



*DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE E
COORDINAMENTO DEI SERVIZI
SANITARI E SOCIO-SANITARI
PER L'ANNO 2015*

Direzione Sociale ASL Varese

Le parole chiave:

1. PRESA IN CARICO: l'idea che la risposta al bisogno nasca da una ricomposizione di interventi diversi ad opera di soggetti tra di loro distinti e non collegati è ormai obsoleta ed inadeguata a produrre i risultati richiesti da una consistente quota di popolazione fragile, che aumenta sia in termini numerici che di tipologia di necessità.

2. PROSSIMITA': è una tematica di interesse e di sviluppo legata a due considerazioni: da un lato una popolazione che invecchia e si cronicizza, e dall'altro un contesto orografico ed infrastrutturale che può potenzialmente favorire condizioni di isolamento e di difficoltà di accesso ai servizi. Il territorio della provincia di Varese, per le sue caratteristiche morfologiche che rispecchiano quelle lombarde (quasi il 40% di territorio e di Comuni in area montana), costituisce un ottimo banco di prova per iniziative, quali il Centro Multiservizi per la persona, che sono orientati allo sviluppo della prossimità e della vicinanza ai bisogni del cittadino e della famiglia.

3. CONTINUITA' ASSISTENZIALE: l'esigenza di dare continuità alla presa in carico da parte della rete dei servizi appare di estrema attualità, sia nel quotidiano, dove si registrano ancora soluzioni di continuo tra un intervento e l'altro, sia in situazioni emergenti e contingenti, dove particolarmente il rapporto ospedale territorio rivela ancora punti di debolezza e di difficoltà.

Gli strumenti:

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Scopo fondamentale della valutazione multidimensionale è di porre attenzione alle persone ed alle loro famiglie, riconoscendo i loro bisogni nel complesso, integrando risorse ed azioni.

BUDGET DI CURA

Strumento per garantire una presa in carico globale della persona e della sua famiglia. Il budget di cura si basa su un forte coordinamento di scelte programmatiche, di percorsi assistenziali, di risorse professionali e finanziarie.

Nel 2015 verranno ulteriormente potenziate le linee strategiche della X Legislatura ovvero:

- lo sviluppo e la promozione dell'integrazione tra sanitario, socio-sanitario e sociale al fine di garantire una risposta globale alla multidimensionalità dei bisogni espressi dalla persona e dalla sua famiglia;
- lo sviluppo coordinato dei due pilastri su cui oggi si fonda il sistema socio-sanitario:
 - la rete accreditata delle strutture – **PRIMO PILASTRO**;
 - il fondo a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili – **SECONDO PILASTRO**.

CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE

(dal punto di vista del bisogno)

Persone > 65 anni:	194.789	(21,9% della popolazione)
Anziani > 75 anni:	91.706	(10,3% della popolazione)
Disabili (minori di 65 anni):	27.441	(3% della popolazione)
Minori:	123.769	(13,9% della popolazione)
Donne in età fertile:	194.855	(42,7% della popolazione)
Soggetti con dipendenza da sostanze illegali:	11,9‰	sulla popolazione residente tra 15 e 64 anni
Alcoldipendenti (heavy drinkers):	9.047	
Giocatori d'azzardo con profilo di rischio moderato:	8.600	

LE DIMENSIONI DELLA DOMANDA

(dati Regione Lombardia)

- **Anziani (> 65 anni): 20,1%** della popolazione, circa 2 milioni di persone.
- **Persone con demenza grave o Alzheimer:** aumento del 22% dal 2004, da 29.825 a 36.410 (30.469 demenze gravi e 5.941 Alzheimer).
- **Persone con disabilità: 31%** della popolazione, circa 310.000 persone di cui 26.000 minori.
- **Persone con disabilità grave e gravissima: 37.825** di cui 4.831 minori.

600.000 persone in condizione di cronicità socio-sanitaria nel 2013

di cui

60.000 anziani

33.400 persone con **disabilità** (di cui 3.400 minori) non hanno avuto accesso alla rete dei servizi sociali e socio-sanitari.

IL CONTESTO SOCIO-SANITARIO LOMBARDO: spunti di riflessione

- Il 37% dei malati cronici è impropriamente ricoverato in aree per acuti.**
- La cronicità rappresenta un costo pari al 70% del FSSR.**
- Del totale dei cronici il 10% è in carico ai servizi socio-sanitari e sociali.**

AREA SOCIO SANITARIA	NEGOZIAZIONE E CONTRATTO	PRIMO PILASTRO	SECONDO PILASTRO
Tipologia UdO	Nr. U.D.O.	Tipo contratto	Nr. contratti
R.S.A.	54	Contratto di regole e budget provvisorio	54
		Budget definitivo	52
		Budget rimodulato	47
R.S.D.	7	Contratto di regole e budget provvisorio	7
		Budget definitivo	6
		Budget rimodulato	3
C.D.I.	14	Contratto di regole e budget provvisorio	14
		Budget definitivo	14
		Budget rimodulato	12
C.D.D.	21	Contratto di regole e budget provvisorio	21
		Budget definitivo	21
		Budget rimodulato	18
C.S.S.	16	Contratto di regole e budget provvisorio	16
		Budget definitivo	15
		Budget rimodulato	13
C.T.D.	12	Contratto di regole e budget provvisorio	12
		Budget definitivo	12
		Budget rimodulato	12
HOSPICE	3	Contratto di regole e budget provvisorio	3
		Budget definitivo	3
		Budget rimodulato	3
C.F.	6	Contratto di regole e budget provvisorio	6
		Budget definitivo	6
		Budget rimodulato	5
S.D.R. ex art. 26	7	Contratto di regole e budget provvisorio	7
		Budget definitivo	7
		Budget rimodulato	2
Erogatori ADI	31	Contratto di regole	31
Totale I pilastro			392
Progettualità ex d.g.r. n. 856/2013	50	Contratto	50
Progettualità d.g.r. n. 499/2013	13	Convenzione	26
Totale II pilastro			76

NEGOZIAZIONE RISORSE E CONTRATTO

Il modello di governo delle risorse in ambito ASSI per il 2015

- **Per le Unità di Offerta a budget, con l'eccezione delle RSA:** a ciascuna UdO socio-sanitaria dovrà essere riconosciuto un budget annuo, calcolato applicando le **tariffe medie** e le **saturationi definitive 2014** proprie di ciascuna struttura, ai posti a contratto nel 2015. Ciò con riferimento all'utenza tipica di cittadini lombardi.
- **Per le RSA:** avvio di un importante percorso di revisione delle modalità di acquisto di prestazioni dalle RSA, coerentemente con quanto definito nella DGR 2989/2014, introducendo il concetto di **vendor rating** e di **indicatori di fabbisogno**.
- **Per l'ADI:** si **conferma il modello attuale basato sui voucher**, con un accesso attraverso la valutazione multidimensionale del bisogno, rafforzando i meccanismi di controlli e monitoraggio da parte delle ASL, al fine di garantire il rispetto del vincolo di budget ADI assegnato alle stesse ASL.

IL MODELLO DI ATTRIBUZIONE DEL BUDGET ALLE RSA 2015

- **Per il 2015, i budget per le RSA vengono definiti provvisoriamente per i primi 6 mesi in misura pari al 50% dei rispettivi budget storici.**
- **Entro il 30 giugno 2015, le ASL assegnano il budget definitivo sulla base degli esiti della prima applicazione del sistema di vendor rating.**
- **Sulla base degli esiti degli indicatori, le strutture con rating B e C nella rideterminazione del budget annuale subiranno una riduzione rispettivamente del 2% e del 4% del budget storico. Il valore economico complessivo derivante dalle riduzioni di cui sopra, a livello di ASL, verrà ridistribuito dalla stessa ASL privilegiando le strutture virtuose.**

IL SISTEMA DI VENDOR RATING

Identificazione degli indicatori

Di seguito, il dettaglio per ciascuno degli indicatori utilizzati nel sistema di vendor rating proposto.

INDICATORE DI FABBISOGNO	DESCRIZIONE	FORMULA	FONTE DATI
Minutaggio assistenziale	Scostamento percentuale tra il minutaggio assistenziale della singola struttura rispetto al minutaggio medio dedicato a livello di ASL	$\frac{\text{Min assistenziale } i - \text{Min medio ASL}}{\text{Min medio ASL}}$	Scheda Struttura
Mix professionale	Scostamento percentuale tra il mix professionale presente in ciascuna struttura (ossia il rapporto tra le ore rese da personale sanitario sul totale delle ore rendicontate per lo standard gestionale) rispetto al mix dedicato mediamente a livello di ASL	$\frac{\text{Mix professionale } i - \text{Mix medio ASL}}{\text{Mix medio ASL}}$	Scheda Struttura
Retta media	Scostamento percentuale tra la retta media della singola struttura rispetto alla retta media a livello di ASL	$\frac{\text{Retta media } i - \text{Retta media ASL}}{\text{Retta medio ASL}}$	Scheda Struttura
Saturazione	Scostamento percentuale tra la saturazione calcolata sui posti attivi a livello di singola struttura rispetto alla saturazione media calcolata a livello di ASL	$\frac{\text{Saturazione } i - \text{Saturazione media ASL}}{\text{Saturazione medio ASL}}$	Flusso FE Rilevazione ASL posti attivi
Margine operativo lordo	Scostamento percentuale tra il rapporto del margine operativo lordo ed i ricavi della gestione caratteristica della singola struttura rispetto al medesimo rapporto calcolato a livello di ASL	$\frac{\text{MOL } i - \text{MOL medio ASL}}{\text{MOL medio ASL}}$	Bilancio struttura e se necessario consolidato

AREA SOCIO SANITARIA	NEGOZIAZIONE E CONTRATTO	PRIMO PILASTRO	SECONDO PILASTRO
----------------------	--------------------------	----------------	------------------

TIPOLOGIA DEI FLUSSI SOCIO-SANITARI GESTITI				
Tipologia U.d.O.	Num. U.d.O. contrattualizzate	Tipologia flusso	Num. flussi verificati e trasmessi in Regione (SMAF)	Cadenza invio flussi
R.S.A.	54	SOSIA	432	Trimestrale
R.S.D.	7	SIDI (verifica caricamento da parte del gestore e validazione flusso)	28	Trimestrale
C.S.S.	16	SIDI (verifica caricamento da parte del gestore e validazione flusso)	64	Trimestrale
C.D.D.	21	SIDI (verifica caricamento da parte del gestore e validazione flusso)	84	Trimestrale
C.D.I.	14	CDI (verifica caricamento da parte del gestore e validazione flusso)	56	Trimestrale
C.F.	6 (+ 12 CF pubblici)	CON	144	Trimestrale
S.D.R. ex art. 26	7	SDOFAM RIAFAM	32 48	Trimestrale
Erogatori ADI	31	SIAD	12	Mensile
C.T.D.	12	--	--	--
HOSPICE	3	--	--	--
Per tutte le U.d.O. ad esclusione dei Consultori Familiari e A.D.I.:		FE1	1.072	trimestrale
Progettualità ex DGR 856/13	98	Rete Sperimentazione	8	trimestrale
	13	DGR 856 mis. 2	8	trimestrale
	trattasi di U.d.O. fuori provincia	DGR 856 mis. 3	8	trimestrale
	35	DGR 856 mis. 4	8	trimestrale
Contributi ex DGR 740/13 mis. B1	n. 117 utenti in carico nel 2014	DGR 740 mis. B1	8	trimestrale

AREA SOCIO SANITARIA	INTERVENTI A SOSTEGNO DELLA FAMIGLIA E DEI SUOI COMPONENTI FRAGILI	PRIMO PILASTRO	SECONDO PILASTRO
DGR 499/2013 e DGR 2022/2014 Totale ricoveri in regime post acuti - anno 2014			411
DGR 499/2013 e DGR 2022/2014 Totale utenti disabili e famiglie prese in carico - anno 2014			141
DGR 499/2013 e DGR 2022/2014 Totale fruitori - anno 2014			350
Totale assistiti DGR 740/2013 Misura B1 – anno 2014 Misura B2 – anno 2014			117 dati relativi al 1° semestre 2014: N. utenti 503 (i dati relativi al 2° semestre 2014 saranno disponibili il 30/01/2015)
Totale assistiti DGR 856/2013 Residenzialità leggera – anno 2014			43
Totale assistiti DGR 856/2013 RSA aperta – anno 2014			388
Totale assistiti DGR 856/2013 Misura 5 – anno 2014			145

AREA SOCIO SANITARIA	INIZIATIVE A SOSTEGNO DELLA FAMIGLIA E DELLA GENITORIALITA'	PRIMO PILASTRO	SECONDO PILASTRO
---------------------------------	--	-----------------------	-------------------------

**PROSPETTO SOGGETTI FRUITORI DEGLI INTERVENTI RIVOLTI ALLA
FAMIGLIA FRAGILE**

Totale fruitori Nasko - anno 2014	41
Totale fruitori Cresco - anno 2014	78
Totale fruitori SOStengo – anno 2014	64
DGR 856/2013 Totale minori seguiti: Misura 6 - anno 2014	257

Confronto sintetico per Misura B1 – anno 2014 e anno 2015

AZIONI ATTIVATE ANNO 2014	AZIONI DA ATTIVARE NEL 2015
<p>Nel corso del 2014 sono stati presi in carico con valutazione multidimensionale n° 141 utenti ai sensi della DGR 740/2013 in materia di gravi e gravissime disabilità.</p> <p>Il contributo regionale è stato erogato a 117 persone, in particolare:</p> <p>n° 45 persone affette da malattie del motoneurone</p> <p>n° 17 persone in condizione di stato vegetativo con Glasgow Come Scale => 10</p> <p>n° 55 persone con altre patologie in condizione di dipendenza vitale.</p> <p>È stata attivata formazione specifica per l'utilizzo della scala interRAI Home Care rivolta agli operatori afferenti ai distretti sociosanitari e alle assistenti sociali dei Comuni; successivamente sono stati anche realizzati incontri per addestrare all'utilizzo del software specifico gli operatori afferenti agli ambiti territoriali.</p> <p>È stato aggiornato, per favorire e rendere fattivamente operativa l'integrazione degli operatori del Distretto socio sanitario con le assistenti sociali dei Comuni, il sistema informatico ADIWEB strutturando, uno specifico strumento denominato "fascicolo sociale", che permette la condivisione immediata delle informazioni tra gli attori del sistema e l'aggiornamento in tempo reale del fascicolo utente.</p>	<p>Nel corso del 2015 saranno rivalutate tutte le persone già in carico con il nuovo strumento di valutazione, InterRAI Home Care, per meglio definire i bisogni delle stesse e dei loro familiari e si continuerà ad erogare il contributo regionale agli aventi diritto.</p> <p>Con la nuova DGR Regionale 2655/2014 la valutazione verrà effettuata con l'applicazione dei nuovi criteri previsti dalla normativa sopracitata.</p> <p>I criteri sono stati condivisi con gli operatori delle Aree Distrettuali in incontri dedicati ed è stata aggiornata la modulistica da adottare per le nuove azioni</p> <p>È in fase di ulteriore aggiornamento anche il sistema informatico che prevede l'integrazione degli operatori del Distretto socio sanitario con le assistenti sociali dei Comuni e il MAP/PDF.</p>

Fondo non Autosufficienze : confronto sintetico per Misura B2 – anno 2014 e anno 2015

ANNO 2014	ANNO 2015
SCADENZA UTILIZZO RISORSE: 31.12.2014	SCADENZA UTILIZZO RISORSE: 31.12.2015
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE: strumento fondamentale per l'attivazione di azioni integrate e strutturazione del PAI	VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE: strumento fondamentale per l'attivazione di azioni integrate e strutturazione del PAI
DESTINATARI: persone con disabilità grave o anziani non autosufficienti	DESTINATARI: persone con grave disabilità o comunque in condizione di non autosufficienza (la non autosufficienza va valutata attraverso uno <u>strumento condiviso</u>)
STRUMENTI:	STRUMENTI:
<p>BUONO SOCIALE: mensile, anche a diversa intensità, fino a un massimo di 800 € per:</p> <ul style="list-style-type: none"> care giver familiare o assistente personale; progetti di vita indipendente. <p>CONTRIBUTI PER PERIODI DI SOLLIEVO presso UdO semi-residenziali e residenziali</p> <p>VOUCHER per l'acquisto di interventi socio sanitari o sociali</p> <p>POTENZIAMENTO DEL SAD</p>	<p>BUONO SOCIALE: mensile, anche a diversa intensità, fino a un massimo di 800 € per:</p> <ul style="list-style-type: none"> care giver familiare o assistente personale con regolare contratto; progetti di vita indipendente. <p>CONTRIBUTI PER PERIODI DI SOLLIEVO presso UdO residenziali</p> <p>VOUCHER <u>SOCIALI</u> PER SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA' per l'acquisto di interventi sociali:</p> <ul style="list-style-type: none"> pasti servizi di lavanderia servizi di stireria trasporti come accompagnamenti protetti <p>POTENZIAMENTO DEGLI INTERVENTI TUTELARI DOMICILIARI a persone già in carico al SAD con indicazione nel Progetto Individuale degli <u>interventi aggiuntivi</u></p> <p>VOUCHER SOCIALE per sostenere la vita di relazione di <u>minori con disabilità</u></p>

DGR 856/2013 e prosecuzione delle attività progettuali come da nuova DGR 2942/2014

Residenzialità leggera: Misura 2

La misura 2 prevede interventi e prestazioni sociosanitarie rivolte a persone che presentano condizioni di fragilità, che necessitano di una soluzione abitativa con caratteristiche di protezione sociosanitaria. Gli interventi e prestazioni dell'azione vengono attuati in contesti abitativi singoli o comunitari che, pur mettendo a disposizione servizi comuni di carattere generale, garantiscono alle persone di rimanere nel proprio contesto di vita, in un ambiente controllato e protetto. I destinatari sono persone anziane o disabili in condizione di fragilità.

Nel 2014 il Dipartimento ASSI ha svolto attività di governance delle azioni previste dalla normativa coordinando le attività degli operatori distrettuali e con le strutture si sono organizzate riunioni informative finalizzate alla definizione dei percorsi con la produzione di brochure descrittive degli interventi offerti.

Per il 2015 si consolidano le misure avviate e si attuano le azioni migliorative attraverso una organizzazione degli interventi non più a singola prestazione ma a "voucher" corrispondenti a diverse intensità del bisogno.

Residenzialità per minori con gravissima disabilità: Misura 3

La misura 3 prevede interventi e prestazioni sociosanitarie di residenzialità di tipo continuativo per minori con gravissima disabilità. L'azione si concretizza con una presa in carico integrata del minore e della famiglia, fornendo anche prestazioni psicologiche per permettere alla famiglia di meglio affrontare la situazione. E' rivolta a minori con gravissime disabilità non assistibili al domicilio, con breve speranza di vita, che necessitano di assistenza continua nell'arco delle 24 ore.

Nel nostro territorio non sono presenti strutture che accolgono i minori con gravissima disabilità e i 3 casi che si sono presentati sono stati accolti in unità d'offerta fuori provincia su valutazione del personale ADI dell'ASL della Provincia di Varese.

Per il 2015 con la DGR 2942/2014 saranno consolidate le azioni della precedente normativa e avviate le azioni migliorative della misura in oggetto.

DGR 856/2013 e prosecuzione delle attività progettuali come da nuova DGR 2942/2014

RSA/RSD aperta: Misura 4

La misura 4 prevede la presa in carico integrata della persona affetta da demenza/Alzheimer o altre patologie di natura psicogeriatrica, da parte delle RSA e RSD in una logica di multiservizi.

Si prevedono interventi di natura socio-sanitaria, quali, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, i seguenti:

- prestazioni infermieristiche, di prelievo o di assistenza tutelare, che comunque non escludono la presa in carico da parte dell'Assistenza Domiciliare Integrata;
- attività di mantenimento e riattivazione psicofisica;
- consulenze/prestazioni di personale specialistico in relazione ai bisogni della famiglia e della persona (es. psicologo, geriatra ecc.);
- consulenza per adattamento dell'ambiente domestico, soluzioni domotiche, ausili ecc.;
- addestramento della famiglia o dell'assistente personale per le attività di accudimento;
- facilitazione della famiglia alla partecipazione di gruppi di mutuo aiuto;
- periodi di sollievo/assistenza temporanea in struttura o al domicilio garantendo un assistente personale debitamente formato/aggiornato.

Nel 2014 il Dipartimento ASSI ha svolto attività di governance delle azioni previste dalla normativa coordinando le attività degli operatori distrettuali e con le strutture si sono organizzate riunioni informative finalizzate alla definizione dei percorsi con la produzione di brochure descrittive degli interventi offerti.

Per il 2015 si consolidano le misure avviate e si attuano le azioni migliorative attraverso una organizzazione degli interventi non più a singola prestazione ma a "pacchetti" (voucher) corrispondenti a diverse intensità del bisogno.

AREA SOCIO SANITARIA	PIANO CONTROLLI	PRIMO PILASTRO	SECONDO PILASTRO
Azioni attivate anno 2014	Azioni da attivare nel 2015	Indicatore	Responsabile
<p>Attuazione delle verifiche secondo il Piano dei Controlli 2014. Per quanto riguarda l'attività di vigilanza e controllo delle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali, nel 2014 è stata data piena attuazione al contenuto del Piano dei Controlli di questa ASL (deliberato con provvedimento n.32 del 28.1.2014). In particolare, sono stati raggiunti gli obiettivi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1. effettuare le verifiche di vigilanza e i controlli di appropriatezza in almeno il 50% delle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali della provincia di Varese; il che, in aggiunta al 50% vigilato nel 2013, ha permesso di garantire il controllo, nel biennio 2013-2014, del 100% di tali Unità d'Offerta (come previsto dalle regole di sistema 2013 e 2014); 	<p>La programmazione delle attività di controllo in ambito socio-sanitario verrà definita e declinata nel "Piano dei Controlli 2015", i cui contenuti saranno redatti sulla base delle indicazioni contenute nell'Allegato C delle Regole di sistema 2015. In particolare si prevedono:</p> <p>1. verifiche di vigilanza e controlli di appropriatezza in almeno il 50% delle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali della provincia di Varese e in tutte le Unità d'Offerta ove siano state riscontrate criticità. Per l'appropriatezza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 15% FASAS 2014 UdO Residenziali/Semiresidenziali - 10% FASA S 2014 ADI (in itinere e ex post) - 5% FASAS 2014 UdO ambulatoriali (SERT, Consultori, Riabilitazione ambulatoriale). 	<p>1. N.strutture vigilate/N.strutture programmate = 1</p> <p>N. FASAS verificati / totale FASAS ospiti rendicontati con scheda SOSIA = 15%</p>	<p>UOS Accreditamento e Controllo</p> <p>UOS Appropriatezza e controllo amministrativo</p>
<ul style="list-style-type: none"> - 2. svolgere l'attività istituzionale di verifica, per le strutture socio-sanitarie, delle SCIA, delle richieste di autorizzazione e accreditamento e, per le strutture socio-assistenziali, di tutte le Comunicazioni Preventive all'Esercizio (CPE); - 3. controllare l'andamento dei Piani Programma delle strutture ancora in fase di adeguamento; - 4. dare corso alle verifiche rispetto a tutte le segnalazioni pervenute; - 5. vigilare e monitorare i progetti sperimentali ex DD.G.R. n. 856/3239/499/2022; 	<p>2. verifica, per le strutture socio-sanitarie, delle SCIA, delle richieste di autorizzazione e accreditamento e, per le strutture socio-assistenziali, di tutte le Comunicazioni Preventive all'Esercizio (CPE);</p> <p>3. monitoraggio dei Piani Programma delle strutture ancora in fase di adeguamento;</p> <p>4. verifica di tutte le segnalazioni pervenute;</p> <p>5. controllo delle misure avviate nel 2014 e azioni migliorative ex DGR 2942/2014;</p> <p>6. monitoraggio ex artt. 23-25 c.c. sulle persone giuridiche di diritto privato.</p>	<p>2. N. SCIA verificate/N.SCIA pervenute = 1 N.CPE verificate entro 60 gg./ N.CPE pervenute = 1</p> <p>4. N.sopralluoghi effettuati entro 15 gg./ N.segnalazioni pervenute = 1</p>	<p>UOS Accreditamento e Controllo</p>
<p>6. Continuare l'attività di vigilanza e controllo ex artt. 23-25 c.c. sulle persone giuridiche di diritto privato.</p>			<p>UOS Accreditamento e Controllo</p>

AREA SOCIO SANITARIA	PIANO CONTROLLI	PRIMO PILASTRO	SECONDO PILASTRO
----------------------	-----------------	----------------	------------------

Accreditamento delle Unità di Offerta (UdO) socio-sanitarie

Il sistema socio-sanitario lombardo considera la contrattualizzazione come il vero momento di programmazione regionale e l'accREDITamento come strumento per elevare il livello qualitativo della complessiva offerta socio-sanitaria.

Gli accreditamenti sono riaperti e con decorrenza dal 1 gennaio 2015 i soggetti gestori di Unità di Offerta solo autorizzate possono presentare istanza di accREDITamento ai sensi della DGR 2569/2014, ad esclusione delle UdO di cure intermedie e delle dipendenze, oggetto di riordino con la definizione di nuovi requisiti e degli indici appropriati di fabbisogno.

AREA SOCIO SANITARIA	DIPENDENZE	PRIMO PILASTRO	SECONDO PILASTRO
Azioni attivate anno 2014	Azioni da attivare nel 2015	Indicatore	Responsabile
<ul style="list-style-type: none"> - Integrazione tra le attività dell'Osservatorio Territoriale Dipendenze e del Tavolo Tecnico Regionale Osservatori per la predisposizione del piano annuale di raccolta dati e report regionale. - Implementazione standard finalizzati alla attrattività e alla qualità dei servizi con il potenziamento di azioni relative alla presa in carico, all'accoglienza, alla diagnosi e trattamento della dipendenza da gioco d'azzardo. - Realizzazione del Piano di intervento territoriale sul gioco d'azzardo patologico. - Valorizzazione delle attività preventive territoriali anche con l'attenzione alla promozione di azioni di prevenzione mediante specifici piani informativi e formativi sul GAP. - Integrazione operativa fra Dipartimento Dipendenze e Dipartimento ASSI nelle azioni e programmi di promozione della salute e di prevenzione - Promozione dell'intervento di Life Skills Training nelle Scuole Secondarie di primo grado della Provincia 	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione del nuovo modello regionale di valutazione multidimensionale del bisogno approvato con DGR n. X/2989 del 23/12/2014 in grado di : individuare i reali bisogni della persona e di correlare a questi le risposte appropriate attraverso l'utilizzo di strumenti validati a livello nazionale e internazionali. - Realizzazione di una indagine conoscitiva sulla prevalenza delle condizioni di Comorbidità Psichiatrica fra i soggetti in carico ai Servizi Residenziali, Semiresidenziali e Ambulatoriali Pubblici e Privati-accreditati per le Dipendenze ubicati in provincia di Varese. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione di almeno 2 incontri di formazione del personale addetto alla valutazione - Avvio del sistema di valutazione multidimensionale a partire dal 1 luglio 2015 in tutti i servizi come da dgr 2989 del 23.12.2014. - Realizzazione di almeno 2 incontri con i Dipartimenti di Salute Mentale delle AAO della provincia di Varese - Realizzazione di almeno 2 incontri con le strutture residenziali potenzialmente coinvolgibili 	<p>UOVD Prevenzione e cura delle condizioni di dipendenza – Area Nord</p> <p>UOVD Prevenzione e cura delle condizioni di dipendenza – Area <u>Sud</u></p> <p>UOVD Azioni di rete territoriale nelle dipendenze e attività di coordinamento</p>

AREA SOCIO SANITARIA	AZIONI INNOVATIVE 2015	PRIMO PILASTRO	SECONDO PILASTRO
-------------------------	------------------------	----------------	------------------

**Implementazione ADI WEB con:
MAP
AA.OO.**

Il portale ADI WEB già utilizzato per la presa in carico condivisa di pazienti fragili a domicilio tra ASL e Enti locali e Gestori di strutture socio-sanitarie può essere reso disponibile anche ai MAP per l'attivazione dell'assistenza domiciliare al distretto di residenza oltre che essere un utile strumento per il Medico stesso relativamente al monitoraggio di quanto il suo assistito sta ricevendo in termini di offerta socio-sanitaria nell'ottica del budget di cura. Le stesse motivazioni sono alla base della volontà di coinvolgere le U.O. più significative delle AA.OO. per l'attivazione di prestazioni domiciliari in modo da garantire l'efficacia e la continuità assistenziale nell'ambito delle dimissioni protette.

AREA SOCIO SANITARIA	AZIONI INNOVATIVE 2015	PRIMO PILASTRO	SECONDO PILASTRO
-------------------------	------------------------	----------------	------------------

Progetto AIR - Appropriately Interventi Residenziali

I dati epidemiologici disponibili mostrano che la prevalenza della Comorbidità Psichiatrica (CP) è costantemente elevata.

La comorbidità fra Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) e Altro Disturbo Mentale (ADM) costituisce inoltre un problema in crescita.

Il trattamento della CP costituisce un'area critica della pratica clinica perché richiede un'integrazione di modelli e pratiche ed impone una revisione dei modelli operativi ed organizzativi dell'attuale rete dei servizi, anche nella direzione di una maggiore integrazione fra interventi dei Dipartimenti Dipendenze e Dipartimenti di Salute Mentale.

Una condizione preliminare indispensabile per la predisposizione di programmi terapeutici appropriati è la presenza di un corretto inquadramento diagnostico. Il trattamento dei pazienti con CP è un processo dinamico, all'interno di una storia che prevede e "tollera" ricadute ed esacerbazioni sintomatologiche in misura ancora maggiore di quanto non avvenga per i pazienti con la sola diagnosi di DUS. I servizi territoriali, residenziali, semiresidenziali, pubblici e del privato sociale rappresentano una costellazione di disponibilità all'interno della quale il paziente deve potersi muovere in un continuum personalizzato. Gli esiti attesi del trattamento vanno sempre individualizzati.

Centrale è la collaborazione con le famiglie, che vanno coinvolte nella presa in carico e nella gestione del programma terapeutico.

AREA SOCIO SANITARIA	AZIONI INNOVATIVE 2015	PRIMO PILASTRO	SECONDO PILASTRO
-------------------------	------------------------	----------------	------------------

Centro Multiservizi Montano

Obiettivo generale è quello di presidiare il percorso di cura e di accompagnamento del paziente affetto da patologia cronico – degenerativa, unito all’attenzione delle esigenze della famiglia nel proprio ruolo di soggetto di cura, in ambito montano, con una forte caratteristica di prossimità.

L’esigenza di trovare risposte prossime ed efficienti, per le genti delle valli montane, trova concretezza in un luogo fisico e prossimo dove tutti gli interventi possano trovare inizio ed attuazione in una integrazione ed in un coordinamento che facilitino i percorsi, e riducano le distanze e la difficoltà del vivere in zone disagiate e scarsamente popolate.

A ciò si unisca anche la necessità di trovare un primo punto di riferimento e di fatto per le patologie acute, al fine di ridurre l’inappropriato accesso ai servizi di pronto soccorso.

Obiettivo specifico è di garantire percorsi integrati di presa in carico, di prossimità e di accompagnamento delle persone fragili e delle loro famiglie, con la funzione di integrare le attuali attività di carattere socio-sanitario e sociale con quello di natura sanitaria, concorrendo alla presa in carico globale della persona in relazione alla comunità di riferimento e alla particolare collocazione di carattere orografico.

Il contesto è quello dell’ambito distrettuale di Luino, scelto in base alle caratteristiche orografiche peculiari ad impronta montana (due comunità montane presenti).

AREA SOCIO SANITARIA	AZIONI INNOVATIVE 2015	PRIMO PILASTRO	SECONDO PILASTRO
-------------------------	------------------------	----------------	------------------

Programmazione “flessibile” degli interventi in ambito delle post acute

Primo esempio concreto di integrazione socio-sanitaria e di governance del sistema, l'azione si è concretizzata, nella programmazione, per un periodo limitato di tempo, di una risposta flessibile nel senso di una aumentata disponibilità all'accoglienza in termini di numero di posti letto disponibili e di semplificazione delle procedure di accoglienza da parte delle strutture “intermedie” territoriali nel campo delle cure post acute e sub acute.

Il tutto è stato governato dalla Direzione generale dell'ASL in relazione alla presenza di criticità contingenti e legate ad un aumentato ricorso alle prestazioni di P.S. e quindi di ricovero, relativamente all'area nord dell'ambito territoriale di competenza.

AREA SOCIO SANITARIA	AZIONI INNOVATIVE 2015	PRIMO PILASTRO	SECONDO PILASTRO
-------------------------	------------------------	----------------	------------------

Partecipazione con LIUC Università C. Cattaneo di Castellanza – CREMS alla realizzazione del progetto formativo: **“Accompagnamento al processo al riordino del Welfare lombardo”**

per pazienti psichiatrici, delimitando l’analisi agli ospiti provenienti da strutture psichiatriche ed attualmente in carico alla rete delle RSA presenti sul territorio provinciale.

Attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro misto (Direzione Sanitaria e Direzione Sociale) coordinato dal CREMS, ci si prefigge, per i *target* identificati:

- pazienti psico-geriatrici (demenze), circoscrivendo l’analisi a tutti i cittadini che nell’anno in corso (2014) hanno usufruito di interventi legati alla misura RSA aperta di cui alla DGR 856/2013;
- pazienti psichiatrici, delimitando l’analisi agli ospiti provenienti da strutture psichiatriche ed attualmente in carico alla rete delle RSA presenti sul territorio provinciale.

di ricostruire il percorso dei suddetti pazienti negli ultimi cinque anni (2010-2014), verificando tutte le prestazioni e tutti i servizi di cui hanno usufruito, così da evidenziare il grado di presa in carico dei suddetti pazienti nell’intervallo temporale considerato.

Tale lavoro permetterà di sviluppare delle considerazioni in materia di *budget* di cura per i target di utenza oggetto di analisi, in piena sintonia con alcuni indirizzi previsti dal Libro Bianco in materia di integrazione socio-sanitaria.

La naturale conclusione di questa attività di formazione-intervento sarà la realizzazione di due momenti informativi e formativi da rivolgere a tutti i servizi e a tutti gli attori del territorio interessati dalle due tipologie di pazienti/utenti, anche allo scopo di migliorare l’assistenza loro garantita, evitando sovrapposizioni ed ottimizzando di conseguenza la relativa spesa pubblica.

AREA SOCIO SANITARIA	AZIONI INNOVATIVE 2015	PRIMO PILASTRO	SECONDO PILASTRO
-------------------------	------------------------	----------------	------------------

Punto Unico del Welfare in collaborazione con ANFFAS-Fondazione Piatti

Altra opportunità di integrazione, con una particolare attenzione alla tematica della presa in carico dei soggetti fragili e delle loro famiglie è la creazione, su iniziativa e con la collaborazione di ANFFAS-Fondazione Piatti, nel capoluogo di Varese di un Punto Unico del Welfare, particolarmente rivolto alle persone disabili e fragili e alle loro famiglie.

Il Punto Unico non sarà solo strumento di informazione e di orientamento, ma anche luogo di una integrazione operativa tra diversi soggetti della rete finalizzata ad una presa in carico condivisa e partecipata.

**UN WELFARE CHE CREA VALORE PER LE PERSONE , LE
FAMIGLIE E LA COMUNITA'**

***Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello
locale 2015-2017***

DGR N°X/2941 del 19/12/2014

Il WELFARE LOCALE dovrà sempre più essere capace di **leggere in modo integrato i bisogni** di cura delle persone e delle loro famiglie con particolare riferimento ai loro componenti fragili, garantendo che questi siano **presi in carico ed accompagnati verso il servizio più adeguato** ai bisogni.

⇒ attivare interventi appropriati, supportando in tal modo sia la persona in difficoltà sia i suoi familiari che talvolta sono lasciati soli nella decisione e nell'organizzazione del percorso di cura.

Il passaggio quindi da un sistema centrato sull'erogazione delle prestazioni ad un sistema che risponda ai bisogni di ascolto, di cura, di sostegno e presa in carico.

I criteri di fondo che sostengono la centralità della persona e della famiglia sono:

- **PROSSIMITÀ DEI SERVIZI**
- **CENTRALITÀ DI UNA PRESA IN CARICO INTEGRATA**
- **CONTINUITÀ ASSISTENZIALE**

TALI CRITERI RICHIEDONO UNA REVISIONE DELLA RETE
LOCALE DEGLI INTERVENTI E UNA PIÙ FORTE
INTEGRAZIONE DELLE RISORSE

La frammentazione dei sistemi di welfare si manifesta su diversi piani:

- **TITOLARITÀ**
- **RISORSE**
- **CONOSCENZE**
- **SERVIZI**

LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE in tale prospettiva costituisce un processo critico per i territori perché apre uno spazio di azione strategico al fine di promuovere e consolidare la **ricomposizione** tra i soggetti istituzionali e tra questi e i differenti agenti di welfare presenti nella comunità locale.

Ricomporre:

- Le **conoscenze** e le informazioni che alimentano le decisioni;
- Le **risorse** impiegate nel sistema di welfare;
- I **servizi** offerti ai cittadini.

Il welfare locale deve poter assumere una visione più
PROMOZIONALE e meno RIPARATIVA.

E' quindi necessario che:

- La prospettiva sia focalizzata sulle persone e sulle famiglie, oltre che sugli utenti già in carico;
- Il focus sia sui bisogni e sui problemi, piuttosto che sulla domanda esplicita;
- Gli interventi siano condotti con un orientamento ad integrare differenti aree di policy, in particolare: casa, lavoro, sanità e scuola.

LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE E SOCIO-SANITARIA

1° STEP: LA GOVERNANCE

La **CABINA DI REGIA**, istituita ai sensi della DGR 326/13, è il luogo dove garantire la programmazione, il governo, il monitoraggio e la verifica degli interventi sociosanitari e sociali erogati dalla ASL e dai Comuni, singoli o associati, nell'ambito delle aree comuni di intervento.

Ciò al fine di evitare duplicazioni e frammentazione nell'utilizzo delle risorse e nell'erogazione degli interventi e contestualmente garantirne appropriatezza.

Potenziamento del ruolo della ***Cabina di Regia*** istituita in seno all'ASL di Varese mediante la definizione delle priorità.

→ **Documento di pianificazione** condiviso delle attività della Cabina di Regia con l'indicazione dell'organizzazione delle risorse umane, delle procedure di gestione e di valutazione e studio delle modalità di raccordo con il livello politico (Assemblea Distrettuale, Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci)

2° STEP: GLI INDICATORI DEL PROCESSO

La Direzione Sociale d'intesa con la ***Cabina di Regia*** implementerà un sistema di conoscenza relativamente alla integrazione sociosanitaria, in particolare per quanto attiene **l'assistenza domiciliare sociale e socio-sanitaria** che beneficia degli strumenti previsti dal **Patto Territoriale** per l'integrazione sociale e sociosanitaria sottoscritto dagli ambiti territoriali e dall'ASL.

In via preliminare è possibile identificare una serie di indicatori specificatamente pensati per monitorare il livello di integrazione tra Distretti socio-sanitari ASL e Servizi Sociali afferenti agli Ambiti Territoriali.

Esempio Set di indicatori

Incidenza ADI sulla popolazione *over 65/over 75*

N° utenti *over 65/over 75* in AD I / Totale popolazione residente *over 65/over 75*

Incidenza SAD sulla popolazione *over 65/over 75*

N° utenti *over 65/over 75* in SAD / Totale popolazione residente *over 65/over 75*

Integrazione SAD-ADI

N° utenti *over 65/over 75* con SAD e ADI attivati congiuntamente / Totale utenti *over 65/over 75* contemporaneamente in SAD e ADI

Utilizzo portale ADI WEB per misura B2 (ex DGR 2883/14)

N° utenti beneficiari della Misura B2 ex DGR 2883/14 registrati in ADI WEB / Totale utenti *over 65/over 75* beneficiari della Misura B2 ex DGR 2883/14 > o = **20%**

Gestione associata SAD

N° servizi SAD erogati in forma associata a livello di Ambito / Totale N°Ambiti Sociali

3° STEP: IL SUPPORTO AGLI ATTORI COINVOLTI NELLA PROGRAMMAZIONE LOCALE

Individuazione di strumenti utili alla ricomposizione delle conoscenze relative ai **servizi** offerti ai cittadini e alle **risorse** impiegate nel sistema di welfare locale.

Per quanto attiene ai servizi è importante che ogni Ambito Territoriale possa leggere il proprio grado di omogeneità/eterogeneità relativamente a:

- l'**offerta** di servizi e interventi sociali
- i criteri per l'**accesso** ai servizi
- le regole che definiscono la **compartecipazione** al costo dei servizi da parte dei cittadini

Per quanto attiene alle risorse finanziarie e alla loro gestione, il territorio della provincia di Varese ha già sviluppato esperienze di **gestione associata** dei servizi e delle risorse nei singoli ambiti territoriali.

Tuttavia la gestione associata ed integrata delle risorse è limitata solo ad alcuni servizi ed interventi e ciò comporta una frammentazione del sistema di offerta.

La nuova programmazione zonale dovrà essere orientata ad una definizione il più possibile puntuale dei livelli di integrazione delle risorse all'interno di ogni singolo Ambito Territoriale esplicitando in quale settore di intervento è prioritario una gestione comune dei finanziamenti.

LA DEFINIZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE LOCALE:

IL PIANO DI ZONA

La *Cabina di Regia* definisce una parte condivisa tra ASL e Ambiti Territoriali dei Comuni associati in cui siano sviluppati i seguenti aspetti:

1. Analisi dei bisogni, delle risposte, dei soggetti e dei network attivi sul territorio effettuata entro un perimetro di conoscenza sovra distrettuale, coincidente con il territorio dell'ASL;
2. Individuazione di obiettivi e azioni condivise per la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria.

ACCORDO DI PROGRAMMA

La l.r. n.3/08 prevedendo che l'Accordo di Programma sia sottoscritto dai Comuni e dall'ASL, assegna a questi enti non solo la responsabilità circa l'attuazione delle azioni previste nel Piano di Zona, ma fornisce loro lo strumento regolatore di diversi rapporti di collaborazione, anche nell'ambito sociosanitario.

L'Accordo di Programma è sottoscritto da tutti i Sindaci dei Comuni dell'Ambito Territoriale e dall'ASL .

I soggetti del Terzo Settore, che collaborano all'elaborazione del documento, possono aderire all'Accordo di Programma.

Le fasi di approvazione del Piano di Zona -
triennio 2015-2017 - e della sottoscrizione del
relativo Accordo di Programma dovranno essere
concluse entro il **30 aprile 2015**

LE MALATTIE CRONICHE ANNO 2013

Circa il 50% della spesa per patologie è risultato essere a carico di tre patologie croniche:

212.390.176 euro pari al 22,6% per cardiopatie
90.894.395 euro pari al 9,7% per diabete
174.349.430 euro pari al 18,6% per neoplasie

TREND 2009-2013

Si è registrato un incremento di spesa annuale pari a
+0,2% per cardiopatie
+3,1% per diabete
+3,0% per neoplasie

MEDICINA DI RETE

- **65** forme associative di Medicina di Rete
- **276 MAP e 14 PDF**
- **394.037** assistiti

Ogni realtà comprende una media di 4,5 medici

- Dislocazione capillare sul territorio del Distretto;
- I Medici sono reciprocamente collegati attraverso sistemi informatici per la gestione della scheda sanitaria individuale degli assistiti della Rete;
- Ogni Medico può interagire con i centri di prenotazione, ricevere referti dalle Aziende Ospedaliere;
- Ciascun Medico della Rete si impegna a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della Rete.

MEDICINA DI GRUPPO

- **29** forme associative di Medicina di Gruppo
- **122 MAP e 17 PDF**
- **184.193** assistiti

Oltre ai supporti informatici per lo svolgimento dell'attività descritte nella Medicina di Rete, dispongono di una sede unica, con personale infermieristico e/o amministrativo comuni

MEDICINA DI ASSOCIAZIONE

10 forme associative:

55 PDF

50.194 assistiti

Si caratterizza per una distribuzione sul territorio, senza vincolo a sede unica ma coerenti con l'articolazione territoriale del Distretto e per la condivisione di linee guida diagnostico-terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza

LEGGE 189/12

La nuova organizzazione dei Servizi Territoriali di assistenza primaria dovrà garantire:

- l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana (h24)
- un'offerta integrata delle prestazioni di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, continuità assistenziale (ex guardia medica), medicina dei servizi, specialisti ambulatoriali

ATTRAVERSO

Forme organizzative monoprofessionali- AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali)

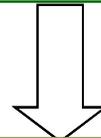
Forme organizzative multiprofessionali – UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie)

Accordi integrativi regionali

AFT – AZIONI 2015

ASL entro il 30.6.2015 individueranno le AFT sulla base dei seguenti criteri:

- Riferimento all'ambito di scelta e comunque intradistrettuale
- Dimensione coerente con le condizioni oro-geografiche del territorio :
Minimo di 15.000 assistiti – circa 10 medici nelle aree scarsamente abitate
Massimo 60.000 assistiti – 40 medici nelle aree a elevata densità abitativa
- Individuazione di una sede di riferimento



Invio delle proposte condivise in Comitato Aziendale alla DG Salute

Entro il 31.7.2015 confronto con le OO.SS. Regionali per la verifica dei risultati e la definizione dei passaggi successivi in sinergia con lo stato di avanzamento dell'ACN



I POSTI LETTO IN PROVINCIA – RETE AL 31.08.2014

atto di intesa stato regioni e DGR 2989/2014

POSTI LETTO PER ACUTI + RIABILITATIVI: 3,7 X 1000 ABITANTI

(di cui 0,7 x 1000 riabilitativi e di lungodegenza post acuzie)

ANNO 2013 in Provincia di Varese

	A contratto	Effettivi anno 2013	Effettivi (come segnalato dalle aziende al 31.08.2014)
Posti letto per acuti	4,1 x 1000 abitanti	3,00 x 1000 abitanti	2,90 x 1000 abitanti
Posti letto riabilitativi	0,85 x 1000 abitanti	0,65 x 1000 abitanti	0,65 x 1000 abitanti
Totale	4,95 x 1000 abitanti	3,65 x 1000 abitanti	3,55 x 1000 abitanti

POSTI TECNICI SUBACUTI

Attività al 30.11.2014



AREA	n. Posti tecnici a contratto SSR	SATURAZIONE
NORD	69	74,5%
CENTRO	16	64,7%
SUD	#	#

IL MODELLO SPERIMENTALE POT SOMMA LOMBARDO

COSA SERVE PER LA GESTIONE DELLA CRONICITÀ?

- ✓ Connessione dei percorsi di cura
- ✓ Sostenibilità
- ✓ Diversa cultura
- ✓ Diverse competenze
- ✓ Diversi strumenti

La risposta al bisogno del paziente cronico non è solo di tipo **STRUTTURALE**, ma **ORGANIZZATIVA**

Serve un modello in grado di **governare il percorso** del paziente (governo clinico)..

...mettendo in **connessione (e coordinando)** tra loro diverse strutture e figure professionali

POT SOMMA LOMBARDO

Distretto di Somma Lombardo

(Comuni di Somma Lombardo, Vizzola Ticino e Golasecca)

Popolazione coinvolta: 21.006 abitanti

TARGET DELLA SPERIMENTAZIONE

Pazienti cronici complessi (CC), caratterizzati da un costo annuo elevato:

816 soggetti CC che, nella maggior parte dei casi, presentano 2 o più patologie croniche

(BRONCOPATICI – DIABETICI – CARDIOPATICI)

POT SOMMA LOMBARDO CENTRO OPERATIVO

- **Finalizzato a coordinare operazioni e processi atti a garantire assistenza e servizi di cui il paziente necessita**
- **Presenza di un Medico Coordinatore per i rapporti con il Distretto di riferimento e il Dipartimento delle Cure Primarie dell'ASL**
- **Monitoraggio degli obiettivi stabiliti**
- **Presenza di personale infermieristico che assumerà il compito di Case Manager dei pazienti presi in carico**