi con propri regolamenti.

Le risorse per la realizzazione da parte degli Ambiti Territoriali della Misura B2 sono riservate alle persone disabili gravi ed anziane non autosufficienti. Particolare attenzione dovrà essere data alle persone anziane non autosufficienti in dipendenza vitale per le quali non è prevista l'applicazione della misura B1 e alle persone disabili o anziane non autosufficienti non frequentanti servizi socio-sanitari diurni (CDD/CDI) a contratto.

L'erogazione delle risorse agli Ambiti territoriali da parte delle Aziende Sanitarie Locali sarà effettuata secondo le seguenti modalità:

- 30% delle risorse come anticipo per consentire l'immediata attivazione della misura;
- 50% delle risorse alla presentazione di un Piano Operativo;

- 20% delle risorse a saldo a seguito di monitoraggio delle azioni.

## **Piano Operativo**

Il Piano Operativo costituisce lo strumento di programmazione che esplicita il fabbisogno territoriale, le modalità di integrazione tra ASL e Comuni, le modalità organizzative degli interventi e della loro attuazione, l'impiego delle risorse assegnate, in un'ottica sempre più condivisa ed integrata nell'ambito della Cabina di Regia ASL/Comuni, costituita in ciascuna ASL ai sensi della DGR 27 giugno 2013 n. 326.

In particolare, il Piano Operativo deve prevedere la condivisione tra ASL e Uffici di Piano nell'ambito della Cabina di Regia che sviluppi almeno i seguenti aspetti:

- Analisi congiunta della domanda a livello del territorio dell'ASL;
- Obiettivi di integrazione tra ASL e Uffici di Piano per un reale sistema integrato di servizi e interventi;
- Strategie di integrazione sociale e sociosanitaria rispetto:
  - alla struttura organizzativa: già esistente (CeAD, PUA, ecc...) oppure di nuova istituzione se prevista;
  - ai processi operativi codificati della presa in carico del bisogno (fasi – attori - attività);
  - alla valutazione multidimensionale.
- Strumenti condivisi tra ASL e Uffici di Piano, quali ad esempio i Protocolli operativi per delineare i percorsi che regolano:
  - la rete di primo livello (servizi sociali comunali, ASL, MMG, ecc...);
  - la valutazione della condizione di bisogno della persona;
  - la definizione del Progetto di Assistenza Individuale con gli obiettivi e i relativi indicatori di esito;
  - i processi di erogazione degli interventi e dei servizi;
  - lo scambio informativo e la comunicazione;
  - il monitoraggio degli interventi attraverso l'analisi del raggiungimento degli obiettivi secondo gli indicatori relativi;
  - indagini di soddisfazione sull'utenza e sulle famiglie con il coinvolgimento delle Associazioni delle persone con disabilità.

Il Piano Operativo deve, inoltre, prevedere una parte definita da ciascun Ufficio di Piano, validata dall'Assemblea distrettuale dei Sindaci in sinergia con quanto previsto dalla Cabina di Regia in tema di integrazione sociale e sociosanitaria. I punti che dovranno essere sviluppati nel Piano riguardano:

- Programmazione delle risorse assegnate;
- Tipologia degli interventi e dei servizi di cui all'Allegato B – Misura B2 – DGR n. 740/2013;
- Regolamenti di Ambito o comunali che prevedono i criteri di accesso agli interventi e ai servizi;
- Modalità operative di attuazione della misura.

Al fine di agevolare la stesura del Piano Operativo e la fase di elaborazione delle informazioni, è stato predisposto un format excel da utilizzare.

Il Piano Operativo - comprensivo della parte congiunta ASL/Uffici di Piano e di quella elaborata da ciascun Ufficio di Piano - dovrà essere inviato dall'ASL alla D.G. Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato entro e non oltre il 28 febbraio 2014 ai seguenti indirizzi di posta elettronica:

□ famiglia@pec.regione.lombardia.it

□ pianidizona@regione.lombardia.it

## **Monitoraggio**

A conclusione del percorso di attuazione della Misura B2, la D.G. Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato, tramite le Aziende Sanitarie Locali con il supporto delle Cabine di Regia, e con appositi strumenti, effettuerà il monitoraggio quali-quantitativo:

- degli interventi per singolo utente;
- degli esiti dei controlli di appropriatezza degli interventi;
- della rendicontazione economica;
- delle relazioni sulle indagini di soddisfazione sull'utenza e sulle famiglie.

Si precisa, inoltre, che gli Uffici di Piano provvederanno semestralmente a monitorare gli interventi e a darne rendicontazione economica, quali-quantitativa e di appropriatezza all'ASL territorialmente competente.

Il Direttore Generale  
Giovanni Daverio

1.