Milano 6 novembre 2015

Illustre
Avv. Roberto Maroni
Presidente Regione Lombardia
Assessore al Welfare
Sua Sede

Illustre
Dott. Walter Bergamaschi
Direttore Generale
Direzione Generale Welfare
Regione Lombardia
Sua Sede

**Oggetto: Contributo strategico programmatico degli Enti Erogatori Sociosanitari e Sociali al nuovo corso del welfare lombardo**

Illustre Presidente, Illustre Direttore,

Visto il recente avvio della Riforma Sociosanitaria e il nuovo assetto dell'Assessorato al Welfare, considerato, inoltre, l'approssimarsi della scadenza posta dalla LR 23/2015 per la definizione delle regole di sistema per il 2016 Vi scriviamo a nome di tutti i nostri Associati al fine di fornire la visione del contesto operativo propria di *stakeholder* fondamentali, nonché un nostro contributo istruttorio alla predisponenda delibera.

## I. CONTESTO DI RIFERIMENTO

Gli Enti Gestori del sistema socio-sanitario rappresentano gli attori indispensabili della rete dei servizi sociali e socio-sanitari. Per tassi occupazionali e fatturato si tratta di una delle più rilevanti componenti economiche del sistema lombardo. Con un fatturato complessivo superiore a 8 miliardi di euro, garantisce lavoro a oltre 300.000 persone, alimenta un indotto consistente e gestisce una rete di servizi capillarmente distribuita sul territorio: 3000 servizi e unità d'offerta che raggiungono poco meno di 600.000 utenti all'anno in ogni fascia di età (*Dillo alla Lombardia*, 2015). Per sua natura si tratta di un sistema *labour intensive* (la risorsa principale sono le persone) che contribuisce in modo determinante agli alti livelli occupazionali lombardi. Massima espressione del territorio e principale risposta alle sue esigenze di lavoro e servizi, rappresenta il principale supporto alle famiglie impegnate nel quotidiano lavoro di cura dei suoi componenti più fragili.

Gli attori di questo sistema hanno fino ad oggi partecipato attivamente all'intenso sforzo di riforma del legislatore regionale, fornendo un costante contributo di idee, esperienza e concreta implementazione. Non si è trattato di un compito facile: regole in continuo movimento, cambiamenti ripetuti, compresenza di modelli vecchi e nuovi in un divenire che ha richiesto notevoli sforzi organizzativi e grandi difficoltà di programmazione gestionale, in uno scenario che acuisce le criticità: rischi di frammentazione del sistema, discontinuità dei servizi, aggravi di costi che alla lunga ricadono sulla qualità delle risposte agli utenti finali, rischi crescenti di inefficienza complessiva del sistema.

Si tratta di un panorama impegnativo e sfidante. Nella ridefinizione di un modello chiamato a confrontarsi con la cronicità da un lato e dall'altro con la necessità di intercettare efficacemente bisogni di sempre maggiore complessità, il programmatore pubblico incontra un sistema di attori di

diritto privato, profit e non profit, disponibili a mettersi in gioco nello sviluppo di un sistema che, già transitato dalla beneficenza all'assistenza, oggi è orientato alla più attuale logica della presa in carico sussidiaria delle necessità delle persone e delle famiglie.

In un contesto così determinato, il sistema Lombardo composto da erogatori pubblici-privati deve far fronte a bisogni nuovi e complessi. Gli erogatori di diritto privato, attori preponderanti dell'offerta sociale e socio-sanitaria, in ottemperanza al ruolo attribuito agli stessi dalla Legge 23/2015, confermano con la presente la loro volontà di contribuire all'evoluzione del sistema socio sanitario Lombardo forti delle esperienze maturate nel contatto quotidiano con le persone e le famiglie assistite.

Come le cronache nazionali insegnano, la politica sociosanitaria non può essere dirigistica perché, per quanto ingegnosa e lungimirante, non può avere una completa e precisa visione delle realtà sul campo senza l'apporto dei rappresentanti degli erogatori, che sono, dopo le persone fragili o malate, i principali *stakeholder* del sistema. Da essi, infatti, dipende dare corpo all'impianto generale dei servizi, nel rispetto di differenti obblighi di legge, e procedere all'impiego del personale necessario.

Tanto premesso Le chiediamo, in linea con i contenuti espressi nella L.R. 23/2015, di riattivare i tavoli programmatori e tecnici attualmente sospesi al fine di consentire alle scriventi Associazioni di poter continuare a dare il proprio contributo. Le riportiamo di seguito i principali tavoli costituiti e sospesi:

- il Tavolo degli Enti Gestori;
- il Tavolo del III Settore.
- Tavoli tecnici per le varie aree di intervento: indicatori appropriatezza, cure intermedie, anziani, disabili, minori e famiglia, dipendenze.

Vi riportiamo i principali temi programmatori che i tavoli sospesi, a nostro avviso, devono affrontare:

- Programmazione: Condivisione delle scelte di programmazione, in ordine alla quantità e qualità dei servizi che saranno necessari nell'immediato futuro, per dare struttura solida alla sistemazione futura del sistema di erogazione.
- LEA: La legge di riforma del Sistema Sanitario Lombardo interagisce necessariamente con il tema dei Livelli Essenziali Assistenza, che pur in un contesto di risorse non incrementabili a breve, meritano il pieno rispetto.
- Continuità e corretto equilibrio tra offerta sanitaria e socio-sanitaria: Il sistema che si avvia a svilupparsi in Lombardia, fa emergere la necessità di nuovi equilibri fra risposte sanitarie, socio-sanitarie e sociali. Garantire continuità di cura e efficienza complessiva alle risposte che si vogliono dare, implica dar modo agli Enti Erogatori di potersi ricollocare nel territorio e nelle cronicità con tutto il loro ampio e sperimentato *know-how*.

  Gli Enti Erogatori del sistema sanitario e quelli del sistema sociale e socio-sanitario dovranno trovare nuovi equilibri, funzionali all'efficienza complessiva e alla qualità delle risposte che i cittadini si attendono.

  Sarà necessaria molta attenzione a definire con chiarezza i confini tra l'offerta sanitaria specialistica e per acuti con l'erogazione ospedaliera e con i sistemi di cure primarie nonché con i sistemi e servizi socio-sanitari del territorio; questo, per evitare distorsioni che potranno solo produrre inefficienza e difficoltà a garantire qualità e solidità al sistema nel suo complesso.

I nostri Associati a fronte della forza organizzativa e della diffusione capillare nei territori sono aperti a questo cambiamento, grazie all'esperienza specifica di sostegno alle vecchie e nuove povertà, alle vecchie e nuove forme di dipendenza, alle esperienze maturate in relazione ai bisogni incalzanti delle malattie e disabilità di lunga durata.

Nel concludere questa breve digressione, ci preme evidenziare che è necessario consolidare la fiducia degli attori del sistema verso il sistema stesso. Tale fiducia consegue dalla prevedibilità del contesto regolatorio che costituisce condizione indispensabile per effettuare investimenti, promuovere l'innovazione, mantenere strutture, posti di lavoro e servizi adeguati all'offerta. Diversamente opinando gli effetti negativi verrebbero a ricadere, in ultima analisi, proprio sui cittadini lombardi, sia in quanto pazienti, sia in quanto contribuenti, sia in quanto lavoratori.

## II. REGOLE 2016

Si chiede che le regole del 2016, attese per la fine di novembre, in un contesto che vede come prioritaria l'andata a regime della riforma, non comportino stravolgimenti rispetto al sistema attuale. Si chiede, pertanto, una elaborazione prudente" e partecipata delle stesse seppure in un lasso di tempo ristretto. Sembra infatti indispensabile, dopo anni di continui cambiamenti, un periodo di assestamento, che permetta alle organizzazioni di programmare, stabilizzarsi e trovare un nuovo equilibrio gestionale e organizzativo. In gran parte, infatti, non sono ancora state assorbite le regole 2015 e quelle immediatamente precedenti.

Chiediamo quindi che il 2016 sia un anno di condiviso consolidamento delle molte e incalzanti novità introdotte nel nostro settore negli ultimi due anni. Ulteriori cambiamenti organizzativi, in un contesto di iniziale andata a regime della riforma, potrebbero avere effetti destabilizzanti su una rete capillare e complessa di servizi, con possibili danni per gli utenti e per l'occupazione di professionisti e operatori. Questo rappresenta un motivo sostanziale per una sospensiva, orientata a stabilizzare l'esistente in vista degli ulteriori e non ancora del tutto prevedibili cambiamenti futuri

A solo titolo esemplificativo, rimandando agli allegati alla presente, si propongono tre ambiti che meritano una sospensiva in attesa della completa definizione delle riforme di sistema:

a. Budget: si chiede vengano confermati i budget dell'annualità precedente, per dare alle organizzazioni le certezze e la solidità gestionale necessaria a prepararsi ai successivi e sostanziali cambiamenti che si attendono.

b. Sistema sanzionatorio: in attesa dei cambiamenti del sistema nel suo complesso nonché della definizione dei degli indicatori di appropriatezza già condivisi nel tavolo tecnico avviato nel 2015(di cui si attende la riconvocazione), si chiede di non procedere alla determinazione delle fattispecie sanzionatorie ad oggi non previste dalla LR 23/2015.

c. Rating: si chiede la sospensione della sua applicazione in ogni forma stante la prossima ridefinizione del sistema di misura delle performance gestionali e assistenziali previste dalla L.R. 23/2015. Risulta necessario definire per il settore socio sanitario forme di valutazione della qualità aggiunta proprie del settore socio sanitario e non di altri settori commerciali.

Per concludere, nel rimandare agli allegati alla presente, preme riportarVi di seguito una riflessione generale sul contenuto delle regole. La L.R. 23/2015 definisce il perimetro entro cui si devono articolare le regole di sistema che quindi non possono essere il luogo per l'inserimento di disposizioni di altra natura e contenuto. Un tale cambiamento di rotta viene accolto favorevolmente dalle scriventi Associazioni poiché negli anni sovente nella delibera delle regole sono state inserite disposizioni con valenza diversa da quella propria di tale strumento. Come più volte rappresentato in passato l'inserimento e la frammentazione delle disposizioni di altra natura e contenuto nelle regole di sistema vengono a minare la piena comprensione delle stesse.

Per definizione, le regole attuano principi normativi già definiti. I documenti delle regole degli ultimi anni hanno infatti spesso introdotto elementi nuovi rispetto alla normativa settore rendendo difficile la comprensione e il coordinamento dei vari provvedimenti con gravi ripercussioni sull'utenza a fronte delle diverse interpretazioni da gestore o gestore e da ASL ad ASL.

Auspichiamo quindi che sul solco definito dalla Legge Regionale 23/2015 le regole siano uno strumento snello ed attuativo di principi già definiti in altri provvedimenti di respiro più ampio e che a decorrere dal 2017, se possibile, si chiede che Le stesse possano avere una valenza pluriennale tale da consentire agli Enti Gestori una programmazione dell'attività e delle risorse.

Nell'attesa di poterVi incontrare per discutere a voce i contenuti della presente, si porgono i migliori saluti,

AGeSPI Lombardia

ARLEA

AIOP Lombardia

Alleanza Cooperative Italiane Lombardia

ANASTE Lombardia

ANFFAS Lombardia

ASAD Associazione SMI lombardi

CEAL

CNCA Lombardia

COM.E

COMITATO REGIONALE AIAS LOMBARDIA

Fondazione Sacra Famiglia

ARIS Lombardia

Fondazione Don Gnocchi

UNEBA

---

Allegati:

Allegato 1: Scheda area Anziani.

Allegato 2: Scheda Area Disabilità

Allegato 3: Scheda Area Dipendenze.

Allegato 4: Scheda Area Tutela Minori.

Allegato 5: Scheda Area Sperimentazione Minori

Allegato 6: Scheda Area Consultori.

Allegato 1

# AREA SERVIZI PER ANZIANI

## COMPENSAZIONE BUDGET NELLA STESSA ATS E TRA ATS

Possibilità che l'ente gestore unico abbia un budget unico per ciascuna tipologia di unità di offerta all'interno della stessa ATS e possa richiedere compensazioni di budget delle proprie unità d'offerta tra ATS differenti previo parere positivo delle stesse.

## RSA APERTA

Occorre confermare la misura per il prossimo anno

## RESIDENZIALITÀ LEGGERA

Occorre definirne meglio finalità, requisiti e remunerazione del servizio.

## CURE INTERMEDIE

Occorre concludere i lavori condividendo con gli Enti Gestori in tempo utile i risultati.

Particolare attenzione deve essere posta al sistema di tariffazione, a tal fine si chiede l'istituzione di una specifica funzione non tariffabile che vada a coprire i costi organizzativi non coperti dalla tariffa che verrà definita.

## Regole di sistema 2016 - Indicazioni Area Disabilità

Coerentemente con le richieste e le necessità declinate nel documento politico di cui la presente scheda tecnica è parte integrante, siamo a declinare i principali contenuti generali da tutelare e da promuovere nell'ambito del documento delle regole 2016 nella prospettiva di stabilizzare l'attuale sistema ed avviarlo all'interno del nuovo assetto previsto con l'entrata in vigore della Legge 23

**Allineamento ai L.E.A.**

1. **Livelli Essenziali di Assistenza:** Appare opportuno richiedere che ogni nuova azione di revisione delle unità d'offerta non possa prescindere dal rispetto delle norme in materia di L.E.A.
2. **Stabilizzazione delle azioni Innovative dgr X/4086:** Sempre in materia di LEA, ma in relazione alla **DGR X/4086 "stabilizzazione delle azioni innovative",** per quanto riguarda i servizi/interventi in favore di minori e adulti con problemi afferenti allo spettro autistico si richiede a Regione Lombardia di stabilire quali prestazioni sono da intendersi ricomprese nei LEA (L.134/2015 art. 3 comma 1), anche nel caso (come da DGR 4086) si collochino tali prestazioni nel fondo DGR 116/2013

**Programmazione**

1. **Revisione del sistema di offerta della disabilità complessa:** si richiede a Regione Lombardia l'impegno ad istituire un Tavolo specifico con i gestori della disabilità per definire le strategie ed i contenuti di tale processo di aggiornamento dell'intera filiera dei servizi a partire dalle CSS
2. **Messa a contratto nuove unità d'offerta socio-sanitarie:** Si richiede la possibilità di presentare istanza per la messa a contratto di nuove unità d'offerta accreditate all'interno dei contesti territoriali ove gli indici di fabbisogno siano particolarmente elevati rispetto alla media regionale e in presenza di specifici protocolli d'intesa che impegnino gli enti locali a garantire l'integrazione delle rette in prospettiva di una graduale e progressiva budgettizzazione dei nuovi posti messi in esercizio.
3. **Accreditamenti e posti contrattualizzati unità d'offerta socio-sanitarie per esistenti: c**onsentire l'accreditamento di tutti i posti aventi i requisiti, e possibilità di negoziare la contrattualizzazione annuale in base all'effettivo bisogno.

**Budget e Contratti**

1. **Negoziazione dei budget a contratto**: in presenza di mancato adeguamento del budget alle strutture che hanno registrato incrementi di produzione (cambi di classe, inserimenti di utenti più gravi a seguito di cessazione di frequenza o dimissioni di utenti meno gravi), l'ente gestore ha facoltà di rimodulare il volume della prestazione E/O i requisiti relativi alle prestazioni erogate previa informativa alla ASL territorialmente competente, fino a concorrenza del mancato adeguamento e per tutta la durata del mancato adeguamento di budget.

**Criteri per la definizione annuale e in corso d'anno dei Budget struttura**

1) in sede di preventivo: il budget annuale sia definito in base ai posti contrattualizzati tenendo conto della classe media SIDi dell'anno precedente.

2) in sede di consuntivo vengano remunerate:

a) tutte le giornate di presenza degli ospiti

b) tutte le giornate di assenza degli ospiti derivanti da fragilità o bisogni progettuali

3) vengano eliminati tutti i sistemi di cut off SIDi non previsti dalla normativa o dalle DGR

4) venga innalzata l'età del passaggio da classificazione SIDi a SOSIA da 65 a 70 anni

**Sistema sanzionatorio**

1. **Verifica dello Standard minimo settimanale**: ai fini della verifica dello standard gestionale minimo garantito per ogni settimana dell'anno, si richiede di specificare che lo standard, espresso in minuti settimanali per ogni ospite, sia pari allo standard minimo previsto da sistema SIDI per la classe 5.
2. Sospensione del sistema sanzionatori e di penali derivante dalla 1765/14.
3. Per le sanzioni di cui all'allegato 4 della 2569/14, con riferimento dall'art. 27quinquies LR23 lettere i), si chiede l'introduzione, previa diffida, di un tempo per l'adeguamento, prima dell'irrogazione della sanzione, e la sospensione delle sanzioni aggiuntive di cui al comma 5, almeno per l'anno 2016, riferite alle sole fattispecie di cui alle lettere h)J)i).

**Innovazione e Flessibilità del Sistema**

1. **Flessibilizzazione e Innovazione del Sistema delle Unità di offerta:** Per ammodernare e allineare il sistema di accreditamento strutturale relativo alle UdO sanitarie e socio sanitarie attualmente vigente con il nuovo sistema previsto dal cosiddetto secondo pilastro di welfare più orientato ai "percorsi" di cura e consentire alle strutture di realizzare gli interventi integrati con risorse integrate evocati dalla nuova riforma, si richiede di prevedere specifiche possibilità di utilizzo flessibile delle strutture. Ciò al fine di consentire l'erogazione di risposte innovative anche attraverso utilizzi alternativi degli spazi strutturali autorizzati al funzionamento e accreditati come unità di offerta, ad esempio, in orari non coincidenti con quelli di accoglienza dei servizi in essi funzionanti. Si richiede inoltre la riproposizione delle misure di RSD e RSA aperta.
2. **Regime 231:** Innalzamento a due milioni di euro della soglia di fatturato a valere sul fondo sanitario per l'obbligo di sottoporsi al regime 231 in coerenza con gli indirizzi normativi europei a tutela delle piccole e medie imprese.
3. **Sperimentazioni Regionali Vita Indipendente e Disabilità.** In coerenza con il dettato normativo nazionale e con i principi del Piano di Azione regionale della disabilità (PAR 2010-2020) e della dgr 116 che promuove risposte innovative ai bisogni di sostegno residenziale delle persone con disabilità, si richiede a Regione Lombardia di autorizzare ed incentivare innovative misure sperimentali per incentivare le unità d'offerta accreditate a promuovere azioni propedeutiche all'avviamento verso la vita indipendente delle persone con disabilità attualmente inserite nei servizi diurni.
4. **Uffici di Protezione Giuridica:** Si richiede a Regione Lombardia di specificare all'interno delle Regole 2016 quale sarà la collocazione dell'ufficio di protezione giuridica all'interno del disegno di riassetto Istituzionale previsto dalla Legge 23/2015
5. **Programmazione Sociale:** Dgr 2941/2014 linee di indirizzo programmazione sociale locale 2015/1017 per lo sviluppo integrato: si richiede a Regione Lombardia di specificarne le modalità attuative e le modalità di integrazione con le regole 2016.

Allegato 3

**Proposte regole di sistema 2016 – Area dipendenze**

Il DEFR prevede la prossima attuazione del Piano Regionale delle Dipendenze, con una revisione della filiera di unità d'offerta (servizi ambulatoriali, residenziali, in fase acuta, di cronicità e di reinserimento) considerando anche le nuove forme di dipendenza.

Viene annunciato un approccio caratterizzato da una specifica attenzione ai temi della prevenzione, con particolare riguardo ai giovani ed agli adolescenti, attraverso azioni di promozione diffusa legata agli stili di vita e con la previsione di incrementare la funzione di attenzione all'evoluzione dei fenomeni di dipendenza in genere, anche per predisporre azioni di contrasto appropriate.

Alla luce di quanto sopra riportato e partendo dalle recenti esperienze validate nei percorsi di sperimentazione ai sensi delle DD.GG.RR. 3239/2012, 392/2013, 499/2013, 4086/2015 si ritiene necessario che le "Regole 2016", per l'area dipendenze:

- prevedano un chiaro riferimento ai LEA per ciò che concerne il Gioco d'Azzardo Patologico - prevedendo anche moduli residenziali - e per l'area della prossimità (riduzione del danno e dei rischi). A tal proposito è necessario che nel corso del 2016 vengano messe a sistema gli interventi oggi finanziati attraverso il Fondo Sociale Europeo;

- alla luce dei contenuti della nuova Legge 23/2015 è necessaria l'attivazione di tavoli di confronto, analisi e programmazione tra Regione e rappresentanze degli Enti Gestori dell'area delle dipendenze, in particolare per porre attenzione alla presenza di tutta la filiera dei servizi specifici in ogni area territoriale identificata dalla Legge stessa;

- sempre in materia di tavoli di confronto, alla luce delle competenze attribuite dal decreto 6975/2015 al SIA.PAD, si chiede la presenza in detto organismo delle associazioni rappresentative delle UdO di settore;

- Riteniamo altresì necessario uno sblocco nel 2016 degli accreditamenti, che consenta la possibile riconversione di posti già accreditati al fine di garantire una più puntuale risposta ai mutati bisogni;

- riteniamo altresì necessario un adeguamento delle attuali rette, bloccate al 2007 e il riconoscimento della sovrapproduzione annualmente documentata dai servizi SMI;

- chiediamo che il budget per la nuova Unità d'Offerta bassa intensità Assistenziale sia aggiuntivo rispetto a quello destinato nel 2015 alla residenzialità e semi residenzialità.

Infine poniamo l'accento sulle dinamiche e sull'impatto sui servizi dell'area dipendenza dell'istituto della di "messa alla prova" introdotte dalla Legge 67/2014.

# Linee guida tutela minori

PREMESSA

Per le motivazioni di seguito analiticamente indicate si chiede che:

- Venga istituito un tavolo per l'età evolutiva che tratti i temi inerenti la Neuropsichiatria Infantile, le Sperimentazioni Minori, ed i minori disabili in modo integrato per non frammentare in più ambiti.
- Venga avviata la progettazione di nuove unità d'offerta per minori, (es. Comunità Riabilitative, Comunità Terapeutiche per minori disabili) per coprire alcuni bisogni ad oggi scoperti
- Vengano attivati progetti di prevenzione e screening sui minori
- Fino alla definizione organica di quanto espresso nei punti precedenti si chiede che con il 2016 vi sia il riconoscimento delle assenze in regime di Ricovero Generale e di Mantenimento e in Ciclo Diurno Continuo per i minori.

La DGR n. 2941/2014 approva il documento "Un Welfare che crea valore per le persone, per le famiglie e la comunità - Linee di indirizzo per la programmazione sociale locale 2015-2017", punto di partenza per lo sviluppo integrato per la nuova programmazione.

La DGR cita il ruolo del Terzo Settore quale attore da inserire "*nell' ambito di progettazione complessiva – partecipata e consapevole – sia a livello regionale che locale, per rendere maggiormente efficaci ed appropriate le risposte e consentire un adeguato utilizzo delle risorse……. L'obiettivo è quello di sviluppare e favorire con adeguati strumenti la partecipazione del Terzo Settore ai processi di programmazione, co-progettazione e gestione……le sperimentazioni di nuovi servizi o di nuove modalità gestionali."*

A partire da tale definizione ed in considerazione di quanto indicato nella DGR 2989 del 23/12/2015 allegato C - linee guida tutela minori, ribadiamo quanto scritto in questa delibera laddove si sottolinea che non è più sufficiente ricondurre l'organizzazione e la realizzazione degli interventi di "tutela" dei minori alla sola applicazione degli istituti giuridici di protezione e rappresentanza dei minori. Riconosciamo valida la proposta di percorso verso l'elaborazione delle linee guida, chiediamo però di poter contribuire con le riflessioni che il nostro gruppo di associate ha elaborato e di cui di seguito sintetizziamo i punti principali.

Vogliamo condividere il dato che le politiche minorili e per le famiglie si collocano in un contesto nazionale che evidenzia una preoccupante situazione in riferimento a:

- Aumento povertà minorile assoluta e relativa**;**
- Diminuzione delle nascite e trasformazione del quadro demografico italiano**;**
- Diminuzione delle risorse destinate al sociale (alle politiche minorili e per le famiglie) – la quota del PIL destinata alle politiche minorili e per le famiglie è tra le più basse d'Europa e in Italia è drammatica e insostenibile la differenza della spesa pro-capite tra le diverse Regioni Italiane;
- Assenza della definizione dei Livelli essenziali delle prestazioni per l'esigibilità dei diritti sociali e civili.

Il quadro sopra sintetizzato rende evidente la necessità di scelte politico-strategiche e organizzative-strutturali durature e garantite da allocazioni stabili di risorse economiche e umane al fine di superare l'attuale condizione di precarietà, discrezionalità, disomogeneità.

**Pertanto riteniamo necessario:**

- **Garantire in ogni ambito territoriale un sistema di integrazione tra azioni promozionali, preventive, di cura e presa in carico, di protezione e di reinserimento** al fine di sostenere gli interventi complessi e capaci di superare la logica degli interventi settoriali, frammentati e episodici;
- **Garantire azioni di sistema** attraverso la valorizzazione dei Piani di Zona quale luogo formale per la programmazione delle politiche e degli interventi sociali in tutti gli ambiti territoriali;
- **Attivazione presso Regione Lombardia di un tavolo di sistema e di coordinamento** sulle politiche e sugli interventi a favore dei minorenni e delle famiglie al fine di garantire i raccordi inter-istituzionali e interprofessionali necessari a ricomporre le frammentazioni fra il sistema sociale, sanitario, educativo, scolastico, della giustizia minorile; così come fra sistema di cura degli adulti (es. psichiatria e dipendenze) e sistema di cura dei bambini (es. protezione e tutela minori); fra servizi del pubblico e del privato sociale;
- Attivazione di "tavoli tematici" afferenti al tavolo di sistema del PdZ in ogni ambito distrettuale (pubblico/terzo settore) i cui contenuti sono individuati dal tavolo di sistema del pdz quali priorità del periodo
- **Individuazione e avvio di progetti sperimentali**, in riferimento alle priorità individuate a livello regionale e locale, con contestuale individuazione dei criteri di valutazione e di durata della sperimentazione stessa, al fine di prevederne la "messa a sistema" laddove gli esiti della sperimentazione siano positivi.

**Una questione irrinunciabile**: Il diritto all'appropriatezza per i minorenni fuori famiglia a scopo di tutela basato su criteri oggettivi, chiari, espliciti, oggettivi, valutabili e documentabili **richiede la capacità di assumere la centralità della storia di ogni minorenne e di ogni famiglia incontrata come unica e irripetibile, mai "già nota" e mai "già data".** Nello specifico del sistema di accoglienza quindi è necessario saper discernere con competenza la risposta giusta in quel momento storico per il minorenne che ho di fronte e per la sua famiglia/rete parentale.

E' in questa cornice che le risposte di accoglienza hanno pari dignità: l'affido, la comunità familiare, la comunità educativa. Non c'è "gradualità valoriale" tra le risposte, ma pertinenza nel rispetto della norma (184/83 e 149/01).

Oggi poi occorre implementare il sistema di complementarietà tra le diverse risposte di accoglienza e di corresponsabilità tra i diversi soggetti coinvolti, servizio sociale, equipe educativa, famiglia/adulti affidatari e/o della comunità familiare).

Allo stesso modo devono essere implementate e valorizzate le diverse forme innovative che in alcuni contesti territoriali si stanno sperimentando a sostegno anche delle famiglie d'origine (es. progetto Pippi, comunità leggere etc.).

## Scheda Area Sperimentazioni Minori

Per quanto riguarda l'area delle Sperimentazioni Minori riteniamo fondamentale che le Regole 2016 prevedano un intervento volto a stabilizzare le misure a favore dei minori e loro famiglie ed in particolare per quei soggetti che necessitano di interventi riabilitativi/abilitativi oggi carenti nell'attuale offerta del sistema di *Welfare*.

Sottolineiamo la necessità di prevedere una presa in carico integrata che preveda la centralità dei contesti di vita, la definizione di profili assistenziali differenti a seconda dei bisogni delle persone, il riconoscimento della funzione di case manager. In particolare riteniamo necessario migliorare alcune criticità emerse durante la sperimentazione di cui alle DGR 3239/2012, 392/2013, 499/2013, 4086/2015.In merito alle criticità:

**a) Destinatari degli interventi.** Ribadiamo la necessità che si confermi l'accesso alla futura misura "supporto abilitativo ai minori con disabilità e funzioni di case management", a tutti i soggetti individuati dalla DGR 3239/2012, con particolare attenzione ai minori con grave disabilità.

Questo in considerazione:

- dell'alto numero di bambini in carico alle sperimentazioni di cui ci stiamo occupando che rientrano in tale categoria come previsto dalla DGR 3239 che prevedeva interventi per: "minori ad alto impatto sociale, difficoltà di apprendimento, disturbi del comportamento;
- del fatto che le sperimentazioni effettuate rilevano che la presa in carico precoce consente o l'uscita dalla diagnosi o evita lo sviluppo successivo di disagi comportamentali con i conseguenti costi sociali, sociosanitari ed educativi.
- delle lunghe liste d'attesa delle Uonpia anche di 1 o 2 anni che si fanno più lunghe in considerazione della minori gravità della diagnosi, ma che producono nel tempo, senza intervento riabilitativo/abilitativo adeguato e tempestivo, una cronicizzazione e/o una correlazione con disagi psico sociali;
- del rispetto del diritto del bambino alla salute e alla cura, come previsto dalla Convenzione internazionale del fanciullo, in particolare all'Art. 23 e 24, che possa contribuire a garantire livelli essenziali di riabilitazione per i bambini e ragazzi. Impegno peraltro sancito dalla Stato Italiano nel DPR del 21/01/2011 - 3^ Piano nazionale tutela dell'Età evolutiva, che nelle linee d'azione indica specificatamente la riabilitazione per bambini disabili e con difficoltà di apprendimento.

Inoltre nella sperimentazione con DGR 392 sono stati effettuati anche significativi interventi per adulti con diagnosi dello spettro autistico. Non risulta però chiaro come verranno stabilizzate le misure a favore degli adulti autistici che precedentemente potevano rientrare nella DGR 392/2013.

**b) Valutazione multidimensionale.** .A fronte di una valutazione multidimensionale in capo al soggetto pubblico (UONPIA) che definisca il progetto individualizzato (in collaborazione con l'ente erogatore e la famiglia) e determini il profilo assistenziale (gravissimo, grave medio, basso,) la successiva individuazione del tipo di prestazioni/professionalità deve rimanere in capo al soggetto erogatore in accordo con la famiglia e con l' Uonpia.

**c) Case management:** Il Case Management è una funzione fondamentale per la presa in carico complessiva e non frammentata del minore e della sua famiglia, necessaria nei sistemi di *Welfare* basati sulla voucherizzazione; essa richiede, per essere realmente utile e efficace, un lavoro di connessione con tutti i soggetti implicati nel processo di cura (il minore e la sua famiglia, scuola, Uonpia, eventuali servizi sociali, servizi educativi extrascolastici e soggetti informali del territorio).

In considerazione delle sperimentazioni effettuate in questi anni, riteniamo che sia insufficiente il valore di 75 euro mensili.

**PROPONIAMO:**

- ❑ che la **funzione di case management** sia prevista sempre **per TUTTI i profili assistenziali**
- ❑ sia previsto un valore mensile economico più elevato per ciascun profilo assistenziale, individuando una percentuale del 15% di case manager, correlando quindi la quantità di intervento di case management alla intensità/complessità del bisogno assistenziale

**d) Valore Voucher e durata** Al fine di garantire la continuità e la qualità degli interventi, è necessario tener conto dei seguenti elementi:

- va previsto un periodo di intervento assistenziale e di permanenza (una presa in carico effettiva) delle persone almeno non inferiore a sei mesi ripetibili ed eventualmente alternati ad altri tipi di intervento;
- la durata dell'intervento deve essere stabilita dal soggetto pubblico in base ai bisogni del minore con disabilità e, pertanto, anche il modulo alta intensità non deve avere il limite indicato nella DGR 4086: "di norma per periodi brevi";
- Ii valore del voucher mensile non deve tradursi in un costo/prestazione inferiore ai 42€ (vedi tabella allegato 1)

**Allegato 1** Tabella riassuntiva **Area Sperimentazioni minori**:

| **Profilo** | **Valore economico** | **Ore prestazione/ valore prestazione** | **Di cui il 15 % da impiegare per funzione di case management** | **Figure professionali** |
|---|---|---|---|---|
| **Altissima Intensità** | 1680 euro | 10 ore settimana - 40 ore mensili - 42 €/prestazione. | 15% pari a 6 ore al mese | Almeno educatore e riabilitatore |
| **Alta Intensità** | 1000 euro | 6 ore settimana – 24 ore mensili - 42 €/prestazione. | 15% pari a 4 ore al mese | Almeno educatore e riabilitatore |
| **Media Intensità** | 670 euro | 4 ore settimana – 16 ore mensili – 42 €/prestazione. | 15% pari a 2,50 ore al mese. | Almeno educatore (o riabilitatore) e altra figura professionale. |
| **Bassa Intensità** | 336 euro | 2 ore settimana – 8 ore mensili - 42 €/prestazione | 15% pari a 1,20 ore al mese | Almeno educatore (o riabilitatore) e altra figura professionale. |
| **Solo funzione case management** | 210 euro | | Pari a 5 ore al mese. | |

In considerazione delle decisioni che Regione Lombardia deve prendere in merito ai requisiti che dovranno essere in possesso dagli enti erogatori, chiediamo che siano mantenuti i criteri previsti dalla GDR 3239 "soggetti autorizzati e accreditati non a contratto che hanno già avviato esperienze in questo ambito ed hanno attivato la rete collaborativa con attori istituzionali e non istituzionali". Per poter permettere alle strutture di adeguare i propri requisiti funzionali e strutturali alle

disposizioni che saranno previste nel provvedimento “supporto abilitativo ai minori con disabilità e funzioni di case management”, occorre prevedere un congruo periodo di tempo per tale adeguamento che dovrebbe estendersi a tutto il 2016.

**Proposte regole di sistema 2016 – Area Consultori**

La DGR 4086 del 25 settembre 2015 "Determinazioni conseguenti alla DGR 3363/2015 avente ad oggetto: "Determinazioni conseguenti alle DDGR N. 2022/2014 e 2989/2014-ALLEGATO C". Indicazioni per la stabilizzazione delle azioni innovative" nel determinare la stabilizzazione delle azioni innovative realizzate dai Consultori, accenna da una parte ad uno specifico provvedimento relativo all'aggiornamento della DGR 4597/2012 entro il 2015, dall'altra spinge oltre l'azione di stabilizzazione con la **previsione di una riforma complessiva** che vede i Consultori evolversi in **Centri per la famiglia.**

I consultori oggi sono disciplinati dalla Legge 405/75 "Istituzioni dei Consultori" e dalla Legge Regionale n.44/76 "Istituzione del servizio per l'educazione sessuale, la procreazione libera e consapevole, per l'assistenza alla maternità, l'infanzia e la famiglia".

Il passaggio dal sistema consultorio a quello di Centro per la famiglia ha dunque bisogno di una disciplina normativa che preveda una modifica alle norme regionali.

Pertanto si coglie con estreme interesse la volontà politica regionale di aprire un processo di riforma dell'ampio sistema dei consultori regionali **ma riteniamo che tale processo debba seguire un percorso che si pone fuori dalle Regole di Sistema socio sanitarie 2016 ed avviarsi con un tavolo tecnico e politico che ponga le basi per una rivisitazione delle funzioni e delle competenze nella direzione dei Centri per le Famiglie e dei Punti Unici di accesso.**

In attesa che si avvii questo percorso che ci deve vedere in un ruolo protagonista di contributi, confronti con Regione Lombardia, formuliamo alcune note specifiche su alcune tematiche:

| **Tematiche** | **Elementi di Proposta per le regole 2016 per favorire consolidamento sostenibilità e innovazione** |
|---|---|
| Utilizzo delle prestazioni | - Non vincolare l'erogazione di una tipologia di azione al passaggio di almeno un anno dalla prima erogazione di quell'azione. In particolare per le azioni di accoglienza, visite colloqui, colloqui di consultazione. Questo nell'ottica di un servizio che accompagna la famiglia nel tempo.<br>- Non vincolare l'utilizzo della prestazione di visita colloquio solo alle situazioni complesse. |
| Ciclo di prestazioni | Indicare per i colloqui di sostegno, la consulenza familiare, la mediazione familiare e interventi di psicoterapia dei tetti più alti di numero di trattamenti/cicli. In particolare per le psicoterapie. |
| Revisione tariffario e budget | Adeguare il tariffario delle prestazioni individuali/familiari ad un valore standard di 40 €.<br>Per le psicoterapie arrivare a 50€<br>A fronte del costante aumento di interventi psicologici e psicoterapici, potenziare il budget della Regione per i Consultori contrattualizzati e mettendo a contratto nuovi consultori già accreditati |
| Lavoro in equipe interne al servizio | Riconoscere una quota economica per le attività d'equipe nel caso di una presa in carico integrata (che presuppone un lavoro d'equipe multidisciplinare) |

| | |
|---|---|
| Sede interventi di gruppo | Non vincolare l'attività dei gruppi alla sola sede del consultorio.<br>Definire, invece, dei protocolli di collaborazione con strutture/servizi dove è possibile erogare l'attività presso le loro sede purché in possesso di spazi adeguati |
| Lavoro di rete | Definire un numero di incontri con la rete più alto (adesso è di due incontri l'anno) legandolo alla complessità della presa in carico.<br>Ad esempio, se viene coinvolta la figura dell'assistente sociale nella presa in carico del soggetto/famiglia il suo lavoro si caratterizza necessariamente in un lavoro con e sulla rete dei servizi. |
| Inserimento di nuove figure professionali obbligatorie per l'accreditamento | Inserire la figura del Mediatore Familiare, dell'Educatore professionale (senza il vincolo del titolo a carattere sanitario) e del Pedagogista per le attività di sostegno alla genitorialità. |
| Inserimento di nuove figure professionali | Inserire la figura del Mediatore linguistico-culturale per le coppie e cittadini di origine straniera, ove necessario |