RegioneLombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 7769 Seduta del 17/01/2018

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali FABRIZIO SALA *Vice Presidente*
VALENTINA APREA
VIVIANA BECCALOSSI
SIMONA BORDONALI
FRANCESCA BRIANZA
CRISTINA CAPPELLINI
LUCA DEL GOBBO
GIOVANNI FAVA
GIULIO GALLERA
MASSIMO GARAVAGLIA
MAURO PAROLINI
ANTONIO ROSSI
ALESSANDRO SORTE
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto

INTERVENTI A SOSTEGNO DELLA FAMIGLIA E DEI SUOI COMPONENTI FRAGILI AI SENSI DELLA D.G.R. 116/2013: TERZO PROVVEDIMENTO ATTUATIVO – CONSOLIDAMENTO DEL PERCORSO DI ATTIVAZIONE E MONITORAGGIO DELLE MISURE INNOVATIVE PREVISTE DALLA D.G.R. 2942/2014 IN FUNZIONE DELLA QUALIFICAZIONE DEI SERVIZI OFFERTI E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE.

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

I Dirigenti Laura Lanfredini Carolina Maffezzoni

Il Direttore Generale Giovanni Daverio

L'atto si compone di 77 pagine

di cui 68 pagine di allegati

parte integrante

VISTA la seguente normativa nazionale:

- Decreto Legislativo 30.12.1992, n. 502 "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421*";
- Decreto Legislativo 19.06.1999, n. 229 "*Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*";
- Piano Nazionale della Cronicità di cui all'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15/09/16;
- Provvedimento della Presidenza del Consiglio dei Ministri Conferenza Unificata 30.10.2014 "Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le province, i Comuni e le comunità montane sul documento recante: «Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze»;
- D.P.C.M. 12.01.2017 "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*";

VISTE le seguenti Leggi Regionali:

- 06.12.1999, n. 23 "*Politiche regionali per la famiglia*" che, all'art. 4, comma 12 dispone il perseguimento, da parte della Regione, della tutela della salute dell'individuo nell'ambito familiare ed il benessere di tutti i componenti della famiglia, con particolare riguardo alle situazioni che possono incidere negativamente sull'equilibrio fisico e psichico di ciascun soggetto;
- 05.01.2000, n. 1 "Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia: Attuazione del D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 112";
- 30.08.2008 n. 1 "Legge regionale statutaria";
- 12.03.2008, n. 3 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario", con particolare riferimento all'art. 2 che prevede, tra gli obiettivi, la personalizzazione delle prestazioni e la loro flessibilità anche attraverso la predisposizione di piani individualizzati di intervento;
- *30.12.2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità", così come modificata dalle leggi regionali 11 agosto 2015 n. 23, 22 dicembre*

2015 n. 41, 29 giugno 2016, n. 15, 8 agosto 2016 n. 22, 3 marzo 2017 n. 6 e 12 dicembre 2017 n. 33;

RICHIAMATI i seguenti documenti di programmazione regionale:

- D.C.R. 17.11.2010, n. IX/88 di approvazione del "Piano Socio Sanitario Regionale 2010/2014" (PSSR) che, al capitolo "La rete dei servizi socio sanitari e territoriali", richiama la necessità dell'approccio multidisciplinare per la lettura dei bisogni complessi delle persone fragili, al fine di promuovere risposte orientate alla presa in carico complessiva della persona e della sua famiglia, individuando, tra le azioni prioritarie, quella di favorire la permanenza delle persone fragili nel proprio ambiente di vita;
- D.G.R. 15.12.2010, n. 983 di adozione del Piano d'Azione Regionale per le politiche in favore delle persone con disabilità 2010/2020 che, tra gli obiettivi generali da perseguire nell'area della salute e dell'assistenza, individua quello relativo al sostegno alla famiglia nell'accoglienza e nella cura;
- D.C.R. 09.07.2013, n. X/78 "Programma regionale di sviluppo della X Legislatura" (PRS) che, in ottica di un migliore utilizzo delle risorse e di una loro ricomposizione ed integrazione, prevede la costituzione di uno specifico Fondo Regionale rivolto in modo particolare alle famiglie che gestiscono situazioni di fragilità che non trovano collocazione nell'ambito della rete dei servizi territoriali, con particolare riferimento agli anziani cronici, alle persone con disabilità, nonché alle fragilità derivanti dalle nuove forme di dipendenza tra cui la ludopatia;

RICHIAMATE le seguenti Deliberazioni di Giunta Regionale:

- D.G.R. n. X/116 del 14.05.2013 "*Determinazioni in ordine all'istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: atto di indirizzo*" che prevede di tutelare il benessere di tutti i componenti della famiglia, agevolando e sostenendo armoniose relazioni familiari, pur in presenza di problematiche complesse derivanti da fragilità, ed individua tra i destinatari prioritari degli interventi: persone con gravi disabilità, anziani fragili e non autosufficienti, persone affette da ludopatia, persone vittime di violenza con particolare riferimento ai minori;
- D.G.R. n. X/856 del 25.10.2013 "I*nterventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della D.G.R. 116/2013: primo provvedimento attuativo*";

- D.G.R. n. 1765 del 08.05.2014 "*Il sistema dei controlli in ambito sociosanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza in attuazione della D.G.R. X/1185 del 20/12/2013*";
- D.G.R. n. X/2313 del 01.08.2014 "*Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014*" che, all'allegato B) "Ambito socio-sanitario" tra l'altro, fornisce indicazioni per la prosecuzione delle misure innovative in attuazione della succitata D.G.R. n. 856/2013;
- D.G.R. n. X/2569 del 31.10.2014 "*Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo*";
- D.G.R. n. X/2942 del 19.12.2014 "*Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della D.G.R. 116/2013: secondo provvedimento attuativo - conferma misure avviate nel 2014 e azioni migliorative*";
- D.G.R. n. X/5513 del 02.08.2016 "Ulteriori determinazioni in ordine alle linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale strategici delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia e di Areu";
- D.G.R. n. X/5954 del 05.12.2016 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017*" che al punto 4.1.1 ha previsto la necessità di operare una generale revisione delle misure Residenzialità leggera, Residenzialità per minori con gravissima disabilità ed RSA aperta in un'ottica di allineamento ai LEA e di appropriatezza dei percorsi di cura;
- D.G.R. n. X/6164 del 30.01.2017 "Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015";
- D.G.R. n. X/6551 del 04.05.2017 "Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge n. 33/2009";
- D.G.R. n. X/7600 del 20.12.2017 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018*";

- D.G.R. n. X/7655 del 28.12.2017 "Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della D.G.R. n. X/6551 del 04/05/17";

RITENUTO, in ottemperanza a quanto definito dalla D.G.R. n. X/5954/2016 e sulla base dell'analisi dei dati di attività riferiti al biennio 2015–2016, di operare una generale revisione di alcune misure, in un'ottica di consolidamento, di allineamento ai LEA e di un utilizzo delle stesse finalizzato all'appropriatezza dei percorsi di cura, anche in relazione agli obiettivi della presa in carico sostenuti dalla legge regionale n. 23/15;

SPECIFICATO che la D.G.R. n. X/5954/2016 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017" ha disposto in capo alla Direzione Generale Welfare l'avvio del percorso per la revisione delle misure innovative previste dalla D.G.R. n. 2942/14, da perfezionare in collaborazione con le ATS, considerato il loro ruolo di governance nei processi di presa in carico;

DATO ATTO che, in attuazione di quanto previsto dalla D.G.R. n. X/5954/2016, nel corso del 2017 gruppi di lavoro multiprofessionali, composti da operatori di tutti i territori delle ATS, coordinati dalla Struttura Innovazione nella Gestione sociosanitaria della Direzione Generale Welfare hanno dato seguito al processo di revisione delle misure di cui alla D.G.R. n. 2942/2014, finalizzato alla continuità e al consolidamento delle stesse, nonché all'allineamento ai nuovi LEA, la cui sintesi è articolata nei sotto riportati allegati:

A) Misura Residenzialità assistita;

A1) Scheda sociale;

B) Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità;

B1) Scheda di valutazione per minori disabili gravissimi;

C) Misura RSA aperta;

C1) Tariffario attività RSA aperta;

RITENUTO in esito al processo di revisione delle Misure sopra indicate di:

- confermare la prosecuzione del percorso delineato dalla D.G.R. n.116/2013 a supporto delle persone fragili;
- disporre, secondo gli indirizzi e per le finalità specificate nei citati atti programmatori, la revisione e il consolidamento delle Misure sopra indicate, a tal fine approvando gli allegati A) A1), B) B1), C) C1), quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;
- stabilire che le disposizioni del presente provvedimento sostituiscono integralmente quelle definite per le suddette misure dalle citate DD.G.R. n. 856/2013 e n. 2942/2014;
- rinviare, per quanto attiene la gestione degli utenti già in carico attraverso le diverse misure, alle disposizioni di cui al paragrafo "Gestione della fase transitoria", contenute negli allegati A), B), C) del presente provvedimento;
- dare mandato alla Direzione Generale Welfare di attivare un gruppo di lavoro, composto da rappresentanti di ATS, ASST, della Direzione Generale Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale e degli erogatori pubblici e privati con il compito di operare il puntuale monitoraggio della fase di consolidamento, individuando gli eventuali correttivi procedurali si rendessero necessari anche ai fini di una stabilizzazione delle misure;
- richiedere alle ATS l'ampia diffusione del presente provvedimento nei territori di competenza, interessando le ASST, gli Enti Locali, i MMG/PDF, ai fini di una corretta ed omogenea applicazione della normativa a livello regionale;

RITENUTO di precisare inoltre che:

- al fine di semplificare i processi amministrativi, i contratti che dovranno essere sottoscritti tra soggetto gestore di unità d'offerta e ATS hanno valore per l'intero territorio regionale;
- il pagamento delle prestazioni che saranno erogate dalle unità d'offerta, liberamente scelte dai beneficiari delle misure, è effettuato dalla ATS di residenza della persona;

PRESO ATTO che la D.G.R. n. X/7600 del 20 dicembre 2017 ha previsto un'assegnazione complessiva per l'anno 2018 per le misure Residenzialità assistita, Residenzialità per minori con gravissima disabilità, RSA aperta complessivamente pari a euro 42.449.000,00;

STABILITO che il riparto delle risorse alle ATS sarà effettuato con successivo provvedimento della Direzione Generale competente, tenendo conto dell'attività storica erogata, nonché degli indici di popolazione target, specifici per misura e per territorio ed in applicazione dei criteri anticipati dalla D.G.R. n. X/7600/2017;

DATO ATTO che, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di accesso ai servizi sociosanitari, possono beneficiare delle misure di cui al presente provvedimento i cittadini residenti in Lombardia;

SENTITE le rappresentanze degli erogatori pubblici e privati in data 15 gennaio 2018;

RITENUTO di dare mandato alla Direzione Generale competente per la puntuale applicazione di quando disposto con il presente provvedimento ed i relativi allegati, per quanto non qui precisato;

VISTI gli artt. 26 e 27 del D. Lgs. n. 33/2013, che demandano alla struttura competente gli adempimenti previsti in materia di trasparenza e pubblicità;

RITENUTO di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della Regione Lombardia www.regione.lombardia.it;

VAGLIATE ed ASSUNTE come proprie le predette determinazioni;

Ad unanimità dei voti espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di approvare i seguenti documenti, parti integranti e sostanziali del presente atto:

   allegato A) Misura Residenzialità assistita;

   allegato A1) Scheda sociale;

   allegato B) Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità;

   allegato B1) Scheda di valutazione per minori disabili gravissimi;

allegato C) Misura RSA aperta;

allegato C1) Tariffario attività RSA aperta;

2. di stabilire che le disposizioni del presente provvedimento sostituiscono integralmente quelle definite per le suddette misure dalle citate DD.G.R. n. 856/2013 e n. 2942/2014;

3. di rinviare, per quanto attiene la gestione degli utenti già in carico attraverso le diverse misure, alle disposizioni di cui al paragrafo "Gestione della fase transitoria", contenute negli allegati A), B), C) del presente provvedimento;

4. di dare mandato alla Direzione Generale Welfare di attivare un gruppo di lavoro, composto da rappresentanti di ATS, ASST, della Direzione Generale Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale e degli erogatori pubblici e privati con il compito di operare il puntuale monitoraggio della fase di consolidamento, individuando gli eventuali correttivi procedurali si rendessero necessari anche ai fini di una stabilizzazione delle misure;

5. di precisare che, al fine di semplificare i processi amministrativi, i contratti che dovranno essere sottoscritti tra soggetto gestore di unità d'offerta e ATS hanno valore per l'intero territorio regionale e che il pagamento delle prestazioni che saranno erogate dalle unità d'offerta, liberamente scelte dai beneficiari delle misure, è effettuato dalla ATS di residenza della persona;

6. di stabilire che il riparto delle risorse alle ATS sarà effettuato con successivo provvedimento della Direzione Generale competente, tenendo conto dell'attività storica erogata, nonché degli indici di popolazione target, specifici per misura e per territorio, in applicazione dei criteri anticipati dalla D.G.R. n. X/7600/2017 e sulla base delle risorse complessive assegnate dalla stessa per l'attuazione delle su citate misure nell'anno 2018 pari a euro 42.449.000,00;

7. di confermare che possono accedere alle misure di cui al presente provvedimento, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di accesso ai servizi sociosanitari, i cittadini residenti in Lombardia;

8. di dare mandato alla Direzione Generale competente per la puntuale applicazione di quando disposto con il presente provvedimento ed i relativi allegati, per quanto non qui precisato;

9. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della Regione Lombardia www.regione.lombardia.it;

10. di richiedere alle ATS l'ampia diffusione del presente provvedimento nei territori di competenza, interessando le ASST, gli Enti Locali, i MMG/PDF, ai fini di una corretta ed omogenea applicazione della normativa a livello regionale;

11. di dare atto che il Dirigente competente provvederà alla pubblicazione del presente atto sul sito istituzionale – amministrazione trasparente – ai sensi degli artt. 26 e 27 del D.lgs. n. 33/2013 in tema di trasparenza.

IL SEGRETARIO
FABRIZIO DE VECCHI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

allegato A1)

SCALA VALUTAZIONE SOCIALE RESIDENZIALITA' ASSISTITA

DOMINI	*VALUTAZIONE*	*PUNTEGGIO*	*NOTE*
CONDIZIONE ABITATIVA (PUNTEGGIO MASSIMO 10 PUNTI)			
A) AGIBILITÀ/DISPONIBILITÀ ABITAZIONE			
B) DISLOCAZIONE SUL TERRITORIO			
C) SERVIZI IGIENICI			
D) RISCALDAMENTO			
E) BARRIERE ARCHITETTONICHE			
F) CONDIZIONI IGIENICHE			
TOTALE CONDIZIONE ABITATIVA		0	
CONDIZIONE FAMILIARE (PUNTEGGIO MASSIMO 20 PUNTI)			
A) CON CHI VIVE			Alcuni campi sono attivi e compilabili in relazione alle scelte effettuate in campi correlati.
B) PROBLEMATICHE CONVIVENTE			
C) FREQUENZA ASSISTENZA RETE PARENTALE			
D) PROBLEMATICHE ASSISTENZA RETE PARENTALE			
TOTALE CONDIZIONE ABITATIVA		0	
SITUAZIONE ASSISTENZIALE (PUNTEGGIO MASSIMO 10 PUNTI)			
A) PRESENZA ASSISTENTE FAMILIARE O SAD			
B) PRESENZA RETE INFORMALE (ASSOCIAZIONI/VICINATO)			
TOTALE SITUAZIONE ASSISTENZIALE		0	
PUNTEGGIO COMPLESSIVO		0	NON AMMESSO ALLA MISURA

allegato A)

RESIDENZIALITÀ ASSISTITA

Sommario

Premesse 2
Definizione 3
Destinatari 4
Unità d'offerta di erogazione 4
Candidature Enti 4
A chi deve essere inoltrata la richiesta 5
Valutazione della richiesta e funzioni dell'ASST 5
Funzioni dell'ATS 6
Requisiti di accesso – Valutazione/Rivalutazione 6
Incompatibilità 8
Prestazioni erogabili 8
Profili professionali previsti per l'erogazione degli interventi sostenuti dalla misura 9
Requisiti gestionali 9
Requisiti organizzativi 9
Remunerazione 10
Assenze 10
Gestione fase transitoria 10

Premesse

Regione Lombardia con la D.G.R. n. 2942/2014 ha dato continuità alla misura "Residenzialità leggera", introdotta dalla D.G.R. n. 856/13 e finalizzata ad assicurare interventi sociosanitari a persone in condizioni di fragilità che necessitano di una soluzione abitativa con caratteristiche di protezione sociosanitaria. Alla luce dei riscontri avuti nella prima fase di sperimentazione della misura, sono state confermate le tipologie delle strutture in cui la stessa poteva essere attivata, mentre è stata estesa dai 60 anni ai 64 anni compiuti l'età dei beneficiari.

L'analisi dei dati dell'anno 2016 ha evidenziato che hanno beneficiato della misura 908 persone, prevalentemente grandi anziani. Il 60% dei beneficiari risulta avere infatti un'età superiore agli 85 anni e di questi il 29% supera i 90 anni.

Nel 63% dei casi i beneficiari sono stati collocati su posti afferenti alla rete sociale; in particolare, 473 beneficiari (52%), erano presenti in Alloggi protetti per anziani, 50 (5.5%) in Casa albergo, 46 (5%) in Comunità Alloggio/Casa Famiglia e 339 (37.5%) in RSA.

La media regionale di giornate di presa in carico nell'anno è risultata pari a 236 gg, mentre il valore medio regionale di presa in carico si è assestato su € 4.936, con variazioni relative ai territori comprese tra un valore minimo di € 3.714 fino ad arrivare ad un valore di € 6.375.

Nel primo semestre 2017 hanno beneficiato della misura 763 persone, prevalentemente grandi anziani, l'84% dei quali di età superiore agli 80 anni. Nel 68% dei casi hanno beneficiato della misura in unità d'offerta della rete sociale, principalmente in Alloggi protetti per anziani, mentre nel 32% sono stati assistiti con la misura in RSA. Si rileva un sensibile trend di crescita, sia rispetto alle giornate di presa in carico che alla relativa valorizzazione. Infatti la media regionale di giornate di presa in carico nel primo semestre 2017 è risultata pari a 151 gg, mentre il valore medio regionale di presa in carico semestrale è risultato pari a € 3.049.

La rivisitazione della misura operata con il presente provvedimento ha inteso assicurare alla stessa una finalità preventiva; è stata, infatti, pensata per favorire, attraverso l'erogazione di servizi e prestazioni di natura sociosanitaria, il

mantenimento delle capacità residue, ritardando il più possibile il declino delle condizioni psico-fisiche e di socialità in una fascia di popolazione che per fragilità, risulta particolarmente esposta al rischio di un rapido decadimento generale.

A tal fine, pur in continuità con quanto previsto dalla D.G.R. n. 2942/2014 in ordine all'età dei destinatari della misura, per l'individuazione degli stessi è stato introdotto un iter valutativo strutturato su due livelli:

1. il primo livello rileva la presenza o meno di condizioni di incompatibilità alla misura e la vulnerabilità sociale, intesa come condizione di solitudine e/o isolamento associata alla presenza di una rete non in grado di garantire un sufficiente supporto al domicilio. La rilevata presenza di una condizione di vulnerabilità sociale e l'assenza di condizioni di incompatibilità alla misura rappresentano il presupposto per poter essere ammessi allo step valutativo di secondo livello.
2. il secondo livello è finalizzato alla verifica del rilievo socio sanitario del bisogno quale elemento vincolante per poter accedere ad una misura sostenuta da FSR.

Definizione

Si tratta di una misura finalizzata a fornire una risposta assistenziale a persone anziane fragili, residenti in Lombardia, con limitazioni parziali delle autonomie, in assenza di una rete di sostegno o con criticità temporanee o persistenti della normale rete di supporto familiare.
In un'ottica preventiva intende assicurare la permanenza in un contesto che favorisca il mantenimento della socialità, della vita di relazione, nonché l'adeguato sostegno alle autonomie residue.
A tal fine con la misura vengono erogate prestazioni di carattere sociosanitario, definite in base alla valutazione multidimensionale del bisogno, aggiuntive a quelle socio assistenziali, già previste dalla normativa per la struttura preposta all'accoglienza.

Destinatari

Anziani/fragili residenti in Lombardia al proprio domicilio, di età di norma pari o superiore ai 65aa, anche con patologie croniche stabilizzate, che si trovano in condizione di difficoltà e/o isolamento per la mancanza di una rete in grado di fornire un adeguato supporto al domicilio e che necessitano di supervisione/care management e di prestazioni sociosanitarie in un ambiente di tipo familiare e/o socializzante.

Unità d'offerta di erogazione

Possono erogare la misura:

- Case Albergo in possesso di autorizzazione al funzionamento ex L.R. 1/86 abrogata con L.R. 3/08;
- Alloggi protetti per anziani abilitati all'esercizio ex DGR 11497/2012;
- Strutture residenziali di tipo comunitario attivate ai sensi dell'art. 13 L.R. 3/08 come unità d'offerta sperimentali nell'ambito della rete sociale e riconosciute dai Comuni nel rispetto dei requisiti minimi definiti dalla presente delibera. In questa tipologia di struttura la misura può essere erogata fino ad un massimo di n. 10 p.l.;
- RSA che dispongono di posti letto autorizzati o accreditati non contrattualizzati. In questa tipologia di unità d'offerta i posti destinati all'accoglienza dei beneficiari della misura saranno "congelati" per gli ospiti ordinari di RSA. Le RSA che erogheranno la misura dovranno infatti garantire spazi di vita dedicati e separati dalle degenze degli altri ospiti, comprensivi di zona soggiorno da riservare in via esclusiva all'accoglienza dei beneficiari della misura per tutta la durata della stessa.

Candidature Enti

Gli Enti gestori che intendono svolgere l'attività connessa alla misura di norma devono presentare la propria candidatura all'ATS di riferimento entro il 15 gennaio di ogni anno.

Le ATS, verificate le candidature, procedono alla sottoscrizione del contratto di norma entro il successivo 31 gennaio.
Altre domande di contratto possono essere accolte durante l'anno, previa valutazione da parte di ATS della copertura territoriale dell'offerta e senza incremento dei limiti di budget assegnati alle ASST.
Le ATS devono garantire la pubblicazione degli elenchi degli Enti erogatori della misura sul sito aziendale, assicurando anche la massima diffusione ai MMG e ai Comuni.

A chi deve essere inoltrata la richiesta

La richiesta di accesso alla misura da parte delle persone interessate deve essere presentata all'ASST di riferimento territoriale rispetto al Comune di residenza.

Valutazione della richiesta e funzioni dell'ASST

- L'ASST ha il compito di effettuare la valutazione, anche attraverso il coinvolgimento del MMG e del Servizio Sociale del Comune di residenza della persona.
- L'ASST, entro il termine massimo di un mese dalla data di protocollo della richiesta, restituisce alla persona l'esito della valutazione effettuata.
- In caso di esito positivo, l'ASST accompagna la persona nella scelta della struttura e predispone il Progetto Individualizzato. In assenza di disponibilità a breve del posto, concorda con la persona eventuali soluzioni alternative che si rendessero nel frattempo necessarie, coinvolgendo il Servizio Sociale del Comune di residenza.
- L'ASST garantisce il rispetto delle risorse economiche assegnate, assicurandone un costante monitoraggio.
- L'ASST garantisce l'assolvimento del debito informativo verso l'ATS, assicurando la completezza, correttezza e congruenza dei dati relativi alla valutazione dell'utenza e alle prestazioni rese da parte delle strutture.

Funzioni dell'ATS

- L'ATS, sulla base dei criteri stabiliti annualmente da Regione Lombardia, attribuisce alle ASST il budget per la misura.
- L'ATS è responsabile della trasmissione dei flussi informativi a Regione, nel rispetto delle tempistiche previste ed avendo cura di verificare la completezza dei dati relativi all'intero territorio.
- L'ATS, attraverso le equipe di vigilanza e controllo, assicura le funzioni di competenza in ordine alle verifiche del mantenimento dei requisiti generali e specifici strutturali, tecnologici, organizzativo–gestionali, nonché soggettivi del legale rappresentante e del soggetto gestore, richiesti dalle normative di riferimento e dal presente provvedimento. Assicura inoltre il controllo di appropriatezza sia sulla presa in carico che sulle prestazioni erogate attraverso la verifica dei fascicoli socio sanitari.

Requisiti di accesso – Valutazione/Rivalutazione

L'ASST, coordinandosi con il Servizio Sociale del Comune di residenza della persona e con il MMG, effettua, preferibilmente al domicilio, la verifica dei requisiti di accesso nonché la valutazione della situazione e, in caso di eleggibilità alla misura, redige il Progetto Individuale, definendone la durata e indicando la tipologia di prestazioni da assicurare al beneficiario della misura.

Per accedere alla misura è previsto il superamento di due livelli valutativi.
Il primo livello contempla la verifica dell'assenza di condizioni di incompatibilità e della presenza di vulnerabilità sociale. Per rilevare la vulnerabilità si utilizza la "Scheda sociale", appositamente approntata ed allegata al presente provvedimento. Poiché la misura è finalizzata ad assicurare il mantenimento della socialità e delle autonomie residue di persone anziane, parzialmente non autosufficienti, la "Scheda sociale" prende in considerazione tre aree specifiche della dimensione sociale e precisamente:

A) condizioni abitative;
B) condizione familiare (rete di cura e di supporto familiare);
C) situazione assistenziale (reti informali e a pagamento).

Per ogni area è determinato un punteggio massimo: 10 punti per la condizione abitativa, 20 punti per la condizione famigliare, 10 punti per la situazione assistenziale. Il punteggio parziale di ogni area è dato dalla somma dei punteggi registrati nei diversi item di cui la stessa si compone, mentre il punteggio totale è dato dalla somma dei punteggi conseguiti nelle tre aree.
La soglia minima per poter accedere alla misura è rappresentata da un punteggio pari o superiore a 25 punti.

In caso di punteggio pari o superiore a 25, si procede alla verifica di secondo livello, finalizzata a rilevare la natura sociosanitaria del bisogno, attraverso la somministrazione delle seguenti scale:

- CDR;
- Barthel modificato.

Per ogni scala sono individuati i seguenti punteggi minimi di accesso:

- CDR non superiore a 1
- Barthel modificato con punteggio ≥ 60.

Le condizioni delle persone beneficiarie della misura devono essere rivalutate, attraverso la somministrazione delle scale sopra indicate, ogni sei mesi e comunque, sempre in caso di eventi acuti e di scadenza del Progetto Individuale. Il gestore è tenuto a segnalare tempestivamente all'ASST la necessità di una rivalutazione in ordine al verificarsi di mutate condizioni che possono pregiudicare il mantenimento del beneficio della misura. Nell'ambito della rivalutazione deve essere anche confermata l'assenza delle condizioni di incompatibilità, mentre non va ripetuta la scheda di vulnerabilità sociale.
Qualora la persona perda la residua autonomia e necessiti di assistenza sociosanitaria continuativa, la struttura coordinandosi con l'ASST, l'ATS e il Comune, dovrà procedere alla dimissione, garantendo alla persona e alla famiglia, laddove presente, l'accompagnamento alla scelta del servizio più idoneo.

Incompatibilità

La misura è incompatibile per persone che si trovano nelle sotto riportate condizioni:

- invalidi civili 100%, con indennità di accompagnamento;
- non deambulanti e/o allettate;
- demenza moderata o severa (CDR >2)
- grave instabilità clinica meritevole di una presa in carico in unità d'offerta sanitaria o specializzata;
- con disturbi psichiatrici e/o disturbi comportamentali e/o di dipendenza, attivi, intendendo evitare situazioni che potrebbero rendere problematica la convivenza in ambiente comunitario.

Nel caso una persona beneficiaria della misura necessitasse dell'attivazione di ADI, in risposta per esempio ad un problema acuto, la misura deve essere sospesa, pur potendo la persona rimanere in struttura senza incremento di retta a carico. È prevista la possibilità di riattivare la misura, risolta l'acuzie e una volta ristabilizzate le condizioni psico-fisiche.

Prestazioni erogabili

- monitoraggio assunzione farmaci, parametri vitali, controllo peso/idratazione, controllo alvo;
- prestazioni infermieristiche di base (terapia iniettiva, medicazioni semplici, controllo stomie, ecc.);
- rieducazione funzionale e attività di prevenzione delle cadute, attività fisica adattata (AFA), gruppi di cammino;
- stimolazione per il mantenimento delle capacità cognitive e delle autonomie;
- supervisione nelle attività di base della vita quotidiana (es: igiene, bagno in sicurezza);
- attivazione e/o promozione della partecipazione ad attività culturali, ricreative, religiose, di socializzazione, interne e/o esterne alla struttura;
- supporto per l'accesso presso presidi/ambulatori per effettuazione visite, accertamenti, prelievi.

Profili professionali previsti per l'erogazione degli interventi sostenuti dalla misura

In relazione ai bisogni rilevati e a quanto previsto nel PAI, possono erogare gli interventi sostenuti dalla misura, di norma, le seguenti figure: infermiere, ASA/OSS, educatore, assistente sociale, laureato in Scienze motorie, animatore, terapista occupazionale, terapista della riabilitazione, psicologo. Potranno, tuttavia, essere individuate ulteriori figure professionali in risposta a specifici bisogni (es: musicoterapista, arte/danza terapeuta, ecc.).
La persona beneficiaria della misura mantiene il proprio MMG.

Requisiti gestionali

Per ogni beneficiario della misura la struttura deve assicurare almeno 420 minuti di attività di supporto ed assistenziali, garantite da un mix di operatori coerente col PAI che comprenda necessariamente la presenza di Infermiere e ASA/OSS, assicurando che:

- almeno il 30% delle attività siano afferenti alle aree educative/animative/riabilitative/di socializzazione, gestite da operatori con adeguata esperienza o specifica formazione;

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

Requisiti organizzativi

Il gestore, entro cinque giorni lavorativi dall'ingresso della persona in struttura, dovrà redigere il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) in coerenza con il Progetto Individuale (PI). Dovrà altresì assicurarne i periodici aggiornamenti.
In caso si verifichino variazioni significative delle condizioni di salute delle persone, il gestore deve segnalare la necessità di una rivalutazione all'ASST, indipendentemente dalla tempistica prevista per la stessa.
Per ogni utente beneficiario della misura deve essere predisposto un Fascicolo Socio Sanitario Assistenziale (FASAS) semplificato che dovrà contenere almeno: copia del P.I. acquisita dall'ASST, PAI, diario degli interventi, eventuale documentazione

sanitaria. Il FASAS dovrà essere compilato, conservato ed archiviato secondo le norme di legge.
Il gestore dovrà garantire la registrazione degli accessi del personale dedicato all'erogazione delle prestazioni previste con la misura, al fine di consentire la verifica del rispetto dello specifico standard.
Il gestore, per ogni persona beneficiaria, dovrà individuare all'interno dell'équipe ed indicare nel FASAS, la figura di care manager.
Il gestore dovrà altresì garantire all'interno della Carta dei servizi le informazioni relative ai servizi offerti attraverso la misura, nonché le modalità di erogazione degli stessi ed esplicitare i costi alberghieri a carico del beneficiario.

Remunerazione

Ad ogni persona beneficiaria della misura viene riconosciuto un voucher giornaliero del valore di € 22 per l'acquisto di prestazioni sociosanitarie per le quali il gestore garantisce uno standard di 420 minuti settimanali.

Assenze

Non vengono remunerate le assenze a qualsiasi titolo. Vengono riconosciute solo le giornate di effettiva presenza in struttura con il beneficio della misura. Potranno, comunque, essere riconosciute attraverso la misura, eventuali periodi di soggiorni/vacanze purché organizzati e gestiti dalla struttura.

Gestione fase transitoria

Agli utenti che risultano già beneficiari della misura alla data del presente provvedimento, potrà essere rinnovato il progetto in essere alle medesime condizioni sino al termine massimo del 31 marzo 2018.

Entro il 15 marzo 2018 le persone già beneficiarie della misura dovranno essere rivalutate dall'ASST di provenienza, secondo le modalità e alle condizioni stabilite dal presente provvedimento, fatta salva la non applicazione della sola Scheda sociale. Per tutti, di fatto, si dovranno verificare: l'assenza di incompatibilità e la

natura sociosanitaria del bisogno, attraverso la somministrazione delle seguenti scale: CDR e Barthel modificato.

Qualora la rivalutazione delle persone già beneficiarie ai sensi della D.G.R. n. 2942/14 rilevasse:

- il possesso delle condizioni clinico – assistenziali previste per l'accesso alla nuova misura, le disposizioni introdotte dal presente provvedimento avranno decorrenza dal secondo trimestre 2018;
- la mancanza delle condizioni previste per l'accesso, il beneficio della misura decade. In questo caso l'equipe valutativa dell'ASST, coadiuvata dal Comune e dalla struttura ospitante, dovrà definire, assieme alla persona, la soluzione alternativa più idonea qualora le condizioni della persona risultassero incompatibili anche con la permanenza in struttura (es: persona in condizioni di totale non autosufficienza presso unità d'offerta sociali).

La misura potrà essere erogata a nuovi beneficiari a partire dal 1 aprile 2018.
L'ASST dovrà comunque garantire per tutto il primo trimestre 2018 l'accoglienza di nuove richieste, da valutare secondo le modalità ed i criteri introdotti dal presente provvedimento e tenendo conto dei limiti delle risorse economiche.

allegato B1)

SCALA VALUTAZIONE MINORI GRAVISSIMI

DATA NASCITA		**ETA'**	Verificare date inserite
DATA VALUTAZIONE (data odierna se mancante)			
DOMINI		***VALUTAZIONE***	***PUNTEGGIO***
RESPIRAZIONE			
NUTRIZIONE			
VISTA			
UDITO			
DOLORE			
MOTRICITA'			
COMORBILITA'	***SPECIFICA COMORBILITA'***		0
LINGUAGGIO/ COMUNICAZIONE			
PROBLEMI COMPORTAMENTALI			
LAVARSI/VESTIRSI/ ALIMENTARSI			
CONTROLLO SFINTERICO			
PUNTEGGIO TOTALE		**Compilare tutti i campi obbligatori**	
CLASSIFICAZIONE		**Compilare tutti i campi obbligatori**	

allegato B)

RESIDENZIALITÀ MINORI DISABILI GRAVISSIMI

Sommario

Premesse 2
Definizione 6
Destinatari 6
Incompatibilità 6
Modalità di accesso 6
A chi deve essere presentata la richiesta 7
Valutazione della richiesta/Rivalutazione e funzioni ATS 7
Scheda di valutazione del minore disabile gravissimo e relativi domini 8
Criteri di ammissione 9
Livelli assistenziali 9
Progetto individuale (PI) 9
Unità d'offerta di erogazione 10
Livelli assistenziali 11
Remunerazione 11
Standard gestionale 11
Requisiti organizzativi 12
Requisiti strutturali e tecnologici 12
Compartecipazione 13
Criteri per dimissione dalla misura 13
Clausole contrattuali 14
Gestione fase di transizione 14

Premesse

Regione Lombardia con la D.G.R. n. 2942/14, in continuità con la precedente D.G.R. n. 856/13, ha fornito una risposta a favore di minori in condizione di gravissima disabilità, non assistibili al domicilio e con un bisogno di assistenza continuativa nell'arco delle 24 ore, attraverso una specifica misura, denominata "Residenzialità per minori con gravissima disabilità". L'accesso alla misura è stato previsto sulla base di una valutazione che, oltre alla diagnosi della UONPIA/reparto pediatrico ospedaliero o di altra struttura sanitaria, ha preso in considerazione i quattro domini indicati dall'Accordo sancito il 5 agosto 2014 in sede di Conferenza unificata Stato Regioni (Motricità/Stato di coscienza/Respirazione/Nutrizione), individuando due livelli di intensità di bisogno (media e alta).

I due livelli di bisogno, correlati a due diversi standard settimanali di assistenza (2500 min/sett/minore e 3500 min/sett/minore), sono stati sostenuti attraverso due voucher giornalieri di differente valore (140€ e 200€).

La D.G.R. sopra indicata ha previsto che, per meglio rispondere alla specificità e complessità di questa tipologia di utenza, la misura potesse essere attivata, per un massimo di 10 posti letto per singola struttura, all'interno di unità d'offerta afferenti all'area della disabilità, ed in particolare: in Residenze Sanitarie per Disabili (RSD) su p.l. autorizzati o accreditati non a contratto, in Comunità Socio Sanitarie (CSS) o in strutture abilitate all'esercizio assimilabili alle stesse.

Le unità d'offerta che a livello regionale hanno assicurato questa specifica forma di accoglienza sono state 1 RSD afferente alla ATS dell'Insubria, 2 CSS, rispettivamente afferenti alla ATS di Bergamo e alla ATS dell'Insubria e 1 struttura residenziale assimilabile alla CSS collocata nel territorio della ATS della Città Metropolitana di Milano.

Nel periodo che va da gennaio 2015 al 30 settembre 2017 hanno beneficiato complessivamente della misura 42 minori, con età all'ingresso compresa tra i due mesi ed i 13 anni, così ripartiti per ATS di residenza:

- 19 minori residenti nell'ATS della Città Metropolitana di Milano;
- 7 minori residenti nell'ATS dell'Insubria;
- 5 minori residenti nell'ATS della Brianza;

- 5 minori residenti nell'ATS di Bergamo;
- 2 minori residenti nell'ATS di Brescia;
- 3 minori residenti nell'ATS Valpadana;
- 1 minore residente nell'ATS di Pavia.

Al 30 settembre 2017 risultavano beneficiari della misura 23 minori con questa distribuzione territoriale:

- 7 minori residenti nell'ATS della Città Metropolitana di Milano;
- 6 minori residenti nell'ATS dell'Insubria;
- 4 minori residenti nell'ATS della Brianza;
- 1 minori residenti nell'ATS di Bergamo;
- 2 minori residenti nell'ATS di Brescia;
- 2 minori residenti nell'ATS della Valpadana;
- 1 minore residente nell'ATS di Pavia.

Dei 19 minori che hanno beneficiato della misura e che al 30 settembre 2017 risultavano dimessi, 8 sono rientrati al domicilio, 2 sono stati trasferiti ad altre strutture, 7 sono deceduti, 2 hanno usufruito di altre progettualità (affido familiare, ecc.).

Considerando la peculiarità della casistica, i dati di attività rilevano che la misura si è rivolta a un numero di minori piuttosto contenuto che si è mantenuto costante negli anni.

Nel 2015 sono stati 31 i minori che hanno beneficiato della misura, attraverso voucher che, nel 68% dei casi sono stati ad alta intensità e nel restante 32% di media intensità. Diciassette dei trentuno minori sono stati dimessi nel corso dello stesso anno, rispettivamente per: decesso (3), per completamento PAI (9), per volontà della famiglia (4), per altre ragioni (1).

Nel 2016 sono stati 24 i minori seguiti attraverso la misura, il 79% dei quali di età compresa tra gli zero e i dieci anni. Nell'83% dei casi i voucher utilizzati sono stati ad alta intensità, 282 sono state le giornate medie di presa in carico su base regionale, con valori minimi e massimi di ATS pari a 110 e a 366 giornate.

Anche i dati relativi al primo semestre 2017 confermano i riscontri delle precedenti annualità ed attestano che il 67% dei beneficiari sono minori al di sotto dei dieci anni di età, nell'82% dei casi presi in carico attraverso voucher di alta intensità per

periodi piuttosto lunghi. Sono infatti 145 le giornate medie di presa in carico nel primo semestre 2017.

A fronte dell'analisi dei dati relativi ai minori che hanno beneficiato della misura nel periodo 2015 – 2017, in conformità a quanto stabilito dalla D.G.R. n. 5954/16, si è dato seguito al processo di revisione della misura, a partire dall'individuazione di un nuovo strumento di valutazione.
E' stata, pertanto, approntata una scheda di valutazione che, tenendo conto in primis dell'età e delle condizioni cliniche dell'utenza risultata beneficiaria della misura, nonché del percorso complessivo di presa in carico, ha introdotto le seguenti modifiche:

1. Estensione della valutazione ai seguenti domini:
   - Sensoriale (vista, udito)
   - Dolore
   - Linguaggio/comunicazione
   - Problemi comportamentali
   - Autonomia
   - Comorbilità

2. Pesatura differenziata dei domini con assegnazione di punteggi maggiori a quelli che prevedono maggiore intensità, maggior carico assistenziale e rischio di morte (respirazione, nutrizione). In particolare in relazione all'impegno sanitario assistenziale sono stati attribuiti ai singoli domini i seguenti punteggi:

DOMINI	PUNTEGGIO DA MIN/MAX
RESPIRAZIONE	- Da 0 a 9
MOTRICITÀ	
COMORBILITÀ (specifica)	
NUTRIZIONE	- Da 0 a 6
VISTA	
UDITO	
DOLORE	
PROBLEMI COMPORTAMENTALI	- Da 0 a 3 (quando pertinenti per età)
LINGUAGGIO E COMUNICAZIONE	
AUTONOMIA NEL LAVARSI/VESTIRSI/ALIMENTARSI	
CONTROLLO SFINTERICO	
TOTALE PUNTEGGIO	**LIVELLO/PROFILO**

3. Valutazione di domini diversi, in relazione all'età dei minori.

4. Definizione per ogni dominio di 4 livelli di compromissione con attribuzione di punteggio proporzionalmente crescente in funzione della gravità.

Di seguito viene descritta la misura rivisitata alla luce dei rilievi emersi nel periodo di attivazione ai sensi della D.G.R. n. 2942/14.

Definizione

Misura volta a sostenere l'accoglienza residenziale di minori in condizioni di gravissima disabilità. La misura intende assicurare accoglienza ad una tipologia di utenza che ad oggi non trova risposta nella rete consolidata dei servizi rivolti ai disabili.

Destinatari

- Minori con gravissima disabilità, in condizioni di stabilità clinica certificata, che necessitano di assistenza continua, sanitaria e tutelare, nell'arco delle 24 ore che non può essere, di norma, garantita nel proprio contesto di vita.
- Minori con gravissima disabilità, in condizioni di stabilità clinica certificata, che necessitano di assistenza continua, sanitaria e tutelare, nell'arco delle 24 h per i quali la famiglia, attraverso un significativo impegno di care, riesce a garantire l'assistenza nel proprio contesto di vita, ma necessita di temporanei interventi di supporto attraverso la misura.

Incompatibilità

La misura risulta incompatibile nei casi di:

- instabilità clinica;
- minori con disturbi del neurosviluppo e disabilità complessa che usufruiscono di interventi riabilitativi ex art. 32 del DPCM 12 gennaio 2017;
- erogazione contestuale di altre misure e/o interventi regionali, sperimentazioni (es: Misura B1, sperimentazioni ex D.G.R. n. 3239/12, ecc.);
- fruizione contemporanea di altre unità d'offerta sociosanitarie.

Modalità di accesso

L'accesso alla misura può avvenire dal domicilio, dall'ospedale, da altra struttura, a seguito di richiesta presentata unicamente da parte dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale.

A chi deve essere presentata la richiesta

La richiesta deve essere presentata all'ATS di residenza del minore indipendentemente dalla provenienza della stessa (domicilio, ospedale, altra struttura).
L'ATS è tenuta ad assicurare il coordinamento, attivando l'ASST (UONPIA/altri reparti/servizi), il Pediatra di famiglia/MMG e l'Ambito/Comune di residenza del minore, per le loro specifiche funzioni di valutazione e presa in carico.
In relazione alla sua specificità, si ritiene, infatti, di poter ricondurre tale misura alle situazioni per le quali le Linee guida regionali sui POAS (D.G.R. n. 5113/2016 e D.G.R. n. 5513/2016) prevedono l'intervento attivo del Dipartimento PIPSS.

Valutazione della richiesta/Rivalutazione e funzioni ATS

La valutazione, finalizzata all'accesso alla misura, viene effettuata congiuntamente da: ATS di residenza del minore, UONPIA/reparti ospedalieri/specialisti di riferimento/Pediatri di famiglia/MMG, Servizi della rete territoriale dell'ASST, Servizio Sociale del Comune/Ambito di residenza del minore.
L'ATS di residenza del minore autorizza l'accesso alla misura, garantisce la governance anche in ordine alle risorse economiche disponibili e, nelle sue funzioni di coordinamento e monitoraggio, assicura la regia delle diverse fasi progettuali. Garantisce almeno semestralmente la rivalutazione, raccordandosi con la struttura. Il gestore potrà comunque segnalare all'ATS la necessità di una rivalutazione in relazione a variazioni sostanziali delle condizioni del minore, indipendentemente dalla tempistica stabilita.

Le equipe ATS di vigilanza e controllo assicurano le funzioni di competenza in ordine alle verifiche del mantenimento dei requisiti generali e specifici strutturali, tecnologici, organizzativo – gestionali, nonché soggettivi del legale rappresentante e del soggetto gestore, richiesti dalle specifiche normative di riferimento e dal presente provvedimento. Effettuano, inoltre, i controlli di appropriatezza sia sulla presa in carico che sulle prestazioni erogate, attraverso la verifica dei fascicoli socio

sanitari, secondo le indicazioni contenute nel Piano dei Controlli e dei Protocolli predisposto dall'ACSS.

Scheda di valutazione del minore disabile gravissimo e relativi domini

La valutazione per l'ammissione alla misura avviene attraverso la nuova "Scheda di valutazione per minori disabili gravissimi" (allegato "Scheda di valutazione per minori disabili gravissimi") che ha ampliato i domini previsti dalla precedente.
Indipendentemente dall'età dei minori, la valutazione prende in considerazione e valorizza i seguenti domini:

- Respirazione
- Nutrizione
- Vista
- Udito
- Dolore
- Motricità
- Presenza di co-morbilità di natura cardiologica o neurologica per epilessia

In relazione all'età dei minori, la valutazione prevede l'estensione ad ulteriori domini. In particolare per i minori con età:

- Superiore a 18 mesi e fino ai 36 mesi prende in considerazione anche i seguenti domini:
  - Linguaggio e comunicazione
  - Problemi comportamentali
- Superiore a 36 mesi e fino a 18 anni, oltre ai succitati domini, prende in considerazione anche i seguenti ulteriori:
  - Autonomia nel lavarsi/vestirsi/alimentarsi
  - Controllo sfinterico.

La somministrazione della scheda di valutazione determina un punteggio complessivo che, in maniera differenziata in relazione all'età, definisce:

- l'ammissibilità alla misura;
- il livello di intensità assistenziale.

Criteri di ammissione

L'ammissione alla misura avviene sulla base di cut off differenziati per età, come di seguito indicato:

- minori compresi tra 0 e 18 mesi: punteggio uguale o superiore a 13;
- minori con età superiore a 18 mesi e fino a 36 mesi: punteggio uguale o superiore a 15;
- minori con età superiore a 36 mesi e fino a 18 anni: punteggio uguale o superiore a 21.

Livelli assistenziali

Sono previsti due livelli assistenziali, rispettivamente di media ed alta intensità.
In relazione all'età dei minori, risultano differenziati come segue:

a. minori compresi tra 0 e 18 mesi:

- media intensità assistenziale con punteggio uguale o superiore a 13
- alta intensità con punteggio uguale o superiore a 24

b. minori con età superiore a 18 mesi e fino a 36 mesi:

- media intensità con punteggio uguale o superiore a 15
- alta intensità con punteggio uguale o superiore a 32

c. minori con età superiore a 36 mesi e fino a 18 anni:

- media intensità con punteggio uguale o superiore a 21
- alta intensità con punteggio uguale o superiore a 37.

Ai due diversi livelli corrispondono due diversi standard assistenziali e due profili di valorizzazione economica.

Progetto individuale (PI)

I minori che hanno accesso alla misura sono caratterizzati da bisogni complessi che richiedono interventi tempestivi in risposta a problematiche di natura clinica ed assistenziale. A tal fine è necessario uno snellimento delle tempistiche in ordine alla valutazione e alla stesura del progetto individuale, a favore di una presa in carico precoce e di una rapida redazione del PAI/PEI.

Il Progetto, che va condiviso con la famiglia/tutore e sottoscritto dalla/o stessa/o, deve prevedere obiettivi, aree di intervento e tempi di rivalutazione non superiori a sei mesi.
L'ATS di residenza, nel suo ruolo di governance, deve mantenere attiva e costante la collaborazione con l'Ente gestore, assicurando il coordinamento di tutte le fasi progettuali. La complessità e le peculiarità delle situazioni dei minori richiedono inoltre un'attenta e costante informazione di tutti gli enti coinvolti (con particolare riferimento alle fasi di inserimento ed eventuale dimissione).
L'Ente gestore dovrà individuare un care manager che abbia titolo a tenere le relazioni con i diversi soggetti nella realizzazione del progetto e che sia anche punto di riferimento per la famiglia.
Qualora dalla rivalutazione, periodica o su richiesta del gestore, emergessero punteggi alla scheda inferiori ai cut off previsti per l'accesso alla misura, è necessario che l'ATS, in accordo con l'Ente gestore e tutti gli Enti coinvolti, in tempi congrui e comunque non oltre sei mesi, ridefinisca la progettualità, contemplando la possibilità di attivare soluzioni idonee, tra cui il rientro al domicilio, condiviso con la famiglia d'origine/tutore, l'eventuale trasferimento in unità d'offerta della riabilitazione residenziale per minori, ecc.

In tale periodo, in considerazione delle peculiarità dell'utenza, si stabilisce di riconoscere il beneficio economico corrispondente al profilo di media intensità assistenziale. In assenza di soluzioni alternative alla misura, trascorsi i 6 mesi previsti, cesserà il riconoscimento della remunerazione a carico del FSR.

Unità d'offerta di erogazione

La misura può essere erogata all'interno delle Strutture già previste dalla D.G.R. n. 2942/14 e precisamente:

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

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

Nelle more della stabilizzazione della misura, che potrà avvenire a seguito della valutazione degli esiti del tavolo tecnico previsto dalla D.G.R. n. X/7600 del 20.12.2017, non è prevista nel corso del 2018 l'estensione delle candidature per l'erogazione della stessa a gestori diversi da quelli che l'hanno ad oggi sostenuta.

Livelli assistenziali

Sono due i livelli assistenziali previsti e precisamente:

- 2.600 min/sett/minore: media intensità
- 3.200 min/sett/minore: alta intensità

Remunerazione

Ai beneficiari della misura viene riconosciuto un voucher giornaliero di diverso valore in relazione al profilo di intensità assistenziale:

- al profilo di media intensità corrisponde una tariffa giornaliera pari ad € 140;
- al profilo di alta intensità corrisponde una tariffa giornaliera pari ad € 200.

Standard gestionale

Il gestore deve assicurare la presenza delle seguenti figure professionali:

- infermiere, presente almeno 12 h /die con reperibilità nelle restanti ore;
- ASA/OSS per 24 ore/die;
- OSS nelle ore in cui l'Infermiere è reperibile.

Deve inoltre garantire, qualora necessaria, la disponibilità di un medico specialista in relazione alla specificità dei bisogni dei minori.

Possono concorrere allo standard, in relazione ai bisogni dei minori, le seguenti figure professionali: psicologo, educatore classe 19, professionisti della riabilitazione afferenti alla classe 2 del D.M. 2 aprile 2001 con titolo di: fisioterapista, logopedista, neuropsicomotricista, terapista occupazionale, educatore professionale.

Nelle ore notturne, a salvaguardia dei minori accolti, il gestore deve garantire la compresenza di due operatori, laddove in struttura siano presenti almeno due minori.

Requisiti organizzativi

Il gestore, entro cinque giorni lavorativi dall'ingresso del minore in struttura dovrà redigere il Piano Assistenziale/Educativo Individualizzato (PAI/PEI) in coerenza con il PI. Dovrà altresì assicurarne i periodici aggiornamenti. In caso si verifichino variazioni significative delle condizioni di salute del minore, il gestore deve segnalare all'ATS la necessità di una rivalutazione.

Per ogni utente beneficiario della misura deve essere predisposto un Fascicolo Socio Sanitario Assistenziale (FASAS) semplificato, composto almeno da: P.I., PAI/PEI, eventuale documentazione sanitaria, diario degli interventi. Il FASAS dovrà essere compilato, conservato ed archiviato secondo le norme di legge.

Il gestore dovrà assicurare l'effettivo utilizzo di protocolli necessari a fornire un'adeguata assistenza alla tipologia dell'utenza accolta (es. gestione delle emergenze clinico – assistenziali, gestione della tracheostomia, gestione della ventilazione assistita ed ossigenoterapia, ecc.).

Il gestore dovrà anche garantire all'interno della Carta dei servizi le informazioni relative ai servizi offerti attraverso la misura, alle modalità di erogazione degli stessi e alle eventuali integrazioni economiche richieste.

Il minore mantiene l'iscrizione presso il proprio pediatra di famiglia/medico di medicina generale e resta a carico del Fondo Sanitario l'erogazione di ausili, presidi e farmaci.

Requisiti strutturali e tecnologici

A garanzia della sicurezza sia dei minori accolti che degli operatori e nel rispetto delle normative nazionali e regionali vigenti, si rammenta che 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 superamento/eliminazione delle barriere architettoniche;
- il rispetto della normativa in materia di prevenzione incendi;

- il rispetto della normativa in materia di igiene e sicurezza sul lavoro (D. Lvo 81/08);
- il rispetto della normativa in materia di sicurezza impiantistica, con particolare riferimento alla sicurezza e continuità elettrica, garantita con modalità idonee, in presenza di minori affetti da patologie che necessitano di apparecchiature per il mantenimento delle funzioni vitali;
- la presenza di impianto di distribuzione gas (ossigeno e vuoto) o, in alternativa, presenza in sede di idonei dispositivi per la somministrazione di ossigeno e di bronco-aspiratori.

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

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

Nel caso delle RSD, devono essere garantiti spazi autonomi all'interno della struttura dedicati ad accogliere i bambini.
Le strutture devono inoltre prevedere spazi adeguati per l'accoglienza dei genitori. Deve essere favorita la relazione affettiva con i bambini secondo un approccio basato sull'identità del minore e non sulla disabilità.

Compartecipazione

E' prevista per il gestore la possibilità di richiedere un'integrazione economica non superiore al 30% dell'importo giornaliero corrispondente al profilo ad alta intensità.

Criteri per dimissione dalla misura

Costituiscono criteri per la dimissione dalla misura:

- <u>punteggi alla scheda inferiori ai cut off previsti</u>, rilevati in esito alla rivalutazione periodica, da effettuarsi con cadenza almeno semestrale. In tali

casi deve essere pianificata la dimissione, in modalità protetta, da attuarsi entro 6 mesi dalla data di rivalutazione;

- età: in previsione del compimento del 16° anno di età va programmato un idoneo percorso finalizzato all'individuazione delle soluzioni più adatte ad accogliere il beneficiario, una volta raggiunta la maggiore età ;
- rientro al domicilio condiviso con la famiglia;
- trasferimento di residenza al di fuori del territorio regionale;
- verificarsi di una delle condizioni di incompatibilità.

Clausole contrattuali

In analogia a quanto stabilito per i servizi sociosanitari residenziali, deve essere pagata solo la giornata di accettazione e non quella di dimissione.
Analogamente, per i periodi di assenza, deve essere pagata solo la giornata di rientro e non quella di uscita. Non viene, quindi, 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 al servizio, la giornata è riconosciuta a carico del FSR.
Sono inoltre riconoscibili ai fini della remunerazione a carico del FSR le assenze per ricovero ospedaliero solo in caso la struttura garantisca la presenza continuativa di un operatore, documentata nel FASAS del minore.
Vista la tipologia di utenza sono altresì riconoscibili ai fini della remunerazione a carico del FSR le assenze per altre cause, adeguatamente motivate all'interno del Progetto, fino ad un massimo di 30 giorni su base annua.

Gestione fase di transizione

Le regole introdotte dal presente provvedimento, sia in termini assistenziali sia di remunerazione, vengono applicate a partire dal 1 aprile 2018.

Gli utenti già beneficiari della misura ai sensi della D.G.R. n. 2942/14, mantengono il beneficio della misura alle medesime condizioni, fino al 31 marzo 2018.

Le ATS, entro il 15 marzo 2018, dovranno procedere alla rivalutazione secondo le modalità previste dal presente provvedimento.

Per i minori che alla rivalutazione risultassero in possesso delle condizioni previste per l'accesso, le nuove regole sia assistenziali che di remunerazione verranno applicate a partire dal primo giorno del secondo trimestre 2018.

Qualora la rivalutazione rilevasse la mancanza delle condizioni previste per l'accesso, entro i successivi sei mesi, l'ATS in raccordo con il gestore ed attivando eventualmente altri nodi della rete territoriale (ASST, UONPIA, Comune, ecc.), dovrà definire la soluzione più idonea, da concordare con la famiglia/tutore. In tale periodo, in considerazione della peculiarità dell'utenza, verrà riconosciuto il beneficio economico corrispondente al profilo di media intensità assistenziale e richiesto il corrispondente standard gestionale.

In considerazione della peculiarità della casistica, qualora nel corso del primo trimestre 2018 intervenissero nuove richieste coi caratteri dell'urgenza non differibile, previa valutazione secondo le modalità ed i criteri introdotti dal presente provvedimento, viene riconosciuta la possibilità di attivare la misura anticipatamente alla data del 1 aprile 2018.

allegato C1)

TARIFFARIO ATTIVITA'

Tipologia Attività/Prestazione	Valorizzazione
1. Valutazione Multidimensionale Effettuata al domicilio da Medico e Ass. sociale o altre figure previste e comprensiva di: • anamnesi clinica; • rilevazione delle condizioni socio – ambientali, comprese le risorse attivabili (familiari e non); • rilevazione degli eventuali interventi sanitari, socio sanitari e sociali già in atto, anche finalizzata ad escludere eventuali incompatibilità con l'erogazione della misura; • somministrazione di scale validate.	€ 120,00
2.**Attività diversificate, svolte in gruppo, all'interno delle strutture**, dagli operatori previsti per le stesse	€ 15 a partecipante
3.**Giornata di ricovero**	€ 50/die prevista in aggiunta quota alberghiera
4. **Frequenza RSA di 4 ore**	€ 18
Per frequenza di 4 ore è prevista compartecipazione da parte della persona, fino ad un massimo di € 10, comprensiva di pranzo.	
5. **Frequenza RSA di giornata intera**	€ 29
Per frequenza > 4 ore è prevista compartecipazione da parte della persona, fino ad un massimo di € 15, comprensiva di pranzo e merenda.	
6. **Consulenza alla famiglia/care giver** per la gestione di problematiche specifiche relative ad alimentazione (max 3 accessi/presa in carico)	€ 33 ad accesso
7. **Interventi <u>all'esterno dell'unità di offerta per la partecipazione</u>** a uscite, visite musei, mostre, mercato, cinema, etc di durata non inferiore a 60 minuti	€ 20 ad accesso/persona.

TARIFFE ATTIVITA' PROFESSIONISTI

Figura professionale	Domicilio	In struttura
ASA	€ 21,00	-
Assistente Sociale	€ 28,00	-
Educatore	€ 25,00	-
Dietista	€ 35,00	-
Fisioterapista	€ 28,00	-
Infermiere	€ 28,00	-
Laureato in scienze dell'alimentazione	€ 35,00	-
Laureato in Scienze Motorie	€ 25,00	-
Logopedista	€ 35,00	-
Medico	€ 54,00	€ 41,00
Nutrizionista	€ 50,00	-
OSS	€ 22,00	-
OTA	€ 21,00	-
Psicologo/Psicoterapeuta	€ 48,00	€ 35,00
Psicomotricista	€ 25,00	-
Terapista occupazionale	€ 27,00	-

allegato C)

RSA APERTA

Sommario

Premesse 2
Definizione 7
Destinatari e requisiti per l'accesso alla valutazione 7
Unità d'offerta di erogazione 8
Candidature Enti 9
Funzioni dell'ATS 10
Presentazione della richiesta e verifica dei requisiti di accesso 10
Verifica positiva dei requisiti di accesso e percorso 10
Profili professionali previsti per la valutazione multidimensionale 10
Valutazione Multidimensionale 11
Incompatibilità 12
Tempistica per la verifica dei requisiti, la valutazione, l'attivazione della misura 12
PI e PAI 12
Remunerazione VMD 13
Budget per la misura 13
Remunerazione prestazioni 14
Sospensioni e interruzioni 14
Prestazioni erogabili 14
INTERVENTI PER PERSONE AFFETTE DA DEMENZA CERTIFICATA 15
Interventi per persone affette da demenza lieve e loro caregiver 15
Interventi per persone affette da demenza di grado moderato e loro caregiver 19
Interventi per persone affette da demenza di grado severo e per loro caregiver 24
Interventi per persone affette da demenza di grado severo e per loro caregiver 29
INTERVENTI RIVOLTI AD ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI 33
Gestione della fase transitoria 37

Premesse

La misura innovativa RSA aperta, introdotta dalla D.G.R. n. 856/13 e successivamente revisionata e confermata dalla D.G.R. n. 2942/14, ha fornito negli anni un'ampia serie di interventi, a favore di persone affette da demenza e di anziani non autosufficienti, nonché dei loro famigliari, erogati da unità d'offerta accreditate della rete dei servizi del I° pilastro del welfare (RSD, Residenze Sanitarie Assistenziali, Centri Diurni Integrati).

La misura ha inteso promuovere, in una logica di prossimità, la flessibilizzazione del sistema di offerta tradizionalmente rivolto alla cura delle persone anziane, valorizzandone le competenze. La misura ha riconosciuto la possibilità di erogare diverse tipologie di servizi, sia all'interno delle strutture, consentendo al target di utenza individuato, l'accesso anche per poche ore, sia all'esterno direttamente presso il domicilio delle stesse.

Nel tempo la misura ha avuto un grande riscontro, registrando di anno in anno, incrementi significativi nel numero di persone beneficiarie e conseguentemente nelle quote di risorse economiche impegnate. Si è passati, infatti, da 9.017 beneficiari nel 2015, a 11.836 nel 2016 e a 9.842 nel primo semestre 2017. L'utilizzo della misura si è di fatto storicizzato nel tempo, a favore di un'utenza che è risultata beneficiaria quasi sine die ed ha registrato significative difficoltà nel ricambio e nell'accessibilità a nuovi beneficiari.

Gli interventi sono stati erogati prevalentemente al domicilio delle persone ed hanno risposto talvolta a bisogni di natura socio assistenziale, finendo per sostituire servizi già esistenti.

Si ritiene importante fornire i dati relativi alle attività sostenute attraverso la misura nell'intero anno 2016 e nel primo semestre 2017, dai quali si evidenziano le motivazioni a sostegno della revisione apportata attraverso il presente atto.

Il 38% dei beneficiari della misura nel 2016 è stato di sesso maschile (4.516) e il 62% femminile (7.320), per la maggior parte (74%) grandi anziani, di età superiore agli 80 anni, collocati rispettivamente:

- 25,7% nella fascia 80 – 84 aa
- 27,6% nella fascia 85 -89 aa
- 21,2% nella fascia 90 aa e oltre.

Nel primo semestre 2017 si conferma il dato relativo sia al genere che all'età dei beneficiari che nel 78% dei casi risultano di età superiore agli 80 anni, collocandosi rispettivamente:

- 25,4% nella fascia di età 80 – 84 aa
- 28,5% nella fascia di età 85 – 89 aa
- 17,6% nella fascia di età 90 – 94 aa
- 5,5% nella fascia di età 95 – 99 aa
- 0,8% oltre i 100 anni.

Il 55,7% delle persone che hanno beneficiato della misura nel 2016 risulta costituito da pazienti affetti da demenze, di questi il 21,7% da Alzheimer, dato che peraltro si conferma nel primo semestre 2017, laddove la misura è stata erogata nel 55,5% dei casi a favore di persone affette da demenza, di cui il 22,5% di tipo Alzheimer.

La misura nel 2016 è stata prevalentemente erogata attraverso voucher di profilo basso, e in particolare secondo le seguenti percentuali:

- 62.8% attraverso voucher di profilo 1
- 18.9% attraverso voucher di profilo 2
- 9.7% attraverso voucher di profilo 3
- 6.9 % attraverso voucher di profilo 4 (p1 + p2)
- 0.6 % attraverso voucher di profilo 5 (p1 + p3)
- 1.0% attraverso voucher di profilo 6 (p2 + p3)
- 0.1% attraverso voucher di profilo 7 (p1 +p2 + p3)

Nel primo semestre 2017 si conferma la tendenza e si rileva un significativo decremento dei profili 2 e 3 a favore del profilo più basso, come di seguito rappresentato:

- 75,5 % attraverso voucher di profilo 1
- 14 % attraverso voucher di profilo 2
- 6% attraverso voucher di profilo 3
- 3.5 % attraverso voucher di profilo 4 (p1 + p2)
- 0.5 % attraverso voucher di profilo 5 (p1 + p3)
- 0.5% attraverso voucher di profilo 6 (p2 + p3)
- 0.1% attraverso voucher di profilo 7 (p1 +p2 + p3)

Il 60% delle persone (7.119 su 11.836) che hanno beneficiato della misura nel corso del 2016 ha usufruito anche di altri servizi sociosanitari e, in particolar, il 47% ha avuto anche l'ADI, con una notevole differenziazione tra le ATS; in alcune ATS quasi il 60% delle persone che hanno usufruito di RSA aperta hanno avuto anche ADI. Dai dati del primo semestre 2017 sembra rilevarsi un decremento dell'utenza beneficiaria di più servizi in contemporanea.

Nel 2016 il 54% dell'utenza è stata presa in carico attraverso la RSA aperta per periodi superiori ai 200 giorni e di questi il 14% per l'intero anno.

Nel primo semestre del 2017 la media regionale di giornate di presa in carico risulta pari a 108 giorni sui 181, con una significativa variabilità tra i diversi territori dove si va da un minimo di 80 fino a 162 giornate.

Il costo medio regionale di presa in carico attraverso la misura RSA Aperta nel 2016 risulta pari a € 2.449 per persona e registra variabilità tra i territori delle diverse ATS, dove si va da un minimo di € 1.811 fino a € 3.128 per persona.

Nel 2017 il costo medio regionale di presa in carico, calcolato su base semestrale, risulta pari ad € 1.504.

Dalla lettura dei dati di attività del 2016 si evidenziano difformità tra le ATS nell'utilizzo della misura, per esempio in termini di persone raggiunte rispetto al target di popolazione territoriale, di costi relativi alla presa in carico, di durata della presa in carico, ma anche alcuni elementi comuni, quali la tipologia di servizi erogati e le figure professionali utilizzate in modo prevalente.

Dall'analisi dei dati del I primo semestre 2017 si rileva una netta riduzione dell'utilizzo di figure dedite a compiti di natura prettamente assistenziale o tutelare, cui corrisponde un aumento dell'impiego di figure con funzioni sanitarie e sociosanitarie.

In particolare le figure professionali maggiormente ricorrenti sono state:

Anno 2016

ASA/OSS/OTA nell'81,5%
Educatore nel 7,5%
Fisioterapista nel 5,1%
Infermiere nel 2,2%

Primo semestre 2017

ASA/OSS/OTA nel 51%
Infermiere nel 12 %
Educatore nel 11,5%
Assistente Sociale nel 9%
Fisioterapista nel 4,4%
Medico nel 3.9%
Psicologo nel 3,5%

Le risorse economiche disponibili sono state principalmente impiegate per l'erogazione delle seguenti attività/servizi e nelle percentuali di seguito indicate:

Anno 2016:

- Sostituzione temporanea al domicilio: 32.3%
- Igiene personale/Bagno assistito: 27.2%
- Sollievo al domicilio: 14.5%
- Interventi specialistici: 6%
- Stimolazione cognitiva: 4.9%
- Accoglienza in semiresidenziale: 4.9%

Primo semestre 2017:

- Care management leggero: 29.1%
- Sostituzione temporanea al domicilio: 19.6%
- Igiene personale/Bagno assistito: 17.3 %
- Sollievo al domicilio: 10.4%
- Interventi specialistici: 5.6%
- Stimolazione cognitiva: 4.2%
- Counselling e terapia occupazionale – 1. 2%

Quantunque la base semestrale dei dati di attività riferiti al 2017 consenta di operare un confronto con l'annualità precedente che potrà trovare eventuale conferma solo con l'acquisizione del dato consolidato sull'intera annualità, il maggior utilizzo delle figure dell'infermiere, dell'educatore e dell'assistente sociale parrebbe essere stato orientato alla funzione di care management.

I dati esposti confermano la necessità, già annunciata con la D.G.R. n. 5954/16, di una complessiva revisione, sia in un'ottica di maggior allineamento ai LEA, sia in una prospettiva di maggior qualificazione dei servizi offerti.
La revisione oggetto del presente provvedimento ha inteso operare, inoltre, il necessario allineamento al nuovo modello di presa in carico della cronicità, di cui alla l.r. n. 23/15 e ai successivi provvedimenti di attuazione (D.G.R. n. 4662/15, D.G.R. n. 6164/17, D.G.R. n. 6551/17 e D.G.R. n. 7655/17).
In particolare, per evitare situazioni di incompatibilità con il ruolo di gestore, è stato previsto che la valutazione ai fini del riconoscimento della misura venga effettuata dall'erogatore stesso e non più dall'ASST per l'intero sistema.
Il target di utenza potenziale beneficiaria della misura è stato individuato nelle persone affette da demenza e negli anziani non autosufficienti, di età pari o superiore a 75 anni, riconosciuti invalidi civili al 100%. In riferimento a questi ultimi l'accesso alla misura è consentito sulla base di un cut off correlato ai punteggi rilevati alla somministrazione della scala Barthel modificata. Si è inteso, infatti, destinare la misura a quegli anziani che risultano maggiormente compromessi nei livelli di autonomia e che, per poter stare al proprio domicilio, necessitano di un sostegno importante da parte dei familiari e/o caregiver.
Inoltre, essendo la misura finalizzata a sostenere la permanenza il più a lungo possibile presso il proprio domicilio delle persone individuate come target, viene introdotta, come pre-condizione per l'accesso, la disponibilità di almeno un caregiver familiare e/o professionale.
E' stata resa incompatibile la fruizione contemporanea di RSA aperta e altre misure e/o interventi regionali e/o di altri servizi/unità d'offerta della rete sociosanitaria, eccezion fatta per interventi di tipo ambulatoriale e prestazioni occasionali o continuative di soli prelievi erogati in ADI. La fruizione di RSA aperta risulta compatibile con altre misure nazionali o locali di carattere socio assistenziale (es. FNA, misura B2, SAD, ecc).
In un'ottica di maggior appropriatezza, sono state differenziate anche le tipologie degli interventi in relazione ai due target di utenza e, per le persone affette da demenza, in relazione al grado di malattia sono state diversificate le tipologie di interventi, le modalità e i tempi di erogazione.

Per ogni persona eleggibile alla misura è stato previsto uno specifico budget annuale rapportato al periodo di presa in carico, la cui definizione e il cui utilizzo sono determinati annualmente dalla D.G.R. delle regole.
Di seguito viene descritta la misura rivisitata alla luce dei rilievi emersi nel periodo di attivazione ai sensi della D.G.R. n. 2942/14.

Definizione

La misura si caratterizza per l'offerta di interventi di natura prioritariamente sociosanitaria, finalizzati a supportare la permanenza al domicilio di persone affette da demenza certificata o di anziani di età pari o superiore a 75 anni, in condizioni di non autosufficienza. Attraverso interventi qualificati, intende sostenere il mantenimento il più a lungo possibile delle capacità residue delle persone beneficiarie e rallentare, ove possibile, il decadimento delle diverse funzioni, evitando e/o ritardando il ricorso al ricovero definitivo in struttura. La misura offre inoltre un sostegno al caregiver nell'espletamento delle attività di assistenza dallo stesso assicurate, attraverso interventi mirati che non sono sostitutivi di quelli già garantiti dalla filiera dei servizi della rete consolidata (ADI, SAD, Centri Diurni Integrati, ecc.).

Destinatari e requisiti per l'accesso alla valutazione

La misura si rivolge a:

- **Persone con demenza:** presenza di certificazione rilasciata da medico specialista geriatra/neurologo di strutture accreditate/equipe ex U.V.A. ora CDCD;
- **Anziani non autosufficienti:** età pari o superiore a 75 anni, riconosciuti invalidi civili al 100%.

In entrambi i casi le persone devono disporre di almeno un caregiver familiare e/o professionale che presta assistenza nell'arco della giornata e della settimana.

Unità d'offerta di erogazione

Possono erogare la misura, sia a domicilio della persona che all'interno delle unità d'offerta, le RSA lombarde accreditate, anche mettendo eventualmente a disposizione i CDI, se ubicati presso le sedi stesse delle RSA.

Non vengono definiti requisiti strutturali ulteriori rispetto a quelli già previsti dalla normativa vigente, di seguito richiamata:

- D.G.R. n. 7435 del 14/12/2001 "Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle Residenze Sanitario assistenziali per Anziani (R.S.A.)";
- D.G.R. n. 8494 del 22/03/2002 "Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei Centri Diurni Integrati per Anziani (C.D.I.)";

Le attività diurne in RSA/CDI devono essere di norma svolte utilizzando le aree generali e di supporto, le aree di socializzazione e le aree destinate alla valutazione e alla terapia, fatta eccezione per le eventuali attività svolte all'interno dei nuclei Alzheimer, riservabili alle sole persone affette da demenza. Resta inteso che le persone beneficiarie della misura, provenienti dal domicilio non devono, di norma, usufruire dei servizi all'interno delle aree destinate alla residenzialità. Ad attività di gruppo già previste per le persone inserite in struttura, possono essere ammessi a partecipare non più di due beneficiari della misura contemporaneamente.

I beneficiari della misura possono fruire di attività di gruppo a loro esclusivamente riservate, in numero coerente con la specificità degli interventi svolti.

Per quanto attiene ai requisiti organizzativi, il gestore è tenuto a garantire quanto di seguito riportato.

Per ogni utente beneficiario della misura deve essere predisposto un Fascicolo Socio Sanitario Assistenziale (FASAS) semplificato che dovrà contenere almeno: valutazione multidimensionale (VMD), scale di valutazione, eventuale documentazione sanitaria, P.I., PAI, diario contenente la registrazione degli interventi. Il FASAS dovrà essere conservato e archiviato secondo le norme di legge.

L'ente erogatore della misura dovrà garantire la registrazione degli accessi del personale dedicato all'erogazione delle prestazioni previste con la misura, al fine di consentire la verifica del rispetto dello specifico standard. Per ogni persona beneficiaria dovrà, inoltre, individuare all'interno dell'équipe la figura del care manager, che dovrà essere indicato nel FASAS.

L'erogatore dovrà, altresì, prevedere all'interno della Carta dei Servizi la descrizione delle attività relative alla misura, specificando le eventuali rette a carico per i servizi che prevedono la compartecipazione (solo i ricoveri di sollievo).
Al fine di sostenere la prospettiva di maggior qualificazione dei servizi offerti indicata in premessa, il personale impiegato per l'erogazione della misura deve avere maturato un'esperienza di almeno due anni in ambito assistenziale geriatrico e operare preferibilmente anche presso la RSA (o CDI annesso alla stessa).
In particolare, per gli interventi di tipo abilitativo/riabilitativo che si rivolgono alle persone affette da demenza dovranno essere impiegati operatori che abbiano svolto percorsi di formazione nello specifico ambito.
Le attività di cui al presente provvedimento sono da considerarsi diverse e aggiuntive rispetto alla prestazioni già previste per le unità d'offerta RSA/CDI. Pertanto, l'impegno orario del personale impiegato per le attività di cui alla presente misura deve essere documentato separatamente rispetto alle altre attività e non può essere considerato ai fini del computo dello standard assistenziale della struttura.

Candidature Enti

Gli Enti gestori che intendono svolgere l'attività connessa alla misura di norma devono presentare la propria candidatura all'ATS di riferimento entro il 15 gennaio di ogni anno.
Le ATS, verificate le candidature, procederanno alla sottoscrizione del contratto entro il successivo 31 gennaio.
Altre domande di contratto possono essere accolte durante l'anno, previa valutazione da parte di ATS della copertura territoriale dell'offerta e senza incremento dei limiti di budget assegnati.
Le ATS devono garantire la pubblicazione degli elenchi degli Enti erogatori della misura sul sito aziendale, assicurando anche la massima diffusione ai Medici di Medicina Generale (MMG) e ai Comuni.

Funzioni dell'ATS

- L'ATS, sulla base dei criteri stabiliti annualmente da Regione Lombardia, assicura il governo e il monitoraggio del budget per la misura. Definisce il budget per ogni erogatore, tenuto conto dell'attività storica, degli utenti in carico, del numero degli erogatori e delle risorse complessivamente disponibili.
- L'ATS è responsabile della trasmissione dei flussi informativi a Regione, nel rispetto delle tempistiche previste e avendo cura di verificare la completezza dei dati relativi all'intero territorio.
- L'ATS, attraverso le equipe di vigilanza e controllo, assicura le funzioni di competenza in ordine alle verifiche del mantenimento dei requisiti generali e specifici strutturali, tecnologici, organizzativo – gestionali, nonché soggettivi del legale rappresentante e del soggetto gestore, richiesti dalle normative di riferimento e dal presente provvedimento. Assicura inoltre il controllo di appropriatezza sia sulla presa in carico che sulle prestazioni erogate attraverso la verifica dei fascicoli socio sanitari secondo le indicazioni del Piano dei Controlli e dei Protocolli predisposto dall'ACSS.

Presentazione della richiesta e verifica dei requisiti di accesso

Il cittadino interessato alla misura deve presentare la richiesta direttamente alla RSA scelta tra quelle che hanno sottoscritto il contratto con l'ATS.
Spetta alla RSA individuata dal cittadino la preventiva verifica dei requisiti di accesso e di eventuali incompatibilità.

Verifica positiva dei requisiti di accesso e percorso

In caso di verifica positiva dei requisiti di accesso, la RSA individuata dal cittadino effettua la valutazione multidimensionale al domicilio della persona, anche assicurando i necessari raccordi territoriali (MMG, Comune, ecc.).

Profili professionali previsti per la valutazione multidimensionale

La valutazione dovrà essere effettuata da un medico, preferibilmente geriatra, e da un'altra figura professionale, preferibilmente assistente sociale. Dovendo la valutazione considerare sia aspetti di natura clinico – sanitaria, sia di natura socio –

ambientale e relazionale, in alternativa alla figura dell'assistente sociale, potranno essere impiegati altri operatori con competenze specifiche per gli ambiti indicati, quali psicologo, educatore, terapisti della riabilitazione. Si ritiene inoltre che la figura dell'infermiere debba essere impiegata, nel percorso della presa in carico preferibilmente a garanzia del monitoraggio periodico e del raccordo anche con il MMG.

Nella fase valutativa è opportuno venga coinvolto il MMG ed eventualmente il Servizio Sociale comunale.

Valutazione Multidimensionale

La valutazione, oltre alla rilevazione dei bisogni, dovrà contemplare:

- l'anamnesi clinica;
- la rilevazione delle condizioni socio – ambientali, comprese le risorse attivabili (familiari e non);
- la rilevazione degli eventuali interventi sanitari, socio sanitari e sociali già in atto, anche finalizzata a escludere eventuali incompatibilità con l'erogazione della misura;
- la somministrazione di scale validate.

Nell'ambito della valutazione multidimensionale di persone affette da demenza è prevista venga somministrata al caregiver la scala CBI (Caregiver Burden Inventory) di misurazione dello stress e alla persona la scala CDR (Clinical Demential Rating) o altre simili, in grado di assicurare una valutazione della gravità della demenza che dovrà sempre essere espressa (lieve, moderata, grave, gravissima).

Per la valutazione multidimensionale di persone anziane ultra75enni si prevede la somministrazione al caregiver della scala CBI per la misurazione dello stress e all'anziano della scala di Barthel Index Modificata (BIM).

A seguito della valutazione accedono alla misura:

- le persone con demenza certificata a prescindere dal livello di gravità della malattia e di stress del caregiver;
- gli anziani non autosufficienti ultra 75 anni, invalidi civili al 100%, che riportano un punteggio alla scala di Barthel modificata compreso tra 0 – 24 e indipendentemente dal livello di stress del caregiver.

Incompatibilità

Risulta incompatibile la fruizione contemporanea di RSA aperta e di altre misure e/o interventi regionali e/o altri servizi/unità d'offerta della rete sociosanitaria, eccezion fatta per interventi di tipo ambulatoriale e per le prestazioni occasionali o continuative di soli prelievi erogati in ADI.

Tempistica per la verifica dei requisiti, la valutazione, l'attivazione della misura

La verifica dei requisiti di accesso alla valutazione deve essere effettuata entro 5 giorni lavorativi dalla data di presentazione della domanda, completa di tutta la documentazione richiesta. In caso di verificata idoneità, la valutazione multidimensionale al domicilio dovrà essere effettuata entro i successivi 10 giorni lavorativi.

In caso di esito positivo della valutazione, la stesura del PI dovrà indicare la data prevista per l'attivazione degli interventi che, di norma, dovrà avvenire entro i successivi 30 giorni.

E' dalla data di erogazione della prima prestazione che decorre il computo delle risorse economiche previste per lo specifico budget a disposizione della persona.

PI e PAI

In caso di esito positivo alla valutazione multidimensionale la RSA procede alla definizione del Progetto individualizzato, con esplicitazione della durata, comunque non superiore ai tre mesi. Il PI dovrà prevedere, almeno, obiettivi, aree di intervento, tempi e figure professionali coinvolte. Il Progetto dovrà essere condiviso con la persona o suo Amministratore di sostegno e con il caregiver di riferimento e sottoscritto dagli stessi. Sulla base dei bisogni rilevati e in coerenza col PI, la RSA elabora il conseguente PAI, indicando gli interventi programmati, le figure professionali coinvolte, le modalità ed i tempi di attuazione.

Laddove la situazione clinico – assistenziale lo richieda, deve essere data informazione del PI al MMG ed eventualmente al Servizio Sociale comunale.

Remunerazione VMD

Per una valutazione che dovrà contemplare le figure e i contenuti sopra indicati, viene corrisposta una specifica valorizzazione.

Le valutazioni che non rispettano le indicazioni sopra riportate o effettuate in assenza dei requisiti di accesso non saranno remunerate.

La partecipazione alla valutazione di eventuali ulteriori figure oltre a quelle previste non dà seguito a remunerazione aggiuntiva.

Nell'anno solare la valutazione viene:

- remunerata una sola volta per Ente erogatore in caso la misura venga erogata senza soluzione di continuità;
- riconosciuta anche qualora non esiti in presa in carico attraverso la misura.

La valutazione, se finalizzata a garantire la continuità assistenziale, può essere svolta in concomitanza con l'erogazione di altri servizi, come ad esempio in caso di paziente in uscita dal servizio ADI, o in dimissione da Cure intermedie.

Al fine di indirizzare la prevalenza delle risorse a sostegno degli interventi mirati all'assistenza diretta dei cittadini, si dà indicazione di limitare il numero di valutazioni, riservando le stesse alle sole situazioni in cui si sono verificate modifiche sostanziali delle condizioni clinico assistenziali dei beneficiari tali da richiedere una possibile riprogettazione (es. dopo un'interruzione per ricovero ospedaliero). Si ritiene, infatti, che il monitoraggio in itinere sia parte integrante della presa in carico e debba essere perciò garantito senza produrre costi aggiuntivi.

Budget per la misura

Per ogni persona eleggibile alla misura è previsto uno specifico budget stabilito annualmente dalla D.G.R. delle regole.

Il budget a disposizione della persona è definito in relazione al periodo di presa in carico calcolato in giorni (es. il budget per utente preso in carico il 4 agosto è calcolato su 150 giorni rispetto ai 365 totali annuali).

Per gli utenti presi in carico per l'intero anno, in ogni trimestre deve essere previsto l'impiego massimo corrispondente a un quarto del budget annuale; l'importo

trimestrale può tuttavia essere ripartito in modo diversificato in coerenza con gli obiettivi di cura.
Per periodi di presa in carico inferiori all'anno, i singoli budget devono essere rapportati al periodo di presa in carico e garantire un'equa distribuzione tra i diversi trimestri.
All'interno del budget è ricompresa la quota da destinare alla valutazione.

Remunerazione prestazioni

Entro i limiti del budget a disposizione di ogni singolo utente, verranno remunerate solo le prestazioni effettivamente erogate.
Vengono remunerati gli interventi dei singoli operatori sulla base delle tariffe riportate nell'allegato "Tariffe RSA Aperta".
Nei periodi di sospensione non viene riconosciuta alcuna remunerazione.

Sospensioni e interruzioni

Le interruzioni della misura inferiori a 15 giorni non prevedono la sospensione della presa in carico, ma vanno documentate nel Fascicolo. Qualora la motivazione dell'interruzione sia però legata a un ricovero ospedaliero, indipendentemente dalla durata della degenza, andrà sempre considerata la necessità di una rivalutazione del PI.
Interruzioni superiori a 15 giorni comportano la formale sospensione della presa in carico, mentre interruzioni superiori a 30 giorni prevedono la chiusura della presa in carico.
La presa in carico presso altre unità d'offerta sociosanitarie prevede la chiusura del progetto.

Prestazioni erogabili

Al fine di rispondere in maniera specifica ai bisogni differenziati dei due target di popolazione individuati come eleggibili per la misura, e qualificare le prestazioni erogabili attraverso la stessa, sono state previste due diverse aree di interventi: una prima area rivolta in via esclusiva a persone affette da demenza certificata e una seconda riferita ad anziani di età pari o superiore ai 75 anni non autosufficienti.

INTERVENTI PER PERSONE AFFETTE DA DEMENZA CERTIFICATA

Gli interventi che si rivolgono alle persone affette da demenza sono differenziati in relazione al livello di gravità della malattia. La differenziazione riguarda sia la tipologia degli interventi che gli ambiti, la durata e le modalità di erogazione.

Interventi per persone affette da demenza lieve e loro caregiver CDR punteggio 0.5 – 1 oppure altra scala con espressione grado lieve di demenza

1. Valutazione Multidimensionale per l'accesso alla misura

Rileva i bisogni delle persone e della famiglia, le condizioni socio – ambientali, le risorse attivabili (familiari e non), e oltre all'anamnesi clinica comprende la somministrazione delle scale previste per la rilevazione della gravità della malattia e lo stress del caregiver.

2. Interventi di stimolazione cognitiva

Contenuto

Si tratta di interventi specifici e individualizzati per ogni singolo soggetto, basati su tecniche mirate e differenziate. L'obiettivo è massimizzare le funzioni residue, attraverso l'utilizzo di tutte le risorse interne ed esterne disponibili, per mantenere il più a lungo possibile l'autonomia individuale (ROT o terapia di riorientamento nella realtà, il metodo Validation e il programma Our time, Gentle Care, ecc.).

Modalità di erogazione

Al domicilio delle persone beneficiarie della misura, con interventi individuali ovvero di gruppo presso RSA/CDI, di norma due volte la settimana.

Profili professionali

I profili specificatamente previsti sono: psicologo, educatore e terapista occupazionale.

Tempi/durata

E' possibile svolgere un ciclo di n. 15 - 20 interventi, con frequenza massima di due interventi a settimana. Il ciclo è ripetibile, sino a un massimo di 40 interventi annui.

3. Interventi di consulenza alla famiglia per la gestione di disturbi del comportamento

Contenuto

Si tratta di interventi consulenziali rivolti alla famiglia e finalizzati alla gestione del disturbo del comportamento della persona affetta da demenza.

Modalità di erogazione

Al domicilio delle persone beneficiarie della misura o presso RSA/CDI.

Profili professionali

I profili specificatamente previsti sono: psicologo, educatore e terapista occupazionale.

Tempi/durata

Gli interventi consulenziali sono erogabili in numero massimo di 5 annui.

4. Interventi di supporto psicologico al caregiver

Contenuto

Si tratta di interventi erogabili preferibilmente presso le strutture e finalizzati a sostenere il caregiver nella gestione delle dinamiche relazionali con il paziente affetto da demenza.

Modalità di erogazione

Sono da erogare preferibilmente presso la struttura. In casi eccezionali e motivati possono essere erogati presso il domicilio.

Profili professionali

Possono erogare tale tipologia di intervento lo psicologo o lo psicoterapeuta.

Tempi/durata

Sono erogabili singolarmente fino a un massimo di 12 colloqui annui.

5. Ricoveri di sollievo

Contenuto

Si tratta di interventi erogabili in RSA, su posti letto accreditati non a contratto, finalizzati a dare sollievo alla famiglia o in risposta a bisogni specifici. Nell'ambito della progettualità complessiva, tali interventi vanno programmati in risposta ai bisogni specifici dei caregiver, tenuto conto della disponibilità di posti letto a livello territoriale. Rivestono un carattere di temporaneità e prevedono pertanto sempre il rientro al domicilio.

Modalità di erogazione

La durata dei ricoveri può essere modulata in relazione alle necessità del caregiver e alla disponibilità dei posti, tenendo conto in primis dei bisogni dei pazienti.

Profili professionali

I profili professionali previsti per le RSA.

Tempi/durata

A questo livello della malattia sono previsti massimo 15 gg annui.

6. Interventi di stimolazione/mantenimento delle capacità motorie

Contenuto

Si tratta di interventi erogabili al domicilio e finalizzati alla stimolazione e al mantenimento delle capacità motorie, diversificati in ragione degli obiettivi che si intendono perseguire.

Modalità di erogazione

Erogabili al domicilio delle persone beneficiarie della misura.

Profili professionali

I profili specificatamente previsti sono: Fisioterapisti, Laureati in Scienze Motorie, OSS.

Tempi/durata

Al bisogno, in relazione ad obiettivi e progetto.

7. Igiene personale completa

Contenuto

E' un intervento atto a garantire il benessere della persona affetta da demenza e che prevede il supporto al caregiver nell'espletamento dell'igiene personale completa.

Destinatari

Unicamente persone affette da demenza certificata, preferibilmente non allettate e con disturbi attivi del comportamento e conseguente difficoltà severa all'esecuzione dell'igiene.

Modalità di erogazione

Erogabile presso il domicilio della persona affetta da demenza.

Profili professionali

E' previsto l'intervento di un operatore ASA/OTA/OSS che coadiuva il familiare/caregiver.

Tempi/durata

Erogabile nella misura massima di due interventi la settimana.

8. Interventi di sostegno in caso di disturbi del comportamento

Contenuto

Si tratta di interventi di sostegno erogabili al domicilio in presenza di disturbi del comportamento della persona.

Modalità di erogazione

Al domicilio delle persone beneficiarie della misura.

Profili professionali

I profili specificatamente previsti sono: psicologo, terapista occupazionale, educatore.

Tempi/durata

Al bisogno in relazione ad obiettivi e progetto.

9. Consulenza e addestramento alla famiglia/caregiver per l'adattamento e la protesizzazione degli ambienti abitativi

Contenuto

Si tratta di interventi erogabili dalle figure indicate, volti ad aiutare la famiglia a individuare soluzioni, adattando gli ambienti in funzione delle difficoltà/esigenze della persona affetta da demenza. Hanno l'obiettivo di favorire l'orientamento dell'anziano nel proprio domicilio, garantire la sicurezza e facilitare il riconoscimento degli oggetti d'uso quotidiano.

Modalità di erogazione

A domicilio.

Profili professionali

Infermiere, fisiochinesiterapista, assistente sociale, terapista occupazionale.

Tempi/durata

Sono erogabili nella misura massima di n. 3 interventi per presa in carico.

Interventi per persone affette da demenza di grado moderato e loro caregiver

CDR punteggio 2
o altra scala con espressione grado moderato di demenza

1. Valutazione Multidimensionale per l'accesso alla misura

Rileva i bisogni delle persone e della famiglia, le condizioni socio – ambientali, le risorse attivabili (familiari e non), e oltre all'anamnesi clinica comprende la somministrazione delle scale previste per la rilevazione della gravità della malattia e lo stress del caregiver.

2. Interventi di stimolazione cognitiva

Si tratta di interventi specifici e individualizzati per ogni singolo soggetto, basati su tecniche mirate e differenziate. L'obiettivo è massimizzare le funzioni residue, attraverso l'utilizzo di tutte le risorse interne ed esterne disponibili, per mantenere il più a lungo possibile l'autonomia individuale (es. ROT o terapia di riorientamento nella realtà, il metodo Validation e il programma Our time, Gentle Care, ecc.).

Modalità di erogazione

Al domicilio delle persone beneficiarie della misura, con interventi individuali ovvero di gruppo presso RSA/CDI, di norma due volte la settimana.

Profili professionali

I profili specificatamente previsti sono: psicologo, educatore e terapista occupazionale.

Tempi/durata

Un ciclo di n. 20 interventi totali, rinnovabile una sola volta, per un massimo di n. 40 interventi annui.

3. Interventi di consulenza alla famiglia per la gestione di disturbi del comportamento

Contenuto

Si tratta di interventi consulenziali rivolti alla famiglia e finalizzati alla gestione del disturbo del comportamento della persona affetta da demenza.

Modalità di erogazione

In forma individuale se erogati al domicilio delle persone beneficiarie della misura, possono essere anche fatti in gruppo se erogati presso RSA/CDI.

Profili professionali

I profili specificatamente previsti sono: psicologo, educatore e terapista occupazionale.

Tempi/durata

Gli interventi consulenziali sono erogabili in numero massimo di 5 annui.

4. Interventi di supporto psicologico al caregiver

Contenuto

Si tratta di interventi erogabili preferibilmente presso le strutture e finalizzati a sostenere il caregiver nella gestione delle dinamiche relazionali con il paziente affetto da demenza.

Modalità di erogazione

Sono preferibilmente erogabili presso la struttura. In casi eccezionali e motivati gli interventi possono essere erogati presso il domicilio.

Profili professionali

Possono erogare tale tipologia di intervento lo psicologo o lo psicoterapeuta.

Tempi/durata

Sono erogabili fino a un massimo di 12 colloqui annui.

5. Ricoveri di sollievo

Contenuto

Si tratta di interventi erogabili in RSA, su posti letto accreditati non a contratto, finalizzati a dare sollievo alla famiglia o in risposta a bisogni specifici. Nell'ambito della progettualità complessiva, tali interventi vanno programmati in risposta ai bisogni specifici dei caregiver, tenuto conto della disponibilità di posti letto a livello territoriale. Rivestono un carattere di temporaneità e prevedono pertanto sempre il rientro al domicilio.

Modalità di erogazione

La durata dei ricoveri può essere modulata in relazione alle necessità del caregiver e alla disponibilità dei posti, tenendo conto in primis dei bisogni dei pazienti.

Profili professionali

I profili professionali previsti per le RSA.

Tempi/durata

A questo livello della malattia sono previsti massimo 30 gg annui.

6. Interventi di stimolazione/mantenimento delle capacità motorie

Contenuto

Si tratta di interventi erogabili al domicilio e finalizzati alla stimolazione e al mantenimento delle capacità motorie, diversificati in ragione degli obiettivi che si intendono perseguire.

Modalità di erogazione

Erogabili al domicilio delle persone beneficiarie della misura.

Profili professionali

I profili specificatamente previsti sono: Fisioterapisti, Laureati in Scienze Motorie, OSS.

Tempi/durata

Al bisogno, in relazione ad obiettivi e progetto.

7. Igiene personale completa

Contenuto

E' un intervento atto a garantire il benessere della persona affetta da demenza e che prevede il supporto al caregiver nell'espletamento dell'igiene personale completa.

Destinatari

Unicamente persone affette da demenza certificata, preferibilmente non allettate e con disturbi attivi del comportamento e conseguente difficoltà severa all'esecuzione dell'igiene.

Modalità di erogazione

Erogabile presso il domicilio della persona affetta da demenza.

Profili professionali

E' previsto l'intervento di un operatore ASA/OTA/OSS che coadiuva il familiare/caregiver.

Tempi/durata

Erogabile nella misura massima di due interventi la settimana.

8. Interventi di sostegno in caso di disturbi del comportamento

Contenuto

Si tratta di interventi di sostegno erogabili al domicilio o in struttura (RSA/CDI) in presenza di disturbi del comportamento della persona.

Modalità di erogazione

L'intervento è erogabile al domicilio delle persone beneficiarie della misura ovvero presso RSA o CDI dello stesso Ente gestore per interventi in gruppo.

Profili professionali

I profili specificatamente previsti sono: psicologo, terapista occupazionale, educatore.

Tempi/durata

Al bisogno in relazione ad obiettivi e progetto.

9. Interventi di riabilitazione motoria

Contenuto

Si tratta di interventi erogabili al domicilio o in struttura finalizzati alla riabilitazione motoria.

Modalità di erogazione

Al domicilio delle persone beneficiarie della misura in forma individuale. Si possono erogare anche in gruppo, se effettuati presso RSA/CDI.

Profili professionali

I profili specificatamente previsti sono: Fisioterapisti.

Tempi/durata

Al bisogno in relazione a obiettivi e progetto.

10. Nursing

Contenuto

Sono interventi finalizzati ad aiutare i familiari/caregiver ad adottare le soluzioni atte alla gestione delle difficoltà legate all'assistenza quotidiana.

Modalità di erogazione

Al domicilio.

Profili professionali

Infermiere, OSS.

Tempi/durata

Sono erogabili nella misura massima di n. 5 interventi per presa in carico.

11. Interventi per problematiche legate alla malnutrizione/disfagia

Contenuto

Si tratta di interventi finalizzati ad aiutare i familiari/caregiver ad adottare le soluzioni atte alla gestione di difficoltà legate alla malnutrizione/disfagia.

Modalità di erogazione

Al domicilio.

Profili professionali

Infermiere, logopedista, nutrizionista, dietista, laureato in scienze dell'alimentazione.

Tempi/durata

Sono erogabili nella misura massima di n. 3 interventi per presa in carico.

12. Consulenza e addestramento alla famiglia/caregiver per l'adattamento e la protesizzazione degli ambienti abitativi

Contenuto

Si tratta di interventi erogabili dalle figure indicate, volti ad aiutare la famiglia a individuare soluzioni, adattando gli ambienti in funzione delle difficoltà/esigenze della persona affetta da demenza. Hanno l'obiettivo di favorire l'orientamento dell'anziano nel proprio domicilio, garantire la sicurezza e facilitare il riconoscimento degli oggetti d'uso quotidiano.

Modalità di erogazione

A domicilio.

Profili professionali

Infermiere, fisiochinesiterapista, assistente sociale, terapista occupazionale.

Tempi/durata

Sono erogabili nella misura massima di n. 3 interventi per presa in carico.

Interventi per persone affette da demenza di grado severo e per loro caregiver
CDR punteggio 3
o altra scala con espressione grado di demenza grave/severa

1. Valutazione Multidimensionale per accesso alla misura

Rileva i bisogni delle persone e della famiglia, le condizioni socio – ambientali, le risorse attivabili (familiari e non), e oltre all'anamnesi clinica comprende la somministrazione delle scale previste per la rilevazione della gravità della malattia e lo stress del caregiver.

2. Interventi di stimolazione cognitiva

Contenuto

Si tratta di interventi specifici per ogni singolo soggetto basati su tecniche mirate e differenziate aventi come obiettivo quello di massimizzare le funzioni residue attraverso l'utilizzo di tutte le risorse interne ed esterne disponibili per mantenere il più possibile l'autonomia individuale (ROT o terapia di riorientamento nella realtà, il metodo Validation e il programma Our time, Gentle Care, ecc.).

Modalità di erogazione

Unicamente presso struttura RSA/ CDI.

Profili professionali

I profili specificatamente previsti sono: psicologo, educatore e terapista occupazionale.

Tempi/durata

Un ciclo di 15/20 interventi totali con frequenza bisettimanale, rinnovabile per un altro ciclo, fino al massimo di 30/40 interventi annui.

3. Interventi di consulenza alla famiglia per la gestione di disturbi del comportamento

Contenuto

Si tratta di interventi consulenziali rivolti alla famiglia e finalizzati alla gestione del disturbo del comportamento della persona affetta da demenza.

Modalità di erogazione

Al domicilio delle persone beneficiarie della misura o presso RSA/CDI.

Profili professionali

I profili specificatamente previsti sono: psicologo, educatore e terapista occupazionale.

Tempi/durata

Gli interventi consulenziali sono erogabili in numero massimo di 5 annui.

4. Interventi di supporto psicologico al caregiver

Contenuto

Si tratta di interventi erogabili preferibilmente presso le strutture e finalizzati a sostenere il caregiver nella gestione delle dinamiche relazionali con il paziente affetto da demenza.

Modalità di erogazione

Sono preferibilmente erogabili presso la struttura. In casi eccezionali e motivati possono essere erogati presso il domicilio.

Profili professionali

Possono erogare tale tipologia di intervento psicologo o psicoterapeuta.

Tempi/durata

Sono erogabili singolarmente fino a un massimo di 12 colloqui annui.

5. Ricoveri di sollievo

Contenuto

Si tratta di interventi erogabili in RSA, su posti letto accreditati non a contratto, finalizzati a dare sollievo alla famiglia o in risposta a bisogni specifici. Nell'ambito della progettualità complessiva, tali interventi vanno programmati in risposta ai bisogni specifici dei caregiver, tenuto conto della disponibilità di posti letto a livello territoriale. Rivestono un carattere di temporaneità e prevedono pertanto sempre il rientro al domicilio.

Destinatari

Persone con demenza certificata che stanno al proprio domicilio.

Modalità di erogazione

La durata dei ricoveri può essere modulata in relazione alle necessità del caregiver e alla disponibilità dei posti, tenendo conto in primis dei bisogni dei pazienti.

Profili professionali

I profili professionali previsti per le RSA.

Tempi/durata

A questo livello della malattia sono previsti massimo 30 gg annui.

6. Interventi di stimolazione/mantenimento delle capacità motorie

Contenuto

Si tratta di interventi erogabili al domicilio e finalizzati alla stimolazione e al mantenimento delle capacità motorie, diversificati in ragione degli obiettivi che si intendono perseguire.

Modalità di erogazione

Erogabili al domicilio delle persone beneficiarie della misura.

Profili professionali

I profili specificatamente previsti sono: Fisioterapisti, Laureati in Scienze Motorie, OSS.

Tempi/durata

Al bisogno, in relazione ad obiettivi e progetto.

7. Igiene personale completa

Contenuto

E' un intervento atto a garantire il benessere della persona affetta da demenza e che prevede il supporto al caregiver nell'espletamento dell'igiene personale completa.

Destinatari

Unicamente persone affette da demenza certificata, preferibilmente non allettate e con disturbi attivi del comportamento e conseguente difficoltà severa all'esecuzione dell'igiene.

Modalità di erogazione

Erogabile presso il domicilio della persona affetta da demenza.

Profili professionali

E' previsto l'intervento di un operatore ASA/OTA/OSS che coadiuva il familiare/caregiver.

Tempi/durata

Erogabile nella misura massima di due interventi la settimana.

8. Interventi di sostegno in caso di disturbi del comportamento

Contenuto

Si tratta di interventi di sostegno erogabili al domicilio o in struttura (RSA/CDI) in presenza di disturbi del comportamento della persona.

Modalità di erogazione

Al domicilio delle persone beneficiarie della misura ovvero presso RSA o CDI per interventi in gruppo.

Profili professionali

I profili specificatamente previsti sono: psicologo, terapista occupazionale, educatore.

Tempi/durata

Al bisogno in relazione ad obiettivi e progetto.

9. Interventi di riabilitazione motoria

Contenuto

Si tratta di interventi erogabili al domicilio o in struttura finalizzati alla riabilitazione motoria.

Modalità di erogazione

Al domicilio delle persone beneficiarie della misura ovvero presso RSA/CDI.

Profili professionali

I profili specificatamente previsti sono: Fisioterapisti.

Tempi/durata

Al bisogno in relazione a obiettivi e progetto.

10. Nursing

Contenuto

Sono interventi finalizzati ad aiutare i familiari/caregiver ad adottare le soluzioni atte alla gestione delle difficoltà legate all'assistenza quotidiana.

Modalità di erogazione

Al domicilio.

Profili professionali

Infermiere, OSS.

Tempi/durata

Sono erogabili nella misura massima di n. 5 interventi per presa in carico.

11. Interventi per problematiche legate alla malnutrizione/disfagia

Contenuto

Si tratta di interventi finalizzati ad aiutare i familiari/caregiver ad adottare le soluzioni atte alla gestione di difficoltà legate alla malnutrizione/disfagia.

Modalità di erogazione

Al domicilio.

Profili professionali

Infermiere, logopedista, nutrizionista, dietista, laureato in scienze dell'alimentazione.

Tempi/durata

Sono erogabili nella misura massima di n. 3 interventi per presa in carico.

12. Consulenza e addestramento alla famiglia/caregiver per l'adattamento e la protesizzazione degli ambienti abitativi

Contenuto

Si tratta di interventi erogabili dalle figure indicate, volti ad aiutare la famiglia a individuare soluzioni, adattando gli ambienti in funzione delle difficoltà/esigenze della persona affetta da demenza. Hanno l'obiettivo di favorire l'orientamento dell'anziano nel proprio domicilio, garantire la sicurezza e facilitare il riconoscimento degli oggetti d'uso quotidiano.

Modalità di erogazione

A domicilio.

Profili professionali

Infermiere, fisiochinesiterapista, assistente sociale, terapista occupazionale.

Tempi/durata

Sono erogabili nella misura massima di n. 3 interventi per presa in carico.

Interventi per persone affette da demenza di grado severo e per loro caregiver
CDR punteggio 4 (molto grave) e CDR punteggio 5 (terminale)
o altra scala con espressione di grado di gravità

1. Valutazione Multidimensionale per accesso a misura

Rileva i bisogni delle persone e della famiglia, le condizioni socio – ambientali, le risorse attivabili (familiari e non), e oltre all'anamnesi clinica comprende la somministrazione delle scale previste per la rilevazione della gravità della malattia e lo stress del caregiver.

2. Interventi di consulenza alla famiglia per la gestione di disturbi del comportamento

Contenuto

Si tratta di interventi consulenziali rivolti alla famiglia e finalizzati alla gestione del disturbo del comportamento della persona affetta da demenza.

Modalità di erogazione

Al domicilio delle persone beneficiarie della misura o presso RSA/CDI.

Profili professionali

I profili specificatamente previsti sono: psicologo, educatore e terapista occupazionale.

Tempi/durata

Gli interventi consulenziali sono erogabili in numero massimo di 5 annui.

3. Interventi di supporto psicologico al caregiver

Contenuto

Si tratta di interventi erogabili preferibilmente presso le strutture e finalizzati a sostenere il caregiver nella gestione delle dinamiche relazionali con il paziente affetto da demenza.

Modalità di erogazione

Sono preferibilmente erogabili presso la struttura. In casi eccezionali e motivati possono essere erogati presso il domicilio.

Profili professionali

Possono erogare tale tipologia di intervento psicologo e psicoterapeuta.

Tempi/durata

Sono erogabili singolarmente fino a un massimo di 12 colloqui annui.

4. Ricoveri di sollievo

Contenuto

Si tratta di interventi erogabili in RSA, su posti letto accreditati non a contratto, finalizzati a dare sollievo alla famiglia o in risposta a bisogni specifici. Nell'ambito della progettualità complessiva, tali interventi vanno programmati in risposta ai bisogni specifici dei caregiver, tenuto conto della disponibilità di posti letto a livello territoriale. Rivestono un carattere di temporaneità e prevedono pertanto il rientro al domicilio.

Modalità di erogazione

La durata dei ricoveri può essere modulata in relazione alle necessità del caregiver e alla disponibilità dei posti, tenendo conto in primis dei bisogni dei pazienti.

Profili professionali

I profili professionali previsti per le RSA.

Tempi/durata

A questo livello della malattia sono previsti massimo 30 gg annui.

5. Interventi di stimolazione/mantenimento delle capacità motorie

Contenuto

Si tratta di interventi erogabili al domicilio e finalizzati alla stimolazione e al mantenimento delle capacità motorie, diversificati in ragione degli obiettivi che si intendono perseguire.

Modalità di erogazione

Erogabili al domicilio delle persone beneficiarie della misura.

Profili professionali

I profili specificatamente previsti sono: Fisioterapista, Laureati in Scienze Motorie, OSS.

Tempi/durata

Al bisogno, in relazione ad obiettivi e progetto.

6. Igiene personale completa

Contenuto

E' un intervento atto a garantire il benessere della persona affetta da demenza e che prevede il supporto al caregiver nell'espletamento dell'igiene personale completa.

Destinatari

Unicamente persone affette da demenza certificata, preferibilmente non allettate e con disturbi attivi del comportamento e conseguente difficoltà severa all'esecuzione dell'igiene.

Modalità di erogazione

Erogabile presso il domicilio della persona affetta da demenza.

Profili professionali

E' previsto l'intervento di un operatore ASA/OTA/OSS che coadiuva il familiare/caregiver.

Tempi/durata

Erogabile nella misura massima di due interventi la settimana.

7. Interventi di sostegno in caso di disturbi del comportamento

Contenuto

Si tratta di interventi di sostegno erogabili al domicilio o in struttura (RSA/CDI) in presenza di disturbi del comportamento della persona.

Modalità di erogazione

Interventi erogabili al domicilio delle persone beneficiarie della misura ovvero presso RSA o CDI dello stesso Ente gestore per interventi in gruppo.

Profili professionali

I profili specificatamente previsti sono: psicologo, terapista occupazionale, educatore.

Tempi/durata

Al bisogno in relazione ad obiettivi e progetto.

8. Nursing

Contenuto

Sono interventi finalizzati ad aiutare i familiari/caregiver ad adottare le soluzioni atte alla gestione delle difficoltà legate all'assistenza quotidiana.

Modalità di erogazione

Al domicilio.

Profili professionali

Infermiere, OSS.

Tempi/durata

Sono erogabili nella misura massima di n. 5 interventi per presa in carico.

9. Interventi per le problematiche legate alla malnutrizione/disfagia

Contenuto

Si tratta di interventi finalizzati ad aiutare i familiari/caregiver ad adottare le soluzioni atte alla gestione di difficoltà legate alla malnutrizione/disfagia.

Modalità di erogazione

Al domicilio.

Profili professionali

Infermiere, logopedista, nutrizionista, dietista, laureati in scienze dell'alimentazione.

Tempi/durata

Sono erogabili nella misura massima di n. 3 interventi per presa in carico.

10. Interventi di mantenimento delle capacità residue e prevenzione danni terziari

Contenuto

Si tratta di interventi erogabili al domicilio finalizzati al mantenimento capacità residue e prevenzione danni terziari.

Modalità di erogazione

A domicilio.

Profili professionali

Fisioterapisti.

Tempi/durata

In relazione ai bisogni e al progetto.

INTERVENTI RIVOLTI AD ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

1. Valutazione Multidimensionale per accesso a misura

Rileva i bisogni delle persone e della famiglia, le condizioni socio – ambientali, le risorse attivabili (familiari e non), e oltre all'anamnesi clinica comprende la somministrazione delle scale previste.

2. Interventi per il mantenimento delle abilità residue

Contenuto

Si tratta di interventi che possono avere anche una valenza preventiva, diversificati in ambito educativo, psicomotorio, animativo, di arte terapia, danza e musicoterapia, finalizzati al conservare il più a lungo possibile le capacità/abilità personali.

Modalità di erogazione

Si tratta di interventi individuali o di gruppo, erogabili sia a domicilio che all'interno delle unità d'offerta individuate per la misura. Qualora erogati all'interno di gruppi già costituiti presso l'unità d'offerta, è prevista la possibilità di inserire fino a un massimo di due persone in contemporanea provenienti dal domicilio.

Tali interventi possono essere svolti anche all'esterno dell'unità d'offerta e/o dell'abitazione, in contesti di vita (uscite).

Profili professionali

In relazione alle finalità e agli obiettivi del progetto, gli interventi possono essere erogati:

- a domicilio dalle seguenti figure: psicologo, educatore, fisioterapista, laureato in Scienze motorie, psicomotricista;
- all'interno dell'unità di offerta per attività di gruppo coinvolgendo altri operatori quali animatori, esperti nelle attività di musico e arteterapia;
- all'esterno dell'unità di offerta per la partecipazione a uscite, visite musei, mostre, mercato, cinema, etc di durata non inferiore a 60 minuti prevedendo il coinvolgimento anche di ulteriori figure quali ad esempio l'OSS.

Tempi/durata

In relazione agli obiettivi e al progetto.

3. <u>Consulenza e addestramento alla famiglia/caregiver per la protesizzazione degli ambienti abitativi</u>

Contenuto

Si tratta di interventi erogabili dalle figure indicate, volti ad aiutare la famiglia a individuare soluzioni, adattando gli ambienti in funzione delle difficoltà/esigenze dell'anziano. Hanno l'obiettivo di favorire la mobilità e l'orientamento dell'anziano nel proprio domicilio.

Modalità di erogazione

A domicilio.

Profili professionali

Infermiere, fisiochinesiterapista, assistente sociale, terapista occupazionale.

Tempi/durata

Sono erogabili nella misura massima di n. 3 interventi per presa in carico.

4. <u>Consulenza alla famiglia/caregiver per la gestione di problematiche specifiche relative ad alimentazione</u>

Contenuto

Si tratta di interventi finalizzati ad aiutare i familiari/caregiver ad adottare le soluzioni atte alla gestione di difficoltà legate alla nutrizione/alimentazione.

Modalità di erogazione

Al domicilio.

Profili professionali

Infermiere, logopedista, nutrizionista, dietista, laureati in scienze dell'alimentazione.

Tempi/durata

Sono erogabili nella misura massima di n. 3 interventi per presa in carico.

5. <u>Consulenza alla famiglia/caregiver per la gestione di problematiche specifiche relative all'igiene personale</u>

Contenuto

Sono interventi finalizzati ad aiutare i familiari/caregiver ad adottare le soluzioni atte alla gestione di difficoltà legate all'igiene.

Modalità di erogazione

Al domicilio.

Profili professionali

Infermiere, ASA/OTA/OSS.

Tempi/durata

Sono erogabili nella misura massima di n. 3 interventi per presa in carico, fino a un massimo di 6 interventi annui.

6. <u>Interventi al domicilio occasionali e limitati nel tempo in sostituzione del caregiver</u>

Contenuto

Si tratta di interventi, non prevalenti rispetto al piano di assistenza, volti a favorire la permanenza delle persone al proprio domicilio e a supportare il caregiver in condizioni impreviste o occasionali.

Modalità di erogazione

Al domicilio per un numero di ore non superiore a sette giornaliere.

Profili professionali

Erogati da personale di assistenza tutelare (ASA/OSS/OTA).

Tempi/durata

Sono erogabili, con un'organizzazione flessibile di utilizzo, fino a un massimo di n. 60 ore annue, da rapportare in modo proporzionale all'effettiva durata della presa in carico, se inferiore all'anno (es: persona presa in carico per 7 mesi può usufruire di un massimo di 35 ore).

7. <u>Accoglienza in RSA per supporto a caregiver solo in territori sprovvisti di CDI</u>

Contenuto

Si tratta di interventi a carattere semi residenziale per persone con bisogni che presuppongono una frequenza non compatibile con le regole in vigore per i servizi della rete consolidata. Sono finalizzati a supportare la famiglia/caregiver, con valenza di sollievo, volti a favorire la permanenza delle persone al domicilio, ritardandone l'istituzionalizzazione. Le persone usufruiscono delle attività/interventi già previsti per gli anziani degenti, secondo quanto previsto dal PAI (es: attività educative, ricreative, socializzanti, interventi infermieristici, assistenziali/tutelari).

Destinatari

Persone anziane non autosufficienti, in grado di essere trasportate.

Modalità di erogazione

Accoglienza diurna presso RSA nel limite massimo del 20% dei posti autorizzati e comunque con un numero non superiore a n. 5 persone, provenienti dall'esterno, contemporaneamente presenti. Possono essere utilizzati gli spazi per attività diurne all'interno delle aree generali e di supporto.

Figure professionali

Personale previsto dallo standard in relazione alle attività in cui la persona è coinvolta.

Per ogni persona beneficiaria della misura, deve essere assicurato uno standard aggiuntivo a quello reso per gli ospiti ordinari, rapportato al numero e alla frequenza, pari a:

- 48 min/die per frequenza minima di 4 ore;
- 96 min/die per frequenza oltre le 4 ore.

Tempi/durata

Sono erogabili nel limite massimo di due accessi settimanali, con durata minima di 4 ore, escluso il tempo di trasporto e solo in territori sprovvisti di CDI.

Gestione della fase transitoria

Agli utenti che alla data del presente provvedimento risultano già beneficiari della misura ai sensi della D.G.R. n. 2942/14, qualora interessati, il progetto sarà rinnovato fino al termine ultimo del 31 marzo 2018, alle condizioni stabilite dalla delibera delle regole anno 2018. Previa presentazione di richiesta di attivazione della nuova misura, dovranno essere rivalutati dall'ente erogatore scelto.

Le ASST dovranno facilitare le persone già in carico nella fase di attivazione della nuova misura e garantire accompagnamento e supporto, favorendo il raccordo con i gestori scelti.

Gli Enti prescelti dovranno effettuare la rivalutazione, entro il 15 marzo 2018, verificare, oltre alla presenza di eventuali incompatibilità, anche il possesso dei requisiti di accesso alla misura introdotti dal presente provvedimento.

Qualora le condizioni rilevate non consentissero il proseguo della misura, l'erogatore raccordandosi con gli enti territoriali competenti in relazione ai bisogni rilevati (ATS, ASST, MMG, Servizio Sociale comunale, ecc), concorda con la persona eventuali soluzioni alternative, da attivare a partire dal secondo trimestre 2018. Se necessario, in casi specifici e previa valutazione concordata con l'ATS, al fine di assicurare un adeguato accompagnamento a tutela della continuità assistenziale, potrà essere previsto il mantenimento della misura in essere sino al termine ultimo del 30 giugno 2018.

Qualora la rivalutazione delle persone già beneficiarie ai sensi della D.G.R. n. 2942/14 rilevasse il possesso delle condizioni clinico – assistenziali previste per l'accesso alla nuova misura, l'attuazione del nuovo PI avrà decorrenza dal secondo trimestre 2018, secondo le disposizioni introdotte dal presente atto.

Nel corso del primo trimestre 2018 dovrà essere garantita l'accoglienza di nuove richieste da valutare da parte degli enti erogatori scelti, secondo le modalità e i criteri introdotti dal presente provvedimento, e nei limiti delle risorse economiche.

La misura potrà essere erogata alle persone che risulteranno in possesso dei requisiti di accesso, a partire dal 1 aprile 2018.

Le ATS entro il 15 febbraio procedono alla sottoscrizione dei contratti con gli erogatori che hanno aderito alla nuova misura, e provvedono alla definizione di un budget provvisorio che dovrà includere quanto già consumato a partire dal 1

gennaio. Successivamente, nei rispetto della tempistica prevista per la contrattualizzazione di tutte le unità d'offerta del sistema sociosanitario, le ATS provvederanno ad assegnare il budget definitivo per l'anno 2018, tenendo conto del numero degli erogatori, della produzione storica, del numero medio di persone seguite nell'anno precedente, e del valore massimo del budget attribuibile per persona , stabilito per il 2018, in € 3.600.