



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Distretto di Committenza e Garanzia Città di Bologna

Comitato Consultivo Misto Socio Sanitario del Distretto di Bologna

Il **16 ottobre 2024** si è svolta nell'Aula delle Colonne della CdC Porto-Saragozza l'Assemblea e in videoconferenza su piattaforma MICROSOFT TEAMS la plenaria del CCMSS del Distretto di Bologna (convocazione del 9 ottobre 2024) con il seguente Odg:

- 1) **14.30 – Apertura dell'assemblea: Dr. Paolo Ferraresi**
- 2) **14.50 – Approvazione del verbale della plenaria di settembre 2024, varie ed eventuali**
- 3) **15.00 – L'assistenza Domiciliare Sanitaria nell'AUSL di Bologna, il Servizio di Assistenza Domiciliare del Comune di Bologna e la loro integrazione socio-sanitaria. Accenni all'accreditamento domiciliare e alla legge per la non autosufficienza: D.ssa Rosaangela Ciarrocchi – D.ssa Sabrina Sessa**
- 4) **16.30 – Apertura del dibattito e risposte delle relatrici**
- 5) **17.30 – Chiusura dell'assemblea**

Presenti/assenti alla riunione:

Foglio presenze del **16 ottobre 2024**

ASSOCIAZIONE	COGNOME e NOME	FIRMA
A.B.I.STOM Ass. Bolognese Incontinenti Stomizzati	T. D'Elia Maria	
ACLI Ass. Cristiane Lavoratori Italiani	T. Di Cocco Ettore	
ADB Ass. Diabetici Bologna	T. Sarti Armando S. Burzi Gloria	
AIAS Ass. Italiana Assistenza Spastici	T. Ardizzone Marta S. Mauro Paolini	P (in presenza)
AIPA Ass. Italiana Pazienti Anticoagulati	T. Marani Mara S.	AG
AISM Ass. Italiana Sclerosi Multipla	T. Anna Fiorenza S. Mestitz Carlo	P (in presenza)
AITSAM Ass. Italiana Tutela Salute Mentale	T. Ortelli Valeria S. Serio Alberto	P (in presenza)
ANAP Ass. Nazionale Anziani e Pensionati	T. Tazzari Vincenzo S.	
A.L.I.Ce. Associazione Lotta Ictus Cerebrale	T. Gaudenzi Noemi S. Cavallari Cristina	P (online)
ANDROMEDA Ass. di volontariato	T. Raimondi Gabriele S. Raia Enrico Paolo	P (on line)
ANFFAS Bologna ONLUS	T. Ferraresi Paolo S. Gaspare Vesco	P (in presenza)

ANGSA Ass. Nazionale Genitori Soggetti Autistici	T. Corona Marialba S. Stasi Anna Rita	P (in presenza)
ANMIC Ass. Nazionale Mutilati Invalidi Civili	T. Mauro Pepa S. Maria Grazia Properzi	
ANTEAS "G. FANIN" Ass. Naz. Tutte Età Attive per la Solidarietà	T. Lelli Luciano	P (on line)
APRI Ass. Ricerca Sindrome Down Autismo e danno cerebrale	T. Carlo Hanau S. Anna Torricelli	P (on line) P (in presenza)
ARAD Ass. Ricerca Assistenza Demenze	T. Sinoppi Marco	
AUSER Volontariato Bologna	T. Rizzoli Stefano	P (on line)
AVIS Provinciale Bologna Ass. Volontari Italiani Sangue	T. Diego Turchi S.	P (on line)
CCSVI Insufficienza Venosa Cronica Cerebrospinale nella Sclerosi Multipla	T. Gallo Roberta S. Mazzeo Mariantonietta	
CITTADINANZATTIVA Emilia Romagna	T. Santoro Maria Vittoria S. Licastro Federico	
DIDI' ad ASTRA Ass. promozione sociale	T. Minelli Grazia S. Binazzi Barbara	
DIRITTI SENZA BARRIERE Ass. di volontariato	T. Bellotti Bruna	AG
ENS Ente Nazionale Sordi	T. Armaroli Simona S. Vaccaro Giuseppe	
FAMIGLIE INSIEME ONLUS	T. Morganti Enrico	P (on line)
FANEP Ass. Famiglie Neurologia Pediatrica	T. Morvillo Martina	
FEDEREMRARE Federazione Associazioni Malattie Rare	T. Franca Pietri S. Zucchini Carla	P (on line)
FEDERCONSUMATORI Ass. di tutela dei consumatori	T. Colombetti Dante S.	
FNP CISL Federazione Nazionale Pensionati Cisl	T. Bacchilega Giovanni Carlo S. Tugnoli Gianni	P (in presenza)
Fondazione ANT Ass. Nazionale Tumori	T. Bruno Brunetti S. Irene Bruno	
GRD Ass. Genitori Ragazzi Down	T. Misuraca Antonella S. Luminasi Lucia	P (in presenza)
Il Ponte di S. Chiara Ass. di volontariato	T. Rossi Sabrina S. Lorenzetti Antonella	
In Cammino Verso Ass. di volontariato	T. Belletti Silvio S. Sturaro Silverio	P (on line)
L'Aliante Ass. di volontariato	T. Montevercchi Viviana S. Verlicchi Paola	
LILT Lega Italiana per la lotta ai tumori	T. Patrizia Lolli	
MEG Medicina Europea di Genere	T. Stefani Patrizia S. Ribani Valeria	
Progetto Spazio e Amicizia Ass. di volontariato	T. Cubellis Alessandro	
SMIPS Scienza Medicina Istituzione Politica Società	T. Irene Bruno S. Francesco D. Capizzi	

SPI CGIL <i>Sindacato Pensionati Italiani CGIL</i>	T. Suprani Roberto	P (in presenza)
TDS Tribunale Della Salute	T. Grande Romano S. Elena Passanti Scota	P (on line) AG
UDI Unione Donne in Italia	T. Serra Loretta S. Scagliarini Franca	P (on line)
UICI <i>Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti</i>	T. Di Ridolfo Nicolina S. Prantoni Andrea	P (on line)
<i>Rappresentanti Aziendali</i>	<i>Cognome Nome</i>	
Direttore Distretto di Bologna	Ilaria Campalone	
Referente distrettuale	Aldo Trotta	P
Referente distrettuale	Veronica Ferrari	
Responsabile Amministrativo Distretto FF	Stefano Vincenzi	
Resp. UO Qualità, accreditamento e relazioni con il cittadino	Vittoria Sturlese	
Responsabile UASS Distretto di Bologna	Rosaangela Ciarrocchi	P
<i>Rappresentante ASP Bologna</i>	<i>Cognome Nome</i>	
ASP Città di Bologna	T. Maria Adele Mimmi S. Manuela Campidelli	
<i>Rappresentante Comune di Bologna</i>	<i>Cognome Nome</i>	
Comune di Bologna	Roberta Toschi	
<i>Rappresentanti dei Gestori</i>	<i>Cognome Nome</i>	
ANASTE	Gianluigi Pirazzoli	
CADIAI	T. Giulia Casarini S. Franca Guglielmetti	
<i>Rappresentanti dei familiari</i>	<i>Cognome e nome</i>	
Familiare di ospite presso Beata Vergine delle Grazie	Martin Stiglio	

1) *Apertura dell'assemblea da parte del Presidente Paolo Ferraresi. Di seguito la sua relazione:*

Per capire alcuni aspetti della situazione finanziaria attuale, relativa all'assistenza domiciliare, occorre fare qualche passo indietro.

- **Nel PNRR vi era l'impegno entro il 2026 di raggiungere l'obiettivo di curare a domicilio il 10% della popolazione over 65.** Per garantire la crescita dell'assistenza domiciliare i costi per il personale, con i fondi statali, avrebbero dovuto crescere di 500 mil. ogni anno a partire dal 2022, fino ad arrivare ad una cifra complessiva di mld. 2,5 nel 2026, rispetto al 2021. I fondi del PNRR avrebbero dovuto invece partire da 78 mil. per il 2022 per crescere progressivamente fino a mld. 1,1 nel 2026 per un totale di mld. 2,7- Lo Stato italiano si era impegnato a contribuire a questa spesa complessiva con fondi propri, già stanziati con leggi del 2020 e già previsti in bilancio. Dal 2022 al 2024 la maggiore parte della spesa per incrementare l'ADI avrebbe dovuto proprio essere statale e le cure domiciliari crescenti rispetto alle attuali, avrebbero dovuto partire da un numero crescente di utenti di 292.000 nel 2022 fino a raggiungere un numero aggiuntivo di anziani di 807.000 anziani nel 2026, per un totale di 1.665.700 anziani, cioè il 10% previsto. Questa scelta poteva essere anche criticabile. Il governo aveva scelto di non aumentare il numero delle ore relative all'A.D.I., che restavano complessivamente sempre più o meno 18 annuali per gli utenti, ma piuttosto di aumentarne la platea, cioè di aumentare complessivamente il numero degli assistiti, raddoppiandoli, piuttosto che aumentare le ore alla metà di quel numero di assistiti che si presentavano nel 2022. Era comunque una scelta che aveva una logica, quella sicuramente di diminuire il conflitto sociale tra i richiedenti cronici anziani, poiché il loro numero è sempre in aumento. – **Ma questi stanziamenti aggiuntivi per il 2022 dello Stato italiano dove sono finiti? Si sono mai visti?** Certamente la Meloni non ha avuto alcuna intenzione di tenerne conto per il futuro, e nelle finanziarie non sono state minimamente mai presi in

considerazione e quindi per l'assistenza domiciliare verranno a mancare proprio quei 2,5 mld. statali. Il PNNR missione 6 includeva quindi la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, inserita da parte del Governo Draghi, in seguito ad un'intensa pressione svolta in tal senso da quelle numerose importanti Associazioni, che hanno poi dato vita al "Patto per un nuovo welfare per la non autosufficienza" e che le Istituzioni hanno voluto ascoltare. **Ma cosa ne è rimasto oggi della Mission 6, relativamente alla domiciliarità, alla luce dei tagli avvenuti?**

- Queste Associazioni avevano valutato con un certo interesse l'uscita della legge delega n° 33 del marzo 2023, perché sembrava promettere alcune riforme anche da loro auspicate. Uscita sotto il governo Meloni, questo aveva soltanto modificato di poco quanto era stato previsto precedentemente da Draghi, forse perché era mancato il tempo necessario per poterlo fare.
- Il provvedimento in questione muoveva dal riconoscimento del diritto delle persone anziane alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio e dal principio di semplificazione e integrazione delle procedure di valutazione della persona anziana non autosufficiente. Grazie a tale semplificazione e all'istituzione dei "punti unici di accesso" (PUA) diffusi sul territorio, si potrà effettuare, in una sede unica, una valutazione multidimensionale finalizzata a definire un "progetto assistenziale individualizzato" (PAI) che indicherà tutte le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali necessarie per la persona anziana.
- Ulteriori elementi di rilievo nella legge erano la definizione di una specifica governance nazionale delle politiche in favore della popolazione anziana, con il compito di coordinare gli interventi; la promozione di misure a favore dell'invecchiamento attivo e dell'inclusione sociale, la promozione di nuove forme di coabitazione solidale per le persone anziane e di coabitazione intergenerazionale, anche nell'ambito di case-famiglia e condomini solidali, aperti ai familiari, ai volontari e ai prestatori di servizi sanitari, sociali e sociosanitari integrativi; la promozione d'interventi per la prevenzione della fragilità delle persone anziane; e soprattutto l'integrazione degli istituti dell'assistenza domiciliare integrata (Adi) e del servizio di assistenza domiciliare (Sad); il riconoscimento del diritto delle persone anziane alla somministrazione di cure palliative domiciliari e presso hospice; la previsione d'interventi a favore dei caregiver familiari.
- All'articolo 4, punto d), la legge delega poi prevedeva infatti l'individuazione dei LEPS in un'ottica di integrazione con i LEA, assicurando il raccordo con quanto previsto dalla legge 227 del dicembre 2021, nonché con quanto previsto della legge 197 del dicembre 2022, e al punto e) l'adozione di un sistema di monitoraggio dell'erogazione dei LEPS per le persone anziane non autosufficienti e di valutazione dei risultati, **nonché di un correlato sistema sanzionatorio** e di interventi sostitutivi in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi di servizio o LEP, ferme restando le procedure di monitoraggio dei LEA di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56.
- Al di là di questi aspetti, che purtroppo sono diventate amenità e facezie, con la legge sull'autonomia differenziate delle Regioni, però sempre all'articolo 4 lettera S punto 1 e 2 vi è scritto un provvedimento, a chiare lettere, sullo non spostamento degli "OVER 65", un aspetto importante e forse solo uno dei pochi, alla luce dei decreti attutivi successivi.
- La legge delega non prevedeva volutamente stanziamenti finanziari, perché erano stati tutti devoluti al successivo decreto anziani attuativo che, uscito alla fine di gennaio 2024, come era prevedibile, ha tradito molte aspettative, in parte certamente per dimensione culturale e sociale diversa rispetto ai governi precedenti, in parte per la crisi fiscale dello stato, ma così pregnante ed in gran parte voluta, che per motivi ideologici non permette più di tanto investimenti nella sanità e nel socio sanitario nazionale.

Vediamo dunque il perché delle diverse affermazioni di cui sopra.

- Indennità di accompagnamento:

La legge delega prevede un aiuto economico in proporzione alla gravità per un milione e mezzo di anziani, con il principio che chi sta peggio prende di più. Nella pratica è rimasto tutto uguale: 531 euro al mese uguali per tutti. Le misure aggiuntive slittano al 2025 ma saranno solo 29400 over 80 con isee sotto i 6 mila euro (1.9% dei beneficiari dell'indennità) a ricevere 850 euro in più al mese, vincolati al pagamento della badante e non tutti gli over 80 come fatto intendere dal governo in conferenza stampa. Questo perché le domande per questa prestazione universale verranno accolte fino al raggiungimento del tetto massimo di spesa previsto, se facciamo i conti, in base alle risorse annue stanziate apparse, che sono 300 milioni all'anno per due anni, come appare pure nel comunicato stampa post Consiglio dei Ministri, sul sito del Governo del 25 gennaio 2024.

Il decreto non tocca più l'accompagnamento

Questa prestazione universale sperimentale **si affianca all'indennità di accompagnamento**, ovvero all'assegno che oggi ricevono le persone non autosufficienti: l'indennità di accompagnamento è una misura universalistica, a cui ha diritto chiunque in assenza di limiti di reddito e senza soglie di età. Il percettore può utilizzarla come vuole, senza vincoli di utilizzo. L'accompagnamento ammonta a circa 530 euro al mese e ne beneficiano oggi circa 1,4 milioni di persone non autosufficienti: gli anziani rappresentano il 70% dei beneficiari. **La legge delega prevede una revisione dell'indennità di accompagnamento, che proprio per il suo essere sganciata dall'intensità del bisogno assistenziale e sbilanciata sull'erogazione monetaria senza vincoli di utilizzo era divenuta nel tempo il simbolo del cattivo impiego delle risorse pubbliche.** La legge 33 prevede l'introduzione della prestazione universale per la non autosufficienza, più equa, sempre universale ma di importo graduato in base

all'intensità del bisogno assistenziale, erogabile – a scelta del beneficiario – sotto forma di trasferimento monetario (come oggi) o di servizi alla persona: nel caso dell'opzione per i servizi, l'importo sarebbe aumentato.

- A prima vista qualcosa di simile alla sperimentazione introdotta dal Governo, che peraltro ha lo stesso nome. **In realtà nella delega si andava verso una misura che andava a tutti, ma con importo graduato sul bisogno assistenziale mentre qui si aggiunge una misura che si chiama universale che introduce il principio della selettività nell'accesso: una misura per gli anziani più poveri.** Questa sperimentazione per di più si affianca all'indennità di accompagnamento senza andare a toccarla, rinunciando così all'idea di rivederla e riformarla: al contrario di quel che prevedeva la delega.

- **Badanti:**

la delega prevede che l'importo di accompagnamento cresca se utilizzato per pagare una badante assunta regolarmente. Il decreto non prevede questa opzione su larga scala e quindi il 60% di badanti irregolari continuerà a rimanere tale.

- **Assistenza a casa:**

la delega prevede l'introduzione di un servizio domiciliare pubblico adeguato al grado di non autosufficienza. Il decreto ha eliminato questo servizio. Così circa 900 mila persone continueranno ad essere assistite da un infermiere solo 18 ore l'anno, 150 mila dai servizi sociali del comune.

- In conseguenza dell'impostazione molto centrata sul ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, la separazione tra sociale e sanitario è ancora enfatizzata in diversi punti del decreto, che nella legge delega non c'era. Stessa cosa nella domiciliarità: si parla sì di un'offerta integrata di assistenza e cure domiciliari, affidando al livello locale il potenziale coordinamento fra i servizi già esistenti. È un cambiamento, ma non è quel coordinamento forte indicato dalla legge delega che andava ben oltre, provando a immaginare una nuova domiciliarità, specifica per la non autosufficienza.

Per il Patto per la Non Autosufficienza questo è uno dei punti più critici. La nuova domiciliarità pensata per la non autosufficienza doveva prevedere infatti una durata adeguata e un mix di prestazioni, non solo la possibilità di "allargare" la capacità di risposta in capo ai servizi attuali. Doveva essere un'offerta integrata di assistenza sanitaria, sociale e sociosanitaria, di durata e intensità adeguata ai bisogni, ciò su cui lo Stato a suo tempo stava spingendo con le maggiori risorse messe sull'Assistenza domiciliare integrata-Adi con il Pnrr, chiedendo di spostare una quota di risorse sull'avvio della nuova domiciliarità. **La strada imboccata quindi elude la domanda delle domande: "Di quale assistenza abbiamo bisogno oggi per gli anziani non autosufficienti?"**.

- **Sistema nazionale assistenza anziani: dallo SNAAS sparisce il sanitario**

La Legge Delega del 2023 prevedeva la creazione di un sistema nazionale per la programmazione coordinata di tutte le misure pubbliche. Il decreto del 2024 prevede solo il coordinamento dei servizi sociali del comune. Quindi i servizi sociali delle Asl e quelle dei comuni continueranno ed essere scollegati. Come conseguenza con i 2,72 miliardi del PNRR verranno assistiti a casa tante persone in più ma secondo le vecchie regole.

- **Il Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente** (Snaa), nella legge delega aveva il compito di presiedere alla programmazione integrata, alla valutazione e al monitoraggio di **tutti gli interventi e i servizi pubblici (statali e territoriali) rivolti alle persone anziane non autosufficienti: tutti significa quindi interventi sanitari, sociali e monetari.** Era un po' questa la rivoluzione, il superamento della frammentarietà degli interventi in un'ottica integrata: come integrati sono i bisogni e le necessità della non autosufficienza. **Ora invece lo Snaa viene circoscritto alle sole misure sociali.** E le regioni e le province autonome elaborano i Piani regionali corrispondenti e li trasmettono al Ministero del lavoro e delle politiche sociali per il monitoraggio e la verifica dello stato di attuazione dei Leps. **Si parla solo di Leps, mai di Lea. Si è perso l'obiettivo dell'integrazione, che era una delle sfide più ambiziose della partita.**

- **Valutazione multidimensionale e punto unico d'accesso**

Il decreto è invece coerente con la legge 33 nell'obiettivo di semplificare i percorsi di presa in carico dei bisogni dell'anziano non autosufficiente. Ci sarà una valutazione multidimensionale e si è disegnato «un sistema per cui il Punto Unico di Accesso all'interno della Casa della Comunità sarà davvero l'unico punto a cui il cittadino dovrà rivolgersi per una valutazione che dia accesso a tutti i servizi e i benefici, dall'accompagnamento alla legge 104 all'invalidità civile e questo, se non altro, semplificherà moltissimo la vita delle persone. **Inoltre, ci sarà una interoperabilità fra le piattaforme delle varie strutture,** (con una banca dati in comune). Chiaramente questo potrà funzionare se il Pua non diventerà il collo di bottiglia del sistema e la preoccupazione c'è, perché già oggi le Case della Comunità sono in grandissima difficoltà e questo passaggio aggiunge loro un carico notevole di responsabilità. Il disegno però sarebbe buono. Speriamo che si riesca a mettere a sistema l'attuazione del DM 77 e della nuova sanità territoriale, di modo che l'attuazione della legge 33 si inserisca in quel contesto e la valutazione multidimensionale possa diventare davvero lo strumento unico attraverso cui accedere tanto ai servizi di salute quanto a quelli sociali.

- **Case di riposo:**

la delega prevedeva maggiore formazione e dotazione di personale, il decreto non affronta questo tema che viene rinviato ad atti successivi.

- **Gli Over 65**

In mezzo a tante ombre vi è almeno una luce positiva, come riportato più sopra.

Da tempo la battaglia delle associazioni intorno alla famosa problematica degli "OVER 65" era riuscita ad

ottenere, che le persone disabili, nel Comune di Bologna, inserite nelle strutture socio-sanitarie diurne o residenziali, nelle quali si erano inserite positivamente, non venissero spostate in modo automatico nelle C.R.A. CON RISCHI SERI DI MARASMA SENILE, AL COMPIMENTO DEI 65 ANNI DI ETA', per il solo fatto di avere raggiunto quella soglia anagrafica. L'accordo fu importante, ma non vi era nessuna legge scritta, né regionale, né statale che proibisse lo spostamento. In effetti, in alcuni Distretti periferici ed in altre parti della RER, questi spostamenti continuavano ad essere effettuati.

Il decreto legislativo ed il suo decreto attuativo, su questo punto hanno deliberato finalmente chiaramente.

La legge dello stato n° 33 del marzo 2023, parla chiaro. All'articolo 4 lettera S punto 1 si dice espressamente che Le persone con disabilità, divenute anziane, hanno diritto a non essere spostate dai servizi, **tutti i servizi anche quelli domiciliari**, nei quali si trovano al compimento dei 65 anni: ""al fine di favorire e sostenere le migliori condizioni di vita delle persone con pregresse condizioni di disabilità che entrano nell'età anziana, vi è il riconoscimento del diritto ad accedere a servizi e attività specifici per la loro pregressa condizione di disabilità, con espresso divieto di dimissione o di esclusione dai servizi pregressi a seguito dell'ingresso nell'età anziana, senza soluzione di continuità." Pure il Decreto anziani definitivo, che in realtà riscrive gran parte dell'intera legge 33/2023, in questo caso riprende pari pari lo stesso concetto. **È chiaro quindi a nostro parere che le Amm.ne dovranno rivedere in merito le proprie organizzazioni socio-sanitarie del settore per i disabili diventati improvvisamente anziani OVER 65.**

Per questi motivi e alla luce anche di tutte le considerazioni svolte sopra, ci piacerebbe conoscere dalle nostre relatrici a che punto sarebbe l'eventuale integrazione sociale e sanitaria, nella nostra città metropolitana, tra ADI e SAD e come si articolano e organizzano oggi entrambi i servizi, anche dopo il riordino del Servizio Sociale Territoriale a partire dal 2017: cioè la riunificazione delle funzioni in un servizio sociale unitario sotto il Dipartimento Welfare con punti di accesso decentrati e il ritiro delle deleghe ad AUSL e ad ASP.

- Come si articolano le UVM Unità di Valutazione Multidimensionale operative per gli interventi complessi di integrazione sociosanitaria?
- Poi cosa ne è rimasto oggi dell'USSI disabili adulti in capo al Servizio Socio-Sanitario AUSL e/o quali sarebbero gli aggiornamenti sul servizio dopo le ultime novità organizzative?
- Oggi quali competenze sono rimaste all'AUSL e quali sono state riassorbite dall'Amm.ne Comunale?
- Vi sarebbero poi anche gli assegni di cura e le nuove regole sull'accreditamento e nuove tariffe per il sociosanitario in Emilia-Romagna di cui occorrerebbe parlare. In effetti la **delibera di giunta regionale 1638 dell'8.7.24** approva il nuovo sistema di accreditamento sociosanitario. I 15 allegati alla delibera dettagliano criteri e requisiti per le diverse tipologie di servizi sociosanitari residenziali, diurni e domiciliari per le persone con disabilità e anziane non autosufficienti.

C'è molta carne al fuoco lo capisco, ma siamo rimasti d'accordo che non potendo ovviamente esaurire oggi tutte le argomentazioni e le domande poste, sarà necessario riprogrammare un incontro fra qualche mese.

2) Il Presidente informa che provvederà ad effettuare una piccola integrazione al verbale della plenaria di settembre. Il verbale sarà inviato nuovamente ai componenti del CCMSS e sottoposto ad approvazione nella plenaria di novembre.

3) La d.ssa **Sessa** e la d.ssa **Ciarrocchi**, dopo alcuni brevi cenni in merito alla questione del ritiro deleghe – che ha portato alla riacquisizione da parte degli Enti Locali delle attività di analisi dei bisogni, programmazione e attivazione dei servizi – hanno descritto l'assetto e il modello di organizzazione della rete dei servizi sociali e socio-sanitari dedicati agli anziani e ai disabili e la loro allocazione sul territorio bolognese, le forme dell'integrazione tra UASS dell'AUSL e servizi del Comune, il sistema dell'accesso e i relativi PUA (Punti Unici di Accesso, in fase di ridefinizione) e Sportelli Sociali, nonché la presa in carico da parte del Servizio Sociale Territoriale del Comune di Bologna e, infine, l'Unità di Valutazione Multidimensionale per la valutazione e verifica del livello di intensità e complessità dei bisogni della persona e per la definizione del Piano Individualizzato.

Dopo un breve focus sulla Disciplina normativa dell'accreditamento socio-sanitario (DGR n. 514 /2009 e s.s.m.m.), sui requisiti generali dei servizi socio-sanitari accreditati e sui servizi oggetto dell'accreditamento, nonché sui requisiti generali e specifici dell'assistenza domiciliare (Pianificazione operativa del servizio; Comunicazione, trasparenza e partecipazione; Processi e procedure generali), le relatrici si sono soffermate sul nuovo sistema dell'accreditamento socio-sanitario (DGR n. 1638 del 2024) e sui suoi obiettivi generali e specifici, illustrando più dettagliatamente *il nuovo modello per i servizi della domiciliarità (SPAD)* delineato dal medesimo DGR.

Si tratta di un modello che si prefigge il superamento delle logiche tradizionali di intervento a carattere prestazionale, ovvero basate sull'erogazione di singole prestazioni, a favore di un modello integrato di rete di sostegno domiciliare con interventi personalizzati in base ai bisogni specifici dell'assistito e del caregiver. Esso presenta alcuni elementi di innovazione: la definizione di un *budget di cura e di assistenza* finalizzato alla quantificazione dei servizi attivabili nel rispetto dell'autodeterminazione della persona, il *rafforzamento del ruolo gestore e della funzione di responsabile operativo del piano individualizzato*, un maggiore sviluppo del *lavoro di rete e di comunità* da parte del soggetto gestore in sinergia con la Committenza e con i soggetti della comunità.

Ad un *nucleo centrale di servizi* per la domiciliarità (coordinatore del servizio, OSS, Educatore e personale amministrativo), tale nuovo modello affianca una serie di *servizi strumentali e di supporto* (preparazione dei pasti a domicilio e servizi di accompagnamento sociale), oltre a *servizi complementari* di pronta attivazione di interventi assistenziali per le emergenze temporanee diurne o notturne, *servizi complementari di assistenza e sostegno* presso soluzioni abitative basate su nuove forme di coabitazione solidale o per la fornitura di adattamenti delle proprie abitazioni (ad es. soluzioni domotiche e tecnologiche), attivazioni di interventi a domicilio a *supporto dei caregiver* e di percorsi di progettazione partecipata con gli Enti del Terzo Settore per coadiuvare il *sostegno delle famiglie*.

Il Piano di intervento individualizzato viene sempre elaborato e condiviso nell'ambito dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) dove il *responsabile del caso* raccoglie gli elementi utili alla valutazione sociale, economica e socio-sanitaria necessari per l'autorizzazione degli interventi e dei servizi in accordo con la famiglia, anche in merito alla accettazione da parte della famiglia della quota di partecipazione stabilita in base all'ISSE (il sistema di remunerazione delle quote a carico delle famiglie dovrà essere rivisto).

È stato inoltre illustrato il percorso dell'assistenza domiciliare sanitaria, quale servizio a valenza distrettuale, e le sue differenti tipologie, i soggetti a cui si rivolge, la presa in carico successivamente alla segnalazione (da parte del MMG, PLS, della dimissione protetta, dell'ospedale, di una struttura privata, dell'infermiere di famiglia...) di una situazione di esigenza, la valutazione del caso da parte della COT (Centrale Operativa Territoriale) e l'attivazione dei servizi in base ai diversi livelli di complessità.

Interventi:

Sono state poste domande di chiarimenti e approfondimenti in merito alle quote di partecipazione (*Torricelli e Ferraresi*); ai servizi complementari e alle possibilità e modalità della loro attivazione (*Rizzoli*; a tale proposito la d.ssa Sessa ha precisato che i servizi complementari sopra elencati sono quelli previsti dal DGR, ovvero dal nuovo sistema dell'accreditamento e dal nuovo modello per l'assistenza domiciliare, da cui consegue che i soggetti che vorranno accreditarsi dovranno garantire l'erogazione di tali servizi onde conformarsi e rispondere concretamente a quanto stabilito dai Piani Individualizzati nelle diverse UVM: anziani; disabili; integrata; minori; GRAD); alla sostenibilità economica del modello e alle risorse che saranno stanziate nel momento in cui il sistema sarà reso operativo (*Ferraresi*; a suo avviso si renderà necessario aumentare i fondi regionali per la non-autosufficienza); sul responsabile del caso (*Supranì*); sulla differenza tra accreditamento e contrattualizzazione, ovvero sui criteri in base ai quali si sceglierà con quali dei soggetti accreditati si procederà alla stipula di un contratto, nel caso in cui fossero in numero maggiore alle effettive esigenze (*Rizzoli*); sui soggetti deputati alla verifica e al riconoscimento di eventuali danni che durante l'assistenza domiciliare potrebbero essere causati dall'utilizzo di apparecchiature tecnologiche (*Hanau*); *Morganti* ha chiesto di programmare un incontro, prima delle prossime elezioni regionali, con rappresentati regionali, comunali e aziendali per affrontare e discutere le questioni sollevate nella relazione introduttiva del Presidente, che necessitano di una risposta politica; *Ferraresi* ha ricordato ancora una volta le difficoltà che il Comitato incontra a relazionarsi con i referenti politici e la costante assenza alle attività assembleari del medesimo Comitato del referente del Comune, e ha sollevato inoltre il tema delle dimissioni protette (è stato spiegato nel dettaglio il funzionamento) e del caregiver; sugli interventi si intende realizzare per rendere concrete le innovazioni del nuovo modello dell'accreditamento e dell'assistenza domiciliare, nonché sul FRNA (*Bacchilega*).

Il prossimo incontro si terrà mercoledì 20 novembre 2024 presso l'Aula delle Colonne della Casa della Comunità Porto-Saragozza e in videoconferenza su Piattaforma TEAMS, salvo cambiamenti che saranno tempestivamente comunicati.

Si ricorda che presso la segreteria del Distretto di Bologna è disponibile la registrazione integrale della seduta.

Il verbalizzante
Aldo Trotta

Il Presidente del CCMSS Distretto di Bologna
Dr. Paolo Ferraresi