



Contributo al webinar

APPUNTAMENTI DI
SOCIOLOGIA DELLA
SALUTE



**PNRR/MISSIONE 6
“SALUTE”
E BENESSERE
SOCIALE**
INTERVENTI SOCIO-SANITARI
TRA MEDICINA OSPEDALIERA E
TERRITORIALE

.....

Mercoledì 25 maggio '22, h. 15-17

Titolo dell'intervento:

**Valutazione e progettazione di interventi sociosanitari in
Lombardia**

(a cura di Emilio Gregori ed Elena Cantamessa)

Indice

1. Presentazione del sistema integrato sociosanitario lombardo ridefinito dalla Legge 23/2015
 - 1.1 Ruolo delle ATS
 - 1.2 Degenze di comunità: POT e PreSST
 - 1.3 Valutazione multidimensionale dei bisogni in Equipe integrata da operatori sanitari e sociosanitari e progettazione personalizzata

2. Riforma della Legge regionale 22 del 14 Dicembre 2021

3. Linee guida per i Piani di zona 2021-2023: DGR 4563 (2021)
 - 3.1 Obiettivi di integrazione sociosanitaria
 - 3.2 Esempio di progetto sociosanitario per finanziamento premiale: “Oltre la violenza – costruire un domani possibile”
 - 3.3 Valutazione di impatto ATS Città Metropolitana di Milano

4. Ultime novità aggiornate a Maggio 2022

1. Presentazione del sistema integrato sociosanitario lombardo ridefinito dalla Legge 23/2015

La L.R. 23/2015 è una riforma della legge regionale 30 dicembre 2009¹ e ha modificato profondamente l'assetto del sistema sociosanitario lombardo (SSL), .

Principio cardine della norma è l'istituzione di un sistema sanitario e sociosanitario integrato guidato dall'Assessorato Unico al Welfare.

Il nuovo assetto organizzativo tende a concretizzare alcuni indirizzi fondamentali:

- la continuità dei percorsi di cura dal territorio all'ospedale e dall'ospedale al territorio;
- l'integrazione dei servizi sanitari e sociosanitari;
- la centralità delle cure territoriali al fine di assicurare l'assistenza nel proprio ambiente di vita;
- la presa in carico dei pazienti cronici, polipatologici, fragili e dei disabili al fine di ricomporre le risposte ai bisogni espressi, per ritardare le condizioni di non autosufficienza e la istituzionalizzazione;
- la differenziazione tra il ruolo di governance regionale, la funzione di attuazione della programmazione regionale da parte delle Agenzie Territoriali per la Salute e le funzioni erogative, ospedaliere e territoriali, delle ASST e dei soggetti privati e accreditati, in un'armonica cooperazione tra gli stessi;
- la centralità della persona, intesa come libertà di scelta e corresponsabilità nei percorsi di cura;
- il ruolo delle cure primarie, snodo centrale del sistema per la sua funzione di promozione della salute, di diagnosi precoce, di cura delle acuzie e di assistenza al paziente cronico;
- il ruolo della comunità, delle associazioni dei pazienti e del terzo settore.

I successivi provvedimenti legislativi hanno ribadito i principi della legge di riforma, puntualizzando in particolare le modalità di attuazione della presa in carico dei pazienti cronici.

¹ Far riferimento al testo della Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33. Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità (BURL n. 52, 3° suppl. ord. del 31 Dicembre 2009), urn:nir:regione.lombardia:legge:2009-12-30;33.

Nel triennio 2016-2018 si è dato progressivo avvio all'attuazione della riforma, che dovrà essere portata a compimento nel prossimo quinquennio. In questo contesto il Piano socio-sanitario integrato lombardo, come previsto dall'art.4 della Legge Regionale 33/2009, assume un ruolo centrale di programmazione coordinata del SSL.

Approfondiamo gli aspetti salienti della Legge Regionale 23/2015 che regola il sistema socio-assistenziale della Lombardia.

Secondo l'art.5 della legge regionale, la Regione:

1. Garantisce l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla medesima con risorse proprie, favorendo lo sviluppo dell'eccellenza della rete ospedaliera. Assicura la presa in carico della persona, garantendo la continuità delle cure erogate e, per quanto possibile nel suo contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati.
2. Esercita funzioni di programmazione, indirizzo e controllo, garantendo la più efficiente, efficace, economica e appropriata uniformità metodologica e prestazionale su tutto il territorio lombardo, anche con il supporto tecnico degli enti del sistema regionale e nei limiti e con la gradualità concessi dalle risorse disponibili.

La legge regionale, inoltre, ha ribadito la piena titolarità delle funzioni e delle competenze in ambito sociale in capo ai Comuni, attraverso la programmazione zonale espressa dal Piano di Zona².

1.1 Ruolo delle ATS³

L'art 6 istituisce agenzie di tutela della salute (ATS). Le ATS attuano la programmazione definita dalla Regione, relativamente al territorio di propria competenza ed assicurano, con il concorso di tutti i soggetti erogatori, i LEA ed eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie. Le ATS garantiscono l'integrazione di tali prestazioni con quelle sociali di competenza delle autonomie locali.

Per completare il quadro generale, si ricorda che l'art 7 istituisce le aziende socio-sanitarie territoriali (ASST). Esse concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto

² Per approfondimenti vedere la Dispensa ASST Melegnano Martesana relativa al "Percorso Formativo di affiancamento alla co-definizione di un protocollo per la presa in carico integrata socio-sanitaria delle persone fragili non autosufficienti" Sessione 1 del 20 aprile 2021 presso Synergia s.r.l.

³ Per ulteriori approfondimenti fare riferimento al documento "Linee di sviluppo della legge regionale n. 23/2015"

privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona. Infine, troviamo l'Ufficio di Piano che è l'organismo tecnico per la programmazione zonale, svolge funzioni di pianificazione, di coordinamento delle fasi attuative delle politiche sociali regionali e nazionali assegnate agli Ambiti e di valutazione dei servizi/interventi socio-assistenziali in supporto e in collaborazione con le Amministrazioni locali. L'Ufficio di Piano è l'interlocutore e referente territoriale per l'ambito socio-assistenziale nei confronti dell'ASST, ATS e della Regione Lombardia.

Per comprendere in modo approfondito il ruolo delle ATS, vengono sottoelencate le principali funzioni a loro attribuite:

- a) negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate, secondo tariffe approvate dalla Regione; su richiesta dei comuni e ai fini di una migliore integrazione con le prestazioni sociosanitarie, le ATS possono estendere tali attività anche alle prestazioni sociali, i cui oneri non possono comunque gravare sul fondo sanitario regionale;
- b) governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, anche attraverso la valutazione multidimensionale e personalizzata del bisogno, e secondo il principio di appropriatezza e garanzia della continuità assistenziale;
- c) governo dell'assistenza primaria e del convenzionamento delle cure primarie;
- d) governo e promozione dei programmi di educazione alla salute, prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione;
- e) promozione della sicurezza alimentare medica e medica veterinaria;
- f) prevenzione e controllo della salute negli ambienti di vita e di lavoro, compreso il controllo periodico impiantistico e tecnologico;
- g) sanità pubblica veterinaria;
- h) attuazione degli indirizzi regionali e monitoraggio della spesa in materia di farmaceutica, dietetica e protesica;
- i) vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali.

Il varo della L.R. 23/2015 ha sancito il riordino del sistema di welfare regionale con l'obiettivo di riformare i pilastri organizzativi del sistema, definire nuovi obiettivi strategici di lungo periodo e sistematizzare il quadro della Governance del sistema per offrire nuove risposte ai bisogni complessi,

rafforzare la dimensione della programmazione e potenziare il livello di integrazione tra i settori sanitario, socio- sanitario e sociale.

Nel passaggio di principio “dalla cura al prendersi cura”, è all’interno del sistema di offerta sociale, in integrazione con la rete sanitaria e socio-sanitaria, che il cittadino deve trovare il sostegno necessario ad evitare lo scivolamento o l’acuirsi delle condizioni di vulnerabilità (sia essa sanitaria e/o socio-economica), e una rete capace di fornire una presa in carico complessiva in grado di accompagnare il soggetto nel suo percorso all’interno del sistema di welfare.

La programmazione sociale si deve inserire nel percorso di integrazione con il sistema sociosanitario in un processo virtuoso volto ad evitare duplicazioni di interventi e promuovere la razionalizzazione delle risorse professionali e finanziarie in ottica di presa in carico globale ed unitaria della persona e della sua famiglia. Gli enti che giocano un ruolo centrale nell’integrazione socio-sanitaria in ambito locale sono ATS e ASST.

Le ATS, attraverso gli strumenti messi a disposizione dalla l.r.23/2015 devono esercitare la propria funzione di governance garantendo:

- le attività di valutazione multidimensionale rispetto agli interventi complessi, a tutela dei minori, non autosufficienza (es. FNA), area famiglia, in raccordo con le ASST e in integrazione con équipe sociali territoriali;
- l’individuazione di percorsi condivisi tra ATS, ASST e Comuni per una presa in carico integrata, con particolare attenzione alla cronicità, della persona assicurando la continuità assistenziale, senza interruzione delle prestazioni, garantendo l’accesso a tutti i servizi /interventi della rete, utili a rispondere ai bisogni della persona;
- razionalizzazione dei processi operativi per la presa in carico del bisogno (es. PUA, CEAD, Sportelli unici welfare ecc.);
- confronto e scambio informativo tra ATS e Ambiti in relazione al monitoraggio, alla verifica, al controllo degli interventi e dei servizi integrati sociali e sociosanitari e le attività di monitoraggio-controllo relativo all’erogazione e utilizzo delle risorse dei fondi sociali (Fondo Sociale Regionale, FNPS, FNA).

1.2 Degenze di comunità, POT e PreSST

Altri strumenti cardine di integrazione socio-sanitaria previsti dalla L.R. 23/2015, che poi ritroveremo anche nel nuovo assetto, con nomi diversi, sono i seguenti.

Per degenze di comunità si intende il complesso sistema delle cure sub acute, post acute, generali geriatriche, intermedie erogate in diversi ambiti assistenziali residenziali, sanitari, sociosanitari e sociali, la cui rete è stata recentemente ridisegnata in via sperimentale dalla Dgr n. 2019 del 31.07.2019.

Riguardo i POT (presidi ospedalieri territoriali) sono definiti dalla Lr 23/2015 come “strutture multiservizio deputate all'erogazione di prestazioni residenziali, sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici e di prestazioni ambulatoriali e domiciliari” – si sottolinea l'esigenza di farli diventare un nodo funzionale della rete promuovendo la collaborazione tra i diversi ambiti, avvalendosi anche dei medici di medicina generale, che partecipano alla gestione clinica dei propri pazienti ricoverati, con differenti livelli di collaborazione nell'ambito di accordi specifici stipulati con la ASST e con l'ATS di riferimento, con ampia autonomia assistenziale e gestionale affidata all'infermiere. Dovrà, inoltre, essere sviluppato il ruolo di case management e di programmazione di percorsi post dimissione e di presa in carico, favorendo, ove possibile, il rientro al domicilio.

Al fine di ricomporre i servizi erogati alla persona costruendo un'efficace risposta alle complesse diversificate esigenze del cittadino nelle diverse fasi della vita del malato cronico, il documento sottolinea che occorre rafforzare e sviluppare il Presidio socio-sanitario territoriale (PreSST) quale luogo appropriato, ben identificabile per la popolazione, di erogazione di servizi e di costruzione di percorsi di cura. Devono essere il punto di accesso unico e il primo punto di contatto ai servizi per ogni problema di salute e rappresentare il luogo di incontro di più figure professionali con una forte vocazione al governo della presa in carico e all'integrazione sociosanitaria e sociale. Dovranno assicurare la valutazione multidimensionale e la progettazione di percorsi personalizzati.

A seguito di ciò, secondo la DGR 31 luglio 2019 – n XI/2019:

- Il PreSST assicura la presa in carico delle persone fragili, persone disabili e non autosufficienti attraverso VMD e PAI che garantisca una risposta integrata sanitario, sociosanitaria e sociale;

- L'area presa in carico delle persone disabili e non autosufficienti assicura, d'intesa con le UO sociosanitarie sanitarie, la VMD e il progetto individuale, l'individuazione delle risorse e dei servizi per la sua realizzazione;
- Attività complementari del PreSST: servizi sociali dei comuni

1.3 Valutazione multidimensionale dei bisogni in Equipe integrata da operatori sanitari e socio-sanitari e progettazione personalizzata

Con la l.r. n. 23/2015 di evoluzione del sistema sociosanitario lombardo, le ATS, attraverso gli strumenti messi a disposizione dalla legge regionale, garantiscono le attività di valutazione multidimensionale in raccordo con le ASST e in integrazione con équipe sociali territoriali dei Comuni.

Secondo la DGR 2720/2019, la valutazione multidimensionale ed il Progetto individuale che declina le diverse dimensioni di vita della persona con disabilità sono gli strumenti che facilitano il raccordo e coordinamento degli interventi e delle risorse professionali ed economiche.

In ottica di favorire la ricomposizione delle prestazioni, in contesto di massima flessibilità delle risposte, viene riconfermata la disponibilità di quota parte di risorse proprie regionali anche derivanti dal Fondo regionale socio sanitario a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili istituito con DGR n. 116/2013.

La modalità di presa in carico globale della persona non autosufficiente avviene previa valutazione multidimensionale effettuata da équipe pluri-professionale integrata ASL, ora Azienda Socio Sanitaria Territoriale con l'entrata in vigore della l.r. n. 23/2015, operatori sociali dei Comuni. La presa in carico si concretizza con la predisposizione del Progetto individuale in cui sono definiti tutti gli interventi - sanitari, socio sanitari e sociali - necessari per rispondere ai bisogni della persona.

Le ATS, ai sensi della citata l.r. n. 23/2015, assicurano il confronto e lo scambio informativo tra ATS e Ambiti, in relazione a:

- Monitoraggio;
- Verifica;
- Controllo degli interventi e dei servizi integrati sociali e sociosanitari;

- Attività di monitoraggio-controllo relativo all'erogazione e utilizzo delle risorse derivanti dai vari fondi sociali (Fondo Sociale Regionale, FNPS, FNA, DOPO DI NOI, ecc).

Inoltre secondo la DGR 3404/2020 la valutazione multidimensionale rappresenta un passo successivo alla verifica dei requisiti di accesso alla misura. È effettuata in maniera integrata tra équipe pluriprofessionali delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali e assistenti sociali dei Comuni sulla base di appositi protocolli operativi definiti in Cabina di regia, costituita presso l'Agenzia di Tutela della Salute territorialmente competente

Avendo definito gli aspetti fondamentali delineati dalla LR 23/2015, è necessario analizzare in modo più approfondito la presa in carico di tali misure, per comprendere i fondi e le misure erogate a sostegno di queste iniziative. In particolare, le misure a sostegno della disabilità e della non autosufficienza sono definite Misura B1 e Misura B2. La Misura B1 è finalizzata a garantire la permanenza a domicilio e nel proprio contesto di vita delle persone con disabilità gravissima, in una delle condizioni elencate nel Decreto interministeriale Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNA) 26 settembre 2016. Si concretizza nell'erogazione di un Buono per compensare l'assistenza fornita dal caregiver familiare e/o da personale di assistenza impiegato con regolare contratto, pertanto non costituisce un intervento di sostegno al reddito in sostituzione di altri interventi mirati o sostitutivi di prestazioni di natura diversa garantite nell'area sociale. Questa linea d'azione è realizzata attraverso le Agenzie di Tutela della Salute (ATS) e le Aziende Socio Sanitarie (ASST).

La Misura B2 è un bonus riservato alle persone in condizione di disabilità grave o di non autosufficienza e si concretizza in interventi di sostegno per garantire la piena permanenza della persona fragile al proprio domicilio e nel proprio contesto di vita. Il bonus mensile e il voucher vengono destinati oltre all'assistenza di adulti e minori e vengono erogati attraverso gli Ambiti Territoriali, previa valutazione e predisposizione del "Progetto individuale di Assistenza". Per alcune tipologie di bisogni, di carattere sociosanitario, la valutazione viene effettuata dagli Ambiti territoriali in raccordo con l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale competente (ASST). Il bonus sociale non costituisce un intervento di sostegno al reddito in sostituzione di altri interventi mirati o sostitutivi di prestazioni di natura diversa garantite nell'area sociale. Per accedere a buoni della Misura B2 occorre rivolgersi al Servizio sociale del proprio Comune di residenza per inoltrare richiesta. Le richieste verranno indirizzate ad una équipe integrata con personale dei Comuni e anche della ASST che, previa valutazione della persona,

predispone il "Progetto Individuale di Assistenza" che contiene la descrizione degli interventi, i buoni previsti dalla misura B2 e il valore ISEE considerato ai fini dell'erogazione della stessa.

Inoltre, il 20 luglio con la DGR n. 3404 è stato adottato l'atteso programma operativo regionale per la realizzazione degli interventi "Dopo di Noi" a favore delle persone con disabilità grave ai sensi della L. n. 112/2016 per il biennio 2020/2021 che vede attualmente impegnati, in particolare, gli Ambiti territoriali nella predisposizione delle Linee operative aggiornate per l'attuazione del programma a livello locale e nella formulazione di un avviso pubblico a sportello per la presentazione delle istanze con scadenza al 31.12.2020.

Una novità riguarda la possibilità di accesso agli interventi anche da parte delle persone con disabilità grave che presentano un quadro di natura clinica o disturbi del comportamento ad elevata o elevatissima intensità di sostegno, beneficiari esclusi in precedenza. Il provvedimento precisa a riguardo la necessità di coinvolgere in sede di valutazione multidimensionale e di elaborazione del progetto individuale gli operatori e/o i referenti dei servizi già impegnati a sostegno di dette persone e l'Ente erogatore che già supporta la persona e/o che prenderà in carico la stessa, nonché di effettuare puntuali e specifiche verifiche durante il percorso in una logica di appropriatezza ed efficacia della presa in carico.

L'accesso alle misure di sostegno resta in capo all'Ambito territoriale. Alla verifica dei requisiti di accesso alle misure a cura degli Ambiti territoriali, segue la **valutazione multidimensionale** effettuata in maniera integrata tra équipe pluri-professionali delle ASST e servizi sociali comunali che assume una funzione propedeutica all'elaborazione del progetto individuale.

In sintesi, come emerge, pur avendo Regione Lombardia previsto la metodica della valutazione multidimensionale per molte misure, di fatto non ha definito modelli e standard procedurali né ha normato le modalità organizzative e di costituzione delle unità o équipe di valutazione multidimensionale, lasciando questo aspetto alla discrezionale responsabilità di stipula di protocolli di collaborazione da parte degli enti locali (Comuni e ASST).

L'ulteriore peculiare caratterizzazione del modello Lombardo riguarda l'inserimento in RSA, che avviene non sulla base di una valutazione in UVM, ma su semplice richiesta del cittadino direttamente alla struttura.

2. Riforma della Legge regionale 22 del 14 Dicembre 2021

La legge regionale 22 del 14 dicembre 2021 è per certi aspetti una “controriforma” della Legge Regionale 23/2015 operata in base anche a un report di AGENAS che ha palesato varie criticità rispetto al sistema di medicina territoriale lombardo, suggerendo alcune proposte di modifica. Questa nuova riforma segue le linee guida delineate dal PNRR, in particolare dalla Missione 6 di Salute, che si articola in 2 aree di intervento cui sono connessi rilevanti investimenti:

- Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità, le Centrali Operative Territoriali e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari;
- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale: le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

Dopo aver delineato le principali caratteristiche della Legge 23/2015, è necessario riportare i principali punti deboli evidenziati dal rapporto “La riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo (LR 23/2015). Analisi del modello e risultati raggiunti a cinque anni dall’avvio” di AGENAS:

1. La suddivisione delle competenze sociali e sociosanitarie in tre assessorati, oggi in parte superata, che pesa particolarmente su alcuni settori come ad esempio quello della disabilità;
2. la scarsa definizione dei distretti, snodo di integrazione sociosanitaria, ma le cui competenze e funzioni risultano ancora poco chiare;

3. la “frammentazione dell’impianto di governance” che porta ad uno sfilacciamento della catena di comando e una risposta non coordinata, da parte degli erogatori del sistema, ai bisogni della popolazione;
4. la separazione – tra ATS e ASST – delle funzioni di governo ed erogazione delle attività territoriali, “che si traduce in un coordinamento delle stesse non pienamente efficace”.

Tra i suggerimenti più rilevanti che sono stati avanzati da questa analisi, emergono:

- Costituire un’ATS unica con funzioni tecnico amministrative specialistiche a livello accentrato, con il compito di coordinamento delle ASST e supporto nel miglioramento dei processi tecnico amministrativi e di organizzazione sanitaria e sociosanitaria ed infine con l’incarico tecnico di supporto alla programmazione regionale (valutazione epidemiologica, analisi, dati, informazioni, supporto tecnico per l’adozione di provvedimenti regionali)
- Assegnare all’ATS unica, o in alternativa alla Regione secondo il modello rappresentato, la negoziazione e la contrattazione con gli erogatori privati di profilo regionale e extraregionale.
- Assegnare all’ATS unica, o in alternativa alla Regione secondo il modello rappresentato, le attività di controllo sul rispetto degli Accordi Contrattuali con gli erogatori privati accreditati di valenza regionale o extraregionale, ferme restando le attività di controllo sul rispetto degli Accordi Contrattuali con gli erogatori privati accreditati di valenza locale alle ASST.
- Assegnare alla Regione, oppure alla ATS unica, l’incarico di stipula degli Accordi Contrattuali con gli erogatori privati accreditati per attività di ambito regionale o extraregionale, ed assegnare alle ASST, previ valutazione del fabbisogno locale, l’incarico di stipula degli Accordi Contrattuali con gli erogatori privati accreditati di prestazioni ospedaliere, ambulatori e sociosanitarie per attività in ambito locale.
- Attribuire all’Agenzia di controllo (quale organismo regionale terzo tecnico scientifico) compiti di programmazione, analisi, vigilanza e supervisione dell’attività di controllo svolta sul sistema di erogazione delle prestazioni da parte di aziende pubbliche ed erogatori privati accreditati.

- Attribuire alla Agenzia di Controllo la competenza all'emanazione di direttive, di analisi sui risultati dell'attività di controllo, di risoluzione delle contestazioni sorte a seguito dei controlli svolti.
- Valutare la possibilità di ridefinire le dimensioni delle ASST al fine di renderle maggiormente funzionali all'organizzazione dei servizi sanitari della popolazione di riferimento ed efficienti nell'erogazione delle prestazioni ai cittadini

Il 31 maggio 2021 la Giunta della Regione Lombardia, su proposta della vicepresidente e assessore al Welfare, ha approvato le linee guida per lo sviluppo della Legge regionale 23/2015. Le aree tematiche sulle quali si articolerà la Riforma sono:

1. Direzione generale welfare: L'assessorato al Welfare sarà sempre più caratterizzato da un ruolo di governo. Ciò anche attraverso un irrobustimento della funzione d'indirizzo nei confronti delle Agenzie di tutela della salute (ATS) e degli erogatori pubblici e privati.
2. Ruolo delle ATS: Alle ATS spetteranno la gestione sanitaria e flussi relativi; indirizzi in materia contabile alle ASST; autorizzazioni sanitarie e istruttoria accreditamento; negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie; controlli sanitari ad enti pubblici e privati; programmazione attività di prevenzione; gestione delle politiche di investimento Hta e di edilizia sanitaria e ospedaliera e territoriale; coordinamento degli approvvigionamenti in raccordo con Aria; acquisizione del personale con procedure accentrate, ferma restando la possibilità di procedure singole per professionalità e aree più disagiate; gestione del rischio clinico, con supporto e coordinamento per le politiche assicurative delle aziende pubbliche; formazione; sanità animale, igiene urbana veterinaria, igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, igiene degli alimenti di origine animale, impianti industriali e supporto dell'export, programmazione e coordinamento sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare; farmaceutica convenzionata.
3. Compito delle ASST: Le Aziende socio-sanitarie territoriali (ASST) si occuperanno delle sedi dei Distretti e di attività erogative. Inoltre dei dipartimenti: Cure primarie; Salute mentale; funzionale di prevenzione; quindi dei poli Ospedaliero e Territoriale, articolato in Distretti che coincidono con gli Ambiti sociali. In coerenza con quanto prescritto dal Ministero della Salute e

dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) nell'ambito delle Aziende socio sanitarie territoriali troveranno collocazione i Distretti e tutte le attività erogative, portando a compimento definitivamente il disegno della legge regionale n. 23/2015.

4. Medicina territoriale: la proposta legge di riforma pone particolare attenzione alla medicina territoriale. Essa rappresenterà sempre più l'interfaccia privilegiata tra cittadino e sistema socio sanitario, anche attraverso una sempre maggiore valorizzazione dell'integrazione tra medici di medicina generale e pediatri di libera scelta con gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri. Si dovranno prevedere forme di facilitazione nelle attività dei medici e, mediante lo sviluppo di sedi, dovrà realizzarsi davvero un'efficace integrazione professionale.
5. Un nuovo assetto organizzativo: l'assetto organizzativo del Sistema socio-sanitario lombardo prevede il governo e l'erogazione delle prestazioni per la tutela della salute nei dipartimenti di prevenzione quali articolazioni delle ASST. Ciò unitamente ai dipartimenti di salute mentale e all'istituzione dei distretti con funzione di governo ed erogazione delle prestazioni del polo territoriale, prevedendo un adeguato coinvolgimento dei Sindaci.
6. Cosa verrà ospitato nel Distretto: all'interno del Distretto si prevede di ospitare: dipartimento di cure primarie; assistenza specialistica ambulatoriale; prevenzione individuale; prevenzione e cura tossicodipendenze; consultori familiari; attività rivolte a disabili e anziani; attività rivolte agli adolescenti; medicina dello sport; centrale operativa territoriale; assistenza domiciliare integrata; valutazione multidisciplinare; cure palliative; medicina di comunità – infermiere di famiglia; assistenza farmaceutica; assistenza protesica. Il Distretto si occuperà della rilevazione dei bisogni del territorio con la Conferenza dei Sindaci e i delegati dei sindaci; dipartimento di Prevenzione per l'erogazione delle prestazioni di prevenzione individuale, delle dipendenze e dell'integrazione sociosanitaria e sociale; dipartimento di Salute mentale e la Neuropsichiatria infantile. Il Distretto sarà la sede fisica, facilmente riconoscibile e accessibile dai cittadini, della programmazione territoriale e dell'integrazione dei professionisti sanitari. Le Linee guida prevedono un Distretto ogni 100.000 abitanti, sede di strutture erogative territoriali, come: poliambulatori, Centrali operative territoriali, Ospedali di comunità. E di servizi amministrativi per i cittadini: scelta/revoca, commissioni patenti, prestazioni medicina legale, indicativamente in funzione della stima demografica.
7. Le Case della comunità andranno quindi a rimodulare l'esperienza oggi rappresentata dai Presst e saranno la struttura fisica in cui opereranno team multidisciplinari di Medici di medicina

- generale, Pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti e assistenti sociali. L'indicazione del Pnnr è individuarne una almeno ogni circa 50.000 abitanti.
8. Le Centrali operative territoriali (COT) saranno strumento che faciliterà l'accesso del cittadino al Sistema delle cure territoriali. Il PNRR prevede infatti che sia individuata una COT in ogni Distretto e siano configurate come punti di accessi fisici e digitali collocati all'interno dei singoli distretti. Le COT dovranno quindi facilitare l'accesso dei cittadini alla rete dei servizi e delle Unità d'Offerta socio-sanitaria e sociali orientando e accompagnando il cittadino in modo da evitare fenomeni di vuoti nel percorso assistenziale; avranno la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza; garantiranno e coordineranno, nell'ambito del Distretto, la presa in carico dei pazienti 'fragili', rilevando i bisogni di cura e assistenza e garantendo la continuità del percorso assistenziale tra Ospedale e Territorio con il coinvolgimento degli enti locali (Uffici di Piano) e degli enti del terzo settore; dovranno essere dotate di una piattaforma di interconnessione con tutte le strutture presenti sul territorio sperimentando anche strumenti di Intelligenza Artificiale e Machine Learning a supporto della gestione clinica e organizzativa dei pazienti.
 9. I finanziamenti e gli strumenti del PNRR. In coerenza con il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), le linee di sviluppo della legge 23 pongono, come principio guida, nel percorso di formulazione del nuovo assetto, il potenziamento dell'area territoriale. Le Linee guida di sviluppo della legge 23 tengono conto inoltre del nuovo fondamentale strumento d'implementazione dei sistemi sanitari regionali rappresentato dal PNRR. In particolare esso, nella 'missione 6', prevede due aree d'intervento cui sono connessi rilevanti investimenti. Vale a dire: le reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e l'innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del Servizio sanitario.

In particolare, il Ministero della Salute e AGENAS hanno ritenuto necessario indicare le seguenti prescrizioni:

1. Istituire i Dipartimenti di Prevenzione, costituiti quali articolazioni delle ASST con funzioni di governo ed erogazione delle prestazioni per la tutela della salute della popolazione;
2. Istituire i Distretti, costituiti quali articolazioni delle ASST, con funzioni di governo ed erogazione delle prestazioni distrettuali, prevedendo un adeguato coinvolgimento dei sindaci;

3. Istituire i Dipartimenti di Salute Mentale, costituiti quali articolazioni delle ASST, con il compito di gestire la domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio di riferimento;
4. Istituire la figura del Direttore di Distretto selezionato ai sensi della normativa vigente;
5. Assegnare alle ASST l'attuazione degli atti di indirizzo, di pianificazione e di programmazione regionali con le connesse attività di programmazione ed organizzazione dei servizi a livello locale, sulla base della popolazione di riferimento;
6. Attribuire alla Regione la funzione di accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche, private e dei professionisti che ne facciano richiesta;
7. Assegnare alla Regione (tramite l'Agenzia di controllo), funzioni di vigilanza e controllo degli erogatori privati accreditati di valenza regionale o extraregionale con cui ha stipulato gli Accordi Contrattuali.

Con la riforma della La legge regionale 22 del 14 dicembre 202, le ATS assicurano il confronto e lo scambio informativo tra ATS e Ambiti, in relazione ad Attività di monitoraggio-controllo relativo all'erogazione e utilizzo delle risorse derivanti dai vari fondi sociali (Fondo Sociale Regionale, FNPS, FNA, DOPO DI NOI, ecc). L'obiettivo è finalizzare le misure previste da FNA e Dopo di Noi raccordandole e integrandole con l'insieme degli interventi sanitari e/o sociosanitari e/o sociali affinché risorse e sostegni siano orientati a sostenere il Progetto di vita quale reale ed appropriata modalità d'intervento. Inoltre, con la riforma l'Assessorato al Welfare sarà sempre più connotato da un ruolo di governo anche mediante l'irrobustimento della funzione di indirizzo nei confronti delle Agenzie di Tutela della Salute e degli erogatori pubblici e privati. Riguardo alle ATS, la Riforma prevede:

- Valenza territoriale delle ATS;
- programmazione delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione;
- Gestione sanitaria e flussi relativi;
- Indirizzi in materia contabile alle ASST secondo indicazioni regionali;
- Autorizzazioni sanitarie e istruttoria accreditamento;
- Negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie;
- Controlli sanitari ad Enti Pubblici e Privati;

- Programmazione attività di Prevenzione;
- Gestione delle Politiche di investimento HTA e di edilizia sanitaria e ospedaliera e territoriale, in coerenza e su indicazione dell'attività di Programmazione Regionale
- Coordinamento degli approvvigionamenti nella raccolta dei fabbisogni dei servizi logistici, informatici e dei beni e servizi sanitari in raccordo con ARIA;
- Acquisizione del personale con procedure accentrate, ferma restando la possibilità di procedure singole per determinate professionalità e determinate aree più disagiate;
- Governo delle attività inerenti la gestione del rischio clinico;
- Centro di gestione del rischio clinico e supporto e coordinamento per le politiche assicurative delle Aziende Pubbliche;
- Formazione continua;
- Attività in tema di Sanità Animale, Igiene Urbana Veterinaria, Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, Igiene degli alimenti di origine animale, Impianti industriali e supporto dell'export, Programmazione e Coordinamento Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare;
- Farmaceutica convenzionata.

Alle ASST afferiranno, pertanto, i seguenti Dipartimenti:

- Dipartimento Cure Primarie;
- Dipartimento Salute mentale;
- Dipartimento funzionale di prevenzione.

Le ASST continueranno ad essere articolate in due poli:

- Polo Ospedaliero, a sua volta articolato in dipartimenti;
- Polo territoriale, articolato in Distretti, cui afferiscono i presidi territoriali quali punti erogativi delle prestazioni.

In considerazione del ruolo fondamentale ricoperto dal Distretto, l'ASST sarà la sede di rilevazione dei bisogni del territorio di riferimento, in raccordo con: la Conferenza dei Sindaci a livello di Direzione Generale e con i delegati dei sindaci espressione dei rispettivi territori di competenza a livello distrettuale.

Alle ASST spetterà l'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie territoriali e quelle inerenti la continuità del percorso assistenziale che saranno garantite dalle strutture, ospedaliere e territoriali, afferenti alle ASST del territorio di riferimento e ai suoi Distretti. In particolare, la legge dovrà prevedere:

- l'istituzione del Dipartimento di Prevenzione
- l'erogazione delle prestazioni di prevenzione individuale (es: profilassi malattie infettive - vaccinazioni), delle dipendenze e dell'integrazione sociosanitaria e sociale;
- la declinazione del polo territoriale in Distretti i cui ambiti coincidono con gli Ambiti sociali;
- il governo di tutta l'attività erogativa del Distretto;
- la collocazione dei Presidi Territoriali all'interno di ogni Distretto per l'erogazione dei LEA territoriali;
- lo sviluppo, il potenziamento e l'integrazione dei servizi territoriali;
- l'integrazione socio sanitaria con gli enti locali e il rapporto con le rappresentanze dei sindaci;
- la valutazione dei fabbisogni del territorio;
- il Dipartimento di Salute Mentale e la Neuropsichiatria infantile quale articolazione delle ASST.

3. Linee guida per i Piani di zona 2021-2023: DGR 4563 (2021)

A seguito degli obiettivi delineati dalla Riforma 2015, l'integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari e sociosanitari è una necessità "imperativa" per organizzare risposte globali e integrate, così come la governance istituzionale deve guidare i processi che stanno alla base della tutela della salute e della qualità di vita delle persone fragili. A tal fine, nel quadro normativo definito dalla Lr 23/2015, i due strumenti fondamentali individuati per rafforzare la dimensione della programmazione e potenziare il livello di integrazione tra i settori, sono il "Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle

prestazioni sociosanitarie con quelle sociali” e l’attribuzione alla Cabina di Regia di “funzioni consultive rispetto alle attività del Dipartimento”. Molta importanza viene data al ruolo di regia delle ATS nella costante interlocuzione con i comuni associati (Piani di Zona).

Il contesto in cui prende avvio la nuova triennialità di programmazione dei Piani di Zona, 2021-2023⁶, “ha carattere di straordinarietà ed estrema complessità alla luce della pandemia Covid-19, che vede interessato il Paese intero e particolarmente il territorio lombardo. La programmazione degli interventi e l’erogazione dei servizi ha subito a causa della crisi pandemica un importante contraccolpo nell’anno 2020 e tale crisi, inevitabilmente, influenzerà l’organizzazione dei servizi sociali nei prossimi anni (sia dal punto di vista degli obiettivi della programmazione, sia nelle forme erogative). In questo contesto gli Ambiti hanno cercato di garantire la risposta locale ai bisogni sociali dei cittadini. Come evidenziato dagli stessi Uffici di Piano, le criticità sono state molte nella prima fase acuta di emergenza e persistono nel medio-lungo periodo. L’uscita dalla fase acuta della crisi sanitaria ha portato con sé la necessità di adattare l’erogazione dei servizi sociali alla nuova condizione post-emergenziale, che disegna un quadro di bisogni assai variegato, che tende a stratificarsi in target diversi e non necessariamente sovrapponibili: anziani soli o in famiglia, persone con disabilità sole o in famiglia, giovani, famiglie numerose, famiglie mononucleari, famiglie monoreddito, ecc. Tale complessità richiede, inevitabilmente, la presenza di strumenti gestionali migliori ed integrati, una semplificazione delle procedure di intervento, personale (amministrativo e sociale) formato per fronteggiare tale complessità, migliore analisi del bisogno (basata su fonti/dati integrati e il più possibile completi) ed elevata flessibilità e velocità di reazione dinanzi a nuove utenze e nuovi bisogni. Alla luce di un target di bisogno così complesso – che si sta prefigurando costituito da gruppi sempre più ampi, disomogenei, con difficoltà più o meno temporanee – è importante attivare modalità integrate e trasversali di risposta, ovvero policy che abbraccino più aree di intervento, in un’ottica multidimensionale che vada a superare l’endemica parcellizzazione delle risposte, favorendo l’accesso ai servizi e la fruibilità di tali interventi. Emerge anche la necessità di coinvolgere maggiormente in questi interventi il Terzo Settore e gli attori territoriali, che hanno rappresentato un prezioso sostegno nella fase emergenziale, e che sono ora chiamati a ripensare, insieme agli Ambiti, anche la propria funzione nella rete di offerta sociale e ad immaginare come dovrà cambiare il proprio ruolo rispetto ad uno scenario drasticamente mutato”.⁷

⁶ Allegato A “Linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2021-2023”

⁷ Regione Lombardia DELIBERAZIONE N° XI / 4563

1. Per facilitare l'elaborazione delle parti essenziali della programmazione locale e la successiva analisi omogenea, le linee di indirizzo regionali hanno previsto uno specifico format per la redazione dei documenti di Piano 2021-2023, con uno specifico capitolo (l'ultimo) da dedicare al tema dell'integrazione socio-sanitaria:
 1. esiti della programmazione zonale 2018-2020 (vedi il modello Tabella Esiti della precedente programmazione zonale 2018-2020),
 2. dati di contesto e quadro della conoscenza: dati demografici e socioeconomici (es. occupazione, povertà, reddito medio ecc.), risorse impiegate nel settore sociale,
 3. analisi dei soggetti e delle reti presenti sul territorio,
 4. analisi dei bisogni (sulla base dei dati di ATS, spesa sociale, sistemi di conoscenza di welfare locale, flussi integrati ATS/Ambiti, ISTAT, dati della Cabina di Regia, dati di supporto dal dipartimento PIPSS per la parte inerente l'integrazione, ecc.) e illustrazione delle motivazioni alla base della scelta riguardo alle aree individuate per la programmazione,
 5. individuazione degli obiettivi (del singolo Ambito e di distretto) della programmazione 2021-2023 (vedi il modello Tabella Obiettivi della programmazione 2021-2023),
 6. definizione di un sistema per la valutazione delle politiche e delle azioni, attraverso la determinazione di indicatori di risultato quantitativi e qualitativi (vedi sezione Costruire gli interventi valutandone la qualità),
 7. presentazione dei progetti e dei percorsi di integrazione sociosanitaria costruiti con ATS e ASST.

3.1 Obiettivi di integrazione sociosanitaria

Lo specifico indirizzo di policy intrapreso da Regione Lombardia in tal senso, parte dalla constatazione che la necessità di potenziare la filiera integrata dei servizi sociali e sanitari rende essenziale un miglior funzionamento delle modalità di lavoro congiunto tra Ambiti territoriali, ATS, ASST e gli attori sociali interessati. Il lavoro su progettualità trasversali programmate ad un livello sovra-zonale può aiutare non solo a definire policy che richiedono una dimensione e un coordinamento più ampio rispetto al Piano di Zona, ma anche a costruire modelli di cooperazione rafforzata tra attori che non riescono ancora ad agire ad un livello pienamente soddisfacente di coordinamento. È necessario quindi proseguire nell'implementazione di un sistema che risponda ai "bisogni di ascolto, cura, sostegno e presa in carico" a sostegno della centralità della persona e della sua famiglia, attraverso una maggiore prossimità dei

servizi, una presa in carico sempre più integrata e una continuità assistenziale per le persone. Pertanto, è essenziale una lettura integrata e approfondita dei bisogni, attraverso un forte raccordo tra ATS, ASST e Ambiti territoriali.

Per la nuova triennalità 2021-23 si è inteso quindi stimolare percorsi di coordinamento e ricomposizione in grado di produrre risposte di sistema a vecchi e nuovi bisogni rendendo sistematico il coordinamento sovra-zonale tra Ambiti e ASST di riferimento, al fine di potenziare la concretizzazione dei percorsi di integrazione sociosanitaria.

Il punto 7 del documento del piano di zona si sostanzia quindi di fatto in uno specifico addendum al Piano di Zona da allegare all'accordo di programma, accordo di programma da sottoscrivere obbligatoriamente (ed è questa una delle sostanziali novità introdotte recentemente da Regione Lombardia) non solo da parte Comuni dell'Ambito Territoriale, ma anche da parte dell'ASST e dell'ATS del territorio di riferimento.

Tale addendum, redatto in modo condiviso dai vari attori coinvolti (Uffici di Piano, ASST, ATS), specifica quali dei seguenti obiettivi di integrazione sociosanitaria vengono perseguiti e come:

- Sviluppo sistema informativo finalizzato a condivisione dei dati sanitari, socio-sanitari e sociali nelle diverse aree di
- Valutazioni multidimensionale integrate
- Continuità dell'assistenza tra i setting di cura e della presa in carico integrata a favore delle persone fragili e non autosufficienti;
- Contrasto alla violenza di genere;
- Misure di sostegno all'inserimento in comunità di minori vittime di violenza;
- Azioni di contrasto alla povertà e grave emarginazione di adulti;
- Promozione stili di vita favorevoli alla salute.

3.2 Esempio di progetto sociosanitario per finanziamento premiale: “Oltre la violenza – costruire un domani possibile”

Oltre a ciò, Regione Lombardia ha previsto, sempre con riferimento alla programmazione sociale dei Piani di Zona e all'interno della stessa DGR per il ciclo 2021-2023, la definizione di progettualità trasversali ed integrate che aiutino il rafforzamento del lavoro congiunto del territorio inteso come Ambiti

e ASST, presentate dagli Ambiti e finanziate da Regione con una quota premiale a valere sul Fondo Nazionale Politiche Sociali.

Figura 1 – Formulario presentazione progetti sovra-zonali

SCHEDA PROGETTO

Gli obiettivi individuati devono essere declinati ciascuno all'interno di una scheda progetto per macroarea di policy. Il progetto, per poter essere valutato, deve utilizzare il format seguente in modo chiaro e possibilmente sintetico (deve essere compilata una scheda progetto per ogni obiettivo presentato).

Titolo progetto

Oltre la violenza – costruire un domani possibile.

Macroarea di policy (specificare la macroarea barrando la casella corrispondente)

- A. Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale
- B. Politiche abitative
- C. Promozione inclusione attiva
- D. Domiciliarità
- E. Anziani
- F. Digitalizzazione dei servizi
- G. Politiche giovanili e per i minori
- H. Interventi connessi alle politiche per il lavoro
- I. **Interventi per la famiglia**
- J. Interventi a favore di persone con disabilità

Il progetto “Oltre la violenza—costruire un domani possibile” ad esempio, presentato dagli Ambiti Garbagnatese, Rhodense e Corsichese con il coinvolgimento dell’ASST Rhodense e l’ATS Città Metropolitana di Milano, rientra nella macro area di policy di interventi per la famiglia; nello specifico è volto al contrasto e prevenzione della violenza domestica.

L’obiettivo del progetto deriva dall’esperienza condotta negli ultimi anni all’interno della Rete Antiviolenza del territorio del Garbagnatese e Rhodense e della Rete Antiviolenza del territorio del Corsichese e Visconteo, che coinvolgono ASST Rhodense e la Fondazione Padri Somaschi onlus quale gestore del CAV Hara a Bollate e a Rho per gli Ambiti territoriali del Garbagnatese e del Rhodense e del CAV La Stanza dello Scirocco a Corsico ed Assago per l’Ambito territoriale del Corsichese. Sin qui sui territori dei tre Ambiti si è investito nella costruzione di un servizio specialistico dedicato all’accoglienza e messa in protezione delle donne vittime di violenza e, al contempo, alla sensibilizzazione generale della popolazione e dei servizi. L’obiettivo evolutivo che si pone la nuova programmazione zonale è la focalizzazione sul post-accoglienza, ovvero il supporto nella costruzione di un domani possibile per le donne in uscita da percorsi di protezione e prima accoglienza, al fine di sostenerle nella ricostruzione di un percorso di vita autonomo, nelle diverse dimensioni di vita – in particolare abitare e reddito.

L'ATS che coordina il progetto è ATS Città Metropolitana e gli Ambiti territoriali coinvolti sono: Ambito di Garbagnate, Ambito di Rho e Ambito di Corsico. La ASST coinvolta è ASST Rhodense. L'integrazione è garantita dall'assetto di governance all'intero delle singole reti antiviolenza. La principale novità del progetto è il focus: l'attuazione di percorsi di autonomia delle donne vittime di violenza è l'elemento chiave. Prevede inoltre una collaborazione sovra-distrettuale tra due reti antiviolenza, al fine di scambiare pratiche e favorire l'acquisizione reciproca degli apprendimenti.

Il "domani possibile" è qualcosa di imprescindibilmente specifico, individuale, peculiare per ogni singola persona. Evidentemente ci sono tratti comuni nella ricostruzione di un'autonomia (abitativa, lavorativa e relazionale) ma il "come" questo si concretizzi dipende dalla specificità di ogni singola donna e dalla sua storia pregressa. Pertanto l'ipotesi di intervento alla base del progetto è quella di puntare ad un percorso di supporto che abbia come snodo centrale il tutoring.

- Intervento 1: servizio di tutoring individuale per supportare la donna nello sviluppo di un percorso di autonomia.

Fase 1: Identificazione tutor e selezione donne da supportare.

Lavoro coordinato tra servizi sociali, CAV e operatori delle case rifugio per identificare, tra le donne in protezione, quelle nelle condizioni di avviare un percorso di tutoring verso l'autonomia. Identificazione dei tutor educativi, da parte degli Ambiti e condivisione degli obiettivi di progetto e delle modalità di intervento (gruppo di lavoro sovra-ambito partecipato da tutori, Ambiti, ASST e CAV).

- Fase 2: Tutoring. Supporto educativo alle donne nello sviluppo di aree di autonomia possibile attraverso:
 - orientamento al territorio ed alla fruizione dei servizi (mappa luoghi e servizi utili, supporto alla fruizione es. mediazione linguistico-culturale; accesso a sostegni es. reddito di libertà, Reddito di cittadinanza, emporio della solidarietà...)
 - orientamento al lavoro e alla formazione (stesura cv, raccordo con servizi di inserimento lavorativo, accesso ad opportunità formative...)
 - supporto all'abitare (condivisione scelte su soluzioni abitative sostenibili, supporto nella ricerca, aggancio con Agenzie per l'abitare sociale per l'accesso alle diverse possibilità abitative - housing, canone calmierato, a misure di supporto..)

- supporto nella gestione delle risorse economiche (educazione finanziaria)
 - Nella realizzazione di queste attività sono coinvolti i tutor e la rete dei servizi territoriali (Nucleo inserimenti lavorativi, Agenzia per l’abitare, empori, servizi ASST, soggetti impegnati nel welfare di comunità)
 - Hub territoriali/laboratori di comunità
- Fase 3: Monitoraggio dei percorsi di autonomia
 - ideazione da parte del gruppo di lavoro sovra ambito di uno strumento di monitoraggio condiviso
 - raccolta ed elaborazione dati e informazioni di monitoraggio da parte di ogni tutor
 - elaborazione relazioni di monitoraggio periodiche a livello di ambito

Intervento 2: Scambio distrettuale di buone pratiche e apprendimenti

- Fase 4: Coordinamento sovra ambito. Incontri di coordinamento periodici di analisi dei risultati e di condivisione delle buone pratiche

3.3 La Valutazione d’impatto nella programmazione zonale 2021/23 nel territorio dell’ATS Città Metropolitana di Milano⁸

La DGR 4563/21 ribadisce la necessità di attivare modalità di valutazione che accompagnino il processo di programmazione. Infatti, anche nel format previsto per la stesura del piano di zona, il punto 6 prevede di inserire: la “definizione di un sistema per la valutazione delle politiche e delle azioni, attraverso la determinazione di indicatori di risultato quantitativi e qualitativi (vedere sezione Costruire gli interventi valutandone la qualità)”. Un’interessante iniziativa in tal senso è stata promossa dall’Agenzia di Tutela della Salute “Città metropolitana” di Milano, che ha previsto un tavolo di lavoro per accompagnare gli Ambiti territoriali all’individuazione di un sistema per la valutazione complessivo di impatto degli obiettivi del Piano di Zona.

Un aspetto ulteriormente interessante riguarda il fatto che La cabina di regia unificata dell’8 settembre 2021 (l’organismo coordinato da ATS che riunisce le ASST e gli Ambiti del territorio) ha condiviso la

⁸ Per approfondimenti vedere il documento “La Valutazione d’impatto nella programmazione zonale 2021/23 nel territorio dell’ATS Città Metropolitana di Milano “

sperimentazione di una modalità innovativa di valutazione di impatto su tutto il territorio di ATS Milano su tre aree di policy fortemente connesse alla problematica dell'integrazione socio-sanitaria:

- Il supporto alle persone in povertà;
- il supporto alla progettazione individualizzata per le persone con disabilità;
- il contrasto alla violenza di genere;

Si è dunque deciso di sviluppare, un approccio di lavoro ispirato al processo metodologico della Teoria del Cambiamento in cui gli Uffici di Piano del territorio, le ASST e ATS Città Metropolitana di Milano si impegnano ad accompagnare il processo di valutazione d'impatto sulle tre policy e individuano la cabina di regia come "luogo" di monitoraggio e verifica.

1. Dal documento metodologico di ATS-MI emerge che la valutazione di impatto sarà incardinata all'interno di alcune coordinate ben precise:
 - Dichiarazione della policy di riferimento,
 - Definizione degli obiettivi,
 - Definizione degli stakeholder,
 - Definizione dei mezzi/strumenti tramite i quali si intenderebbe raggiungere gli obiettivi dichiarati,
 - Definizione degli indicatori di processo,
 - Definizione delle risorse (input),
 - Definizione degli indicatori di risultato (output),
 - Definizione degli indicatori e dei dati di contesto,
 - Definizione degli indicatori di impatto (outcome),
 - Definizione degli strumenti per la valutazione degli outcome,

in base a un processo che si compone:

1. Di una teoria del cambiamento;
2. Dell'individuazione delle evidenze che ci mostrano se stiamo facendo quello che abbiamo immaginato e stiamo raggiungendo i cambiamenti desiderati;
3. Di un processo di emersione e di confronto con gli attori più rilevanti intorno alle evidenze emerse;
4. Della pubblicizzazione delle evidenze emerse, dei significati attribuiti e delle decisioni conseguenti.

4. Ultime novità aggiornate a Maggio 2022

A maggio 2022 la Giunta regionale lombarda ha deliberato sulla regolamentazione dei nuovi organismi di governance previsti dalla l.r.22/2021, con l'obiettivo di riconoscere in modo sistematico la necessità di una maggior prossimità ai bisogni territoriali nella programmazione e gestione del sistema integrato socio-sanitario dei servizi. Questa nuova esigenza è dettata principalmente dalle evidenti difficoltà incontrate del sistema lombardo nella gestione dell'emergenza sanitaria.

Gli obiettivi sono stati quelli di portare a compimento il processo di articolazione delle ASST, la definizione dei Distretti tendenzialmente coincidenti con gli Ambiti territoriali sociali, le relative nomine dei direttori e i passaggi di competenze di alcune funzioni da ATS ad ASST. Con la nuova DGR 6353¹⁰, viene inoltre formalizzata la regolazione degli organismi di governo del nuovo sistema, come riportato di seguito (Ghetti V.¹¹).

Grazie a questo nuovo assetto, si auspica un confronto interistituzionale più prossimo. Per esempio, con le Conferenze dei Sindaci poste a livello di ASST il perimetro di riferimento si ritaglia intorno a chi programma e gestisce i servizi sociali e socio-sanitari di uno stesso territorio – Comuni e Aziende sociosanitarie – e avrà maggiori possibilità nell'affrontare più puntualmente aspetti riguardanti l'organizzazione delle risposte ai bisogni dei cittadini, nonché alcune delle sfide più imminenti.

Con questo nuovo assetto della governance lombarda, si concretizzerà la sostanziale coincidenza delle Assemblee dei Sindaci di distretto e di ambito.

È di notevole importanza evidenziare come questa nuova norma non chiarisce come raccordare le funzioni di supporto tecnico: il ruolo degli Uffici di piano, che hanno un ruolo consolidato tecnico nei Comuni, non viene esplicitato in rapporto all'attuazione della programmazione zonale.

¹⁰Visionabile a: <http://www.lombardiasociale.it/wp-content/uploads/2022/05/DGR-6353.pdf>

¹¹ Articolo di LombardiaSociale del 26 maggio: Ritorno al passato. Come cambia la governance lombarda. DGR XI/6353 del 9 maggio 2022 “Attuazione l.r. 22/2021: regolamento di funzionamento della conferenza dei sindaci, del collegio dei sindaci, del consiglio di rappresentanza dei sindaci e dell'assemblea dei sindaci del distretto”. Visionabile al seguente link: http://www.lombardiasociale.it/2022/05/26/ritorno-al-passato-come-cambia-la-governance-lombarda/?doing_wp_cron=1653654225.9927399158477783203125

Un'ulteriore novità del mese di maggio 2022 è l'approvazione del Piano Operativo Regionale (POR), con la DGR 6426 del 23 maggio 2022¹². Si riportano le principali tematiche del provvedimento:

- individuare negli Enti del Servizio Sanitario Regionale i soggetti Attuatori esterni per l'esecuzione degli interventi del PNRR-PNC Missione 6;
- adottare una prima determinazione in ordine alla ripartizione delle quote di finanziamento a carico di PNRR e PNC;
- confermare la programmazione definita con la DGR n. 6080/22 relativa alla localizzazione dei terreni e degli immobili destinati a realizzare Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali (COT), rinviando a successivo provvedimento l'individuazione delle risorse da destinare agli interventi ulteriori rispetto a quelli compresi nella M6 C1 del PNRR.

¹²Testo completo visionabile al seguente link:

<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioAvviso/servizi-e-informazioni/enti-e-operatori/sistema-welfare/dgr-6426-2022-piano-operativo-regionale/dgr-6426-2022-piano-operativo-regionale>

Figura 2 – La nuova governance socio-sanitaria lombarda post Legge Regionale 22/2021

A livello di ATS	Collegio dei Sindaci	<p><u>Composizione</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Sindaco eletto per ogni Conferenza dei Sindaci[1] • di diritto, i Presidenti delle Conferenze dei Sindaci
		<p><u>Competenze</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula proposte e pareri a supporto di ATS per garantire integrazione sociale e sociosanitaria • Monitora lo sviluppo omogeneo delle reti territoriali a livello di ATS • Partecipa alla Cabina di Regia Ats • Fornisce pareri su finalizzazione e distribuzione risorse • Esprime pareri sull'implementazione dell'offerta dei servizi di prossimità
A livello di ASST	Conferenza dei Sindaci	<p><u>Composizione</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sindaci dei Comuni compresi nel territorio della Asst[2]
		<p><u>Competenze</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Proposte sull'organizzazione del sistema d'offerta socio-sanitario e socioassistenziale e parere sulle linee guida per l'integrazione sociosanitaria • Partecipa alla definizione Piani sociosanitari territoriali • Partecipa alla verifica lo stato di attuazione dei progetti di competenza Asst • Dà parere obbligatorio su piano di sviluppo del Polo Territoriale • Dà parere su finalizzazione e distribuzione delle risorse finanziarie • Favorisce la costituzione tra comuni di enti o soggetti aventi personalità giuridica • Individua sindaci o delegati per la composizione del Collegio dei Sindaci
A livello di Distretto	Consiglio di rappresentanza	<p><u>Composizione</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Presidente e Vice Presidente della Conferenza dei Sindaci • 3 membri eletti della Conferenza
		<p><u>Competenze</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Supporta la Conferenza per lo svolgimento delle sue funzioni
A livello di Distretto	Assemblea dei Sindaci di Distretto	<p><u>Composizione</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sindaci dei Comuni facenti parte del territorio del Distretto
		<p><u>Competenze</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verifica applicazione della programmazione territoriale e dei progetti in area sanitaria e sociosanitaria • Contribuisce ai processi di integrazione tra attività sociosanitarie e sociali • Formula proposte per la Conferenza sulle linee di indirizzo di programmazione dei servizi e di integrazione con la programmazione zonale • Contribuisce a definire modalità di coordinamento tra PdZ e Asst per le analisi del bisogno e l'individuazione di eventuali progettazioni