LEGGE N. 23/2015
PRINCIPI E STRATEGIE

Dott. Sandro Fumagalli
ASST Rhodense

16 dicembre 2016

UTE – Garbagnate Mil.se

LEGGE REGIONALE 11 AGOSTO 2015, n. 23

«Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)

IN SINTESI:

- Libera scelta e presa in carico del paziente
- Istituzione delle ATS Agenzia di tutela della Salute (nascono dalle Asl e si riducono da 15 a 8)
- Istituzione delle ASST Aziende socio sanitarie territoriali
- Agenzia dei controlli
- Agenzia per la promozione del sistema sociosanitario lombardo

Alcune chiavi di lettura della Legge 23/2015

- Dal governo dell'offerta al governo della domanda
- Dalla patologia al paziente, dal paziente alla persona nel suo contesto familiare
  - La ricomposizione dell'offerta (sanitaria e sociosanitaria integrata) sulla persona
  - Dalla prestazione al percorso: modelli di presa in carico
- La personalizzazione dell'offerta
- Un sistema di finanziamento che tiene conto dell'efficacia

A T S

"attuazione della programmazione definita dalla Regione"

- denominazione di
  - **"AGENZIA"**
  - e non **"Azienda"**
  - della salute

un'articolazione amministrativa della Regione sul territorio che ha il compito di attuarne la programmazione attraverso gli strumenti programmatori contenuti nella stessa legge

A T S

Funzioni: governance

Competono, inoltre, all'ATS le seguenti funzioni:

- **Responsabilità delle risorse** (finanziarie) assegnate annualmente dalla Regione (bilancio ATS) per la
  - remunerazione delle prestazioni erogate da tutti i soggetti accreditati ed a contratto pubblici e privati
  - contrattazione (integrativa) territoriale in relazione a specifici bisogni
- **Programmazione ed Acquisto delle prestazioni** erogate da soggetti pubblici e privati accreditati (sulla base del fabbisogno stabilito a livello regionale), di norma tramite contratti;
- **Attivazione di un "governo del percorso di presa** in carico della persona in tutta la rete dei servizi";
- **Governo dell'assistenza primaria** e relativo convenzionamento
- **Vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta** pubbliche e private
- **Raccordo con il sistema degli Enti territoriali/Autonomie Locali**, in particolare sul versante dei servizi sociali, in ottica anche di
  - pianificazione condivisa ed integrata
- … … … …

A T S

… articolata in:

Distretti (art. 7 bis, commi 1,2,3,6,7)

c. 1: In ogni ATS sono costituiti un **numero di distretti pari al numero delle ASST** comprese nelle ATS medesime

c. 2: " I distretti sono articolati dalla ATS in **ambiti distrettuali**, comprendenti ciascuno una popolazione di norma non inferiore a 80.000 abitanti. Nelle aree ad alta densità abitativa tale rapporto è elevato fino a 120.000 abitanti"

c. 3:" I distretti delle ATS e le loro articolazioni territoriali di cui all'articolo 20, comma 1, con la direzione sociosanitaria delle ASST **assicurano che le ASST e i soggetti erogatori del SSL abbiano risorse sufficienti per garantire l'omogeneità dell'erogazione delle prestazioni"**

c. 6. "…**I distretti afferiscono direttamente alle direzioni generali delle ATS…"**

c.7.: " **L'erogazione delle prestazioni ….è affidata alle ASST ed ai soggetti erogatori del SSL….**. In ogni caso, l'erogazione delle prestazioni distrettuali è garantita e assicurata dall'attività di programmazione e acquisto delle prestazioni e dei servizi da parte delle ATS."

LE NUOVE ATS

MONTAGNA
INSUBRIA
BERGAMO
BRIANZA
BRESCIA
CITTA'
METROPOLITANA
PAVIA
VAL PADANA

Regione Lombardia

CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

3.196.825 abitanti
1.575 kmq
2.029 abitanti/kmq
134 comuni

LODI

229.576 abitanti
782 kmq
293 abitanti/kmq
61 comuni

ATS CITTA' METROPOLITANA

3.426.000 abitanti
2.357 kmq
195 comuni

ATS Città Metropolitana di Milano

Servizio Prevenzione e Logistica Integrata

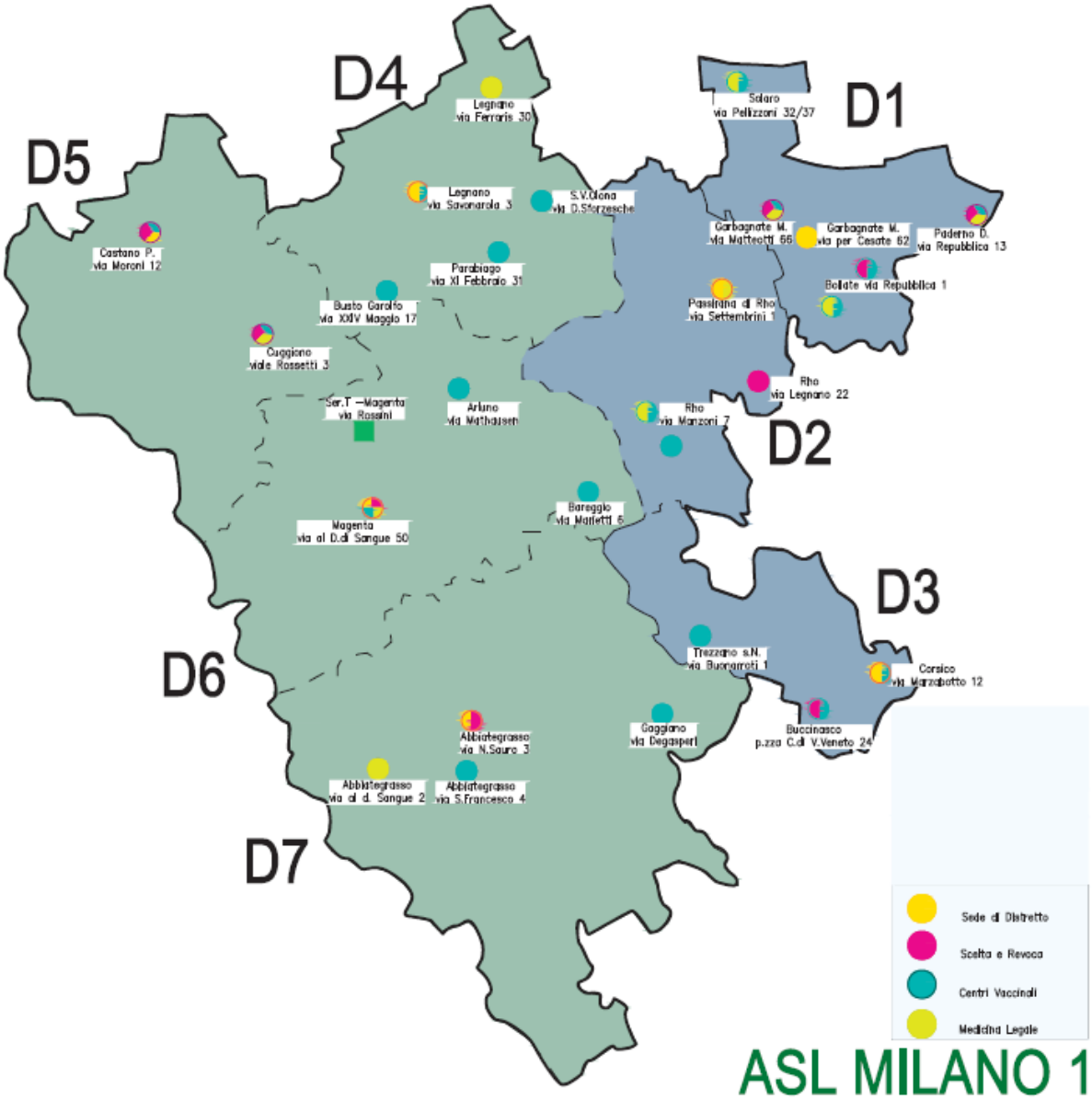
Rete Territoriale – Sede di Garbagnate Milanese

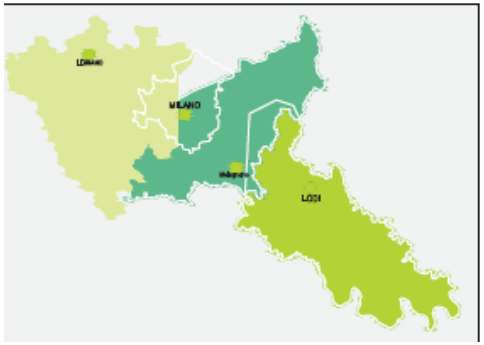
Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Rhodense

ASST OVEST MILANESE

ASST RHODENSE

D1 Garbagnate M.
D2 Rho
D3 Corsico
D4 Legnano
D5 Castano Primo
D6 Magenta
D7 Abbiategrasso





Rete Territoriale – Sede di Garbagnate Milanese

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Rhodense

Ruolo delle ATS

- Alle ATS è attribuito il «governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali… a garanzia della continuità assistenziale»
- Per garantire l'integrazione della rete sanitaria e sociosanitaria con quella sociale si avvale del Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali

Aziende Socio Sanitarie Territoriali

art. 7

- Dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.
- Erogano i LEA
- Presa in carico della persona
- Articolazione organizzativa a rete e modelli integrati ospedale territorio
- Due settori aziendali: rete territoriale e polo ospedaliero
- Polo ospedaliero organizzato in dipartimenti per intensità di cura
- Rete territoriale eroga le prestazioni distrettuali di cui al d. lgs. 502/92 attraverso

  POT Presidi Ospedalieri Territoriali (comma 15),

  PRESST Presidi Socio Sanitari Territoriali (comma 16)

ASST

Rete territoriale

- Specialistica ambulatoriale
- Prevenzione sanitaria
- Prest. medico legali
- Diagnosi
- Cura
- Riabilitazione
- Cure intermedie

Polo ospedaliero

- Diagnosi
- Cura
- Riabilitazione

Ruolo delle ASST

- Concorrono all'erogazione dei LEA
- L'attività delle ASST è volta a garantire la continuità della presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio, compreso il raccordo con il sistema di cure primarie
- Le ASST si articolano in:
  - Settore polo ospedaliero
  - Settore rete territoriale

ASST: ruolo del settore rete territoriale

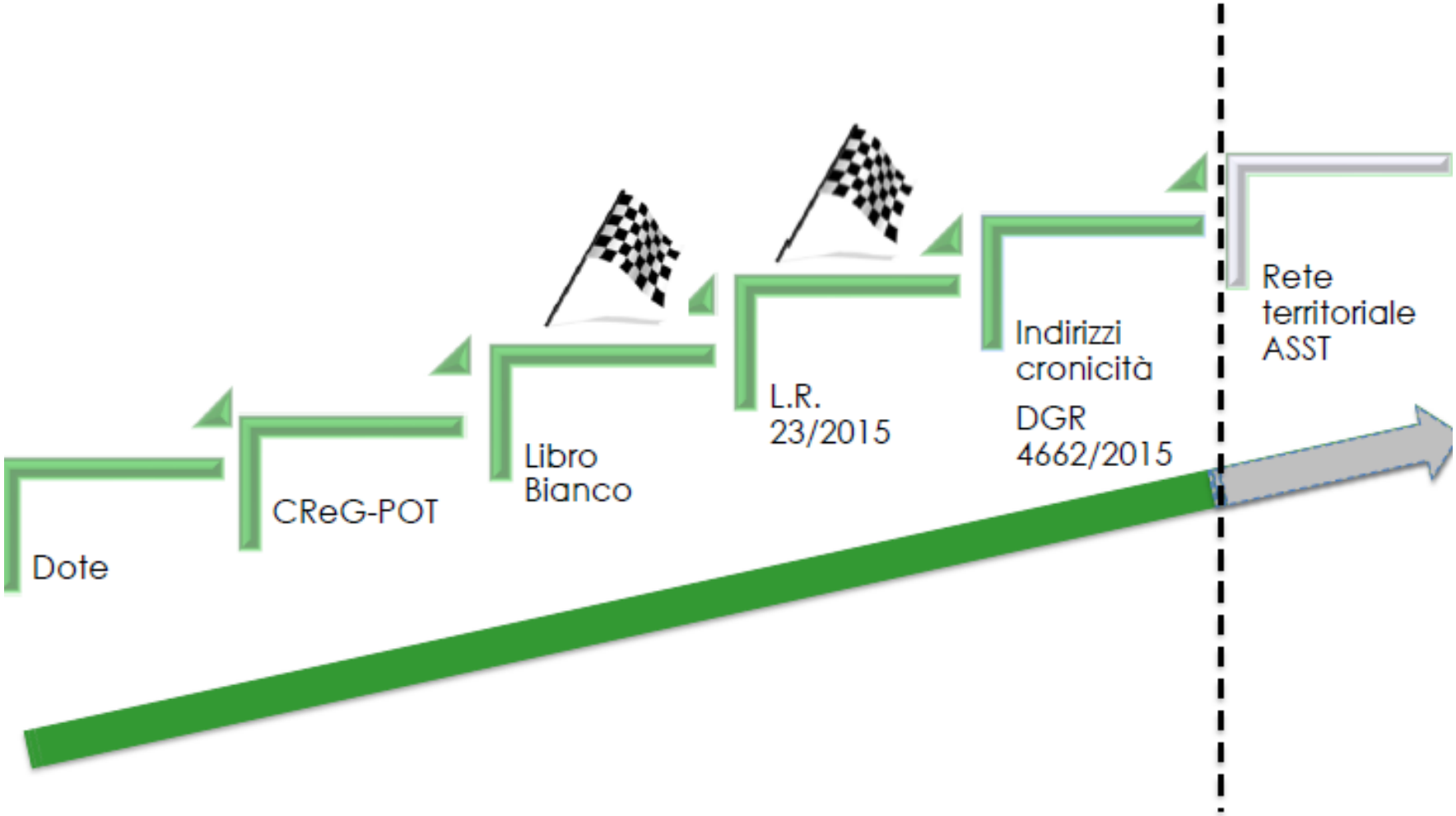
- Afferiscono al settore rete territoriale
  - Presidi ospedalieri territoriali (POT): strutture multi servizio deputate all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie
  - Presidi sociosanitari territoriali (PreSST): modalità organizzative di riferimento con lo scopo di integrare le attività e prestazioni di carattere sanitario, sociosanitario e sociale
  - Altre unità d'offerta territoriali

Ruolo delle strutture private accreditate

- I soggetti erogatori privati sanitari e sociosanitari concorrono all'erogazione delle prestazioni in capo alle ASST al fine di realizzare la rete d'offerta territoriale

- I soggetti erogatori privati possono in ogni caso svolgere tutte le funzioni proprie della ASST (DG Welfare)

Un percorso iniziato da tempo



I pilastri del welfare lombardo

Primo pilastro del welfare lombardo	Secondo pilastro del welfare lombardo
Rete di offerta accreditata	Risposte innovative ai bisogni emergenti

Le risposte innovative possono derivare dall'attivazione di nuovi servizi o da riconversione/adeguamenti di servizi esistenti.
In generale, l'orientamento della DGR è realizzare **nuovi interventi che vanno a supportare i soggetti fragili**, con l'obiettivo di **favorire la loro permanenza a domicilio**, in modo da rispondere al recente trend evolutivo della domanda, sempre meno rivolta ai tradizionali servizi di residenzialità e che richiede una maggiore flessibilità.

LA RETE delle UNITÀ DI OFFERTA SOCIOSANITARIE

	Anziani	Disabili	Persone con dipendenze	Malati terminali	Donne, minori, coppia, famiglia
Residenziale	RSA	RSD CSS			
	CURE INTERMEDIE		COMUNITA'	HOSPICE	
		RIABILITAZIONE MINORI			
Semi residenziale	CDI	CDD			
		CDC (RIA)	SEMI RESIDENZIALE		
	RIABILITAZIONE DH				
Ambulatoriale	RIABILITAZIONE AMBULATORIALE		SMI SERT		CONSULTORI PUBBLICI E PRIVATI
Domiciliare	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)			ADI CURE PALLIATIVE	
	RIABILITAZIONE DOMICILIARE				

Definizione di malattie croniche non trasmissibili (MCNT)

« Insieme di condizioni patologiche eterogenee, accomunate da una lunga e latente patogenetica ad esordio graduale, di lunga durata e lenta progressione, che porta in genere verso un progressivo aggravamento»

Lo stato di salute e di benessere del malato cronico non è influenzato solo da fattori biologici malattia-specifici, ma anche in larga misura da determinanti non biologici, quali ad esempio lo status socio-familiare, economico, ambientale, l'accessibilità delle cure, ecc.

I soli fattori di rischio comportamentali sono responsabili per circa l'80% delle malattie coronariche e cerebrovascolari (Who, Genevra 2004)

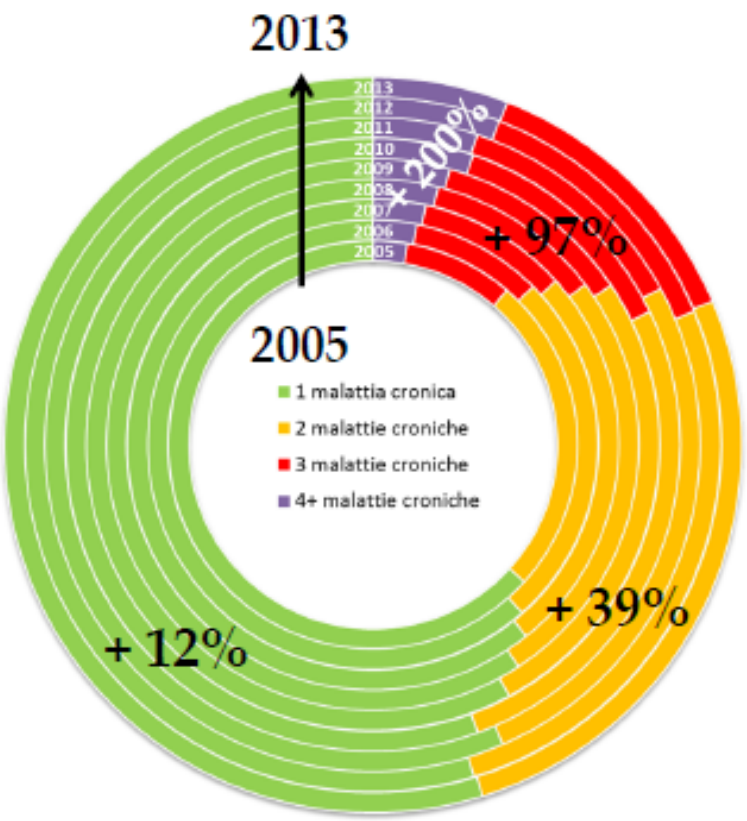
L'obiettivo della cura è mantenere una buona qualità di vita e prevenire un aggravamento o possibili complicanze

La «cronicità» della Lombardia

2005-2013

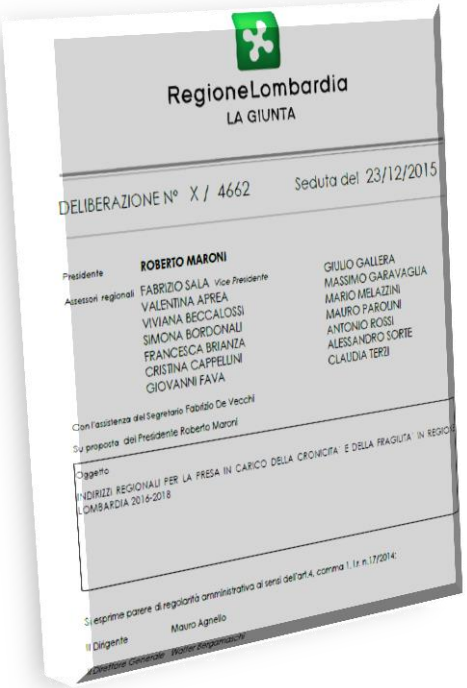
- Invecchiamento della popolazione
- Aumento della prevalenza di malati cronici, specie poli-patologici.
- In aumento i cronici con bisogni assistenziali complessi.
- Malattie cardiovascolari: sono la porzione più rilevante della cronicità (+ 480.000 dal 2005 al 2013) insieme al diabete (+ 151.000).
- La spesa sanitaria globale è aumentata di oltre il 30% dal 2005 al 2012: è sostanzialmente stagnante dal 2012
- La spesa pro-capite si è ridotta, come effetto della riduzione dei ricoveri.
- Nei prossimi 5 anni è atteso un ulteriore aumento del n° dei pazienti cronici e un incremento di spesa.

La «cronicità» della Lombardia



- **6.700 MMG**
  65% in forma associativa
- 3,5 milioni di pazienti cronici (**30% della popolazione)**
- **75% della spesa** sanitaria regionale
- Prevalenza in aumento, in particolare con poli-patologia e/o poli-trattati

Una programma dedicato ai malati cronici
DGR n° X/4662 del 23.12.2015



RegioneLombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 4662 Seduta del 23/12/2015

Presidente ROBERTO MARONI

Assessori regionali FABRIZIO SALA Vice Presidente, VALENTINA APREA, VIVIANA BECCALOSSI, SIMONA BORDONALI, FRANCESCA BRIANZA, CRISTINA CAPPELLINI, GIOVANNI FAVA, GIULIO GALLERA, MASSIMO GARAVAGLIA, MARIO MELAZZINI, MAURO PAROLINI, ANTONIO ROSSI, ALESSANDRO SORTE, CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta del Presidente Roberto Maroni

Oggetto
INDIRIZZI REGIONALI PER LA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITA' E DELLA FRAGILITA' IN REGIONE LOMBARDIA 2016-2018

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Dirigente Mauro Agnello

Direttore Centrale Politiche Regionali

REGIONE LOMBARDIA

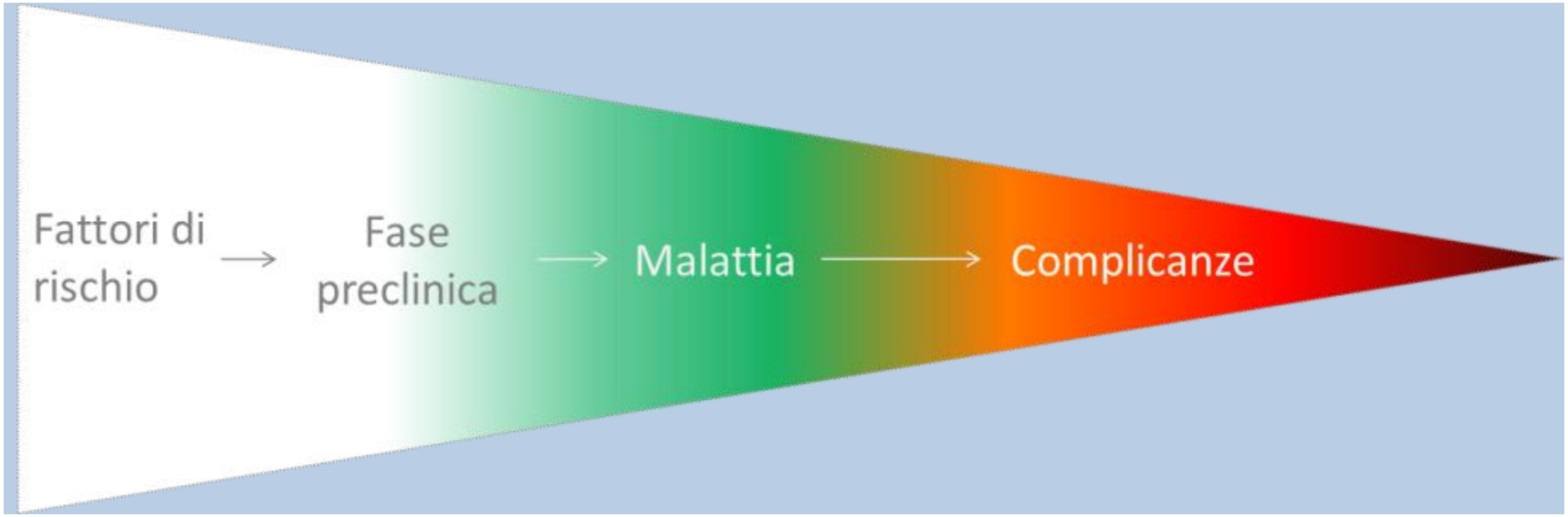
Indirizzi per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia

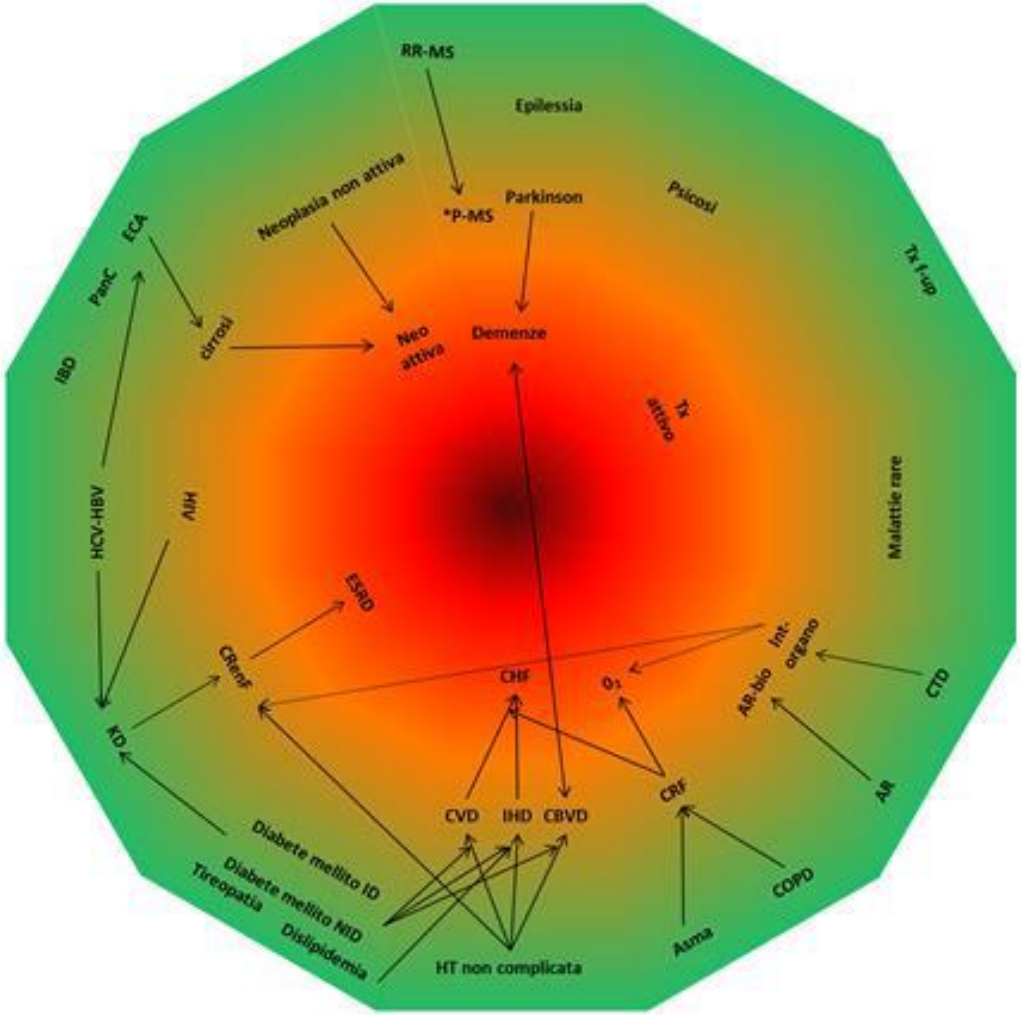
2016-2018

Regione Lombardia

www.regione.lombardia.it

La cronicità





Rete Territoriale – Sede di Garbagnate Milanese

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Rhodense

Il poligono della cronicità

Le fasi delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) sono rappresentate graficamente nel Poligono della cronicità

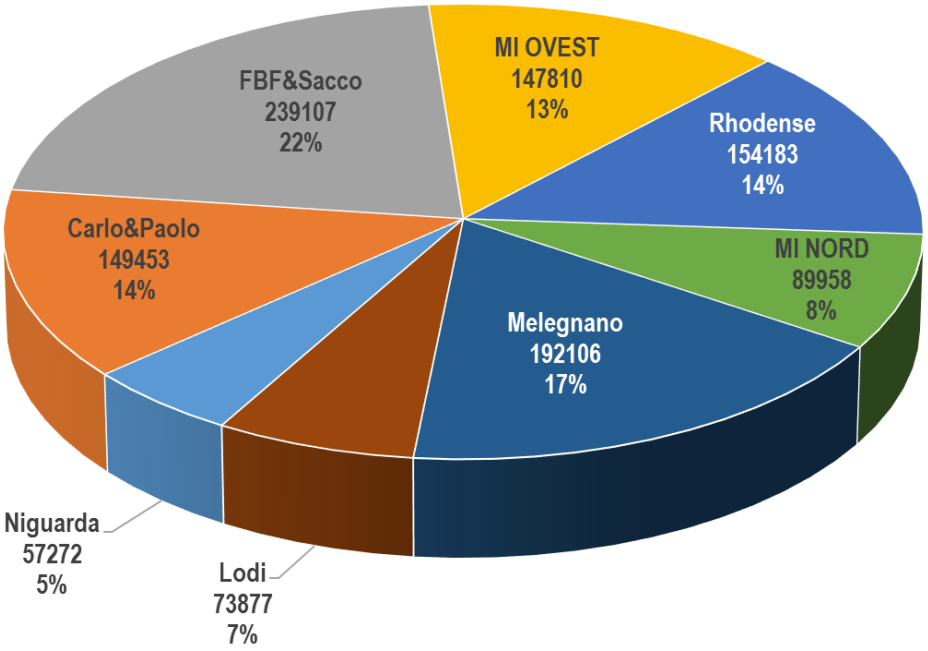
E' un modello evolutivo gerarchico che tiene conto della progressione delle malattie croniche in termini di severità clinica e bisogni assistenziali.

All'interno di ciascuna branca specialistica è stata effettuata una classificazione clinica delle malattie croniche, rappresentando in termini di severità e complessità assistenziale l'evoluzione di ciascuna condizione morbosa :

- malattia meno complessa in area verde,
- livello intermedio di complessità in area arancione,
- elevata complessità in area rossa,
- nel tentativo di pervenire ad una classificazione semplificata (con ridotto numero di classi e che tenga conto anche della polipatologia) aggregando le categorie esistenti in un modello gerarchico.

Numero di soggetti con almeno una cronicità per ASST:

Niguarda	57.272
SS Carlo Paolo	149.453
FBF e Sacco	239.107
Ovest Milanese	147.810
Rhodense	154.183
Nord Milano	89.958
Melegnano Martesana	192.106
Lodi	73.877
ATS	1.103.766



TOTALE ATS 1.103.766 (32%)

Il nuovo approccio

- dalla cura al prendersi cura
- rovesciamento del focus: dall'offerta alla domanda
- modello incentrato sui bisogni del cittadino
- valutazione del bisogno
- percorso di cura integrato (sanitario+sociosanitario+socioassistenziale)
- piano assistenziale individuale
- case management

La rete d'offerta per la cronicità

- Cure Primarie (AFT e UCCP)
- letti ospedalieri di area medica
- posti tecnici sub-acuti
- posti letto di Cure Intermedie
- rete di offerta riabilitativa
- POT e PreSST
- Assistenza Domiciliare Integrata
- Residenze Sanitarie Assistenziali
- Centri Diurni Integrati

Presa in carico del paziente cronico

Le unità d'offerta sociosanitarie operano nella prospettiva di una piena integrazione tra dimensione sociosanitaria e sociale, nella risposta ai bisogni complessi:

- Valutazione multidimensionale
- Piano Personalizzato di assistenza
- Erogazione voucher
- Assistenza domiciliare
- Residenzialità leggera/assistita
- Ricoveri di sollievo
- RSA aperta

2. RSA APERTA (1/4)

La misura **RSA/RSD aperta** è, per consistenza e per obiettivi, quella centrale della DGR.

Si rivolge *"ad un segmento della popolazione, tra i meno assistiti dalla rete d'offerta dove il carico assistenziale è quasi totalmente e quasi sempre assunto dalle famiglie".*

Gli **erogatori accreditati** possono proporre alle ASST una serie di pacchetti o prestazioni di supporto al lavoro di cura domestico, per sostenere le famiglie di anziani con demenza o altri disturbi di natura psicogeriatrica.

Gli **interventi** possono essere offerti con modalità diverse - domiciliari, residenziali e semiresidenziali/diurne – ma distinte dalle normali attività contrattualizzate.

Il **voucher** può essere utilizzato in modo flessibile, ad esempio, per garantire interventi continuativi di ridotta intensità , oppure accumulandolo per utilizzarlo poi per una singola erogazione breve ma più costosa, come un ricovero di sollievo.

2. RSA APERTA (2/4)

La **lista delle prestazioni possibili**, elencate ma non esaustive, è molto ampia: interventi di addestramento e supervisione dei caregiver; sostituzione temporanea delle badanti; ascolto e supporto psicologico; accoglienza residenziale o semi-residenziale di sollievo; adattamento degli ambienti; interventi specialistici.

Le prestazioni sono articolabili secondo le esigenze valutabili caso per caso e diversamente integrabili nel PI e nel conseguente PAI che l'erogatore selezionato dalla famiglia – in questo caso si tratta di enti gestori di RSA accreditate – condividerà.

Le finalità dei servizi attivabili riguardano:

- interventi sanitari destinati alla cura dell'utente
- Interventi destinati all' accompagnamento e al sostegno concreto della **famiglia, vero beneficiario delle misure che – prima di questa delibera – salvo eccezioni o progettualità mirate, poteva attivare servizi similari ma in regime privato o con quota di compartecipazione.**

2. RSA APERTA (3/4)

Destinatari :

- persone residenti in Regione Lombardia, iscritte al sistema sanitario regionale,
  - affette da demenza certificata da specialista neurologo/geriatra

  oppure
  - non autosufficienti di età superiore ai 75 anni
- Per entrambe le categorie, la valutazione d'accesso prevede la somministrazione della scala dello stress del familiare/ personale di assistenza (Relative Stress Scale RSS) .
- L'accesso alla misura è garantito, a seguito di valutazione multidimensionale, mediante la definizione di un profilo assistenziale corrispondente ad un pacchetto di interventi a bassa, media e/o alta intensità, collegato a un preciso valore mensile di voucher.

2. RSA APERTA (3/4)

Destinatari :

- persone residenti in Regione Lombardia, iscritte al sistema sanitario regionale,
  - affette da demenza certificata da specialista neurologo/geriatra

  oppure
  - non autosufficienti di età superiore ai 75 anni
- Per entrambe le categorie, la valutazione d'accesso prevede la somministrazione della scala dello stress del familiare/ personale di assistenza (Relative Stress Scale RSS) .
- L'accesso alla misura è garantito, a seguito di valutazione multidimensionale, mediante la definizione di un profilo assistenziale corrispondente ad un pacchetto di interventi a bassa, media e/o alta intensità, collegato a un preciso valore mensile di voucher.

2. RSA APERTA (4/4)

Profilo 1: valore voucher 350 euro: prestazioni, anche di lunga durata, ma tendenzialmente legate all'intervento di singoli professionisti (ASA/OSS educatore, ecc..), con l'obiettivo di integrare/sostituire il lavoro del caregiver.

Profilo 2: valore voucher 500 euro: prestazioni a maggiore integrazione professionale e/o interventi che prevedono accessi a frequenza decrescente, per es. per addestrare il caregiver (es. tecniche di assistenza nelle ADL, gestione dei disturbi comportamentali ecc.).

Profilo 3: valore voucher 700 euro: prestazioni a carattere continuativo o di lunga durata e a diverso mix professionale a maggiore intensità assistenziale, necessità di maggiore integrazione con altri servizi sociali e /o socio-sanitari e/o care management anche intenso.

RegioneLombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 5918 Seduta del 28/11/2016

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali FABRIZIO SALA *Vice Presidente* VALENTINA APREA VIVIANA BECCALOSSI SIMONA BORDONALI FRANCESCA BRIANZA CRISTINA CAPPELLINI LUCA DEL GOBBO GIOVANNI FAVA GIULIO GALLERA MASSIMO GARAVAGLIA MAURO PAROLINI ANTONIO ROSSI ALESSANDRO SORTE CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

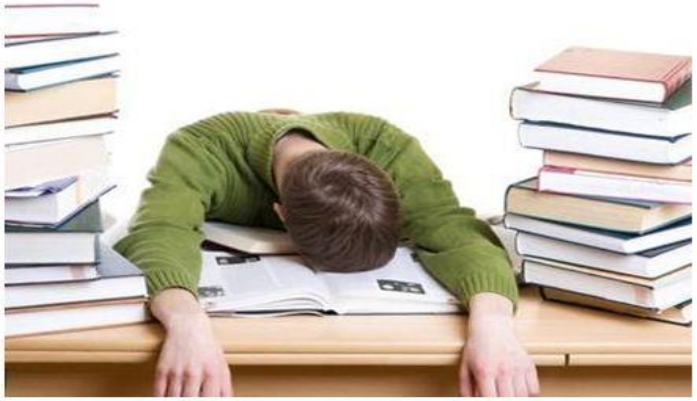
Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto

DISPOSIZIONI IN MERITO ALLA EVOLUZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE IN LOMBARDIA: INTEGRAZIONE DEI MODELLI ORGANIZZATIVI SANITARIO E SOCIOSANITARIO
- (ATTO DA TRASMETTERE AL CONSIGLIO REGIONALE)

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

I Dirigenti Mauro Agnello Laura Lanfredini Il Direttore Generale Giovanni Daverio

L'atto si compone di 29 pagine
di cui 17 pagine di allegati parte
integrante

Grazie per l'attenzione