



10 MILIONI DI PERSONE
1/6 DELLA POPOLAZIONE ITALIANA



**5,47% DI SPESA SANITARIA
RISPETTO AL PIL**
7,04% MEDIA NAZIONALE



LA POPOLAZIONE

Al 2030 in Lombardia avremo:

- **3 milioni** di persone con più di 65 anni
- di cui **1 milione** con più di 80 anni
- 3 ultrasessantacinquenni ogni 2 giovani sotto i vent'anni

L'allungamento della vita, legato ai progressi sanitari raggiunti, e l'**invecchiamento della popolazione** comportano inevitabilmente un **aumento della componente dei pazienti cronici rispetto a quelli acuti.**

Finanziamento 2015: 17.908, 6 mln/E (17.675 nel 2014; 17.395 nel 2013)

1.706 mln/E finanziamento Assi

16.113, 14 mln/E finanziamento gestione sanitaria

78, 46 mln/E ARPA

11, 14 mln/E ARCA

- prevenzione, capacità di cura, innovazione tecnologica/diagnostica/terapeutica
 - => innalzamento speranza e qualità di vita
 - => aumento pazienti «cronici»
- oltre 3 milioni di pazienti cronici (30% della popolazione)
- 70% della spesa sanitaria relativi alle attività di ricovero e cura, di specialistica ambulatoriale ed ai consumi di farmaci

- Il rapido cambiamento demografico ed epidemiologico in atto determina la presenza sul territorio regionale di ampie fasce di popolazione anziana e di persone fragili o affette da patologie croniche a evoluzione disabilitante, con bisogni e domande di salute che richiedono continuità di cura e presa in carico del paziente. Questa situazione mette a dura prova la “sostenibilità” del sistema socio-sanitario nel suo complesso, come già dichiarato nelle “linee evolutive del sistema socio-sanitario” ([dgr 1185/2013](#)), a ragione del fatto che **3 milioni di pazienti cronici (30% della popolazione lombarda) impegnano il 70% delle risorse sanitarie (ricoveri, specialistica ambulatoriale e farmaci).**

- La nuova domanda di salute richiede frequentemente la gestione di situazioni complesse dove i problemi da affrontare sono multipli, compresenti e interattivi. L'ambito di cura di questi pazienti, caratterizzati da condizioni di disabilità, complessità assistenziale, instabilità clinica e fragilità sociale, si alterna tra ospedale, servizi territoriali e domicilio: il cosiddetto "governo clinico e assistenziale" è spesso frammentato fra diversi setting e responsabilità di cura. Questa fase di transizione da uno stato di salute all'altro sovente è incompatibile con un'organizzazione sanitaria fondata sul modello ospedaliero diffuso delle cure per acuti.

Tabella 1: *Suddivisione prestazioni in LEA della Regione Lombardia (fonte DG Sanità)*

Livelli di Assistenza / anno	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1 - Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	4,3	4,1	4,5	4,6	4,5	4,2	4,6	4,6	4,6	4,6
2 - Assistenza distrettuale*	48,1	48,8	48,6	48,4	49,4	48,5	48,6	52,6	52,9	54,7
3 - Assistenza ospedaliera	47,7	47,1	46,9	46,9	46,1	47,2	46,8	42,8	42,5	40,7



- * il 90% dell'attività viene svolta in ospedale e solo il 10% negli ambulatori territoriali, Il 24% della spesa è per esami di laboratorio

- spostamento della spesa sanitaria verso il territorio (40.7% vs. 54.7%);
- riduzione dei ricoveri ordinari vs prestazioni ambulatoriali complesse

trattamento cronicità molto legato all'assistenza ospedaliera: in alcuni presidi ospedalieri i pazienti cronici arrivano a coprire più del 95% della casistica

Problemi

Sistema territoriale ad oggi costituito da :

- Rete delle cure primarie e continuità assistenziale (MMG- PdF - CA)
- Alcuni servizi sanitari (prevenzione, protesica, ADP..)
- Reti di offerta sociosanitaria (ADI – RSA- RSD - CDI – CDD – Consultori..)

Problemi da affrontare

- ✓ non sempre rintracciabile una chiara azione di regia degli interventi
- ✓ non sempre l' offerta risponde in modo integrato ai bisogni complessivi degli assistiti e delle famiglie
- ✓ discontinuità tra ospedale e territorio e tra professionisti conduce a comportamenti disomogenei
- ✓ scarsi strumenti di misurazione e valutazione



- ✓ Ricomporre la frammentarietà
- ✓ Garantire
 - presa in carico attiva
 - continuità nelle diverse fasi del percorso diagnostico terapeutico e assistenziale
 - sostenibilità del sistema



Dalla «cura» al «prendersi cura»

- Servizio di qualità, personalizzato e vicino al cittadino/assistito in una logica di continuità Ospedale /Territorio
- Integrazione sociosanitaria e sociale
- ✓ Ambito sanitario: forme sperimentali di assistenza al cronico;
- ✓ Ambito socio sanitario: Adi, forme residenziali e semiresidenziali, misure innovative (ex DGR 740 e 856...)
- ✓ Sistema delle cure intermedie (revisione della rete di offerta)

Linea Guida 1

Modello a superamento della attuale frammentazione, attraverso l'integrazione sociosanitaria/assistenziale, garantendo continuità del percorso di cura attraverso il raccordo dei diversi attori

- ✓ **VMD del bisogno:** scale validate, equipe (MMG, Infermiere, AS) e specialisti a.b.;
- ✓ **Progetto Individuale (PI):** obiettivi di salute da raggiungere, responsabile del caso, verifica delle azioni su qualità ed esiti;
- ✓ **Piano di Assistenza Individuale (PAI):** azioni e misure utili al raggiungimento degli obiettivi

L.189/2012 AFT e UCCP

Art. 1 Riordino dell'assistenza territoriale

«... Le regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria

secondo modalità operative che prevedono:

- *forme organizzative monoprofessionali*, denominate **Aggregazioni Funzionali Territoriali**, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi
- *forme organizzative multiprofessionali*, denominate **unità complesse di cure primarie**, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria

AFT DEFINIZIONE

AFT: aggregazione funzionale monoprofessionale di MMG o di PDF

1. condivide in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità, linee guida, audit, sistema informativo
2. risponde ad obiettivi di continuità assistenziale
3. sostituisce l'unità elementare di erogazione delle prestazioni mediche a livello territoriale che attualmente si identifica con il singolo medico, pur nella salvaguardia del rapporto fiduciario medico-paziente

Criteria di composizione

Popolazione : MMG: 15.000 – 60.000 assistiti

PDF: 5.000 – 30.000 assistiti

MMG: da 10 a 40 (possono essere singoli o associati in Rete o in Gruppo; operano nel/i proprio/i studio/i individuale e/o di gruppo, secondo modalità consuete);

PLS: da 6 a 27 (possono essere singoli o in Associazione o in Gruppo, con eventuale modulo di Rete; operano nel/i proprio/i studio/i individuale e/o di gruppo, secondo modalità consuete).

Dgr 2989 23.12.2014. Allegato B,
Paragrafi 2.5.1 “Individuazione Aggregazioni Funzionali Territoriali”:

Risultato atteso	Proposta individuazione delle Aggregazioni Funzionali territoriali (AFT) preliminare all’ avvio della riforma organizzativa territoriale per il miglioramento della continuità assistenziale e l’ottimizzazione dell’ offerta della rete territoriale	
Azioni	Termine	Azione
	Febbraio	Censimento e geolocalizzazione delle attuali forme associative, suddivise per ambito territoriale
	Aprile	Elaborazione proposta o di costituzione AFT, a partire dall’ esistente, da parte dei Comitati Distrettuali
	Maggio	Elaborazione e condivisione proposta finale complessiva Formazione ad hoc rivolta a Colleghi dell’ Assistenza primaria e dei Distretti
	Giugno	Invio in R. L. della proposta organizzativa per le AFT territoriali ASL MI1

Ambiti di Incertezza: in attesa di indicazioni regionali in merito a contenuti tecnici / operativi, ed aspetti economici

Dgr 2989 23.12.2014. Allegato B,
Paragrafi 2.5.1 “Individuazione Aggregazioni Funzionali Territoriali”:

AFT	CARTOGRAFIA	RISPETTO AMBITI	N. MMG	N. ASSISTITI	PRESENZA ASSOCIAZIONE	SEDE	CRITERIO DI SCELTA PER SEDE
NORD 1 (Garbagnate, Cesate, Solaro)		Si	22	31363	Si	Garbagnate	C Ambulatorio anche singolo ma strutturato
NORD 2 (Garbagnate, Cesate, Solaro)		Si	13	16290	Si	Solaro	B Rete con ambulatorio condiviso
EST 1 (Senago, Paderno)		Si	24	33520	Si	Paderno Dugnano	A Gruppo più numeroso
EST 2 (Senago, Paderno)		Si	17	24128	Si	Senago	A Gruppo più numeroso
SUD 1 (Baranzate, Bollate, Novate)		Si	24	33.560	Si	Bollate	B Rete con ambulatorio condiviso
SUD 2 (Baranzate, Bollate, Novate)		Si	20	25.873	Si	Novate	B Rete con ambulatorio condiviso

Ambiti di Incertezza: in attesa di indicazioni regionali in merito a contenuti tecnici / operativi, ed aspetti economici

CReG

- Rappresentano un nuovo modello organizzativo per coordinare ed integrare i servizi territoriali a favore di pazienti affetti da patologie croniche.
- Si basano su
 1. un sistema di classificazione delle malattie croniche in categorie clinicamente significative ed omogenee per assorbimento di risorse sanitarie
 2. una “modalità di remunerazione” a rimborso forfettario del percorso di presa in carico per ognuno di questi raggruppamenti omogenei di patologia.

698	Supporto al ciclo di vita delle famiglie (1)
Descrizione	<p>Regione Lombardia ha da tempo avviato un'importante opera di rinnovamento collocando la famiglia al centro delle proprie politiche di welfare.</p> <p>ASL per il tramite dei consultori famigliari e servizi fragilità supporta le famiglie nel proprio ruolo generativo e nei momenti di crisi della evoluzione del ciclo di vita familiare.</p> <p>Sono stati individuati alcuni momenti delle dinamiche famigliari, in cui è necessario concentrarsi per il tramite di iniziative innovative nel corso del 2015:</p> <p>la violenza domestica nei confronti delle donne e dei minori, il percorso nascita con particolare attenzione alle situazioni a rischio sociale, i nuclei famigliari alle prese con eventi paranormativi che bloccano e inficiano il ciclo di vita familiare, come nel caso di un congiunto con disabilità croniche.</p>
Start	01/01/2015
Conclusione	31/12/2015

698	Supporto al ciclo di vita delle famiglie (2)
Indicatore	<ul style="list-style-type: none"> A. Numero di ambulatori ostetrici presso consultori famigliari con attivazione di percorso gravidanza fisiologica. B. Numero dimissioni protette dai punti nascita ospedalieri. C. Aggiornamento vademecum contrasto violenza di genere e somministrazione questionario SARA. D. Numero di famiglie con congiunti con disabilità complessa prese in carico E. Anagrafe disabilità minorenni
Risultato atteso	<ul style="list-style-type: none"> A. 30 % dei consultori. B. 100% di prese in carico delle dimissioni protette da parte dei consultori. C. 7 Vademecum e 100 % di somministrazione protocollo SARA alle donne che si rivolgono ai consultori. D. 100 % delle famiglie segnalate tramite elenchi commissione invalidi E. Report quali/quantitativo sulle persone con disabilità minorenni in ASL.

699	Il secondo pilastro del welfare
Descrizione	Espletamento delle attività di governance connesse all'implementazione delle azioni previste dalla normativa regionale per garantire il soddisfacimento dei bisogni delle persone, con priorità agli interventi destinati alle persone fragili ed alle loro famiglie, secondo la linea strategica regionale indirizzata al pieno riconoscimento del "diritto di famiglia"
Start	01/01/2015
Conclusione	31/12/2015
Indicatore	Attuazione 100% delle attività di governance connesse all'attuazione delle misure relative al "diritto di famiglia"
Risultato atteso	Sviluppo e promozione dell'integrazione tra sanitario, sociosanitario e sociale al fine di garantire una risposta globale alla multidimensionalità dei bisogni espressi dalla persona e dalla sua famiglia

CERCA IL PUNTO
INFORMATIVO PIÙ VICINO A TE.

Servizi distrettuali per le
persone fragili

DISTRETTO GARBAGNATE M.SE
Via Per Cesate, 62 Garbagnate M.se
Tel. 02/49510499 – 479 – 495 – 496 - 509

DISTRETTO N. 2 RHO
Via Settembrini, 1 Passirana - Rho
Tel. 02/49510555 - 558 – 553

DISTRETTO N. 3 CORSICO
Via Marzabotto 12, Corsico
Tel. 02/48617859 – 69

DISTRETTO N. 4 LEGNANO
Via Savonarola, 3 Legnano
Tel. 0331/925615 - 710

DISTRETTO N. 5 CASTANO PRIMO
Via Rossetti, 3 Cuggiono
Tel. 02/97242401 - 0331/888743
Via Moroni, 12 Castano
Tel. 0331/888741 - 743

DISTRETTO N. 6 MAGENTA
Via Al Donatore di Sangue, 50 Magenta
Tel. 02/97973440

DISTRETTO N. 7 ABBIATEGRASSO
Via De Amicis, 1 Abbiategrasso
Tel. 02/94266049 – 050 - 051

... E CHIAMA PER INFORMAZIONI

Servizi per i giocatori patologici:

Ser.T. Rho: Tel. 02.49510605
Via Settembrini, 1 – 20017
Fraz. Passirana di RHO (MI)

Noa Legnano: Tel.0331.1621016
Via Colli S. Erasmo, 32 – 20025
LEGNANO (MI)

Ser.T Parabiago: Tel. 0331.498493
Via Spagliardi, 19 – 20015
PARABIAGO (MI)

Ser.T Magenta: Tel. 02.97973360
Via Al Donatore di Sangue, 50 – 20013
MAGENTA (MI)

Noa Abbiategrasso: Tel. 02.9486264
Via Donatori di Sangue - 20081
ABBIATEGRASSO (MI)

Noa Baranzate Tel. 02.49510361
Via I° Maggio, 30 – 20021 BARANZATE (MI)

SerT Corsico: Tel. 02.48617552
C.so Italia 50 - 20094 CORSICO (MI)

Coordinamento:

Direzione Sociale: Tel. 0331.498629

U.O.C. Sistemi di Welfare
per la domiciliarità: Tel. 0331.468639

Dipartimento per le
Dipendenze: Tel. 0331.498429



ASL Milano 1

Interventi per le
persone fragili e
le loro famiglie
2015



Anche informare
e' prendersi cura!



NUMERO VERDE/MAIL
ASL Milano 1: 800.671.671
fondo.famiglia@aslmi1.mi.it

Interventi per le persone fragili e le loro famiglie

I cittadini fragili necessitano di percorsi di cura sempre più personalizzati, flessibili, adattabili alle loro mutevoli esigenze, in grado di attivare luoghi diversi di cura a seconda del bisogno derivante dalla propria condizione di fragilità.

Regione Lombardia, attraverso le Delibere n. 2655/2014, 2942/2014, 392/2013 ha confermato e sviluppato le misure previste dal Fondo Famiglia (DGR 116/2013) finalizzate a rispondere in modo semplice a problemi complessi, assicurando la continuità dell'assistenza e sostenendo i cittadini e le loro famiglie.

DESTINATARI:

- Persone che abbiano compiuto 60 anni in condizioni di parziale autosufficienza e fragilità che necessitano di soluzione abitativa con caratteristiche di protezione sociosanitaria (misura "RESIDENZIALITA' LEGGERA");
- Minori con gravissima disabilità non assistibili al domicilio che necessitano di interventi e prestazioni sociosanitarie in strutture residenziali (misura "RESIDENZIALITÀ PER MINORI CON GRAVISSIMA DISABILITÀ");
- Persone di qualsiasi età affette da morbo di Alzheimer o altre demenze e persone non autosufficienti che abbiano compiuto 75 anni di età (misura "RSA APERTA");
- Persone afflitte dal problema del gioco d'azzardo patologico (misura "PRESA IN CARICO AMBULATORIALE DI PERSONE AFFETTE DA GAP")
- Persone con disabilità gravissima in dipendenza vitale di qualsiasi età affette da malattie del motoneurone in fase avanzata, in stato vegetativo, persone di età inferiore ai 69 anni affette da altre patologie, persone che hanno compiuto i 65 anni affette da altre patologie già in carico (misura B1 "SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA CON PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITÀ");
- Minori vittime di abuso, violenza o maltrattamento che necessitano di essere accolti in strutture residenziali (Misura "COMUNITA' PER MINORI");
- Interventi a sostegno delle famiglie con la presenza di persone affette da disturbi pervasivi dello sviluppo e dello spettro autistico e alle loro famiglie.

Per ogni ulteriore approfondimento si può consultare il sito aziendale oltre che contattare il Distretto Socio Sanitario.



	Sportello unico del welfare
Descrizione	Presentazione Progetto fattibilità
Start	18/05/2015
Conclusione	01/09/2015
Risultato atteso	Apertura Sportello Unico

La definizione di cure intermedie

- *Cosa sono:* rete d'offerta sociosanitaria in grado di prendere in carico, assistere in regime di degenza e assistenza domiciliare, orientare ed accompagnare l'utente fragile e portatore di bisogni complessi in area assistenziale, clinica e sociale.
- *Obiettivo:* assistere l'utente per completare l'iter di cura, portandolo al miglior stato di salute e benessere possibile, con l'obiettivo di reinserirlo nel proprio contesto di vita e accompagnarlo alla risposta più appropriata
- *Punti cardine:*
 - Nodo di forte integrazione nella rete sociosanitaria regionale
 - Collegamento con la domiciliarità
 - Ruolo e funzioni di care manager

- **Il Progetto Cure Intermedie per pazienti “post-acute”, non necessariamente anziani, inviati dalla famiglia, dall’Ospedale, dai Medici di M.G., o ADI, si rivolge prioritariamente a pazienti che, superata la fase acuta della malattia ed in fase di stabilizzazione clinica, presentano la necessità di un periodo di continuità terapeutico - riabilitativa in ambiente protetto e di cura, di assistenza ad alta intensità per preparare il reinserimento nel loro contesto sociale di vita, di accompagnamento e di sostegno.**

invecchiamento della popolazione e dell'aumento dei fenomeni di non autosufficienza

Differenza tra la popolazione del 2010 e 2014 per fasce d'età

	Totale	0-2	3-17	18-64	> 65
Differenza tra 2010 e 2014	-794	-555	147	-3.703	3.317
Differenza percentuale	-0,41	-10,35	0,53	-3,00	9,26

- in 4 anni i nuovi nati, cioè la popolazione 0 – 2 anni, è diminuita di oltre il 10% (più del doppio di quanto previsto sui 10 anni),
- i bambini/ragazzi 3 – 17 anni sono rimasti stabili,
- la popolazione adulta 18-64 è diminuita del 3%
- mentre sono già aumentati del 9,26% gli anziani >65 anni, più di 3.300 unità

Più nel dettaglio....

Popolazione anziana e indice di vecchiaia

- l'indice di vecchiaia, cioè il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di 0-14 anni moltiplicato per 100, è passato da 129 del 2010 a **144,85 del 2014**.

Comune	popolazione 1 gennaio 2014	>65	% su popolazione	>75	% su popolazione	>85	% su popolazione	indice di vecchiaia	indice di dipendenza strutturale degli anziani
Baranzate	11.538	2.002	17,35	872	7,56	187	1,62	110,91	25,90
Bollate	36.164	7.893	21,83	3.879	10,73	961	2,66	162,64	33,70
Cesate	14.146	2.459	17,38	1.177	8,32	366	2,59	114,32	25,79
Garbagnate M.	27.152	5.621	20,70	2.452	9,03	604	2,22	153,58	31,45
Novate M.	20.165	4.903	24,31	2.382	11,81	570	2,83	188,72	38,72
Paderno D.	47.048	9.797	20,82	4.689	9,97	1.185	2,52	152,17	31,80
Senago	21.357	4.102	19,21	1.957	9,16	422	1,98	126,45	29,28
Solaro	14.093	2.347	16,65	1.056	7,49	263	1,87	103,80	24,74
Totale	191.663	39.124	20,41	18.464	9,63	4.558	2,38	144,85	31,17

- l'indice di dipendenza strutturale degli anziani, cioè il rapporto tra la popolazione di età 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni) moltiplicato per 100, rappresentato nell'ultima colonna della tabella precedente, evidenzia un dato piuttosto preoccupante; a Baranzate, che ha un'elevata presenza di minori, è contenuto al 25,90%, in altri è molto elevato e a Novate arriva addirittura al 38,72%.

Le criticità emergenti rispetto a questo target si possono così sintetizzare:

- trend di popolazione anziana in crescita e difficoltà da parte dei servizi di adeguare l'offerta agli effettivi bisogni
- crisi del modello vigente fondato prevalentemente sui trasferimenti monetari alle persone (pensioni, invalidità e accompagnamento) e non sul sostegno all'accesso ai servizi
- presenza del rischio di riduzione dei servizi offerti dai Comuni, in relazione alle disponibilità di bilancio, con conseguente contrazione del numero dei beneficiari, riduzione del numero di accessi al domicilio, introduzione di meccanismi di maggior selettività nell'accesso...
- ricorso sempre maggiore da parte dei cittadini a forme di sostegno "informale" (o a lavoro nero) perchè meno onerose e più flessibili ma meno qualificate e più rischiose per i cittadini

dalle criticità ... verso la ricomposizione

- Il vero tema da affrontare è in quest'area quello della ricomposizione delle risorse, sia quelle detenute dai cittadini quali le pensioni di invalidità e le indennità per l'accompagnamento, sia quelle in capo ai diversi soggetti che erogano gli interventi, in particolare Distretto ASL, Servizi sociali dei Comuni, INPS – pensioni, indennità e progetto Home care premium.
- I servizi e le “porte” d'accesso sono ancora molto frammentate: nel distretto ASL vengono fornite le prestazioni sociosanitarie (ADI, ausili e interventi del cosiddetto II pilastro), nei Comuni vengono fornite le prestazioni sociali descritte, c'è poco collegamento/integrazione con i servizi sanitari ospedalieri e riabilitativi e con il mondo della cura più informale.

obiettivi

L'obiettivo è quello di sostenere il percorso di anziano e famiglie nella rete dei servizi e degli interventi attraverso la "costruzione di un sistema" in grado di presidiare le fasi fondamentali del percorso:

- ✓ **l'accesso** (anche attraverso la costruzione di uno sportello dedicato)
- ✓ la valutazione iniziale, la presa in carico e la progettazione personalizzata tramite **l'unità di valutazione multidimensionale**
- ✓ la responsabilità del caso nel tempo, con la figura del **case-manager**.

- ✓ **Maggiore integrazione tra i Comuni**: approvazione di un regolamento omogeneo di accesso e compartecipazione al costo dei Servizi domiciliari, diurni e residenziali, mantenimento di un'attività di coordinamento per gli operatori dell'area per il monitoraggio dell'attività

- ✓ **Integrazione ASL/Comuni Ambito**:
 - costruzione di un modello di intervento e di presa in carico funzionale all'effettiva integrazione tra gli operatori dei diversi enti, i MMG ...
 - potenziamento presa in carico attraverso l'individuazione del "case manager", l'unità di valutazione multidimensionale...
 - costruzione dell'intervento attraverso "budget di cura" integrato

... strumenti

- sistema informativo e di conoscenza:
 - analisi dei bisogni attraverso la costruzione/integrazione di banche dati relativi ai target di popolazione (condivisione dati ASL/ Comuni e Ambito...)
 - condivisione dati Commissione invalidi (numero di invalidità concesse, per fasce d'età...)
 - ipotesi di piattaforme informatiche interistituzionali per condividere i piani assistenziali ed i budget di cura e pervenire ad una sorta di “anagrafica dinamica” delle persone gravemente non autosufficienti
 - approfondimenti e analisi congiunte ASL/Ambito sul lavoro di cura privato (badanti) e azioni di sostegno

TITOLO OBIETTIVO	INTERVENTI/AZIONI DI SISTEMA	MODALITA' DI INTEGRAZIONE	RISORSE IMPIEGATE	STRUMENTI UTILIZZATI	INDICATORI DI ESITO	RANGE DI VALUTAZIONE	STRUMENTI DI VALUTAZIONE	TEMPISTICA
Valutazione e presa in carico congiunta relativa all'attuazione del Secondo Pilastro del Welfare	<p>Valutazione Multidimensionale e multi professionale integrata dei bisogni delle persone fragili</p> <p>Progettazione integrata e condivisa degli interventi a favore di persone fragili nella logica del budget di cura</p> <p>Implementazione dello sportello unico del welfare distrettuale</p>	<p>Laboratori "triage" distrettuali integrati con ASL, istituiti con delibera ASL n. 818 del 21.12.2012</p> <p>Costituzione di equipe stabili integrate ASL/ambiti/comuni</p> <p>Tavolo tecnico tematico periodico (implementazione delle D.G.R. attuative della D.G.R. 116, adozione di protocolli condivisi, adozione di strumenti di valutazione condivisi)</p>	<p>Individuazione per ogni Ambito di un referente per la valutazione multidimensionale e che coinvolge a seconda del caso l'assistente sociale del comune di residenza per garantire le valutazioni multidimensionali integrate con l'ASL.</p>	<p>Protocollo condiviso degli strumenti di valutazione utilizzati nelle varie misure a supporto di cittadini fragili e delle loro famiglie</p> <p>Sistema informativo che permette la condivisione dei dati di tutti gli utenti che accedono all'ADI e/o alle misure di cui alle DD.G.R. n. 2655, 2942, 2883/2014</p>	<p>Incontri mensili dei laboratori "triage"</p> <p>Ogni ambito ingaggia una assistente sociale che si raccorda con le assistenti sociali dei Comuni per garantire le VMD integrate con ASL</p> <p>In tutti gli Ambiti è adottata a regime la valutazione di 1° livello mediante scheda di orientamento;</p> <p>Audit semestrale del tavolo tematico per la definizione di protocolli condivisi</p> <p>VMD integrate a favore di persone rientranti nel target di utenza ex-DD.G.R. 2655, 2942, 2883/2014</p>	<p>Almeno 6 incontri/anno</p> <p>1 operatore individuato per ambito + elenco nominativo di 1 assistente sociale per ogni Comune</p> <p>73 comuni effettuano la valutazione di 1° livello</p> <p>2-4 audit/anno</p> <p>VMD integrate: 100% dei PI ex-D.G.R. n. 2655/2014 prevedono la condivisione con l'assistente sociale d'ambito</p> <p>Non meno dell'80% dei PI ex-D.G.R. 2942 (residenzialità leggera e RSA aperta) prevedono la condivisione con l'assistente sociale</p> <p>Il 50% dei PI ex-D.G.R. 2883/2014 prevedono la VMD integrata con ASL</p>	<p>Scheda di "triage"/scheda di orientamento;</p> <p>ADL/IADL</p>	<p>2015: a regime il sistema della valutazione di 1° livello e della valutazione multidimensionale integrata;</p> <p>implementazione del modello organizzativo di valutazione multidimensionale integrata ASL/Ambiti;</p> <p>azioni formative e informative sull'avvio dello sportello unico del welfare da parte di ASL;</p> <p>2016: a regime il modello organizzativo di valutazione multidimensionale integrata ASL/Ambiti;</p> <p>coinvolgimento organizzativo degli Ambiti/Comuni nella realizzazione dello sportello unico del welfare;</p> <p>2017: a regime il modello organizzativo dello sportello unico del welfare ASL/Ambiti/Comuni per la gestione unificata del bisogno di cittadini fragili nell'ottica del budget di cura</p>