

Tabella riassuntiva degli interventi socioeconomici relativi a sacerdoti anziani (non autosufficienti)

Provvidenze nazionali

⇔ *Indennità di accompagnamento* (L. 18/1980)

€ **527,16 mensili** (per il 2023) per il sacerdote anziano NA, indipendentemente dal reddito (€ 959,21 mensili per i ciechi assoluti)

⇔ *Amministratore di sostegno*

È una figura giuridica introdotta con la legge n. 6 del 2004. In base a tale legge il sacerdote, in situazione di non autosufficienza, come ogni cittadino, ha la possibilità di richiedere la nomina di un “Amministratore di sostegno”, segnalando una persona di propria fiducia. Il giudice tutelare entro due mesi dalla richiesta, lo nomina, indicandone funzioni, compiti (da svolgere per il sacerdote e/o con il sacerdote) e durata dell’incarico. L’amministratore di sostegno può essere indicato dallo stesso interessato, in previsione della propria eventuale futura incapacità, mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata.

Provvidenze della Regione Lombardia

1. *La Regione Lombardia* ha attivato Servizi sociosanitari differenziati.
2. Con la L.R. 22/2021 la Lombardia ha ridefinito il proprio assetto organizzativo (aggiornando la L.R. 33/2009), per quanto attiene la tutela della salute:
3. Sono confermate **8 ATS** (Agenzie di Tutela della Salute) (prima vi erano 15 ASL)
4. Sono confermate **27 ASST** (Aziende Socio- Sanitarie Territoriali (prima vi erano 29 AO), che comprendono gli Ospedali di Comunità, le Case di comunità e le COT (Centrali Operative Territoriali), con la possibilità di istituire nuove AO (Aziende Ospedaliere), in particolare nell’ATS Milano città metropolitana

1.1 Riordino dell’ADI in Lombardia (DGR 6867/2022)

Definizione dell’ADI.

La delibera richiama il DPCM 12 gennaio 2017, secondo il quale le cure domiciliari (CD) rispondono ai bisogni di persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto esito delle stesse, garantendo percorsi assistenziali costituiti dall’insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico. L’art. 22 del citato DPCM articola le risposte assistenziali

Commentato [RT1]: Che differenza c’è tra infermieristici e di aiuto infermieristico?

domiciliari in: cure domiciliari di livello base; cure domiciliari integrate (ADI) di I°, II° e III° livello.

Il documento dell’Intesa Stato – Regioni del 4 agosto 2021 definisce gli indirizzi nazionali per l’offerta di CD indicando quali elementi fondanti:

- percorso assistenziale integrato;
- accesso unitario ai servizi sanitari e sociali;
- presa in carico attraverso la VMD;
- predisposizione del PAI;
- approccio per percorsi (art 21 DPCM 12/01/2017)

Nuovo sistema regionale di classificazione e raccordi tra il vecchio e nuovo sistema

Riportiamo qui sinteticamente le principali modifiche del nuovo sistema regionale rispetto a quello vigente.

I criteri di accesso e i destinatari della CD del nuovo modello sono gli stessi attualmente in vigore.

La nuova riclassificazione regionale combina diversi fattori che sono:

- L’intensità assistenziale (CIA)¹;
- La tipologia di fabbisogni individuati (necessità o meno di interventi multidimensionali -multiprofessionali);
- I percorsi standardizzati prima definiti.

In particolare, la riclassificazione degli utenti non deve avvenire esclusivamente sulla base del CIA perché la classificazione attuale e quella precedente possono non coincidere². Possono essere riclassificati nei livelli di ADI integrata solo i pazienti con ricorrenti bisogni multi-prestazionali e/o multiprofessionali. In questo caso la classificazione tra i livelli si basa sull’intensità assistenziale ed è valutata con VMD.

Nella tabella sottostante si riporta sinteticamente la riclassificazione delle prestazioni rispetto alle nuove indicazioni regionali.

| | CD BASE (CIA <0,14) Nuove tipologie prestazionali (mono professionali e/o mono prestazionali) | Precedenti tipologie prestazionali |
|---|--|---|
| 1 | prelievi | ex Profilo prelievi |

¹CIA = Coefficiente di intensità assistenziale e si ottiene dal rapporto GEA / Gdc (numero di Giornate Effettive di Assistenza / e numero di Giornate di Cura), ovvero tra il numero di giornate in cui viene eseguito almeno un accesso al domicilio e il numero totale di giornate di presa in carico.

² la classificazione precedente a livello 1 non corrisponde automaticamente all’attuale livello I perché bisogna verificare se il bisogno non sia classificabile secondo i percorsi standardizzati prima definiti nella “prestazione generica”, se comunque gli accessi necessari non sono > di 4 /mese, cioè CIA<0,14).

| | | |
|---|--|--|
| 2 | Prestazione generica (vi confluiscono le prestazioni che non rispondono ai nuovi percorsi e che comunque prevedono un CIA < 0,14) | CIA < 14 indipendentemente dalla precedente classificazione |
| 3 | Percorso gestione Alvo; | Profilo prestazionale (occasionale /continuativo) o profili ADI |
| 4 | Percorso gestione Catetere; | |
| 5 | Percorso gestione Stomie; | |
| 6 | Percorso Lesioni (Lesioni A; Lesioni B; Lesioni C); | |
| 7 | Percorso Fisioterapia (Fisioterapia A; Fisioterapia B; Fisioterapia C); | |
| | ADI INTEGRATA (CIA >=0,14) Nuove tipologie prestazionali (multidimensionali e/o multiprofessionali) | Precedenti tipologie prestazionali |
| 1 | ADI INTEGRATA di I° Livello | . parte dell'ex profilo continuativo (CIA tra 0,14 - 0,25); . parte ex ADI di I° profilo (CIA tra 0,25 - 0,30). |
| 2 | ADI INTEGRATA di II° Livello | . parte ex ADI di I° profilo (CIA tra 0,31 - 0,50). |
| 3 | ADI INTEGRATA di III° Livello: | ADI II, II, IV profilo CIA > 0,51: |
| | ADI Integrata III A | CIA tra 0,51 - 0,65 |
| | ADI integrata III B | CiA tra 0,66 - 0,85 |
| | ADI Integrata III C | CIA tra 0,86 - 0,1 |
| | ALTA INTENSITÀ mix di prestazioni, con frequenza anche plurigiornaliera, per la durata max di 15gg, ripetibile 1 sola volta | Post Acuta Domiciliare |



Percorsi di attivazione delle cure domiciliari

Le nuove regole implicano la rivisitazione dei percorsi di attivazione delle cure domiciliari, in particolare in relazione alle modifiche organizzative introdotte dalla l.r. 22/2021 e dalle nuove UdO previste nel PNRR.

Nella tabella sottostante sinteticamente si evidenziano i due percorsi previsti.

| | PERCORSO ATTIVAZIONE CD DI BASE | PERCORSO DI ATTIVAZIONE DI CURE DOMICILIARI INTEGRATE |
|-------------|---|--|
| Attivazione | Richieste di attivazione: persona, famiglia o altre figure o servizi professionali abilitati: MMG/PLS, infermerie di famiglia, PS, reparti ospedalieri ecc. | IDEM È previsto l'accesso diretto al PUA della CdC ³ , luogo di accoglienza del cittadino integrato con l'ecosistema della COT ⁴ . |
| Valutazione | MMG/PLS o EVM ⁵ del distretto compilano la Scheda Unica di Triage (rivista e allegata all'Appendice della delibera) EVM composta come nucleo base da: MMG, infermiere e AS che coinvolge proattivamente gli operatori comunali. L'EVM svolge una funzione ampia d'informazione, orientamento e accompagnamento della famiglia nella rete delle UO sanitaria, sociosanitaria e sociali, valorizzando tutte le risorse formali e informali, per garantire risposte appropriate al bisogno. Per l'attivazione di ulteriori servizi attiva la COT. | VMD II livello per stabilire: - tutte le dimensioni del bisogno, misurandole e rivalutandone nel tempo; - stabilire in modo predittivo l'intensità assistenziale in relazione ai bisogni Per questa valutazione si utilizza lo strumento VMD di terza generazione InteRAI Home Care (RAI/HC) L'équipe composta da medico, infermerie e assistente sociale nell'ambito della CdC. La VMD dovrà essere sempre effettuata a domicilio. EVM, valutato il bisogno, definisce il livello di ADI appropriato |
| Cut-off | Scheda unica triage \geq a 7 non si procede a UVM II livello. L'EVM compila anche scheda SIAD SEMPLIFICATA (allegata all'Appendice della delibera) | Se la Scheda Unica di Triage è >8 o se la presa in carico richiede 3 o più percorsi standardizzati o la contestuale attivazione dei percorsi lesione e riabilitazione, si effettua VMD II livello. |
| PI | L'EVM ricevuta la prescrizione CD di base e la scheda unica di triage redige il Progetto Individuale (PI) insieme ai MMG/PLS (anche operando da remoto | Presa in carico e attivazione del PI (e Piano Riabilitativo - PR -se richiesto) strutturato con intervento di équipe |

³ CdC= Case della Comunità

⁴ COT= Centrale Operativa Territoriale

⁵ EVM = Equipe di Valutazione Multi-Dimensionale nell'ambito delle articolazioni organizzative dei Distretti delle ASST.

| | | |
|-------------|--|---|
| | come modalità CdC hub/ambulatorio <i>spoke</i>) | integrata, che assume anche la funzione di governo clinico del percorso. |
| Scelta EG | La persona o la sua famiglia ricevono dal Distretto (CdC) la comunicazione dell'avvenuta conclusione dell'iter e la lista degli EG ⁶ . Scelto l'EG, lo comunica al Distretto e all'EG stesso. L'EG elabora il PAI che, nel caso del percorso standardizzato, è steso in linea con quanto richiesto al proposito. Individua il case manager | idem Erogatore riceve i dati della VMD e il PI, effettua prima valutazione domiciliare e definisce il PAI che invia al Distretto per la necessaria autorizzazione. Autorizzato procede alla esecuzione I PAI definisce in coerenza con il PI la pianificazione degli interventi appropriati delle prestazioni da erogare, delle relative tempistiche e frequenze. |
| Rivalutazio | In caso di aggravamento della situazione l'EVM rivaluta il caso e può confermare o disporre la VMD di 2 livello, se ritenuta necessaria. | EVM prende atto della richiesta di ulteriori esigenze e le valuta. |

5

Come si vede, i percorsi di attivazione delle cure domiciliari sono molto simili agli attuali. Le novità significative attengono al definitivo abbandono della scheda FIM⁷ come strumento di VMD di II livello e all'introduzione di alcuni percorsi standardizzati predefiniti per le più frequenti tipologie di prestazioni domiciliari. La delibera poi dedica un focus all'integrazione ospedale – territorio sulle "ammissione / dimissione protetta", comprensivo di tabelle riassuntive suddivise per ATS/ASST delle procedure / strumenti attualmente utilizzati per le dimissioni protette, a cui si rinvia.

Regole di valorizzazione delle cure domiciliari.

Il sistema di remunerazione delle nuove cure domiciliari utilizza due unità di misura: 1) la numerosità degli accessi per la CD di base; 2) le Giornate di Cura (GdC) per le CD ADI integrate, salvo le per le CD ADI Alta intensità che sono valorizzate in modo specifico. Il dispositivo precisa che questo nuovo sistema tariffario ha un impatto stimato pari a 25 mln/euro anno.

Conclusioni

Come si può notare, le indicazioni della delibera sono molto complesse e richiederanno un significativo impegno da parte degli erogatori. Per questo motivo

⁶ EG= Ente gestore Adi

⁷FIM = Functional Independence Measure

si propone di pubblicare successivi contributi di approfondimento di questo lungo percorso di riqualificazione delle cure domiciliari.

Sicuramente la parte relativa alla telemedicina presenta diverse criticità di attuazione; allo stesso modo, l'attivazione delle CD da parte delle ASST porta con sé non poche incertezze.

Nel nuovo impianto rimane una significativa impostazione prestazionale, oltretutto con percorsi standardizzati che riguarderanno la maggior parte delle CD. Questi percorsi se da una parte favoriscono la semplificazione e l'omogeneizzazione degli iter dall'altra - se applicati rigidamente - rischiano di non rispondere ai bisogni, che per loro natura in una certa misura sfuggono ai tentativi di standardizzarli rigidamente.

Ma la riflessione più importante sul senso di questo complesso ridisegno è: questo modello risponde alla previsione della "casa come primo luogo di cura"? Sicuramente nell'ADI integrata si è profuso uno sforzo per implementare una presa in carico complessiva che valorizzi l'interessato, la famiglia e tutte le risorse formali e informali; tuttavia, al di là delle affermazioni ribadite, poco è stato scritto sui processi che possano realmente portare a tale presa in carico. Nelle numerose pagine della normativa è ancora poco percepibile la "cultura della domiciliarità", che non deriva mai solo da una somma di prestazioni ma attiene alla dimensione esistenziale e sociale della persona e della sua famiglia.

1.2 Residenzialità assistita: si rivolge ad anziani/fragili residenti in Lombardia al proprio domicilio, di età di norma pari o superiore ai 65 anni, 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: viene garantito un voucher di € 22,00 al giorno in RSA, Casa Albergo, alloggio protetto, comunità alloggio per anziani.

1.3 Residenzialità assistita in comunità per sacerdoti, religiosi/e il voucher è di € 10,00, € 18,00, € 24,00, al giorno.

1.4 RSA aperta. 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. La misura si rivolge a:

- Persone con demenza: presenza di certificazione rilasciata da medico specialista geriatra/neurologo;

- Anziani non autosufficienti: età pari o superiore a 75 anni, riconosciuti invalidi civili al 100%.

Si tratta di interventi di operatori sociosanitari dedicati (anche molte ore al giorno)

garantiti dalla RSA più vicina al domicilio del paziente, riconosciuta dall'ATS (che eroga un voucher per le prestazioni erogate)

1.5 Cure palliative

Le cure palliative possono essere erogate dai seguenti nodi:

- Assistenza ospedaliera
- Assistenza in hospice
- Assistenza domiciliare

Si tratta di un complesso integrato di cure, erogate da soggetti accreditati per le Cure Palliative ed il setting specifico, attraverso équipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate (prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, psicologico, di aiuto infermieristico-OSS, assistenza tutelare e sostegno spirituale). Le cure palliative domiciliari si articolano in:

- *livello base*

- interventi rivolti a malati con bisogni clinici e assistenziali a decorso stabile e con minor tendenza a sviluppare complicanze; - interventi programmabili.

- *livello specialistico*

- interventi rivolti a malati con bisogni clinici e assistenziali complessi legati anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, per i quali gli interventi di base sono inadeguati; - interventi erogati in modo specifico da équipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate all'attività di cure palliative; - interventi che richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare (il referente clinico è il medico palliativista).

1.6 Bonus e voucher sociosanitari (definiti *misura B1*)

Misura B1

Attraverso la Misura B1 Regione Lombardia sostiene la permanenza presso il proprio domicilio delle persone in condizione di disabilità gravissima. Con Dgr 7751 del 28/12/2022 è stata rifinanziata la Misura per l'annualità FNA 2022, dal 1° gennaio al 31 dicembre 2023.

Chi sono i destinatari della Misura?

Persone, residenti in Lombardia, beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, per le quali si sia verificata almeno una delle condizioni riportate nelle indicazioni operative (pagg. 11-12 del Piano Operativo - allegato B - pubblicato a fondo pagina), con ISEE sociosanitario non superiore a € 50.000,00 (per beneficiari minorenni: ISEE ordinario fino a € 65.000,00). Per il riconoscimento dell'assegno di autonomia l'ISEE sociosanitario deve essere inferiore a €30.000,00, mentre i voucher sociosanitari, compreso quello autismo, possono essere richiesti anche senza presentazione della certificazione ISEE, utilizzando l'apposita modulistica.

Dove si presenta la domanda?

La domanda deve essere presentata presso la propria ASST (Azienda Socio-Sanitaria Territoriale). Alcune ASST rimandano ai SUW (Sportello Unico Welfare), altre all'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) o agli Sportelli Fragilità. Per maggiori informazioni è quindi necessario fare riferimento al sito della propria ASST o ai referenti indicati nel file pubblicato a fondo pagina.

Le domande di nuovo accesso alla Misura B1 possono essere presentate fino al 31 ottobre 2023.

Chi valuta se sussiste una delle condizioni per cui è previsto l'accesso alla Misura?

La valutazione deve essere effettuata da un medico specialista di una struttura pubblica o privata accreditata, che dovrà attestare il tipo di condizione e, nei casi in cui è richiesto, il punteggio ottenuto con l'applicazione della scala o dei parametri di riferimento.

A chi ci si deve rivolgere per la valutazione multidimensionale?

La valutazione multidimensionale, in capo all'équipe pluriprofessionali delle ASST, viene di norma effettuata in modalità integrata con i Comuni, sulla base degli specifici protocolli operativi.

Una volta presentata la domanda, sarà l'ASST stessa a occuparsene. La domanda è di fatto una richiesta di valutazione.

Il percorso di valutazione da parte della ASST deve concludersi con la stesura del Progetto Individuale, funzionale alla presa in carico, che deve essere condiviso e sottoscritto da un rappresentante della ASST, un rappresentante del Comune/Ambito, dalla persona o dalla famiglia (o da chi eventualmente ne garantisce la protezione giuridica).

Quali contributi possono essere richiesti?

La Misura prevede un buono per compensare l'assistenza fornita dal caregiver familiare e/o da personale di assistenza impiegato con regolare contratto ed eventualmente un voucher destinato al miglioramento della qualità della vita della persona in condizione di disabilità gravissima.

I contributi vengono riconosciuti sulla base della valutazione multidimensionale. La richiesta viene presentata per accedere alla valutazione e non può essere formulata per un contributo specifico. L'unica eccezione è nel caso in cui si superi il limite ISEE previsto e si voglia richiedere esclusivamente i voucher sociosanitari (in questo caso è necessario chiedere alla propria ASST quale modulistica utilizzare).

Alle persone con disabilità gravissima, in possesso dei requisiti previsti, sarà riconosciuto, a seconda della condizione attestata:

- Buono € 650 per persone con disabilità gravissima e assistenza garantita dal caregiver familiare

- Buono € 700 per persone con disabilità gravissima che frequentano scuola e assistenza garantita dal caregiver familiare
- Buono € 750 per persone con autismo (*livello 3 della classificazione del DSM-5 - lettera g*) e assistenza garantita dal caregiver familiare
- Buono € 900 per persone con disabilità gravissima con bisogni complessi (*coma, stato vegetativo, stato di minima coscienza, dipendenza da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa, condizione di dipendenza vitale - lettere a, b, i*)
- Buono € 900 per persone con disabilità gravissima e assistenza garantita anche da personale di assistenza regolarmente impiegato (da 10 ore settimanali)
- Buono € 1000 per persone con disabilità gravissima e assistenza garantita anche da personale di assistenza regolarmente impiegato (con contratto part time, almeno 20 ore settimanali)
- Buono € 1200 per persone con disabilità gravissima e assistenza garantita anche da personale di assistenza regolarmente impiegato (con contratto a tempo pieno)
- Buono € 1300 per persone con disabilità gravissima con bisogni complessi (*coma, stato vegetativo, stato di minima coscienza, dipendenza da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa, condizione di dipendenza vitale - lettere a, b, i*), e assistenza garantita anche da personale di assistenza regolarmente impiegato (con contratto a tempo pieno o due contratti part time)

In base agli esiti della valutazione multidimensionale e del Progetto Individuale, può eventualmente essere erogato un voucher sociosanitario mensile:

- fino a € 600 in caso di minori
- fino a € 460 se over 18
- fino a € 1650 nel caso in cui la persona dipenda da almeno una tecnologia assistiva (VCH alto profilo)

Inoltre, è previsto, il VCH autismo.

I voucher sociosanitari sono titoli d'acquisto, non in denaro, che possono essere utilizzati esclusivamente per acquistare prestazioni di assistenza sociosanitaria da parte di Enti Erogatori Accreditati e a contratto con l'ATS.

1.7 Bonus sociale

Dal 2016 la Regione Lombardia ha istituito il bonus (reddito di autonomia) per anziani di € **400,00** mensili, correlato al valore dell'ISEE (non superiore a € 20.000,00 annuo) e destinato a favorire il mantenimento dell'autosufficienza relazionale, in situazioni di iniziale demenza o di altre patologie di natura psicogeriatrica.

1.8 Prestazioni sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali, sia

diurne che residenziali

- a) Si tratta di interventi riabilitativi (riabilitazione generale e geriatrica), di mantenimento (socializzazione e reinserimento), che nel 2015 si sono trasformate in Cure intermedie: sono a totale carico del Fondo Sanitario Regionale.
- b) Si tratta di interventi sociosanitari per pazienti affetti da SLA o in Stato vegetativo permanente/persistente: l'ospitalità in RSA (o RSD) è a totale carico del Fondo Sanitario Regionale.
- c) Si tratta di interventi sociosanitari per anziani non autosufficienti, ospiti in RSA e/o in CDI: l'ospitalità è a carico del Fondo Sanitario Regionale (per il 50%) e del cittadino (per il restante 50%).
- d) Si tratta di interventi socioassistenziali per anziani parzialmente non autosufficienti al proprio domicilio (servizio pasti, servizio di assistenza domestica, trasporto, ecc.): l'intervento è a carico del Comune (singolo o associato) con la valutazione dell'ISEE (di cui al DPCM 159/2013 e alla Circolare INPS n. 171/2014).

1.9 Retta a carico della Regione Lombardia, per pazienti affetti da SLA e malattie del motoneurone; pazienti in SVP

Per i pazienti affetti da SLA, PVS che necessitano di accoglienza o in RSA o in RSD (residenza sociosanitaria per disabili), la retta è a totale carico della Regione Lombardia (fondo sanitario regionale).

1.10 Ulteriori interventi sociali

- ◆ *Buono sociale mensile*, erogabile fino ad un importo massimo di **800 euro**, da considerarsi come un "aiuto economico" per compensare i costi dell'assistenza assicurata dai familiari e/o per rimborsare i costi dell'eventuale assistente personale ("badante")
- ◆ Potenziamento del *Servizio di Assistenza Domiciliare (Sad)* da parte del Comune di residenza
- ◆ Erogazione di *Voucher* per acquisto degli interventi necessari
- ◆ Erogazione di *contributi sociali* per periodi di sollievo trascorsi dalla persona fragile presso strutture residenziali o semiresidenziali sociosanitarie o sociali
- ◆ *Il Buono mensile di 800 euro è cumulabile con il voucher o di 1650 euro* erogato dalle ATS alle persone con gravissima disabilità esclusivamente nei seguenti casi:
 - persone con gravissima disabilità per le quali sia indicato l'avvio di un progetto per la vita indipendente
 - persone affette da malattie del motoneurone, ivi compresa la Sla, già beneficiarie degli interventi di cui alla delibera n. 4139/2012 (livelli C e D).

- ◆ Per le situazioni sopra evidenziate, il contributo comunale è attivabile, ad integrazione del voucher di 1.650 euro erogato dalla ATS, esclusivamente per remunerare le prestazioni rese da assistente personale/badante regolarmente assunto/a ed è determinato sulla base dei vigenti regolamenti comunali.
- ◆ *Per ottenere il Buono* occorre rivolgersi al Comune di residenza che può effettuare la valutazione multidimensionale in collaborazione con la ATS.

1.11 Abbattimento barriere architettoniche nelle civili abitazioni

11

Realizzare edifici ed alloggi accessibili e fruibili da parte di tutti, e cioè privi di quegli ostacoli (comunemente denominati) che possono limitare in tutto o in parte l'autonomia di movimento compromettendo la vita lavorativa ed i rapporti sociali, è sempre più avvertita come un'esigenza ed un diritto da parte di tutte le persone, siano esse "normodotate" o "diversamente abili".

Con la *legge 9 gennaio 1989, n. 13* il legislatore statale ha affrontato la problematica delle barriere architettoniche e localizzative dettando apposite disposizioni per favorirne il superamento e l'eliminazione negli edifici privati. In attuazione di tale legge, con il d.m. 236/1989 sono state emanate le relative prescrizioni tecniche per la realizzazione di tali interventi.

Parimenti Regione Lombardia, con la legge regionale 20 febbraio 1989 n. 6, ha dettato norme operative e tecniche, per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche sia nel settore privato che nel settore pubblico; in attuazione di tale legge, Regione Lombardia ha provveduto, a partire dall'anno 2000, ad erogare somme per questa finalità.

Per venire incontro alle sempre più pressanti esigenze la l.r. 5/2008, art. 3 ha ampliato il campo di applicazione della citata l.r. 6/89, consentendo di erogare contributi per il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche e localizzative anche su edifici.

Le domande debbono essere presentate al Comune di residenza entro il 1° marzo di ogni anno.

1.12 Assistenza territoriale di prossimità DGR 6760 del 25.7.2022

APPROVAZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO E DEI CRITERI DI ACCREDITAMENTO PER L'APPLICAZIONE DEL DECRETO 23 MAGGIO 2022, N. 77 "REGOLAMENTO RECANTE LA DEFINIZIONE DI MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE"

1.12.1 CASA DELLA COMUNITÀ (CdC)

La CdC si configura quale evoluzione dei Centri di Medicina Territoriale, già sviluppati e variamente definiti, quali le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (Accordo Collettivo Nazionale— ACN 2005), le Case della Salute (Piano Sanitario Nazionale— PSN 2006-2008), le Unità Complesse di Cure Primarie— UCCP (ACN 2009, Legge “Balduzzi” 189/2012 e ACN 2016-2018) e i PreSST attivati da Regione Lombardia.

Le funzioni della CdC sono riconducibili a 4 macroaree, che seppur distinte devono interagire tra loro:

- area di accesso e dei servizi amministrativi, che comprende gli sportelli informativi polifunzionali, il PUA, il CUP, il servizio di scelta e revoca MMG/PLS e i servizi di accettazione, ecc.;
- area dell’assistenza primaria, che comprende le attività di MMG/PLS, Medici di Continuità Assistenziale, ADI e IFeC. La realizzazione delle CdC deve costituire stimolo ad uno sviluppo dei modelli associativi ed erogativi della medicina di famiglia e dell’interazione e integrazione dei diversi professionisti coinvolti nell’Assistenza Primaria.
- area della specialistica ambulatoriale e della diagnostica di base, rivolta a tutti i cittadini, prevalentemente residenti nel territorio servito dalla CdC che necessitano di prestazioni sanitarie di primo livello;
- area della prevenzione e promozione della salute, anche attraverso interventi realizzati dall’equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione, con particolare riferimento ai programmi di screening, all’attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive;
- area dell’integrazione con i servizi sociali e con la comunità, che si esplicita attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA), l’integrazione di servizi sanitari e socioassistenziali con quelli socioassistenziali dei comuni e degli ambiti sociali, attraverso la valorizzazione delle reti sociali (reti informali, reti di volontariato, terzo settore, associazioni di pazienti, ecc.).

1.12.2 OSPEDALE DI COMUNITÀ (OdC)

L’Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero e si rivolge prioritariamente al bisogno degli assistiti del Distretto in cui è situato. Può agire in funzione di step down ossia di sostegno alle dimissioni ospedaliere o di step up, ossia di prevenzione di ricoveri ospedalieri potenzialmente inappropriati. Le sue finalità possono quindi essere di: 1) stabilizzazione del paziente ospedaliero dimesso (lungodegenza); 2) recupero funzionale e insegnamento di procedure di autocura complesse; 3) inizio di ricovero socioassistenziale per non autosufficienti, in attesa di trovare una collocazione stabile. L’accesso dei pazienti avviene su segnalazione del reparto di dimissione, del PS per prevenire ricoveri inappropriati o su segnalazione del medico curante o dell’UCA, in tutti i casi mediata dalla COT.

1.12.3 CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)

Secondo il DM 77/2022, la Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge una funzione di supporto in back office e di raccordo tra i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali attraverso:

- la gestione delle segnalazioni che arrivano dai diversi servizi/professionisti (dimissioni ospedaliere, strutture intermedie, strutture residenziali, riabilitazione, MMG...) sui casi complessi che necessitano supporto nella transizione tra i vari livelli e setting assistenziali (sia nel flusso step-down dall'ospedale verso le strutture territoriali o il domicilio sia nel flusso step-up dal territorio verso le strutture intermedie o l'ospedale), eventualmente valutandone l'appropriatezza o identificando il bisogno;
 - il supporto nell'identificazione del setting più adatto per ciascun caso, attiva il percorso di transizione e monitora l'offerta disponibile (ospedale, cure intermedie, ADI) prenotando o attivando direttamente il servizio;
 - la garanzia del rispetto dei tempi massimi di permanenza nei setting a tempo definito (es. cure intermedie e riabilitazione) facilitando agli erogatori la dimissione per tempo, grazie alla transizione programmata verso altri servizi (es. ADI o RSA).
- 26 La COT ha essenzialmente un ruolo di facilitatore nella transizione dei pazienti da un setting di cura e assistenza all'altro, che potrà essere tanto più efficace quanto più leve avrà modo di governare, sia sul lato della domanda sia sul lato dell'offerta. Trattandosi dell'aspetto più innovativo del processo di revisione della sanità e del welfare territoriale, il governo della progettualità della COT sarà successivamente definito con atti della Direzione Generale Welfare, secondo uno sviluppo progressivo delle sue funzioni come meglio delineato per sommi capi di seguito.

ANNOTAZIONI OPERATIVE

- I. Presso la Fondazione Opera Auto Fraterno è possibile consultare ed avere copia del **DECRETO 15 dicembre 2009 - n. 14032 - D.G. Casa e opere pubbliche: "Indicazioni per l'accesso ai contributi per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici residenziali privati e criteri di controllo"**. Ecco la sintesi:
1. Chi può presentare la domanda
 2. Chi non può presentare la domanda
 3. Chi ha diritto al contributo
 4. Quando non si ha diritto al contributo
 5. Per quali edifici può essere richiesto il contributo
 6. Per quali tipologie d'interventi può essere richiesto il contributo
 7. Come viene calcolato il contributo
 8. A chi deve essere presentata la domanda
 9. Quali documenti allegare alla domanda

10. Il procedimento amministrativo

Allegati:

- a) Modulo A Fac-simile di domanda di concessione di contributo
- b) Modulo B Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

Indicazioni per l'accesso ai contributi finalizzati a garantire l'adattabilità negli Edifici residenziali progettati e costruiti dopo l'11 agosto 1989

- 1. Chi può presentare la domanda
- 2. Chi non può presentare la domanda
- 3. Chi ha diritto al contributo
- 4. Quando non si ha diritto al contributo
- 5. Per quali edifici può essere richiesto il contributo
- 6. Per quali tipologie d'interventi può essere richiesto il contributo
- 7. Come viene calcolato il contributo
- 8. A chi deve essere presentata la domanda
- 9. Quali documenti allegare alla domanda
- 10. Il procedimento amministrativo

Allegati:

- a) Modulo C Fac-simile di domanda di concessione di contributo
- b) Modulo D Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

- II. Per l'indennità di accompagnamento la Fondazione OAF ha stipulato una convenzione con il Patronato Regionale ACLI, per istruire la pratica. Si può fare riferimento all'ISDC.
- III. Per l'Amministratore di sostegno, se non vi sono parenti del sacerdote fino al 4° grado o affini sino al 2° grado (titolati a fare ricorso al Giudice Tutelare) la Fondazione Opera Aiuto Fraterno è, attese le sue finalità statutarie, legittimata ad avviare il ricorso per l'Amministratore di sostegno al sacerdote, che ne ha bisogno.
- IV. Per tutti gli interventi di carattere *sociale* (aiuto domestico, pratiche varie, pasto a domicilio, trasporto ecc.) la competenza è del Comune, nel quale il sacerdote ha la propria residenza anagrafica.
- V. Per tutti gli interventi a carattere *sanitario e sociosanitario*, la competenza è dell'Agenzia di Tutela della Salute (ATS). Ciascuna delle ATS (8) comprende le Aziende SocioSanitarie Territoriali (ASST (27). Ogni ATS è suddivisa in *distretti*, con uffici per i servizi fondamentali di base (es. l'ufficio per la scelta o revoca del medico di famiglia; il servizio per attivare, su indicazione del proprio medico di base, l'assistenza domiciliare integrata, scegliendo il soggetto accreditato o "pattante", perché il cittadino stipula un patto, relativo a tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie attivabili al domicilio e per il quale il soggetto accreditato riceve un *voucher* mensile differenziato dall'ATS)
- VI. Servizi sociosanitari:
 - ↗ **RSA:** residenzialità per anziani non autosufficienti; valutazione con scheda SOSIA (MCS) in 8 fasce: intervento economico sanitario (alla RSA) differenziato per SOSIA 1-2; 3-6; 7-8⁸

⁸ Con DGR XI/6991 del 22.09.2022 il totale delle quote sanitarie, *pro die*, è:
Interventi sociosanitari per sacerdoti non autosufficienti 2023 12/04/2023

- ↗ **CDI:** presenza diurna per non autosufficienti
- ↗ **Cure intermedie:** riabilitazione generale e geriatrica, di mantenimento (dopo riabilitazione intensiva, a totale carico della sanità)
- ↗ **RSA aperta:** interventi di operatori della RSA a domicilio di anziani, prevalentemente on patologie di demenza senile (voucher alla RSA)
- ↗ **Residenzialità assistita** per anziani parzialmente non autosufficienti: *erga omnes*: in alloggio protetto, casa albergo, comunità alloggi sperimentale per anziani; pl autorizzati in RSA: € 22,00 *pro die*
- ↗ **Residenzialità leggera per religiosi/e sacerdoti:** € 10,00-18,00-24,00 *pro die*
- ↗ **ADI** (cf sopra) (a totale carico della sanità)
- ↗ **ADI per pazienti in fase terminale** (a totale carico della sanità)

| | |
|----------------------|---------|
| Alzheimer | € 56,70 |
| Classi SOSIA 1,2 | € 53,40 |
| Classi SOSIA 3,4,5,6 | € 42,50 |
| Classi SOSIA 7,8 | € 31,80 |