RegioneLombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 499 Seduta del 25/07/2013

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali MARIO MANTOVANI *Vice Presidente*
VALENTINA APREA
VIVIANA BECCALOSSI
SIMONA BORDONALI
PAOLA BULBARELLI
MARIA CRISTINA CANTU'
CRISTINA CAPPELLINI
ALBERTO CAVALLI
MAURIZIO DEL TENNO
GIOVANNI FAVA
MASSIMO GARAVAGLIA
MARIO MELAZZINI
ANTONIO ROSSI
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Marco Pilloni

Su proposta dell'Assessore Maria Cristina Cantù

Oggetto

DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLE SPERIMENTAZIONI REALIZZATE AI SENSI DELLA DGR 4 APRILE 2012, N. 3239 "LINEE GUIDA PER L'ATTIVAZIONE DI SPERIMENTAZIONI NELL'AMBITO DELLE POLITICHE DI WELFARE": INDICAZIONI A CONCLUSIONE DEL PERIODO SPERIMENTALE

Il Dirigente Rosella Petrali

Il Direttore Generale Giovanni Daverio

L'atto si compone di 28 pagine

di cui 18 pagine di allegati

parte integrante

VISTA la l.r. statutaria 30 agosto 2008, n.1 ed in particolare l'art.2, comma 4, lett. b) dello Statuto d'autonomia della Regione Lombardia in base al quale la Regione tutela la famiglia, come riconosciuta dalla Costituzione, con adeguate politiche sociali, economiche e fiscali, avendo particolare riguardo ai figli, alla funzione educativa e alla cura delle persone anziane;

VISTE:

- la l.r. 12 marzo 2008, n. 3 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario" ed in particolare l'art 11 comma 1 che stabilisce alla lettera w) che Regione Lombardia promuove e sostiene la sperimentazione di unità d'offerta innovative, e alla lettera x) che la Regione promuove e sostiene studi e ricerche finalizzate ed indagini conoscitive sugli interventi e sui servizi socio sanitari;
- la l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità";
- la 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;
- la l.r. 14 dicembre 2004, n. 34 "Politiche regionali per i minori" ed in particolare:
  - l'art. 2 c.1, lettera c) che prevede di tutelare il minore e il suo benessere globale, garantendone fin dove possibile la permanenza in famiglia, favorendo sinergie tra famiglia, istituzioni pubbliche e private educative, sanitarie, sociali e mondo del lavoro ;
  - l' art. 6 che definisce la rete d'offerta socio sanitaria rivolta al minore;

RICHIAMATI i seguenti atti di programmazione regionale:

- la DCR 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 della famiglia, del suo ruolo sociale e ai diversi bisogni dei suoi componenti, soprattutto in presenza di particolari situazioni di disabilità che impegnano le famiglie in modo considerevole sia dal punto di vista delle cure sia da quello economico;

- la DGR 14 maggio 2013, n. 116 "Determinazioni in ordine all'istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: atto d'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 disabilità, ed in particolare i minori con gravi e gravissime disabilità o con patologie in fase terminale ed ai minori con disturbi pervasivi dello sviluppo;
  - Persone anziane fragili e non autosufficienti, con particolare riferimento alle persone la cui condizione di fragilità è determinata o dall'età avanzata e dalla cronicizzazione delle malattie e alle modificazioni della struttura sociale;
  - Persone affette da ludopatia, disturbo compulsivo che ha grande attinenza con la tossicodipendenza tanto da rientrare nell'area delle cosiddette dipendenze senza sostanze;

- la DGR 17 maggio 2013, n.144 "Determinazioni per l'attuazione di interventi e misure a favore dei genitori separati con figli minori, con particolare riferimento alle situazioni di fragilità" che prevede azioni volte a sostenere la genitorialità durante e dopo la separazione e ad accompagnare i coniugi nel progetto di ricostruzione del loro ruolo genitoriale, nonché misure che contribuiscono economicamente nelle situazioni che possono creare condizioni di povertà e di esclusione sociale;

- la DGR 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 succitata DGR 116/2013, prevede l'attivazione da parte delle ASL anche con il contributo di realtà significative operanti sul territorio della funzione di case management per sostenere le persone con disabilità nell'accesso ai servizi;

- la DGR 26 ottobre 2012, n. 4334 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2013" che ha disposto la prosecuzione delle sperimentazioni avviate ai sensi della DGR 3239/2012 fino al 31.07.2013;

- la DCR 7 novembre 2010, n. 88 che ha approvato il "Piano Socio Sanitario Regionale 2010/2014" (PSSR) che, tra l'altro, al capitolo "Rete dei servizi socio sanitari e territoriali" prevede di:
  - favorire l'accesso e l'accompagnamento delle persone e delle famiglie nella rete dei servizi ed interventi sanitari, socio sanitari e sociali;
  - sviluppare interventi assistenziali che si collochino nella fase intermedia tra ospedale e territorio a tutela della continuità dell'assistenza
  - sviluppare interventi di risposta sia ai bisogni socio sanitari ad elevata complessità clinico assistenziale sia ai bisogni correlati ad una fragilità prevalentemente sociale (residenzialità leggera);

RICHIAMATA in particolare la DGR, 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 la sperimentazione di nuovi modelli gestionali di miglioramento, lo sviluppo ed innovazione della rete complessiva delle unità d'offerta per accompagnare la persona nell'accesso, e la sostenibilità finanziaria del sistema
- ha individuato i seguenti ambiti di sperimentazione:
  - riabilitazione ambulatoriale e diurna territoriale extra ospedaliera per minori disabili
  - dipendenze
  - fragilità e non autosufficienza
  - consultori
- ha previsto che al termine della sperimentazione la DG competente avrebbe predisposto un report generale finale dando contezza degli esiti e delle ricadute delle sperimentazioni sulle politiche regionali;
- ha definito le risorse di importo complessivo pari a € 38.000.000 per il sostegno delle sperimentazioni valutate positivamente;

RICHIAMATA, da ultimo, la DGR 19 dicembre 2012, n.4525 con cui si è disposto che la fase di presentazione delle richieste di sperimentazione era da ritenersi conclusa al 31.12.2012;

PRECISATO che, con i successivi Decreti attuativi della Direzione Generale competente, sono stati:

- approvati i progetti sperimentali (DDG n. 6622/2012, 6964/2012,7034/2012, 9742/2012, 10316/2012 e 1026/2013)a
- assegnate le risorse alle ASL per la remunerazione delle prestazioni/progetti (7285/2012, n. 12659/2012 e n. 3743/2013)
- definite le modalità di rendicontazione, monitoraggio e controllo da attuarsi a cura delle ASL (DDG n. 8281/2012);

CONSIDERATO che la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato ha analizzato e valutato i dati di monitoraggio e rendicontazione pervenuti dalle ASL, e agli atti della Direzione Generale, che ha consentito l'elaborazione del report finale, previsto dalla DGR 3239/2012, comprensivo della spesa complessiva per area d'intervento, così come riportato nell'allegato A "Report di valutazione finale delle sperimentazioni attivate ai sensi della DGR n. 3239/2012 con termine il 31 luglio 2013", parte integrante e sostanziale del presente atto;

CONFERMATO che, come previsto dalla DGR n. 3239/2012, la fase di sperimentazione si conclude il 31 luglio 2013;

CONSIDERATO, come emerge dal report di cui all'allegato A "Report di valutazione finale delle sperimentazioni attivate ai sensi della DGR n. 3239/2012 e con termine il 31 luglio 2013", sopra citato, che per tutte le aree oggetto di sperimentazione, pur nella complessiva valutazione positiva, occorre:

- intraprendere azioni di correzione migliorativa;
- rafforzare le buone prassi realizzate;
- sistematizzare le nuove unità d'offerta nella rete dei servizi;
- effettuare ulteriori e più stringenti azioni di monitoraggio e controllo anche sull' appropriatezza delle prestazioni;

CONSIDERATO altresì che:

- tutte le sperimentazioni sostenute con DGR 3239/2012 o altre approvate dalla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà sociale e Volontariato ed allineate alla stessa DGR, tenuto anche conto di quanto disposto dalla DGR 4334/2012 ad ogni conseguente effetto, stanno garantendo risposte a persone non accolte o accolte solo parzialmente dall'attuale rete d'offerta sociosanitaria;

- gli esiti di alcune aree di sperimentazione dovranno essere oggetto di valutazione ed approfondimenti complessivi ed integrati con la Direzione Generale Salute;

VALUTATO, in ragione di quanto espresso nei precedenti punti:

- di avviare la fase di realizzazione delle correzioni migliorative e delle azioni di rafforzamento delle buone prassi, funzionali alla eventuale sistematizzazione di nuove unità d'offerta;
- che la fase di cui sopra sarà attuata con i 180 Enti che alla data del 31 maggio 2013 risultano in attività;
- che la nuova fase avrà inizio dal 1 agosto 2013 e si concluderà entro il 31 gennaio 2014;

RITENUTO di definire le azioni di correzione migliorativa, in assoluta armonia con quanto disposto dai provvedimenti deliberativi assunti dalla Giunta Regionale nella X Legislatura: DGR n. 116/2013, e DGR n. 392/2013, per ogni area d'intervento come specificato nell'allegato B, "Indicazioni per azioni migliorative a conclusione del periodo di sperimentazione ai sensi della DGR, n.3239/2012" parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

DATO ATTO che, anche nella fase di correzione migliorativa, si demanda alle ASL la regolazione dei rapporti giuridici ed economici, la gestione degli aspetti amministrativi, ivi compresa l'erogazione delle risorse, nonché le attività di monitoraggio e controllo;

RITENUTO altresì che questa fase dovrà essere caratterizzata dall'applicazione di precisi e specifici indicatori di controllo e monitoraggio, comprendenti anche le verifiche del grado di soddisfazione dell'utenza, così come definiti all'allegato C "Attività di controllo e monitoraggio" parte integrante e sostanziale del presente provvedimento che le ASL applicheranno in sede di controllo;

RITENUTO di definire lo schema tipo di convenzione quale strumento negoziale di regolazione dei rapporti giuridici ed economici disciplinanti il prosieguo delle attività dedotte da ciascun progetto discendente dalla sperimentazione conclusa il 31.07.2013 tra le ASL e gli enti gestori dei progetti così come riportato analiticamente nell'allegato D "Schema di convenzione", parte integrante e

sostanziale del presente provvedimento;

DATO ATTO di demandare a successivo provvedimento, da assumersi, entro il 30 ottobre 2013, la definizione dei criteri necessari a determinare la prevalenza sanitaria, sociosanitaria o sociale, delle attività per ogni area progettuale definita ai sensi della DGR 3239/2012 al fine di acquisire i necessari elementi per l'eventuale definizione delle nuove unità d'offerta da sistematizzare o per il riadeguamento di unità d'offerta già facenti parte della attuale rete dei servizi in ottica di multiservizio;

DATO ATTO che con decreto n. 3743 del 30 aprile 2013, in attuazione della DGR. n. 3239/2012, sono stati assegnati alle ASL i budget di risorse definitivi, pari a euro 37.724.366,00, per remunerare i progetti approvati da Regione Lombardia, a carico delle risorse del Fondo sanitario regionale per le attività sociosanitarie integrate anno 2012;

DATO ATTO che**,** a seguito della rinuncia alla sperimentazione da parte di alcuni Enti, o a seguito di produzione di volumi di attività inferiori alle previsioni, si sono prodotte economie di spesa;

RITENUTO che le risorse derivanti dalle economie di spesa di cui sopra siano utilizzabili per sostenere la gestione della fase di correzione migliorativa senza la previsione di maggiori risorse rispetto a quelle già stanziate ed assegnate;

DATO ATTO, pertanto che il presente atto non comporta ulteriori oneri di spesa a carico del bilancio regionale;

RITENUTO di rinviare a successivi provvedimenti della Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato:

- la definizione di budget, a disposizione di ogni singolo progetto, congrui all'attuazione della fase migliorativa ed alla garanzia della continuità assistenziale delle persone già in carico, provvedimento da assumere entro il 31 luglio 2013 secondo i seguenti criteri:
  - per l'area A, B e C si assume il valore mensile di produzione relativo all'ultimo bimestre di rendicontazione (aprile – maggio 2013);
  - per l'area D - Consultori, nonché per tutti gli altri progetti approvati

con DDG 12/2/2013, n.1026, il criterio è il valore mensile del budget assegnato per la fase di sperimentazione conclusasi il 31/7/2013;

- per tutte le aree potranno essere individuati ulteriori indicatori gestionali, in relazione alle azioni correttive introdotte, che potranno determinare una rimodulazione dei progetti e conseguentemente delle risorse in termini di razionalizzazione e riduzione;
- la determinazione degli atti attuativi del presente provvedimento;

RITENUTO di pubblicare il presente provvedimento sul BURL e sul sito internet della Direzione Generale Famiglia, Solidarietà sociale e Volontariato, nonché di darne comunicazione alle Aziende Sanitarie Locali e attraverso le ASL, agli Enti interessati;

VISTA la l.r. 20/2008 nonché i provvedimenti organizzativi della X Legislatura**;**

All'unanimità dei voti espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

Per quanto in premessa motivato:

1. di disporre che la fase di sperimentazione si conclude il 31 luglio 2013, come previsto dalla DGR n. 3239/2012 e si avvia la fase di realizzazione delle correzioni migliorative e delle azioni di rafforzamento delle buone prassi, funzionali alla eventuale sistematizzazione di nuove unità d'offerta, precisando che tale fase:
   - sarà attuata con i medesimi Enti che alla data del 31 maggio 2013 risultano in attività;
   - avrà inizio dal 1 agosto 2013 e si concluderà entro il 31 gennaio 2014;
2. di approvare i seguenti allegati:
   - Allegato A) "Report di valutazione finale delle sperimentazioni attivate ai sensi della DGR n. 3239/2012 e con termine il 31 luglio 2013", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che fornisce indicazioni per:

- intraprendere azioni di correzione migliorativa;
- rafforzare le buone prassi realizzate;
- sistematizzare le nuove unità d'offerta nella rete dei servizi;
- effettuare ulteriori e più stringenti azioni di monitoraggio e controllo anche sull'appropriatezza delle prestazioni;

- allegato B) "Indicazioni per azioni migliorative a conclusione del periodo di sperimentazione ai sensi della DGR 3239/2012", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento che definisce le azioni di correzione migliorativa per ogni area d'intervento, azioni in assoluta armonia con quanto disposto dai provvedimenti deliberativi assunti dalla Giunta Regionale nella X Legislatura: DGR n. 116/2013, e DGR n. 392/2013;
- allegato C) "Attività di controllo e monitoraggio", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che definisce precisi e specifici indicatori di controllo e monitoraggio da applicarsi a cura delle ASL in sede di controllo;
- allegato D) "Schema di convenzione", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, quale strumento negoziale di regolazione dei rapporti giuridici ed economici disciplinanti il prosieguo delle attività dedotte da ciascun progetto discendente dalla sperimentazione conclusa il 31.07.2013 tra le ASL e gli enti gestori dei progetti;

3. di demandare a successivo provvedimento, da assumersi, entro il 30 ottobre 2013, la definizione dei criteri utili a determinare la prevalenza sanitaria, sociosanitaria o sociale, delle attività di per ogni area progettuale al fine di acquisire i necessari elementi per l'eventuale definizione delle nuove unità d'offerta da sistematizzare o per il riadeguamento di unità d'offerta già facenti parte della attuale rete dei servizi;

4. di dare atto che il presente provvedimento non comporta ulteriori oneri di spesa a carico del bilancio regionale;

5. di rinviare, altresì, a successivi provvedimenti della Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato:
   - la definizione, entro il 31 luglio 2013, di budget di progetto congrui

all'attuazione della fase migliorativa, assumendo quale criterio per le aree sperimentali ex DGR 3239/2012 A, B e C il valore mensile di produzione relativo all'ultimo bimestre di rendicontazione; per l'area D, nonché per tutti gli altri progetti approvati con DDG 12/2/2013, n.1026, il valore mensile del budget assegnato per la fase di sperimentazione conclusasi il 31/7/2013, tenendo conto che per tutte le aree potranno essere individuati ulteriori indicatori gestionali, in relazione alle azioni correttive introdotte, che potranno determinare una rimodulazione dei progetti e conseguentemente delle risorse in termini di razionalizzazione e riduzione;

- la determinazione degli ulteriori atti attuativi del presente provvedimento anche con riguardo al necessario allineamento di tutte le altre sperimentazioni debitamente autorizzate in coerenza a quanto già avviato ai sensi della DGR 3239/2012 secondo i principi di cui all'allegato 3 della DGR 4334/2012 ad ogni conseguente effetto modificativo ed integrativo;

6. di disporre che il presente provvedimento sia pubblicato sul BURL e sul sito internet della Direzione Generale Famiglia, Solidarietà sociale e Volontariato, dandone comunicazione alle Aziende Sanitarie Locali e, attraverso le ASL, agli Enti interessati.

IL SEGRETARIO
MARCO PILLONI

ALLEGATO A

REPORT DI VALUTAZIONE FINALE DELLE SPERIMENTAZIONI ATTIVATE AI SENSI DELLA DGR N.3239/2012 CON TERMINE 31 LUGLIO 2013

Il presente report intende dare contezza delle attività sperimentali realizzate ai sensi della DGR n**.** 3239/2012 che sono state prodromiche alla DGR 14 maggio 2013, n.116 "Determinazioni in ordine all'istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: atto d'indirizzo" che, infatti, agisce sia riadeguando l'attuale sistema di offerta sia costruendo progressivamente risposte innovative ai bisogni emergenti, andando progressivamente a costituire il secondo pilastro del welfare lombardo.
L'analisi è stata effettuata sulla base dei dati derivanti dalle schede di monitoraggio e rendicontazione pervenute tramite le ASL, delle relazioni di valutazione prodotte dalle stesse ASL, nonché delle valutazioni effettuate nell'ambito dell'attività delle cabine di regia locali e regionali.

A)Riabilitazione per minori con disabilità

Il contesto di riferimento e gli obiettivi della sperimentazione

La domanda di servizi riabilitativi ambulatoriali per minori è molto forte su tutto il territorio lombardo, con maggiore prevalenza in alcune ASL e crea lunghe liste d'attesa. In tali liste sono presenti anche numerosi minori con problematiche ad alto impatto sociale come i disturbi pervasivi dello sviluppo e del comportamento (esempio autismo) per i quali il ricorso alla riabilitazione non pare il percorso più efficace. Sarebbero invece più idonei, in questi casi, percorsi di tipo abilitativo/educativo, mirati a facilitare l'inserimento/mantenimento del minore nei diversi contesti di vita (familiare, educativo, ricreativo etc..) all'interno di un quadro di forte raccordo ed integrazione tra i diversi attori che operano intorno al bambino (ASL, UONPIA, Comune, scuola, reti informali).

I principali **obiettivi** delle sperimentazioni, pertanto, sono stati in questo ambito i seguenti:

- ridurre le liste di attesa dei servizi di riabilitazione sociosanitaria territoriale;
- promuovere interventi di tipo educativo/abilitativo, superando l'approccio riabilitativo di tipo tradizionale;
- promuovere l'empowerment delle famiglie;
- promuovere la costituzione di rete tra i diversi attori.

I criteri di valutazione dei progetti

Ai fini della valutazione delle sperimentazioni, sono state considerate positive quelle che hanno risposto ai seguenti requisiti:

- valutazione positiva da parte della ASL di ubicazione della sperimentazione;
- target coerente con gli indirizzi della DGR 3239/2012 e con le previsioni ed i contenuti del progetto presentato;
- innovatività rispetto ai servizi di riabilitazione tradizionale promuovendo il coinvolgimento e formazione delle famiglie per renderle risorse attive nel processo evolutivo del bambino;
- presenza prevalente di figure professionali di tipo educativo/abilitativo non centrali nei servizi di riabilitazione esistenti;
- coinvolgimento delle reti formali ed informali;

- risorse coerenti con il budget assegnato.

Esiti della valutazione

In linea generale, i progetti sperimentali hanno rispettato i criteri sopra esposti, ma hanno anche intercettato bisogni più specifici del proprio territorio che non avevano trovato risposte, come ad esempio un'area di riabilitazione tradizionale che ha anche preso in carico bambini con disabilità fisico – motoria oppure attività diurne rivolte esclusivamente a bambini.
Le sperimentazioni attivate e introdotte in quest'area hanno sviluppato un importante lavoro di empowerment delle famiglie e nel contesto di vita del minore (scuola, circuiti di aggregazione e socializzazione etc.).
Gli elementi emersi dalle sperimentazioni sono allineati con quanto previsto con in provvedimenti assunti ad inizio della X legislatura ed in particolare:

- DGR 116/2013, per quanto attiene il potenziamento della rete di riabilitazione anche mediante l'attivazione di unità d'offerta dedicate ai minori con disabilità grave e gravissima, con particolare attenzione ai minori con disturbi pervasivi dello sviluppo e disturbi comportamentali gravi;
- DGR 392/2013 con riferimento alle attività di case management da organizzarsi a cura delle ASL e di realtà particolarmente significative sul territorio al fine di fornire un concreto supporto ed accompagnamento alle famiglie con minori affetti da disturbi dello spettro autistico.

Le sperimentazioni hanno altresì evidenziato che esiste, per i bambini, un forte bisogno di riabilitazione oltre che d'interventi di natura educativo abilitativa che impone una riflessione congiunta delle due Direzioni Generali competenti, Famiglia e Salute.

B) Dipendenze

Il contesto di riferimento e gli obiettivi della sperimentazione

Il fenomeno delle dipendenze è di crescente complessità: il consumo e abuso di sostanze presenta oggi elementi di novità che si collocano all'interno del continuo e rapido mutamento dello scenario socio culturale e delle condizioni di vita. In generale, è in aumento la diffusione del poli consumo di sostanze (legali e illegali tra cui anche le sostanze dopanti) e dei comportamenti di abuso "senza sostanze" (gioco d'azzardo patologico, video giochi etc..) con conseguenti problemi tra loro correlati. Il consumo di sostanze in giovane età è in forte crescita, si rende pertanto necessario affrontare il disagio sociale dell'adolescenza rinforzando le competenze della famiglia, degli adulti di riferimento e della comunità.
Il sistema dei servizi (pubblici e privati, ambulatoriali e residenziali) per le dipendenze necessita di un intervento manutentivo, come previsto dalla DGR 116/2013 che in quest'area focalizza l'attenzione sulle dipendenze cosiddette "senza sostanze" con particolare riguardo alle ludopatie, per fornire risposte appropriate ed efficaci alle persone. La rete dei servizi dovrebbe prevedere:

- una residenzialità per le persone con una lunga storia di riabilitazione comunitaria, accompagnata da attività di tipo occupazionale, relazionale e d'inclusione sociale;
- contesti specifici per l'accoglienza di adolescenti con problemi di consumo/abuso/dipendenza;
- modalità innovative d'intervento a favore di persone con comportamenti compulsivi che determinano anche nuove forme di abuso;

- interventi socio sanitari per una prevenzione selettiva e per la riduzione dei rischi con particolare riferimento alla popolazione giovanile.

I principali **obiettivi** delle sperimentazioni, pertanto, sono stati in questo ambito i seguenti:

- evitare il ricorso improprio, alla rete delle comunità terapeutiche per dipendenti attivi, di persone in situazione di cronicità da sostanze;
- realizzare interventi socio sanitari che aggancino precocemente gli adolescenti e i giovani nelle situazioni e nei contesti a rischio;
- coinvolgere le famiglie e la rete formale e informale;
- promuovere l'integrazione sociale e socio sanitaria.

I criteri di valutazione dei progetti

Ai fini della valutazione delle sperimentazioni, sono state considerate positive quelle che hanno risposto ai seguenti requisiti:

- valutazione positiva da parte della ASL di ubicazione della sperimentazione;
- target coerente con gli indirizzi della DGR e con le previsioni ed i contenuti del progetto presentato;
- tasso di saturazione significativo (in relazione alla tipologia dell'intervento);
- creazione di una rete collaborativa con gli altri soggetti istituzionali e non;
- presenza di servizi e figure professionali orientate alla prevenzione del fenomeno e alla presa in carico complessiva della famiglia;
- risorse coerenti con il budget assegnato.

Esiti della valutazione

In linea generale, i progetti sperimentali hanno avuto esiti diversi a seconda dell'ambito specifico di intervento. Se per le aree della cronicità e delle nuove forme di abuso/dipendenza si può valutare un esito complessivamente positivo, seppure con margini di correzioni migliorative, per le altre due aree, quelle degli adolescenti e della prevenzione selettiva e riduzione del rischio, si rilevano discordanze significative con gli obiettivi sopra esposti dovute al fatto che la realizzazione concreta delle sperimentazioni ha incontrato bisogni differenti da quelli ipotizzati in sede di progettazione, confermando in tal modo la difficoltà di lettura del complesso fenomeno delle dipendenze, soprattutto tra gli adolescenti e i giovani.

In conclusione, pur se tutte le sperimentazioni attuate in quest'area possono considerarsi positive, avendo comunque fornito risposte ai bisogni del territorio, si osserva in particolare che:

- nell'ambito della cronicità sono presenti situazioni di persone croniche anche con diagnosi psichiatrica. Per tale tipologia è necessario un raccordo con la DG Salute volto ad approfondire gli aspetti sanitari legati anche alla presa in carico integrata della persona ed ai relativi costi che ne conseguono ;
- negli ambiti degli adolescenti e della prevenzione selettiva, occorrono forti azioni correttive, il raccordo con il Dipartimento Dipendenze delle ASL ed un attento controllo e monitoraggio dei singoli progetti da parte delle ASL stesse.

C) Fragilità e non autosufficienza

Il contesto di riferimento e gli obiettivi della sperimentazione

Assistenza post acuta e residenzialità leggera per persone anziane

Il miglioramento della qualità della vita delle persone anziane e la diminuzione della mortalità, dovuta anche alla progressione delle malattie e ad una diminuzione della letalità, comporta necessariamente l'attivazione di risposte di sostegno nei compiti di assistenza. La Residenza Sanitario Assistenziale per anziani non è la risposta appropriata né per situazioni di fragilità sociale, né per situazioni di temporanea criticità post dimissioni ospedaliere. Occorre pertanto che la rete d'offerta per anziani sia arricchita e resa flessibile per meglio rispondere a questi bisogni, così come dispone la DGR 116/2013 che prevede la definizione di un nuovo modello per l'assistenza residenziale, flessibile ed in funzione dei bisogni mutevoli della popolazione.

Residenzialità per minori con gravissime disabilità

L'attuale rete di servizi per la disabilità non prevede unità d'offerta residenziale esclusivamente dedicate all'accoglienza di minori con gravissime disabilità, spesso anche con breve speranza di vita o con patologia in fase terminale. La pressante richiesta delle famiglie di poter essere sostenute nell'assistenza complessa ai loro figli impone un ripensamento della rete dei servizi, creando una nuova tipologia di offerta residenziale in grado di rispondere sia ai bisogni socio sanitari dei piccoli, sia alla necessità di coinvolgimento delle famiglie nel percorso assistenziale, come stabilito anche dalla DGR 116/2013 che prevede l'attivazione di risposte residenziali, temporanee o di lungo termine, coerenti con il percorso di presa in carico.

I principali **obiettivi** delle sperimentazioni in ambito di ***post acuta e di residenzialità leggera***, pertanto, sono stati i seguenti:

- ridurre la degenza ospedaliera delle persone fragili che hanno concluso il percorso acuto e sono clinicamente stabili;
- promuovere il mantenimento ed il massimo recupero psico-fisico della persona creando le condizioni per il suo rientro al domicilio;
- prevenire i ricoveri (e le riammissioni post-dimissione ospedaliera) non necessari e/o impropri;
- favorire la riorganizzazione del nucleo familiare a seguito dell'evento acuto (ed eventuale successivo ricorso a strutture sub-acute) ed il recupero funzionale della persona;
- promuovere i legami tra i diversi attori istituzionali e le risorse locali formali e informali.

I principali **obiettivi** delle sperimentazioni in ambito di ***residenzialità per minori con disabilità gravissime***, pertanto, sono stati i seguenti:

- garantire in una struttura residenziale la presa in carico individualizzata del minore con gravi disabilità non assistibile al domicilio;
- sostenere la famiglia attraverso attività di empowerment ed il raccordo con i servizi territoriali;
- promuovere le reti sociali ed i legami tra i diversi attori istituzionali e le risorse locali per una continuità della cura e dell'assistenza del minore disabile all'interno del proprio contesto abituale di vita.

I criteri di valutazione dei progetti nei tre ambiti sopra descritti

Ai fini della valutazione delle sperimentazioni, sono state considerate positive quelle che hanno risposto ai seguenti requisiti:

- valutazione positiva da parte della ASL di ubicazione della sperimentazione;
- target coerente con gli indirizzi della DGR e con le previsioni ed i contenuti del progetto presentato;
- tasso di saturazione significativo dei posti letto in relazione alla tipologia d'intervento;
- creazione di una rete collaborativa con i soggetti istituzionali e non;
- innovatività delle soluzioni (tecnologiche, organizzative o nei profili professionali);
- risorse coerenti con il budget assegnato.

Esiti della valutazione

In linea generale, i progetti sperimentali hanno rispettato i criteri sopra esposti, pur con margini di miglioramento.
Si evidenzia in particolare che per quanto riguarda l'assistenza post acuta, le ASL hanno segnalato ricoveri inappropriati per talune persone in condizioni di instabilità clinica.
Emerge inoltre una complessità nel costituire il raccordo con le Aziende Ospedaliere e con i Medici di Medicina Generale, ciononostante le sperimentazioni hanno fornito risposte ai bisogni del territorio. Degno di nota il lavoro di accompagnamento al domicilio della persona e la presa in carico dei famigliari.
Si riscontra inoltre la positività delle esperienze progettuali della post acuta domiciliare.
Si evidenzia che la sperimentazione necessita di una tracciabilità dello stato di salute della persona, a partire dalla dimissione dalla fase acuta fino alla dimissione dalla fase di post acuta, indispensabile per una riflessione generale sulle cure intermedie tra ospedale e territorio, da sviluppare in stretto raccordo con la DG Salute.
Relativamente alla residenzialità leggera, le esperienze più positive sono state quelle che hanno proposto una risposta alla fragilità sociale con periodi di sollievo alle famiglie garantendo anche la funzione di case/care management.
Infine, nell'ambito della residenzialità per minori con gravissime disabilità, pur nella limitatezza del numero delle sperimentazioni (solo n. 3), si evidenzia complessivamente la loro positività che ha indubbiamente ha fornito ai bimbi ed alle loro famiglie una concreta risposta in termini sia di assistenza dedicata, sia di coinvolgimento delle famiglie. In tutte le tre sperimentazioni è stata realizzata la funzione di care management.

D) Consultori

Il contesto di riferimento e gli obiettivi della sperimentazione

L'evoluzione della struttura delle famiglie determina sempre più la presenza di nuclei familiari impegnati contemporaneamente nell'assistenza di genitori anziani e nel sostegno ai figli minori, dovendo necessariamente conciliare queste attività con gli impegni professionali.
L'aumento delle conflittualità e delle separazioni determina la necessità di sostenere anche psicologicamente e pedagogicamente la famiglia.
In questo scenario, la famiglia ha bisogno di un punto di riferimento in cui trovare risposte anche di sostegno in tutte le fasi del ciclo di vita (nascita, maternità/paternità, educazione dei figli, adolescenza, situazioni di fragilità con particolare riguardo agli anziani e alle persone con disabilità, separazioni).
I Consultori sono i luoghi che, evolvendo in centri per la famiglia, possono assolvere a questa funzione.
Le sperimentazioni attivate in quest'area si inseriscono pienamente nel quadro strategico delineato da:

- Programma regionale di sviluppo per la X legislatura che individua nei consultori, in ottica di evoluzione in Centri per la famiglia, il presidio centrale per la presa in carico della famiglia in modo complessivo soprattutto nelle situazioni di criticità come ad esempio separazioni, disabilità, non autosufficienza, povertà etc..;
- DGR 116/2013 che prevede di potenziare le funzioni consultoriali con l'apertura di uno spazio dedicato, ad esempio alle famiglie con minori con gravi disabilità, in cui siano coinvolte anche le associazioni già presenti sul territorio per interventi finalizzati all'auto mutuo aiuto;
- DGR 144/2013 che attribuisce ai consultori un ruolo di sostegno concreto per affrontare le difficoltà e per contenere il disagio conseguente alla ridefinizione dei rapporti familiari e sostenere i genitori nel mantenere il diritto ad esercitare la propria funzione genitoriale ed il loro ruolo educativo.

I principali **obiettivi** delle sperimentazioni in quest'ambito sono stati:

- sviluppare il ruolo di accompagnamento della famiglia;
- estendere le funzioni consultoriali a tipologie di destinatari oggi residuali (vedi disabili ed anziani);
- introdurre nuove funzioni di supporto psico-socio-educativo della famiglia nelle fasi di difficoltà che essa può incontrare nel ciclo di vita anche mediante l'attivazione di reti di mutuo aiuto.

I **criteri di valutazione** delle progettualità in ambito consultoriale si rifanno al percorso evolutivo del ruolo dei consultori stessi delineato nella X Legislatura.
Ai fini della valutazione delle sperimentazioni sono considerate positive e, pertanto, da proseguire quelle che rispondono ai seguenti requisiti:

- hanno ricevuto una valutazione positiva da parte della ASL;
- prevedono target innovativi rispetto alla tradizionale funzione del consultorio;
- hanno raggiunto un target numerico coerente con le previsioni;
- prevedono figure professionali adeguate alle nuove funzioni.

Esiti della valutazione

Le sperimentazioni, pur nei differenti target di utenza e nella diversificazione delle nuove funzioni introdotte, hanno posto le basi per l'evoluzione del consultorio in Centro per la Famiglia, delineando gli elementi significativi per potenziare le funzioni del consultorio, al fine della presa in carico integrata della famiglia nell'arco del ciclo di vita.
Le azioni di miglioramento sono volte essenzialmente all'ampliamento della tipologia d'utenza e/o all'introduzione delle figure professionali adeguate alle nuove funzioni.

ALLEGATO B

INDICAZIONI PER AZIONI MIGLIORATIVE A CONCLUSIONE DEL PERIODO DI SPERIMENTAZIONE AI SENSI DELLA DGR N. 3239/2012

Per ogni ambito di attività in cui sono state attivate le sperimentazioni ai sensi della DGR n. 3239/2013, si definiscono qui di seguito le azioni migliorative, pur nelle diversificazioni dei progetti e dei risultati ottenuti nella fase sperimentale, che dovranno essere realizzate dagli Enti a partire dal 1° agosto 2013 fino al 31 gennaio 2014. Su queste azioni le ASL dovranno effettuare un attento controllo e monitoraggio.

AREA A - RIABILITAZIONE AMBULATORIALE DIURNA TERRITORIALE EXTRAOSPEDALIERA PER MINORI DISABILI

1. Superamento dell'approccio riabilitativo tradizionale, con interventi di tipo educativo/abilitativo: gli interventi sul minore devono mirare alla costruzione di percorsi evolutivi, al fine di facilitare il suo inserimento/mantenimento nei diversi contesti di vita (familiare, educativo, ricreativo, ecc) nelle migliori condizioni possibili;
2. Lavoro in collaborazione con le famiglie, le scuole e l'Unità Operativa di Neuropsichiatria per l'Infanzia e l'Adolescenza di riferimento per definire e realizzare un modello di presa in carico integrata del bambino disabile: le prestazioni non devono essere rivolte solo al minore disabile, ma anche alla famiglia e agli attori coinvolti nel percorso di crescita del minore;
3. Introduzione delle funzioni educative, pedagogiche, psicologiche con le idonee figure professionali;
4. Garantire la funzione di case management;
5. Attivare strumenti di rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti del servizio e dei loro familiari, assicurando la salvaguardia della privacy.

AREA B - DIPENDENZE

- **Cronicità**

1. Offerta a carattere residenziale: la presenza dell'alloggio offre risposta al bisogno di collocazione abitativa e permette la vicinanza con la famiglia, che può interagire con i propri congiunti;
2. Definizione di un progetto personalizzato di autonomia: l'offerta di residenzialità deve essere accompagnata da attività di tipo occupazionale, relazionale, ricreativo, culturale;
3. Coinvolgimento della rete territoriale, in particolare dei SerT e/o di associazioni private locali;
4. Presenza della figura dell'educatore, al fine di aiutare la persona in situazione di cronicità ad intraprendere percorsi di autonomia;
5. Target di utenza: persone tossicodipendenti/alcool dipendenti in fase di cronicità. Non sono quindi appropriati per tale tipologia di servizi persone con dipendenza attiva e persone che vivono in condizioni di marginalità (senza fissa dimora, ex carcerati, ecc);
6. Attivare strumenti di rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti del servizio assicurando la salvaguardia della privacy.

- **Adolescenti**

1. Promuovere gli interventi in collaborazione con le famiglie;
2. Favorire momenti di aggregazione tra gli adolescenti, al fine di sviluppare comportamenti positivi, quali ad esempio il senso di responsabilità, di rispetto delle regole, ecc.;

3. Erogare pacchetti di prestazioni flessibili per rispondere adeguatamente ai bisogni delle famiglie e dei ragazzi adolescenti (attivando dove necessario i servizi sociosanitari accreditati);
4. Attivare strumenti di rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti del servizio /dei loro familiari, assicurando la salvaguardia della privacy.

- **Nuove forme di abuso/dipendenza**

1. Presa in carico integrata della famiglia e della persona attraverso la definizione di un piano di trattamento familiare e personalizzato;
2. Attivazione di specifiche funzioni di ascolto e supporto per la famiglia, raccordandosi con i consultori;
3. Predisposizione di pacchetti di prestazioni individuali o di gruppo (incontri terapeutici e incontri motivazionali) per la persona e la famiglia;
4. Integrazione con la rete del territorio: in particolare con SerT, SMI ed altri servizi territoriali esistenti;
5. Impostazione di sistemi di presa in carico socio-sanitaria e socio-assistenziale: integrazione di pacchetti di prima/pronta accoglienza/valutazione con quelli di trattamento (ambulatoriale o semiresidenziale) e di accompagnamento (tutoring/counseling, gruppi di familiari) della persona e del famigliare;
6. Garantire la funzione di consulenza legale, di mediazione familiare, ecc. attraverso idonee figure professionali;
7. Attivare strumenti di rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti del servizio e dei loro familiari, assicurando la salvaguardia della privacy.

- **Prevenzione selettiva e riduzione del rischio**

1. Ogni contatto effettuato con la persona deve avere una durata significativa, si prevedono almeno 15 minuti e deve prevedere interventi di tipo sociosanitario;
2. Raccolta di un set di informazioni per ogni contatto, che permettano di effettuare l'analisi di correlazione rischio-bisogno-prestazione adeguata;
3. Dislocazione degli interventi in aree sensibili, definite in raccordo con il Dipartimento Dipendenze;
4. Presenza di un vero raccordo con i servizi ambulatoriali o di comunità, misurabile attraverso la valutazione del numero di invii;
5. Attivare strumenti di rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti del servizio e dei loro familiari, assicurando la salvaguardia della privacy.

AREA C - FRAGILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA

- **Assistenza post acuta**

1. Valutazione multidimensionale effettuata dalla ASL: al fine di valutare l'appropriatezza del ricovero;
2. Differenziazione dei servizi offerti rispetto a quelli delle RSA: definizione chiara della tipologia di servizi, di assistenza e di personale offerti per il nucleo post acuti;

3. Consolidamento delle relazioni con la rete territoriale, in particolare con le Aziende Ospedaliere, responsabili della segnalazione dei casi di pazienti dimessi, con i Medici di medicina generale, con gli erogatori di servizi territoriali sociosanitari, per la successiva presa in carico, garantendo un percorso di continuità assistenziale. Si sottolinea che le persone che sono accolte in assistenza post acuta possono anche provenire dal domicilio;
4. Presa in carico della famiglia, non solo della persona: i servizi offerti non devono mirare solo al recupero funzionale della persona, ma anche ad aiutare e preparare la famiglia a riaccogliere il proprio congiunto, eventualmente orientandola all'interno della rete dei servizi;
5. Definizione e condivisione del progetto di dimissione per l'accompagnamento della persona a domicilio (es. modello di assistenza a carattere modulare, che prevede l'alternanza di intervento residenziale e domiciliare), empowerment familiare e formazione del caregiver;
6. Attivare strumenti di rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti del servizio e dei loro familiari, assicurando la salvaguardia della privacy.

- **Residenzialità per minori con gravissime disabilità**

1. Offerta di servizi di residenzialità di tipo continuativo e di sollievo;
2. Presa in carico integrata: prestazioni rivolte anche alla famiglia, fornendo prestazioni di supporto psicologico per permettere alla famiglia di meglio affrontare la situazione del proprio minore. Il piano individualizzato deve prevedere interventi che pongano attenzione anche agli aspetti affettivi e alla relazione con i genitori;
3. Attivare strumenti di rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti del servizio e dei loro familiari, assicurando la salvaguardia della privacy.

- **Residenzialità leggera con protezione sociale/socio sanitaria con caratteristiche alberghiere**

1. I servizi in ambito residenzialità leggera devono costituire un primo passo di evoluzione verso la logica multiservizio delle Residenze Sanitario Assistenziali per anziani, offrendo servizi in modo flessibile agli anziani ed alle loro famiglie, per favorire la permanenza a domicilio della persona fragile;
2. Offerta di un periodo di sollievo alla famiglia e/o al caregiver della persona anziana: periodi di sollievo adattabili alle esigenze delle famiglie (es. brevi periodi residenza ripetuti periodicamente);
3. Offerta di residenzialità per persone anziane che con l'attuale sistema di classificazione SOSIA sono posizionate nelle classi SOSIA 7 e 8, pertanto a basso livello di assistenza sociosanitaria: ulteriore opportunità di offerta di servizi da valutare nella prospettiva di riclassificazione dell'utenza RSA;
4. Associazione ai servizi di assistenza sociosanitaria di interventi finalizzati al mantenimento della cognitività e al contenimento della depressione da solitudine, attività motoria, creazione di un ambiente familiare;
5. Attivare strumenti di rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti del servizio e dei loro familiari, assicurando la salvaguardia della privacy.

AREA D - CONSULTORI

1. Ampliamento del target di utenza al fine di offrire aiuto e supporto in tutte le fasi della vita che generano fragilità: separazioni, problematiche relazionali, presenza di componenti familiari fragili come ad esempio disabili e anziani;
2. Ampliamento delle funzioni del consultorio: definizione di spazi specifici per il potenziamento delle funzioni di ascolto e orientamento della famiglia verso l'unità di offerta più adeguata;
3. Introduzione di figure professionali innovative (rispetto a quelle tradizionali previste da requisito di accreditamento) come l'educatore, il mediatore familiare, il consulente legale che permettano di ampliare la tipologia di prestazioni erogate e di dare una risposta sempre più completa ai bisogni delle famiglie;
4. Valutazione di forme innovative di relazione con l'utenza quali:
    a. definizione di uno spazio all'interno dell'ospedale;
    b. "home visiting": interventi a domicilio;
    c. facilitazione delle reti di auto mutuo aiuto;
5. Attivare strumenti di rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti del servizio e dei loro familiari, assicurando la salvaguardia della privacy.

ALLEGATO C

ATTIVITÀ DI CONTROLLO E MONITORAGGIO

La DGR n. 3239/2012 demanda alle ASL in cui vengono realizzate le sperimentazioni, oltre alla gestione degli aspetti amministrativi e alle attività di monitoraggio, anche le attività di controllo riguardanti le sperimentazioni stesse.

Per la gestione degli aspetti amministrativi e le attività di monitoraggio la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato fornirà, con gli atti attuativi del presente provvedimento, le necessarie indicazioni.

In questa fase di correzione migliorativa delle attività previste dai progetti, occorre implementare anche le attività di controllo da parte delle ASL.

Si forniscono pertanto le indicazioni a cui attenersi per le attività di controllo, già richiamate in precedenti e diversi atti regionali (DGR n. 3239 del 04/04/2012, DDG n. 8281 del 26/09/2012, FAQ e nota esplicative), già presenti in disposizioni nazionali oppure derivanti da elementi emersi in sede di valutazione delle sperimentazioni.

Verifica del possesso dei requisiti soggettivi riferiti all'Ente Gestore

1. Inesistenza di situazioni di insolvenza attestabili dalla Centrale dei Rischi di Banca d'Italia
2. Autocertificazione, redatta ai sensi del DPR n. 445 del 28/12/2000, relativa al possesso dei seguenti requisiti:

a) Assenza di stato di fallimento;
b) Assenza di liquidazione coatta;
c) Assenza di concordato preventivo;
d) Assenza di procedimenti per la dichiarazione di una di tali situazioni;
e) Rispetto degli obblighi relativi al pagamento delle imposte e delle tasse, secondo la legislazione nazionale;
f) Rispetto degli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e di tutti gli obblighi derivanti;
g) Rispetto delle norme che disciplinano il diritto del lavoro dei disabili (Legge n. 68 del 12 marzo 1999 art. 17).

Gli interessati hanno già presentato le autocertificazioni in allegato alla domanda di ammissione alla sperimentazione, risulta quindi un inutile aggravio richiedere per la seconda volta la stessa documentazione.

Il controllo dell' autocertificazione, da espletarsi ai sensi e per gli effetti della Legge 241/90, si effettua a campione e il campione deve essere pari almeno al 10% delle autocertificazioni presentate.

Fermo restando che non esistono direttive specifiche, nello scegliere il campione di autocertificazione da controllare, è opportuno dare priorità ad un criterio riferito all'entità delle risorse assegnate al progetto ed ai soggetti che non risultano accreditati con il sistema socio-sanitario.

Verifica del possesso dei requisiti strutturali e tecnologici.

Per quanto riguarda i requisiti strutturali e tecnologici **specifici** per l'attività svolta, ci si deve attenere esclusivamente alla verifica della coerenza tra quanto previsto dal progetto e quanto verificato in sede di controllo (come precisato con nota regionale 16/10/2012).

A garanzia della sicurezza degli utenti e degli operatori e nel rispetto delle normative nazionali e regionali vigenti, le sedi di svolgimento delle attività previste dal progetto, indipendentemente dagli eventuali requisiti specifici individuati dal progetto stesso, devono comunque sempre garantire:

1. Il rispetto dei criteri di agibilità previsti dai vigenti regolamenti di Igiene ed Edilizio
2. Il possesso dei **requisiti strutturali e tecnologici generali** definiti dal DPR 14/01/1997 e ribaditi all'allegato C della DGR n. 3540/12 per tutte le Unità d'offerta socio sanitarie.

Si rammenta che per la verifica del possesso dei suddetti requisiti, occorre fare riferimento alle indicazioni fornite dallo specifico allegato alla nota regionale Protocollo G1.2013.0006152 del 09/05/2013.

Sono ovviamente escluse dall'applicazione dei sopraelencati requisiti le unità mobili per le attività di prevenzione selettiva e di riduzione del rischio nell'area delle dipendenze (ad es. camper, etc.).

Verifica del possesso dei requisiti organizzativi e dell'appropriatezza gestionale.

Per quanto riguarda i requisiti organizzativi **specifici** per l'attività svolta, ci si deve attenere esclusivamente alla verifica della coerenza tra quanto previsto dal progetto e quanto verificato in sede di controllo (come precisato con nota regionale 16/10/2012).
A garanzia della sicurezza degli utenti, del corretto svolgimento delle attività previste dal progetto ed in conformità alle normative nazionali e regionali, devono comunque essere garantiti i seguenti requisiti per l'appropriatezza gestionale della sperimentazione:

1. Effettiva erogazione dei servizi/prestazioni/attività identificate dal progetto
2. Coerenza tra i soggetti effettivamente in carico alla sperimentazione e la tipologia di destinatari prevista dal progetto
3. Presenza delle figure professionali previste dal progetto
4. Verifica che il personale previsto sia abilitato a svolgere le mansioni richieste in quanto in possesso di adeguato titolo professionale e sia regolarmente iscritto nell'annualità in corso all'albo/ordine (per i profili tenuti)
5. Rispetto del minutaggio previsto dal progetto per persona per singola figura professionale
6. Avvenuto adeguamento dell'attività secondo quanto definito dalle azioni migliorative per la fase di continuità degli interventi, così come individuate nell'allegato B "Indicazioni per azioni migliorative a conclusione del periodo di sperimentazione ai sensi della DGR n. 3239/2012"
7. Adozione ed utilizzo di strumenti di rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti dei servizi e dei loro familiari, assicurando la salvaguardia della privacy.

Verifica dell'appropriatezza assistenziale

Il controllo di appropriatezza assistenziale, così come definito dal DDG n. 8281 del 26/09/2012, verifica il livello di adeguatezza e di qualità delle prestazioni erogate, rispetto al bisogno della persona, attraverso un giusto mix di risorse professionali coinvolte, coerentemente con quanto definito nel progetto sperimentale approvato.

Si forniscono alcuni indicatori formulati sulle norme vigenti:

1. Tutta la documentazione riferita ad ogni singolo utente, comprensiva degli interventi effettuati sul/con lo stesso a cura degli operatori della struttura, deve essere correttamente conservata
2. La documentazione sociosanitaria deve essere compilata, conservata ed archiviata secondo le norme di legge
3. Le prestazioni effettivamente erogate devono essere effettuate da operatori in possesso delle qualifiche professionali idonee
4. La procedura per la gestione dei farmaci deve risultare idonea a garantire l'eliminazione dei farmaci scaduti e a documentare la regolare effettuazione dei controlli da parte del personale preposto
5. La procedura di somministrazione dei farmaci deve essere idonea a garantirne la tracciabilità.

ALLEGATO D

SCHEMA DI CONVENZIONE

TRA

L'**Azienda Sanitaria Locale di** …… nella persona del Direttore Generale ……

E

L' **Ente** ……
Nella persona del legale Rappresentante/Amministratore per il servizio denominato …… con sede nel comune di ……in via……n….., afferente all'Area…… (*indicare una delle seguenti Aree: A- Riabilitazione ambulatoriale e diurna territoriale extraospedaliera per minori disabili; B- Dipendeze Cronicità; B- Dipendenze Adolescenti; B- Dipendenze Nuove forme di abuso/dipendenze; B- Dipendenze Prevenzione selettiva e riduzione del rischio; C- Fragilità e non autosufficienza Assistenza post acuta; C- Fragilità e non autosufficienza Residenzialità per minori con gravissime disabilità; C- Fragilità e non autosufficienza Residenzialità leggera con protezione sociale/socio sanitaria con caratteristiche alberghiere; D- Consultori)*

PREMESSO CHE

- con D.G.R. n. IX/3239 del 04/04/2012 sono state approvate le "Linee guida per l'attivazione delle sperimentazioni nell'ambito delle politiche del welfare" e definito le aree di intervento sperimentale sulle quali intervenire in ogni singolo territorio, nonché le modalità per la presentazione delle proposte di sperimentazione;
- con Decreto Regionale n…….. del ..../… /… è stato approvato il progetto sperimentale denominato……proposto da……..;
- il progetto sperimentale suddetto ha avuto riconosciuto un budget effettivo di risorse di € …… con il Decreto Regionale n. 3743 del 30/4/2013;
- la ASL ha formalmente comunicato al soggetto interessato di proseguire le attività;
- con D.G.R. n. X/ …… del……."Determinazioni in ordine alle sperimentazioni realizzate ai sensi della dgr 4 aprile 2012, n.3239 Linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di welfare: indicazioni volte a garantire la continuità delle attività" è stata approvata la fase di realizzazione di azioni di correzione migliorativa per ogni area d'intervento, così come specificato nell'all. B "Indicazioni per azioni migliorative a conclusione del periodo di sperimentazione ai sensi della DGR n. 3239/2012", parte integrante della citata deliberazione;

CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE

Art. 1
Oggetto

L'Ente……., di seguito Ente Titolare, si impegna, nel prosieguo delle attività, ad attuare le azioni correttive e migliorative del progetto "……." (di seguito progetto) indicate dalla ASL competente, nell'ambito di quelle declinate nell'all. B "Indicazioni per azioni migliorative a conclusione del periodo di sperimentazione" della D.G.R. n. X/ …… del……."Determinazioni in ordine alle sperimentazioni realizzate ai sensi della dgr 4 aprile 2012, n.3239 Linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di welfare: indicazioni volte a garantire la continuità delle attività" e precisamente:

- ……..
- ……..
- ……..
- ……
- ……

Il Budget teorico assegnato con Decreto Regionale n. ……del……è pari a € ……

Art. 2
Obblighi dell'Ente Titolare

Dichiarare di essere in attività alla data del 31 maggio 2013 e che la nuova fase avrà inizio il 1 di agosto e si concluderà entro il 31 gennaio 2014;

Rimodulare il progetto coerentemente con le azioni correttive migliorative declinate al precedente art. 1;

Indicare posti/posti letto (in relazione alla tipologia di unità d'offerta) –in accreditamento ed eventualmente sospesi dal contratto- : n. …….. ;

Sottoscrivere le modifiche ai contratti vigenti relativi ad unità d'offerta che in tutto o in parte sono coinvolte nel prosieguo delle attività e remunerate, con rinuncia alla contrattualizzazione dei posti/posti letto messi a disposizione;

Indicare la retta giornaliera, (in relazione alla tipologia di unità d'offerta) se prevista, praticata agli ospiti al momento della presente convenzione pari a €……

Comunicare alla ASL e alla D.G. Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato l'eventuale cessazione dell'attività, con preavviso di almeno n…… giorni, garantendo comunque la continuità delle prestazioni per tale periodo;

Adempiere al debito informativo come meglio specificato al successivo art. 4 ;

Art. 3
Obblighi dell'ASL

Concorrere, se ed in quanto previsto dal Progetto, alla valutazione del bisogno.

Attribuire, se ed in quanto previsto dal progetto, il voucher socio sanitario per la fruizione del servizio sperimentale.

Fornire all'Ente Titolare, secondo le indicazioni regionali, gli strumenti per la rendicontazione economica e quanti-qualitativa delle attività erogate.

Controllare e monitorare l'andamento delle attività di progetto secondo indirizzi e strumenti indicati dalla D.G. Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato, applicando precisi e specifici indicatori di controllo e monitoraggio, così come definiti all'allegato C "Attività di controllo e monitoraggio" della deliberazione regionale più sopra citata e successivi provvedimenti regionali, che le ASL applicheranno in sede di controllo e monitoraggio con eventuali ulteriori metodi ritenuti efficaci ad una completa valutazione degli esiti della sperimentazione sul piano qualitativo e in relazione alla specificità progettuale.

Comunicare tempestivamente a Regione Lombardia - Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato eventuali anomalie riscontrate nelle rendicontazioni.

Erogare all'Ente Titolare la remunerazione prevista per l'attività svolta, entro…… gg. dal ricevimento della documentazione contabile…… (secondo la tipologia dell'unità d'offerta), previa verifica positiva delle prestazioni erogate.

Predisporre e proporre alle persone destinatarie delle attività promosse dall'Ente Titolare idoneo strumento di rilevazione della soddisfazione utenza/famigliari, calibrato sulla tipologia di unità d'offerta.

Art. 4
Debito informativo

L'Ente Titolare è tenuto alla rendicontazione quantitativa, economica e qualitativa dell'attività effettuata con cadenze, modalità ed evidenze documentali stabiliti dalla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato per la rendicontazione dei progetti.

Art. 5
Referente del progetto

L'Ente Titolare individua quale responsabile dell'attuazione delle attività di progetto il/la Sig/a ……..

Art. 6
Tempistica

Le attività dovranno svolgersi dal 1 agosto 2013 al 31 gennaio 2014.

Art. 7
Risoluzione

L'ASL, d'intesa con la D.G. Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato si riserva la facoltà di risolvere anticipatamente tale convenzione in caso di inattività dell'Ente Titolare ovvero in caso di gravi inadempienze e violazione degli obblighi contrattuali non risolti a seguito di diffida formale.

Art. 8
Controversie

Per ogni controversia che dovesse insorgere sulla interpretazione e sulla applicazione del presente contratto è competente il Foro di ……..

Art. 9
Trattamento dei dati personali e consenso informato

L'Ente Titolare applica le misure previste dal D.L.vo n.196 del 30/06/03 e s.m.i. per il trattamento dei dati personali e idonee procedure per l'informazione agli assistiti e per l'acquisizione del loro consenso alle prestazioni.

Art. 10
Recepimento di disposizioni regionali e norme di rinvio

Le parti danno atto che la presente convenzione si intende automaticamente modificata o integrata per effetto di sopravvenute disposizioni regionali il cui contenuto comunque deve essere formalmente reso noto dall'ASL all'Ente Titolare, con indicazione dei termini relativi alle diverse obbligazioni.

Per quanto non espressamente disciplinato dalla presente convenzione, si rinvia alle disposizioni del C.C.