

Allegato 4

SERVIZI DI WELFARE DI PROSSIMITA'

La realtà piemontese, come altre in Italia, si caratterizza per ampie zone alpine e rurali nelle quali si assiste da più decenni ad un graduale ma costante diminuzione della popolazione e della contestuale riduzione dei servizi pubblici e privati.

L'impegno per contrastare questo fenomeno vede uno sforzo corale dal livello nazionale (per es. la Legge 158/2017 ; «Strategia nazionale per le aree interne ») ad interventi regionali (Legge regionale 14/2019) e degli enti locali (« Compra in Valle », «Luoghi della Comunità ») nonché singole sperimentazioni di fondazioni o associazioni.

Non è da sottovalutare l'impatto che queste mutazioni demografiche comportano anche per le famiglie che decidono di rimanere in questi territori. La popolazione montana non soffre solo di un processo di diminuzione numerica ma anche di un conseguente invecchiamento, condiviso con il resto del territorio regionale, ma che qui assume un'accentuazione dovuta alla ricerca di migliori opportunità lavorative da parte dei giovani.

Il numero dei soggetti anziani è in costante aumento e la condizione di non autosufficienza si manifesta con diversi gradi di intensità, diverse esigenze di assistenza e, in particolare, sono sempre in maggior numero le famiglie nel cui nucleo vi è la presenza di un anziano non autosufficiente bisognoso di assistenza continuativa.

Per fornire una descrizione del fenomeno, rapportando la situazione demografica del Piemonte nel 2010 e quella del 2021, in quest'arco di tempo si registra una diminuzione complessiva della popolazione del 4,60% (da 4.457.335 nel 2010 a 4.252.279 nel 2021), con un salto dell'incidenza della popolazione anziana dal 22,87% al 26,24% (e una crescita netta della popolazione anziana di 96.324 persone).

Contestualmente nella fascia di popolazione 25-49 anni, la più importante dal punto di vista della produttività e della creazione di reddito, si assiste a un tracollo dal 35,39% al 29,25% con una perdita assoluta di 333.502 persone.

Appare quindi più che significativo lo sforzo regionale di offrire una maggiore risposta "sociale" alla fascia di popolazione anziana in un contesto di crescita della domanda potenziale e, seppur in un limitato contesto di ripresa dopo la crisi del 2019/2020 causata dal Covid, in un panorama economico che assiste alla perdita di una parte consistente delle popolazione produttiva.

Questa fascia di popolazione anziana soffre in maniera più accentuata della riduzione dei servizi, non ultimi quelli sanitari quali la riduzione dei centri ospedalieri, la carenza di medici di base, le difficoltà operative dei servizi sanitari territoriali, accentuati in maniera drammatica dalla pandemia di Covid-19.

Questo fenomeno è stato sottolineato anche dall'Unione Europea « ... *la diffusione delle disabilità aumenta con l'età, le persone anziane che vivono nelle zone rurali incontrano problematiche specifiche legate alla mancata disponibilità di un'assistenza sanitaria adeguata e alla persistente*

carezza di personale. Le persone con disabilità invisibili (come dolori cronici o disabilità intellettuali), affette da malattie rare o tumori che spesso causano menomazioni, così come le donne o i rifugiati con disabilità non sempre ricevono il sostegno specifico di cui necessitano.»¹

Non bisogna quindi sottovalutare l'impatto di queste difficoltà sulle persone anziane non autosufficienti e sulle loro famiglie costrette, spesso loro malgrado, a ricercare quale unica soluzione praticabile, l'inserimento in struttura residenziale del congiunto che ha perduto la propria autonomia.

Appare quindi opportuno incrementare l'offerta dei servizi aprendo a nuove forme di welfare che abbiano maggiore flessibilità e capacità di risposta in situazioni oggettivamente più complesse.

Per fare questo attingendo alle esperienze sperimentali portate avanti non solo dalla Regione, nell'ambito del progetto interfrontaliero We-Pro (Programma Alcotra) ma anche mettendo a frutto esperienze portate avanti in sperimentazioni finanziate dalla Fondazione Compagnia di San Paolo, in collaborazione con l'Associazione «la Bottega del possibile», si ritiene opportuno ampliare le forme di presa in carico delle persone non autosufficienti attraverso forme di domiciliarità meno indirizzate alla sanitarizzazione del servizio e alla valorizzazione delle risorse del territorio.

Si guarda quindi ai presidi socio-sanitari, in particolare a quelli presenti in comunità più piccole, che possono legittimamente aspirare al ruolo di centro di aggregazione e servizio a favore della comunità e ai soggetti agricoli e alle cooperative sociali previste dalla legge 18 agosto 2015, n. 141, quali ulteriori punti della «rete territoriale» capaci non solo di offrire servizi ma di mantenere e ravvivare i legami di solidarietà della comunità locale.

In quest'ottica vengono proposti due nuove forme di erogazione di servizi domiciliari : «Vengo a domicilio» e «Agricoltura sociale» secondo le modalità di seguito illustrate.

a) Servizi di domiciliarità per persone non autosufficienti erogati in regime di «Vengo a domicilio»

I servizi di domiciliarità, erogati in regime di « Vengo a domicilio », sono un insieme di prestazioni fornite in forma singola o raggruppate in un «pacchetto», esplicitato dal PAI del beneficiario, ed erogate dai presidi socio-sanitari accreditati con il SSR.

a.1) Destinatari

Persone anziane ultrasessantacinquenni non autosufficienti e le persone con disabilità con valutazione delle competenti Unità di valutazione multidisciplinari, in base alle scale di valutazione sanitarie e sociali per la determinazione delle fasce di intensità assistenziale.

Le prestazioni di «Vengo a domicilio » potranno essere erogate alle persone con PAI domiciliare o persone con PAI « residenziale » inserite in lista di attesa e con grado di priorità « differibile »².

1 « Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni - Un'Unione dell'uguaglianza: strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030 », pag. 18.

2 Il grado di priorità « differibile » è uno dei tre gradi di priorità individuati dalla D.G.R. 14-5999/2013.

La fruizione di interventi di Vengo a domicilio, per le persone in lista di attesa « residenziale », non comporta la cancellazione dalla medesima né la modifica della posizione acquisita; il beneficiario, quindi, potrà quindi accedere alla prestazione residenziale in regime convenzionato con il SSR al regolare scorrimento della lista di attesa fino alla sua posizione. Le prestazioni domiciliari in regime di «Vengo a domicilio » vengono interrotte in caso di inserimento in RSA o altra struttura residenziale, in regime privato o in regime di convenzione con l'ASL.

a.2) Tipologia degli interventi

(ogni presidio può erogare una o più tipologie di interventi secondo le proprie capacità professionali e organizzative)

- *servizio di teleassistenza (tra cui monitoraggio della corretta assunzione dei farmaci previsti sul piano di cura/SUT);*
- *servizio di telesoccorso;*
- *servizi di tregua, consistenti in prestazioni domiciliari finalizzate ad alleviare gli oneri di cura da parte della famiglia;*
- *fornitura di pasti, servizi di lavanderia, interventi di pulizia e igiene degli ambienti domestici;*
- *affidamento diurno, vigilanza notturna (in abbinamento a queste prestazioni è offerta la possibilità di avere il pasto);*
- *servizio di affiancamento e sollievo alla famiglia per mezzo di prestazioni domiciliari (in abbinamento a queste prestazioni è offerta la possibilità di avere il pasto);*
- *servizio di trasporto per visite mediche o terapie programmate (se le condizioni di salute permettono l'utilizzo di normali mezzi di trasporto);*
- *servizio di accompagnamento per visite mediche o terapie programmate (per trasporti effettuati su mezzi per il trasporto di persone disabili/ambulanza);*
- *formazione e sostegno (privilegiando l'e-learning) al caregiver del soggetto beneficiario del/degli interventi;*
- *monitoraggio della corretta assunzione dei farmaci previsti dal piano di cura.*

Il beneficiario delle prestazioni potrà usufruire anche di prestazioni sanitarie, fornite da personale professionista (medico specialista, infermiere, fisioterapista...), nell'ambito di un PAI socio-sanitario che le preveda esplicitamente con spesa a carico del SSN secondo le modalità previste dal DPCM 12 gennaio 2017.

a.3) Modalità degli interventi

Gli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali/ATS forniscono le prestazioni descritte al punto a.2) attraverso convenzione con i presidi del territorio, singoli o associati, che procederanno all'erogazione del servizio.

Le prestazioni, sulla base delle necessità individuate dal PAI o emerse in fase di fruizione, potranno essere erogate sia a domicilio sia presso il presidio e non dovranno influire sul corretto svolgimento delle attività del presidio né sulla corretta copertura del fabbisogno professionale dell'attività ordinaria del presidio.

Sulla base delle graduatorie di attesa l'Ente Gestore/ATS procede, di concerto con l'Unità di valutazione multidimensionale, all'individuazione degli interventi attivabili nel presidio convenzionato sulla base di un budget di progetto analogo agli altri interventi previsti dal Piano Regionale per la non autosufficienza.

b) Servizi di domiciliarità per persone non autosufficienti erogati in regime di « Agricoltura sociale »

I servizi di domiciliarità, erogati in regime di « Agricoltura Sociale », sono un insieme di prestazioni fornite in forma singola o raggruppate in un « pacchetto », esplicitato dal PAI del beneficiario, ed erogate dalle aziende agricole di cui alla Legge 18 agosto 2015, n. 141, in possesso dei requisiti di cui al Decreto Ministeriale 21 dicembre 2018 n. 12550 *« Definizione dei requisiti minimi e delle modalità relative alle attività di agricoltura sociale »*.

b.1) Destinatari

Persone anziane ultrasessantacinquenni non autosufficienti e le persone con disabilità con valutazione delle competenti Unità di valutazione multidisciplinari, in base alle scale di valutazione sanitarie e sociali per la determinazione delle fasce di intensità assistenziale.

Le prestazioni di « Agricoltura sociale » potranno essere erogate alle persone con PAI domiciliare o persone con PAI « residenziale » inserite in lista di attesa e con grado di priorità « differibile »³.

La fruizione di interventi di Agricoltura sociale, per le persone in lista di attesa « residenziale », non comporta la cancellazione dalla medesima né la modifica della posizione acquisita; il beneficiario, quindi, potrà accedere alla prestazione residenziale in regime convenzionato con il SSR al regolare scorrimento della lista di attesa fino alla sua posizione. Le prestazioni in regime di « Agricoltura sociale » vengono interrotte in caso di inserimento in RSA o altra struttura residenziale, in regime privato o in regime di convenzione con l'ASL.

b.2) Tipologia degli interventi

(ogni azienda può erogare una o più tipologie di interventi secondo le proprie capacità professionali e organizzative)

³ Il grado di priorità « differibile » è uno dei tre gradi di priorità individuati dalla D.G.R. 14-5999/2013.

- *servizi di tregua, consistenti in prestazioni domiciliari finalizzate ad alleviare gli oneri di cura da parte della famiglia;*
- *fornitura di pasti, servizi di lavanderia, interventi di pulizia e igiene degli ambienti domestici;*
- *affidamento diurno, vigilanza notturna (in abbinamento a queste prestazioni è offerta la possibilità di avere il pasto);*
- *servizio di affiancamento e sollievo alla famiglia per mezzo di prestazioni domiciliari (in abbinamento a queste prestazioni è offerta la possibilità di avere il pasto);*
- *servizio di trasporto per visite mediche o terapie programmate (se le condizioni di salute permettono l'utilizzo di normali mezzi di trasporto);*
- *servizio di accompagnamento per visite mediche o terapie programmate (per trasporti effettuati su mezzi per il trasporto di persone disabili/ambulanza);*
- *monitoraggio della corretta assunzione dei farmaci previsti dal piano di cura.*

Il beneficiario delle prestazioni potrà usufruire anche di prestazioni sanitarie, fornite da personale professionista (medico specialista, infermiere, fisioterapista...), così come di prestazioni e servizi che affiancano e supportano le terapie mediche, psicologiche e riabilitative previste dall'art. 2, comma 1, punto c) della legge 18 agosto 2015, n. 141 e secondo i requisiti previsti dal D.M. 12550/2018, nell'ambito di un PAI socio-sanitario che le preveda esplicitamente con spesa a carico del SSN con le modalità previste dal DPCM 12 gennaio 2017.

b.3) Modalità degli interventi

Gli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali forniscono le prestazioni descritte al punto b.2) attraverso convenzione e le altre forme previste dall'art. 1, comma 4 del D.M. 12550/2018, con i soggetti singoli o associati previsti dall'art. 2, comma 1 della Legge 18/08/2015 del territorio, che procederanno all'erogazione del servizio.

Le prestazioni, sulla base delle necessità individuate dal PAI o emerse in fase di fruizione, potranno essere erogate sia a domicilio sia presso l'azienda agricola erogatrice.

Sulla base delle graduatorie di attesa l'Ente Gestore procede, di concerto con l'Unità di valutazione multidimensionale, all'individuazione degli interventi attivabili nella aziende agricole convenzionate sulla base di un budget di progetto analogo agli altri interventi previsti dal Piano Regionale per la non autosufficienza.

c) Valori del budget di cura assegnato ai beneficiari

Per i servizi di domiciliarità per persone non autosufficienti erogati in regime di «Vengo a domicilio» o «Agricoltura sociale», il PAI prevede l'utilizzo di un budget di cura analogo agli altri servizi previsti dal Piano Regionale per la non autosufficienza 2025-2027 applicando i medesimi criteri di individuazione delle risorse da assegnare al beneficiario.

d) Classificazione delle prestazioni di «Vengo a domicilio» e «Agricoltura sociale»

Le prestazioni erogate dagli Enti Gestori tramite la forma di « Vengo a domicilio » o « Agricoltura sociale » rientrano tra le prestazioni afferenti alla programmazione del Piano Regionale per la non autosufficienza e finanziabili attraverso le risorse del Fondo Non Autosufficienze. L'utilizzo di queste risorse dovrà essere rendicontato dagli Enti Gestori, secondo la ripartizione per Ambiti Territoriali Sociali (ATS) nella piattaforma SIOSS, quale spesa diretta.