

Serie Ordinaria n. 28 - Martedì 08 luglio 2014

## C) GIUNTA REGIONALE E ASSESSORI

**d.g.r. 1 luglio 2014 - n. X/2022**
**Deferimenti in ordine all'evoluzione delle attività innovative ai sensi delle dd.g.r. 3239/2012 e 499/2013. Fase transitoria**

### LA GIUNTA REGIONALE

Vista la seguente normativa regionale:

- la legge regionale statutaria 30 agosto 2008, n. 1 «Statuto d'Autonomia della Lombardia» ed in particolare l'art. 2, comma 4, lett. b);
- l.r. 6 dicembre 1999, n. 23 «Politiche regionali per la famiglia» che dispone il perseguimento, da parte della Regione, della tutela della salute dell'individuo nell'ambito familiare ed il benessere di tutti i componenti della famiglia, con particolare riguardo alle situazioni che possono incidere negativamente sull'equilibrio fisico e psichico di ciascun soggetto;
- l.r. 12 marzo 2008, n. 3 «Governare della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio sanitario» ed in particolare gli artt. 1 e 2 che individuano, tra i principi di governo della rete, quello della libertà di scelta, della personalizzazione delle prestazioni ai fini di una effettiva e globale presa in carico della persona e della promozione degli interventi a favore dei soggetti in difficoltà;
- l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 «Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità»;

Richiamati i seguenti atti di programmazione regionale:

- d.c.r. 17 novembre 2010, n. 88 «Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014» che:
  - al capitolo «La rete dei servizi sociosanitari e territoriali», richiama la necessità dell'approccio multidisciplinare per la tutela dei bisogni complessi delle persone fragili al fine di promuovere risposte orientate alla presa in carico complessiva della persona e della sua famiglia e individua tra le azioni prioritarie quella di favorire la permanenza delle persone fragili nel proprio ambiente di vita;
  - al capitolo «Integrazione Ospedale Territorio» richiama la necessità di uno stretto collegamento tra sistema sanitario, socio sanitario e sociale, atta a garantire una continuità ed una semplificazione dei processi di accesso all'assistenza;
- d.c.r. 9 luglio 2013, n. 78 «Programma regionale di sviluppo della X Legislatura» (PRS) che richiama la necessità di una rinnovata attenzione alle modalità di sostegno alla famiglia, del suo ruolo sociale e ai diversi bisogni dei suoi componenti, soprattutto in presenza di particolari situazioni di disabilità o non autosufficienza che impegnano le famiglie in modo considerevole sia dal punto di vista delle cure sia da quello economico;
- d.g.r. 20 dicembre 2013, n. 1185 «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014 (di concerto con l'Assessore Cantù)» ed in particolare l'allegato che nel paragrafo «azioni innovative» definisce per ogni area sperimentale i criteri generali per il proseguimento delle attività nelle more della stabilizzazione dei progetti;
- d.g.r. 14 maggio 2013, n. 116 «Determinazioni in ordine all'istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: atto di indirizzo» che prevede di tutelare il benessere di tutti i componenti della famiglia, agevolando e sostenendo armoniose relazioni familiari, pur in presenza di problematiche complesse derivanti da fragilità, ed individua, tra i destinatari prioritari degli interventi, persone con gravi e gravissime disabilità e persone anziane fragili e non autosufficienti, persone affette da ludopatia e persone vittime di violenza con particolare riferimento ai minori e alle donne;
- d.g.r. 15 dicembre 2010, n. 983 di adozione del Piano d'Azione Regionale per le politiche in favore delle persone con disabilità 2010/2020 che individua, tra gli obiettivi generali da perseguire nell'area della salute e dell'assistenza, quello relativo al sostegno alla famiglia nell'accoglienza e nella cura;
- d.g.r. 25 ottobre 2012, n. 4225 «Adozione del piano di azione regionale per le dipendenze» che richiama l'attenzione sul modificarsi dei comportamenti legati al consumo, abuso, dipendenza, anche senza sostanze che originano

domande di aiuto e di presa in carico rispetto alle quali l'attuale sistema di intervento necessita un adeguamento;

Richiamati i seguenti provvedimenti regionali:

- d.g.r. 4 aprile 2012, n. 3238 «Sperimentazione residenzialità leggera in attuazione del PSSR 2010-2014» che, in considerazione della specifica e particolare storia di vita e comunitaria di religiosi e religiose, rende spesso difficoltosa una loro adeguata collocazione presso le residenze sanitarie assistenziali (RSA) presenti sul territorio, ha determinato di procedere ad una sperimentazione presso alcuni istituti religiosi lombardi, per una prima traduzione operativa degli obiettivi di riforma del sistema di interventi a sostegno della domiciliarità;
- d.g.r. 4 aprile 2012, n. 3239 «Linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di welfare» che ha definito le linee di indirizzo per sperimentare nuovi modelli gestionali di miglioramento e sviluppo della rete delle unità d'offerta, individuando gli ambiti privilegiati di sperimentazione: riabilitazione ambulatoriale e diurna territoriale extra ospedaliera per minori disabili, dipendenze, fragilità e non autosufficienza, consultori;
- d.g.r. 25 luglio 2013, n. 499 «Determinazioni in ordine alle sperimentazioni realizzate ai sensi della d.g.r. 4 aprile 2012, n. 3239 - Linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di Welfare - : indicazioni a conclusione del periodo sperimentale» che oltre ad individuare le azioni migliorative delle attività ex d.g.r. n. 3239/2012 ha determinato l'allineamento alla stessa delibera, per ogni effetto modificativo o integrativo, delle azioni sperimentali autorizzate (da Regione o ASL) in quanto coerenti con la d.g.r. 3239/2012 e che garantiscono risposte a persone non accolte o accolte solo parzialmente dall'attuale rete d'offerta sociosanitaria;
- d.g.r. 24 aprile 2013, n. 63 «Definizione degli obiettivi aziendali di interesse regionale dei direttori generali delle aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere e AREU per l'anno 2013, nonché delle modalità di valutazione del loro raggiungimento» che, per l'area sociosanitaria, ha previsto tra gli obiettivi dei Direttori Generali, anche azioni innovative rivolte alle persone fragili, coerenti con le aree sperimentali ex d.g.r. 3239/2012;
- d.g.r. 12 luglio 2013, n. 392 «Attivazione di interventi a sostegno delle famiglie con la presenza di persone con disabilità, con particolare riguardo ai disturbi pervasivi dello sviluppo e dello spettro autistico» che, nella cornice strategica delineata dalla citata d.g.r. n.116/2013, prevede l'attivazione della funzione di case management per sostenere le persone con disabilità nell'accesso ai servizi;
- d.g.r. 27 settembre 2013, n. 740 «Approvazione del programma operativo regionale in materia di gravi e gravissime disabilità di cui al fondo nazionale per le non autosufficienti anno 2013 e alla d.g.r. 2 agosto 2013, n. 590. Determinazioni conseguenti» che destina risorse per l'integrazione dei servizi sociali e socio sanitari modellati sui bisogni e sui percorsi delle persone con disabilità grave e gravissima e persone anziane non autosufficienti, in un'ottica di budget di cura;
- d.g.r. 25 ottobre 2013, n. 856 «Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della d.g.r. 116/2013: primo provvedimento attuativo»;

Dato atto che:

- la fase sperimentale ex d.g.r. 3239/2012 si è chiusa al 31 luglio 2013 e che con d.g.r. 499/2013 è stata avviata una fase migliorativa volta a rafforzare le buone prassi realizzate e ad intraprendere azioni di correzione migliorativa delle eventuali criticità riscontrate;
- la fase migliorativa si è chiusa il 31 gennaio 2014 e gli esiti sono stati illustrati agli enti gestori dei progetti in incontri per area tematica;
- la d.g.r. n. 1185/2013 «Determinazione delle regole per il servizio sociosanitario per il 2014» ha definito per ogni area sperimentale, i criteri generali per il proseguimento delle attività fino alla loro eventuale sistematizzazione ;
- la sperimentazione condotta ai sensi della d.g.r. 3238/2012 è proseguita in completa coerenza con quanto determinato dalle dd.g.r. sopra richiamate;

Ritenuto pertanto di dare conto, per ogni area sperimentale, degli esiti delle azioni migliorative delle singole aree progettuali, come analiticamente riportato nell'allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Ritenuto altresì di considerare le azioni sperimentali di cui alla d.g.r. 3238/2012 pienamente rispondenti al piano programmatico del presente atto;

Valutato, anche alla luce degli esiti delle azioni innovative, di definire le modalità di gestione della fase transitoria ed i criteri generali per procedere alla stabilizzazione dei progetti salvaguardando gli attuali volumi di attività sostenuti con finanziamento regionale nei diversi ambiti progettuali;

Valutato altresì che il percorso propedeutico alla stabilizzazione delle azioni innovative debba svilupparsi secondo i seguenti assi portanti:

- Unità d'offerta da mettere a sistema secondo propri requisiti specifici;
- Misure che offrono risposte innovative ai bisogni emergenti delle famiglie fragili, secondo il modello disegnato dalla d.g.r. 116/2013, che contribuiscono a costruire il secondo pilastro del welfare lombardo;
- Interventi di inclusione sociale caratterizzati da elevato livello di integrazione tra gli attori del sistema sociosanitario e del sistema sociale, per i quali verrà definito un percorso specifico nell'ambito della programmazione comunitaria 2014-2020;
- Funzioni ad alta integrazione socio sanitaria di supporto alla famiglia e modalità d'intervento ad alta integrazione sociale che possono essere realizzate attraverso convenzioni anche con il volontariato/associazionismo;

Ritenuto altresì, come analiticamente riportato nell'allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, di individuare:

- le modalità di stabilizzazione dei diversi ambiti progettuali e le linee generali del percorso che porterà alla stabilizzazione delle azioni innovative secondo le direttrici più sopra individuate;
- le modalità di gestione della fase transitoria;
- le assegnazioni per la gestione della fase transitoria (luglio 2014-marzo 2015) onde poter garantire la continuità della presa in carico;

Ritenuto, nelle more dei provvedimenti di stabilizzazione delle unità d'offerta, delle misure e degli interventi, di garantire la continuità delle attività intraprese con le azioni progettuali fino al 31 marzo 2015;

Dato atto che le risorse necessarie a garantire la continuità delle attività fino al 31 marzo 2015 ammontano ad € 24.205.586;

Stabilito che i costi per gli interventi previsti dal presente provvedimento sono sostenuti a carico delle risorse già disponibili presso i bilanci delle ASL relativamente agli esercizi economico finanziari precedenti il 2014, in ragione della rispettiva capienza e dell'ordine cronologico dei provvedimenti di rispettiva assegnazione adottati con dd.g.r. nn. 4749/2007, 7282/2008 e 9449/2009 e ddg nn. 3984/2010, 4479/2011, 4562/2012, 4439/2013 e 4583/2014;

Ritenuto di approvare il riparto alle ASL delle assegnazioni declinandolo per area progettuale, come analiticamente riportato nell'allegato B), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Stabilito che le ASL comunichino alla Direzione Generale competente, l'imputazione analitica ai singoli esercizi economico finanziari precedenti il 2014 degli utilizzi dalle stesse finalizzati alla copertura dell'assegnazione definita con il presente atto, mediante apposito schema che verrà predisposto dalla Direzione Generale competente;

Ritenuto di dare mandato alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà sociale e Volontariato per la puntuale applicazione di quanto disposto con il presente provvedimento ed i relativi allegati, per quanto qui non precisato;

Richiamate la l.r. 20/08 e le dd.g.r. relative all'aspetto organizzativo della Giunta regionale;

Ritenuto di disporre la pubblicazione del presente atto sul BURL, sul sito della Direzione Generale Famiglia, Solidarietà sociale e Volontariato e di darne comunicazione alle ASL ed ai Comuni;

Vagliate e fatte proprie le suddette motivazioni;

All'unanimità dei voti espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

per quanto in premessa esplicitato:

1. di approvare il percorso propedeutico alla stabilizzazione delle azioni innovative che si svilupperà secondo gli assi portanti:

- a) Unità d'offerta da mettere a sistema secondo propri requisiti specifici;
- b) Misure che offrono risposte innovative ai bisogni emergenti delle famiglie fragili, secondo il modello disegnato dalla d.g.r. 116/2013, che contribuiscono a costruire il secondo pilastro del welfare lombardo;
- c) Interventi di inclusione sociale caratterizzati da elevato livello di integrazione tra gli attori del sistema sociosanitario e del sistema sociale, per i quali verrà definito un percorso specifico nell'ambito della programmazione comunitaria 2014-2020;
- d) Funzioni ad alta integrazione socio sanitaria e modalità d'intervento ad alta integrazione sociale, di supporto alle famiglie fragili, che possono essere realizzate attraverso convenzioni anche con il volontariato/associazionismo;

2. di approvare l'allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento che, oltre a dar conto degli esiti delle azioni migliorative delle singole aree progettuali, individua:

- le linee generali del percorso che porterà alla stabilizzazione dei diversi ambiti progettuali;
- le modalità di gestione della fase transitoria;
- le assegnazioni per la gestione della fase transitoria (luglio 2014-marzo 2015) onde poter garantire la continuità della presa in carico;

3. di stabilire che i costi, per gli interventi previsti dal presente provvedimento, pari a complessivi € 24.205.586,00 sono sostenuti a carico delle risorse già disponibili presso i bilanci delle ASL relativamente agli esercizi economico finanziari precedenti il 2014, in ragione della rispettiva capienza e dell'ordine cronologico dei provvedimenti di rispettiva assegnazione adottati con dd.g.r. nn. 4749/2007, 7282/2008 e 9449/2009 e ddg nn. 3984/2010, 4479/2011, 4562/2012, 4439/2013 e 4583/2014;

4. di approvare il riparto alle ASL delle assegnazioni declinandolo per area progettuale, come riportato nell'allegato B), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

5. di stabilire che le ASL comunichino alla Direzione Generale competente, l'imputazione analitica ai singoli esercizi economico finanziari precedenti il 2014 degli utilizzi dalle stesse finalizzati alla copertura dell'assegnazione definita con il presente atto, mediante apposito schema che verrà predisposto dalla Direzione Generale competente;

6. di dare mandato alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà sociale e Volontariato per la puntuale applicazione di quanto disposto con il presente provvedimento ed i relativi allegati, per quanto qui non precisato;

7. di disporre la pubblicazione del presente atto sul BURL e sul sito della Direzione Generale Famiglia, Solidarietà sociale e Volontariato, nonché la pubblicazione ai sensi del d.lgs. 33/2013 artt. 26 e 27, quale adempimento in tema di trasparenza e pubblicità.

Il segretario: Marco Pilloni

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

## Premessa

Con questo provvedimento si chiude la fase sperimentale delle azioni innovative avviate nel 2012 con la d.g.r. n. 3239/2012 e proseguite nella fase migliorativa ai sensi della d.g.r. n. 499/2013, nonché delle altre azioni sperimentali, debitamente autorizzate dalla Regione, che, ai sensi della d.g.r. n. 499/2013, sono state allineate alle sperimentazioni ex d.g.r. n. 3239/2012 per ogni effetto modificativo o integrativo, in quanto sono coerenti con la stessa e garantiscono risposte a persone non accolte o accolte solo parzialmente dall'attuale rete d'offerta sociosanitaria.

Le azioni innovative ex d.g.r. n. 3239/2012, nella fase sperimentale, hanno riguardato:

1. la Riabilitazione ambulatoriale e diurna territoriale extraospedaliera per minori disabili
2. l'Area delle dipendenze negli ambiti: cronicità, adolescenti, prevenzione selettiva e riduzione del rischio e nuove forme d'abuso/dipendenze
3. l'Assistenza post acuta
4. la Residenzialità leggera
5. la Residenzialità per minori con gravissime disabilità
6. I Consulenti

In queste aree sono stati complessivamente sostenuti n. 188 progetti. La fase sperimentale si è chiusa al 31 luglio 2013. Successivamente, a seguito della d.g.r. 499/2013 è stata avviata una fase migliorativa volta, da un lato a rafforzare le buone prassi realizzate, e dall'altro ad intraprendere azioni di correzione migliorativa delle eventuali criticità riscontrate. A questa fase hanno aderito n. 176 progetti.

La fase migliorativa delle azioni innovative si è chiusa il 31 gennaio 2014 ma, come previsto dalla d.g.r. n. 1185/2013, le attività continuano fino alla loro sistematizzazione secondo gli specifici provvedimenti di area che saranno assunti entro il 31.12.2014.

Gli esiti delle attività migliorative sono stati illustrati agli enti gestori dei progetti in incontri, che si sono tenuti, per ogni area di progettualità, tra febbraio e maggio 2014.

Con d.g.r. 856/2013 (primo provvedimento attuativo della d.g.r. 116/2013 che ha istituito il fondo a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili) sono state determinate misure di sostegno alle famiglie con componenti fragili, che hanno incluso le aree sperimentali (ex d.g.r. 3239/2012 e 499/2013) "Residenzialità leggera", "Residenzialità per minori con gravissime disabilità" e "Presenza in carico ambulatoriale delle persone affette da gioco d'azzardo patologico". Tali misure sono erogabili mediante voucher che può essere utilizzato per l'acquisto di prestazioni presso l'ente gestore prescelto.

La d.g.r. n. 1185/2013, di determinazione delle regole per il servizio sociosanitario per il 2014 ha definito, per ogni area sperimentale, i criteri generali per il proseguimento delle attività nelle more della stabilizzazione dei progetti.

## 1. Gli assi portanti del percorso propeedeutico alla stabilizzazione

Il percorso di stabilizzazione, con l'adozione dei provvedimenti necessari, troverà compimento entro i primi mesi del 2015.

Il provvedimento:

- salvaguarderà gli attuali volumi di attività sostenuti con finanziamento regionale nei diversi ambiti progettuali;
- definirà le modalità di gestione della fase transitoria ed i criteri generali per procedere alla stabilizzazione secondo quattro direttrici fondamentali:
  - Unità d'offerta da mettere a sistema secondo propri requisiti specifici;
  - Misure che offrono risposte innovative ai bisogni emergenti delle famiglie fragili, secondo il modello disegnato dalla d.g.r. 116/2013, che contribuiscono a costruire il secondo pilastro del welfare lombardo;
  - Interventi di inclusione sociale caratterizzati da elevato livello di integrazione tra gli attori del sistema sociosanitario e del sistema sociale, per i quali verrà definito un percorso specifico nell'ambito della programmazione comunitaria 2014-2020;
  - Funzioni ad alta integrazione socio sanitaria e modalità d'intervento ad alta integrazione sociale, di supporto alle famiglie fragili, che possono essere realizzate attraverso convenzioni anche con il volontariato/associazionismo.

## 2. La struttura delle schede di area

Per ogni area sperimentale è stata predisposta un'apposita scheda che declina:

1. gli esiti delle azioni migliorative delle singole aree progettuali;
2. le modalità di stabilizzazione dei diversi ambiti progettuali e delle linee generali del percorso che porterà alla stabilizzazione secondo le direttrici più sopra individuate;
3. le modalità di gestione della fase transitoria;
4. le assegnazioni per la gestione della fase transitoria (luglio 2014-marzo 2015) onde poter garantire la continuità della presa in carico;
5. le altre sperimentazioni ricondotte alle aree tematiche ex 3239/2012 per ogni effetto modificativo ed integrativo.

### SCHEDE DI AREA

#### 1. Area Assistenza Post Acuta

La d.g.r. 1185/2013 ha determinato che, nell'ambito delle cure intermedie, si collocano oltre alle strutture residenziali di riabilitazione specialistica, generale e geriatrica e di mantenimento afferenti alla DG Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato, anche l'assistenza post acuta realizzata ai sensi della d.g.r. n. 3239/2012 e continuata con le azioni migliorative promosse dalla d.g.r. n. 499/2013. Ai fini della stabilizzazione pertanto si dovrà tener conto sia di quanto emerso dalle progettualità sperimentali, sia dall'analisi dei dati più significativi derivanti dal flusso regionale della riabilitazione (SDO FAM).

### Gli Esiti delle azioni migliorative

Nella fase migliorativa sono stati accolti 38 progetti di assistenza post acuta nelle strutture residenziali che hanno partecipato a questa fase, si tratta di 2.208 persone fragili (41%, con 2/4 comorbidità e 31% con 4/8 comorbidità); 1545 persone, pari al 70% del totale, sono prevalentemente anziani altamente fragili e con criticità di carattere assistenziale (assenza di caregiver, necessità di accompagnamento da parte della rete dei servizi sociali ecc.).

I bisogni intercettati sono essenzialmente:

- necessità di un ulteriore periodo di continuità delle cure, precedente il rientro al domicilio o l'accoglienza in riabilitazione;
- necessità di accompagnare la persona, alla fine del periodo post acuto, o verso il ricovero in RSA, o al rientro a casa, attivando la rete territoriale dei servizi di supporto e addestrando la famiglia/caregiver.

Dal punto di vista delle professionalità coinvolte, le figure professionali cardine della fase migliorativa sono il medico, l'infermiere, il fisioterapista e l'OSS, presenti nella quasi totalità dei progetti. L'OSS è anche l'operatore che dedica più tempo per l'assistenza alla persona con 764 minuti settimanali medi di attività.

In 16 progetti sono inoltre presenti l'assistente sociale e l'educatore ed in 14 è presente lo psicologo.

Tra i 38 progetti che hanno partecipato alla fase migliorativa ve ne sono 2 che dedicano alla persona meno di 900 minuti settimanali e 8 che vi dedicano più di 1600 minuti la settimana, tutti gli altri (28) dedicano alle persone almeno 1232 minuti settimanali di assistenza.

Per quanto riguarda i due progetti relativi all'assistenza post acuta domiciliare, uno ha preso in carico 123 persone, con età media di circa 82 anni. Sono state dimesse 90 persone, il 30% ha superato le condizioni di criticità tornando nelle condizioni precedenti il ricovero; il 32% è stato inserito in ADI ed infine il 20% ha proseguito l'assistenza all'interno di RSA o Istituto di Riabilitazione. I programmi di assistenza individualizzati sono stati predisposti in collaborazione con i reparti ospedalieri e, per l'86% delle persone in carico, hanno richiesto interventi pluriprofessionali (assistenza infermieristica, fisioterapia, OSS). La durata media del PAI è stata di circa 48 giorni. Agli assistiti è stata garantita anche l'esecuzione strumentale degli esami e sono stati attivati medici specialisti in funzione dei bisogni della persona. L'ente gestore inoltre, condivide la cartella clinica informatizzata con ASL, Ente ospedaliero e MMG; garantisce la formazione del care giver, e, se del caso, l'attivazione dell'assistenza domiciliare del Comune o del volontariato. Sono state adottate tre tariffe diverse in funzione di altrettanti livelli d'intensità.

L'altro progetto ha sperimentato un modello innovativo di cure palliative domiciliari realizzando una Rete coordinata a livello locale attraverso l'integrazione tra gli attori coinvolti nell'assistenza al fine di garantire un percorso assistenziale caratterizzato da continuità, flessibilità e coerenza dell'intensità delle cure con i bisogni del malato e della famiglia. Il progetto ha, tra l'altro, sperimentato:

- Assistenza Domiciliare Integrata -Cure Palliative su due livelli d'intensità assistenziale, ha preso in carico 223 persone (93% oncologici, anche se l'ambulatorio era aperto anche all'accoglienza di malati non oncologici) cui sono stati attribuiti due profili (alta intensità o bassa intensità). Il case mix di figure professionali prevalente è stato quello del medico e dell'infermiere; fisioterapista e Oss sono stati più frequenti nel solo livello ad alta intensità.
- Ambulatorio di Cure Palliative presso i due Ospedali del territorio: l'apertura degli ambulatori presso gli ospedali era finalizzata a favorire la consulenza di cure palliative presso i reparti di degenza, garantendo al contempo la presa in carico precoce della persona. Sono state effettuate 354 valutazioni di consulenza, riguardanti sia pazienti ricoverati, sia pazienti in carico al DH oncologico.

### La distribuzione dei progetti nelle ASL

Sul territorio delle ASL di CR, Lodi, MI2 non sono presenti progetti; nelle ASL di LC, MN, e VCM è presente un solo progetto mentre vi sono da 2 a 4 progetti nelle ASL di BS, CO, MB, PV e SO e oltre 6 progetti nei territori delle ASL di VA, MI e BG.

Nel territorio delle ASL MI1 e Milano città sono attivi anche due progetti realizzati non in ambito residenziale ma direttamente al domicilio.

### La Sintesi del flusso dei dati ex riabilitazione

I dati in possesso della Direzione provenienti dal flusso "RETE UDO ASSI" evidenziano che la Lombardia dispone di 2868 posti di cure intermedie di cui 431 ex riabilitazione residenziale specialistica, 1616 di generale e geriatrica e 821 posti di mantenimento, che complessivamente determinano un indice di dotazione pari a 1,42 posti per 1000 abitanti.

In questo quadro, vi sono territori privi di posti residenziali di cure intermedie ex riabilitazione (ASL di MB, VCM e SO), territori con un indice di dotazione al di sotto della media regionale (ASL BG, BS, CO, LC, LO e VA) e territori già sovradotati rispetto alla media regionale corrispondente, come detto più sopra, all'1,42 per 1000 abitanti. (CR, MN, MI, MI1, MI2 e PV).

Dall'analisi delle schede SDO del 2012 emerge che le strutture di ex riabilitazione sono caratterizzate da una saturazione dei posti di degenza ordinaria in generale superiore al 90%.

Rispetto alla casistica trattata nelle 3 tipologie di ex riabilitazione è stato osservato, che in termini di età media dei pazienti, non si evidenziano differenze significative. In termini di tipologia di utenti è emerso che la ex riabilitazione specialistica si è orientata alla gestione di casi complessi (si riscontra rispetto alle altre una maggiore presenza di casi neurologici, esiti di ictus), con accessi provenienti prevalentemente dall'ospedale (70%). Gli utenti della ex riabilitazione generale e geriatrica e di mantenimento hanno trattato patologie molto simili, con netta prevalenza di quelle di natura muscolo scheletrica. L'analisi ha evidenziato che gli utenti dell'area ex generale e geriatrica provengono per il 44% dall'ospedale e per il 33% sono inviati dal MMG. Per l'area di ex mantenimento è stato osservato come il 28% dei pazienti provengano da altro regime o da altra tipologia di ricovero all'interno della stessa struttura.

Gli utenti delle tre aree della riabilitazione presentano, nella maggior parte dei casi, una dimissione di tipo ordinario al domicilio del paziente. Si nota come per le aree generale e geriatrica e di mantenimento, la quota di utenti che prolungano la degenza per un periodo superiore al trimestre è rilevante (più del 30%), mentre per gli utenti della ex riabilitazione specialistica si osserva inoltre che meno del 10% prolunga la degenza oltre il trimestre e il 35% dei pazienti viene trasferito ad altro regime o tipologia di ricovero all'interno dello stesso istituto.

### Le Modalità di stabilizzazione

L'assistenza post acuta, secondo gli assi direzionali più sopra esposti, sarà stabilizzata nell'ambito delle nuove unità d'offerta (ASSE 1) da accreditare con propri requisiti gestionali, strutturali ed organizzativi.

Sulla base dell'analisi dei dati si definiranno l'organizzazione delle cure intermedie i livelli d'intensità delle prestazioni, gli indici di fabbisogno.

La definizione dei posti letto che confluiranno nei livelli di intensità assistenziale sarà rivista a seguito dell'analisi delle schede SDO per struttura riferite all'anno 2013, tramite l'analisi della tipologia di utenti accolti.

## Serie Ordinaria n. 28 - Martedì 08 Luglio 2014

Le due azioni innovative di assistenza post acuta domiciliare saranno stabilizzate nell'ambito dell'Assistenza domiciliare integrata, con apposito provvedimento che introdurrà un ulteriore profilo assistenziale dedicato e che sarà sottoposto ad approvazione della Giunta Regionale.

**La Fase Transitoria**

In fase transitoria, nelle more della stabilizzazione della misura, si garantisce il mantenimento degli attuali volumi di attività erogando, ai gestori delle azioni innovative, un budget di risorse, nell'ambito di quelle già nella disponibilità dei bilanci delle ASL relativamente agli esercizi precedenti il 2014. La Direzione Generale competente, in caso di specifiche e particolari situazioni attentamente valutate dalle ASL, potrà autorizzare un eventuale ulteriore utilizzo di tali risorse. Sarà infine cura della medesima Direzione Generale procedere, per il tramite delle ASL, alla ridefinizione dei termini convenzionali riguardanti le progettualità in essere e ciò sulla base di specifiche verifiche di congruità del rapporto tra tariffa applicata e standard gestionali garantiti.

**Le risorse**

Il volume complessivo delle risorse destinato a garantire l'attuazione del presente documento è pari a euro 12.506.587,00.

I budget di risorse per i progetti sono calcolati mediante la proiezione su 9 mesi di funzionamento (Luglio 2014 - Marzo 2015) del valore mensile dell'ultimo budget autorizzato.

Ai fini dell'attuazione di quanto sopra definito le ASL sono autorizzate all'utilizzo delle risorse già disponibili nei loro bilanci relativamente agli esercizi economico finanziari precedenti il 2014, in ragione della rispettiva capienza e dell'ordine cronologico dei provvedimenti di relativa assegnazione e precisamente nell'ambito delle assegnazioni disposte dalle dd.g.r. nn. 4749/2007, 7282/2008 e 9449/2009, dal d.d.g. n. 3984/2010 e dai dd.d.g. nn. 4479/2011, 4562/2012 e 4439/2013.

Le ASL sono tenute a comunicare alla Direzione Generale competente, l'imputazione analitica, ai singoli esercizi economico finanziari precedenti il 2014, degli utilizzi dalle stesse finalizzati alla copertura dell'assegnazione definita con il presente atto, mediante apposito schema che verrà predisposto dalla Direzione Generale competente.

**Le altre sperimentazioni**

Sul territorio dell'ASL Milano 1 è stata avviata con decreto 9801/2011 una sperimentazione riguardante l'erogazione di prestazioni residenziali in RSA a favore di soggetti fragili e diretta a garantire una presa in carico caratterizzata da modelli di intensità assistenziale differenziata e per post acuti, riconducibile all'area dell'Assistenza post acuta e al relativo percorso di stabilizzazione, in attuazione della d.g.r. n. 499/2013 nella parte in cui prevede l'allineamento di tutte le altre sperimentazioni già debitamente autorizzate in coerenza a quanto già avviato ai sensi della d.g.r. n. 3239/2012. A questa sperimentazione si applica il sistema di rendicontazione e controllo già definito per le azioni innovative di assistenza post acuta.

**2. Area Riabilitazione minori disabili**

La d.g.r. n. 1185/2013 ha determinato che le unità d'offerta di riabilitazione rivolte all'età evolutiva nel corso del 2014 saranno sottoposte a riordino congiunto da parte della Direzione Generale Salute e della Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato. Le azioni innovative realizzate ai sensi delle d.g.r. nn. 3239/2012 e 499/2013, potranno essere stabilizzate solo alla conclusione del processo di riordino.

**Esiti azioni migliorative**

Il target dei destinatari è costituito da minori con patologie ad alto impatto sociale, difficoltà di apprendimento, disturbi del comportamento e dello sviluppo, disturbi del linguaggio e dell'attenzione ecc. Generalmente le problematiche non sono mai di un solo tipo ma mettono in evidenza la copresenza di disturbi diversi.

Con riguardo all'età dei bambini:

- 23 progetti accolgono minori di tutte le fasce d'età (0-18)
- 8 progetti accolgono specifici target che generalmente interessano la fascia dell'obbligo scolastico, con alcune differenze riguardanti l'accoglienza o meno di bambini anche molto piccoli (3 progetti hanno accolto i minori a partire dai due anni, 2 progetti a partire dai tre anni)

I minori presi in carico provengono in gran parte dalle liste d'attesa della NPI, pertanto, la presa in carico nell'azione progettuale, contribuisce alla riduzione della lista d'attesa della neuropsichiatria.

I bisogni intercettati sono sia di accoglienza educativo abilitativa, sia riabilitativa infatti, le evidenze relative alla presa in carico dei minori emerse dall'analisi progettuale, ascrivono i progetti a due specifiche categorie di presa in carico, o prevalentemente riabilitativa o prevalentemente educativo abilitativa.

In relazione alla presa in carico riabilitativa, le azioni progettuali si concretizzano in trattamenti di tipo ambulatoriale di diversa intensità e durata ma che sono anche accompagnati da addestramento delle famiglie e spesso anche da azioni di tipo educativo (20 progetti).

In relazione al bisogno di intervento abilitativo, esse offrono una risposta diurna che generalmente si inserisce e si integra con i percorsi scolastici prevedendo quindi una forte sinergia con la scuola ed un intervento, non sporadico, di addestramento e collaborazione con le famiglie (11 progetti).

Tutti i progetti dedicano mediamente da una a due ore settimanali all'addestramento delle famiglie, in cui spesso sono coinvolte anche altre figure della rete parentale (fratelli, nonni ecc.) così come assistenti personali, baby sitter ecc.

Per 11 progetti le ore settimanali mediamente dedicate ai bambini sono 3, altri 10 progetti dedicano da almeno 7 ore a più di 10 ore settimanali e i restanti progetti tra 3 e 6 ore la settimana.

Le figure professionali generalmente presenti nella maggioranza dei progetti sono l'educatore, il riabilitatore e lo psicologo. Vi sono poi altre figure professionali, magari poco diffuse o presenti per un tempo limitato, che comunque collaborano alla realizzazione del progetto.

La figura professionale maggiormente diffusa è l'educatore (solo 6 progetti ne sono privi) che, per 15 progetti, inoltre, è l'operatore che dedica più tempo alle attività con i bambini; in 20 progetti è presente lo psicologo, in una decina è prevalente il riabilitatore; in 7 progetti è presente anche il pedagogo.

Con riferimento alle altre figure professionali presenti per un tempo limitato o solo per una minoranza dei progetti, si segnalano, tra le

figure sanitarie il neuropsichiatra infantile, lo psichiatra, il fisiatra e l'infermiere; tra le figure socio sanitarie o sociali l'assistente sociale, l'animatore, l'ASA/OSS, il terapeuta occupazionale, il counselor, il musicoterapeuta.

Complessivamente i progetti a valenza prevalentemente sanitaria sono 7 e, in relazione alle figure professionali presenti, tutti gli altri, pur disponendo anche di operatori sanitari, sono comunque essenzialmente a valenza abilitativo educativa.

### La distribuzione dei progetti nelle ASL

Sul territorio dell'ASL di LC non è presente nessun progetto in questo ambito; nelle ASL di BG, CR, LO, SO e VCM è presente un solo progetto, mentre nelle restanti ASL sono presenti da 2 a 7 progetti.

Nel territorio dell'ASL di CR vi è anche un progetto rientrato nella d.g.r. 499/2013 coerente con gli ambiti di sperimentazione ex 3239/2012.

### Le Modalità di stabilizzazione

L'area della riabilitazione per minori con disabilità secondo gli assi direzionali esposti nel paragrafo 1 della Premessa, sarà stabilizzata con misura specifica, a seguito di valutazione del bisogno, predisposizione del progetto individuale e erogazione di voucher per l'acquisto di prestazioni presso l'unità d'offerta scelta dalla famiglia tra quelle che candidate. Il valore del voucher sarà definito nel provvedimento di stabilizzazione.

Le Unità d'offerta che si candideranno per la presa in carico dei minori disabili dovranno garantire anche l'accompagnamento e l'empowerment delle famiglie e dei diversi contesti socio educativi.

### La Fase Transitoria

In fase transitoria, nelle more della stabilizzazione della misura, si garantisce il mantenimento degli attuali volumi di attività erogando, ai gestori delle azioni innovative, un budget di risorse, nell'ambito di quelle già nella disponibilità dei bilanci delle ASL relativamente agli esercizi precedenti il 2014. La Direzione Generale competente, in caso di specifiche e particolari situazioni attentamente valutate dalle ASL, potrà autorizzare un eventuale ulteriore utilizzo di tali risorse.

### Le risorse

Il volume delle risorse complessivo destinato alle attività di questa azione è pari a euro 4.753.582,00.

I budget di risorse per i progetti sono calcolati mediante la proiezione su 9 mesi di funzionamento (Luglio 2014 - Marzo 2015) del valore mensile dell'ultimo budget autorizzato.

Ai fini dell'attuazione di quanto sopra definito le ASL sono autorizzate all'utilizzo delle risorse già disponibili nei loro bilanci relativamente agli esercizi economico finanziari precedenti il 2014, in ragione della rispettiva capienza e dell'ordine cronologico dei provvedimenti di relativa assegnazione, e precisamente nell'ambito delle assegnazioni disposte dalle dd.g.r. nn. 4749/2007, 7282/2008 e 9449/2009, dal d.d.g. n. 3984/2010 e dai dd.d.g. nn. 4479/2011, 4562/2012, 4439/2013 e 4583/2014.

Le ASL sono tenute a comunicare alla Direzione Generale competente, l'imputazione analitica, ai singoli esercizi economico finanziari precedenti il 2014, degli utilizzi dalle stesse finalizzati alla copertura dell'assegnazione definita con il presente atto, mediante apposito schema che verrà predisposto dalla Direzione Generale competente.

### Le altre sperimentazioni

Sul territorio dell'ASL di Cremona è stata avviata con d.g.r. n. 2786/2011 una sperimentazione riguardante l'attivazione di percorsi di cura personalizzati ed integrati per minori con gravi patologie che determinano disabilità plurime e complesse nelle aree cognitive, sensoriale, motoria, comunicativa e relazionale.

Sempre in questo ambito sul territorio dell'ASL di Milano è stata avviata con decreto n. 10548/2010 una sperimentazione riguardante un nuovo modello di presa in carico di minori con disabilità e delle loro famiglie.

Entrambe le sperimentazioni risultano riconducibili all'area della Riabilitazione per minori disabili e rientrano nel relativo percorso di stabilizzazione, in attuazione della d.g.r. n. 499/2013 nella parte in cui si prevede l'allineamento di tutte le altre sperimentazioni già debitamente autorizzate in coerenza a quanto già avviato ai sensi della d.g.r. n. 3239/2012. Alle sperimentazioni in oggetto si applica lo stesso sistema di rendicontazione previsto per le azioni innovative dell'area della Riabilitazione minori disabili.

## 3. Area Consulenti

La d.g.r. n. 1185/2013 ha determinato che, nell'ambito dell'area dei consulenti, le azioni innovative realizzate sono da estendersi a tutti i consulenti pubblici e privati accreditati e contrattualizzati, attraverso la revisione del tariffario delle prestazioni.

Nel percorso di stabilizzazione rientrano anche le sperimentazioni già autorizzate e, in quanto coerenti con gli ambiti di sperimentazione ex d.g.r. n. 3239/2012, ricondotte con la d.g.r. n. 499/2013 agli stessi ambiti, per ogni eventuale effetto modificativo ed integrativo.

### Sintesi Azioni migliorative

Nella fase migliorativa sono stati accolti 22 progetti che hanno coinvolto complessivamente 73 consulenti pubblici e privati accreditati su 243.

I progetti hanno esteso le funzioni consultoriali, con particolare riferimento al supporto psicologico, a tipologie di destinatari oggi residuali (vedi disabili ed anziani) e hanno introdotto nuove funzioni (consulenza, orientamento, ascolto) della famiglia nelle fasi di difficoltà che essa può incontrare nel ciclo di vita (nascita, maternità/paternità, educazione figli, adolescenza, situazioni di fragilità con particolare riguardo agli anziani e alle persone con disabilità) anche mediante l'attivazione di reti di mutuo aiuto.

Alcuni progetti, per rispondere ai bisogni della famiglia in modo unitario e complessivo, hanno anche integrato, laddove necessario, la risposta sociosanitaria con una risposta di tipo sociale.

La fase migliorativa ha confermato che i bisogni intercettati sono stati:

- la necessità di essere orientati soprattutto nella scelta del servizio più adeguato in una situazione di fragilità della famiglia;

**Serie Ordinaria n. 28 - Martedì 08 luglio 2014**

- la necessità di consulenze mirate (di carattere educativo, psicologico, legale ecc.) in relazione a fragilità specifiche di un membro della famiglia o di tutta la famiglia;
- la necessità di supporto psicosociale della persona e della famiglia.

Nella maggior parte dei progetti è stato previsto l'ampliamento delle fasce orarie di accesso (es. fasce serali) e delle giornate di apertura (es. il sabato).

Tra le figure professionali innovative prevalgono l'educatore (14 progetti su 22) che dedica mediamente 21 ore settimanali alle attività di supporto e il pedagogo presente in 13 progetti che dedica mediamente 8 ore settimanali alle attività di supporto all'utenza.

Si è rivelata importante anche la collaborazione delle associazioni di volontariato e familiari, sia per azioni di empowerment delle famiglie, sia per i gruppi di mutuo aiuto tra famiglie.

**La distribuzione dei progetti**

È presente almeno un progetto su ogni ASL del territorio lombardo. Sul territorio delle ASL di BG, BS, MN, PV e VCM sono presenti 2 progetti, mentre sul territorio dell'ASL di MI ci sono 3 progetti.

**Modalità di sistemazione**

Il percorso verso la sistemazione comporterà l'analisi delle prestazioni consultoriali comprese nel tariffario approvato dalla Giunta Regionale nel 2012, con particolare riferimento alle prestazioni ad elevata integrazione sociosanitaria ed una comparazione delle stesse con i dati emersi dagli esiti delle azioni innovative.

L'analisi dell'attuale tariffario sarà volta a valutare quali e quante prestazioni saranno da rivedere in ottica di consultorio - "Centro per la famiglia", con particolare riferimento a quelle ad alta integrazione, quali ad es. il colloquio di accoglienza /orientamento (che oggi prevede un max di due colloqui), o quello di consultazione-valutazione psico diagnostica e sostegno, o il colloquio di consulenza familiare, oggi finalizzato solo alla ricomposizione del conflitto di coppia.

Ai fini della sistemazione, sarà anche necessario distinguere le prestazioni sociosanitarie da quelle sociali favorendo, per queste ultime, l'integrazione con gli Enti Locali e l'utilizzo delle convenzioni anche con l'associazionismo/volontariato ecc.

In sintesi il processo di sistemazione comporterà:

- la revisione del tariffario con l'inserimento delle eventuali nuove prestazioni ad alta integrazione sociosanitaria
- l'adeguamento dei requisiti al fine di inserire le eventuali nuove figure professionali quali ad es. dell'educatore/pedagogo
- definizione delle nuove tariffe per ogni prestazione ad alta integrazione sociosanitaria.

**Fase Transitoria**

In fase transitoria, nelle more della stabilizzazione della misura, si garantisce il mantenimento degli attuali volumi di attività erogando, ai gestori delle azioni innovative, un budget di risorse, nell'ambito di quelle già nella disponibilità dei bilanci delle ASL relativamente agli esercizi precedenti il 2014. La Direzione Generale competente, in caso di specifiche e particolari situazioni attentamente valutate dalle ASL, potrà autorizzare un eventuale ulteriore utilizzo di tali risorse.

**Le risorse**

Il volume delle risorse complessivo a garantire la continuità delle attività attuazione è pari a euro 1.766.993,00. Ai fini dell'attuazione di quanto sopra definito le ASL sono autorizzate all'utilizzo delle risorse già disponibili nei loro bilanci relativamente agli esercizi economico finanziari precedenti il 2014, in ragione della rispettiva capienza e dell'ordine cronologico dei provvedimenti di relativa assegnazione, e precisamente nell'ambito delle assegnazioni disposte dalle dd.g.r. nn. 4749/2007, 7282/2008 e 9449/2009, dal d.d.g. n. 3984/2010 e dai dd.d.g. nn. 4479/2011, 4562/2012, 4439/2013 e 4583/2014.

Le ASL sono tenute a comunicare alla Direzione Generale competente, l'imputazione analitica, ai singoli esercizi economico finanziari precedenti il 2014, degli utilizzi dalle stesse finalizzati alla copertura dell'assegnazione definita con il presente atto, mediante apposito schema che verrà predisposto dalla Direzione Generale competente.

**Le altre sperimentazioni**

Sul territorio dell'ASL di Bergamo è stata avviata con decreto n. 5073/2012 una sperimentazione diretta a esercitare le funzioni consultoriali nella logica di centro per la famiglia, in particolare attraverso la gestione delle funzioni di ascolto, orientamento e supporto psicopedagogico con riferimento all'intero ciclo di vita della famiglia. La sperimentazione risulta riconducibile all'area delle azioni innovative previste per i consultori dalla d.g.r. n. 3239/2012 e rientra nel relativo percorso di stabilizzazione, in attuazione della d.g.r. n. 499/2013 nella parte in cui si prevede l'allineamento di tutte le altre sperimentazioni già debitamente autorizzate in coerenza a quanto già avviato ai sensi della d.g.r. n. 3239/2012. Alla sperimentazione si applicano le stesse regole di rendicontazione e controllo definite per le azioni innovative dell'area a cui vengono allineate.

**4. Area Dipendenze - cronicità**

La d.g.r. n. 1185/2013 ha determinato che, nell'ambito delle dipendenze, è necessario un riordino delle unità d'offerta e più complessivamente del sistema dei servizi, alla luce dei mutati bisogni espressi dalle persone e dalle loro famiglie.

In questo ambito si collocano le Comunità residenziali per la cronicità realizzate ai sensi della d.g.r. n. 3239/2012 e continuate con le azioni migliorative promosse dalla d.g.r. n. 499/2013.

La succitata d.g.r. n. 1185/2013 ha determinato che le Comunità residenziali, in attesa della sistemazione, potranno continuare le attività unicamente per gli utenti già in carico.

Si precisa che anche per questo ambito, nel percorso di stabilizzazione, rientrano anche le sperimentazioni già autorizzate e, in quanto coerenti con gli ambiti di sperimentazione ex d.g.r. n. 3239/2012, ricondotte con la d.g.r. n. 499/2013 agli stessi ambiti, per ogni eventuale effetto modificativo ed integrativo.

**Gli Esiti delle azioni migliorative**

In questa area sono stati attivati 14 progetti per un totale di 190 posti in appartamenti o contesti abitativi, distribuiti nei territori di quasi

tutte le ASL. L'obiettivo comune dei diversi progetti è il raggiungimento del massimo livello di autonomia possibile per la singola persona, soprattutto dal punto di vista relazionale.

I progetti hanno intercettato e risposto ai bisogni di persone con rapporti familiari pressoché inesistenti, con problemi giudiziari (ex carcerati, pena alternativa, etc.) e in situazione di grave marginalità (senza tetto etc.).

Le persone in carico all'unità d'offerta hanno un'età mediamente superiore a 40 anni, sono in situazione di dipendenza cronica, anche con doppia diagnosi, in carico al sistema dei servizi per le dipendenze da almeno 10 anni, con percorsi pluriennali terapeutici ambulatoriali ed esperienze in comunità spesso fallimentari. Esse, in genere non necessitano di specifici interventi terapeutici sulle dipendenze, ma di interventi di stabilizzazione e accompagnamento.

I bisogni intercettati sono essenzialmente:

- di supporto alla prevenzione delle ricadute;
- di tipo abitativo;
- di inserimento lavorativo e sociale.

Relativamente agli operatori, si segnala che in tutti i progetti è sempre presente la figura dell'educatore con compiti di facilitatore nelle dinamiche della casa, di educatore alla pari, motivatore, organizzatore delle attività, o anche di "mediatore" per facilitare le relazioni con il vicinato o il quartiere.

Sono inoltre, spesso, presenti l'assistente sociale e lo psicologo / psicoterapeuta.

Quasi tutti i progetti hanno attivato forme di collaborazione con i servizi del territorio (Comuni, ASL) e con Associazioni del Terzo settore, con cooperative sociali etc.

### **La distribuzione dei progetti nelle ASL**

Sul territorio delle ASL di LO, MN, PV, SO, VCM non sono presenti progetti in questo ambito; nelle ASL di BS, CO, CR, LC, MI 1, MI 2 e MB è presente un solo progetto mentre nelle ASL di BG, MI e VA sono presenti da 2 a 3 progetti.

Nel territorio dell'ASL di MI 2 vi è anche un progetto rientrato nella d.g.r. 499/2013 coerente con gli ambiti di sperimentazione ex 3239/2012.

### **Le Modalità di stabilizzazione**

La cronicità, secondo gli assi direzionali più sopra esposti, sarà stabilizzata nell'ambito delle nuove unità d'offerta (ASSE 1) con propri requisiti gestionali, strutturali ed organizzativi.

Il modello in ipotesi prevede l'utilizzo di servizi abitativi, identificati come comunità a bassa intensità assistenziale. La tipologia di alloggio potrebbe essere prevalentemente identificata nella forma di appartamenti condivisi da più ospiti.

### **La Fase Transitoria**

In fase transitoria, nelle more della stabilizzazione della misura, si garantisce il mantenimento degli attuali volumi di attività erogando, ai gestori delle azioni innovative, un budget di risorse, nell'ambito di quelle già nella disponibilità dei bilanci delle ASL relativamente agli esercizi precedenti il 2014. La Direzione Generale competente, in caso di specifiche e particolari situazioni attentamente valutate dalle ASL, potrà autorizzare un eventuale ulteriore utilizzo di tali risorse.

### **Le risorse**

Il volume delle risorse complessivo destinato a garantire la continuità delle attività è pari a euro 1.117.652,00. I budget di risorse per i progetti sono calcolati mediante la proiezione su 9 mesi di funzionamento (Luglio 2014 - Marzo 2015) del valore mensile dell'ultimo budget autorizzato.

Ai fini dell'attuazione di quanto sopra definito le ASL sono autorizzate all'utilizzo delle risorse già disponibili nei loro bilanci relativamente agli esercizi economico finanziari precedenti il 2014, in ragione della rispettiva capienza e dell'ordine cronologico dei provvedimenti di relativa assegnazione, e precisamente nell'ambito delle assegnazioni disposte dalle dd.g.r. nn. 4749/2007, 7282/2008 e 9449/2009, dal d.d.g. n. 3984/2010 e dai dd.d.g. nn. 4479/2011, 4562/2012, 4439/2013 e 4583/2014.

Le ASL sono tenute a comunicare alla Direzione Generale competente, l'imputazione analitica, ai singoli esercizi economico finanziari precedenti il 2014, degli utilizzi dalle stesse finalizzati alla copertura dell'assegnazione definita con il presente atto, mediante apposito schema che verrà predisposto dalla Direzione Generale competente.

### **Le altre sperimentazioni**

Sul territorio dell'ASL di Milano 2 è stata avviata con decreto n. 187 del 17/01/2012 una sperimentazione riguardante l'attivazione di interventi a favore di persone con problemi di tossicodipendenza di lungo periodo. La sperimentazione risulta riconducibile all'area delle azioni innovative relative all'area della cronicità dipendenze e rientra nel relativo percorso di stabilizzazione, in attuazione della d.g.r. n. 499/2013 nella parte in cui si prevede l'allineamento di tutte le altre sperimentazioni già debitamente autorizzate in coerenza a quanto già avviato ai sensi della d.g.r. n. 3239/2012. Alla sperimentazione si applicano le stesse regole di rendicontazione e controllo definite per le azioni innovative dell'area a cui vengono allineate.

## **5. Area Dipendenze - Adolescenti**

La d.g.r. n. 1185/2013, assumendo quanto emerso dalle valutazioni effettuate dalle ASL circa la presenza di un reale bisogno sul territorio e la capacità dei progetti sviluppati di dare risposte a questi bisogni, ha determinato nell'ambito dei servizi per gli adolescenti, dato il loro carattere di forte integrazione sociale - sociosanitaria, che per gli adolescenti debba essere predisposto un progetto individualizzato da realizzare in collaborazione con la famiglia, con i contesti educativi e aggregativi e con gli enti locali.

Nelle more della definizione del provvedimento di sistemazione, la sopra citata delibera delle regole ha previsto la continuazione delle attività esclusivamente per gli utenti già in carico escudendo la possibilità di nuove prese in carico.

### **Gli Esiti delle azioni migliorative**

Nell'area Adolescenti sono stati realizzati 18 progetti che hanno coinvolto 500 adolescenti con problemi di uso/abuso/dipendenza e circa 300 giovani in situazioni di rischio che non trovano adeguate risposte nel sistema dei servizi.

## Serie Ordinaria n. 28 - Martedì 08 luglio 2014

I progetti proposti e sviluppati, nel loro insieme, ben descrivono la presenza di bisogni sempre più complessi, non solo tipologie diverse di bisogni, ma anche diverse tipologie di "adolescenti":

- giovanissimi consumatori under 16/18 anni e per questo abusatori, anche se non percepiti come tali dal contesto
- giovani-adulti 18/24 anni, abusatori "dall'adolescenza allungata", ancora in famiglia/casa
- adulti-giovani agli esordi della propria autonomia di vita/relazione
- giovani con problematiche antisociali e/o psichiatriche.

In generale, le iniziative progettuali non hanno inteso creare un nuovo servizio specialistico per adolescenti, ma sviluppare, a fianco alla funzione specialistica propria di ciascun servizio esistente, una "funzione d'integrazione", tale da favorire la capacità dei servizi di operare con interventi a più ampio raggio e in grado, al contempo, di svolgere azioni di prevenzione selettiva e indicata.

Le sperimentazioni Adolescenti hanno toccato un'area indubbiamente critica nell'attuale sistema di risposta dei servizi; infatti esso, nel suo insieme, pur offrendo una molteplicità di risposte specifiche- sanitaria, sociosanitaria, sociale -fatica a creare e soprattutto mantenere una collaborazione costante tra i diversi attori istituzionali e non, nonché integrare le risposte ed i percorsi in un'area dove invece è indispensabile la realizzazione di piani d'intervento individualizzati fortemente integrati.

### La distribuzione dei progetti nelle ASL

Sul territorio delle ASL di CR, LC, LO, MI 2, MB, VCM non sono presenti progetti in questo ambito; nelle ASL di BG, BS, CO, SO e VA è presente un solo progetto mentre nelle ASL MN, MI, MI 1 e PV sono presenti da 2 a 6 progetti.

### Le Modalità di stabilizzazione

La reale inclusione sociale degli adolescenti può avvenire, non solo integrando le diverse componenti sociosanitarie (CF, Sert/SMI, NOA) ma anche creando reti operative formalizzate dove gli attori che operano nei contesti educativi (scuola, formazione professionale), sociali (Servizi sociali, Tutela minori, Assistenza domiciliare minori, Centri di aggregazione e centri giovani ecc.), sanitari (Pediatri, MMG, NPIA, Psichiatria, Pronto Soccorso, Pediatrie ecc.) possano operare in sinergia, per predisporre e realizzare piani di intervento individualizzati che sappiano affrontare le diverse tipologie di bisogno concorrendo al raggiungimento degli obiettivi di cambiamento, sanitari, sociosanitari ed educativi, definiti nei piani stessi. In tal senso il percorso di stabilizzazione verrà avviato riconducendo l'area tematica nell'ambito della programmazione comunitaria 2014 - 2020, con particolare riferimento all'obiettivo tematico 9, il quale è destinato alla promozione dell'inclusione sociale e a combattere la povertà ed ogni forma di discriminazione. Tra gli obiettivi strategici posti in capo all'OT 9 vi è favorire il processo di inclusione attiva rafforzando le competenze delle persone maggiormente fragili e a rischio di discriminazione.

### La Fase Transitoria

In fase transitoria, nelle more della stabilizzazione della misura, per l'area dipendenze Adolescenti si conferma la gestione delle prese in carico già attive in conformità a quanto previsto dalla d.g.r. 1185/2013, garantendo ai gestori delle azioni innovative un budget di risorse, nell'ambito di quelle già nella disponibilità dei bilanci delle ASL relativamente agli esercizi precedenti il 2014. La Direzione Generale competente, in caso di specifiche e particolari situazioni attentamente valutate dalle ASL, potrà autorizzare un eventuale ulteriore utilizzo di tali risorse.

### Le risorse

Il volume delle risorse complessivo destinato a sostenere gli interventi è pari a euro 2.198.230.

I budget di risorse per i progetti sono calcolati mediante la proiezione su 9 mesi di funzionamento (Luglio 2014 - Marzo 2015) del valore mensile dell'ultimo budget autorizzato.

Ai fini dell'attuazione di quanto sopra definito le ASL sono autorizzate all'utilizzo delle risorse già disponibili nei loro bilanci relativamente agli esercizi economico finanziari precedenti il 2014, in ragione della rispettiva capienza e dell'ordine cronologico dei provvedimenti di relativa assegnazione, e precisamente nell'ambito delle assegnazioni disposte dalle dd.g.r. nn. 4749/2007, 7282/2008 e 9449/2009, dal d.d.g. n. 3984/2010 e dai dd.d.g. nn. 4479/2011, 4562/2012, 4439/2013 e 4583/2014.

Le ASL sono tenute a comunicare alla Direzione Generale competente, l'imputazione analitica, ai singoli esercizi economico finanziari precedenti il 2014, degli utilizzi dalle stesse finalizzati alla copertura dell'assegnazione definita con il presente atto, mediante apposito schema che verrà predisposto dalla Direzione Generale competente.

### Area Dipendenze - Prevenzione

La d.g.r. n. 1185/2013, tenuto conto della complessità, anche in termini di sostenibilità economica, degli interventi attuabili nell'area, che si aggiungono a quelli consolidati, attuati da tutte le ASL e coordinati dalla regia regionale nel "Tavolo Tecnico Regionale di Prevenzione", ha determinato nell'ambito dei servizi per la prevenzione e la riduzione dei rischi, che le attività svolte dai soggetti in sperimentazione possono continuare, sino alla definizione della eventuale stabilizzazione delle tipologie, con budget definito sulla base dell'ultima assegnazione rapportata ai mesi di funzionamento.

### Gli Esiti delle azioni migliorative

Complessivamente in quest'area sono stati realizzati 22 progetti che, per la maggior parte, hanno sviluppato azioni ed interventi con l'obiettivo di un aggancio precoce di adolescenti in contesti di incontro, aggregazione e/o divertimento, connotati da situazioni di "rischio" e riduzione dei rischi/danni in soggetti tossicodipendenti o consumatori problematici (in particolare situazioni di grave marginalità) che non si rivolgono ai servizi.

Le azioni relative alla prevenzione selettiva e alla prevenzione indicata sono state limitate, e non completamente rispondenti ad obiettivi preventivi di natura sanitaria o sociosanitaria, mentre quelle in area di riduzione dei rischi e danni hanno visto una maggiore e anche migliore attuazione, seppur molto legata alle situazioni di contesto socio-demografico e di collaborazione con i servizi sociosanitari e sociali. Gli interventi realizzati, che hanno incontrato una grande quantità di soggetti, sono perlopiù riferiti ad interventi "di strada" realizzati con unità mobili ed in luoghi che presentano una concentrazione di giovani o la presenza di gruppi di abusatori di sostanze ad elevato rischio che non si rivolgono ai servizi ambulatoriali. Va altresì sottolineato che gli interventi erogati effettivamente sono anche ed in buona parte riferibili all'area sociale ed il miglior esito è riscontrabile laddove le progettualità sono state realizzate e

programmate, sia per dislocazione sia per modalità e tipologia, in stretta sinergia con i Dipartimenti Dipendenze delle ASL.

Complessivamente, comunque, le sperimentazioni realizzate, al di là degli esiti di ogni singola realtà, esiti legati, come già detto, anche ai contesti in cui sono state svolte, hanno dato riscontro di una realtà differenziata e di una certa complessità nel ben interpretare funzioni, compiti, attività e responsabilità nell'area della prevenzione sociosanitaria. Quest'area necessita infatti di un elevato grado di convergenze di obiettivi e di integrazione, anche operativa, tra i diversi servizi, istituzioni ed enti che operano nell'ambito educativo, sociale, sportivo, del divertimento ecc.

### **La distribuzione dei progetti nelle ASL**

I progetti sono stati realizzati in tutte e 15 le ASL.

### **Le Modalità di stabilizzazione**

Per quanto concerne l'area della prevenzione selettiva ed indicata viene confermato che, seppur con possibilità di una collaborazione con enti del privato sociale, da verificarsi nelle modalità operative e di sostenibilità, le azioni sono proprie dell'ente sanitario pubblico e dovranno essere programmate in modo sinergico con quanto previsto per l'Area Adolescenti, e programmate nell'ambito del Comitato Rete Locale prevenzione dipendenze, nel Piano Territoriale Prevenzione dipendenze e nel Piano Integrato per la promozione della salute.

Si ritiene che, relativamente agli interventi di riduzione dei rischi, sia da uso ricreazionale sia da uso problematico di sostanze, sia erogati con unità mobili o in luoghi strutturati, la messa a regime in area sociosanitaria possa avvenire solo a seguito di un percorso complessivo di condivisione di finalità, obiettivi, modalità di integrazione e di sostenibilità economica, attraverso il ricorso a diversi e molteplici finanziamenti con le istituzioni coinvolte.

Come per l'area Adolescenti, solo integrando le diverse componenti sociosanitarie, creando reti di attori che operano nei contesti educativi, sanitari, lavorativi, ricreativi ecc. è possibile programmare progetti condivisi di prevenzione e di riduzione dei rischi. In tal senso il percorso di stabilizzazione verrà avviato riconducendo l'area tematica nell'ambito della programmazione comunitaria 2014 - 2020, con particolare riferimento all'obiettivo tematico 9, il quale è destinato alla promozione dell'inclusione sociale e a combattere la povertà ed ogni forma di discriminazione. Tra gli obiettivi strategici posti in capo all'OT 9 vi è quello di favorire il processo di inclusione attiva rafforzando le competenze delle persone maggiormente fragili e a rischio di esclusione e di discriminazione.

### **La Fase Transitoria**

In fase transitoria, nelle more della stabilizzazione della misura, si garantisce il mantenimento degli attuali volumi di attività erogando, ai gestori delle azioni innovative, un budget di risorse, nell'ambito di quelle già nella disponibilità dei bilanci delle ASL relativamente agli esercizi precedenti il 2014. La Direzione Generale competente, in caso di specifiche e particolari situazioni attentamente valutate dalle ASL, potrà autorizzare un eventuale ulteriore utilizzo di tali risorse.

### **Le risorse**

Il volume delle risorse complessivo destinato a garantire la continuità degli interventi è pari a euro 1.421.133,00.

I budget di risorse per i progetti sono definiti mediante la proiezione del valore mensile del budget dell'ultima assegnazione su 9 mesi di funzionamento (Luglio 2014 - Marzo 2015), ridotto della percentuale di attività dedicate alla prevenzione selettiva, demandata con il presente provvedimento alle attività di prevenzione delle ASL.

Ai fini dell'attuazione di quanto sopra definito le ASL sono autorizzate all'utilizzo delle risorse già disponibili nei loro bilanci relativamente agli esercizi economico finanziari precedenti il 2014, in ragione della rispettiva capienza e dell'ordine cronologico dei provvedimenti di relativa assegnazione, e precisamente nell'ambito delle assegnazioni disposte dalle dd.g.r. nn. 4749/2007, 7282/2008 e 9449/2009, dal d.d.g. n. 3984/2010 e dai dd.d.g. nn. 4479/2011, 4562/2012, 4439/2013 e 4583/2014.

Le ASL sono tenute a comunicare alla Direzione Generale competente, l'imputazione analitica, ai singoli esercizi economico finanziari precedenti il 2014, degli utilizzi dalle stesse finalizzati alla copertura dell'assegnazione definita con il presente atto, mediante apposito schema che verrà predisposto dalla Direzione Generale competente.

**DISTRIBUZIONE PER A.S.L. RISORSE SPERIMENTAZIONI  
(D.G.R. 499/2013 E D.G.R. 1185/2013)**

Tabella 1

| <b>Cod. A.S.L.</b> | <b>A.S.L.</b> | <b>Totale assegnazioni per sperimentazioni<br/>luglio 2014 - marzo 2015</b> |
|--------------------|---------------|---|
| 301                | Bergamo       | 3.207.194,00  |
| 302                | Brescia       | 2.317.455,00  |
| 303                | Como          | 1.437.615,00  |
| 304                | Cremona       | 590.909,00  |
| 305                | Lecco         | 532.266,00  |
| 306                | Lodi          | 192.648,00  |
| 307                | Mantova       | 915.976,00  |
| 308                | Milano        | 4.156.288,00  |
| 309                | Milano 1      | 1.987.137,00  |
| 310                | Milano 2      | 354.411,00  |
| 311                | Monza brianza | 2.632.069,00  |
| 312                | Pavia         | 2.551.893,00  |
| 313                | Sondrio       | 940.828,00  |
| 314                | Varese        | 1.894.032,00  |
| 315                | Vallecamonica | 494.865,00  |
|                    | <b>Totale</b> | <b>24.205.586,00</b>  |