

Una “raffica” di delibere a fine legislatura

A poche settimane dal termine del suo mandato, la X legislatura ha emanato varie importanti delibere. Le normative, alcune delle quali attese da tempo, apportano significativi cambiamenti al sistema d’offerta.

a cura di Rosemarie Tidoli - martedì, febbraio 06, 2018

<http://www.lombardiasociale.it/2018/02/06/raffica-delibere-fine-legislatura/>

Centinaia di pagine a fine legislatura

A fine gennaio, un mese dopo la pubblicazione delle regole di esercizio per il 2018^[1], Regione Lombardia ha emanato numerose delibere di riforma, per un ammontare complessivo di centinaia di pagine. Qui ci concentriamo sulle tre di maggior interesse per anziani e soggetti fragili, che riguardano: 1) RSA aperta e residenzialità assistita; 2) ADI; 3) la nuova unità di offerta denominata C.A.S.A., comunità alloggio sociale per anziani.

I recenti atti hanno introdotto rilevanti cambiamenti, divenuti necessari in un’ottica di allineamento ai LEA, di appropriatezza dei percorsi di presa in carico e di maggior qualificazione dei servizi. Il **metodo** seguito per individuare le direttrici della revisione è stata la creazione di **gruppi di lavoro multiprofessionali**, composti da operatori di tutti i territori delle ATS e coordinati dagli uffici regionali della DG Welfare. Ciò è stato anticipato a dicembre dalla sopraccitata DGR regole^[2] che – pur demandando le indicazioni attuative a successivi provvedimenti, quelli che andiamo ad esaminare – **ha normato il finanziamento delle misure**^[3].

Di seguito richiamiamo i punti salienti delle tre delibere, evidenziando soprattutto gli elementi di novità introdotti. Per una lettura completa e approfondita si rimanda ai provvedimenti integrali consultabili seguendo i link.

Le nuove delibere

1) [DGR n. 7769 del 17/01/2018](#) ^[4]

A) Residenzialità assistita (ex residenzialità leggera)

Vengono confermate:

- la precedente tipologia delle strutture in cui poteva essere attivata la residenzialità leggera (Case Albergo con autorizzazione al funzionamento ex L.R. n. 1/86 abrogata con L.R. n. 3/08; Alloggi protetti per anziani abilitati all’esercizio ex DGR n. 11497/2012; Strutture residenziali comunitarie attivate ai sensi dell’art. 13 L.R. n. 3/08 come unità d’offerta sperimentali nell’ambito della rete sociale e riconosciute dai Comuni nel rispetto dei requisiti minimi definiti

da questa delibera, fino a un massimo di n. 10 p.l.; RSA che dispongono di posti letto autorizzati o accreditati non contrattualizzati).

- l'età dei beneficiari, che dev'essere pari o superiore ai 65 anni.

Le novità

- **Finalità della misura:** la ridefinizione operata mira ad assicurare una finalità preventiva. Attraverso l'erogazione di servizi e prestazioni di natura sociosanitaria si vuole favorire il mantenimento delle capacità residue, ritardando il più possibile il declino delle condizioni psico-fisiche e di socialità nella popolazione fragile. La richiesta di accesso alla misura dev'essere presentata all'ASST, tenuta nell'arco di un mese a svolgere una valutazione con le modalità sotto specificate, accompagnare la persona nella scelta della struttura e formulare il PI.
- **Individuazione dei destinatari mediante iter valutativo su due livelli.** Il primo livello rileva: a) l'eventuale presenza di condizioni di incompatibilità alla misura (invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento; persone non deambulanti e/o allettate; demenza moderata o severa con CDR>2, grave instabilità clinica; disturbi psichiatrici e/o comportamentali e/o di dipendenza attivi, per evitare situazioni che potrebbero rendere problematica la convivenza in ambiente comunitario); b) la presenza di vulnerabilità sociale, intesa come condizione di solitudine e/o isolamento associata ad una rete non in grado di garantire un sufficiente supporto al domicilio.

La vulnerabilità sociale (rilevata tramite una scheda sociale che indaga situazione abitativa, familiare e assistenziale) e l'assenza di incompatibilità sono i presupposti per l'ammissione al passaggio valutativo di secondo livello; esso è finalizzato a verificare il **rilievo socio sanitario del bisogno quale elemento vincolante per l'accesso ad una misura sostenuta dal FSR.**

La normativa precisa poi modalità e criteri valutativi, prestazioni erogabili, requisiti gestionali e organizzativi.

Gestione della fase transitoria: a chi risulta già beneficiario della misura potrà essere rinnovato il progetto in essere alle medesime condizioni sino al termine massimo del 31/3/ 2018. **Entro il 15 marzo 2018 queste persone dovranno essere rivalutate dall'ASST di provenienza**, secondo le modalità e le condizioni stabilite dal presente provvedimento. La misura potrà essere erogata a nuovi beneficiari dal 1/4/2018.

B) RSA Aperta

Anche per questa misura vengono introdotte diverse novità:

- **Ruolo dei gestori.** Per evitare situazioni di incompatibilità con il ruolo di gestore, la valutazione per il riconoscimento della misura viene effettuata dall'erogatore stesso e non più dall'ASST. La richiesta del cittadino va presentata direttamente alla RSA, che verifica i requisiti di accesso e/o eventuali incompatibilità, effettua una valutazione multidisciplinare domiciliare (anche in raccordo con i servizi territoriali) e provvede a stendere PI e PAI.
- **Target di utenza potenziale;** a) persone affette da demenza, suddivise in 4 sottogruppi secondo la gravità; b) anziani non autosufficienti, di età pari o superiore a 75 anni, riconosciuti invalidi civili al 100%. Essi sono ammissibili sulla base di un cut off correlato ai punteggi rilevati con scala Barthel modificata. L'intento è quello di destinare la misura a chi, essendo più compromesso nei livelli di autonomia, per stare al proprio domicilio necessita di un sostegno importante da parte dei

familiari e/o caregiver.

- **Disponibilità di almeno un caregiver familiare e/o professionale** come pre-condizione per l'accesso.
- **Incompatibilità.** La fruizione di RSA aperta non può avere luogo in contemporanea con altre misure e/o interventi regionali e/o altri servizi/unità d'offerta della **rete sociosanitaria**, tranne che per interventi ambulatoriali e prestazioni occasionali o continuative di soli prelievi erogati in ADI. La RSA aperta è invece compatibile con misure nazionali o locali **socio assistenziali** (es. FNA, B2, SAD, ecc).
- **Interventi:** per una maggior appropriatezza, le tipologie degli interventi variano secondo i due target di utenza e, per le persone affette da demenza, anche in relazione al grado di malattia.
- **Budget annuale.** Per ogni persona ammissibile alla misura è previsto uno specifico budget annuale rapportato al periodo di presa in carico, la cui definizione e il cui utilizzo sono determinati annualmente dalla DGR regole. **Per il 2018 tale somma ammonta a un massimo di Euro 3.600.**

La delibera descrive nel dettaglio destinatari e requisiti per l'accesso alla valutazione, i soggetti erogatori (con le procedure che gli Enti devono garantire e i requisiti per le candidature), le funzioni dell' ATS e le prestazioni erogabili.

Gestione della fase transitoria. **Entro il 15 marzo 2018 le persone già beneficiarie delle misure dovranno essere rivalutate secondo le modalità stabilite dalla delibera.** Sino alla sua entrata in vigore sono mantenute salve le disposizioni di cui alla [DGR n. 2942/2014](#).

2) [DGR n. 7770 del 17/1/2018\[5\]](#): l'ADI

La fine di una lunghissima sperimentazione

Prima di entrare nel merito della revisione, giova ricordare che il vigente modello di erogazione dell'assistenza domiciliare integrata “ha le sue basi in una prima sistematizzazione del servizio, attuata nel 2012, che ha dato avvio ad una fase sperimentale, tutt'ora in corso, caratterizzata dall'introduzione di un sistema di valutazione omogeneo, di nuovi profili assistenziali e delle relative tariffe”. Nel frattempo, “l'attuazione della l.r. n. 23/15, introducendo nel sistema la presa in carico delle persone con patologie croniche, o in condizioni di fragilità e di non autosufficienza, ha imposto un ripensamento dell'ADI per un suo più compiuto inserimento all'interno del percorso in atto, anche prevedendo che la valutazione per l'accesso all'ADI venga effettuata dagli erogatori. Infine, i nuovi LEA hanno maggiormente sistematizzato gli interventi di ADI, definendo livelli di intensità assistenziale, basati sul CIA, cui occorre riferirsi per allineare l'erogazione dell'ADI sul territorio regionale”.

Detto questo, la DGR regole riconosce la necessità **di pervenire ad una stabilizzazione del modello ADI** in relazione a modalità/strumenti di valutazione, livelli assistenziali secondo il [DPCM 12/1//2017\[6\]](#), profili tariffari, modalità di remunerazione, nuovi flussi di rendicontazione delle attività e regole di negoziazione.

Tutti questi aspetti vengono affrontati dalla DGR n. 7770/2018; alla luce dell'evoluzione sopra richiamata, l'atto definisce la riorganizzazione e il funzionamento dell'ADI in esito alla conclusione della fase sperimentale, che ha consentito lo sviluppo di un sistema valutativo e di erogazione consolidato, rendendo disponibili dati e informazioni utili all'evoluzione del modello[7].

Le novità. I documenti tecnici elaborati dal gruppo di lavoro prevedono:

- **valutazione assicurata dall'erogatore accreditato** e contrattualizzato;
- **nuovi profili** e relativo nuovo sistema di remunerazione;
- uno **strumento validato e unico** su tutto il territorio regionale per la valutazione multidimensionale (il sistema InterRAI Home Care viene confermato quale strumento di valutazione di secondo livello per l'accesso all'ADI);
- nuovi requisiti specifici per l'esercizio e l'accreditamento;
- nuove modalità di rendicontazione delle prestazioni.

Ciò richiede che: 1) sia definito il percorso di attivazione dell'ADI (come esplicitato nell'appendice A); 2) vengano rivisti parzialmente alcuni requisiti specifici di esercizio e di accreditamento (appendice B); 3) le ATS, che hanno la governance complessiva dell'intervento, assicurino le seguenti azioni: l'accreditamento e la contrattualizzazione degli erogatori ADI; la compilazione e l'aggiornamento degli elenchi degli erogatori accreditati nei rispettivi ambiti territoriali; la divulgazione dei suddetti elenchi (con pubblicazione sui Siti aziendali, informazione ai MMG/PDF e ai Comuni anche avvalendosi delle Cabine di Regia); la formazione degli erogatori, anche coinvolgendo gli operatori delle equipe valutative ASST, finalizzata all'appropriato utilizzo degli strumenti di valutazione e all'appropriata pianificazione dell'utilizzo delle risorse; l'acquisizione dei nominativi degli operatori formati e da profilare per l'utilizzo del Sistema Atlante; il controllo ex ante delle valutazioni, effettuate secondo indicatori preventivamente individuati.

Incompatibilità. L'erogazione dell'ADI attraverso profili con CIA>14 non è consentita in contemporanea con la fruizione di:

- strutture residenziali e semiresidenziali di tipo sanitario e sociosanitario, con la sola eccezione della CSS;
- misure innovative quali RSA aperta, residenzialità assistita, Comunità minori disabili gravissimi, residenzialità assistita per religiosi;
- prestazioni domiciliari rese da altre UDO sociosanitarie e sanitarie, con esclusione della telemedicina.

Fase di osservazione: la normativa stabilisce che venga intrapresa una fase della durata di sei mesi, nel corso della quale il nuovo modello verrà valutato da un gruppo di lavoro, a cui parteciperanno anche i gestori, sulla base dei dati di impatto economico, nonché della ricaduta sulla rete degli attuali erogatori, pubblici e privati accreditati.

Finanziamento. Visto l'andamento dei costi ADI del 2017, in coerenza con le indicazioni della l.r. n. 23/15 che promuove la presa in carico domiciliare e in attuazione del Piano regionale per la cronicità, la DG regole stabilisce per il 2018 **un incremento delle risorse** di parte corrente di FSR rispetto al 2017.

3) [DGR n. 7776 del 17/1/2018](#)[8]: **C.A.S.A., Comunità alloggio sociale anziani**

Negli anni, sul territorio lombardo sono state attivate sperimentalmente, autorizzate e messe in esercizio dal Comune, anche ai sensi dell'art. 13 della L.R. n. 3/2008 e del D.M. 308/2001, diverse tipologie residenziali di tipo sociale, rivolte ad anziani autosufficienti e che, pertanto, non possono esercitare attività di tipo sanitario/sociosanitario. Da una ricognizione effettuata dalle ATS nel 2017, risultano

inoltre attive (oltre alle Case Albergo e agli Alloggi protetti per anziani) diverse tipologie residenziali, con caratteristiche simili e diversamente denominate. In considerazione di questa situazione, Regione Lombardia istituisce una nuova unità d’offerta sociale denominata Comunità Alloggio Sociale Anziani (C.A.S.A.) con specifici requisiti strutturali, gestionali e organizzativi, riportati nell’allegato A della delibera n. 7776/2018. Il legislatore vuole così dotare le ATS degli strumenti per svolgere opportunamente l’attività di vigilanza e **definire un quadro normativo chiaro** che consenta la messa a regime, secondo i requisiti e le modalità stabilite dalla deliberazione, **anche delle iniziative sorte sperimentalmente**.

C.A.S.A. è un’unità d’offerta residenziale, di tipo sociale, in grado di garantire tutela e protezione abitativa a persone anziane fragili e vulnerabili socialmente, autosufficienti, o con una parziale compromissione nelle attività strumentali della vita quotidiana e/o nella vita di relazione. Assicura servizi alberghieri e sociali interni alla struttura, con capacità di integrarsi con i normali servizi sociali, sociosanitari e sanitari, di comunità e di rete; è gestita da un soggetto pubblico o privato che è responsabile della conduzione.

Finalità. Garantire a un piccolo numero di ospiti un’accoglienza a prevalente impostazione domestica, familiare e abitativa, che favorisca la libera espressione delle autonomie, la socialità, l’arricchimento delle relazioni. Gli ospiti possono essere accolti, secondo i casi, temporaneamente o a tempo indeterminato.

Obiettivi

- sostenere le esigenze abitative e di protezione delle persone;
- garantire un progetto di vita che risponda alle esigenze e ai desideri della persona;
- favorire il mantenimento dell’autonomia e promuoverne il miglioramento;
- promuovere il mantenimento delle relazioni sociali e familiari;
- favorire stili di vita che promuovano la salute e il benessere della persona;
- prevenire e ritardare il ricorso a strutture sociosanitarie e il ricorso improprio ai servizi di emergenza urgenza e di ricovero ospedaliero;
- **aiutare la famiglia, in caso di soggiorno temporaneo, a superare periodi di sovraccarico** o di crisi (malattia del caregiver di riferimento, burn-out).

Destinatari. Persone di età uguale o superiore a 65 anni, in condizioni di vulnerabilità sociale, che richiedono interventi a bassa intensità assistenziale, **senza necessità di assistenza sociosanitaria continuativa e che presentano bisogni di natura sociale** (abitazione inadeguata; solitudine o emarginazione; criticità del sistema di accudimento familiare). Esse possono presentare limitazioni anche consistenti nelle IADL e minime limitazioni nelle attività di base della vita quotidiana – BADL (solo risposta 1 o 2 della scala). Devono comunque essere in grado di:

- utilizzare autonomamente i servizi igienici, anche accompagnate in caso di necessità;
- gestire autonomamente o con il minimo aiuto i trasferimenti letto-sedia;
- cambiare autonomamente posizione nel letto senza necessità di aiuto;
- alimentarsi da soli, con eventuale supervisione o minima assistenza (es. tagliare carne).

Possono essere accolte, purché permangano tutte le funzioni sopradette, anche persone con limitazioni delle funzioni mentali superiori di grado lieve-moderato (MCI o demenza lieve-moderata) sostenibili con

funzioni di assistenza minima, **in assenza di anomalie del comportamento maggiori** e non compatibili con la vita in comunità (aggressività, vocalizzazione impropria e incessante).

Soggetti esclusi: a) chi presenta un grado di compromissione che comporta interventi ad alta intensità assistenziale; b) chi necessita di cure sanitarie o sociosanitarie di carattere continuativo.

La delibera stabilisce le modalità di accesso e di presentazione della domanda, le prestazioni da erogare, i requisiti del gestore, la capacità recettiva (che varia da 5 a 12 ospiti), i requisiti strutturali e organizzativi, il personale che dev'essere garantito nella CASA, le caratteristiche del progetto di vita dell'ospite. In chiusura vengono precisati i motivi di un'eventuale dimissione (ad es. un aggravamento delle condizioni di salute che, dopo la rivalutazione del MMG o dello specialista, evidenzia un quadro di non autosufficienza che richiede un'assistenza sociosanitaria continuativa) e le sue modalità (collaborazione del gestore con la famiglia e i servizi territoriali nella ricerca delle soluzioni più opportune. Tempo limite max di 30 gg. per trovare una soluzione alternativa. Nel caso di comprovata impossibilità di accoglienza in UO sociosanitarie, l'ATS può concedere un'ulteriore proroga di max 30 giorni anche favorendo, in accordo con strutture sociosanitarie, la determinazione di un criterio di priorità per l'accesso).

A questo primo provvedimento ne seguiranno altri per la definizione di alcuni aspetti qui non toccati.

[1] [DGR n. 7600 del 20/12/2017](#), Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018

[2] punto 3.2., Innovazione nella gestione socio-sanitaria

[3] punto 1.3.3. macroarea 7, offerta sociosanitaria

[4] Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR n. 116/2013: terzo provvedimento attuativo – consolidamento del percorso di attivazione e monitoraggio delle misure innovative previste dalla DGR n. 2942/2014 in funzione della qualificazione dei servizi offerti e della continuità assistenziale

[5] “Interventi di programmazione in materia di assistenza domiciliare integrata”

[6] “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”

[7] Tale modello ha tenuto conto anche dell'avvio a seguito della DGR n. X/5918 del 28.11.2016 della Rete delle Cure Palliative, con l'introduzione in Lombardia di un unico profilo di Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP-Dom) e la previsione, tra le altre cose, di una tariffa differenziata secondo il diverso livello di erogazione, “di Base” e “Specialistica”

[8] Istituzione unità d'offerta del sistema sociale "Comunità alloggio sociale anziani (C.a.s.a.)" - Definizione requisiti minimi di esercizio -