

AMBITO DISTRETTUALE DI DESIO

DOCUMENTO
DI PROGRAMMAZIONE
2018-2020



ALLEGATI



**ACCORDO DI PROGRAMMA
PER L' ATTUAZIONE DEL PIANO DI ZONA 2018-2020
TRA I COMUNI DELL'AMBITO DISTRETTUALE DI DESIO**

E

L'ATS DELLA BRIANZA

E

LA PROVINCIA DI MONZA E DELLA BRIANZA

E

L'ASST DI MONZA

E

L'AZIENDA SPECIALE CONSORTILE "CONSORZIO DESIO-BRIANZA"

[Fonti normative](#)

Richiamata la seguente normativa nazionale e regionale:

- D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della l. 23 ottobre 1992, n. 421"*;
- LR 6 dicembre 1999, n.23 *"Politiche regionali per la famiglia"*;
- D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267 e s.m.i. *"Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali"*;
- L. 8 novembre 2000, n. 328 e s.m.i. *"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"*;
- LR 14 dicembre 2004, n. 34 *"Politiche regionali per i minori"*; L.R. 12 marzo 2008, n. 3 e s.m.i. *"Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario"*;
- L.R. 3 luglio 2012, n. 11 *"Interventi di prevenzione, contrasto e sostegno a favore di donne vittime di violenza"*
- Accordo Stato Regioni 13 novembre 2014 *"Piano Nazionale della Prevenzione 2014-18"*
- Atto del Governo n. 430: *"Schema di decreto legislativo recante disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà"*
- L.R. 25 maggio 2015, n. 15 *"Interventi a favore del lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari"*
- L.R. 11 agosto 2015, n. 23 e s.m.i. *"Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale del 30 dicembre 2009 n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)"*;



- *Legge Regionale 8 luglio 2016, n. 16 "Disciplina regionale dei servizi abitativi"*
- *DPR 31 agosto 2016 "IV Piano nazionale di azione e interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva" (Piano nazionale infanzia)*
- *Accordo Stato Regione 15 settembre 2016 "Piano nazionale cronicità 2014-18"*
- *D. Lgs. 3 luglio 2017, n. 117. "Codice del Terzo settore"*
- *Regolamento regionale 4 agosto 2017 - n. 4 "Disciplina della programmazione dell'offerta abitativa pubblica e sociale e dell'accesso e della permanenza nei servizi abitativi pubblici"*
- *DPR 12 ottobre 2017 "Adozione del secondo Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità"*
- *DPCM 14 dicembre 2017 "Linee di indirizzo per l'accoglienza nei servizi residenziali per minorenni"*

Richiamati i seguenti provvedimenti amministrativi regionali:

- *DGR n. 7437 del 13 giugno 2008 "Determinazione in ordine all'individuazione delle unità di offerta sociali ai sensi dell'articolo 4, comma 2 della L.R. 3/2008";*
- *DGR n. 7438 del 13 giugno 2008 "Determinazione in ordine all'individuazione delle unità di offerta sociosanitarie ai sensi dell'articolo 5, comma 2, della L.R. 3/2008";*
- *Circolare n. 9 del 27 giugno 2008 "Costituzione dell'Ufficio di protezione giuridica delle persone prive di autonomia o incapaci di provvedere ai propri interessi";*
- *DGR n. 1353 del 25 febbraio 2011 "Linee Guida per la semplificazione amministrativa e la valorizzazione degli enti del Terzo Settore nell'ambito dei servizi alla persona e alla comunità";*
- *DGR. 16 novembre 2011, n. 2505 "Approvazione documento Un welfare della sostenibilità e della conoscenza – Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2012-2014";*
- *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"*
- *DGR. 27 giugno 2013, n.326 "Determinazioni in ordine alla ripartizione delle risorse del Fondo Sociale Regionale 2013"*
- *DCR 9 luglio 2013, n. 78 "Programma Regionale di Sviluppo della X Legislatura" (PRS) - capitolo "Diritti sociali, politiche sociali e famiglia"*
- *DGR 19 dicembre 2014, n.2941 "Approvazione del documento Un welfare che crea valore per le persone, le famiglie e la comunità - Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2015-2017"*
- *DGR 3 luglio 2015 n. 3789 "Iniziativa tese a favorire la mobilità nel settore della locazione e a favore dei nuclei familiari interessati da provvedimenti esecutivi di rilascio per finita locazione di cui all'art.1, comma 1 della Legge 8 febbraio 2007, n.9"*
- *DGR 18 aprile 2016, n.5060 "Reddito di autonomia anno 2016: evoluzione del programma e misure innovative"*
- *DGR 25 luglio 2016 n. 5450 "Approvazione di interventi volti al contenimento dell'emergenza abitativa ed azioni rivolte al sostegno del mantenimento dell'abitazione in locazione"*
- *DGR 2 agosto 2016 n. 5507 "Attuazione L.R. 23/2015: regolamento di funzionamento della conferenza dei sindaci, del consiglio di rappresentanza dei sindaci, dell'assemblea dei sindaci di distretto e dell'assemblea dei sindaci dell'ambito distrettuale (a seguito di parere della commissione consiliare)"*
- *DGR 2 agosto 2016, n.5499 "Cartella Sociale Informatizzata: approvazione Linee Guida e specifiche di interscambio informativo"*



- DGR 3 ottobre 2016 n.5644 "Iniziativa di contrasto all'emergenza abitativa: morosità incolpevole 2016 e aggiornamento DGR X/1032 2013, inerente iniziative sperimentali, e DGR X/2207 2014 e X/3789 2015 inerenti mobilità nella locazione"
- DGR 12 dicembre 2016, n. 5969 "Politiche di conciliazione dei tempi lavorativi con le esigenze familiari: approvazione delle linee guida per la definizione dei piani territoriali biennio 2017-2018"
- DGR 10 aprile 2017 n. 6465 "Fondo morosità incolpevole 2017 – riparto ai Comuni"
- DGR 7 giugno 2017, n. 6674 "Programma operativo regionale per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare – dopo di noi – L. n. 112/2016"
- DGR 30 giugno 2017, n.6832 "Approvazione delle linee guida per lo svolgimento dei servizi a supporto dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità, in attuazione degli articoli 5 e 6 della l.r. n.19/2007 (di concerto con gli assessori Garavaglia, Gallera e Brianza);"
- DGR. 31 luglio 2017, n.7004 "Regolamento regionale. Disciplina della programmazione dell'offerta abitativa pubblica e sociale e dell'accesso e permanenza nei servizi abitativi pubblici in attuazione di quanto disposto dall'art. 23 della l.r. 8 luglio 2016, n.16 "Disciplina regionale dei servizi abitativi";"
- DGR 28 dicembre 2017, n. 7626 "Revisione della misura comunità per minori vittime di abuso, violenza e grave maltrattamento ex DGR 5342/16: determinazioni a sostegno della qualità e dell'appropriatezza degli interventi"
- DGR 4 dicembre 2017, n. 7487 "Misura reddito di autonomia 2017: implementazione di interventi volti a migliorare la qualità della vita delle persone anziane fragili e percorsi di autonomia finalizzati all'inclusione sociale delle persone disabili (di concerto con l'Assessore Gallera)"
- DGR 12 febbraio 2018 "Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2017";"
- DGR 7 giugno 2017, n. 6674 "Programma operativo regionale per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare – dopo di noi – L. n. 112/2016"
- DGR 3 luglio 2015 n. 3789 "Iniziativa tese a favorire la mobilità nel settore della locazione e a favore dei nuclei familiari interessati da provvedimenti esecutivi di rilascio per finita locazione di cui all'art.1, comma 1 della Legge 8 febbraio 2007, n.9"
- DGR 25 luglio 2016 n. 5450 "Approvazione di interventi volti al contenimento dell'emergenza abitativa ed azioni rivolte al sostegno del mantenimento dell'abitazione in locazione"
- DGR 3 ottobre 2016 n.5644 "Iniziativa di contrasto all'emergenza abitativa: morosità incolpevole 2016 e aggiornamento DGR X/1032 2013, inerente iniziative sperimentali, e DGR X/2207 2014 e X/3789 2015 inerenti mobilità nella locazione"
- DGR 4 dicembre 2017 n.7464 "
- DGR 10 aprile 2017 n. 6465 "Fondo morosità incolpevole 2017 – riparto ai Comuni"
- DGR 31 luglio 2017 n. 7004 "Interventi volti al contenimento dell'emergenza abitativa e al mantenimento dell'alloggio in locazione, anno 2017"
- DGR 5 febbraio 2018, n.7833 "Esiti della sperimentazione effettuata ai sensi e per gli effetti dell'art.27 del Regolamento regionale n.4 del 4 agosto 2017 "Disciplina della programmazione dell'offerta abitativa pubblica e sociale e dell'accesso e permanenza nei servizi abitativi pubblici in attuazione a quanto disposto dall'art.23 della L.R. 8 luglio 2016 n. 16 "Disciplina regionale dei servizi abitativi"



Competenze dei Comuni nella definizione dei Piani di Zona e Contenuti degli stessi

Atteso che l'art. 6 della legge 8 novembre 2000 n. 328 "Legge quadro dei servizi sociali" stabilisce che i Comuni sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale, adottando sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini, secondo le modalità stabilite dal D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267 (Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali);

Atteso che l'art. 18 della Legge n. 3/2008 definisce il piano di zona quale strumento di programmazione in ambito locale della rete d'offerta sociale nel quale prevedere le modalità di accesso alla rete, indicare gli obiettivi e le priorità di intervento, definire gli strumenti e le risorse necessarie alla loro realizzazione, e che dispone altresì che l'ufficio di piano, sia la struttura tecnico-amministrativa che assicura il coordinamento degli interventi e l'istruttoria degli atti di esecuzione del piano, nonché che ciascun comune dell'Ambito contribuisca al funzionamento dell'ufficio di piano proporzionalmente alle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili;

Atteso che l'art. 13, comma 1, della L.R. 3/2008, prevede che *"I comuni singoli o associati ... in base ai principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza, sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e concorrono alla realizzazione degli obiettivi della presente legge nelle forme giuridiche e negli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini..."* ed in particolare, *"programmando, progettando e realizzando la rete locale delle unità d'offerta sociali, nel rispetto degli indirizzi e conformemente agli obiettivi stabiliti dalla Regione"*, anche promuovendo la partecipazione dei soggetti di cui all'articolo 3 della medesima legge regionale;

Atteso che l'art 19 della Legge 328 del 2000 "Legge quadro dei servizi sociali" prevede che la programmazione dei servizi sociali debba avvenire a livello di Comuni associati negli Ambiti territoriali disciplinati dalla normativa Regionale;

Atteso, altresì, che l'art. 18 della L.R. 3/2008, definisce il Piano di Zona quale strumento di programmazione in ambito locale della rete d'offerta sociale nel quale prevedere le modalità di accesso alla rete, indicare gli obiettivi e le priorità di intervento, definire gli strumenti e le risorse necessarie alla loro realizzazione, e dispone:

- che il Piano di Zona è strumento di integrazione tra la programmazione della rete locale di offerta sociale e la rete d'offerta sociosanitaria in ambito distrettuale, anche in rapporto al sistema della sanità, dell'istruzione e della formazione e alle politiche del lavoro e della casa;
- che i Comuni, nella redazione del Piano di Zona, utilizzano modalità che perseguono e valorizzano il momento della prevenzione e, nella elaborazione di progetti, promuovano gli interventi conoscitivi e di studio rivolti alla individuazione e al contrasto dei fattori di rischio;
- che il Piano di Zona viene approvato o aggiornato dall'Assemblea distrettuale dei Sindaci secondo modalità che assicurano la più ampia partecipazione degli organismi rappresentativi del Terzo Settore e l'eventuale partecipazione della Provincia di Monza e della Brianza;
- che il Piano di Zona ha valenza triennale, con possibilità di aggiornamento annuale;
- che i Comuni attuano il Piano di Zona mediante la sottoscrizione di un Accordo di Programma con l'Asl territorialmente competente e, qualora ritenuto opportuno, con la Provincia e che gli organismi rappresentativi del Terzo Settore, che hanno partecipato alla elaborazione del Piano di Zona, aderiscono, su loro richiesta, all'Accordo di Programma;



- che il Piano di Zona disciplina l'attività di servizio e di segretariato sociale;
- che l'ambito territoriale di riferimento per il Piano di Zona costituisce, di norma, la dimensione territoriale ottimale per lo svolgimento in forma associata da parte dei Comuni, delle funzioni in materia di servizi sociali;

Bacino di Riferimento dell'Ambito Distrettuale Sociale

Considerato l'art 8 della Legge 328 del 2000 prevede tra le funzioni delle Regioni quella di determinare tramite forme di concertazione con gli enti locali interessati, gli ambiti territoriali;

Considerato che l'art 7 bis della LR 23 del 2015 prevede che in ogni ATS sono costituiti un numero di distretti pari al numero delle ASST comprese nelle ATS medesime e che i distretti sono articolati dalla ATS in ambiti distrettuali, comprendenti ciascuno una popolazione di norma non inferiore a 80.000 abitanti elevati fino a 120.000 abitanti nelle zone ad alta densità abitativa;

Preso atto di quanto stabilito dall'art. 7 bis della succitata LR 23 del 2015 di quanto previsto dalla DGR 7631 del 28 dicembre 2017 "Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2018-2020" nonché dalle note di chiarimento emanate in data 5.2.2018 dalla D.G. Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale in merito all'interpretazione della stessa DGR, per le quali l'Ambito di Desio presenta già i requisiti previsti dall'art. 7 bis della LR23/2015 senza necessitare di ulteriore azionamento;

Vista la nota di Regione Lombardia inviata alla Presidente dell'Ambito protocollo n.7611 del 19/2/2018 nella quale si evidenzia che "(...) nel caso in cui l'Ambito abbia già una popolazione uguale o superiore a quella indicata dalla l.r. 23/2015, art. 7 bis, comma 2, può considerarsi di dimensioni rispondenti alla norma e quindi non necessiterebbe di ulteriori aggregazioni, fatto salvo che il territorio stesso decida autonomamente di procedere verso aggregazioni diverse in base ad esigenze locali e al possibile miglioramento nell'erogazione di servizi ai cittadini derivante dalla nuova aggregazione territoriale".

Preso atto della volontà dei Sindaci dell'Ambito Distrettuale di Desio, così determinato ai sensi della sopra citata LR 23/2015, d'ora in poi chiamato Ambito di Desio, confermata dalle Linee di Indirizzo per la programmazione Zonale del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci dell'ATS della Brianza, di procedere alla definizione di un Piano di Zona dell'Ambito, entro giugno 2018, da integrare in fase successiva con una programmazione specifica annuale a livello di ambito e con obiettivi Distrettuali sovra Ambito, nonché con obiettivi inter ambiti;

Temi strategici per la programmazione zonale

Atteso che la DGR n. 7631 del 28 dicembre 2017 "Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2018-2020" ha evidenziato i seguenti temi strategici che si pongono alla base delle linee di indirizzo per la nuova programmazione triennale 2018-2020:

- ricomposizione dei flussi informativi a supporto della programmazione e delle fonti di finanziamento sia a livello locale sia a livello regionale;
- innovazione nei territori che, in alcuni casi, ha portato gli Uffici di Piano a rafforzare il loro ruolo cominciando ad essere luoghi di progettazione di soluzioni innovative che sono state oggetto di analisi da parte di Regione Lombardia che ha effettuato una ricognizione delle buone prassi



- realizzate in fase di realizzazione (per il territorio di Desio lo sviluppo di progettualità in materia di politiche abitative, ad esempio);
- empowerment dell'utente finale;

Atteso che la DGR n. 7631 del 28 dicembre 2017 "*Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2018-2020*" riconferma inoltre l'obiettivo strategico della ricomposizione delle informazioni, dei servizi e delle risorse avviato nella precedente triennalità;

Ruolo degli organismi del terzo settore nella programmazione zonale

Richiamata la L. 328/00, che:

- all'art. 1, comma 4 afferma che "Gli enti locali, le Regioni e lo Stato, nell'ambito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nel settore nella programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- all'art. 3 dichiara che "...la programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali (...) avviene in (...) concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, tra questi e i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, che partecipano con proprie risorse alla realizzazione della rete, le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale nonché le aziende unità sanitarie locali per le prestazioni socio- sanitarie ad elevata integrazione sanitaria comprese nei livelli essenziali del Servizio sanitario nazionale."

Richiamata la Legge regionale 3/08, che:

- all'art. 3, comma 1 afferma che "concorrono alla programmazione, progettazione e realizzazione della rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie, secondo gli indirizzi definiti dalla Regione... i soggetti del terzo settore, le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e gli altri soggetti di diritto privato che operano in ambito sociale e sociosanitario"
- all'art. 18, comma 7 precisa che "I comuni attuano il piano di zona mediante la sottoscrizione di un accordo di programma con l'ASL territorialmente competente e, qualora ritenuto opportuno, con la Provincia. Gli organismi rappresentativi del terzo settore, che hanno partecipato alla elaborazione del piano di zona, aderiscono, su loro richiesta, all'accordo di programma;

Atteso, infine, che la sopracitata DGR indicando il rafforzamento del welfare di comunità come modello di produzione di servizi e come modalità di intervento, mette ancora più al centro del sistema il Terzo Settore e il suo ruolo di attivatore, produttore di servizi e quindi attore centrale della rete e preso atto del sistema di governance nei rapporti col terzo settore definito dall'allegato Piano di Zona;

Considerato che le Linee Guida regionali considerano la programmazione sociale tanto più efficace quanto più funzionale alla connessione delle azioni sviluppate dagli altri agenti del welfare locale e, pertanto, la programmazione costituisce un processo critico per i territori, perché apre uno spazio di azione strategico



al fine di promuovere e consolidare la ricomposizione tra i soggetti istituzionali e tra questi e i differenti agenti del welfare presenti nelle Comunità locali, non limitandosi alla gestione delle risorse trasferite agli Uffici di Piano e da questi direttamente gestite;

[Ruolo dell'Azienda Speciale Consortile "Consorzio Desio-Brianza"](#)

Considerato che i Comuni, a seguito della trasformazione del precedente Consorzio ex art. 31 del DLGS 267/2000 costituito nel 1982, hanno disposto nel 2008 di costituire l'Azienda Speciale Consortile "Consorzio Desio-Brianza" per gli scopi stabiliti all'art. 3 dello Statuto, in forza del quale la stessa gestisce servizi sociali e sociosanitari, formazione professionale, orientamento e servizi al lavoro;

Considerato che nel corso dell'ultimo decennio, l'Azienda Speciale Consortile "Consorzio Desio-Brianza" si è via via configurata come il più significativo soggetto attuatore delle azioni del Piano di zona dei Comuni dell'Ambito territoriale di Desio, e non solo, e che la sottoscrizione del presente Accordo di programma riveste quindi particolare valore strategico, finalizzato da un lato alla ricomposizione del processo di realizzazione degli obiettivi previsti nel Piano di Zona 2018-2020 e dall'altro al possibile potenziamento della gestione associata dei servizi da parte della stessa anche a favore di altri Ambiti, in quanto la stessa infatti già gestisce:

- nell'intero Ambito territoriale di Desio, servizi sociali e sociosanitari, formazione professionale, orientamento e servizi al lavoro a favore dei 6 Comuni associati e del Comune di Limbiate;
 - negli Ambiti di Carate B.za e di Seregno, servizi sociali e servizi al lavoro a favore dei Comuni degli stessi Ambiti, in convenzione con gli stessi;
- per gli Ambiti territoriali di Carate B.za, Desio, Monza e Seregno, l'Ufficio unico per la messa in esercizio e l'accreditamento delle unità di offerta sociale.

[Coordinamento tra i 5 Ambiti della Provincia di Monza e della Brianza](#)

Considerato che per coordinare l'azione dei 5 Ambiti territoriali della Provincia di Monza e della Brianza è stato approvato un protocollo di intesa per la costituzione di un Consiglio Interdistrettuale degli Ambiti dei Comuni associati nel territorio della ex ASL 3 di Monza;

Preso atto della volontà della Provincia di Monza e della Brianza di attivare azioni che mirino sia all'integrazione delle policy sociali con le competenze specifiche provinciali, sia ad esercitare una funzione di facilitazione del raccordo e coordinamento tra Comuni in diversi settori, tra cui quello del welfare.

[Ruolo del terzo settore nella programmazione sovra zonale](#)

Considerato che per la definizione della programmazione sovra zonale è stato individuato un organismo di partecipazione denominato Tavolo di Sistema Welfare costituito dagli Enti di Secondo livello del Terzo Settore presenti ed operanti sul territorio, dalle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative, dalla Caritas, dal CSV di Monza e Brianza, dalla Fondazione della Comunità Monza e Brianza, dai Responsabili dei 5 Uffici di Piano, dalla Provincia di Monza e della Brianza, dal Presidente del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci, dai Presidenti delle 5 Assemblee dei Sindaci e dal Presidente della Provincia di Monza e della Brianza o suo delegato;



Considerato che con tale organismo si sono individuati i processi e le tematiche da maggiormente sviluppare per addivenire ad un Patto per il welfare territoriale che si ponga quale elemento qualificante per le politiche per il welfare indirizzando su obiettivi condivisi gli sforzi di tutti i futuri firmatari;

Considerato che nell'anno 2016 tra la Provincia di Monza e della Brianza, i 55 Comuni della Provincia di Monza e della Brianza, l'Azienda Speciale Consortile "Consorzio Desio-Brianza" di Desio, l'Azienda Speciale Consortile Offerta Sociale di Vimercate, le Organizzazioni Sindacali CGIL CISL UIL, il Forum del III Settore di Monza e Brianza, la Caritas Zona Pastorale V, il Centro Servizi per il Volontariato di Monza e Brianza, la Fondazione della Comunità di Monza e Brianza, il Consorzio Comunità Brianza, il Consorzio Sociale CS&L è stato siglato il Patto per il Welfare Monza e Brianza avente quale finalità quella di costruire una visione più ampia, condivisa ed integrata sul futuro del welfare territoriale, capace di sostenere il processo evolutivo del sistema territoriale nel suo complesso, sperimentando soluzioni innovative, strutturando spazi di confronto ed integrazione tra i diversi attori del sistema, volti a focalizzare responsabilità, ruoli, competenze anche al fine di addivenire ad azioni di co-progettazione integrate;

Considerato inoltre che l'ATS della Brianza, con la collaborazione del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci, ha attivato un percorso di integrazione e coinvolgimento di tutti gli attori territoriali interessati che ha portato alla definizione di un "Accordo Territoriale per un Welfare Partecipato", sottoscritto in data 11 Giugno 2016 a Lecco, e aggiornato in data 23 Ottobre 2017 a Monza, nel quale i soggetti sottoscrittori, si impegnano ad attivare forme di governance partecipata, attraverso tavoli di lavoro, processi organizzati e di programmazione coordinata per migliorare il benessere della propria comunità.

[Dettaglio annuale degli obiettivi di Ambito ed integrazione con obiettivi sovra zonali](#)

Dato atto della volontà dell'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito di integrare i macro-obiettivi previsti nell'Allegato Piano di Zona con la declinazione del Piano **Programma degli Obiettivi Specifici** dell'Ambito Distrettuale di Desio, documento operativo con declinazione delle risorse economiche e strumentali eventualmente necessarie che sarà aggiornato ogni anno di validità del piano di zona ed approvato nei diversi livelli di governance (Assemblea dei Sindaci ed Assemblea di distretto per il livello socio-sanitario) e sottoscritto per i Comuni dalla Presidente dell'Assemblea dei Sindaci e per l'Azienda Speciale Consortile "Consorzio Desio-Brianza" dal Presidente, mentre per gli aspetti di integrazione socio-sanitaria dalla Presidente dell'Assemblea dei Sindaci del Distretto di Monza, per l'ATS della Brianza e per l'ASST di Monza dai rispettivi Direttori Generali o Socio Sanitari;

Dato atto altresì della volontà dell'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito di Desio di integrare gli obiettivi previsti nell'Allegato Piano di Zona dell'Ambito:

- con obiettivi socio-sanitari comuni al territorio del Distretto di Monza, per i quali si procederà all'individuazione degli stessi con successivo passaggio;
- con gli obiettivi condivisi coi 5 Ambiti della Provincia di Monza e della Brianza che saranno formalizzati in apposito documento integrativo, con declinazione delle risorse economiche e strumentali eventualmente necessarie, approvato da parte della stessa Assemblea e sottoscritto dal Presidente.



Integrazione degli obiettivi zonali con obiettivi socio sanitari e sanitari

Considerato che allo scopo di favorire l'integrazione delle politiche sociali con quelle socio sanitarie e sanitarie sono istituiti i seguenti organismi di rappresentanza politica dall'ATS della Brianza:

- Assemblea dei Sindaci articolata in Assemblea Distrettuale e Assemblea dell'Ambito Distrettuale e supportata dal consiglio di Rappresentanza dei Sindaci
- Cabina di Regia di cui alla delibera ATS n. 71/2017;

Considerato che allo scopo di favorire l'integrazione delle politiche sociali con quelle socio sanitarie e sanitarie sono istituiti i seguenti organismi di coordinamento tecnico dall'ATS della Brianza:

- Tavolo ATS Ambiti.

Considerato che al fine di garantire la ricomposizione dei percorsi di cura e assistenza ed economie di scala sia tramite innovazioni procedurali, sia tramite lo sviluppo delle reti territoriali è stato avviato un tavolo di confronto con l'ASST di Monza e l'ATS della Brianza;

Dato atto altresì della volontà dell'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito di Desio di integrare gli obiettivi socio-sanitari e sanitari previsti nell'Allegato Piano di Zona dell'Ambito con gli obiettivi condivisi coi 5 Ambiti della Provincia di Monza e della Brianza che saranno formalizzati in apposito documento integrativo, con declinazione delle risorse economiche e strumentali eventualmente necessarie, approvato dall'Assemblea di Distretto e sottoscritto dal Presidente.

TUTTO CIO' PREMESSO

Si esprime il seguente Accordo

Art. 1 - Finalità

Il presente Accordo di Programma è diretto a dare attuazione agli interventi previsti dal Piano di Zona 2018 - 2020, che s'intende far parte integrante e sostanziale del presente Accordo, in conformità alla disciplina di cui all'art. 34 del T.U. degli Enti Locali approvato con D.Lgs. 267/2000 e all'art. 18, comma 7, della L.R. n. 3/2008;

Le parti che lo sottoscrivono si impegnano alla realizzazione degli obiettivi che loro competono secondo quanto ivi previsto.

Art. 2 – Territorio di riferimento

Il territorio di riferimento è composto dai sette Comuni dell'Ambito di Desio: Bovisio Masciago, Cesano Maderno, Desio, Limbiate, Muggio', Nova Milanese, Varedo. Lo stesso ha caratteristiche di Ambito Distrettuale, ai sensi della LR 23/2015.



Art. 3 – Ente capofila

Viene individuato quale Ente capofila del presente accordo il Comune di Desio.

L'Ente Capofila dell'Accordo di Programma è deputato a ricevere, anche tramite le ATS, le risorse, derivanti da fondi europei, regionali e statali, per la realizzazione di servizi ed interventi sociali a gestione associata dei Comuni afferenti all'Ambito.

Art. 4 – Documento di programmazione

Il Piano di Zona dell'Ambito rappresenta lo strumento programmatico attraverso il quale si realizza la programmazione sociale locale.

Tale documento indica anche gli strumenti e i tempi di monitoraggio, di verifica e di valutazione degli obiettivi.

Art. 5 – Governance

Gli organismi che presidiano il processo di attuazione del Piano di Zona sono specificati all'interno del Piano stesso e qui brevemente richiamati:

A livello di Ambito, l'**Assemblea dei Sindaci**, disciplinata dalla DGR 5507/2016 e dal conseguente "Regolamento di funzionamento delle Assemblee dei Sindaci di Distretto e delle Assemblee dei Sindaci di Ambito Distrettuale approvato dalla Conferenza dei Sindaci del 08/11/2016, è coordinata dal Presidente di Ambito, ed è composta dai Sindaci dei Comuni o loro delegati con potere di voto, dal Presidente e Direttore dell'Azienda Sociale Consortile "Consorzio Desio-Brianza", dai referenti ATS e ASST di Monza e supportata dai dirigenti/responsabili dei Comuni, su richiesta degli Assessori partecipanti, e dall'ufficio di piano.

Le funzioni di supporto tecnico dell'Assemblea di Ambito sono garantite dalla **Conferenza Tecnica**, composta dai Dirigenti/Responsabili dei 7 Comuni.

A livello di Inter-Ambiti, il **Consiglio inter-Ambiti**, è coordinato dal Presidente del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci, ed è composto dai 5 Presidenti delle Assemblee dei Sindaci e dai Direttori/Responsabili degli Uffici di Piano dei 5 Ambiti Territoriali e, per ciò che concerne gli argomenti di condivisione, dal consigliere provinciale delegato al welfare. Il Consiglio coordina l'azione degli Ambiti nel livello sovra-ambito rispetto alle funzioni in capo ai Comuni ex art. 6 della L. 328/00 ed ex artt. 13 e 18 della legge regionale 3/08 e alle politiche di welfare. Esso rappresenta il tavolo politico di raccordo con gli altri tavoli inter istituzionali.

Le funzioni di supporto tecnico amministrativo del Consiglio Inter Ambiti, nonché il raccordo tecnico tra gli Ambiti sono garantite dal **Coordinamento dei 5 Uffici di Piano**, composto dai Direttori/Responsabili degli Uffici di Piano dei 5 Ambiti territoriali.

L'**Assemblea del Distretto di Monza** è coordinata dal Presidente di Distretto ed è composta dai Sindaci dei 10 Comuni o loro delegati.



Art. 7 – Organi di partecipazione e consultazione

Per garantire la partecipazione e la consultazione sono istituiti i seguenti organismi:

- Tavolo di Sistema,
- Tavoli per Gruppo - Obiettivo

secondo quanto meglio declinato all'interno del Piano di Zona

Art. 8 – Ufficio di Piano

L'Ufficio di Piano è stato costituito quale Ufficio Comune dei sette Comuni dell'Ambito Distrettuale di Desio, ai sensi dell'art. 30 comma 4 del D. Lgs. 267 del 2000.

L'Ufficio di Piano, è la struttura tecnico-amministrativa di supporto e di coordinamento alla realizzazione delle attività previste nel documento di piano .

Le competenze dell'Ufficio di Piano, la sede, l'organizzazione e le risorse necessarie al suo funzionamento sono definite dall'Assemblea dei Sindaci.

Nell'ambito del Contratto di Servizio con l'Azienda Speciale Consortile "Consorzio Desio-Brianza" con validità 1 gennaio 2018 – 31 dicembre 2021 è stata individuata la voce "supporto ufficio di piano" facente capo alla direzione generale.

Art. 9 - Adempimenti dei soggetti sottoscrittori e responsabili del procedimento

Gli enti firmatari di seguito declinati, ciascuno in relazione ai ruoli e alle competenze individuate dalla Legge L.R. 3/2008, concorrono in maniera integrata all'attuazione del presente Accordo di Programma e del Piano di Zona 2018 – 2020, quale parte integrante e sostanziale, garantendone la valutazione periodica:

- per l'Ambito di Desio, il Presidente dell'Assemblea dei Sindaci;
- per i 7 Comuni facenti parte dell'Ambito, i Sindaci;
- per il Distretto di Monza, il Presidente dell'Assemblea dei Sindaci del Distretto;
- per l'Azienda Speciale Consortile "Consorzio Desio-Brianza", il Presidente ed il Direttore Generale;
- per l'ATS della Brianza, il Direttore Generale o Socio Sanitario;
- per l'ASST di Monza, il Direttore Generale o Socio sanitario;
- per la Provincia di Monza e della Brianza, il Presidente.

L'Ambito individua il Responsabile dell'Ufficio di Piano quale responsabile del procedimento per l'esecuzione dell'Accordo di Programma. Gli altri Enti Firmatari individueranno al proprio interno i rispettivi responsabili, coerentemente con le proprie strutture organizzative.



Art. 10 –Obiettivi

Vengono individuati quali macro obiettivi quelli definiti al capitolo “*Gli elementi di programmazione del triennio 2018-2020 attraverso la definizione degli obiettivi strategici, delle priorità e delle azioni*” del Piano di Zona.

Gli stessi saranno declinati nel Piano **Programma degli Obiettivi Specifici**, documento operativo con declinazione delle risorse economiche e strumentali eventualmente necessarie che sarà aggiornato ogni anno di validità del piano di zona ed approvato nei diversi livelli di governance (Assemblea dei Sindaci ed Assemblea di distretto per il livello socio-sanitario) e sottoscritto per i Comuni dalla Presidente dell’Assemblea dei Sindaci e per l’Azienda Speciale Consortile “Consorzio Desio-Brianza” dal Presidente, mentre per gli aspetti di integrazione socio-sanitaria dalla Presidente dell’Assemblea dei Sindaci del Distretto, per l’ATS della Brianza e per l’ASST di Monza dai rispettivi Direttori Generali o Socio-Sanitari.

Inoltre gli obiettivi sovra Ambito, Distrettuali o condivisi con i cinque Ambiti della Provincia di Monza e della Brianza saranno formalizzati in apposito documento integrativo, con declinazione delle risorse economiche e strumentali eventualmente necessarie, approvato dall’Assemblea dei Sindaci del Distretto e sottoscritto dal Presidente.

Per quanto attiene agli obiettivi socio-sanitari comuni al territorio del Distretto di Monza, si procederà all’individuazione degli stessi con successivo passaggio.

Per quanto attiene alla definizione di eventuali obiettivi comuni agli 8 Ambiti del territorio ATS, si richiama quanto previsto nel capitolo sull’integrazione sociosanitaria dell’allegato piano di zona.

Art. 11 Ruolo del Terzo Settore

Attraverso il confronto con gli organismi della programmazione partecipata, saranno individuate le modalità di adesione dei soggetti interessati al Piano di Zona e all’Accordo di Programma nel rispetto della normativa regionale in materia.

Art. 12 - Risorse umane, finanziarie e strumentali impiegate

I soggetti firmatari del presente Accordo si impegnano a concorrere alla realizzazione delle azioni definite mediante allocazione delle risorse umane, finanziarie e strutturali di rispettiva competenza.

Nel rispetto delle Linee di indirizzo regionali le risorse economico-finanziarie programmate e gestite in modo coordinato ed associato fanno riferimento ai seguenti fondi:

- 1) Fondi propri dei Comuni, allocati nei rispettivi bilanci o trasferiti all’Ente capofila, secondo quanto previsto nei Bilanci preventivi annuali e pluriennali dei singoli Comuni e dell’Ufficio di Piano;
- 2) Fondo Nazionale Politiche Sociali
- 3) Fondi per la lotta alla Povertà;
- 4) Fondo per le Non Autosufficienze;
- 5) Fondo Sociale Regionale;
- 6) Fondi Provinciali dedicati;
- 7) Compartecipazioni a carico dei fruitori dei servizi-interventi;
- 8) Eventuali fondi aggiuntivi derivanti da terzi;
- 9) Eventuali ulteriori fondi definiti da specifici provvedimenti regionali .



Il Comune Capofila, individuato dal Presente Accordo, in quanto sede dell'Ufficio di Piano, cura la gestione dei fondi anche in relazione ai compiti di liquidazione, monitoraggio e controllo da parte della Regione, della Provincia o del Ministero.

Ogni ente firmatario, in attuazione delle nuove regole di contabilità finanziaria degli enti pubblici, si impegna a sottoscrivere specifici accordi relativi al patto di stabilità, predisposti annualmente dai Comuni capofila, in modo da suddividere in modo solidaristico gli effetti negativi sul patto di stabilità proprio delle gestioni associate.

In relazione alle nuove regole della contabilità finanziaria degli enti pubblici, si dà atto della possibilità di procedere agli impegni, alle liquidazioni e all'attivazione degli interventi a fronte del riscontro formale dell'effettiva disponibilità delle risorse.

Art. 13 – Le modalità di verifica e monitoraggio dell'attuazione dell'Accordo di Programma

L'Assemblea dei Sindaci di Ambito è responsabile del monitoraggio e della verifica degli obiettivi del presente Accordo.

L'Assemblea dei Sindaci, attraverso l'Ufficio di Piano, si impegna al rispetto delle scadenze e delle modalità di elaborazione e di alimentazione dei flussi informativi previsti da Regione Lombardia in funzione del monitoraggio dello stato di attuazione della programmazione sociale associata.

Eventuali modifiche o integrazioni al presente Accordo di Programma sono condivise ed approvate dagli Enti sottoscrittori con specifici atti.

Art. 14 – Durata dell'Accordo e sua conclusione

La durata dell'Accordo è fissata al 31.12.2020 o alla data di eventuale proroga definita dalla Regione Lombardia, con decorrenza dalla data di sottoscrizione.

Art. 15 – Le funzioni di vigilanza

Le funzioni di vigilanza sull'esecuzione dell'Accordo di Programma sono svolte dai responsabili di procedimento individuati nell'art. 9.

Art. 16 – Pubblicazione e trasmissione del Piano alla Regione Lombardia

L'ATS si impegna a:

- inviare alla Regione, secondo le indicazioni della *DGR n. 7631 del 28 dicembre 2017 "Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2018-2020"*, in formato elettronico, la documentazione relativa al nuovo Piano di Zona ed al presente Accordo di Programma e a pubblicarli sul proprio sito Web.

....., li

Letto e sottoscritto



Per l'Ambito Distrettuale di Desio - La Presidente dell'Assemblea dei Sindaci

Per il Distretto di Monza - La Presidente dell'Assemblea dei Sindaci del Distretto

Per il Comune di Bovisio Masciago - il Sindaco

Per il Comune di Cesano Maderno - il Sindaco

Per il Comune di Desio - il Sindaco

Per il Comune di Limbiate – il Sindaco

Per il Comune di Muggio' – il Sindaco

Per il Comune di Nova Milanese – il Sindaco

Per il Comune di Varedo – il Sindaco



Per l'Azienda Speciale Consortile "Consorzio Desio-Brianza" – il Presidente

Per l'Azienda Speciale Consortile "Consorzio Desio-Brianza" – il Direttore Generale

Per la Provincia di Monza e della Brianza – Il Presidente

Per l'Ats della Brianza – il Direttore Generale

Per l'Asst di Monza – il Direttore Generale

Piano di Zona 2015 - 2017

Valutazione degli obiettivi ed azioni del Piano di Zona inter-ambiti 2015 - 2017



a cura di

Coordinamento degli Uffici di Piano



COORDINAMENTO
AMBITI TERRITORIALI
MONZA E BRIANZA



Piano di Zona Territoriale INTER-AMBITI 2015/2017

Indice





1. Valutazione obiettivi del Piano di Zona Inter-Ambiti 2015/2017	3
---	---

LEGENDA:  TOTALE RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO
 PARZIALE RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO
 MANCATO RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO




1. Valutazione obiettivi del Piano di Zona Inter-Ambiti 2015/2017

N° prog.	OBIETTIVI TRIENNIO	COMUNE/ AMBITO	RAGGIUNGIMENTO (SI/NO/PARZIALE)	AZIONI	ATTORI COINVOLTI	ESITO/IMPATTO/ GRADO DI RAGGIUNGIMENTO	PROSPETTIVE/ NOTE SULLO STATO DI AVANZAMENTO NOTE TECNICHE	NOTE
1. CONOSCENZA	Potenziare le modalità di rilevazione delle informazioni inerenti alla domanda, agli utenti e alle risorse del territorio al fine di migliorare la capacità di strutturazione di adeguate risposte ai singoli e alla cittadinanza	Inter-Ambiti		1) Sistematizzazione utilizzo cartella sociale informatizzata per i 55 Comuni	Uffici di Piano ATS Servizi Sociali Altri soggetti pubblici	Nel corso del triennio si sono messe in atto le attività finalizzate alla diffusione dell'utilizzo della cartella sociale informatizzata. Sono emersi alcuni nodi che ne hanno rallentato la sistematizzazione tra i quali l'utilizzo dei dati anagrafici e la regolamentazione della privacy. A seguito inoltre della pubblicazione delle linee guida regionali sulla cartella sociale informatizzata, è risultato necessario integrare due elementi nel modello in uso: a seguito di tali adeguamenti si è ottenuta la premialità regionale.	Nel prossimo triennio si ritiene opportuno proseguire l'implementazione della cartella sociale e soprattutto il suo sistematico utilizzo da parte degli operatori comunali. Sono inoltre state già avviate gli adeguamenti relativi al sistema del Reddito di Inclusione.	
				2) Costruzione modalità di condivisione informazioni tra Comuni		In seguito alla riforma sanitaria e ai conseguenti cambiamenti	Elemento di riflessione riguarda le potenziali integrazioni con gli strumenti utilizzati dal sistema socio sanitario e i possibili utilizzi in fase di	







			(cartella sociale informatizzata) e ASL (Fascicolo Socio Sanitario)		organizzativi, nonché in relazione al non sistematico utilizzo della cartella sociale non è stato possibile attivare modalità di condivisione delle informazioni.	rendicontazione regionale. Si ritiene, inoltre imprescindibile comprendere chi implementerà, e con quali dati il fascicolo socio sanitario in riferimento al diverso ruolo che Distretti ed enti erogatori stanno assumendo	
			3) Valutare e potenzialmente implementare il coinvolgimento di altri soggetti pubblici nella condivisione delle informazioni sociali, quali per esempio le banche dati welfare e lavoro provinciali		Riflessione con Provincia relativamente all'integrazione delle informazioni sulle doti lavoro all'interno della cartella sociale	Prosecuzione interlocuzione e definizione studio di fattibilità per integrazione banche dati provinciali. Fondi già allocati su PON	
			4) Completamento della compilazione dello strumento per la mappatura condivisa delle risorse del territorio e pubblicazione online		Per lo più completata la mappatura da parte degli Ambiti, deve essere ripresa la fase tecnica di pubblicazione in line	Il progetto iniziale deve essere aggiornato alla nuova struttura territoriale in conseguenza alla riforma socio sanitaria.	
			5) Valorizzazione e sistematizzazione raccolta dati dell'Anagrafe Dinamica della Fragilità		La costruzione del bando interambiti "Dopo di Noi" ha valorizzato e fatto promuovere l'Anagrafe Dinamica dell'Handicap	Sviluppo correlato all'analisi dei contesti Territoriali da collegare al precedente punto 4)	
			6) Definizione modalità di raccordo con i soggetti del territorio per facilitare l'accesso al welfare		La costituzione Tavolo Welfare è da considerarsi il primo passo	Prevedere tra gli obiettivi del Tavolo Welfare; Sperimentazione Piano Casa: condivisione delle politiche abitative a livello di Ambito Territoriale	



2. SERVIZI	Rafforzare le capacità di condivisione, collaborazione, coprogettazione territoriale Realizzazione del Patto per il Welfare	Inter-Ambiti		1) Strutturazione di percorsi di lavoro e approfondimento tecnico e istituzionale	Uffici di Piano Organizzazioni e <i>stakeholders</i> del territorio	Sono stati attivati sottogruppi di lavoro tra i soggetti partecipanti al Tavolo di Sistema Welfare integrando la partecipazione con altri soggetti del territorio sul tema del lavoro e del reddito di inclusione. E' stata inoltre avviata la costruzione del percorso "Work in progress" quale occasione di condivisione e approfondimento	Relativamente al percorso "Work in progress" si ritiene opportuno condividere e sistematizzare gli esiti e le riflessioni emersi dagli incontri al fine di poter individuare ulteriori piste di lavoro condivise.	
				2) Individuazione di modalità efficaci di processo e di raccordo con le diverse agenzie territoriali: Terzo Settore, Organizzazioni di volontariato, associazioni familiari, organizzazioni sindacali, agenzie educative, Istituzioni territoriali, ecc		E' stata formalizzata l'istituzione del Tavolo di Sistema Welfare quale organismo di partecipazione e di raccordo territoriale	Occorre completare l'individuazione degli indirizzi relativi alla governance al fine di definire l'investimento sul tavolo e sul suo futuro	
				3) Definizione di accordi collaborativi di attivazione territoriale su specifiche aree di welfare in ottica di resilienza e di innovazione		E' stato sottoscritto il Patto per il Welfare tra i soggetti componenti il Tavolo di Sistema Welfare		






<p style="text-align: center;">3. SERVIZI</p>	<p>Migliorare la valutazione integrata multidimensionale e multi professionale e la capacità di presa in carico integrata attraverso la qualificazione delle équipe di valutazione</p>	<p>Inter-Ambiti</p>		<p>1) Messa a sistema del modello di valutazione multidimensionale, con particolare riferimento alle équipe attualmente vigenti: > EVM per situazioni di grave disabilità e non autosufficienza delle persone anziane > ETIM - Equipe Territoriale Integrata Minori > ETA - Equipe Territoriale Adolescenti > NUVA - Nucleo Valutazione Integrata Autismo e disabilità complesse > Equipe interistituzionale per la valutazione casi co-morbili (tossicodipendenza/psichiatria)</p>	<p>Uffici di Piano ATS Servizi Sociali Specialisti aziende ospedaliere Tecnici enti gestori</p>	<p>Sono state costruite e approvate le Linee Guida Valutazione Multidimensionale (approvate con delibera ATS n. 634 del 30/10/2017). Risultano in fase di definizione le procedure inerenti le diverse specifiche aree di intervento. Permangono alcune criticità su alcuni protocolli dovuti anche al non coinvolgimento udp in fase di ristrutturazione pips (es scivolamento ETIM in OCMS - non coordinamento di ATS, scelte tutte comunicate unilateralmente da ATS</p>	<p>Con l'approvazione delle Linee Guida interistituzionali sono state definite le modalità e le procedure per la valutazione multidimensionale. Risulta opportuno nel prossimo triennio consolidare gli strumenti, le procedure e le risorse professionali necessarie per un adeguato processo valutativo e una conseguenziale progettazione integrata.</p>	
<p style="text-align: center;">4. SERVIZI</p>	<p>Razionalizzare le modalità di raccordo e di individuazione delle competenze in relazione alle situazioni che presuppongono l'intervento di molteplici attori territoriali (sociale, socio sanitario, sanitario, educativo, ecc)</p>	<p>Inter-Ambiti</p>		<p>1) Analisi condivisa del sistema di risposta alle esigenze delle persone con disabilità in età scolare anche in relazione al percorso di vita (Tavolo Intesa Handicap- ASL MB)</p>	<p>Uffici di Piano ATS Servizi Sociali</p>	<p>Il lavoro del tavolo intesa H è stato sospeso senza alcuna interlocuzione con Ambiti (in attesa di legge di riforma?)</p>		
				<p>2) Approfondimento degli elementi di criticità relativi alle persone con patologie psichiatriche, comorbidità, dipendenze patologiche e individuazione di possibili strategie di miglioramento della presa in carico</p>		<p>Si è attivato un accordo di intenti con ASST - si sono manifestate più volte le criticità del territorio ma, a parte incontri di scambio con politici, non si sono mai avviati tavoli di analisi condivisi coi Comuni</p>	<p>Nel prossimo triennio, anche in coerenza con quanto previsto relativamente alle linee guida di valutazione multidimensionale, risulta opportuno completare i percorsi attivati al fine di migliorare progettazione e presa in carico integrata. Risulta opportuno promuovere la revisione dei Protocolli Psichiatria.</p>	
				<p>3) Approfondimento degli elementi di criticità relativi ai minori con patologie neuropsichiatriche e individuazione di possibili strategie di miglioramento della presa in carico</p>		<p>Si è attivato un accordo di intenti con ASST - si sono manifestate più volte le criticità del territorio ma, a parte incontri di scambio con politici, non si sono mai avviati tavoli di analisi condivisi coi Comuni</p>		







COORDINAMENTO
AMBITI TERRITORIALI
MONZA E BRIANZA






Piano di Zona Territoriale INTER-AMBITI 2015/2017

				4) Ridefinizione di modalità di collaborazione con la Provincia in merito agli interventi a favore degli alunni con disabilità (assistenza educativa ad personam e trasporto scuole secondarie di secondo grado, assistenza alla comunicazione di alunni con disabilità sensoriale)		Nel corso dell'anno 2017 (DGR n. 6832/2017) sono state approvate da Regione Lombardia le Linee Guida per l'attivazione degli interventi a favore di alunni con disabilità. Per l'anno scolastico 2017/2018 pertanto è risultato necessario adeguare le modalità operative di attivazione degli interventi.	Nel prossimo triennio, in funzione della conferma delle modalità definite da Regione Lombardia, occorrerà definire in modo più puntuale le modalità di raccordo tra Comuni, scuole, enti erogatori, ATS, ASST.	
				5) Riformulazione delle modalità di interazione tra i soggetti territoriali (Tribunale, ASL, Comuni, Aziende Ospedaliere, Terzo Settore) sul tema della protezione giuridica		E' stata data continuità ai protocolli Fianco a Fianco per la gestione degli sportelli di prossimità.	Proseguimento attività e protocolli relativi agli sportelli di prossimità. Valutazione di fattibilità circa l'attivazione di Tavoli di confronto sul tema della protezione giuridica. Attivazione di interlocuzione col Tribunale competente.	
				6) Progetto di riqualificazione del Presidio Corberi di Limbiate		Gli Uffici di Piano non sono stati coinvolti su obiettivo che a tutti gli effetti si connaturava di natura sanitaria e socio sanitaria		








5. SERVIZI	Sviluppare azioni integrate attraverso la valorizzazione delle reti progettuali esistenti	Inter-Ambiti		1) Sviluppo azioni di contrasto alla violenza di genere (rete Artemide)	Uffici di Piano ATS Servizi Sociali Partner progettuali	Nel corso del triennio sono state consolidate le azioni promosse dalla Rete Artemide. In particolare nel corso dell'anno 2017 è stata intrapresa la stesura di nuove progettualità finalizzate allo sviluppo della rete: apertura di due nuovi centri antiviolenza, implementazione delle modalità di presa in carico, attivazione di nuove convenzioni con strutture di accoglienza, definizione di percorsi finalizzati all'autonomia abitativa e lavorativa.	Nel corso del prossimo triennio occorrerà sistematizzare le modalità di funzionamento della rete anche alla luce delle linee di sviluppo in corso di attivazione relativamente alle nuove progettualità finanziate da Regione Lombardia. Sarà inoltre necessaria la ridefinizione del nuovo Protocollo d'Intesa, in quanto l'attuale Protocollo risulta in scadenza il prossimo 13/10/18.	
				2) Implementazione azioni di supporto ai minori vittime di abuso e sfruttamento sessuale (rete Teseo)		Sono stati attivati momenti di informazione e condivisione con alcuni istituti scolastici.	Occorre proseguire i lavori per la strutturazione di procedure di connessione con le scuole e gli altri attori territoriali	
				3) Promozione iniziative volte a favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro (Rete Territoriale Conciliazione)		Sono state attivate le nuove progettualità dell'Alleanza Territoriale per la Conciliazione.		
				4) Rafforzamento delle azioni rivolte a persone con background migratorio (Rete Matrioska)		Nel corso del triennio sono consolidate le azioni afferenti alla rete Matrioska. In particolare gli Ambiti di Monza, Vimercate e Desio hanno attivato il progetto Misura per Misura finalizzato al rafforzamento delle azioni ad essa inerenti. L'applicativo di rilevazione dati della rete matrioska è in fase di implementazione		







						all'interno della cartella sociale informatizzata.		
				5) Sistematizzazione delle azioni rivolte a minori sottoposti a provvedimento penale (Rete Afterhour) e persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale (Rete Share)		Nel corso del triennio è stata data continuità alle modalità di raccordo delle reti. Inoltre sono state attivate due nuove progettualità finalizzate allo sviluppo delle azioni sia sull'area adulti (Progetto Sintesi) e sull'area minori (Progetto Totem).	Nel prossimo triennio sarà attivato il Protocollo CARCERE che coinvolgerà diverse istituzioni (Procura, Tribunale, Prefettura, Provincia, Carcere, ecc.) nella promozione del reinserimento lavorativo delle persone in esecuzione penale.	
6. SERVIZI	Potenziare le iniziative di promozione e prevenzione finalizzate a supportare i percorsi di crescita degli adolescenti al fine di limitare le situazioni di disagio	Inter-Ambiti		1) Condividere un quadro di riferimento a livello territoriale di Linee di Azione a favore dei giovani e delle loro famiglie volto a promuovere il benessere e a prevenire le situazioni di disagio anche attraverso l'attivazione, a livello locale, di scuole ed altre agenzie educative, superando i residui di autoreferenzialità e frammentarietà presenti nei diversi servizi, ottimizzando le risorse e rendendo più efficaci gli interventi	Uffici di Piano ATS Servizi Sociali (area minori e famiglia) Istituti scolastici (rete scuole che promuovono salute) Terzo Settore Organizzazioni sindacali			
				2) Implementare le Banche dati esistenti				
				3) Avviare nei cinque Ambiti Territoriali, in modo più coordinato e mirato, interventi di promozione e prevenzione nei vari contesti di vita degli adolescenti con attenzione agli adulti di riferimento				
				4) Monitorare e valutare gli interventi realizzati				











7. RISORSE	Qualificare la spesa sociale a carico dei comuni, perseguendone l'appropriatezza e limitando la dispersione di risorse	Inter-Ambiti		1) Diffusione del documento di analisi L'applicazione dei LEA per le amministrazioni locali lombarde	Uffici di Piano	Il documento è stato oggetto di condivisione a livello politico e tecnico non si conosce alcun successivo utilizzo		
				2) Coinvolgimento di ANCI in merito alla problematica e richiesta di una trattativa a livello regionale		Gli elementi di analisi sono stati oggetto di condivisione con ANCI Lombardia, Dipartimento Welfare non si conosce alcun successivo utilizzo		
8. RISORSE	Qualificare il sistema di offerta socio assistenziale del territorio	Inter-Ambiti		1) Completamento del percorso di confronto con gli enti gestori dei Centri Socio Educativi del territorio per condivisione strumento di valutazione del bisogno, definizione del profilo di intervento e definizione del profilo economico. Accreditemento dei Centri Socio Educativi	Uffici di Piano ATS Servizi Sociali Enti gestori	E' stata data prosecuzione al percorso di confronto con gli enti gestori attraverso la discussione di un'ipotesi finalizzata alla definizione della misura economica dell'accREDITamento. In corso la sintesi.	Al termine della definizione della proposta conclusiva del percorso occorrerà procedere alla condivisione tecnica e politica allargata e alla successiva applicazione operativa.	
				2) Costruzione di modalità condivise di intervento in riferimento alle strutture residenziali per minori, con particolare riferimento alle situazioni con fabbisogno di interventi di tipo socio sanitario		Relativamente agli interventi a favore di minori inseriti in strutture residenziali e con fabbisogni di tipo socio sanitario, è stato mantenuto il raccordo interambiti per la condivisione di modalità attuative condivise. In considerazione delle modifiche normative regionali in materia, è stata sospesa la definizione di procedure condivise, riattivata in seguito all'approvazione della DGR 7626/2017.	Ai fini dell'applicazione della normativa regionale, risulta opportuno proseguire il lavoro condiviso per la definizione di modalità, procedure e strumenti anche in raccordo con ATS e ASST, nonché con gli enti gestori delle strutture residenziali.	
				3) Attivazione di modalità condivise per la realizzazione degli interventi (accreditamenti, appalti, coprogettazioni) anche attraverso la		Rispetto ad alcune azioni specifiche si sono attivati percorsi di condivisione, senza tuttavia addivenire a procedure strutturate a livello	In considerazione della complessità e della specificità delle procedure di affidamento nel settore sociale, nonché delle possibili opportunità connesse a procedure condivise, si ritiene opportuno mantenere	



				sperimentazione di forme di flessibilità progettuale e gestionale		interambito per ciò che concerne l'erogazione delle prestazioni. Sono stati invece attivate procedure condivise relativamente all'attivazione di progetti specifici.	l'obiettivo anche nel prossimo triennio definendo il livello di investimento sui livelli sovra ambiti	
9. RISORSE	Omogeneizzare le modalità di utilizzo delle risorse economiche assegnate agli Ambiti Territoriali in un'ottica di qualificazione del sistema di intervento territoriale	Inter-Ambiti		1) Definizione di criteri omogenei per in cinque Ambiti Territoriali per l'accesso e l'assegnazione delle risorse del Fondo Sociale Regionale	Uffici di Piano ATS	Nel corso degli anni è stato effettuato un lavoro di uniformazione tra i cinque Ambiti Territoriali.	In considerazione delle specificità ancora presenti rispetto ad alcuni elementi, si ritiene opportuno proseguire verso il completamento dell'uniformazione.	
				2) Definizione di criteri omogenei per in cinque Ambiti Territoriali per l'accesso e l'assegnazione delle risorse del Fondo Non Autosufficienza		Il Piano Operativo è stato condiviso a livello ATS, tuttavia le modalità di utilizzo del FNA risultano differenti tra gli Ambiti.		
10. RISORSE	Incrementare le modalità di gestioni associate in un'ottica di efficientamento del sistema e di realizzazione di economie di scala	Inter-Ambiti		1) Attivazione di modalità condivise per la realizzazione degli interventi (accreditamenti, appalti, coprogettazioni) anche attraverso la sperimentazione di forme di flessibilità progettuale e gestionale	Uffici di Piano ATS Servizi Sociali Enti gestori	Rispetto ad alcune azioni specifiche si sono attivati percorsi di condivisione, senza tuttavia addivenire a procedure strutturate a livello interambito per ciò che concerne l'erogazione delle prestazioni. Sono stati invece attivate procedure condivise relativamente all'attivazione di progetti specifici.	Il Distretto di Vimercate si è posto quale ulteriore obiettivo la creazione di un servizio distrettuale di progettazione per il prossimo triennio	
11. RISORSE	Razionalizzare le modalità di raccordo e di individuazione delle competenze in relazione alle situazioni che presuppongono l'intervento di molteplici attori territoriali	Inter-Ambiti		1) Attivazione interventi sperimentali per la presa in carico integrata in area socio sanitaria	Uffici di Piano ATS Servizi Sociali Enti gestori	Anche nell'unico caso in cui si sia definito un bando integrato (salute mentale migranti) le modalità di raccordo con gli Ambiti sono state non lineari ed il coinvolgimento marginale		






12. RISORSE	Istituire un gruppo tecnico di lavoro incaricato a sviluppare progetti a livello interambiti e sviluppare e consolidare progettazioni innovative a livello sovraterritoriale migliorando l'incisività delle azioni progettuali e la capacità di raggiungimento dei risultati attesi	Inter-Ambiti		1) Individuazione modalità di gestione integrata delle progettazioni condivise a livello inter Ambiti per ottimizzare l'utilizzo delle risorse aggiuntive derivanti da bandi di finanziamento	Uffici di Piano Consulenti	Non è stato attivato ad hoc un gruppo tecnico, tuttavia nel corso del triennio è stata data continuità e sono stati sviluppati diversi percorsi progettuali a livello interambito.	
				2) Costituzione di un gruppo di lavoro e attivazione relazioni territoriali necessarie			
				3) Definizione degli obiettivi, modalità e tempistiche di lavoro			
				4) Individuazione dei bandi rispondenti ai bisogni espressi dal territorio e/o agli obiettivi declinati nel piano di zona InterAmbiti			
				5) Presentazione e realizzazione di proposte progettuali			
13. RISORSE	Promuovere interventi integrati e innovativi volti a sostenere le persone e i nuclei in condizione di vulnerabilità sociale	Inter-Ambiti		1) Differenziazione delle risposte a seconda dei bisogni espressi da parte degli utenti/cittadini	Uffici di Piano Servizi Sociali Servizi inserimento lavorativo Servizi socio-sanitari Terzo settore Organizzazioni sindacali Centri per l'impiego Camera di Commercio Tavolo di Sistema Inter-Ambiti	E' stata effettuata l'analisi degli elementi peculiari della fascia di popolazione in condizione di vulnerabilità sociale.	il lavoro di work in progress ha iniziato la possibilità di analisi congiunta su alcune tematiche inerenti la materia
				2) Ricomposizione organica e a più livelli dei possibili percorsi in risposta ai bisogni, in una filiera che va dagli interventi più emergenziali a quelli di tipo preventivo		E' stata effettuata l'analisi del sistema di risposta e di intervento attivo a livello territoriale.	
				3) Definizione dei percorsi di inclusione sociale, alloggiativa e lavorativa attraverso la ricomposizione delle competenze e dei ruoli dei diversi attori capace di integrare e valorizzare differenti aree di policy (in particolare quelle del welfare, del lavoro, delle pari opportunità e della conciliazione)		Negli singoli Ambiti Territoriali sono state attivate delle progettualità sperimentali rivolte alla fascia vulnerabilità. Non sono state attivate misure univoche a livello interambiti	









COORDINAMENTO
AMBITI TERRITORIALI
MONZA E BRIANZA

Piano di Zona Territoriale INTER-AMBITI 2015/2017

				4) Individuazione dei criteri di accesso ai diversi percorsi in risposta ai bisogni		Ciascun Ambito, in relazione alle iniziative attivate, ha definito propri requisiti di accesso		
				5) Potenziamento della rete di offerta alloggiativa (ad es. stipula di contratti a canone concordato nel libero mercato; convenzioni per residenzialità temporanee, co-housing....) e delle possibili risposte occupazionali e di sostegno al reddito		Negli singoli Ambiti Territoriali sono state attivate delle iniziative volte all'implementazione e alla razionalizzazione delle risposte alle esigenze abitative delle famiglie in condizione di vulnerabilità. Non sono state attivate misure univoche a livello interambiti		
				6) Elaborazione e realizzazione di percorsi sperimentali		Negli singoli Ambiti Territoriali sono state attivate delle progettualità sperimentali rivolte alla fascia vulnerabilità. Non sono state attivate misure univoche a livello interambiti		



14. SISTEMA	Sistematizzare il raccordo tra i cinque Ambiti Territoriali	Inter-Ambiti		1) Definizione Protocollo Operativo Governance tra i cinque Ambiti Territoriali relativo a: Consiglio Inter Ambiti, Coordinamento Tecnico degli Uffici di Piano, Tavolo di Sistema Welfare	Uffici di Piano	E' stato sottoscritto il Protocollo Operativo Governance nel corso dell'anno 2015. A fronte della riforma sanitaria è stato attivato un percorso di revisione della governance, ad oggi non concluso. I nodi non risolti (rapporto tecnico - politico / diverso livello di rappresentanza dei diversi organismi / organismi di partecipazione / spinte a livelli di integrazione sovra ambito vs richiami al lavoro di ambito...) pongono un freno alla fluidità del lavoro		
15. SISTEMA	Razionalizzare il sistema di governance e partecipazione	Inter-Ambiti		1) Semplificazione del sistema di governance attraverso il riassetto degli organismi di confronto e mediante la strutturazione dei flussi informativi e connettivi	Uffici di Piano ATS Terzo Settore e stakeholders interessati	A fronte della riforma sanitaria è stato attivato un percorso di revisione della governance, ad oggi non concluso.		
16. SISTEMA	Migliorare la capacità incisiva e realizzativa di quanto previsto in sede di programmazione triennale, individuando strumenti di gestione, monitoraggio e valutazione del Piano di Zona	Inter-Ambiti		1) Definire il Piano Operativo annuale	Uffici di Piano Dirigenti/Responsabili di: Servizi Sociali Offerta Sociale CoDeBri ATS	E' stato effettuato un monitoraggio annuale del Piano di Zona in sede di Consiglio Interambiti		
				2) Definire i relativi strumenti di monitoraggio e valutazione		E' stato effettuato un monitoraggio annuale del Piano di Zona in sede di Consiglio Interambiti		
				3) Declinare gli indicatori di esito degli obiettivi	Consiglio Interambiti	E' stato effettuato un monitoraggio annuale del Piano di Zona in sede di Consiglio Interambiti		
				4) Redigere i report annuali e triennali	Tavolo di Sistema InterAmbiti	E' stato effettuato un monitoraggio annuale del Piano di Zona in sede di Consiglio Interambiti		



COORDINAMENTO
AMBITI TERRITORIALI
MONZA E BRIANZA

Piano di Zona Territoriale INTER-AMBITI 2015/2017

**AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE
DELLA BRIANZA**

**ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE
TERRITORIALE NELL'ATS DELLA BRIANZA
A PARTIRE DALL'ANALISI DEI BISOGNI
SANITARI E SOCIO-SANITARI**

Monza, ottobre 2017

INDICE

<i>Argomento</i>	<i>Pagina</i>
Intervento del Presidente del Consiglio di Rappresentanza	3
Presentazione (a cura della Direzione Strategica)	4
INTRODUZIONE	5
LA SITUAZIONE TERRITORIALE dell'ATS della Brianza	9
LE CRONICITA'	14
LA MORTALITA'	16
IL REGISTRO TUMORI	17
L'ANAGRAFE DELLA FRAGILITÀ	18
LA RETE OSPEDALIERA	19
IL PRONTO SOCCORSO	25
LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	26
RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI PER ANZIANI (RSA) E CENTRI DIURNI INTEGRATI (CDI)	28
LA RIABILITAZIONE SOCIO SANITARIA	39
LA DISABILITA'	42
HOSPICE SOCIO SANITARI	50
HOSPICE SANITARI	52
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)	54
SERVIZI PER LE DIPENDENZE	57
CONSULTORI FAMILIARI	63
SERVIZI DI PSICHIATRIA	65
SERVIZI DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	66
CURE PRIMARIE	70
IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA	73
VETERINARIA E SICUREZZA DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	80
APPENDICE	
Necessità di nuova finalizzazione in POT e PreSST e di attività/servizi per le nuove necessità sanitarie e socio-sanitarie	87

Intervento del Presidente del Consiglio di Rappresentanza

La L.R. 23/2015 ha dato un nuovo impulso al ruolo degli enti locali nella programmazione degli interventi sanitari e sociosanitari: l'obiettivo di creare un unico sistema (sociale e sanitario integrato) comporta infatti per i Sindaci una sempre maggiore assunzione di responsabilità, nella loro doppia funzione di titolari delle politiche sociali e di primi garanti della salute pubblica nelle proprie comunità.

È per questo motivo che la Conferenza dei Sindaci, attraverso il Consiglio di Rappresentanza, assume un ruolo più forte rispetto al passato: oltre a garantire l'integrazione con le prestazioni sociali – è chiamata a formulare proposte e verificare l'attuazione dei programmi delle Agenzie di Tutela della Salute. Nel territorio dell'ATS Brianza, il Consiglio di Rappresentanza ha fin da subito orientato le proprie attività per dare attuazione concreta alla propria funzione di partner dell'ATS nella programmazione.

Nella consapevolezza che programmare significa innanzitutto leggere e interpretare i bisogni delle comunità e dei singoli cittadini, il Consiglio di Rappresentanza ha condiviso con l'ATS Brianza la necessità di lavorare ad una analisi articolata ed esaustiva dei bisogni del territorio. Questa pubblicazione rappresenta un primo esito di questo lavoro, parte di un processo in divenire a cui il Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci si impegna a collaborare, nel metodo e nel merito.

Nel metodo, si impegna a promuovere e coordinare, di concerto con l'ATS e con la collaborazione degli organismi di rappresentanza a livello di Distretto e di Ambito, un lavoro di analisi ed elaborazione dei dati relativi agli interventi sociali, per costruire un sistema di conoscenza completo, fondamento per garantire una presa in carico centrata sui bisogni delle persone.

Nel merito, si impegna a formulare osservazioni e proposte rispetto ai contenuti di questo documento, in un confronto aperto e costruttivo con l'ATS, volto a trovare soluzioni condivise per la tutela della salute delle nostre comunità.

Maria Antonia Molteni
Presidente del Consiglio di Rappresentanza Sindaci

Presentazione

I servizi sanitari, sociosanitari e sociali della ATS Brianza sono adeguati per le esigenze dei cittadini del territorio? E se necessitassero di qualche intervento di modifica o integrazione, che criteri si potrebbero adottare per una loro nuova programmazione? Sono queste alcune delle domande che la Direzione Strategica della ATS Brianza, quasi a metà del proprio percorso triennale di governo del territorio, si è posta nella prospettiva di esercitare a pieno titolo i compiti di programmazione che le sono stati affidati dalla applicazione della L.R. 23/2015.

Attraverso le attività di un gruppo di lavoro ad hoc, che ha visto la partecipazione diretta di tutti i Dipartimenti della ATS, è stato individuato nel criterio del “bisogno” l’elemento prioritario per fornire indicazioni programmatiche per la nuova organizzazione dei servizi sociosanitari del territorio. Da questo lavoro è nato il documento che segue, che rappresenta il primo tentativo della ATS Brianza (ma in realtà si tratta del primo tentativo a livello dell’intera Regione Lombardia) di leggere con finalità programmatiche i bisogni di un territorio.

Il documento ha cercato di scavare a fondo in tutte le informazioni disponibili presso i vari dipartimenti della ATS, sia per le aree più ricche di informazione (servizi sanitari) che per quelle meno ricche (servizi sociosanitari), lasciando ad attività successive l’esame dei servizi dove l’informazione è ancora troppo frammentaria o addirittura assente (servizi sociali). Tale lavoro si farà con il CdR.

L’immagine che emerge è decisamente stimolante per il programmatore territoriale perché, come ampiamente documentato sia nella quantità di informazioni presenti nel documento, sia nelle provvisorie conclusioni che il documento stesso suggerisce, si aprono tre tipi di sfide: “argomenti di sistema”, con la ATS che dovrà agire a supporto di decisioni che competono prevalentemente alla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia; “argomenti di programmazione condivisa”, dove la responsabilità è diversa ma equamente divisa tra DG Welfare e ATS Brianza nella attuazione degli interventi per ATS; “argomenti di governance territoriale”, che vedono invece un ruolo quasi esclusivo della ATS Brianza (con un eventuale supporto della DG Welfare) nel lavoro con erogatori territoriali.

E’ da segnalare anche il percorso adottato, che ha visto un confronto esterno alla ATS con i consiglieri regionali del territorio, il Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci, le organizzazioni sindacali, le ASST (Aziende Socio Sanitarie Territoriali), come indicato nella tabella che segue, al fine di dividerne gli obiettivi e raccogliere ulteriori contributi.

Questa pubblicazione rappresenta quindi un primo esito di un lavoro in divenire: il report – focalizzato sul sanitario e sul sociosanitario – è un punto di partenza, da integrare periodicamente consolidando e arricchendo i dati sanitari e sociosanitari, ed aggiungendo un’analisi dei dati relativi al sociale, analisi che dovrà necessariamente essere portata avanti con la collaborazione fattiva degli Enti Locali, raccordati dagli Uffici di Piano e con il coordinamento del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci. Prevediamo integrazioni semestrali.

La Direzione Strategica
Agenzia di Tutela della Salute della Brianza

Dr. Massimo Giupponi	Direttore Generale
Dr. Oliviero Rinaldi	Direttore Sociosanitario
Dr. Silvano Lopez	Direttore Sanitario
Dr. Paolo Cogliati	Direttore Amministrativo

INTRODUZIONE

La L.R. 23/2015, legge di riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo (SSL), nel ridisegnare la struttura organizzativa del servizio sociosanitario regionale ha istituito le Agenzie di Tutela della Salute (ATS) e ne ha precisato (art. 6) i compiti. L'elemento cruciale di cambiamento, per quanto riguarda in particolare il ruolo delle ATS rispetto alle precedenti Aziende Sanitarie Locali (ASL), è il passaggio da Azienda ad Agenzia, con la relativa dismissione di una serie di attività di erogazione diretta di servizi al cittadino (servizi passati come compito ad altre strutture del servizio sociosanitario) e la assunzione in prima persona di attività riconducibili all'area della programmazione. Con tale cambiamento di organizzazione e di compiti la ATS viene ad assumere prevalentemente il ruolo di programmatore locale dei servizi sociosanitari territoriali, ruolo da svolgere ovviamente in coordinamento con le attività più generali di programmazione dei servizi svolte dalla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia.

In questo nuovo contesto istituzionale la ATS della Brianza ha ritenuto prioritario l'esercizio del compito di programmatore locale per il proprio territorio ed ha attivato al suo interno un gruppo di lavoro finalizzato alla stesura di un primo documento di programmazione dei servizi sociosanitari delle ex ASL di Lecco e di Monza.

Non esistendo esplicite esperienze di riferimento per questa attività riferite alla Regione Lombardia, ed in particolare per il nuovo contesto istituzionale generato dalla L.R. 23/2015, il documento che segue (frutto del lavoro fin qui attuato con il coinvolgimento di tutte le strutture dipartimentali della ATS) rappresenta un primo tentativo strutturato di organizzare una attività programmatica riferita a tutti i servizi sociosanitari del territorio di cui la ATS ha responsabilità.

La predisposizione della relazione ha innanzitutto richiesto una riflessione attorno a quale dovesse essere il criterio programmatico fondamentale (o i criteri) da seguire nella valutazione della attuale organizzazione dei servizi sociosanitari. La discussione che si è sviluppata nel gruppo di lavoro, consapevole che i percorsi di programmazione possono seguire sollecitazioni diverse ed input diversificati (dalle norme alle abitudini storiche, dalla salute all'uso delle risorse, ...), ha portato alla identificazione del criterio del bisogno come elemento prioritario per fornire indicazioni programmatiche per la nuova organizzazione dei servizi sociosanitari del territorio. La relazione che è emersa, quindi, non si configura come una tipica Relazione Sanitaria di una Azienda territoriale, e nemmeno come una relazione sulle attività sociosanitarie erogate nell'area della ATS della Brianza (la caratterizzazione della rete di offerta), bensì vuole essere già nella sua formulazione originale un documento di programmazione dei servizi letta secondo il criterio del bisogno.

Il secondo passaggio nella predisposizione del documento fa riferimento ad un approccio quantitativo alle tematiche della programmazione. Tra le diverse modalità con cui può essere letta l'attuale situazione dei servizi il gruppo di lavoro ha ritenuto di mettere l'accento su una valutazione di tipo quantitativo degli oggetti di programmazione, per arrivare non solo a definire di cosa c'è bisogno ma anche a dare di tale bisogno una misura quantitativa. In questo percorso due sono stati gli elementi di riferimento: da una parte l'esistenza di sistemi informativi relativi alle attività sociosanitarie erogate; dall'altra l'esistenza di oggetti/punti di paragone con i quali confrontarsi. Sul primo versante sono stati coinvolti ed ampiamente utilizzati tutti i sistemi informativi presenti nella ATS, facendo ampio ed esclusivo utilizzo delle informazioni da essi generate; sul secondo versante sono stati ricercati tutti i valori di paragone (numerici o legislativi) esistenti a livello regionale.

E' stato chiesto a tutti i dipartimenti della ATS di mettere a disposizione del gruppo di lavoro tutte le informazioni disponibili (dati sanitari, socio-sanitari e sociali) relativamente ad oggetti quali: la popolazione e la sua demografia, il territorio e le sue caratteristiche, la mortalità, la cronicità, i ricoveri, il pronto soccorso, le prestazioni ambulatoriali, i consumi farmaceutici, le residenze sanitarie ed i centri diurni, la riabilitazione, la disabilità, la fragilità, l'attività di hospice, l'assistenza domiciliare, le dipendenze, i consultori, la salute mentale, le cure primarie, le attività di prevenzione, e la veterinaria. Per ognuno di tali oggetti si è cercato di fare riferimento sia ad una lettura spaziale (con il massimo dettaglio nella caratterizzazione del territorio) che ad un esame degli andamenti temporali (con particolare attenzione ai dati più recenti disponibili).

Non si deve però trascurare il fatto che i territori di cui l'ATS porta responsabilità non sono territori chiusi da barriere naturali poco sormontabili o limitati da confini amministrativi rigidi: l'interazione con i territori circostanti, soprattutto nelle zone di confine, fa parte della norma e non delle eccezioni, e la mobilità sanitaria e sociosanitaria diventa un fattore importante per gli oggetti di programmazione. In questo contesto diventa necessaria una interlocuzione con le altre ATS (in primis quelle a diretto confine con ATS Brianza) sia per lo scambio delle informazioni sia, soprattutto, perché per molti oggetti di programmazione il territorio della propria ATS non è sufficiente a rispondere adeguatamente ai bisogni emergenti (si pensi, ad esempio, al governo della rete ospedaliera, governo che non si può certo esaurire solo con atti programmatori di ATS ma richiede uno sguardo più ampio).

Bisogno, domanda, e offerta, è il tipico trinomio che viene evocato ogni volta che si propone una seria analisi del servizio sociosanitario, ed è noto non solo che i tre termini sono fortemente correlati tra di loro ma anche che i sistemi informativi esistenti sono particolarmente ricchi nella descrizione delle attività erogate ma non altrettanto nella caratterizzazione della rete di offerta e soprattutto nella identificazione del bisogno (con una particolare attenzione per altro alle attività sanitarie e meno a quelle socio-sanitarie e sociali). Questa distorsione informativa e le complesse (e non sempre note) relazioni che esistono tra i termini del trinomio non rendono ovviamente semplice una analisi del bisogno. La soluzione data dal gruppo di lavoro è stata quella, all'interno di tutte le informazioni disponibili (ma coscienti anche della mancanza di qualche informazione determinante soprattutto sul versante socio-sanitario e sociale), di cercare di catturare e valorizzare quelle notizie quantitative che più di altre indirizzano la propria attenzione proprio verso il tema del bisogno: la mobilità dei cittadini, l'anzianità e la cronicità, i tempi/liste di attesa delle diverse prestazioni/servizi, l'accesso al pronto soccorso, la saturazione della rete di offerta, l'eterogeneità territoriale, il paragone con altri territori al di fuori della ATS, e così via. Si ritiene in questo modo, se non di avere esaustivamente raccolto, di avere almeno evidenziato i segnali di bisogno più importanti che emergono dal territorio con i dati oggi a disposizione, segnali necessari per una discussione a tutto tondo della attuale organizzazione della rete dei servizi.

Certo l'utilizzo eccessivo (ed a volte esclusivo) dei sistemi informativi relativi alle attività erogate, attività che come noto comprendono anche una certa quota di prestazioni che potrebbero in realtà risultare inappropriate o non essenziali o non associate ad un effettivo bisogno ma guidate da altre esigenze (economicità, medicina difensiva, ...), espone al rischio di storicizzare (e di trasformare in bisogno) una quota di inappropriatezza ed inessenzialità dei servizi, ma è un rischio che non si può non correre almeno nella stesura di un primo documento di programmazione sociosanitaria.

Vi sono attività (e servizi) che, pur nelle difficoltà e nelle incertezze della misura, più facilmente rimandano al tema del bisogno (ad esempio: ricoveri ospedalieri, accessi in pronto soccorso, residenzialità

per anziani e disabili, assistenza domiciliare) ed altre per le quali il bisogno costituisce un logico punto di riferimento (seppur con una cogenza quantitativa più blanda) ma che trovano la loro principale motivazione in obiettivi di altro tipo come il benessere o il miglioramento dello stato di salute della popolazione (è il caso, ad esempio, della prevenzione e della veterinaria). Un approccio troppo esclusivo sul tema del bisogno (ed in particolare sulle sue caratteristiche quantitative) potrebbe rischiare di selezionare solo alcune attività da sottoporre al percorso programmatico, marginalizzandone altre: per quanto il presente sia un primo documento di programmazione, si è fatto il possibile per evitare di cadere in questo errore.

Come risultato della analisi (si vedano i paragrafi che seguono, ed in particolare quello dedicato alla discussione delle azioni programmatiche) sono emersi tre livelli di intervento:

- un primo livello, cui si farà riferimento con il termine di “argomenti di sistema”, che ha a che fare con azioni che vedono il piatto della bilancia pendere decisamente dalla parte della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia (con la ATS Brianza che agisce a supporto): è il caso, ad esempio, degli eccessi nella rete di offerta ospedaliera riferita alle alte specializzazioni o ai difetti di offerta che caratterizzano i ricoveri in RSA
- un secondo livello, cui si farà riferimento con il termine di “argomenti di programmazione condivisa”, che ha invece a che fare con una responsabilità diversa ma equamente divisa tra DG Welfare e ATS Brianza nella attuazione di interventi programmatici: è il caso, ad esempio, della recentissima attivazione del piano di governo della cronicità, oppure degli interventi relativi all’ADI, o ancora alle azioni già messe in atto (ma non ancora completate) per il governo della struttura “Corberi”
- un terzo livello, cui si farà riferimento con il termine di “argomenti di governance territoriale”, che vede invece un ruolo quasi esclusivo della ATS Brianza (con un eventuale supporto della DG Welfare): è il caso, ad esempio, del già attivato gruppo di miglioramento sulle attività di pronto soccorso o di quello da attivare sul miglioramento dei tempi di attesa, della attivazione del DIAC (Dipartimento Interaziendale per l’Informazione, l’Accesso e la Continuità delle cure), e della attivazione di POT (Presidio Ospedaliero Territoriale) e PreSST (Presidio Socio Sanitario Territoriale) in tutto il territorio della ATS.

Il percorso fin qui descritto, ed i risultati che sono emersi (per i quali si sottolinea di nuovo l’indispensabile contributo derivato dal coinvolgimento fattivo di tutti i dipartimenti della ATS al fine di condividere sia competenze sia, soprattutto, obiettivi di programmazione), sono stati sottoposti ad un confronto esterno alla ATS con i consiglieri regionali del territorio, il Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci, le organizzazioni sindacali, le ASST (Aziende Socio Sanitarie Territoriali), al fine di condividerne gli obiettivi e raccogliere ulteriori contributi.

La attuale versione del documento, che proprio per la sua caratteristica di apripista della programmazione territoriale si presenta necessariamente come un “work in progress”, per scelta redazionale risulta leggero nei commenti e nel testo, cercando prevalentemente di far parlare i numeri (tabelle e grafici) che descrivono lo stato attuale dei servizi territoriali della ATS Brianza: è dalla lettura di tali informazioni quantitative (secondo le direttrici programmatiche di cui si è brevemente dato conto) che sono emerse le considerazioni e le proposte di programmazione territoriale dei servizi che sono presentate in dettaglio nel relativo paragrafo che conclude la relazione.

I Direttori di Dipartimento dell’ATS della Brianza

D.ssa Elisabetta Chiarazzo	Direttore Dipartimento Programmazione Accredimento Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie
Dr. Maurizio Resentini	Direttore Dipartimento Programmazione per l'integrazione delle Prestazioni Sanitarie con quelle Sociosanitarie
Dr. Valter Valsecchi	Direttore Dipartimento Cure Primarie
D.ssa Nicoletta Castelli	Direttore Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria
Dr. Fabrizio Galbiati	Direttore Dipartimento di Prevenzione Veterinario e Sicurezza Alimenti di Origine Animale
D.ssa Raffaella Borra	Direttore Dipartimento Amministrativo di Controllo e degli Affari Generali e Legali

e il team di collaboratori di ATS Brianza guidati dall'esperto, Dr. Carlo Zocchetti, tra cui:

Luca Cavalieri d'Oro, Andrea De Vitis, Emanuele Amodio, Giulia Andrei, Lorenzo Brugola, Marco Reposi,
Enzo Turani, Roberto Rossi, Mario Sito, Paolo Marrazzo, Eugenio Scopinaro, Enza Iannone, Isabella Trezzi,
Manuela Franchetti, Ruggero Cereda, Elisabetta Merlo

**Soggetti a cui è stato presentato il documento di Analisi del Bisogno
e che hanno contribuito alla sua definizione**

<i>Soggetto</i>	<i>Date di presentazione / discussione</i>				
ASST Monza	14/03/2017	04/07/2017	18/07/2017	25/07/2017	12/09/2017
ASST Vimercate	14/03/2017	04/07/2017	18/07/2017	25/07/2017	12/09/2017
ASST Lecco	14/03/2017	04/07/2017	18/07/2017	25/07/2017	12/09/2017
Consiglio di Rappresentanza Sindaci	03/05/2017	24/05/2017	06/10/2017		
Sindacati	20/07/2017				

LA SITUAZIONE TERRITORIALE dell'ATS della Brianza

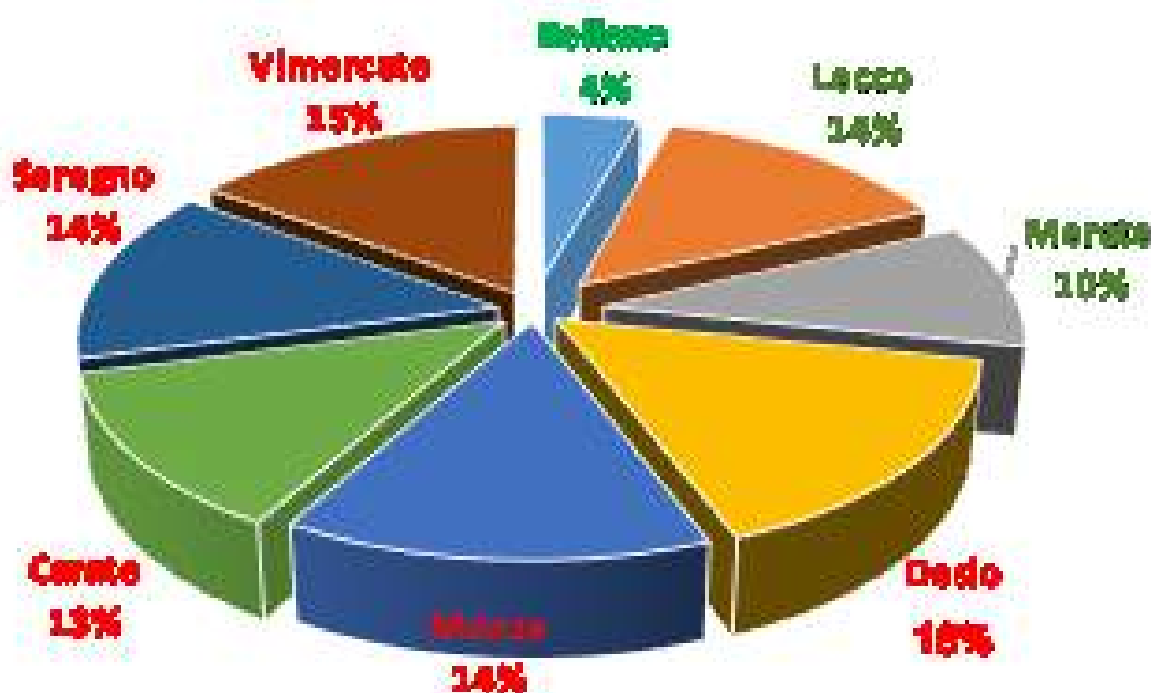
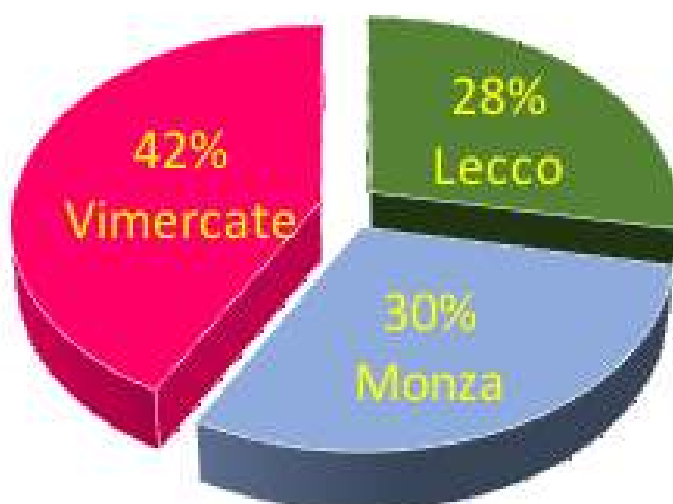
Sulla base delle indicazioni della Legge Regionale 23 del 2015, a far data dal 01.01.2016, è stata istituita l'**Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza**, che ha competenza territoriale sui 143 comuni dei territori delle **Province di Monza e Brianza** (55 comuni) e di **Lecco** (88 comuni), perfettamente coincidenti con le ex ASL di Monza e della Brianza e di Lecco.

I vecchi distretti (Bellano, Lecco e Merate) della ex ASL di Lecco costituiscono il territorio del nuovo **Distretto ATS di Lecco** (di cui ora sono ambiti distrettuali) e dell'Agenda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Lecco; nell'area dell'ex

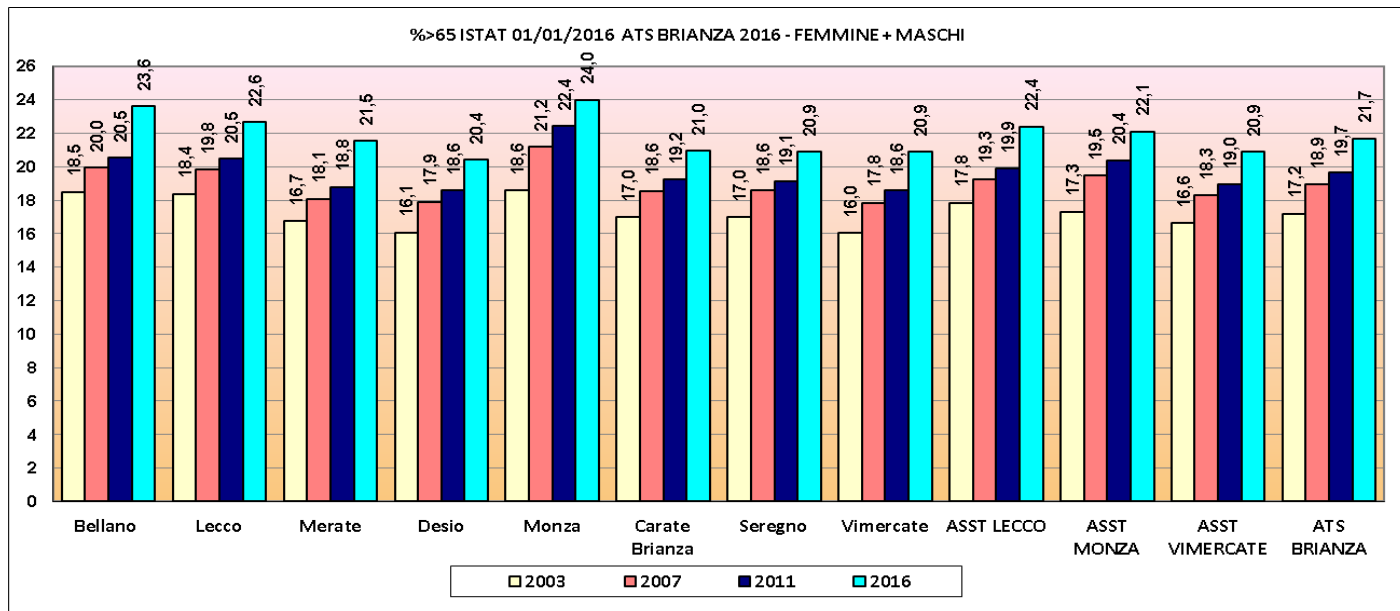
ASL di Monza e Brianza, i vecchi distretti di Monza e Desio sono ora ambiti distrettuali del nuovo **Distretto ATS di Monza**, che coincide con il territorio dell'ASST di Monza, mentre i vecchi distretti ASL di Seregno, Carate Brianza e Vimercate costituiscono gli ambiti distrettuali del nuovo **Distretto ATS di Vimercate** e coincidono con il territorio della ASST di Vimercate.

La popolazione residente nella ATS della Brianza al 1 gennaio 2016 è costituita da **1.205.330** persone (maschi **590.413**, femmine **614.917**) e si distribuisce per un terzo circa in provincia di Lecco e per oltre due terzi in provincia di Monza e Brianza.

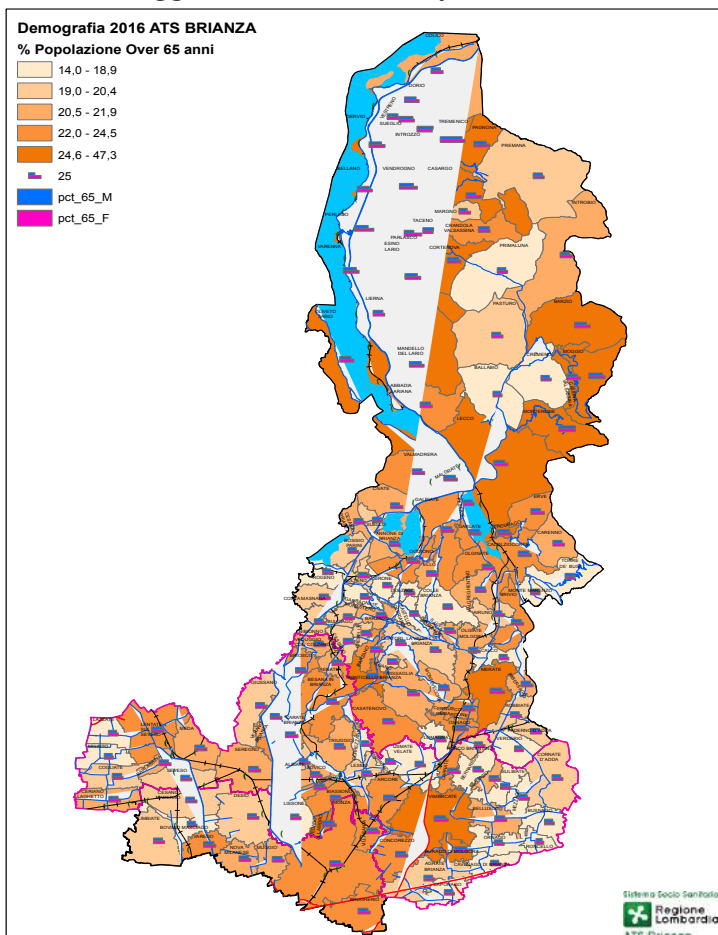
ATS BRIANZA: POPOLAZIONE RESIDENTE PER DISTRETTO E AMBITO (1.205.330 residenti)



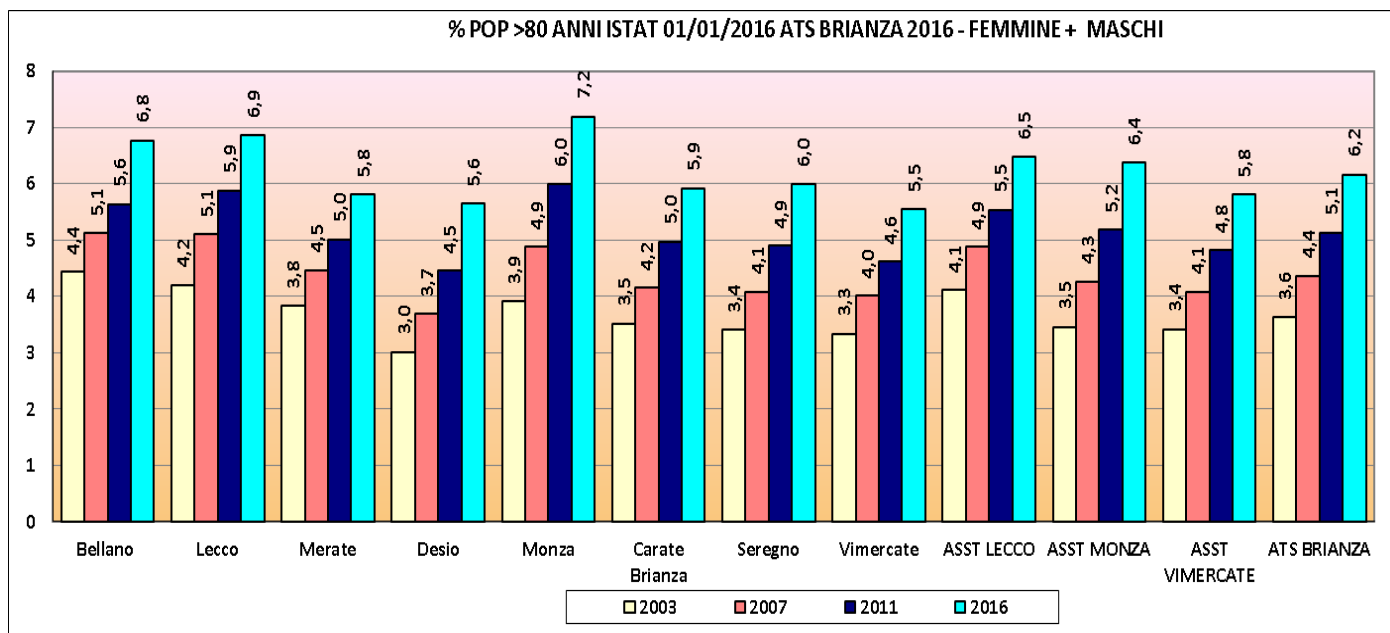
L'invecchiamento della popolazione costituisce uno dei principali determinanti che condizionano l'assorbimento di risorse assistenziali in ambito sanitario, sociosanitario e sociale: la quota percentuale di **popolazione di 65 anni ed oltre** nell'ATS della Brianza e nei distretti è illustrata nei grafici seguenti e, con disaggregazione comunale, nella mappa (dove a colori più scuri corrisponde una frequenza percentuale maggiore di soggetti con età superiore a 65 anni): **a livello di ATS l'incremento assoluto è di 4,5 punti percentuali sui rispettivi totali confrontando il 2003 con il 2016.**



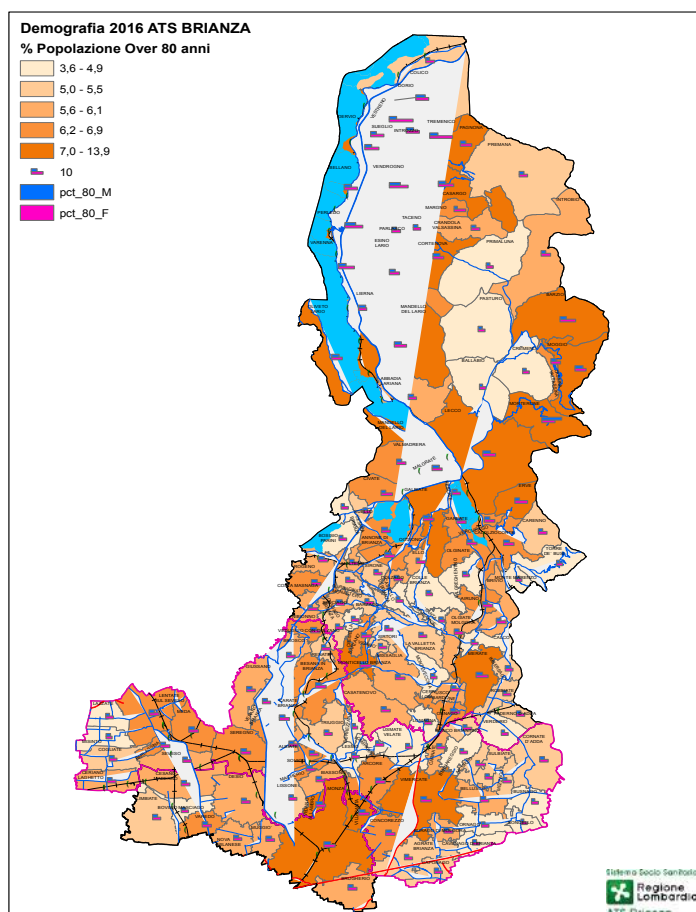
Proporzione di soggetti di età 65 anni e più – ATS della Brianza 2016



I grafici e la mappa seguente descrivono i grandi anziani: per la **popolazione di 80 anni ed oltre** nell'ATS della Brianza si osserva pressoché un raddoppio del peso relativo confrontando il 2003 con l'anno più recente 2016.



Proporzione di soggetti di età 80 anni e più – ATS della Brianza 2016



La tabella che segue sintetizza alcuni indicatori demografici utili per inquadrare nel contesto territoriale alcune delle caratteristiche che influenzano le dinamiche della salute della popolazione.

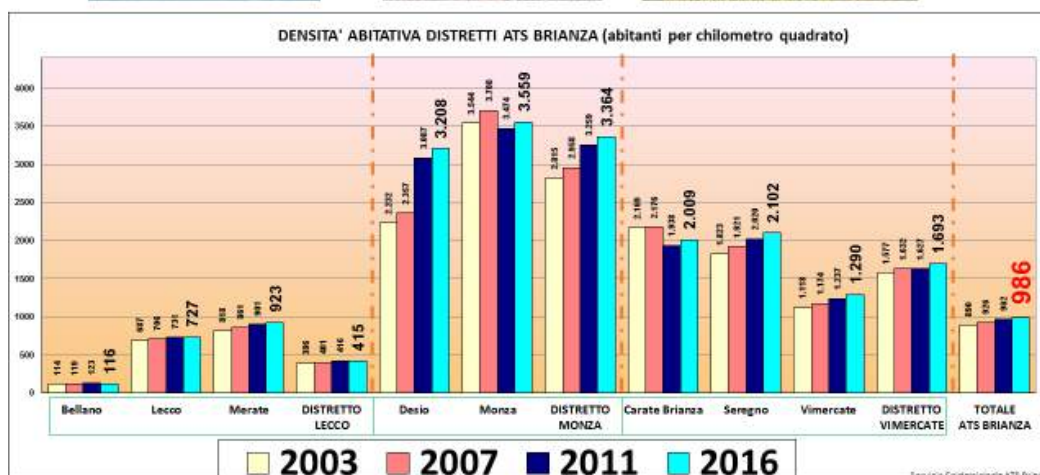
Indicatori demografici 2016

Ambito territoriale	Popolazione	Quote di popolazione per età			Indice di vecchiaia
		<15 anni	65+ anni	80+ anni	
ITALIA	60.665.551	13,7%	22,0%	6,7%	161,4
LOMBARDIA	10.008.349	14,1%	21,9%	6,5%	155,7
ATS BRIANZA	1.205.330	14,3%	21,7%	6,2%	152,0
DISTRETTI ed ambiti ATS					
Lecco	339.254	14,1%	22,4%	6,5%	159,5
Bellano	53.366	13,3%	23,6%	6,8%	177,5
Lecco	165.864	14,0%	22,6%	6,9%	162,1
Merate	120.024	14,5%	21,5%	5,8%	148,7
Monza	363.323	14,1%	22,1%	6,4%	156,7
Desio	192.503	14,5%	20,4%	5,6%	141,1
Monza	170.820	13,7%	24,0%	7,2%	175,3
Vimercate	502.753	14,5%	20,9%	5,8%	143,7
Carate	152.691	14,4%	21,0%	5,9%	145,4
Seregno	168.177	14,4%	20,9%	6,0%	144,7
Vimercate	181.885	14,8%	20,9%	5,5%	141,5

Servizio Epidemiologia ATS Brianza

La popolazione dell'ATS ha **indici di vecchiaia inferiori rispetto ai confronti nazionale e regionale** e, in particolare, il distretto di **Vimercate presenta una distribuzione per età più giovane**. Emerge in questa rappresentazione la particolarità dell'ambito distrettuale di **Bellano che ha indicatori di popolazione anziana più elevati** rispetto al resto del territorio: la peculiarità di questo ambito distrettuale caratterizza la valutazione di molti altri indicatori in molteplici occasioni.

Evidente è la difformità dell'indicatore relativo alla densità abitativa e alla sua evoluzione nel tempo: il Distretto di Lecco presenta valori decisamente più bassi del resto del territorio e Bellano in particolare ha valori bassissimi e sostanzialmente invariati nell'arco di oltre un decennio. Il distretto di Monza presenta dinamiche demografiche piuttosto vivaci, con livelli di densità abitativa altissimi rispetto agli altri territori e rispetto al confronto con l'Italia (la provincia di Monza e Brianza ha densità abitativa seconda solo alla provincia di Napoli). Il territorio dell'ATS vede dunque la **coesistenza di aree ad altissima e a bassissima densità abitativa** in dipendenza dalle caratteristiche orografiche e di industrializzazione che hanno condizionato lo sviluppo della popolazione. Le quote di anziani (soggetti di 65 anni e oltre) e grandi anziani (80 anni e oltre) sono in rapidissima crescita e ciò modifica inevitabilmente i profili di bisogno assistenziale.



LE CRONICITA'

L'elaborazione delle informazioni inerenti la stratificazione della popolazione per cronicità sulla base dei dati forniti da Regione Lombardia consente di identificare tra gli assistiti della ATS poco più di 418.000 soggetti classificati come cronici. Di essi:

- circa 16.000 soggetti in livello 1 (rosso), ad elevata fragilità clinica, affetti da 4 o più patologie croniche
- circa 153.000 soggetti in livello 2 (giallo), con cronicità polipatologica, affetti da 2 o 3 patologie contemporaneamente
- circa 250.000 soggetti con cronicità in fase iniziale, affetti sostanzialmente da una sola patologia (livello 3 – verde).

Le prime 10 condizioni patologiche, in ordine di frequenza, includono il 70% della popolazione cronica

Patologia	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Totale	%	% cumulativa
IPERTENSIONE ARTERIOSA	40	15.213	91.764	107.017	26%	26%
IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	254	19.112	10.985	30.351	7%	33%
DIABETE MELLITO TIPO 2	249	19.632	10.350	30.231	7%	40%
ASMA	0	264	22.980	23.244	6%	46%
CARDIOPATIA ISCHEMICA	943	10.009	8.505	19.457	5%	50%
NEOPLASIA ATTIVA	2.192	11.892	5.203	19.287	5%	55%
SCOMPENSO CARDIACO	816	9.915	8.481	19.212	5%	59%
BPCO	541	8.106	6.448	15.095	4%	63%
MIOCARDIOPATIA ARITMICA	330	6.124	8.381	14.835	4%	67%
IPOTIROIDISMO	0	779	13.999	14.778	4%	70%
Altre 54 condizioni croniche	10.382	51.796	62.605	124.783	30%	100%
Totale	15.747	152.842	249.701	418.290	100%	

L'ordine con cui si presentano i soggetti nei vari livelli è naturalmente differente e, mentre nella categoria rossa emergono con maggior frequenza i soggetti con prima patologia di tipo vasculopatico arterioso, neoplastico attivo, e altre importanti condizioni cliniche, la tipologia prevalente di condizioni croniche in fascia verde è rappresentata da singole malattie di relativamente minore gravità.

Prime 10 condizioni patologiche per livello di gravità

Patologia	Livello 1	Livello 2	Livello 3
VASCULOPATIA ARTERIOSA	2.264	19.632	91.764
NEOPLASIA ATTIVA	2.192	19.112	22.980
INSUFF.RENALE CRONICA	1.591	15.213	13.999
DIABETE MELL. 2 COMPL.	1.277	11.892	10.985
VASCULOPATIA CEREBRALE	1.190	10.009	10.350
CARDIOPATIA ISCHEMICA	943	9.915	9.280
SCOMPENSO CARDIACO	816	8.106	8.505
BPCO	541	6.684	8.481
CARDIOPATIA VALVOLARE	483	6.124	8.381
TRAPIANTATI NON ATTIVI	455	5.731	6.572
Altre 54 condizioni croniche	3.995	40.424	58.404
Totale	15.747	152.842	249.701

Grazie al dettaglio delle comorbidità è possibile ulteriormente stratificare ciascun livello di gravità per il numero e tipo di patologie concomitanti: le seguenti tabelle esemplificano l'informazione limitando la descrizione ad un massimo di sei patologie contemporaneamente presenti.

PATOLOGIA PRINCIPALE	Numero di patologie concomitanti			
	4	5	6	Totale
VASCULOPATIA ARTERIOSA	93	399	1.772	2.264
NEOPLASIA ATTIVA	601	557	1.034	2.192
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	34	360	1.197	1.591
DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO	192	321	764	1.277
VASCULOPATIA CEREBRALE	98	381	711	1.190
CARDIOPATIA ISCHEMICA	38	292	613	943
SCOMPENSO CARDIACO	4	112	700	816
BPCO	396	131	14	541
CARDIOPATIA VALVOLARE	36	171	276	483

PATOLOGIA PRINCIPALE	Numero di patologie concomitanti					
	2	3	4	5	6	Totale
DIABETE MELLITO TIPO 2	10.665	7.855	1.059	53		19.632
IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	16.171	2.765	176			19.112
IPERTENSIONE ARTERIOSA	13.364	1.698	149	2		15.213
NEOPLASIA ATTIVA	5.445	3.657	1.699	722	369	11.892
CARDIOPATIA ISCHEMICA	508	2.470	5.183	1.814	34	10.009
SCOMPENSO CARDIACO	70	1.194	2.306	3.038	3.307	9.915
BPCO	5.396	2.312	383	14	1	8.106
DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO	2.374	2.045	1.205	613	447	6.684
MIOCARDIOPATIA ARITMICA	1.013	2.930	1.771	399	11	6.124

PATOLOGIA PRINCIPALE	Numero di patologie concomitanti						
	1	2	3	4	5	6	Totale
IPERTENSIONE ARTERIOSA	91.764						91.764
ASMA	22.980						22.980
IPOTIROIDISMO	10.869	3.099	31				13.999
IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	10.985						10.985
DIABETE MELLITO TIPO 2	8.284	2.066					10.350
NEOPLASIA FOLLOW-UP	9.280						9.280
CARDIOPATIA ISCHEMICA	862	2.875	4.768				8.505
SCOMPENSO CARDIACO	74	1.716	2.186	2.823	1.254	428	8.481
MIOCARDIOPATIA ARITMICA	3.106	4.242	1.033				8.381
MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA	708	4.547	1.317				6.572

LA MORTALITA'

Un importante descrittore delle condizioni di salute della popolazione, ed indirettamente quindi del bisogno, è rappresentato dalla mortalità per causa: il grafico e la tabella che seguono sintetizzano le principali aggregazioni di cause di decesso per l'intera ATS e per i suoi ambiti distrettuali nel 2015. Al **primo posto come frequenza si collocano le malattie del sistema circolatorio**, analogamente a quanto avviene nei paesi più sviluppati. I **tumori sono al secondo posto: due terzi del totale delle cause di decesso sono descritti da queste due categorie di cause di morte**. L'analisi territoriale indica una maggiore frequenza di decessi per patologie del sistema cardiocircolatorio nel territorio di Lecco e di patologia neoplastica negli altri territori. La tabella che segue dettaglia le prime sei cause di morte per ambito e descrive circa 85% del totale dei decessi dei residenti.

Ambito Distrettuale	Bellano		Lecco		Merate		Desio		Monza		Carate Brianza		Seregno		Vimercate		Totale ATS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Malattie del sistema circolatorio	210	35,6%	564	34,6%	398	35,0%	483	30,2%	546	33,1%	463	34,8%	457	30,9%	455	30,4%	3576	32,8%
Tumori	177	30,0%	505	31,0%	354	31,1%	545	34,0%	539	32,7%	430	32,3%	508	34,3%	503	33,6%	3561	32,6%
Malattie del sistema respiratorio	47	8,0%	119	7,3%	64	5,6%	123	7,7%	122	7,4%	91	6,8%	120	8,1%	120	8,0%	806	7,4%
Malattie del sistema nervoso	21	3,6%	66	4,0%	52	4,6%	89	5,6%	82	5,0%	76	5,7%	72	4,9%	83	5,6%	541	5,0%
Disturbi psichici e comportamentali	26	4,4%	69	4,2%	43	3,8%	55	3,4%	66	4,0%	45	3,4%	38	2,6%	58	3,9%	400	3,7%
Traumatismi avvelenamenti e conseguenze di cause esterne	30	5,1%	58	3,6%	44	3,9%	60	3,7%	58	3,5%	28	2,1%	52	3,5%	46	3,1%	376	3,4%
ALTRE CAUSE	79	13,4%	249	15,3%	183	16,1%	246	15,4%	235	14,3%	199	14,9%	232	15,7%	230	15,4%	1653	15,1%
Totale complessivo	590	100%	1630	100%	1138	100%	1601	100%	1648	100%	1332	100%	1479	100%	1495	100%	10913	100%

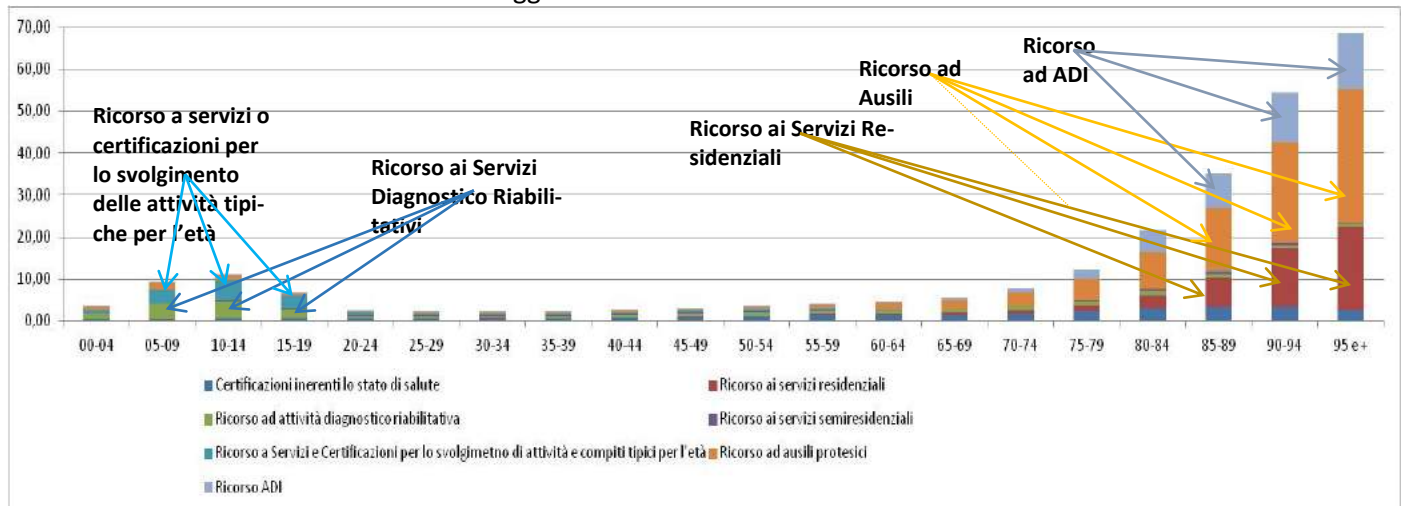
IL REGISTRO TUMORI

L'ATS della Brianza, avendo ereditato le competenze delle ASL confluite, sta procedendo alla sincronizzazione dei registri Tumori delle ex-ASL di Lecco e di Monza e Brianza: ciò al fine di addivenire ad una corretta descrizione del fenomeno cancro sul territorio, basata su metodologie scientifiche di registrazione. La tabella che segue riporta il numero medio annuo di nuovi casi di tumori (casi incidenti) riscontrati in soggetti residenti nell'ATS della Brianza: il tumore maligno più diffuso in assoluto è quello della mammella, nonostante quasi solo il genere femminile ne sia affetto, ed oltre 1.000 nuove malate all'anno vengono diagnosticate nell'ATS. A seguire troviamo i tumori del grosso intestino (910 casi/anno) e quelli del polmone (757 casi/anno). Nel territorio sono attivi programmi di screening di popolazione per i tumori della mammella e del colon-retto. E' da segnalare il dato relativo al tumore del polmone, particolarmente preoccupante in considerazione dell'elevatissima letalità della malattia e dei costi riferibili all'assistenza dei soggetti affetti (patologia per altro in massima parte evitabile essendo nota la sua associazione con la diffusione della dipendenza da tabacco nella popolazione).

Numero medio di casi incidenti annui ATS BRIANZA– Servizio di Epidemiologia						
Registro Tumori ASL Monza e Brianza 2007-2012 e Registro Tumori ASL Lecco 2003-2007	Femmine		Maschi		Totale	
	N casi	%	N casi	%	N casi	%
Sede Tumore						
Mammella	1042	32,5%	11	0,3%	1053	15,5%
Colon, retto e ano	400	12,5%	510	14,2%	910	13,4%
Polmone e bronchi	203	6,3%	554	15,4%	757	11,1%
Prostata			708	19,7%	708	10,4%
Stomaco	139	4,3%	203	5,6%	342	5,0%
Linfoma non-Hodgkin	118	3,7%	145	4,0%	263	3,9%
Fegato	88	2,7%	185	5,1%	273	4,0%
Altri tumori	1219	38,0%	1281	35,6%	2500	36,7%
Tutte le sedi escl. cute non melanomi	3211	100%	3599	100%	6810	100%

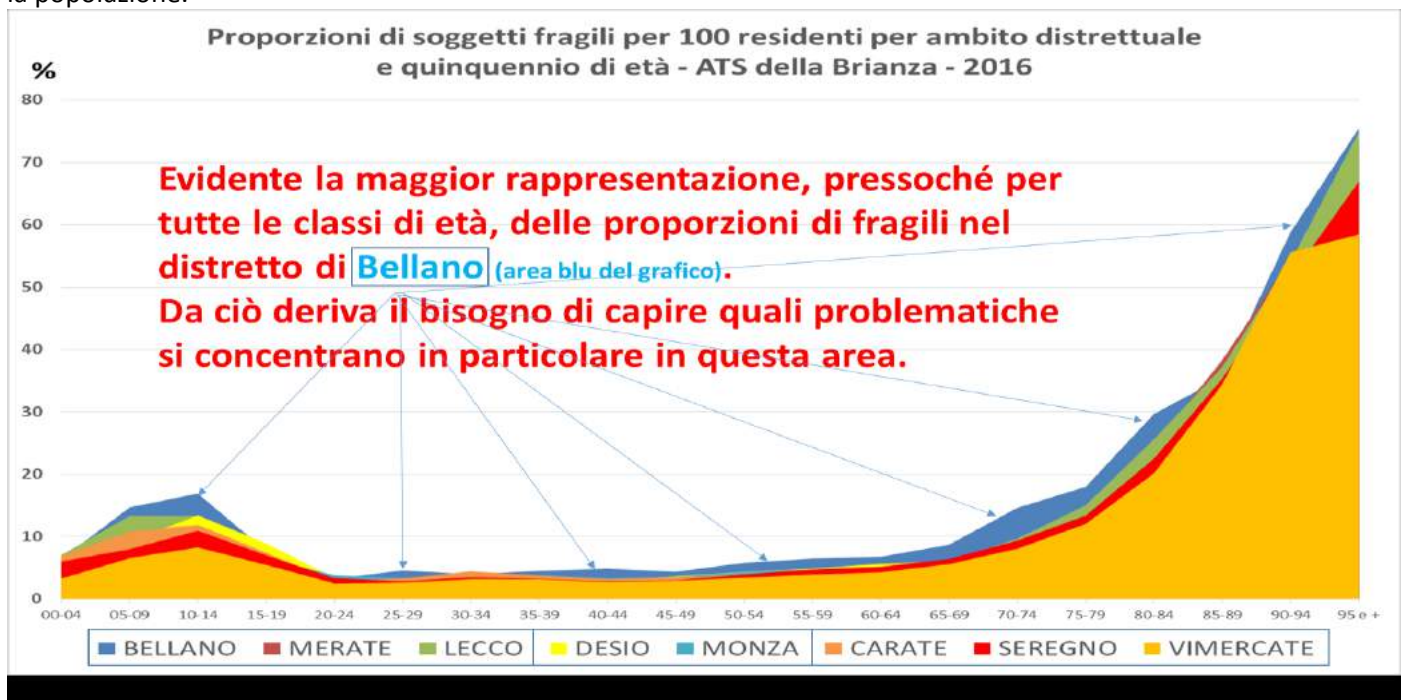
L'ANAGRAFE DELLA FRAGILITÀ

Da anni nel territorio di Monza e Vimercate e dal 2016 anche in quello di Lecco è attiva l'Anagrafe della Fragilità, un sistema di rilevazione su molteplici banche dati di condizioni suggestive di disabilità e fragilità. Nel grafico sottostante è riportata la prevalenza percentuale dei soggetti fragili per età, con l'indicazione anche della tipologia dei servizi della rete attivati in relazione all'età dei soggetti.



E' evidente il calo di apparente prevalenza nell'età adulta post scolare fino all'età anziana, fasce di popolazione per le quali non si registrano che poche prestazioni erogate. Ciò verosimilmente nasconde un **bisogno inespresso o parzialmente inespresso di supporto assistenziale sul territorio per le classi di età intermedie della vita.**

La fragilità riconosciuta in ATS della Brianza (attraverso il contributo di più fonti informative) consente anche di stimare sul territorio le proporzioni di soggetti con patologie che hanno necessità di assistenza: **l'area di Bellano emerge come particolarmente bisognosa di approfondimento specifico** per capire le necessità in tutte le classi di età della popolazione.



LA RETE OSPEDALIERA

La rete ospedaliera è rappresentata sul territorio dell'ATS della Brianza da 3 Aziende Socio Sanitarie Territoriali, 1 IRCCS Pubblico, 2 IRCCS privati, e 7 Enti privati accreditati. I posti letto che al 1.1.2017 risultano accreditati a contratto (ordinari + day hospital) sono 4.290 con un indice di 3,6 per 1000 abitanti, comprensivi dei letti di riabilitazione (843 posti letto con un tasso dello 0,7 x1000 abitanti).

Di seguito viene riportato il quadro di sintesi dell'offerta di **posti letto accreditati a contratto** delle **strutture di ricovero e cura** ubicate nell'ambito territoriale dell'ATS, quadro da cui emerge una importante eterogeneità territoriale.

ATS BRIANZA - DATI GENNAIO 2017

		Acuti	Riabilitazione	Totale
Distretto di Lecco	P.O. Lecco	603	25	628
	P.O. Bellano		56	56
	P.O. Merate	318		318
	CdC G.B. Mangioni Hospital	78		78
	CdC Beato Luigi Talamoni	66	20	86
	IRCCS "E. Medea"		125	125
	IRCCS "INRCA"	48	32	80
	Villa Beretta		89	89
	Totale Distretto Lecco	1.113	347	1.460
	Tasso per 1000 abitanti	3,3	1,0	4,3
Distretto di Monza	PO S.Gerardo di Monza	810	30	840
	P.O. Desio	344		344
	CdC Ist.Clin.Zucchi di Monza	148	72	220
	CdC Policlinico di Monza	152	48	200
	Fondazione Monza e Brianza	128		128
	CdC Villa Bianca di Limbiate		71	71
	Totale Distretto Monza	1.582	221	1.803
	Tasso per 1000 abitanti	4,4	0,6	5,0
Distretto di Vimercate	P.O. Vimercate	469	20	489
	P.O. Carate	170		170
	CdC Ist.Cl.Zucchi di Carate	25	126	151
	P.O. Giussano	88		88
	P.O. Seregno		85	85
	IRCCS Fond. Maugeri di Lissone		44	44
	Totale Distretto Vimercate	752	275	1.027
	Tasso per 1000 abitanti	1,5	0,5	2,0
ATS	TOTALE ATS della Brianza	3.447	843	4.290
	Tasso per 1000 abitanti	2,9	0,7	3,6
P.O. = Presidio Ospedaliero IRCCS= Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico CdC = Casa di Cura Privata				

Per quanto riguarda il Distretto di Lecco, le Alte Specialità sono presenti nell'ASST di Lecco ed in particolare esistono un Servizio di Emodinamica, una U.O. di Cardiocirurgia, una U.O. di Neurochirurgia, una U.O. di Chirurgia Vascolare. Inoltre presso 2 Presidi Ospedalieri sono attivi Dipartimenti Emergenza Accettazione (DEA).

Per quanto riguarda il Distretto di Monza, sono presenti le seguenti Alte Specialità: tre Servizi di Emodinamica (Ospedale S. Gerardo di Monza, Ospedale di Circolo di Desio, CC Policlinico di Monza), due U.O. di Cardiocirurgia (Ospedale S. Gerardo di Monza e CC Policlinico di Monza), due U.O. di Neurochirurgia (Ospedale S. Gerardo di Monza e CC Policlinico di Monza), due U. O. di Chirurgia Vascolare (Ospedale S. Gerardo di Monza e CC Policlinico di Monza) e una U.O. di Chirurgia Toracica (Ospedale S. Gerardo di Monza). Inoltre presso 4 Presidi di ricovero sono attive strutture di PS/DEA/EAS.

Per quanto riguarda il distretto di Vimercate, le Alte Specialità sono rappresentate da un Servizio di Emodinamica (Ospedale Nuovo di Vimercate). Inoltre presso 2 Presidi di ricovero sono attive strutture di PS/DEA/EAS.

Considerando le indicazioni del Decreto Ministeriale 70/2015 ("Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera") il fabbisogno territoriale totale dovrebbe conformarsi ai seguenti valori numerici: per i servizi di emodinamica, una struttura ogni 300.000-600.000 abitanti; per le cardiocirurgie e le neurochirurgie, una struttura ogni 600.000-1.200.000 abitanti; per le chirurgie vascolari, una struttura ogni 400.000-800.000 abitanti; per le chirurgie toraciche un reparto ogni 800.000-1.500.000 abitanti.

I dati di offerta ospedaliera segnalano elementi significativi di eterogeneità territoriale, ma nel ragionare sulla copertura del fabbisogno non si può però prescindere sia dal posizionamento delle strutture della ATS Brianza che dalla vicinanza di numerose altre strutture specialistiche localizzate nell'ATS della Città Metropolitana, vicinanze che devono fare rivalutare in una ottica più generale l'analisi riferita alla sola ATS della Brianza sia per le specialità ordinarie che, in particolare, per le Alte Specialità.

Nella Tabella seguente viene riportato il quadro di sintesi dell'offerta di **posti tecnici Sub-acuti** a contratto.

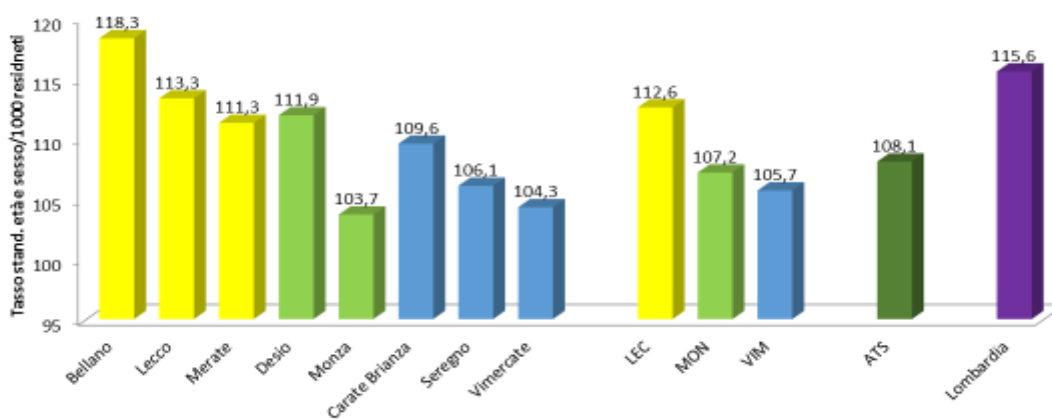
ATS BRIANZA - DATI GENNAIO 2017	
Struttura	Posti tecnici
ASST Lecco - Presidio di Lecco	16
ASST Lecco - Presidio di Merate	10
Casa di Cura "GB Mangioni" di Lecco	7
Casa di Cura Lecco "B.L. Talamoni" di Lecco	10
Totale Distretto di Lecco	43
<i>Tasso per 1000 abitanti distretto di Lecco</i>	0,13
ASST Monza - P.O. di Circolo - Desio	10
Totale Distretto di Monza	10
<i>Tasso per 1000 abitanti distretto di Monza</i>	0,03
ASST Vimercate - Ospedale di Vimercate	13
Istituti Clinici Zucchi di Carate	16
ASST Vimercate - P.O. "Borella" - Giussano	20
Totale Distretto di Vimercate	49
<i>Tasso per 1000 abitanti distretto di Vimercate</i>	0,10
Totale ATS della Brianza	102
<i>Tasso per 1000 abitanti ATS della Brianza</i>	0,08

Anche per questo tipo di offerta di posti letto risulta evidente la disparità territoriale dell'offerta, che comunque si attesta nel complesso su livelli inferiori ad un posto ogni 10.000 abitanti: la DGR 937/2011 stimava su base regionale il fabbisogno atteso di posti letto per attività di tipo sub acuto nell'ordine di circa 1.150 letti (corrispondenti ad 1,1 pl ogni 10.000 abitanti).

Il **tasso di ospedalizzazione standardizzato per età**, calcolato al netto dei ricoveri fuori regione (attualmente non disponibili) presenta nell'ATS della Brianza **valori inferiori rispetto alla Regione**, con la **eccezione del distretto di Bellano** (che si colloca a livello più alto rispetto al valore regionale di quasi tre punti percentuali). Si tratta di un ulteriore segnale di una situazione (ambito distrettuale di Bellano) meritevole di approfondimento, perchè potrebbe indicare una effettiva maggiore fragilità della popolazione.

Tasso di ospedalizzazione standardizzato* in ATS

Il tasso standardizzato di ospedalizzazione in ATS è significativamente inferiore rispetto a quello registrato in Regione Lombardia. La differenza rimane costante in tutti gli ambiti distrettuali ad eccezione che a Bellano, ove risulta superiore.



* Standardizzazione diretta per età e sesso su popolazione Lombardia
* Ricoveri finanziati SSR 2015 – erogati in regione Lombardia – regime ordinario

Servizio Epidemiologia ATS Brianza

Consumo di prestazioni di ricovero da parte di residenti

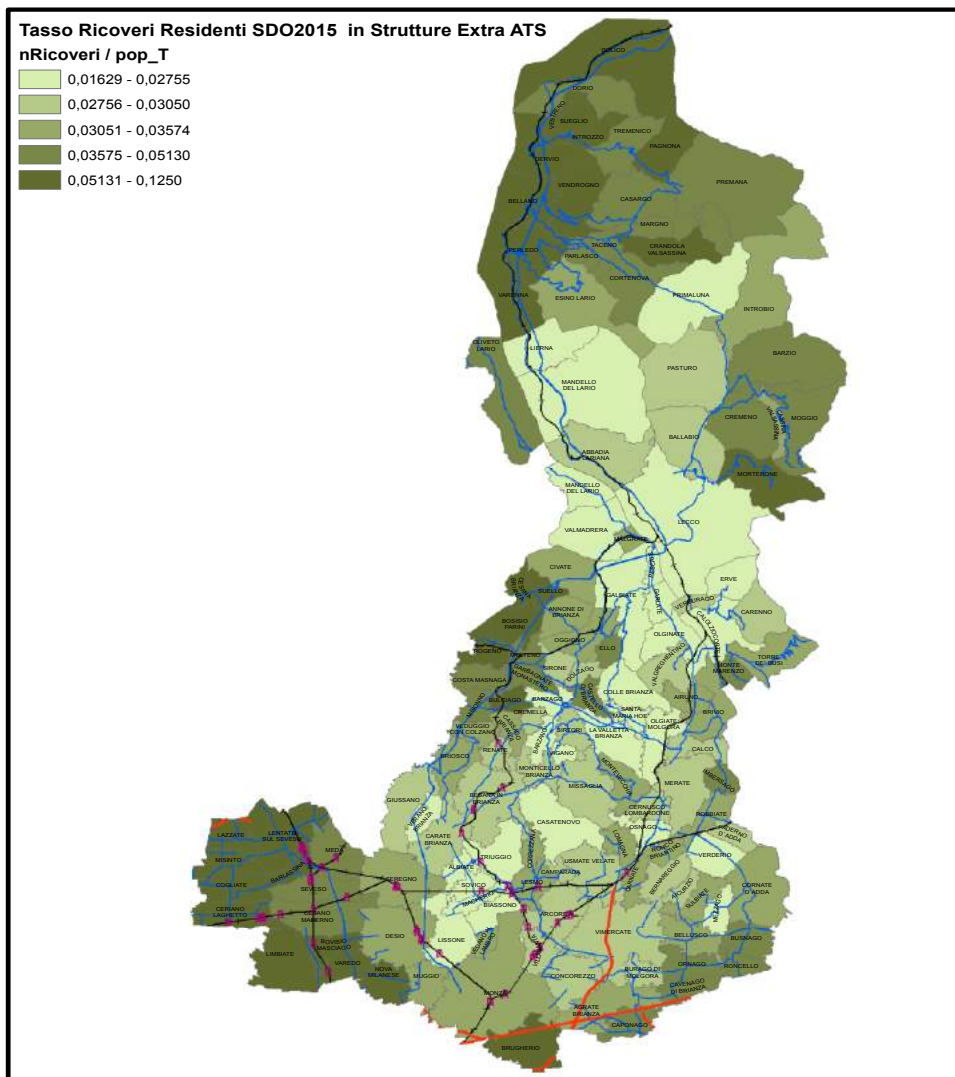
SDO 2015 - Numero di ricoveri dei residenti dell'ATS della Brianza per territorio dell'ASST di residenza e ATS dell'ospedale di ricovero

Distretto di residenza dei ricoverati	ATS dell'ospedale di ricovero			
	Brianza	ATS confinanti (Bergamo, Insubria, Metropolitana, Montagna)	Altre ATS	Totale
LECCO	34.102	11.005	359	45.466
MONZA	29.002	17.226	342	46.570
VIMERCATE	44.294	18.630	486	63.410
Totale ATS BRIANZA	107.398	46.861	1.187	155.446
<i>% riga</i>				
LECCO	75,0%	24,2%	0,8%	100%
MONZA	62,3%	37,0%	0,7%	100%
VIMERCATE	69,9%	29,4%	0,8%	100%
Totale	69,1%	30,1%	0,8%	100%

QUASI 100% DEL TOTALE !

33% VERSO MILANO

Servizio di Epidemiologia



Fuga in strutture Extra ATS

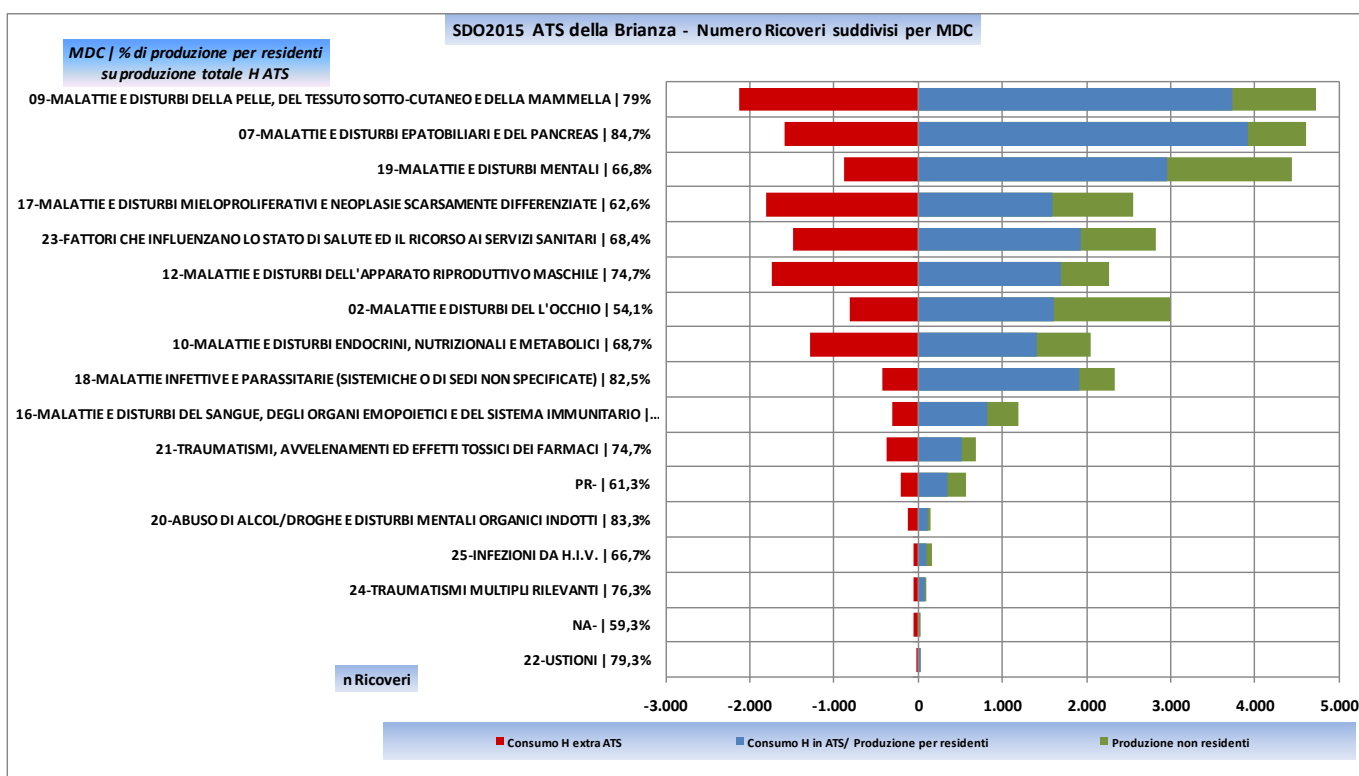
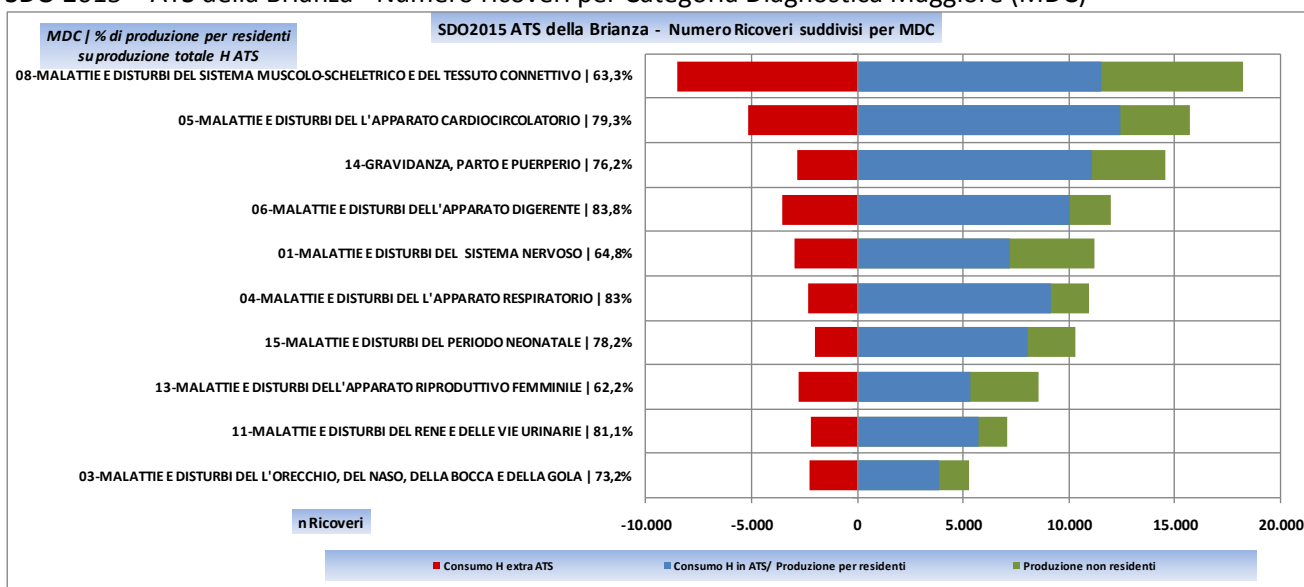
4

L'analisi del consumo di prestazioni di ricovero è sommariamente sintetizzata nella precedente tabella ed evidenzia come i residenti in ATS trovino sostanzialmente risposta ai propri bisogni di ricovero nella ATS stessa o in ATS limitrofe. Il movimento della popolazione, in presenza di poli attrattivi importanti nella vicinissima area milanese, non è sostanzialmente governabile con gli strumenti programmatori della sola ATS della Brianza. I fenomeni di fuga interessano pressoché sempre le aree territoriali vicine ai confini dell'ATS e la vicinanza con il territorio dell'ATS Città Metropolitana, con l'elevatissima capacità di attrazione legata alla concentrazione di strutture di ricovero di eccellenza in un contesto che agevola gli spostamenti verso il capoluogo regionale, spiega la quota preponderante della fuga, soprattutto dall'area del distretto di Monza.

Analisi dei ricoveri ospedalieri per Categoria Diagnostica Maggiore (MDC) e per reparto

Le figure che seguono riportano una sintetica analisi dei ricoveri ospedalieri dell'anno 2015 per Categoria Diagnostica Maggiore (MDC) e per reparto di erogazione, evidenziando i fenomeni di mobilità che caratterizzano gli episodi: le barre blu indicano i ricoveri effettuati dai cittadini della ATS Brianza in strutture localizzate nel territorio della ATS, le barre rosse rappresentano i ricoveri effettuati al di fuori della ATS (mobilità passiva), le barre verdi sono costituite dai ricoveri effettuati in strutture localizzate all'interno del territorio della ATS Brianza da cittadini residenti in altre ATS (mobilità attiva).

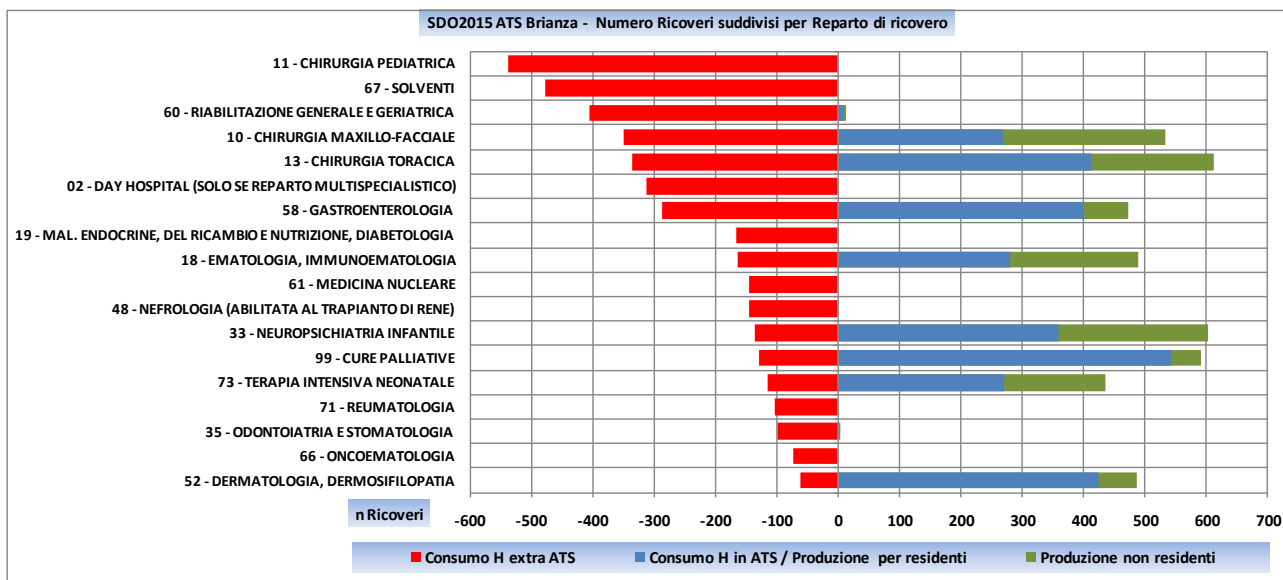
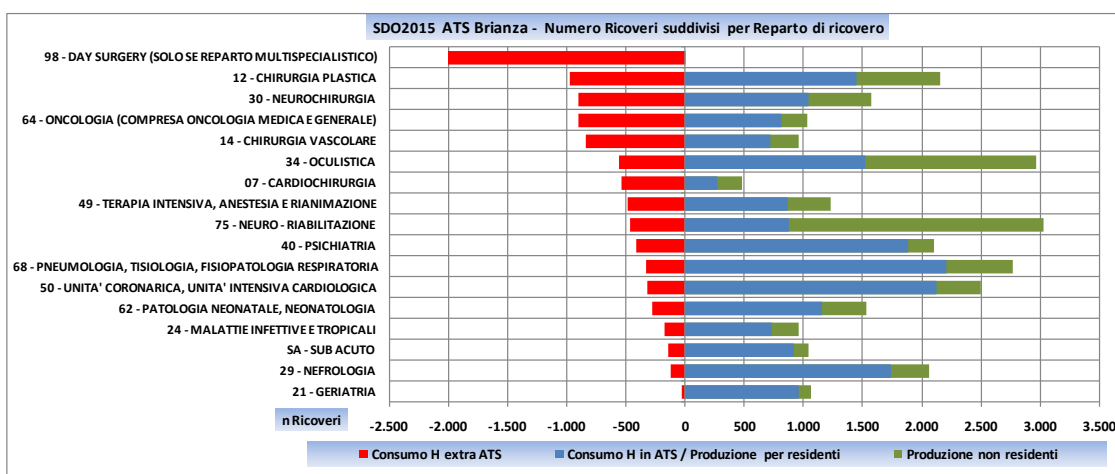
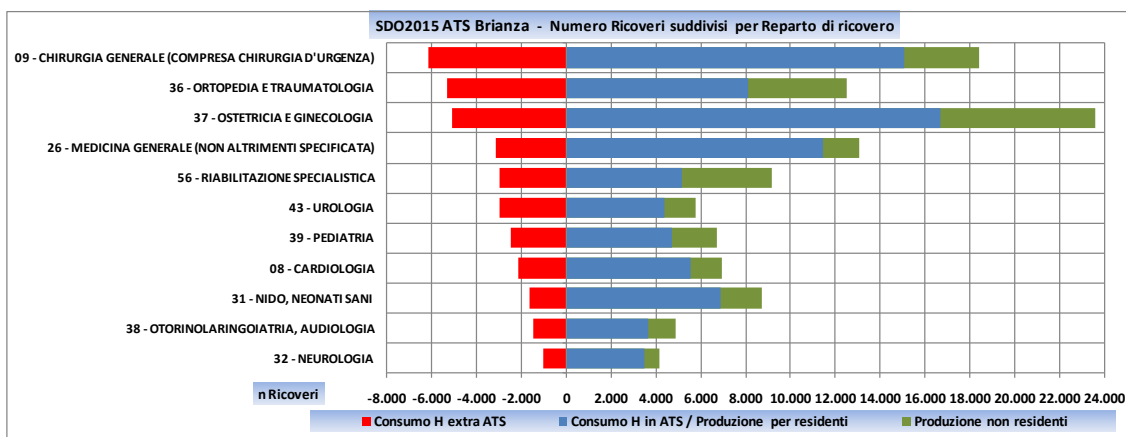
SDO 2015 – ATS della Brianza - Numero ricoveri per Categoria Diagnostica Maggiore (MDC)



Nelle due figure (che si differenziano per la differente numerosità di ricoveri rappresentati sulla scala) sono evidenti i fenomeni di mobilità, sia passiva che attiva, che caratterizzano in particolare alcune categorie diagnostiche. Si segnalano: per la mobilità passiva le malattie del sistema muscoloscheletrico (MDC 08), le malattie dell'apparato cardiocircolatorio (MDC 05) e le malattie dell'apparato digerente (MDC 06); per la mobilità attiva l'area della gravidanza, parto e puerperio (MDC 14), le malattie del sistema nervoso (MDC 01), le malattie mentali (MDC 19) e le malattie dell'occhio (MDC 02).

Le figure che seguono propongono invece una lettura dei ricoveri secondo il reparto di dimissione del ricoverato.

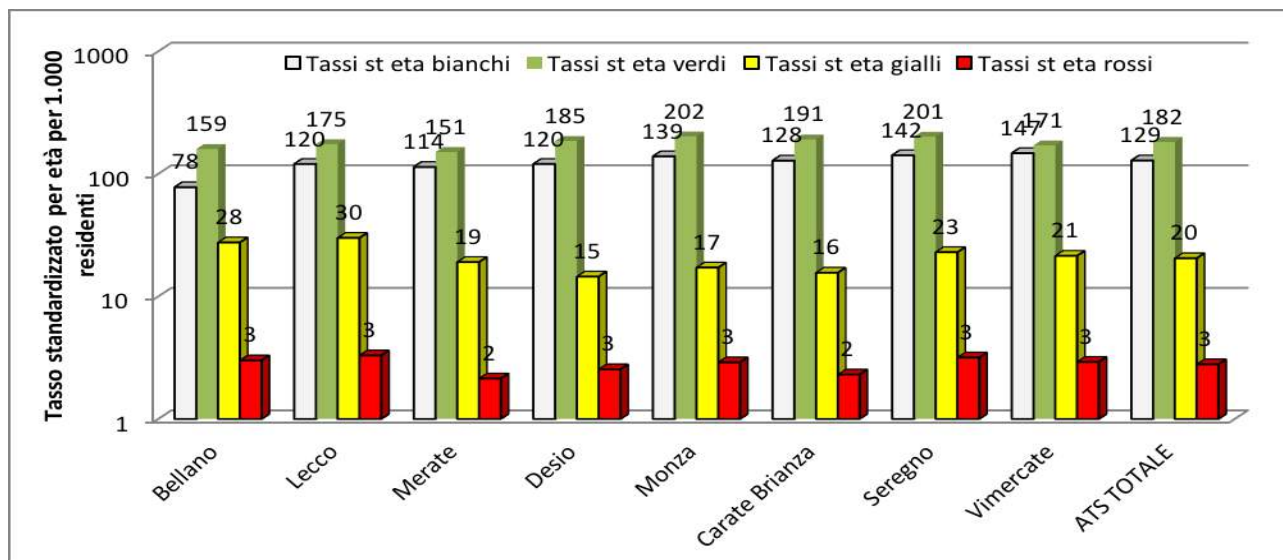
SDO 2015 –ATS della Brianza – Numero ricoveri per reparto



Anche in questa analisi sono evidenti i fenomeni di mobilità passiva e attiva, illustrati dallo squilibrio tra le barre verdi (mobilità attiva) e quelle rosse (mobilità passiva). Sono da segnalare, nello specifico, i ricoveri in reparti che non risultano accreditati a contratto nelle strutture localizzate nel territorio della ATS (riconoscibili dalla presenza nei grafici della sola barra rossa).

IL PRONTO SOCCORSO

La figura che segue riporta (in scala logaritmica) il tasso, standardizzato per età, di accesso al PS per residenti negli 8 ambiti distrettuali presenti in ATS della Brianza. In media in ATS (ultima serie di colonne) si registra un tasso di accesso pari a 3/1.000 residenti per i codici rossi, 20/1.000 per i codici gialli, 129/1.000 per i codici bianchi, e 182/1.000 per i codici verdi che rappresentano la maggior parte dei pazienti che si presentano in PS.



Risulta inoltre evidente che, rispetto a quanto registrato nell'intera ATS, gli ambiti distrettuali del lecchese presentano un più basso tasso di accesso per i codici a bassa intensità clinica (bianchi e verdi). Nello specifico, l'ambito distrettuale di Bellano si caratterizza per uno scostamento più marcato rispetto agli andamenti negli altri ambiti della ATS, risultato in parte spiegabile con la logistica del territorio che non presenta PS insistenti nell'ambito distrettuale scoraggiando l'uso del PS in condizioni cliniche che possano trovare risposte in altri setting assistenziali (cure primarie, continuità assistenziale, etc). Analizzando in dettaglio i dati disponibili risulta che i pazienti assistiti da medici di medicina generale in gruppo (38% dei MMG in ATS) nel 2016 hanno avuto una probabilità inferiore di accedere al pronto soccorso rispetto agli assistiti di MMG singoli o in rete: la riduzione è particolarmente marcata quando si considerano gli accessi con codice bianco.

E' anche da rilevare la tipologia di attività che viene svolta in Pronto Soccorso (tabella seguente), attività che per il 56% dei codici bianchi ed il 28% dei codici verdi si esaurisce nella effettuazione di una sola visita medica.

Prestazioni eseguite per codice triage (ATS Brianza, gennaio – novembre 2016)

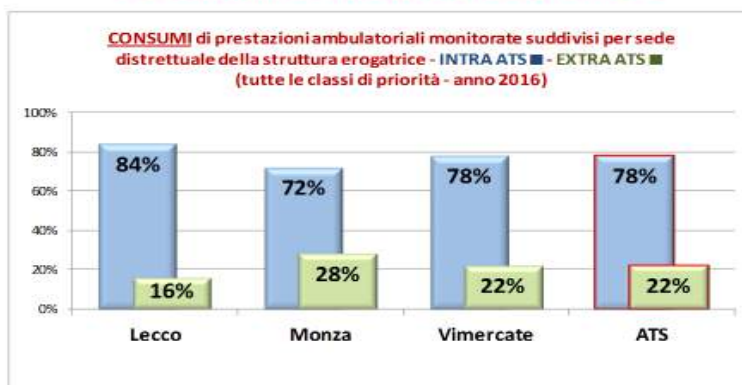
Il 56% dei codici bianchi (ed il 27,9% dei codici verdi) prevedono l'effettuazione della sola visita medica.

	B	V	G	R
Solo Visita	32988 (56,42%)	62560 (27,9%)	4799 (8,15%)	431 (6,51%)
Visita e LAB	2729 (4,67%)	14609 (6,52%)	3885 (6,6%)	283 (4,28%)
Visita e RX (escluso TC e RM)	7872 (13,46%)	34497 (15,38%)	1894 (3,22%)	18 (0,27%)
Visita e LAB e RX (escluso TC e RM)	1402 (2,4%)	9433 (4,21%)	4521 (7,68%)	484 (7,32%)
Altre combinazioni	13.473 (23,04%)	103.136 (45,99%)	43.768 (74,35%)	5.400 (81,62%)
TOT	58.464 (100%)	224.235 (100%)	58.867 (100%)	6.616 (100%)

LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Parte dei bisogni sanitari a più bassa complessità sono soddisfatti dalle attività di specialistica ambulatoriale offerte ai residenti della ATS Brianza sia da strutture insistenti nel territorio sia da strutture esterne all'ATS stessa. Rispetto a quanto osservato per i ricoveri, nel complesso si registra una minore propensione complessiva alla fuga, che si attesta a circa il 22% del totale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale consumate dai residenti: tale livello medio mostra tuttavia delle differenze nei tre distretti. Nello specifico, vi è una più ridotta propensione a ricorrere a strutture extra ATS da parte dei residenti lecchesi (16%) rispetto a quanto osservato nei residenti nel distretto di Vimercate (22%) o di Monza (28%). Vari determinanti (logistici, geografici, di offerta, etc) possono contribuire a spiegare, almeno in parte, le differenze osservate tra i vari distretti.

CONSUMI PRESTAZIONI AMBULATORIALI



Riporta la percentuale delle prestazioni erogate intra/extra ATS a favore dei residenti nei 3 distretti ATS. In questo caso riguarda tutte le classi di priorità monitorate per i tempi d'attesa

I tempi di attesa

La figura riporta, con riferimento all'intera ATS ed ai dati dell'anno 2016, le percentuali di rispetto dei valori soglia per classe di priorità dell'insieme delle prestazioni ambulatoriali monitorate. Si passa, progressivamente riguardo al valore di priorità, da un minimo del 74% di rispetto della soglia per le prestazioni di classe U (da erogarsi entro 72 ore) ad un massimo del 97% per le prestazioni di classe P (da erogare entro 180 giorni).

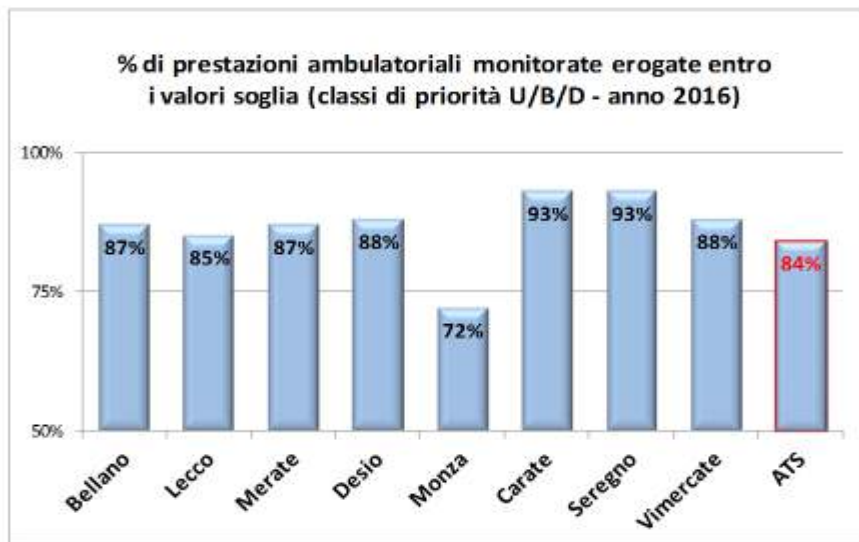
TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI.1



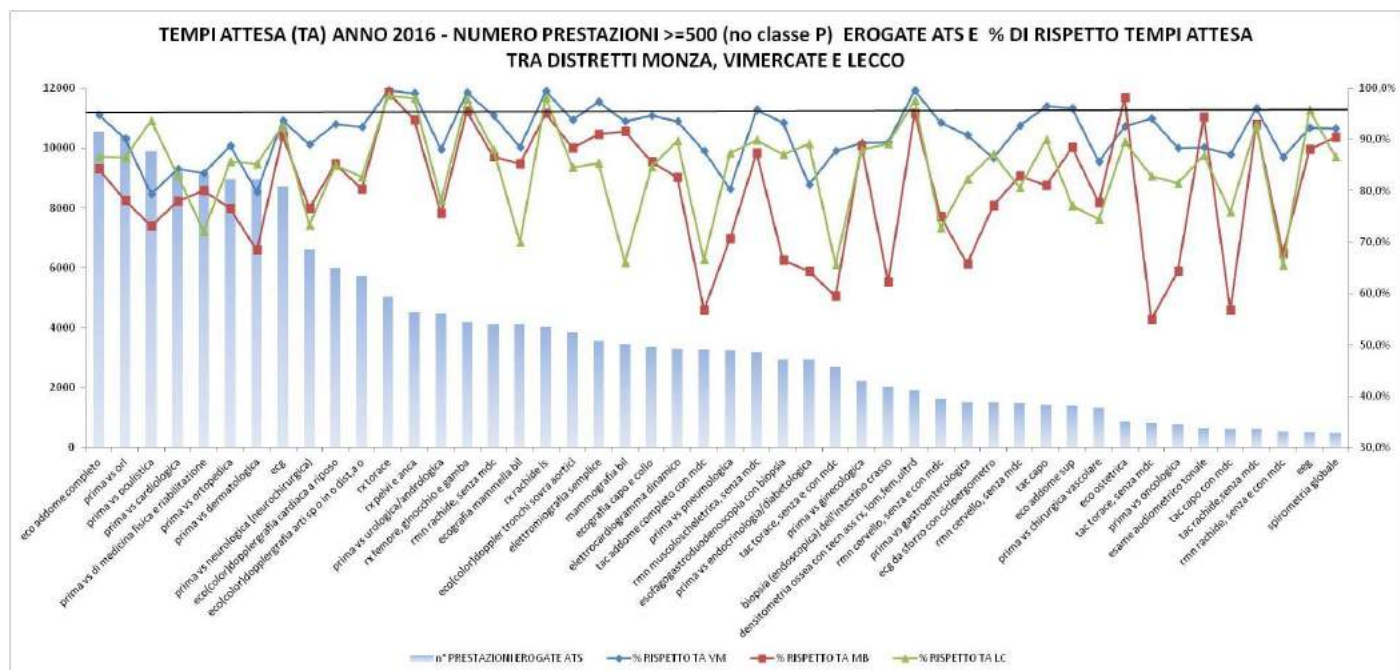
Percentuali di rispetto dei valori soglia per classe di priorità

U= entro 72 ore B=entro 10 giorni;
D=entro 30/60 giorni P=entro 180 giorni

Considerando in maniera accorpata le tre classi a maggiore priorità (U, B, D: figura successiva) si osserva che il valore di rispetto della soglia complessivo per l'intera ATS e l'intero insieme delle prestazioni monitorate (84%) varia negli 8 ambiti territoriali, con un deficit particolare nell'ambito di Monza.



La minore adesione del territorio monzese al rispetto dei valori soglia per i tempi di attesa, sempre per le tre classi a maggiore priorità (U, B, D), si conferma nella analisi per distretto, ma rivela anche che tale minore adesione non riguarda indistintamente tutte le prestazioni monitorate.



RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI PER ANZIANI (RSA) E CENTRI DIURNI INTEGRATI (CDI)

Tipologia di Unità d'Offerta	Popolazione target	Posti a contratto		
		Monza	Vimercate	Lecco
CDI Centro Diurno Integrato per Anziani 30 strutture (7 Lecco, 11 Monza, 12 Vimercate)	AREA ANZIANI	304	240	145
RSA Residenza Sanitaria Assistenziale per Anziani (ETA' 65 ANNI E OLTRE) 65 strutture (27 Lecco, 15 Monza, 23 Vimercate)		1.481	1.752	2.012

Residenze sanitarie assistenziali per anziani (RSA)

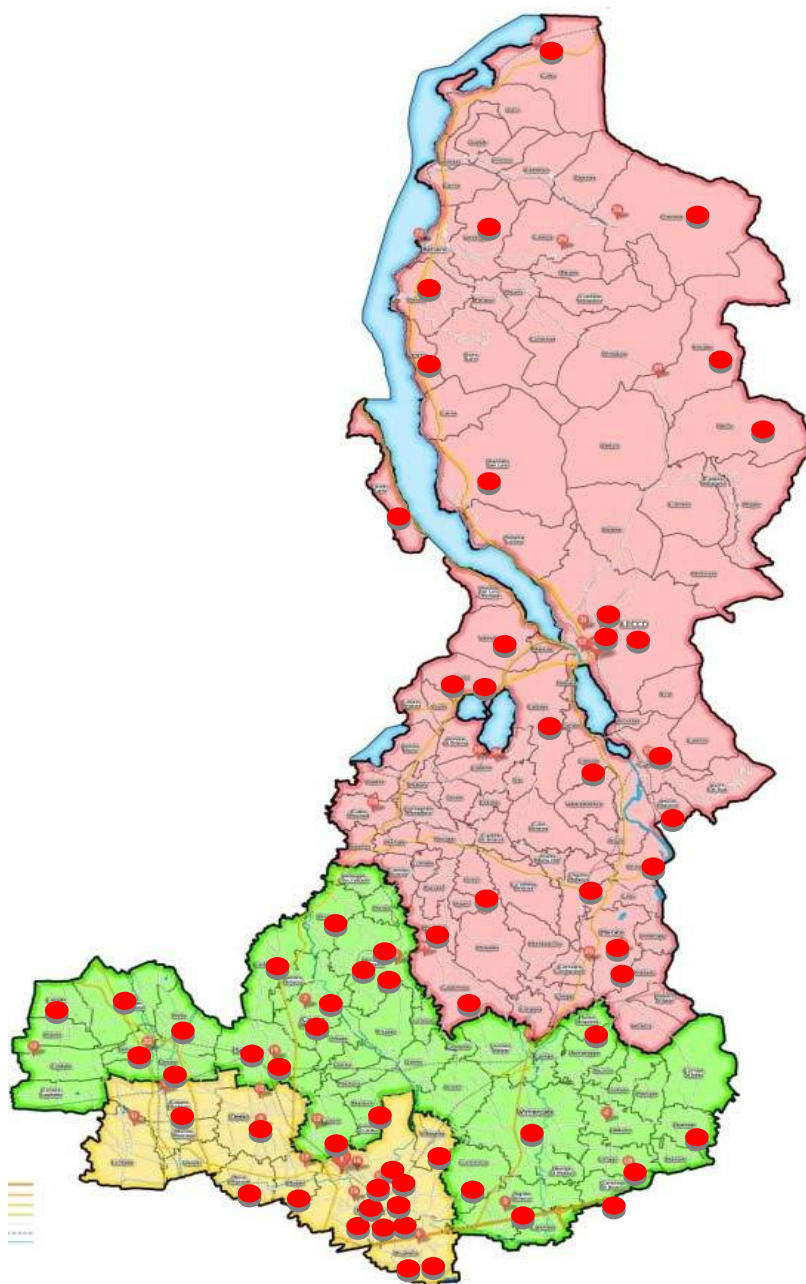
Al 31.12.2016 sul territorio dell'ATS erano presenti 65 RSA (figura) con una disponibilità complessiva di 5.734 posti letto autorizzati, di cui 5.413 accreditati e 5.285 a contratto (inclusi i pl per post acuti).

Per quanto riguarda la collocazione delle strutture nei tre distretti, il **distretto di Lecco** dispone di 27 RSA (2.229 posti autorizzati, 2.114 accreditati e .2012 a contratto). Nel **Distretto di Monza** le RSA sono 15 (1.547 posti autorizzati e accreditati, di cui 1.481 a contratto e 40 pl per post acuti); e nel **Distretto di Vimercate** sono presenti 23 RSA (1.958 posti autorizzati, 1.752 a contratto)

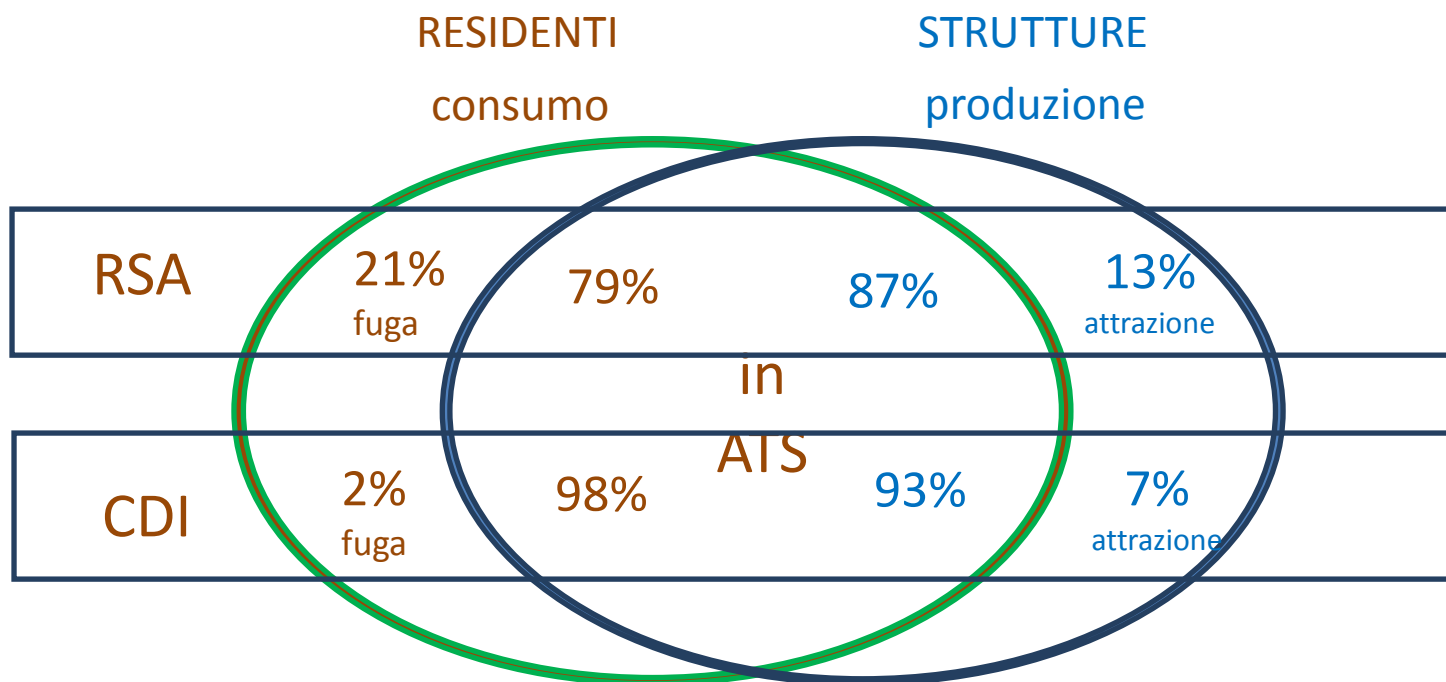
Le liste di attesa costituiscono uno degli aspetti peculiari di queste strutture. Le RSA del territorio dell'ATS della Brianza registrano una lista di attesa composta da 6.643 domande presentate da 3.988 persone che per l'80% (n 3.197) sono residenti nel territorio dell'ATS stessa.

La presenza di un numero di domande maggiore rispetto alle persone dipende dal fatto che in molte occasioni gli utenti hanno presentato più di una richiesta (nel 57% dei casi vi è più di una domanda).

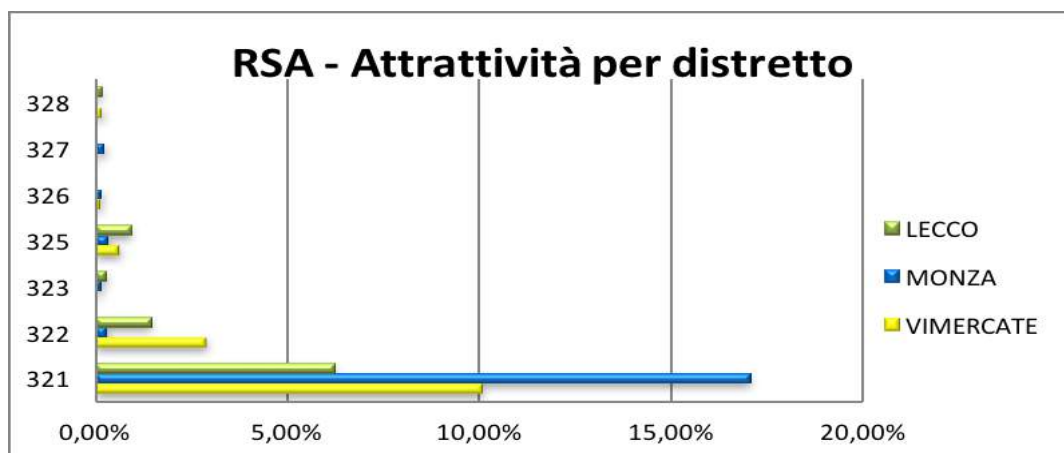
I territori comunali che registrano il maggior numero di cittadini che hanno fatto domanda sono: Monza (518 persone), Vimercate (293 persone), Seregno (125 persone) e Desio (103 persone).



In termini economici la produzione (ovvero la valorizzazione economica delle prestazioni) delle RSA a favore dei cittadini residenti in ATS si attesta al 87% del valore totale prodotto, mentre per i cittadini provenienti da altre ATS lombarde risulta essere pari al 13% del totale della valorizzazione. Di questo 13%, il 10% è rappresentato da residenti della ATS Metropolitana che è in posizione limitrofa alla ATS Brianza (in particolare il territorio del distretto di Monza, le cui rette medie sono inferiori rispetto a Milano e per tali motivi risulta attrattivo). La figura che segue descrive le caratteristiche della mobilità (attrattività e fuga) delle strutture e dei cittadini della ATS Brianza. La fuga di soggetti anziani verso strutture ubicate al di fuori della ATS si attesta attorno al 21%, valore certamente influenzato (tra altro) sia dalle caratteristiche delle liste di attesa che dal valore economico delle rette.

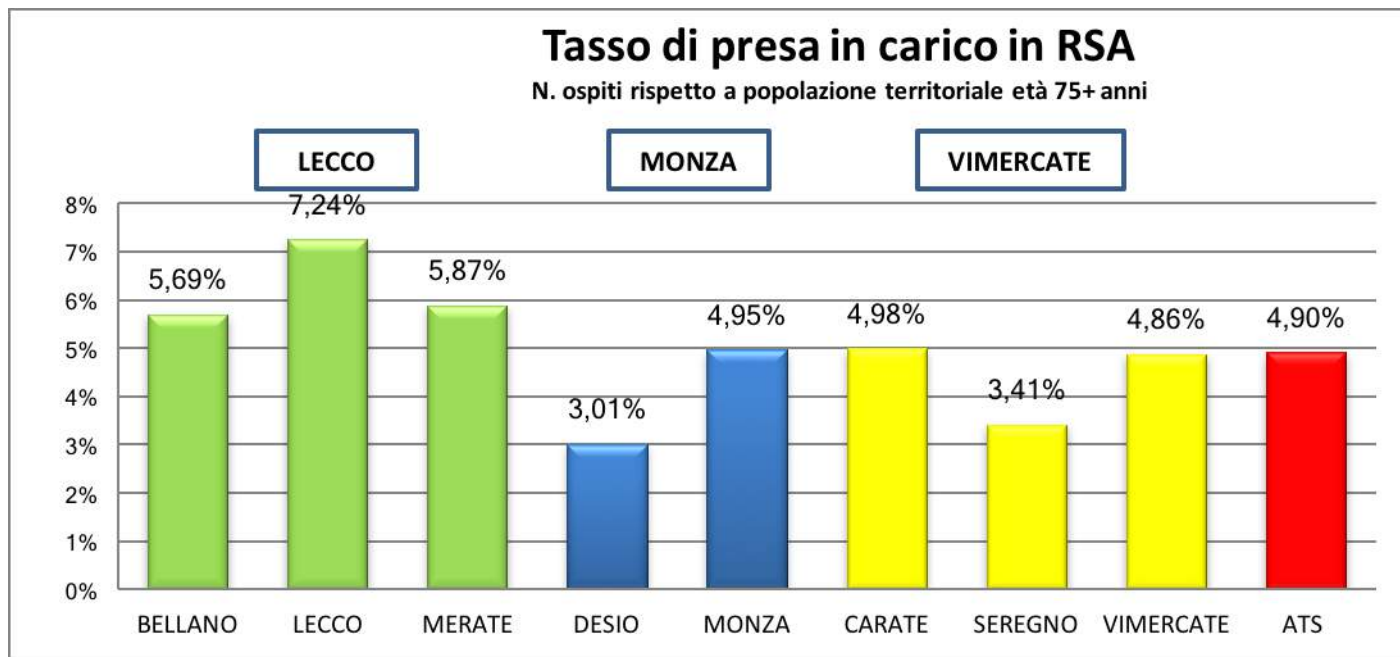


La figura che segue descrive, anche per ubicazione delle strutture, l'attrattività dei distretti della ATS Brianza rispetto ai cittadini delle altre ATS: le strutture del distretto di Monza attirano in maniera importante residenti dell'ATS 321 (città Metropolitana), che comunque accedono anche alle strutture degli altri due distretti. L'ATS 322 (Insubria) vede una fuga soprattutto verso strutture di Lecco e Vimercate.



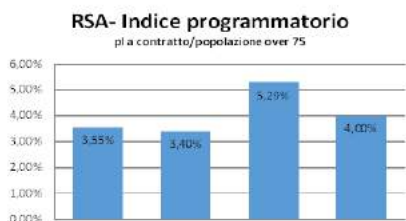
Il tasso di presa in carico in RSA (figura seguente) risulta superiore alla media della ATS in tutti gli ambiti del distretto di Lecco, mentre il valore più basso si riscontra nell'ambito distrettuale di Desio.

Indicatori Area Anziani: RSA

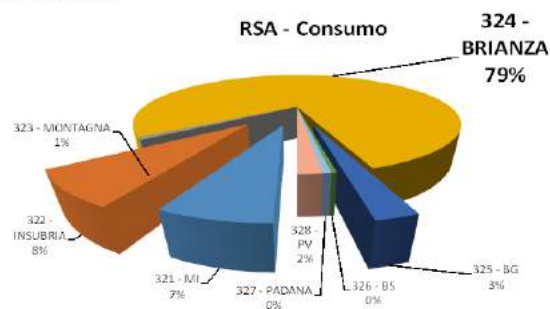
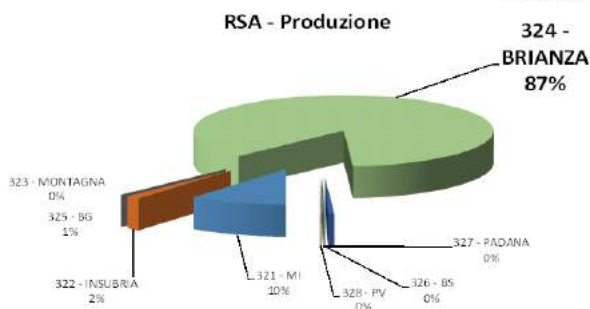


Tale indicatore, se messo in relazione con l'indice di offerta (figura successiva), mostra che gli ambiti con maggiore offerta di posti letto (Lecco e Merate) determinano anche un maggior numero di ospiti presi in carico rispetto alla popolazione di riferimento.

Indicatori Area Anziani: RSA



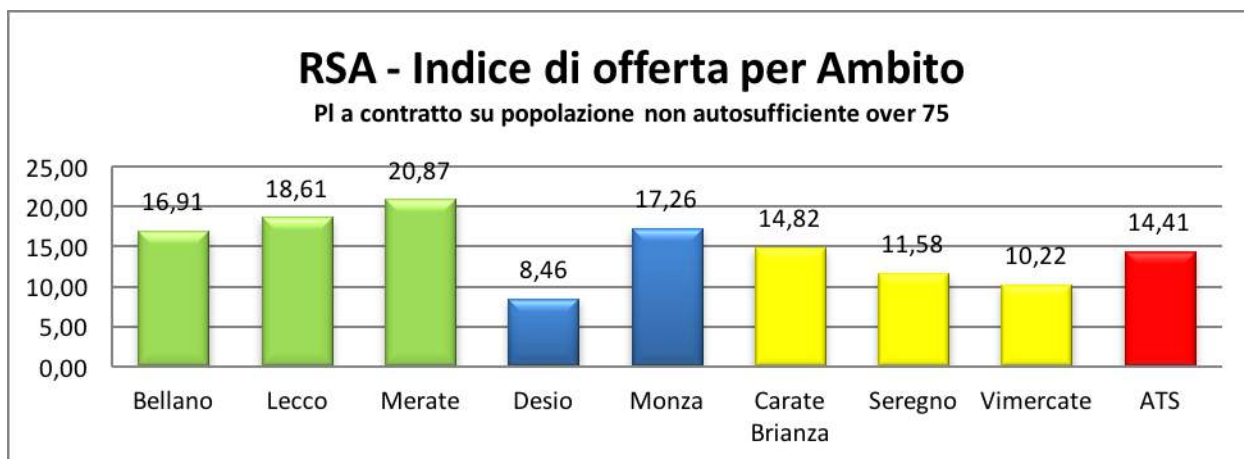
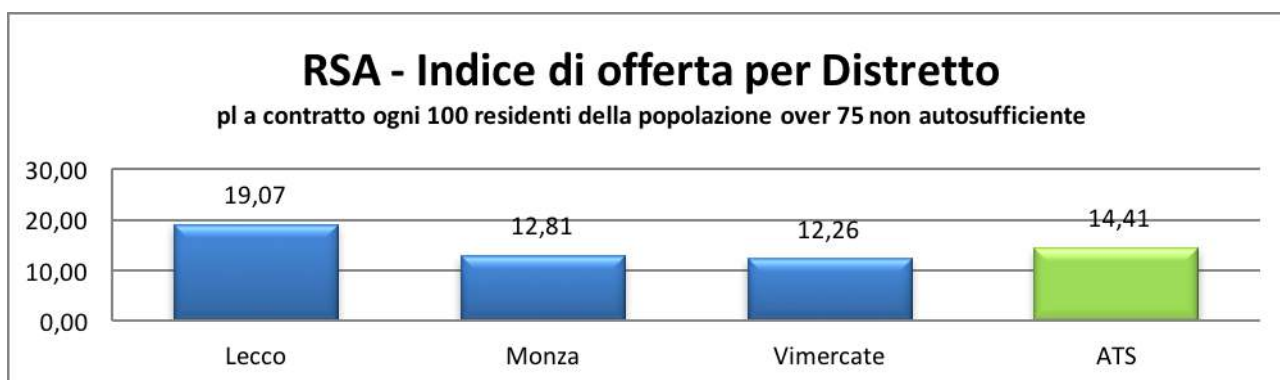
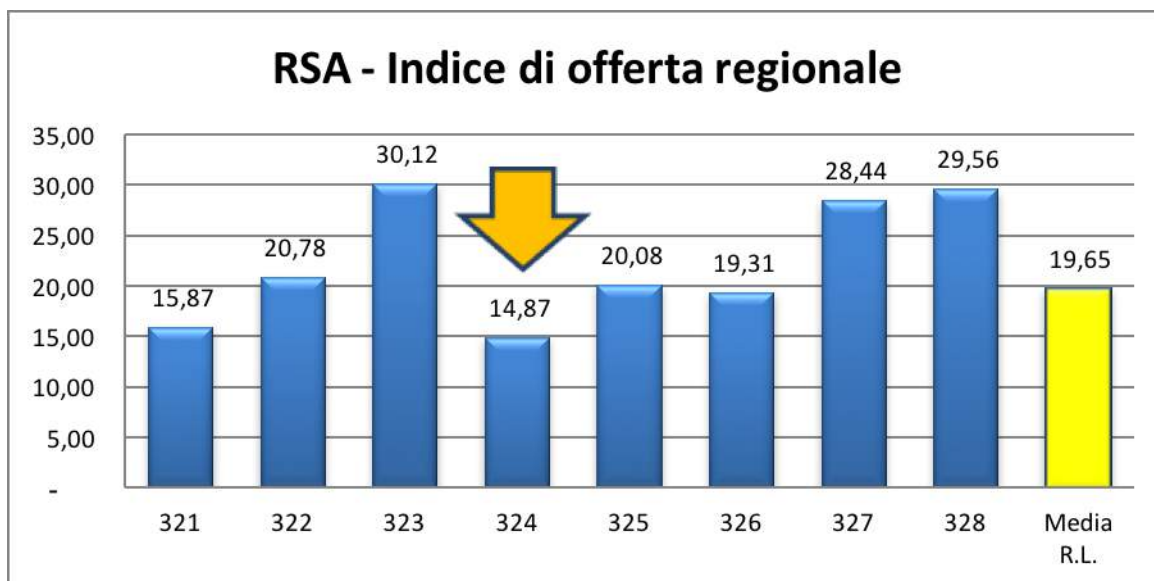
La saturazione delle strutture è in tutta l'ATS vicina a 100%.
 La disponibilità di accoglienza è storicamente più alta nel distretto di Lecco.



Come largamente atteso, la saturazione delle strutture di RSA è vicina al 100% in tutti i territori della ATS Brianza.

Indicazioni interessanti per la programmazione territoriale emergono dal confronto degli indicatori di offerta di tutte le singole ATS lombarde (figura successiva): il territorio della ATS Brianza presenta il valore più basso della regione, largamente inferiore alla media regionale. Passando all'esame dei distretti, l'indice di Lecco si avvicina al valore re-

gionale, con i distretti di Monza e Vimercate che risultano quindi in grande sofferenza; mentre a livello di ambito è il territorio di Desio che risulta particolarmente scoperto.



A fine 2015 Regione Lombardia, a fronte della situazione territoriale come sopra rappresentata, ha autorizzato la contrattualizzazione di 105 posti in RSA per la ex-ASL di Monza (delibera ASL 657 del 29/10/2015). Ciò nonostante, il perdurante deficit di offerta della ATS emerge ulteriormente dal confronto temporale che segue, riferito al solo territorio della ex-ASL di Monza interessata dall'incremento dei posti letto:

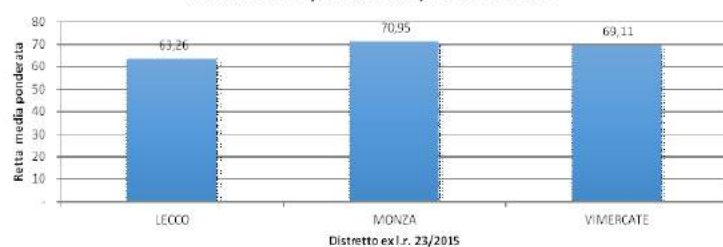
Anno	popolazione >= 75 a.	p.l. a contratto	offerta territoriale
2016	93.176	3.233	3,5%
2013	81.119	3.128	3,9%
Variazione %	+15%	+3,4%	-0,4%

Come si può osservare, l'incremento dei 105 pl osservato tra il 2013 ed il 2016 è stato del tutto insufficiente a risolvere la percentuale di offerta, e ciò anche per via del corrispondente aumento del numero di anziani al punto che, paradossalmente, l'indice di offerta è diminuito.

Analisi delle rette – RSA (pl a contratto)

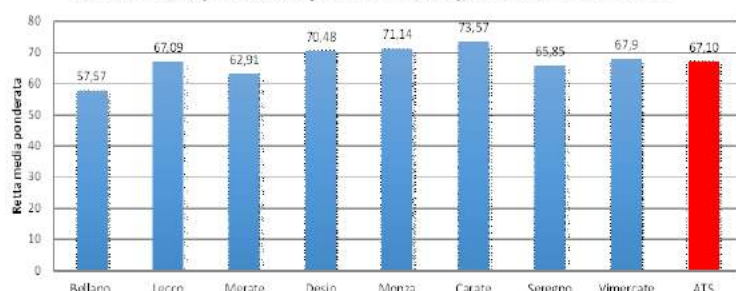
quote a carico dell'ospite

Retta media ponderata pl a contratto



A livello di ambiti distrettuali, Lecco presenta valori medi di retta giornaliera mediamente decisamente inferiori rispetto a Monza e Vimercate: questo fattore può influenzare la scelta di ricoverare in strutture di questo distretto.

Retta media ponderata per numero di posti letto a contratto



L'ambito distrettuale di Bellano è significativamente sotto la media ATS. L'ambito con la retta media più alta è Carate.

La differenza tra la retta minima e la massima è pari a €16. Tale differenza comporta un onere a carico dell'ospite di circa il 28% in più della retta corrisposta.

Osservando i dati regionali di retta media, minima e massima, l'ATS della Brianza si posiziona in alto rispetto alle medie minime, registrando una elevata retta minima, mentre si colloca centralmente tra le rette massime.

Rette medie minime e massime 2016

Codice ATS	ATS	Minima	Massima
321	Metropolitana	55,23	101,41
322	Insubria	64,96	75,18
323	Montagna	44,65	53,00
324	Brianza	61,64	76,92
325	Bergamo	54,78	63,15
326	Brescia	50,47	56,27
327	Valpadana	52,91	57,12
328	Pavia	54,48	60,19

Fonte: <http://www.fnplombardia.cisl.it/wp-content/uploads/2017/02/Informa-1-2017.pdf>

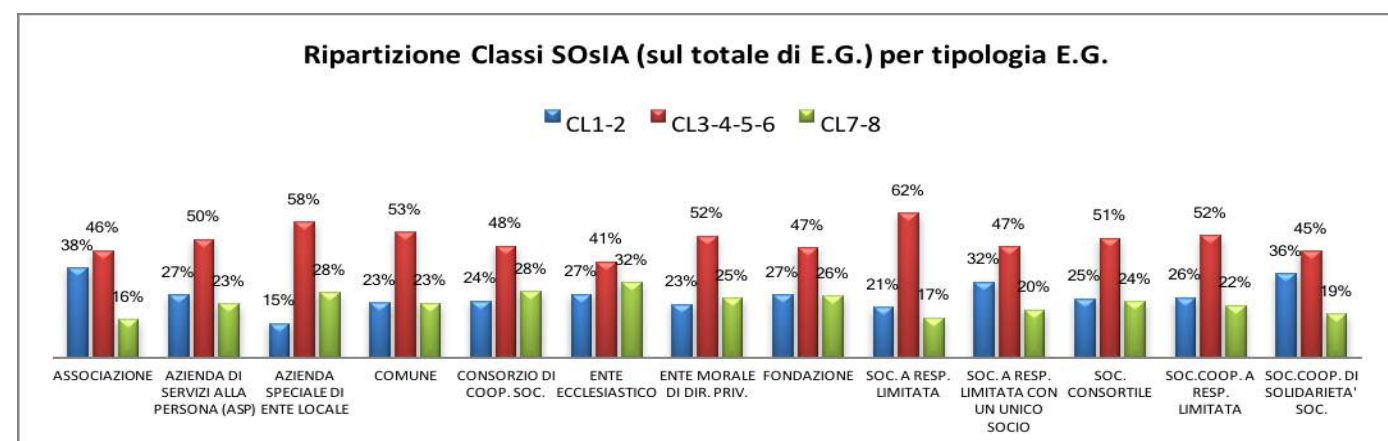
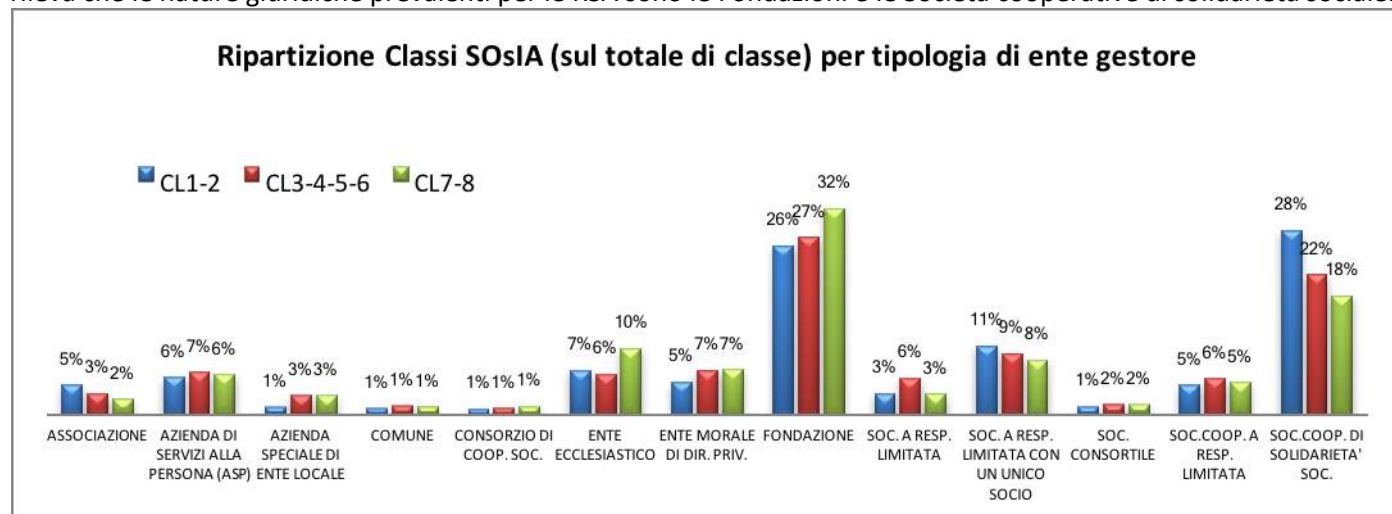
Dai dati elaborati attraverso le schede struttura dell'anno 2016 (riferite ai dati 2015) si rileva che la compartecipazione degli ospiti alla retta costituisce nelle RSA per l'area della ex ASL Monza il 87% mentre per l'area ex ASL Lecco il 91%. L'intervento dei Comuni si attese su una percentuale del 2% (Lecco) o 3% (Monza) rispetto al totale dei ricavi.

Composizione RICAVI RSA 2015

	% rette ospiti	% rette aggiuntive	% rette comuni	% rette altri enti pubblici	% rette altri enti privati	% rette solventi	Totale
ex ASL Monza	88%	1%	3%	0%	0%	8%	100%
ex ASL Lecco	91%	0%	2%	0%	0%	6%	100%

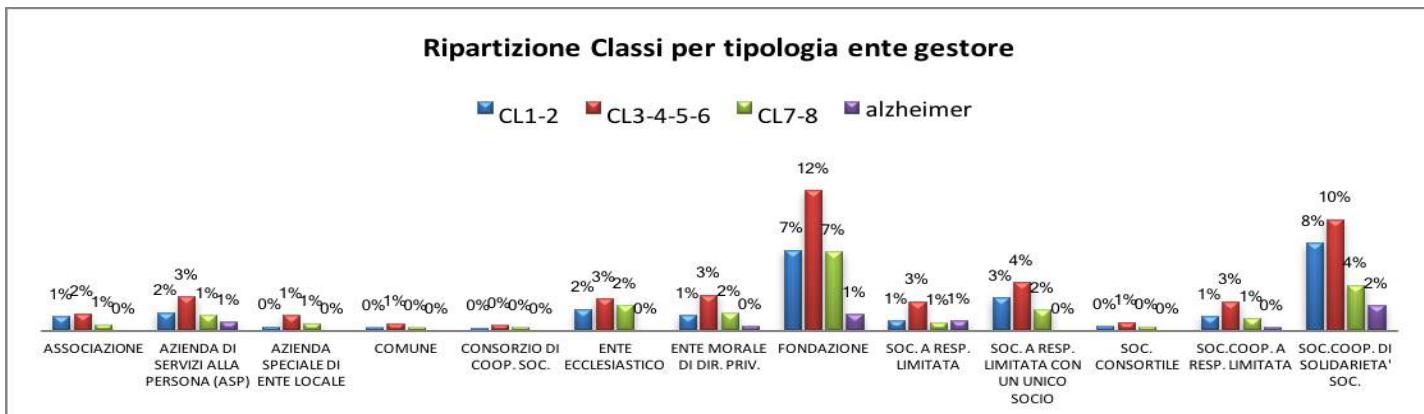
La quota del 8% delle rette solventi nell'area della ex ASL Monza è fortemente influenzata dalla presenza della RSA Villa Reale, che ha contrattualizzato 85 pl a novembre 2015: nel 2016 è attesa una forte riduzione di questo valore.

La distribuzione delle classi SOsIA secondo la natura giuridica dell'ente gestore è riportata nella figura che segue. Si rileva che le nature giuridiche prevalenti per le RSA sono le Fondazioni e le Società cooperative di solidarietà sociale.

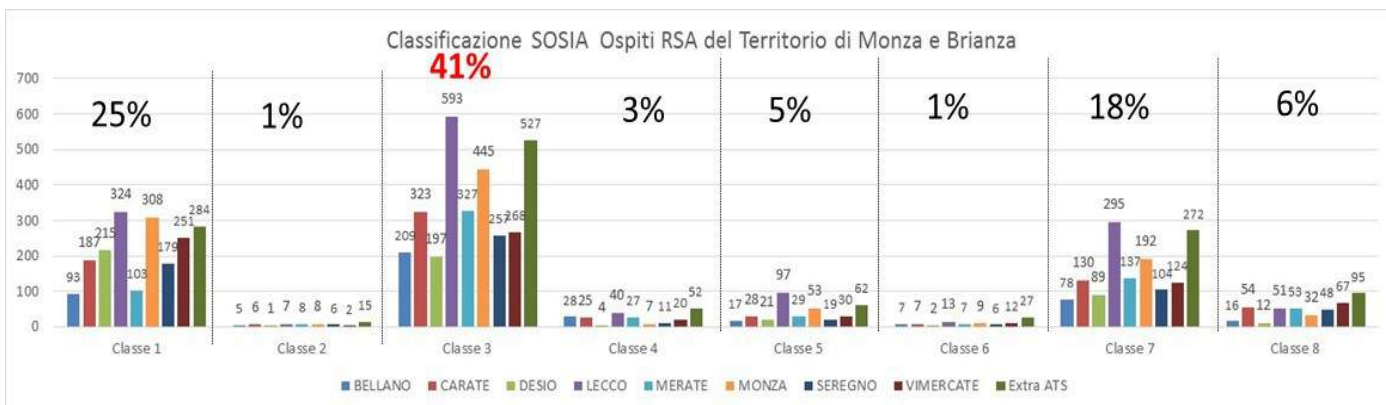
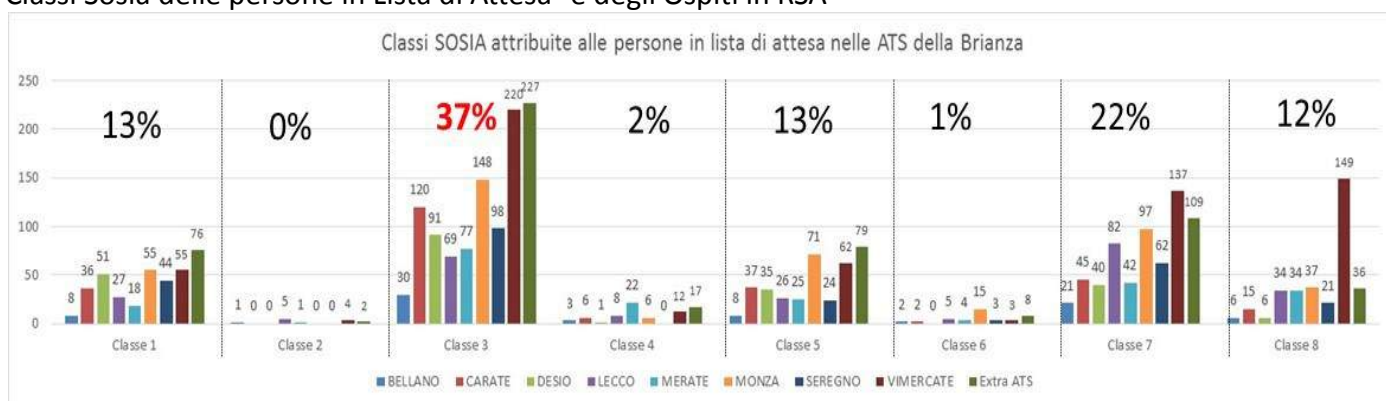


La figura indica anche che gli enti ecclesiastici tendono ad ospitare persone meno fragili (classi 7-8: 32%) mentre le associazioni e le società cooperative hanno al loro interno ospiti maggiormente complessi (classi 1-2: 38% e 36%). Anche i tre distretti presentano differenze: quanto indicato per le classi meno fragili si riferisce particolarmente ai Distretti di Monza e Vimercate, mentre per Lecco esse sono in carico a Consorzio di cooperative e Azienda di Ente Locale.

Analizzando la distribuzione delle classi Alzheimer, si conferma che la natura giuridica prevalente di enti gestori è rappresentata da Fondazioni e Società cooperative di solidarietà sociale.



Classi Sosia delle persone in Lista di Attesa¹ e degli Ospiti in RSA



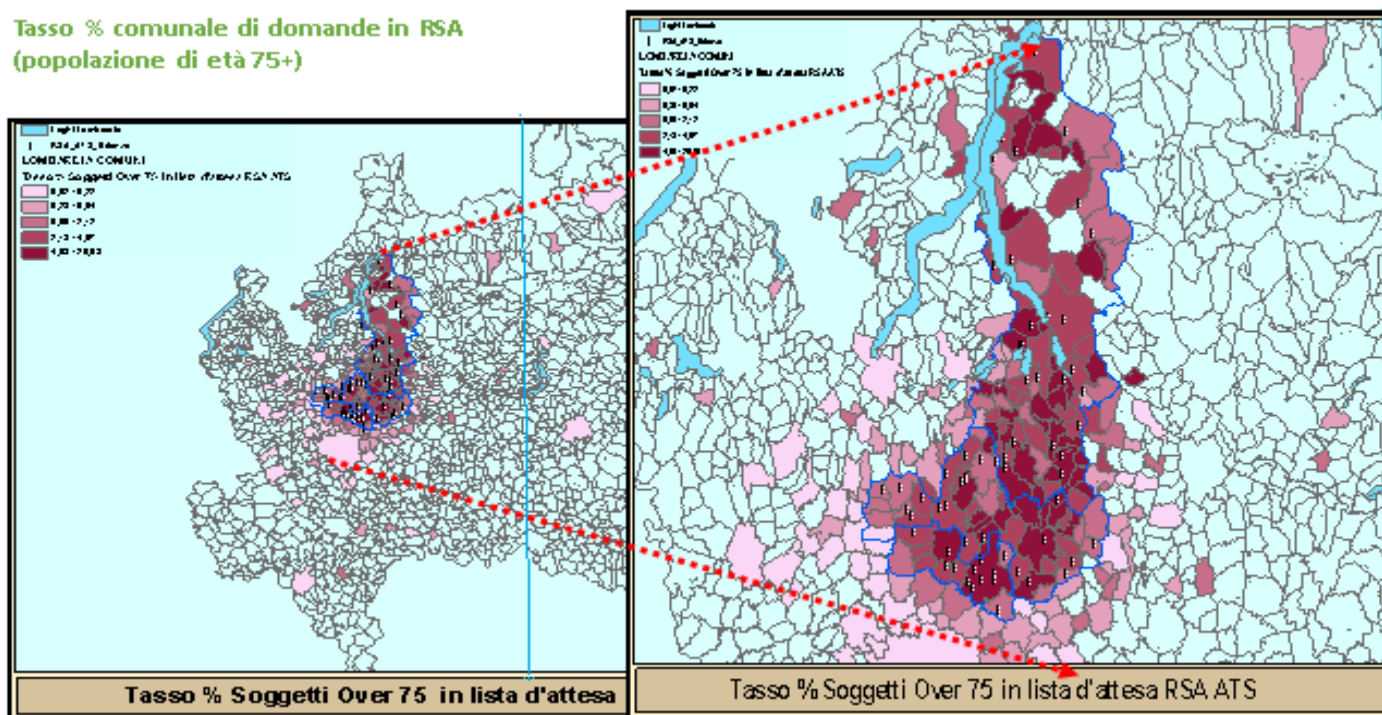
L'osservazione dei grafici indica che **le classificazioni SOSIA delle persone in lista di attesa sono solo in parte sovrapponibili a quelle degli ospiti presenti nelle RSA**. In entrambi i casi la categoria con maggior frequenza di persone corrisponde alla Classe di fragilità 3 SOSIA (37% persone in liste di attesa vs 41% ospiti in RSA), ma discrepanze rilevanti si riscontrano nelle Classi 1, 5, e 8. Considerando le classi più leggere si osserva una maggiore frequenza di persone in lista d'attesa rispetto alle persone ricoverate. La maggiore frequenza di casi più complessi tra i soggetti ricoverati suggerisce che, benché la scelta di residenzialità sia dettata da esigenze plurime (economiche: valore della retta; legate alla rete sociale/familiare di riferimento: mancata disponibilità di familiari ad assumersi un ruolo di care giver; ...), la condizione di fragilità delle persone anziane residenti in ATS della Brianza è un elemento rilevante.

¹ - Il calcolo è stato effettuato sui dati presenti nelle schede struttura limitatamente ai residenti nel territorio dell'ATS della Brianza. Laddove la stessa persona ha presentato più di una domanda e, di conseguenza, ha ricevuto più valutazioni, si è mantenuto il valore SOSIA più recente. Sono stati esclusi dal conteggio i record contenenti informazioni non congruenti.

L'esame delle liste di attesa per l'accesso alle RSA rappresenta un elemento utile per valutare il bisogno territoriale. Al mese di Luglio 2016 le persone in lista di attesa per accedere alle RSA erano 3.988.

N° Domande presentate	Persone di 75 anni e oltre che hanno presentato domanda di accesso RSA distinte per Ambiente di residenza (valori x 1000)								
	Carate	Seregno	Vimercate	Desio	Monza	Bellano	Lecco	Merate	totale
1	17,3	17,0	32,4	12,5	17,6	10,2	9,1	16,2	17,0
2	4,4	2,9	4,5	3,0	5,2	1,9	2,5	3,1	3,6
3+	3,5	2,7	3,5	3,3	3,9	2,7	3,7	7,3	3,8
Totale	25,2	22,6	40,4	18,9	26,6	14,8	15,3	26,7	24,4

Tasso % comunale di domande in RSA (popolazione di età 75+)



L'intensità del colore indica la maggior presenza di domande di accesso alle RSA.

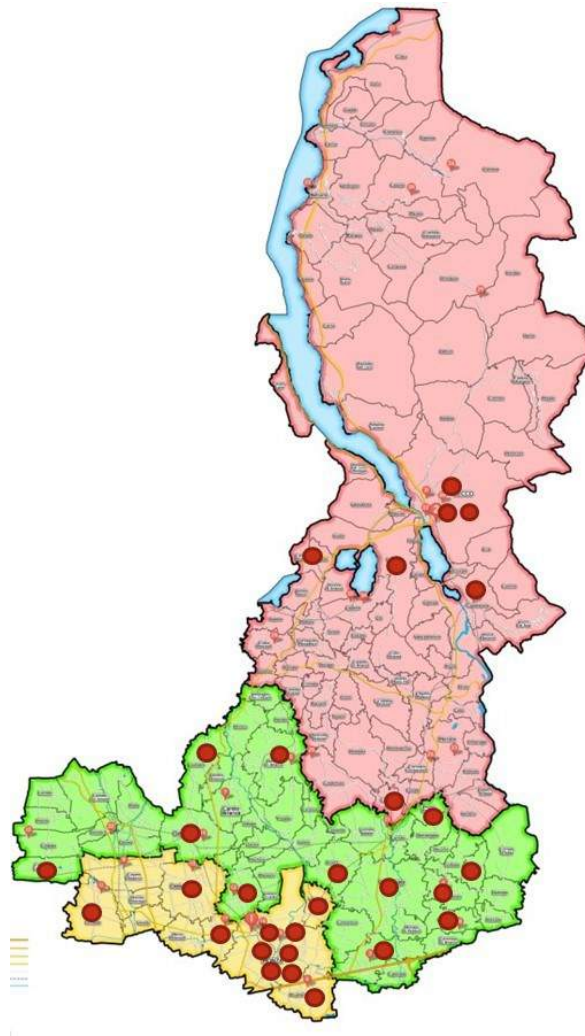
Centri Diurni Integrati (CDI)

I CDI presenti sono complessivamente 30 con 689 posti a contratto e 870 posti autorizzati.

Il Distretto di Lecco dispone di 7 strutture collocate nei Comuni di Calolziocorte, Cesana Brianza, Galbiate, Lecco, Lomagna e Olginate per 222 posti autorizzati (145 a contratto).

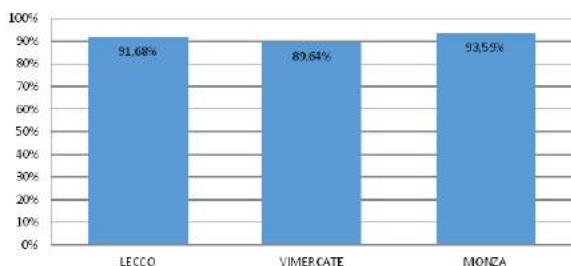
Nel Distretto di Monza i CDI sono 11, collocati a Brugherio, Desio, Limbiate, Monza, Villasanta e Muggiò, per un numero complessivo di 344 posti autorizzati (319 a contratto).

Nel Distretto di Vimercate sono presenti 12 CDI, collocati ad Agrate, Arcore, Bellusco, Besana Brianza, Ceriano Laghetto, Giussano, Lissone, Mezzago, Ornago, Ronco Briantino, Seregno, Vimercate per un numero complessivo di 304 posti autorizzati (225 a contratto).



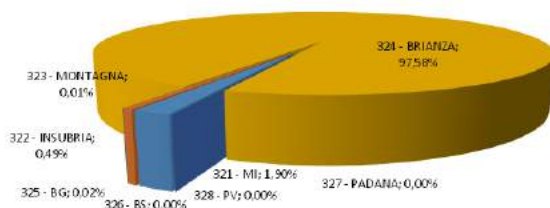
Indicatori Area Anziani: CDI

CDI - Saturazione

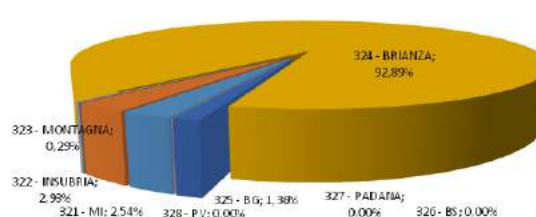


L'occupazione si attesta al 90%. Nel vimercatese il tasso di saturazione lievemente più basso rispetto alle altre aree è dovuto dalla presenza di una RSA che aderisce alla misura RSA Aperta. Attrattività e fuga sono limitate, in linea con la tipologia del servizio.

CDI - Produzione

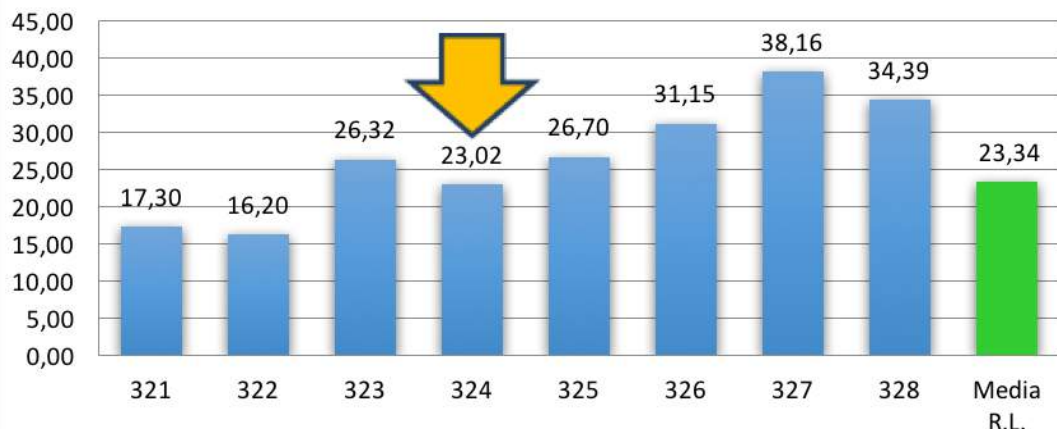


CDI - Consumo



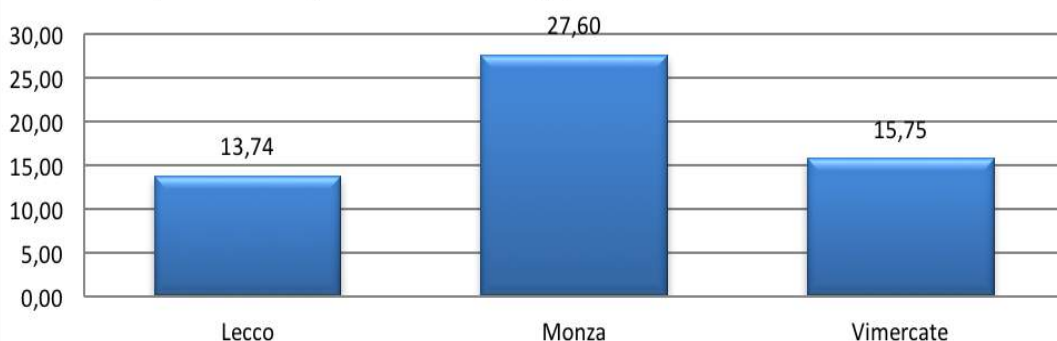
CDI - Indice di offerta regionale

pl accreditati ogni 1.000 residenti della popolazione over 75 non autosufficiente (27,74%)



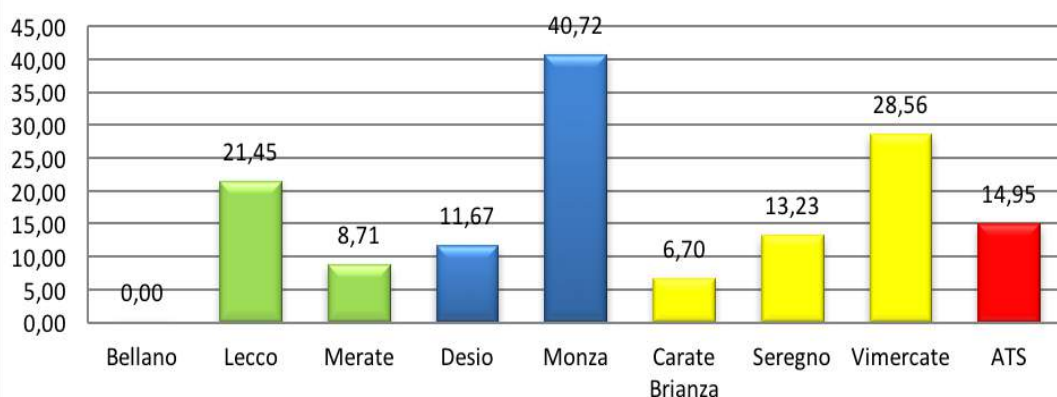
CDI - Indice di offerta per Distretto

pl a contratto ogni 1.000 residenti della popolazione over 75 non autosufficiente



CDI - Indice di offerta per ambito

pl a contratto x 1.000 su popolazione non autosufficiente over 75



ATS Brianza si colloca in linea con il valore medio regionale per quanto riguarda l'indice d'offerta calcolato sui posti accreditati (rispetto al 27,74% della numerosità di soggetti ultrasettantacinquenni: indicatore Regione Lombardia), ma è evidente l'eterogeneità della distribuzione entro i territori della ATS (assenza di strutture a Bellano; 40,72 posti a contratto x 1.000 a Monza): si osserva infatti una forte concentrazione delle UdO nel distretto di Monza.

In considerazione della tipologia del servizio risulta cruciale l'elemento di prossimità: **l'analisi per distanza dalla residenza del soggetto alla Udo evidenzia come generalmente non si superi un raggio di 10 km.**

Per quanto riguarda l'analisi delle rette, nei CDI (così come risulta dalle Schede Struttura del 2015) si rileva che a livello della ex ASL di Lecco gli ospiti pagano interamente la retta (in media 99%) con intervento comunale solo in una struttura, nell'area ex ASL Monza invece il 94% delle rette è a carico degli ospiti e il contributo

comunale si attesta complessivamente al 3% (il rimanente 3% è a carico di altri enti/soggetti).

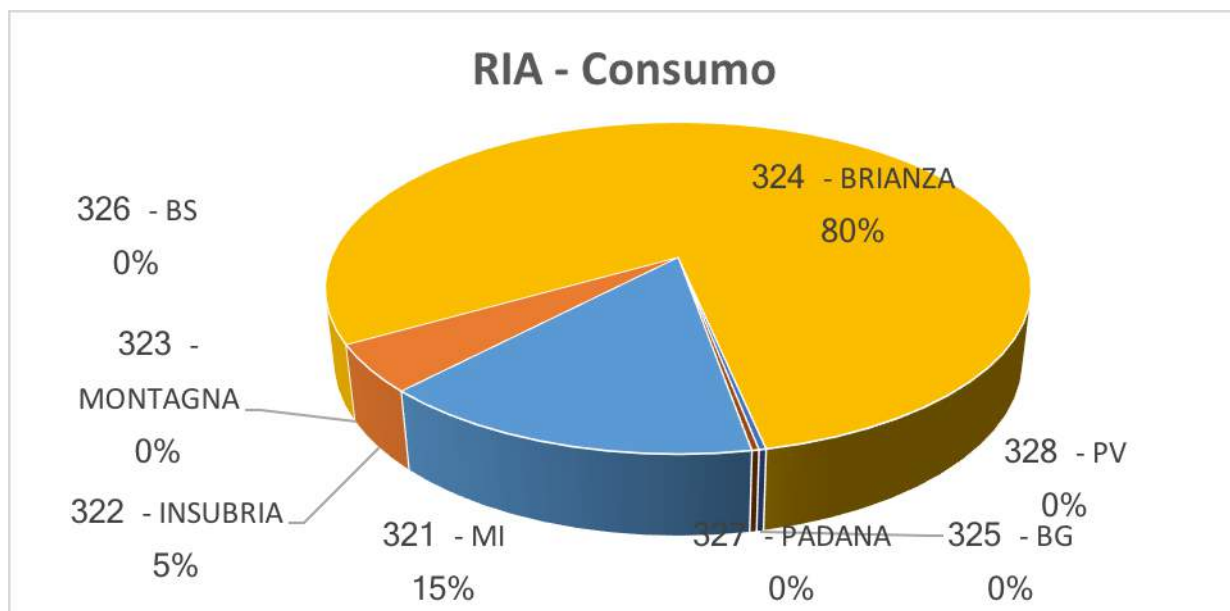
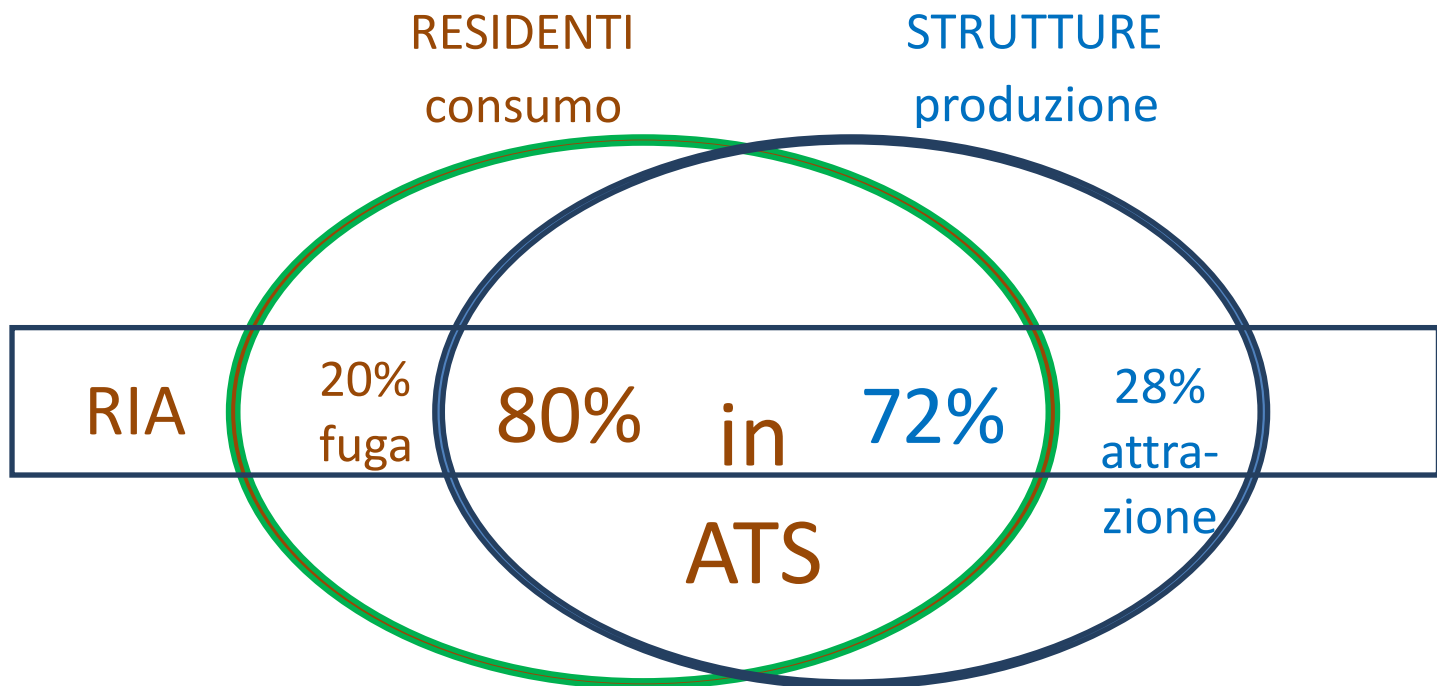
Liste di attesa per CDI

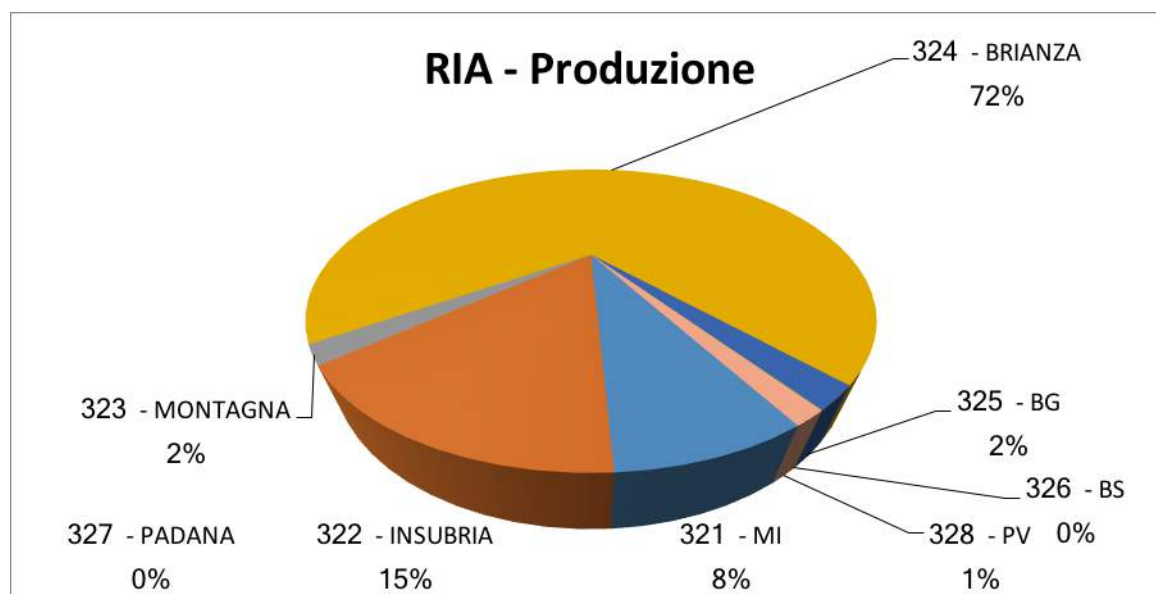
La tabella che segue riporta il numero di persone in lista di attesa per CDI in funzione sia della residenza dei pazienti che della collocazione territoriale della struttura. Si nota un valore particolarmente esiguo per le persone residenti nel distretto di Lecco, dove la minor presenza di unità di offerta e la loro concentrazione nell'area di Lecco (è noto che la maggiore accessibilità, come distanza necessaria per accedere al servizio, costituisce una variabile importante nel determinare la frequentazione di un servizio semiresidenziale) possono scoraggiare la richiesta di accesso a tale tipologia di servizio (inducendo un eventuale ricorso a situazioni residenziali: si veda in proposito il dato elevato riferito alle RSA del Distretto di Lecco).

Liste di Attesa per CDI						
(sono rappresentati solo gli ambiti territoriali in cui è presente almeno una domanda in lista di attesa)						
Residenza persone in lista di attesa	Ambiti Territoriali di collocazione delle strutture					Totale
	Desio	Lecco	Monza	Seregno	Vimercate	
Carate	0	0	26	13	0	39
Seregno	0	0	2	17	0	19
Vimercate	0	0	3	0	29	32
Distretto di Vimercate	0	0	31	30	29	90
Desio	26	0	0	4	0	30
Monza	0	0	45	1	1	47
Distretto di Monza	26	0	45	5	1	77
Lecco	0	1	0	0	0	1
Merate	0	0	0	0	1	1
Distretto di Lecco	0	1	0	0	1	2
Extra ATS	0	0	1	9	0	10
N/D	0	0	5	0	0	5
Totale	26	1	82	44	31	184

LA RIABILITAZIONE SOCIO SANITARIA

Circa il 20% delle prestazioni di riabilitazione rese a residenti della ATS Brianza è effettuato al di fuori della ATS: 15% in strutture di ATS Metropolitana e 5% di ATS Insubria. Anche la attrazione delle strutture ubicate nella ATS Brianza è però molto elevata (28%), con cittadini che provengono prevalentemente dalle ATS Insubria (14,6%) e Metropolitana (7,5%).





L'analisi delle liste di attesa degli IDR, distinta per età, permette di evidenziare come le liste di attesa dell'AIAS di Monza e della Nostra Famiglia di Carate siano pressoché esclusivamente costituite da persone in età scolare mentre la lista di attesa dell'Istituto "La Nostra Famiglia" di Mandello al Lario e di Perledo è costituita da popolazione adulta/anziana. L'Associazione "La Nostra Famiglia" di Bosisio Parini accoglie utenza di tutte le età.

Classi di età	Classi di età					Totale
	00-14	15-29	30-44	45-59	60+	
CENTRO RONZONI VILLA- DON GNOCCHI	4	0	0	0	0	4
AIAS CITTA' DI MONZA	139	2	0	0	0	141
LA NOSTRA FAMIGLIA - CARATE	84	2	2	1	3	92
ASSOCIAZIONE LA NOSTRA FAMIGLIA – SEDE di BOSISIO PARINI e di LECCO	321	43	39	64	127	594
SERVIZIO DI RIAB.NE DELLA BRIANZA FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI	76	15	20	40	305	456
IST.LA NS.FAMIGLIA-MAND.LARIO	6	4	3	8	31	52
IST.LA SACRA FAMIGLIA-PERLEDO	4	1	4	9	46	64
Totale	634	67	68	122	512	1403

Proporzioni sul totale della casistica

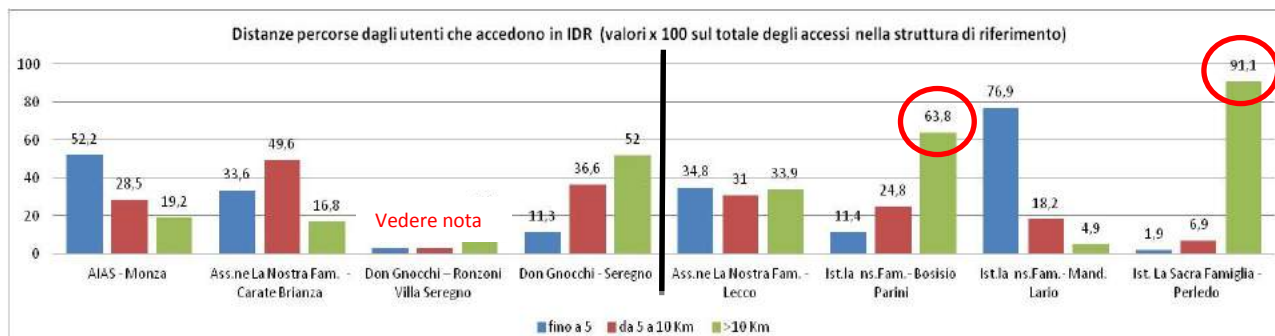
CENTRO RONZONI VILLA- DON GNOCCHI	100%	0%	0%	0%	0%	100%
AIAS CITTA' DI MONZA	99%	1%	0%	0%	0%	100%
LA NOSTRA FAMIGLIA - CARATE	91%	2%	2%	1%	3%	100%
ASSOCIAZIONE LA NOSTRA FAMIGLIA - SEDE di BOSISIO PARINI e di LECCO	54%	7%	7%	11%	21%	100%
SERVIZIO DI RIAB.NE DELLA BRIANZA FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI	17%	3%	4%	9%	67%	100%
IST.LA NS.FAMIGLIA-MAND.LARIO	12%	8%	6%	15%	60%	100%
IST.LA SACRA FAMIGLIA-PERLEDO	6%	2%	6%	14%	72%	100%
Totale	45%	5%	5%	9%	36%	100%

L'analisi congiunta dei dati relativi alle liste di attesa con quelli che descrivono le distanze percorse dalle persone che accedono alle strutture di riabilitazione permette di osservare come:

- La Nostra Famiglia di Bosisio Parini presenta forti elementi attrattivi: da una parte, nel 63,8% dei casi le persone che accedono alla struttura percorrono più di 10 Km, dall'altra la struttura accoglie sia utenti che provengono dal territorio dell'area di Monza e Brianza (che gode comunque di una buona copertura di servizi analoghi) sia utenti esterni al territorio dell'ATS (ben 117 persone, su 190 in lista di attesa, provengono dal di fuori della ATS);

- l'Istituto la Sacra Famiglia di Perledo, privilegiata da coloro che mostrano problematiche legate alle dorsopatie e ai tessuti molli soprattutto in età avanzata, raccoglie utenti che in larga percentuale (91% della produzione) compie un tragitto superiore ai 10 Km per accedere al servizio;
- vi è un elevato numero di persone residenti nel territorio di Lecco in lista di attesa presso le strutture de "La Nostra Famiglia": tale dato necessita di un commento. Nel distretto di Lecco gli IDR sembrano raccogliere la maggior parte dei bisogni di cura in età evolutiva: essi rispondono al 2,8% della popolazione minorile che si rivolge ai servizi per l'età evolutiva di contro all'1% della UONPIA. La maggior presenza degli IDR nella presa in carico di tale tipologia di utenza, tuttavia, non si distribuisce in modo omogeneo tra le strutture del territorio ma vede interessate per lo più le strutture de "La Nostra Famiglia", in particolare quelle con sede a Lecco e a Bosisio Parini. In tale contesto, quindi, l'elevata lista di attesa di queste ultime due strutture riflette verosimilmente un "modello" di risposta che il territorio di Lecco ha strutturato nel tempo, forse favorito anche da una presenza maggiormente contenuta di strutture UONPIA territoriali.

Distretto di residenza delle persone in lista di attesa	UDO							Totale
	AIAS CITTA' DI MONZA	IST. LA NS.FAMIGLIA-- BOSISIO PARINI	IST. LA NS.FAMIGLIA-MAND. LARIO	IST. LA SACRA FAMIGLIA-PERLEDO	LA NS FAMIGLIA SEREGNO	SERVIZIO DI RIAB.NE DON CARLO GNOCCHI ONLUS	CENTRO RONZONI VILLA-DON GNOCCHI	
CARATE	37	21	0	0	45	30	0	133
SEREGNO	5	16	0	0	20	233	0	274
VIMERCATE	11	5	0	0	5	105	0	126
Distretto di Vimercate	53	42	0	0	70	368	0	533
DESIO	7	7	0	0	8	38	0	60
MONZA	54	1	0	0	0	10	0	65
Distretto di Monza	61	8	0	0	8	48	0	125
BELLANO	0	35	50	59	0	1	0	145
LECCO	0	348	1	2	1	2	1	355
MERATE	2	44	0	1	5	3	0	55
Distretto di Lecco	2	427	51	62	6	6	1	555
EXTRA ATS	25	117	1	2	8	34	3	190
Totale	141	594	52	64	92	456	4	1403

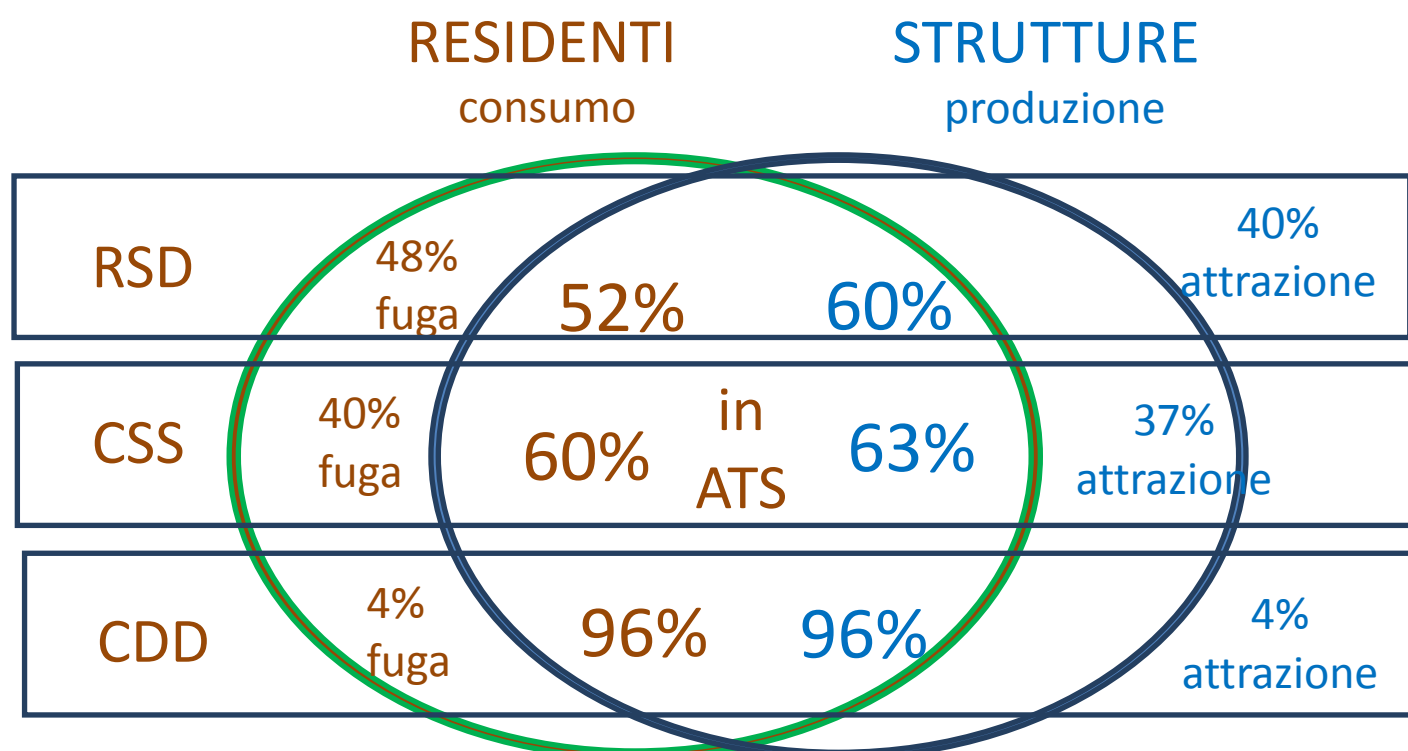


NOTA: il dato relativo alle distanze percorse dagli utenti che accedono al Centro Ronzoni di Seregno non può essere calcolato in quanto le informazioni relative alla residenza delle persone non sono disponibili

LA DISABILITA'**Residenze Sanitarie per Disabili (RSD), Comunità Socio Sanitarie (CSS) e Centri Diurni per Disabili (CDD)**

La tabella riassume per l'area della disabilità degli adulti le tipologie di Unità di Offerta presenti sul territorio della ATS, e la figura successiva ne rappresenta le principali caratteristiche in termini di mobilità degli utenti.

Tipologia di Unità d'Offerta	Popolazione target	Posti a contratto		
		Monza	Vimercate	Lecco
CDD Centro Diurno per Disabili 32 strutture (9 Lecco, 9 Monza, 14 Vimercate)	Area disabilità adulti (18-65 anni)	230	327	215
CSS Comunità SocioSanitaria per disabili 14 strutture (10 Lecco, 1 Monza, 3 Vimercate)		10	30	99
RSD Residenza Sanitaria assistenziale per Disabili 9 strutture (4 Lecco, 3 Monza, 2 Vimercate)		144	117	149



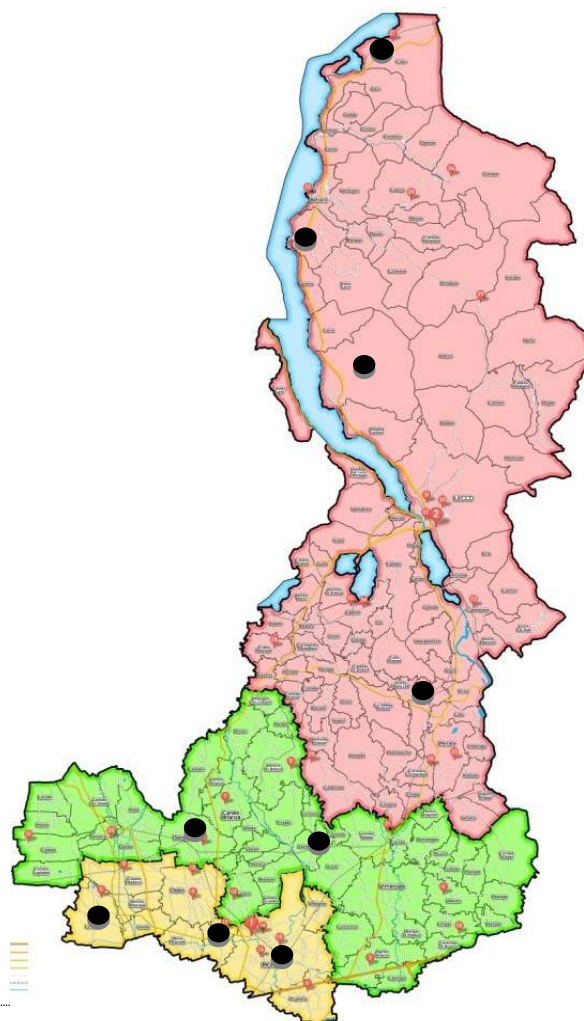
La discrepanza tra gli indici di attrazione e di fuga tra strutture residenziali (RSD e CSS) e semiresidenziali (CDD) trova una ovvia spiegazione nella differente tipologia di offerta, privilegiandosi ovviamente per il semiresidenziale UdO più vicine alla residenza. Sono da analizzare invece le ragioni che rendono rilevante il fenomeno delle mobilità per le strutture residenziali, fenomeno che vede una elevata frequenza di spostamenti ma con un sostanziale equilibrio tra fuga ed attrazione.

Residenze sanitarie per disabili (RSD)

Sul territorio dell'ATS della Brianza sono presenti 9 Residenze Sanitarie per Disabili che possono accogliere complessivamente 413 ospiti (posti autorizzati e a contratto).

Denominazione UdO	Comune
RSD Luigi e Dario Villa	Muggiò
Centro Socio Sanitario Res.le Sperimentale per Sordociechi e pluriminorati psicosensoriali adulti	Lesmo
RSD San Pietro	Monza
RSD Beato Papa Giovanni XXIII	Limbate
RSD Piccolo Cottolengo Don Orione	Seregno
La Casa di Franco	Colico
Casa dei Ragazzi Ist. Ass. Minori ed Anziani -ONLUS	Olgiate Molgora
Istituto la Sacra Famiglia	Perledo
Giovanni e Giustina Monti	Mandello del Lario

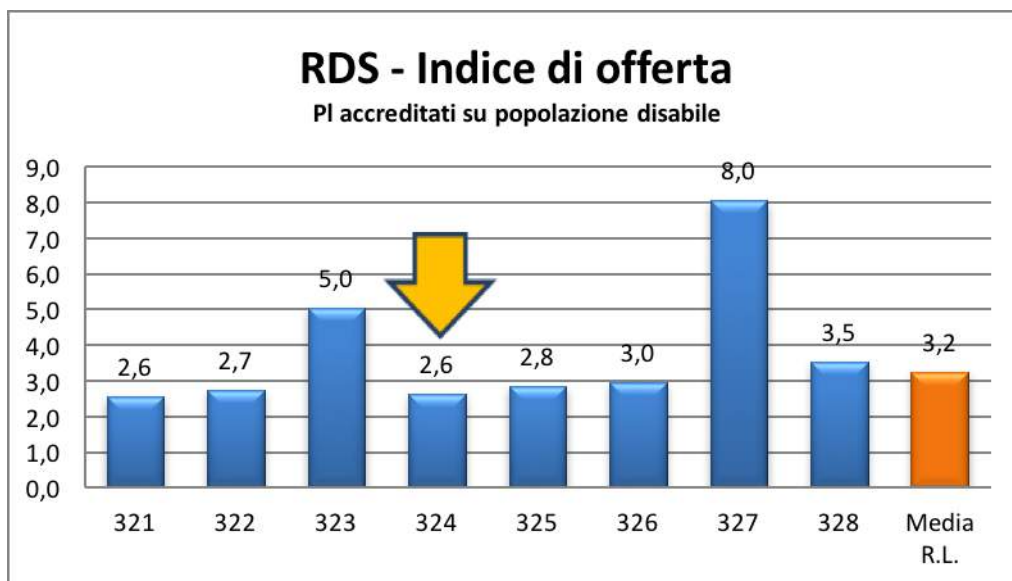
In lista di attesa per l'ingresso in tali strutture sono presenti 125 persone, per il 63% residenti al di fuori del territorio dell'ATS-Brianza.



Liste di attesa RSD	Distretto Collocazione Strutture					Totale
	Bellano	Desio	Merate	Monza	Vimercate	
Distretto provenienza domande						
Carate	0	1		1	3	5
Seregno	1		1	1	1	4
Vimercate	0	1		1	3	5
Distretto di Vimercate	1	2	1	3	7	14
Desio	0	2		2	1	5
Monza	0	2		12	5	19
Distretto di Monza	0	4	0	14	6	24
Lecco	4	1	1	0	0	6
Merate	0	0	1	1	1	3
Distretto di Lecco	4	1	2	1	1	9
Extra ATS	4	33	11	13	17	78
Totale	9	40	14	31	31	125

Su 125 persone in lista d'attesa 78 (62%) sono residenti al di fuori della ATS.

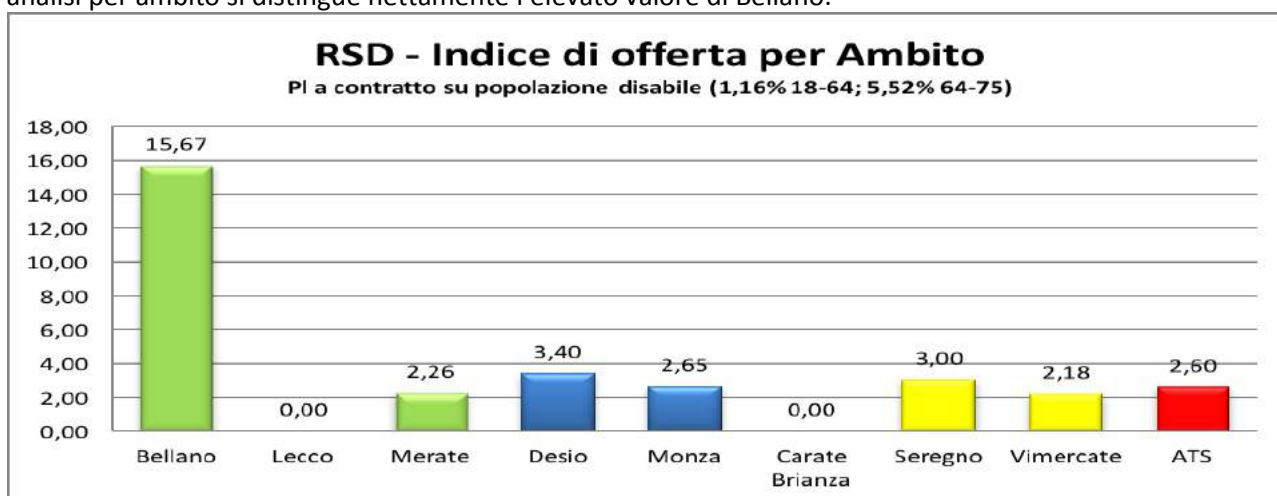
Così come in precedenza per le RSA, anche per le RSD il territorio della ATS Brianza risulta il più carente di posti letto di tutta la Lombardia.



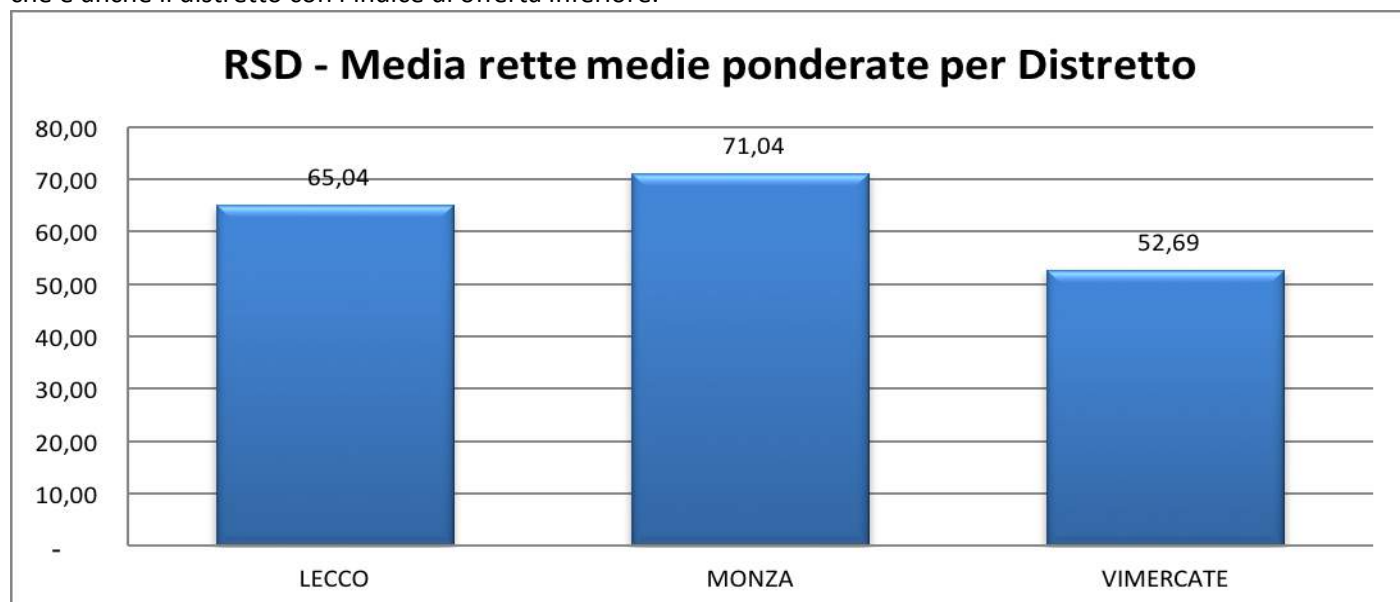
L'indice di offerta di RSD indica valori simili per i distretti di Lecco e Monza, mentre Vimercate presenta un indice inferiore della metà.



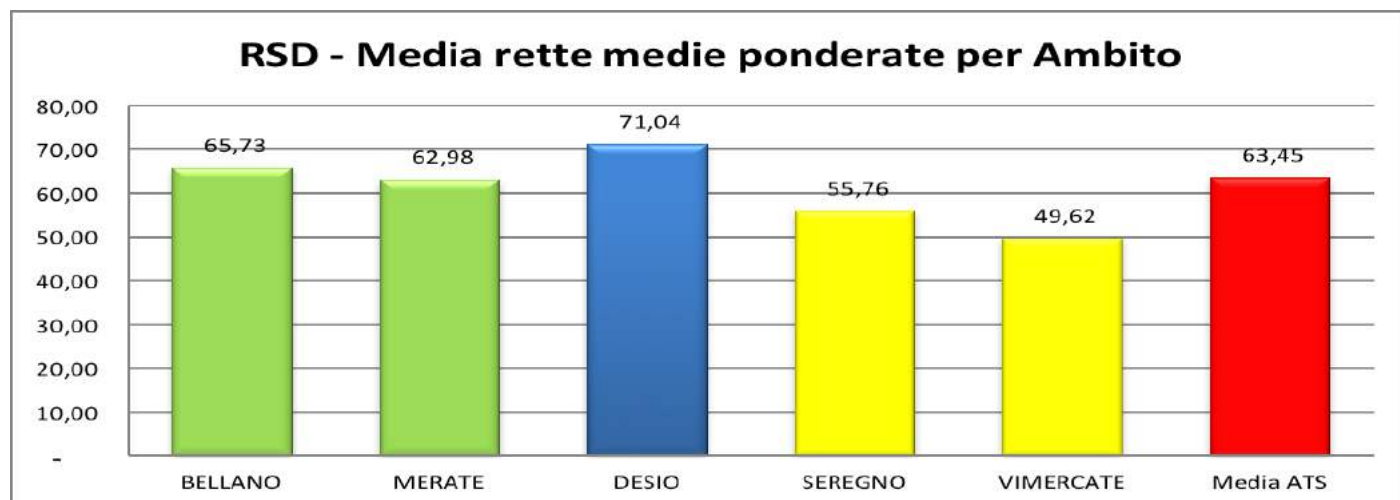
Nell'analisi per ambito si distingue nettamente l'elevato valore di Bellano.



L'analisi delle rette delle RSD segnala valori medi ponderati significativamente più bassi nel distretto di Vimercate, che è anche il distretto con l'indice di offerta inferiore.



Interessanti differenze nella retta media ponderata si osservano anche tra gli ambiti della ATS (valore più alto a Desio, più basso a Vimercate). E' da notare che l'ambito di Monza ha una RSD che non rientra nel grafico in quanto ospita utenza non tipica (SV e SLA) e pertanto è totalmente a carico del FSR.



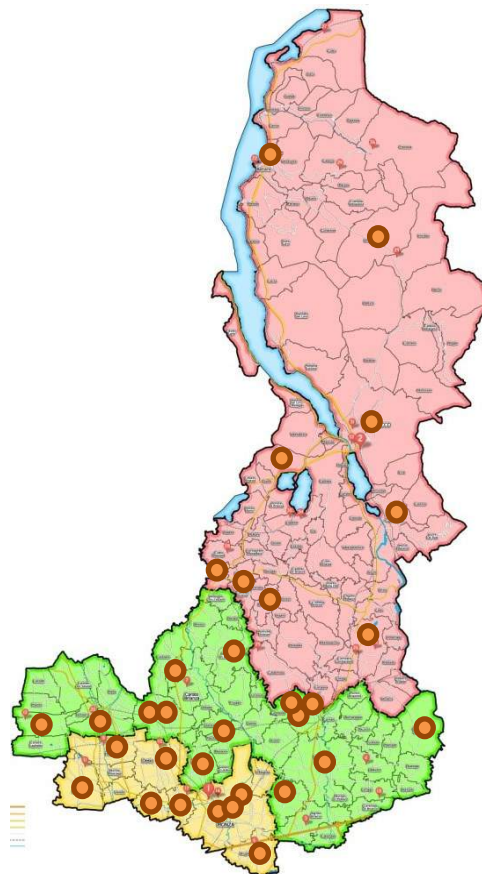
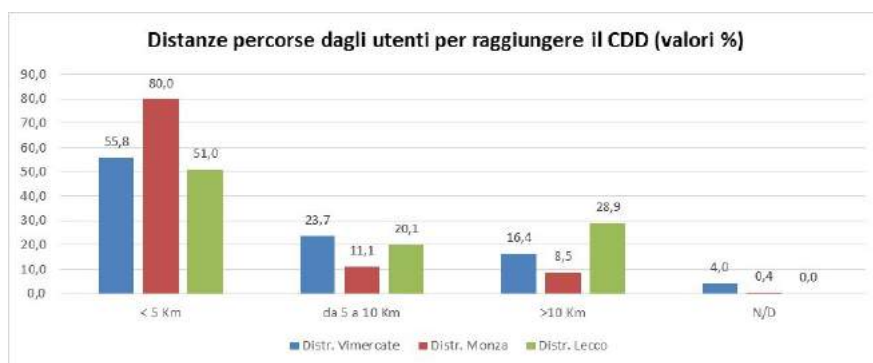
La compartecipazione alla spesa da parte dell'ospite e degli altri enti che intervengono al pagamento della retta è composta come in tabella, evidenziando un importante contributo da parte dei Comuni nel territorio di Lecco.

Area territoriale	% ricavi rette ospiti	% ricavi rette aggiuntive	% ricavi rette comuni	% ricavi altri enti pubblici
Lecco	62%	3%	28%	7%
Monza	83%	1%	16%	0%

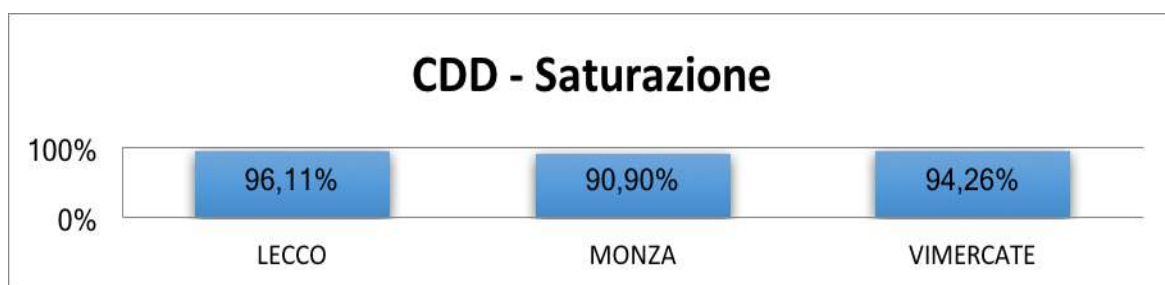
Centri diurni per disabili (CDD)

Sul territorio dell'ATS della Brianza sono presenti 32 Centri Diurni Disabili con una disponibilità complessiva di 772 posti (autorizzati e a contratto). In particolare, 9 strutture sono collocate nel Distretto di Lecco, 14 nel Distretto di Vimercate e 9 nel Distretto di Monza.

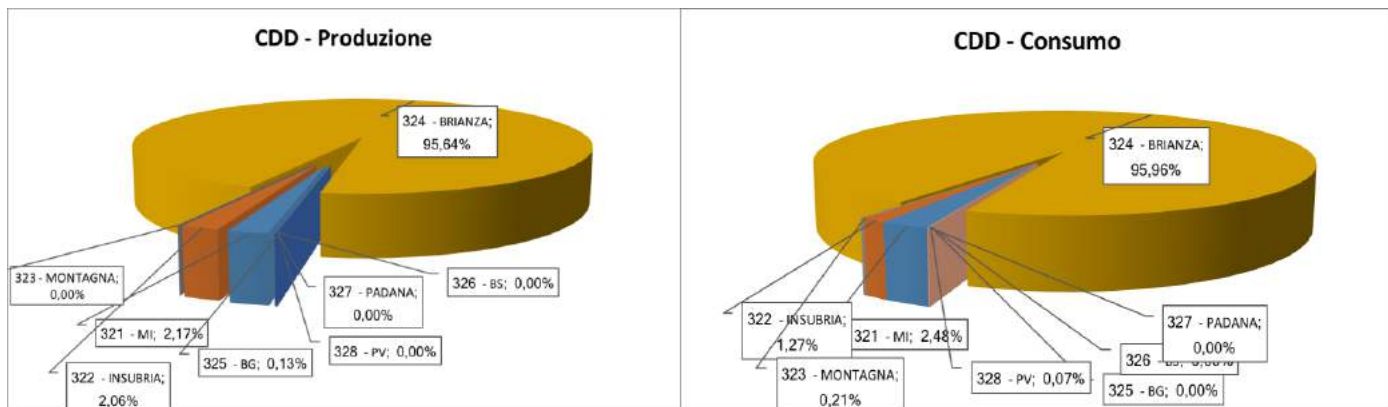
Per quanto attiene le distanze percorse per raggiungere la struttura frequentata, benché nella maggior parte dei casi gli utenti percorrano meno di 5 Km, per un gruppo di persone l'accesso alla struttura si pone ad una distanza superiore ai 10 Km. Ciò si verifica in particolare per la porzione territoriale corrispondente al Distretto di Lecco, dove la distribuzione delle strutture fa in modo che il 28% degli utenti si trovi a dover percorrere più di 10 Km per raggiungere il servizio erogato.



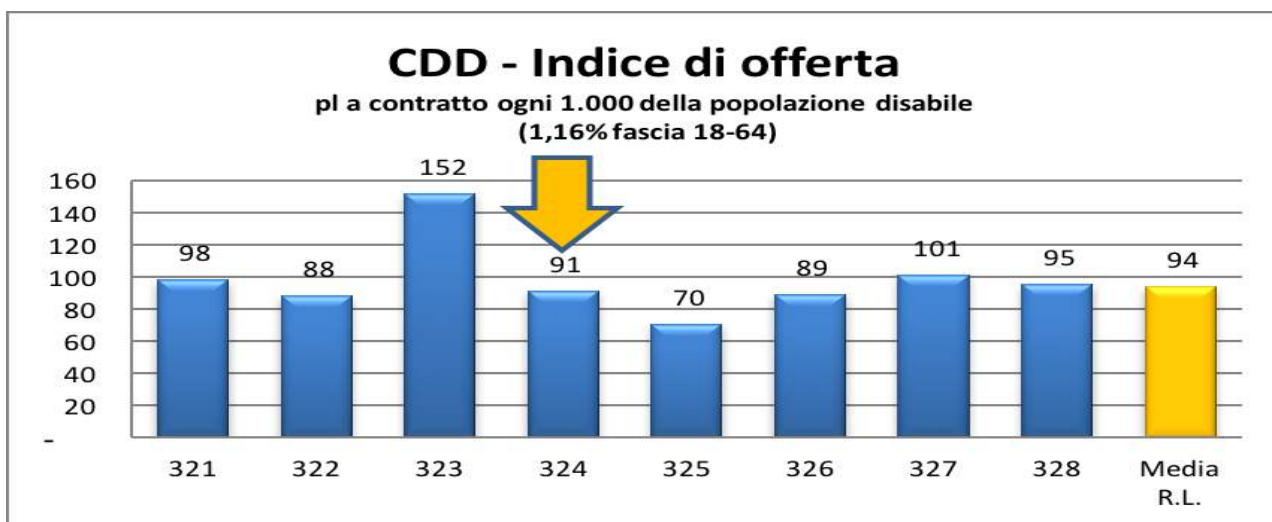
Il tasso di saturazione dei CDD è superiore al 90% in tutti e 3 i distretti.



Attrattività e fuga sono molto basse (4% di mobilità attiva e passiva) e sono in linea con la tipologia di servizio, che è prettamente territoriale.



Per i CDD l'indice d'offerta di ATS Brianza (calcolato sui posti accreditati rispetto al 1,16% della numerosità di soggetti tra 18 e 64 anni d'età - indicatore di Regione Lombardia) è in linea con il valore medio regionale.



L'indice di offerta è sostanzialmente analogo tra i tre distretti, e l'analisi per ambito segnala soprattutto lo squilibrio tra Bellano (valore più elevato) e Merate (valore più basso) all'interno dello stesso distretto di Lecco.



Dal punto di vista delle liste di attesa si rileva una particolare consistenza della lista nel territorio di Lecco, territorio che è anche quello che presenta la maggiore eterogeneità tra ambiti. Data la forte connotazione territoriale di tali strutture, il dato relativo alle liste di attesa unito alla eterogeneità dell'offerta fa ipotizzare la necessità di una riflessione sulla attuale presenza di strutture semiresidenziali per disabili nel distretto di Lecco.

CDD	Ambiti di collocazione delle strutture								Totale
residenza utenti	Bellano	Carate	Desio	Lecco	Merate	Monza	Seregno	Vimercate	Totale
Carate		2							2
Seregno						5	1		6
Vimercate								5	5
Distretto di Vimercate	0	2	0	0	0	5	1	5	13
Desio			11						11
Monza						2	1		3
Distretto di Monza	0	0	11	0	0	2	1	0	14
Lecco	8			20	15				43
Merate	14			29	22				65
Distretto di Lecco	22	0	0	49	37	0	0	0	108
Totale complessivo	22	2	11	49	37	7	2	5	135

Per quanto concerne la ripartizione del pagamento delle rette nei CDD i dati di scheda struttura mettono in luce che i Comuni contribuiscono in modo assai significativo in tutti i territori, ed in particolare nell'area monzese.

% RETTE OSPITI SUL TOT %RETTE AGGIUNTIVE %RETTE COMUNI % ALTRI CONTRIBUTI

Lecco	25%	8%	62%	6%
Monza	4,75%	0,52%	93,62%	1,10%

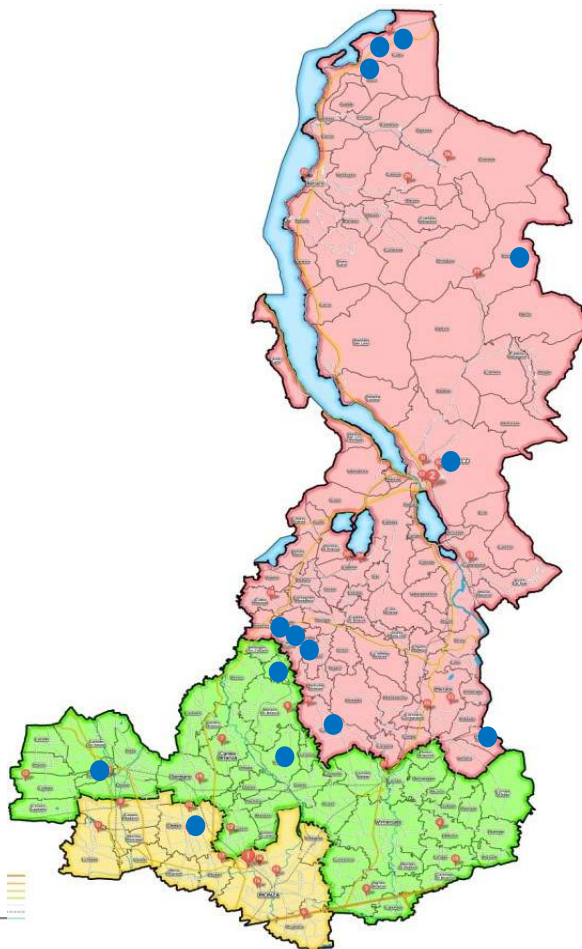
Il Presidio Corberi di Limbiate

Il presidio Corberi di Limbiate è una struttura adibita alla assistenza residenziale e semiresidenziale di utenti con grave disabilità multisensoriale. Da una originaria destinazione quale struttura di ricovero e cura di neuropsichiatria infantile il Presidio Corberi non è stato successivamente interessato dalle trasformazioni istituzionali succedutesi nel tempo, rimanendo al di fuori delle diverse tipologie di offerta del sistema socio-sanitario. La struttura oggi ospita persone in regime residenziale e semiresidenziale affette da disabilità di diverso livello di gravità, cui viene assicurata assistenza sanitaria, socio-sanitaria, e sociale, con riferimento a criteri prevalentemente assimilabili alle strutture assistenziali per disabili.

Comunità socio sanitarie per disabili (CSS)

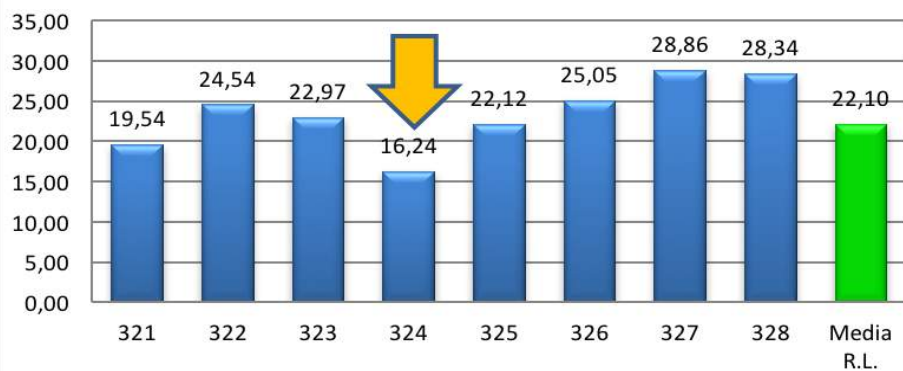
Sul territorio dell'ATS sono presenti 14 strutture con un numero complessivo di 139 posti accreditati e a contratto.

Struttura	Comune
SACRO CUORE	Cassago Brianza
MADONNA DIVINA PROVVIDENZA	Cassago Brianza
IST. S. ANTONIO OPERA DON GUANELLA	Cassago Brianza
CSS LA VALLE	Introbio
PROGETTO SOLE	Colico
MAURO	Colico
VILLA VOLUSIA	Colico
LA MIA CASA	Casatenovo
IL GRANAIO	Paderno D'Adda
CASA L'ORIZZONTE	Lecco
CSS SOLELUNA	Desio
ALBATROS	Barlassina
I GIRASOLI	Triuggio
CASA DI ACCOGLIENZA BETANIA	Renate



CSS- INDICE DI OFFERTA

ogni 1000 residenti



Il Distretto di Lecco dispone di 10 Strutture (99 posti), collocate per lo più agli estremi del territorio. Nel Distretto di Monza è presente una sola struttura, a Desio, con una disponibilità di 10 posti accreditati. Il distretto di Vimercate ospita tre strutture, per una disponibilità complessiva di 30 posti accreditati.

Anche per le CSS, come per altre UdO residenziali (RSA e RSD), la ATS Brianza risulta il territorio con il minor indice di offerta della Lombardia, notevolmente al di sotto della media regionale. Peraltro, per le CSS le strutture sono sostanzialmente concentrate nel distretto di Lecco (ed in particolare negli ambiti di Bellano e Merate). Non si registra la presenza di persone in lista d'attesa.

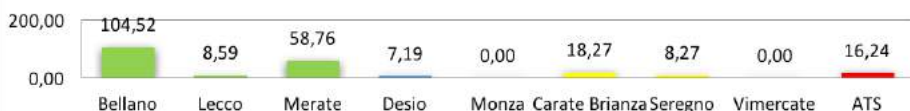
CSS - Indice di offerta per Distretti

PI a contratto ogni 1.000 della popolazione disabile (1,16% fascia 18-64 anni)...



CSS - Indice di offerta per ambito

PI a contratto su popolazione disabile 18-64 ogni 1.000 residenti



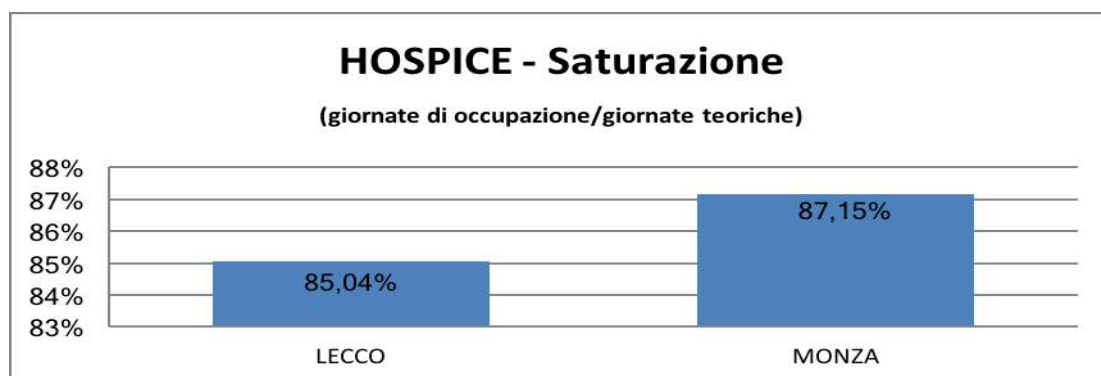
HOSPICE SOCIOSANITARI

Per questa tipologia di strutture sono presenti 31 letti nel distretto di Monza (2 strutture) e 12 in quello di Lecco (una struttura). L'attività erogata segnala una prevalenza un po' superiore di cittadini che si rivolgono al difuori della ATS (fuga) rispetto a quelli che vengono attratti da fuori ATS.

Tipologia Unita' d'Offerta	Popolazione target	Posti letto a contratto		
		Monza	Vimercate	Lecco
HOSPICE	FASE TERMINALE DELLA VITA E CURE PALLIATIVE	31		12

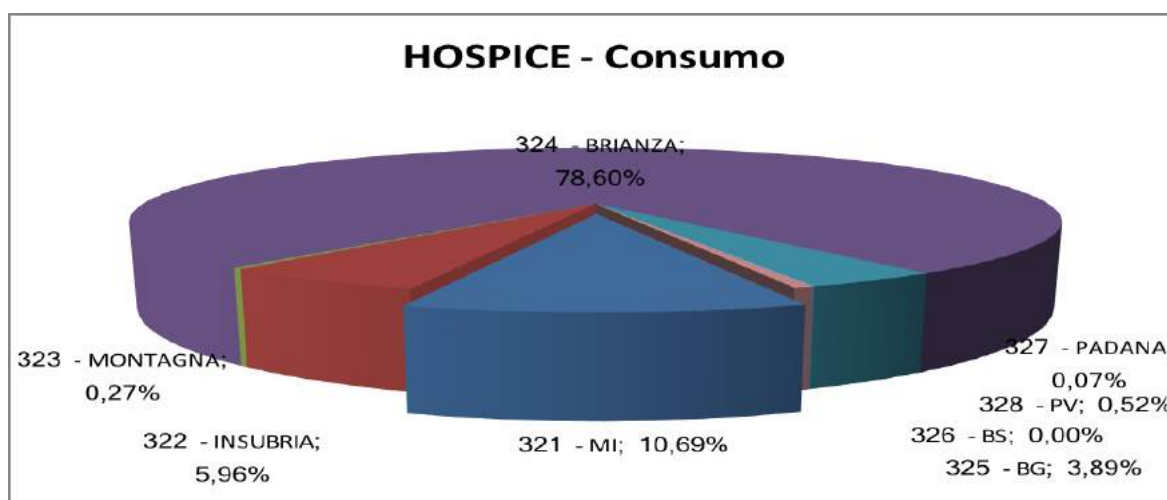
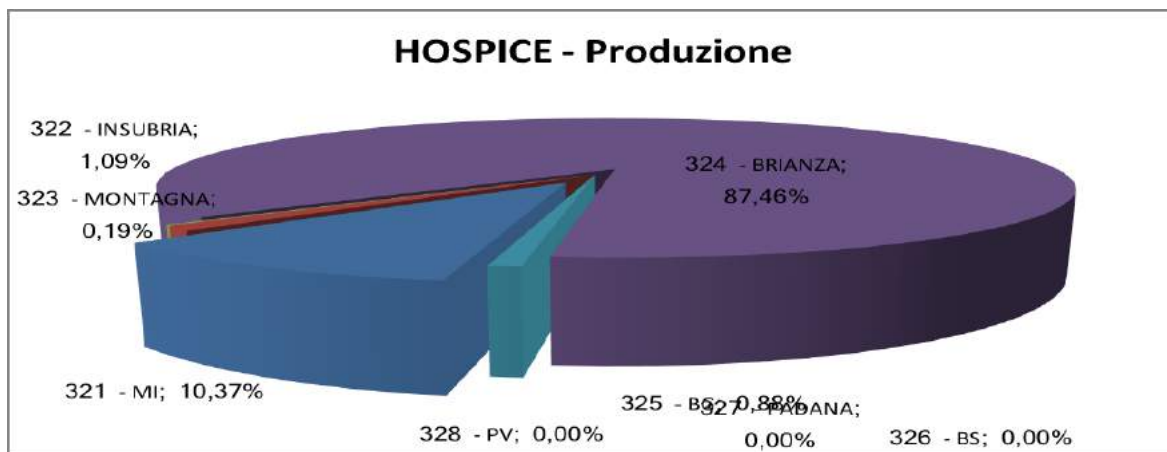


La saturazione risulta sostanzialmente analoga nelle strutture dei due territori, e l'esame della casistica indica un elevato ricambio di persone all'interno delle strutture ed una ridotta durata dei ricoveri (spesso inferiore a 3 giorni).

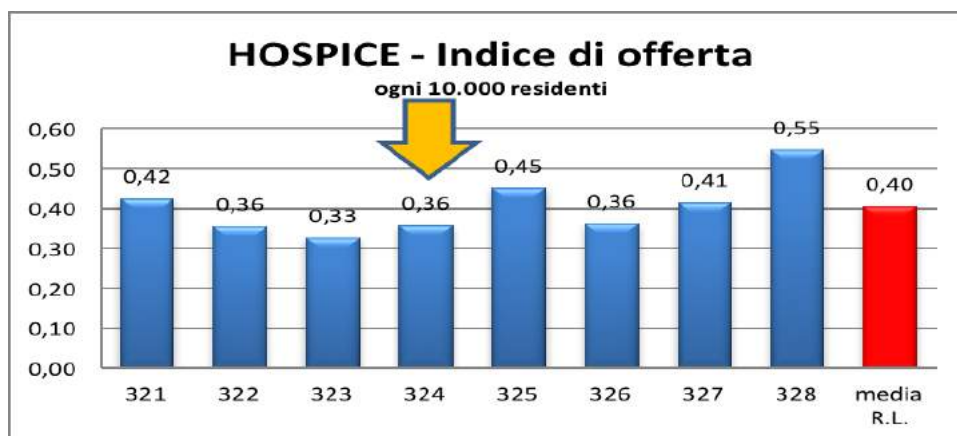


Giorni di permanenza	% sul totale dei ricoveri con dimissioni
≤3	21,2%
4-7	18,0%
8-89	58,6%
≥90	2,2%

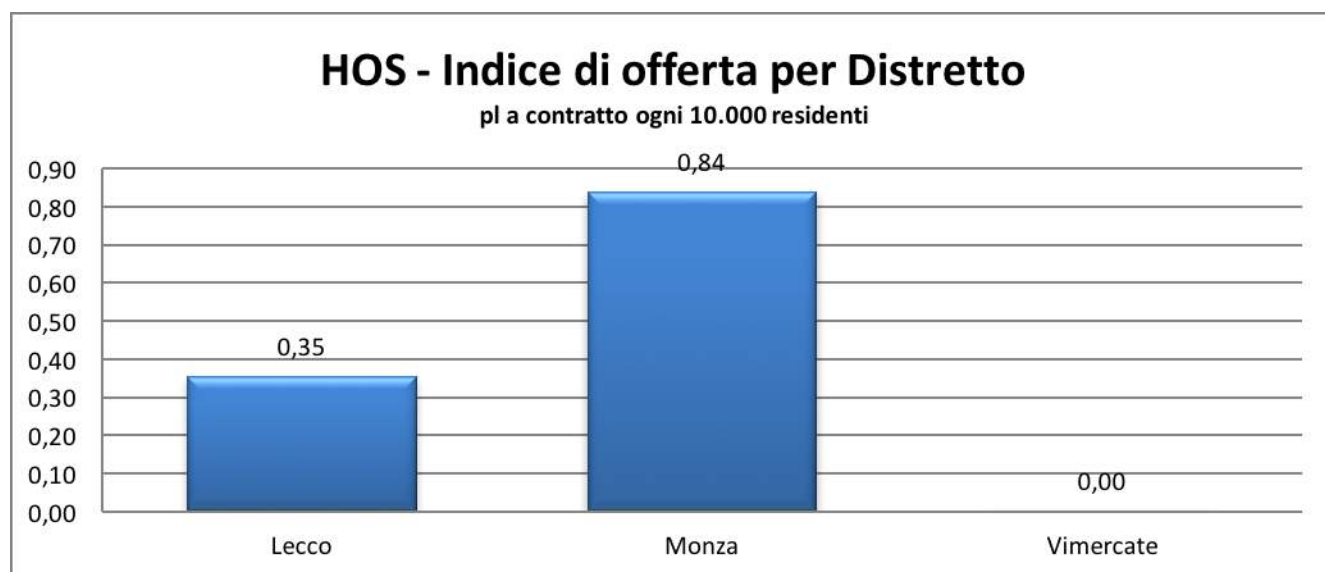
Circa il 10% dei ricoveri è rappresentato da residenti della ATS Metropolitana assistiti in ATS Brianza: analoga proporzione di residenti di ATS Brianza è gestita in strutture della Città Metropolitana.



L'indice di offerta si colloca poco sotto la media della regione, in un panorama complessivo che presenta delle variazioni di offerta limitate.



La differenza di offerta entro la ATS è importante.



Vi è da osservare, come noto, che la rete delle cure palliative è in fase di ristrutturazione ai sensi della DGR X/5918/2016 e della successiva nota regionale prot. n.0013010 del 13.04.2017.

HOSPICE SANITARI

Due strutture nel solo Distretto di Vimercate (nessuna struttura nei Distretti di Lecco e di Monza) rappresentano l'intera offerta di Hospice Sanitari sul territorio dell'ATS. La tabella che segue sintetizza il volume di attività rendicontato dalle due strutture nel flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera nel 2015: in totale sono stati erogati 591 episodi di ricovero, per oltre il 90% a favore di residenti in ATS della Brianza. I residenti dell'ATS, nel complesso, hanno effettuato 671 ricoveri in Lombardia: per oltre il 80% il bisogno è stato soddisfatto nei due ospedali del territorio dell'ATS e la fuga è significativa solo verso le strutture dell'ATS della Città Metropolitana (16% del totale).

Numero ricoveri		Residenza ricoverati				
		ATS BRIANZA		ALTRE ATS	Extra Lombardia	totale
Ricoveri 2015	ATS di ubicazione struttura di ricovero	N	%	N	N	N
Ricoveri in ospedali dell'ATS Brianza	PRESIDIO OSPEDALIERO DI GIUSSANO	376	56%	16	15	407
	CASA DI CURA ZUCCHI - CARATE BRIANZA	167	25%	11	6	184
	TOTALE ATS BRIANZA	543	81%	27	21	591
% per residenza ricoverati		92%		5%	4%	100%
Ricoveri erogati in ospedali di altre ATS a favore di residenti in ATS Brianza	ATS Città Metropolitana di Milano	107	16%			
	ATS DELLA MONTAGNA	5	1%			
	ATS DI BERGAMO	4	1%			
	ATS DELL'INSUBRIA	8	1%			
	ATS DI PAVIA	4	1%			
TOTALE		671	100%			

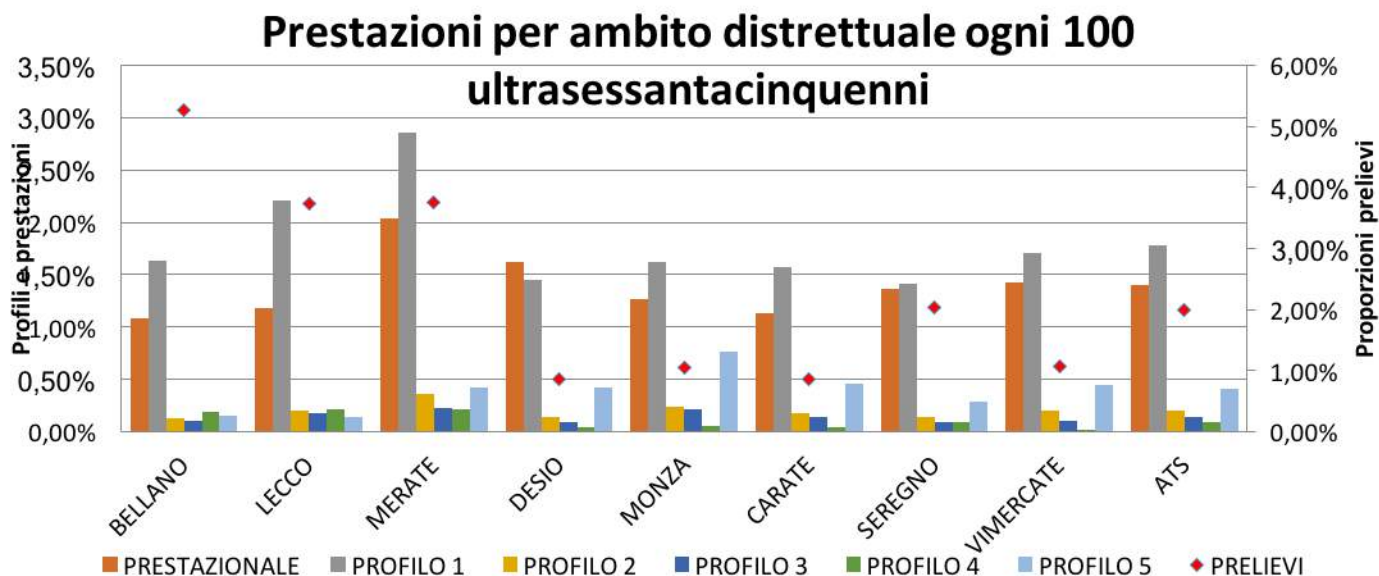
Complessivamente sono state consumate circa 10.000 giornate di ricovero negli hospice sanitari della ATS.

Numero giornate		Residenza ricoverati				
		ATS BRIANZA		ALTRE ATS	Extra Lombardia	totale
Ricoveri 2015	ATS di ubicazione struttura di ricovero	N	%	N	N	N
Ricoveri in ospedali dell'ATS Brianza	PRESIDIO OSPEDALIERO DI GIUSSANO	5.659	57%	135	415	6.209
	CASA DI CURA ZUCCHI - CARATE BRIANZA	2.493	25%	183	30	2.706
	TOTALE ATS BRIANZA	8.152	81%	318	445	8.915
% per residenza ricoverati		91%		4%	5%	100%
Ricoveri erogati in ospedali di altre ATS a favore di residenti in ATS Brianza	ATS Città Metropolitana di Milano	1.629	16%			
	ATS DELLA MONTAGNA	45	0%			
	ATS DI BERGAMO	56	1%			
	ATS DELL'INSUBRIA	87	1%			
	ATS DI PAVIA	37	6%			
TOTALE		10.006	100%			

Considerando i posti letto accreditati dei due hospice sanitari della ATS, i ricoveri effettuati nel 2016 hanno dato luogo ad una saturazione del 85% in una struttura e del 53% nell'altra (quest'ultima oggetto di ridotta attività nell'anno a seguito di ristrutturazioni che l'hanno interessata).

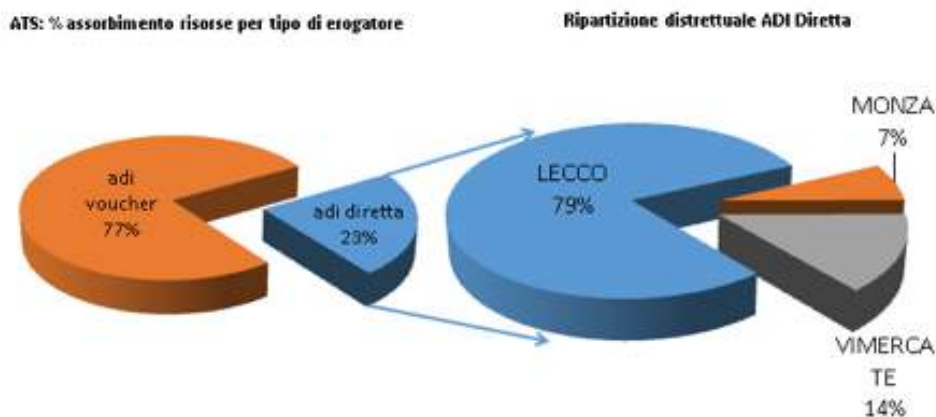
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

L'osservazione della attività erogata fa emergere una notevole eterogeneità del mix di tipologie di prestazioni consumate per ambito distrettuale, con elevata frequenza di prelievi nel distretto di Lecco (punti rossi). I profili a complessità superiore sono più omogeneamente rappresentati nel lecchese; il profilo più complesso è più frequente nei distretti di Monza e Vimercate.



ADI % assorbimento risorse

Le figure sottostanti evidenziano la marcata differenza territoriale tra gestione con voucher e gestione diretta: quest'ultima modalità si concentra per quasi il 80% nel territorio del Distretto di Lecco, a causa di consuetudini instauratesi nel tempo e di differenti scelte organizzative adottate dalle precedenti ASL.



Appare evidente come il sistema ADI all'interno della ATS Brianza abbia caratteristiche particolari che differenziano i territori e che influenzano qualunque analisi, considerato che l'ADI diretta tende a garantire i profili più impegnativi dal punto di vista assistenziale e le cure palliative (servizi che risultano più onerosi in termini di costi).

L'ADI si rivolge prevalentemente alla popolazione anziana, che rappresenta infatti il 90% delle persone assistite. La quota di pazienti di età inferiore a 65 anni, per quanto contenuta, è essenzialmente caratterizzata da soggetti con gravi e gravissime disabilità, spesso con presa in carico a lungo termine.

Percentuale di pazienti presi in carico nel 2016 per fascia di età



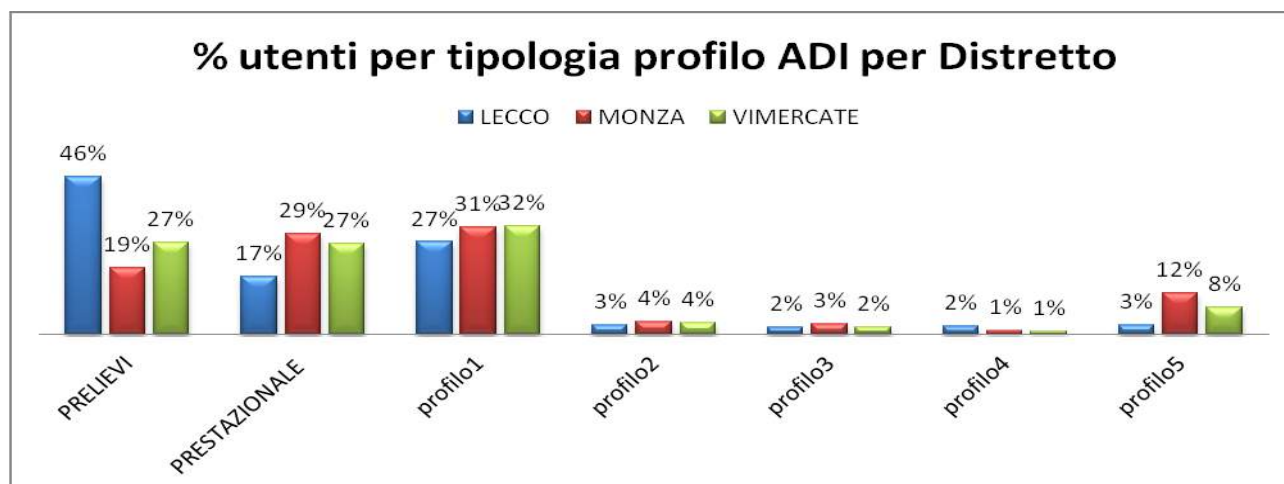
Il tasso percentuale di presa in carico, nell'intera ATS, si conforma al valore atteso secondo l'indicatore LEA.

Indicatore LEA	Atteso	Risultato ATS
n. pazienti ≥65 anni/ popolazione ≥65 anni	≥3,5%	4,2%



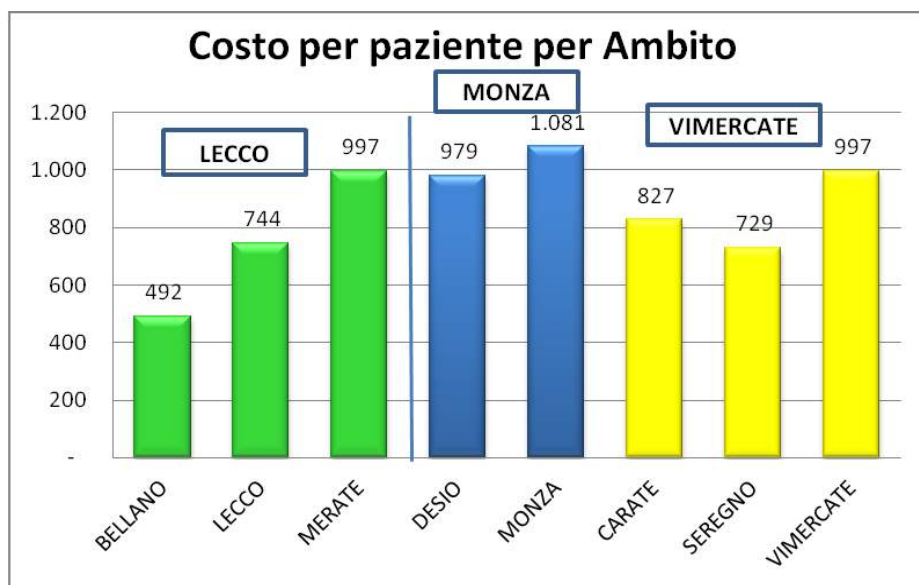
Il tasso di pazienti over 65 anni presi in carico ogni 100 abitanti mostra importanti diversità all'interno dell'ATS. Il distretto di Lecco ha un tasso (5,5%) quasi doppio rispetto a quello di Monza (3,3%) che è, invece, molto simile a quello di Vimercate (3,5%).

Come si è già osservato la tipologia di profilo ADI erogato (dgr 3851/12) è differente da distretto a distretto.



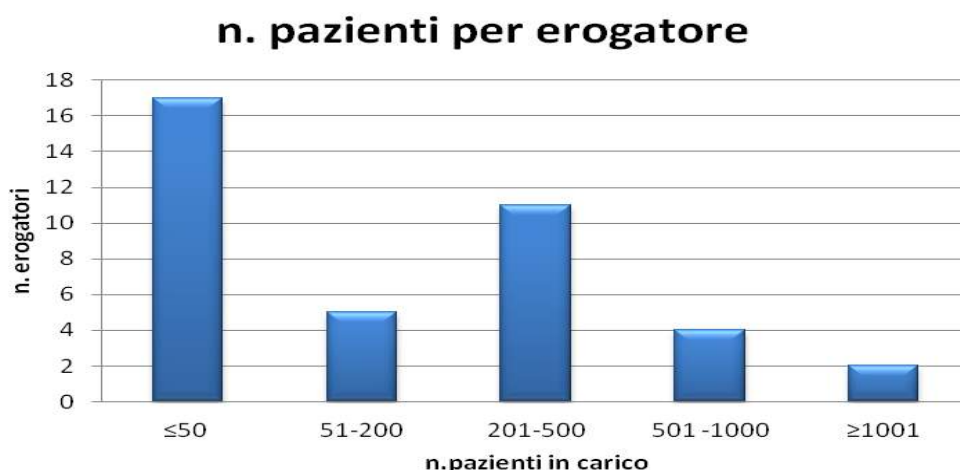
L'attività prelievi+prestazionale assorbe il 63% dell'utenza a Lecco mentre scende al 54% a Vimercate e, addirittura, al 48% a Monza. Il ricorso al profilo 5 a Monza riguarda il 12% dell'utenza mentre a Lecco interessa solo il 3%. La spiegazione di tali difformità va in parte ricondotta al differente ricorso all'ADI diretta nei tre territori.

L'analisi del costo medio per paziente assistito nei tre distretti è diretta conseguenza del servizio erogato: infatti il costo pro capite più elevato si registra a Monza, dove è più frequente il ricorso a voucher di profilo più alto. La eterogeneità territoriale della distribuzione dei costi pro-paziente si caratterizza ulteriormente nella analisi per ambito territoriale, dove emergono con particolare rilievo le differenze di costo all'interno del distretto di Lecco.



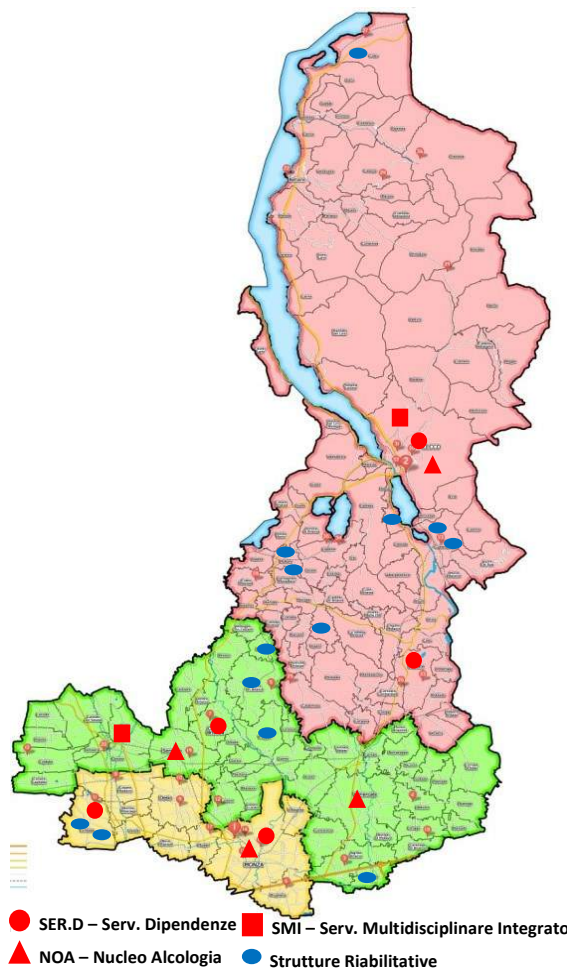
Nel Distretto di Lecco le attività a maggior costo (cure palliative e profilo ad alta intensità) sono effettuate dall'ADI diretta mentre il settore privato svolge in particolare attività prestazionali.

Di interesse è anche il numero di pazienti in carico ad ogni erogatore: ben 17 erogatori (poco meno del 50%) si fanno carico ciascuno di meno di 50 pazienti, ed un quarto invece gestisce tra i 200 e i 500 pazienti.



SERVIZI PER LE DIPENDENZE

Nel territorio dell'ATS della Brianza sono presenti complessivamente 11 servizi ambulatoriali per le dipendenze (5 SERD e 4 Nuclei Operativi per le dipendenze da alcool afferenti alle Unità Operative Servizi Dipendenze delle tre ASST, 2 Servizi Multidisciplinari Integrati privati accreditati) e 13 strutture riabilitative residenziali di diversa tipologia. I servizi ambulatoriali si rivolgono a persone con tutte le forme di dipendenza, da quelle da sostanze illegali e legali, a quelle comportamentali (come il gioco d'azzardo patologico). L'ASST di Monza ha una specifica Unità Operativa all'interno della Casa Circondariale di Monza. Per quanto riguarda la loro distribuzione sul territorio si evidenzia aggiuntivamente che nell'area corrispondente all'ambito di Bellano esiste un "punto di ascolto" del SERT di Lecco aperto un giorno alla settimana.



Utenza in carico e provenienza

Struttura	Provenienza Utenza		N/D	Stranieri non residenti/STP	Totale
	Extra ATS	In ATS			
CENTRO POLIVALENTE POLI-CONSUMATORI MONZA	0	42	0	0	42
CENTRO TABAGISMO MONZA	28	146	0	0	174
UNITA' OPERATIVA CARCERE MONZA	309	167	0	165	641
N.O.A. MONZA	48	812	0	3	863
N.O.A. SEREGNO	11	329	0	0	340
N.O.A. VIMERCATE	34	300	0	1	335
S.E.R.T. MONZA	57	500	0	3	560
SERT LIMBIATE	90	386	0	4	480
S.E.R.T. CARATE B.	25	369	0	4	398
SERT e SERVIZIO NUOVE DIPENDENZE - LECCO	160	623	1	4	788
SERT MERATE	18	262	2	0	282
S.M.I. BROLETTO - LECCO	55	157	0	2	214
S.M.I. AURORA - MEDA	162	199	0	1	362
Totale complessivo	997	4.292	3	187	5.479

+ Fonte: Flussi AMB 2016

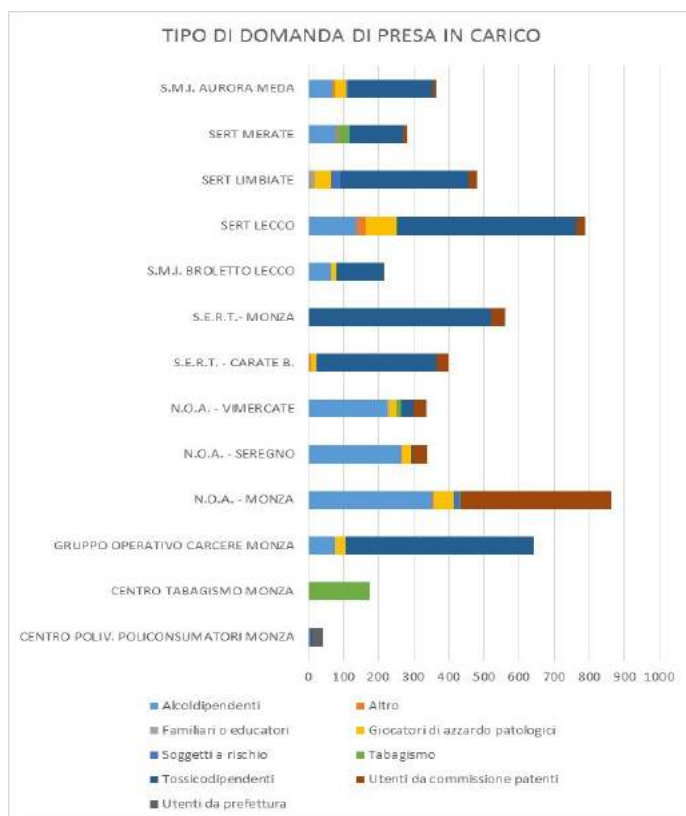
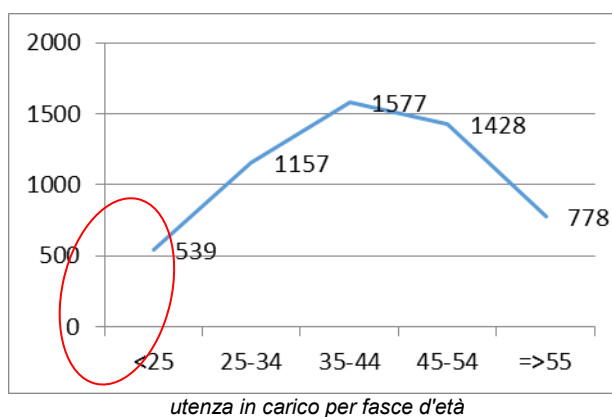
Nella tabella il NOA di Monza risulta essere il servizio con il più elevato numero di utenti: il dato si spiega con la presa in carico di tutte le persone inviate per certificazione dalla Commissione Medica Locale della provincia di Monza e Brianza.

L'Unità Operativa Carcere (UOC) di Monza, il SERT di Lecco e lo SMI Aurora di Meda hanno in carico il maggior numero di utenti extra ATS: per quanto riguarda i servizi di Monza e di Lecco, il dato è spiegato dalla presenza degli istituti di pena, mentre con riferimento allo SMI di Meda (struttura privata accreditata) la collocazione geografica del servizio favorisce l'attrazione di persone residenti in ATS confinanti.

La distribuzione degli utenti per classe di età e tipologia di presa in carico è presentata nel seguito.

	Utenza per classi di età					Tot
	<25	25-34	35-44	45-54	=>55	
CENTRO POLIV. POLICONSUMATORI MONZA	42	0	0	0	0	42
CENTRO TABAGISMO MONZA	4	12	27	46	85	174
UNITA' OPERATIVA CARCERE MONZA	79	220	204	114	24	641
N.O.A. MONZA	41	138	245	244	195	863
N.O.A. SEREGNO	4	41	95	109	91	340
N.O.A. VIMERCATE	22	48	94	98	73	335
S.E.R.T. CARATE B.	47	89	107	131	24	398
S.E.R.T. MONZA	62	118	180	155	45	560
S.M.I. BROLETTO - LECCO	30	60	57	44	23	214
SERT LECCO	78	162	233	221	94	788
SERT LIMBIATE	61	121	136	120	42	480
SERT MERATE	30	63	79	63	47	282
S.M.I AURORA - MEDA	39	85	120	83	35	362
Totale	539	1157	1577	1428	778	5479

Fonte: Flussi AMB 2016



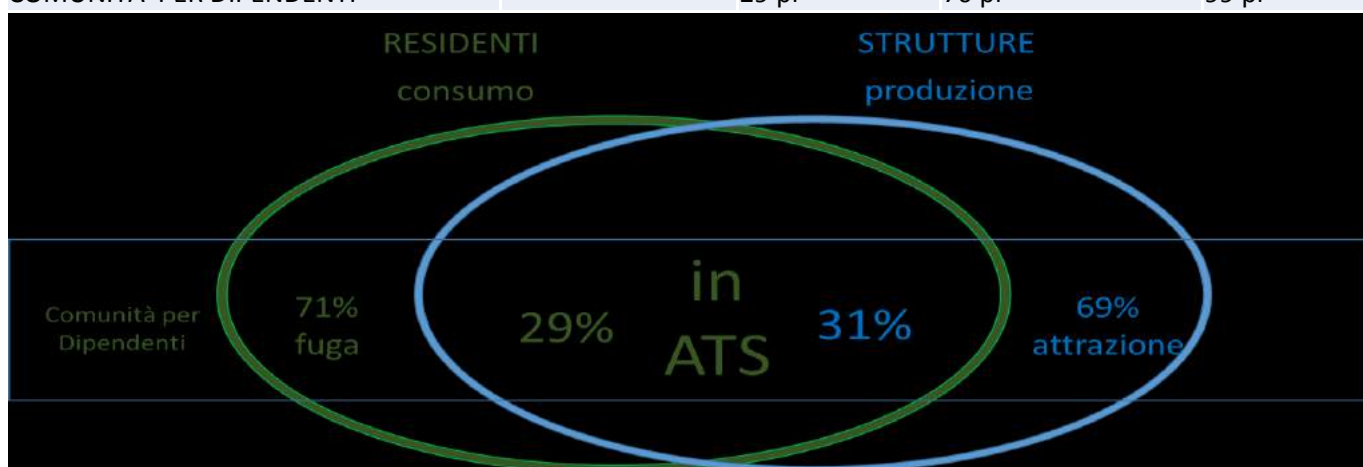
A fronte dell'evidenza della diffusione del consumo di alcool e sostanze psicotrope in età adolescenziale, ampiamente dimostrata anche a livello regionale, i dati complessivi relativi alla presa in carico di questo target da parte dei servizi suggeriscono l'opportunità di migliorare la capacità di attrazione di utenza nelle fasce giovanili, anche nell'ottica di una presa in carico precoce attraverso offerte specifiche in sedi non connotate.

I servizi presentano il profilo di utenza tipica (per il NOA di Monza si è già evidenziata una quota significativa d'utenza derivante dall'attività della Commissione Patenti). E' evidente la ridotta percentuale dei giocatori d'azzardo in carico ai servizi, nonostante i progetti specifici di sensibilizzazione e di consulenza/orientamento messi in campo negli ultimi anni. Tale dato, che non si diversifica in modo significativo da quelli dei servizi di altre ATS lombarde o di altre Regioni, conferma che a fronte di un forte allarme sociale (e di una stima di una elevata percentuale di giocatori problematici) ai servizi si rivolge una minima parte dell'utenza ritenuta potenziale.

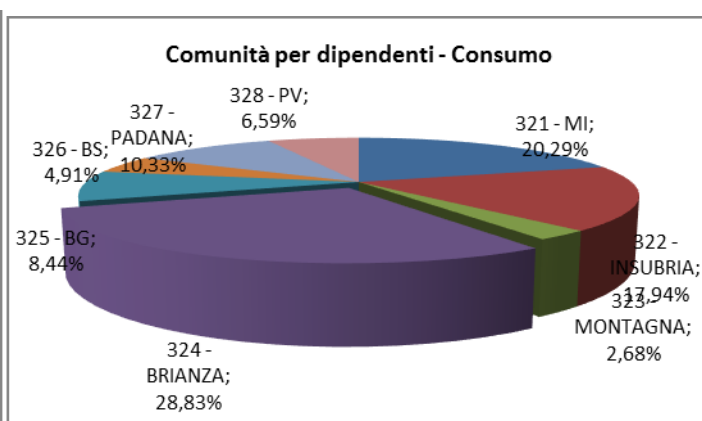
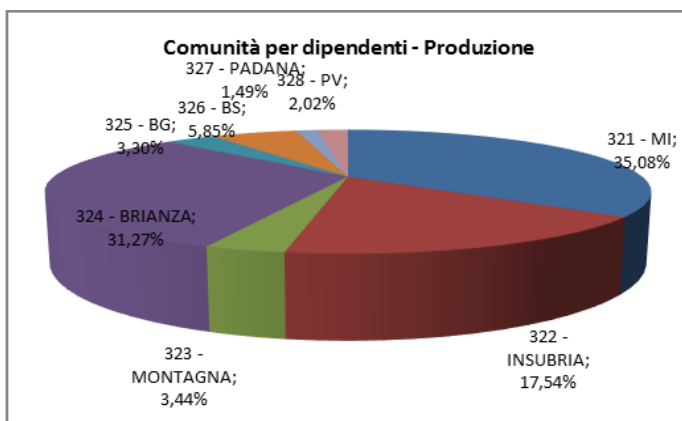
Occorre interrogarsi quindi se occorra, valutando il problema del gambling una priorità, mettere a punto strategie specifiche per favorire l'aggancio dei pazienti e dei loro familiari (ad esempio attraverso percorsi residenziali brevi in strutture residenziali).

Servizi residenziali e semiresidenziali per dipendenze (comunità terapeutiche)

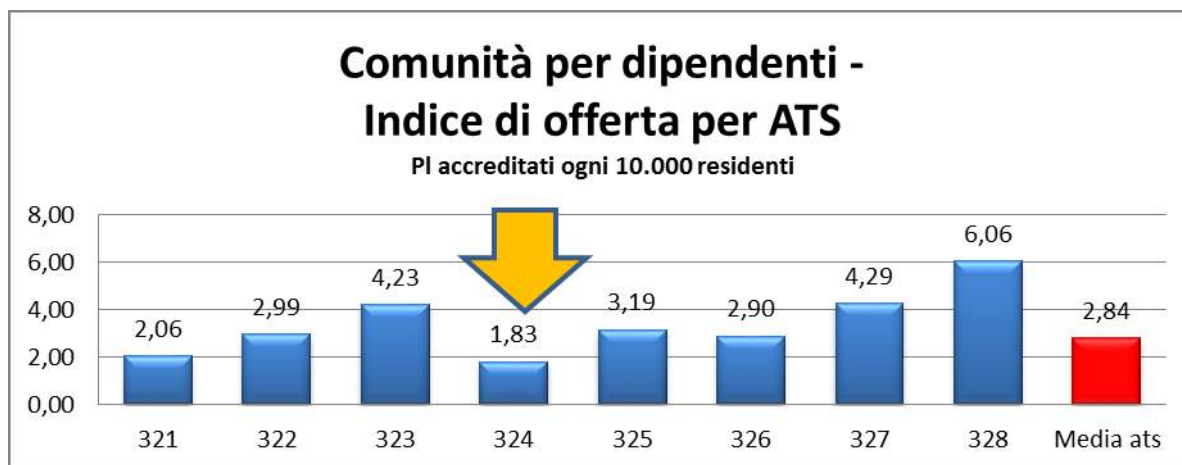
Tipologia Unita' d'Offerta	Popolazione target	N. Unità d'offerta Posti a contratto		
		Monza	Vimercate	Lecco
SMI Servizio Multidisciplinare Integrato	AREA DIPENDENZE	-	1	1
SERD Servizi per le Dipendenze (SERT e NOA)		4	3	3
COMUNITA' PER DIPENDENTI		29 pl	70 pl	99 pl



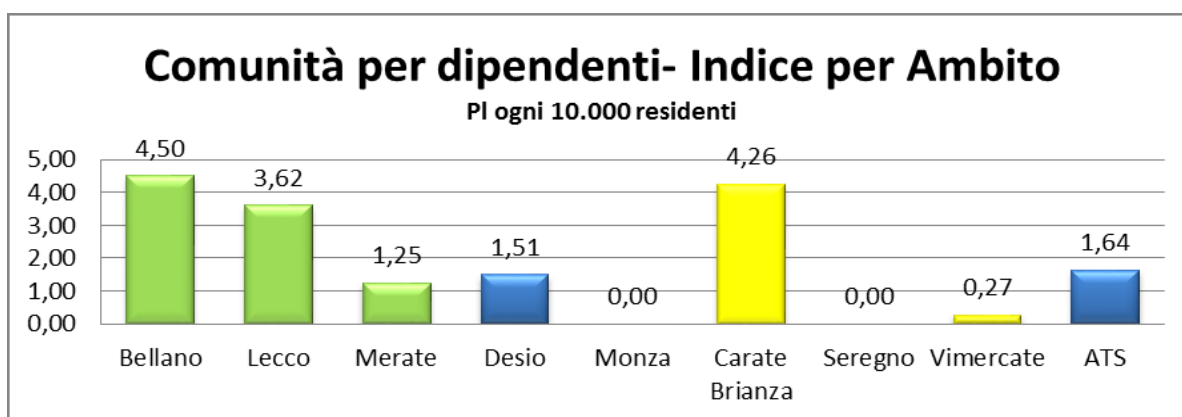
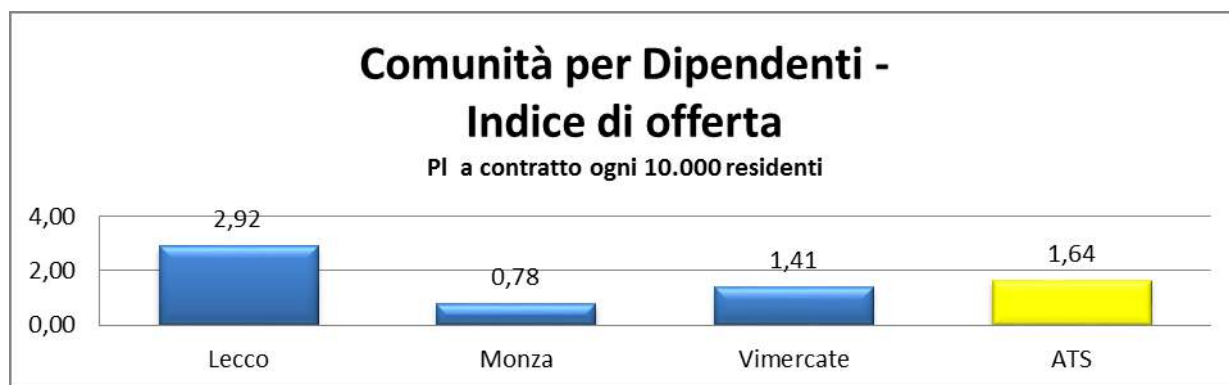
La grande, e quasi uguale, presenza di fenomeni di attrazione e di fuga dal territorio è tipica del contesto delle dipendenze.



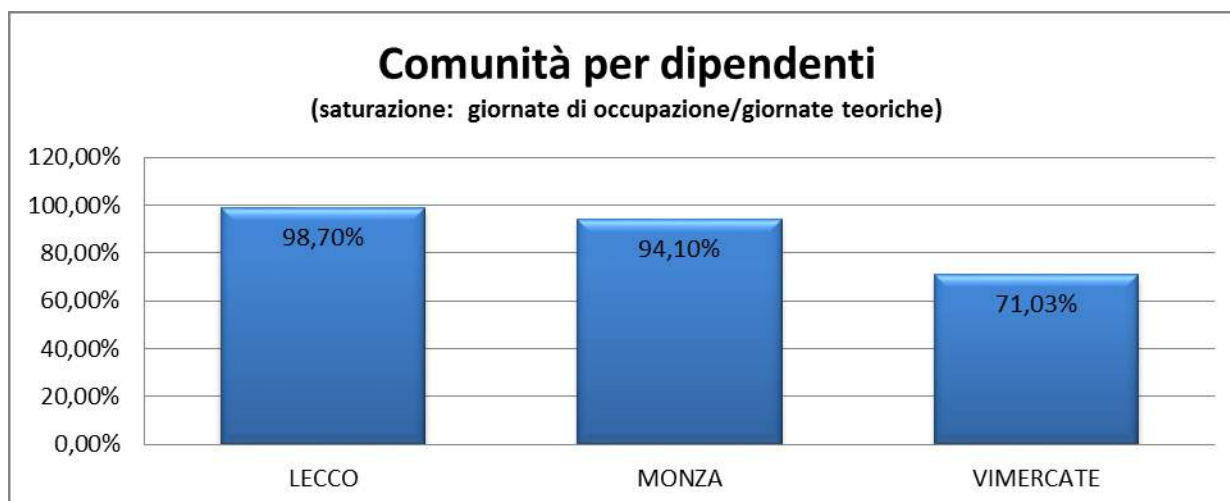
L'indice di offerta di posti letto di comunità per dipendenti della ATS della Brianza è il più basso della regione.



Guardando all'interno del territorio della ATS emerge la rilevanza dell'offerta nel distretto di Lecco (ed in particolare negli ambiti di Bellano e Lecco) e nell'ambito di Carate Brianza: in particolare sofferenza è invece l'intero distretto di Monza. L'elevata mobilità dei soggetti presi in carico rende però difficile l'analisi della eterogeneità territoriale.

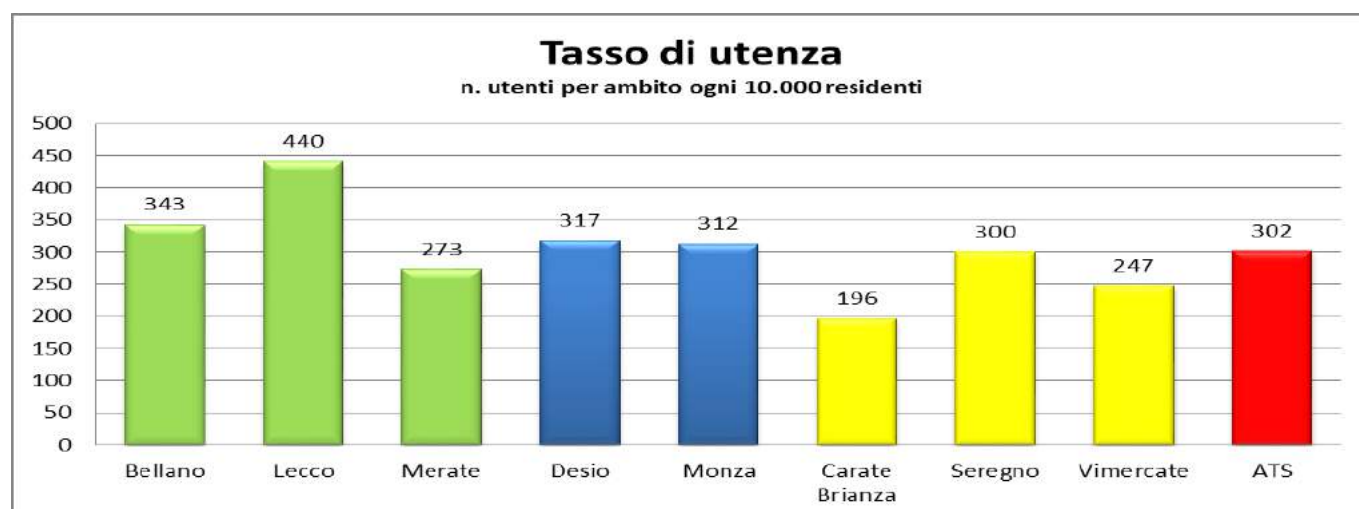


Le comunità per dipendenti dei distretti di Lecco e Monza presentano elevati livelli di saturazione, livelli che si presentano invece inferiori nel distretto di Vimercate.

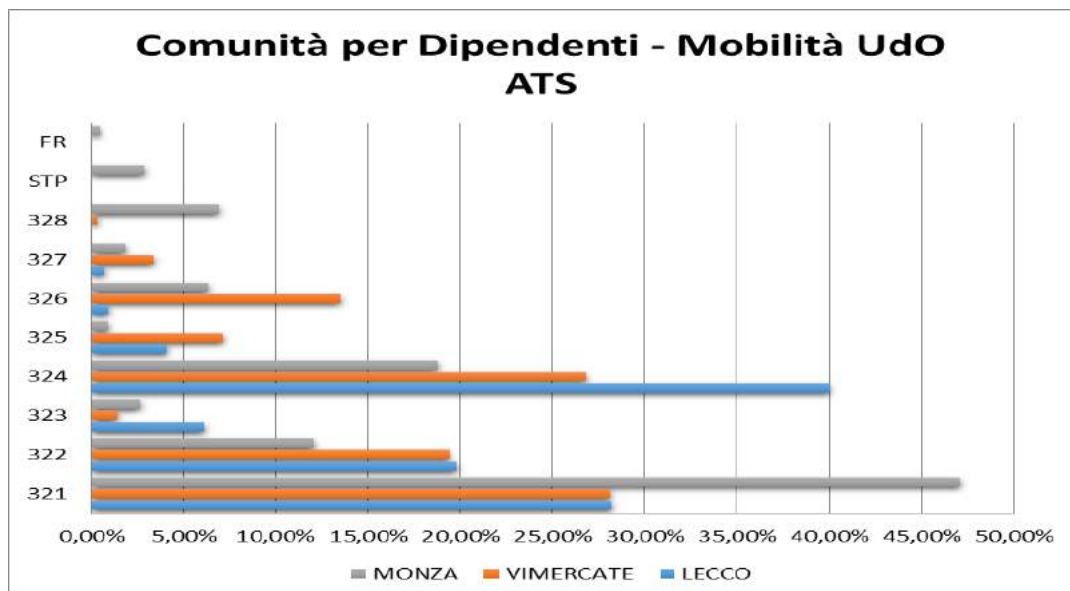


Sul territorio dell'ATS sono presenti le strutture indicate in tabella, con un tasso di utenza per ambito come quello indicato nella successiva figura: se si esclude il caso di Lecco non si registra una elevata variabilità territoriale.

Denominazione e sede UdO	Tipologia struttura	n. totale posti accreditati	M/F
ACCOGLIENZA E LAVORO SOC. COOP. sede di Molteno (LC)	Terapeutico-riabilitativa	26	M
ACCOGLIENZA E LAVORO SOC.COOPMolteno - Casa AT	Bassa Intensità Assistenziale	6	M
ASSOCIAZIONE COMUNITA' IL GABBIANO Villa Malpensata - sede di Olgiasca di Colico (LC)	Terapeutico-riabilitativa	24	M/F
ASSOCIAZIONE COMUNITA' IL GABBIANO Villa Guagnellini - sede di Calolziocorte (LC)	Pedagogico-riabilitativa	20	M/F
ASSOCIAZIONE IL GABBIANO Sedi di Calolziocorte e di Olginate	Bassa Intensità Assistenziale	12	M/F
ATIPICA COOP. SOCIALE Villa Gorizia – sede di Vigano di Sirtori (LC)	Comorbilità Psichiatrica	15	M
COOP.SOLARIS Sede Triuggio (MB)	Terapeutico-riabilitativa Alcool e polidipendenza	21	M
COMUNITA' NUOVA Villa Paradiso- sede di Besana Brianza (MB)	Terapeutico-riabilitativa	30	M/F
A STEFANO CASATI Sede di Renate (MB)	Terapeutico-riabilitativa (donne con figli)	10 + 4 donne con figli	F
FONDAZIONE ERIS Alba di Bacco – Limbiate (MB)	Alcool e polidipendenza	15	M/F
FONDAZIONE ERIS Timone di Acete – Limbiate (MB)	Alcool e polidipendenza	14	M/F
GIOBBE COOP.SOC. Caponago (MB)	Bassa Intensità Assistenziale	5	M

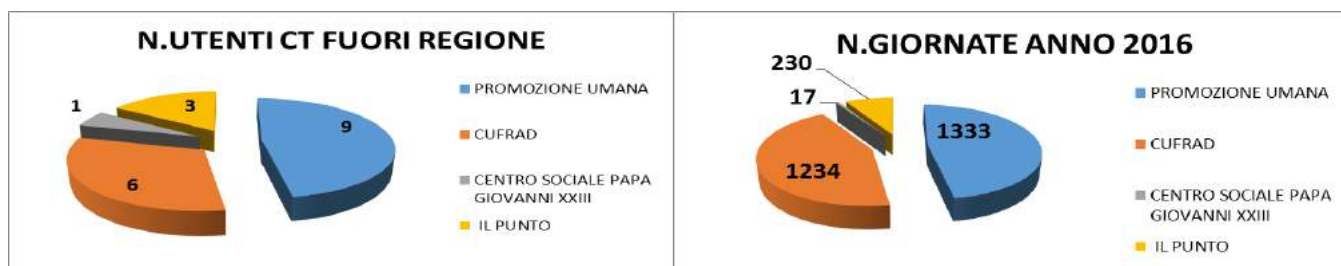


La figura che segue rappresenta la situazione di mobilità intraregionale degli utenti in carico a vari servizi, mobilità che (come previsto dalla normativa) è funzionale a realizzare percorsi di cura in strutture lontane dal luogo di residenza. Al momento non si rilevano criticità nell'utilizzo delle strutture da parte di utenti che volontariamente aderiscono a tale programma. Esiste una difficoltà (a livello di tutta la Regione) nell'accettare utenti provenienti dalla condizione detentiva, ma per tale criticità è attiva una specifica commissione.



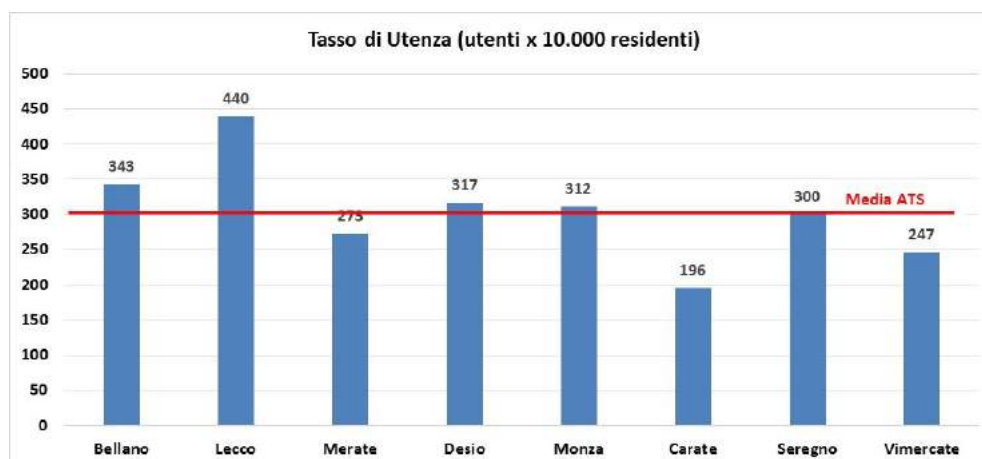
Strutture fuori regione

Nel corso degli ultimi anni il ricorso a strutture terapeutiche fuori regione si è significativamente ridotto, limitandosi all'invio di utenti che non trovano risposta nelle strutture regionali (in particolare soggetti con comorbidità da alcool o sostanze e patologie psichiatriche, di età avanzata o molto compromessi). E' da segnalare in proposito il caso specifico di una struttura accreditata in Regione Lombardia (Promozione Umana) che, in virtù del progetto unico, invia per un anno gli utenti in una struttura extraregione.

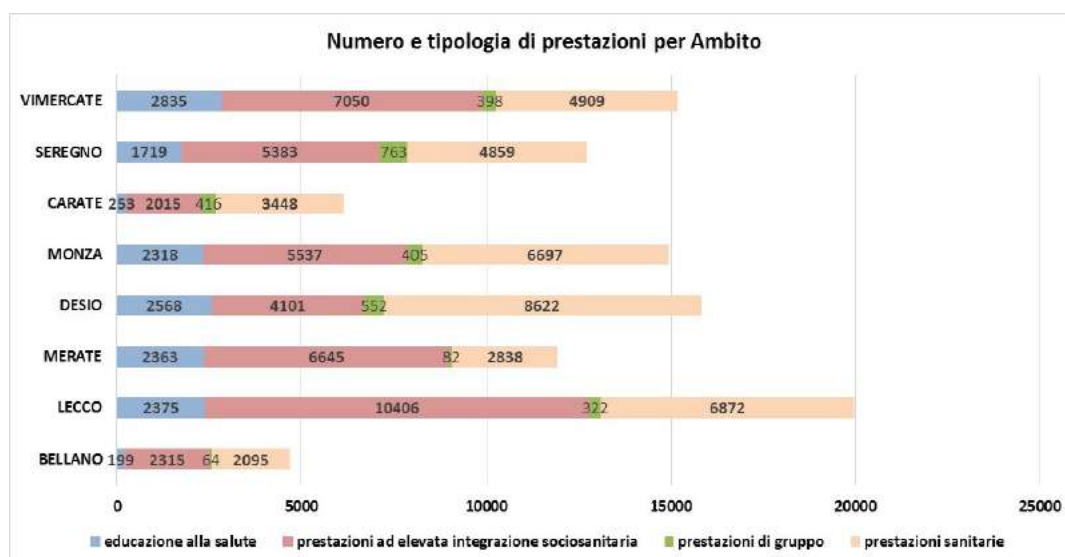


CONSULTORI FAMILIARI

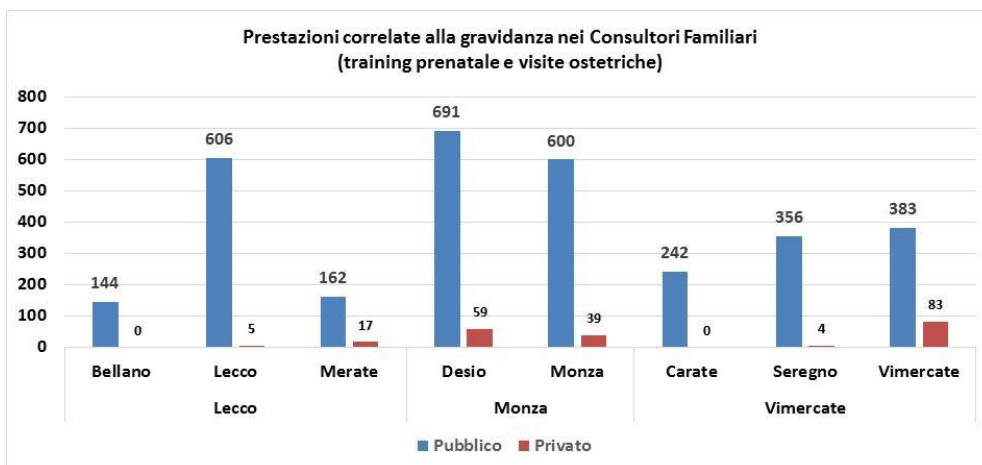
il tasso di utenza dei servizi consultoriali registra un accesso medio di circa 300 persone ogni 10.000 residenti della ATS. Rispetto a questo valore medio complessivo sono da segnalare, all'interno di una variabilità territoriale che risulta contenuta, lo scarto positivo riferito all'ambito di Lecco e quello invece negativo relativo all'ambito di Carate.



Differenze significative emergono invece dall'esame delle diverse aree prestazionali erogate nei consultori: le strutture del territorio di Lecco, Merate, Vimercate e, in minor misura, Seregno sembrano rivolgere la propria attività prevalentemente all'area ad elevata integrazione sociosanitaria; le strutture di Desio e, in misura meno significativa, quelle di Carate e Monza, mostrano invece una maggiore attività nell'area sanitaria. Le strutture di Bellano, infine, evidenziano una attività maggiormente equilibrata tra le due aree.



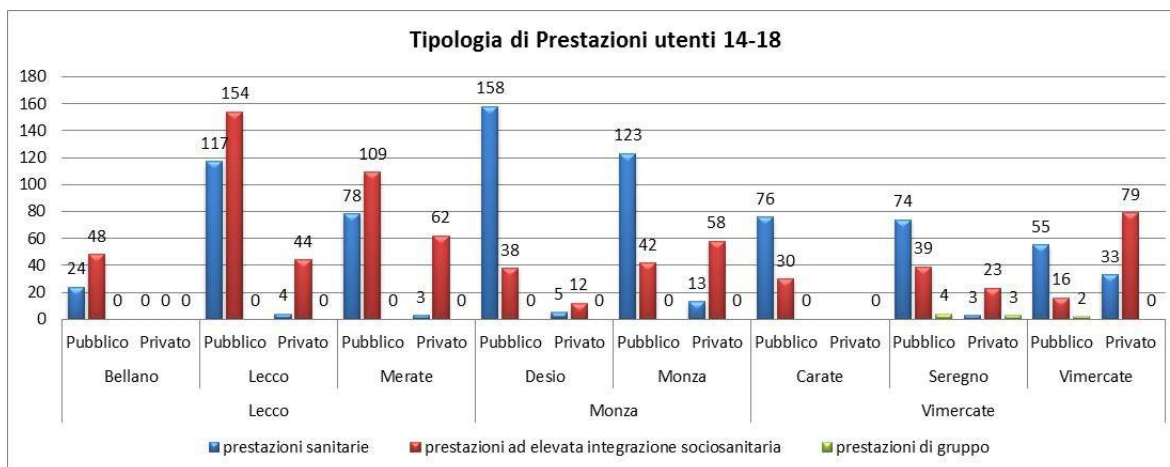
Le attività erogate dai consultori familiari con riferimento all'assistenza alla gravidanza sono riportate nella figura che segue: le eterogeneità territoriali appaiono evidenti. Si segnala inoltre che dall'incrocio dei dati relativi alle attività dei consultori con i dati del flusso dei ricoveri ospedalieri emerge che il 61% delle persone (1.966) che hanno ricevuto prestazioni correlate alla gravidanza all'interno del consultorio (training prenatale e visita ostetrica) hanno avuto un accesso nelle strutture ospedaliere del territorio per le stesse ragioni.



Fonte: flusso CON 2016

Tra le prestazioni ordinarie dell'offerta dei consultori è compresa l'area di interventi rivolti alla fascia di età adolescenziale (anche se solo in tutte le sedi consultoriali della ASST di Lecco è stata mantenuta una specifica apertura settimanale). L'analisi della popolazione adolescenziale (età 14-18 anni, 56.662 soggetti) sul territorio ATS rileva che nel 2016 hanno avuto accesso a prestazioni del consultorio 1.529 utenti, pari al 2,7% della popolazione.

Dal punto di vista della tipologia di prestazione offerta emerge come (ad eccezione dei consultori del Distretto di Lecco) i CF pubblici hanno indirizzato maggiormente la loro offerta su prestazioni sanitarie mentre i CF privati accreditati si sono prevalentemente orientati verso prestazioni ad elevata integrazione socio sanitaria.



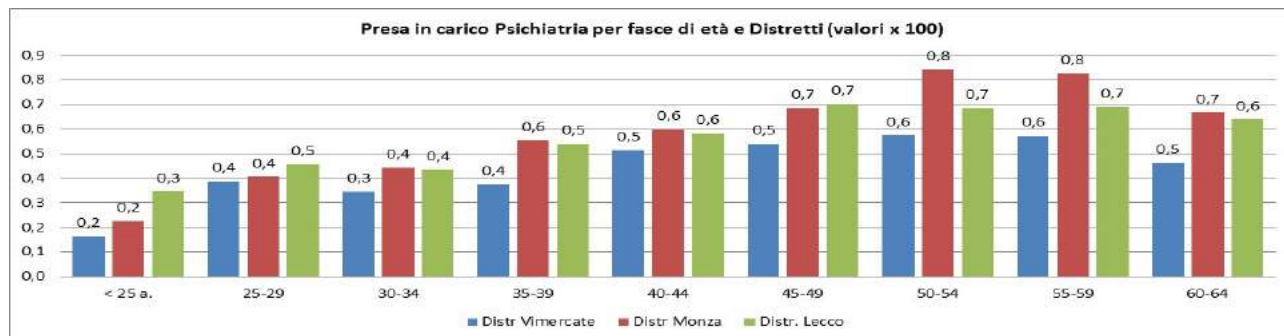
SERVIZI DI PSICHIATRIA

La mappatura dei servizi di Psichiatria del territorio della ATS della Brianza rileva la presenza di 5 SPDC, 7 CPS e 13 ambulatori, la cui distribuzione appare diversamente capillarizzata a seconda del Distretto e dell'ambito territoriale, in relazione anche alle caratteristiche orografiche del territorio. Tale particolarità, tuttavia, non sembra aver influenzato l'accessibilità ai servizi: i dati sulla presa in carico nei tre distretti non segnalano particolari difformità (tabella) rispetto al valore complessivo dell'ATS (0,5% della popolazione).



Presa in carico psichiatria (prevalenza)										
	< 25 a.	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	TOT
Carate	0,2	0,4	0,5	0,5	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,6
Seregno	0,2	0,4	0,2	0,3	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4
Vimercate	0,1	0,4	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,3	0,4
Distr Vimercate	0,2	0,4	0,3	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6	0,5	0,4
Desio	0,2	0,4	0,3	0,4	0,5	0,6	0,9	0,8	0,7	0,5
Monza	0,3	0,4	0,6	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8	0,6	0,6
Distr Monza	0,2	0,4	0,4	0,6	0,6	0,7	0,8	0,8	0,7	0,6
Bellano	0,2	0,5	0,5	0,7	0,9	0,7	1,0	0,7	0,6	0,7
Lecco	0,3	0,4	0,3	0,5	0,5	0,7	0,6	0,7	0,7	0,5
Merate	0,5	0,5	0,6	0,6	0,5	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6
Distr. Lecco	0,3	0,5	0,4	0,5	0,6	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6
Tot	0,3	0,4	0,4	0,5	0,6	0,7	0,7	0,7	0,6	0,5

La popolazione che ha un contatto significativo con la rete dei servizi di psichiatria (secondo i criteri consolidati adottati nella Anagrafe della Fragilità) è costituita da 4210 soggetti, corrispondente allo 0,5% della popolazione di età compresa tra i 18 e i 64 anni. I valori più elevati si raggiungono in corrispondenza delle fasce di età 50-54 e 55-59. Il Distretto di Monza è l'area che mostra la maggiore presenza di soggetti nei servizi di Psichiatria.



Le condizioni cliniche maggiormente rappresentate nell'anagrafe della fragilità sono la Schizofrenia, la Sindrome Schizotipica e le Sindromi deliranti (1.517 casi), seguite dai Disturbi Affettivi (705 casi). Di rilievo numerico sono anche i Disturbi di personalità (613 casi) e le Sindromi fobiche legate a stress e somatoformi (530 casi).

I servizi di Psichiatria maggiormente coinvolti nella presa in carico sono il Centro Psicossociale (CPS), che si rivolge al 59,8% della popolazione censita tramite l'Anagrafe della Fragilità e il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC, 26,9%).

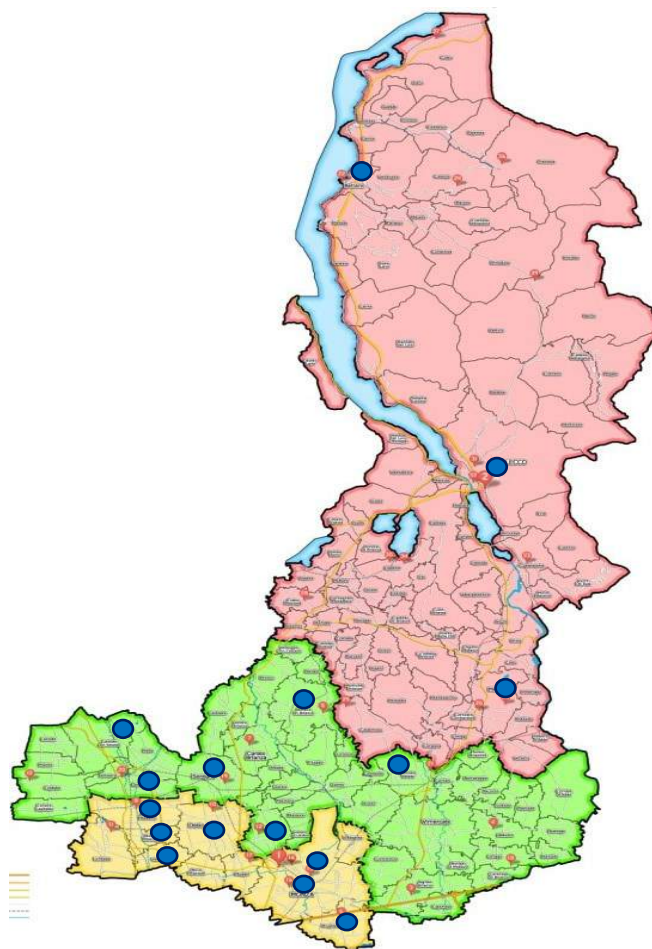
Servizi della Psichiatria (valori assoluti per età e servizio di accesso)										
	< 25 a.	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	Totale
CPS	136	152	176	257	365	422	418	327	264	2517
Ambulatorio	29	49	62	89	131	139	143	118	82	842
Centro Diurno	24	43	49	61	101	117	107	86	61	649
Centri Residenziali	25	35	33	55	83	82	81	79	56	529
SPDC	127	85	80	128	146	179	172	121	93	1131

Il totale delle righe è superiore al totale delle persone in carico in quanto una persona può aver attivato più di un servizio

SERVIZI DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

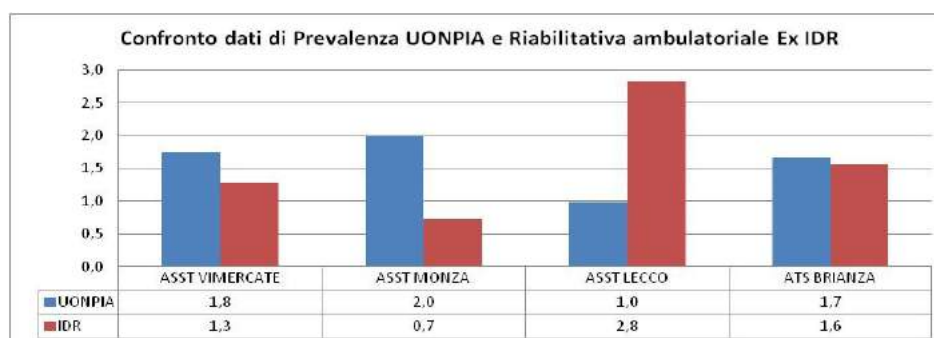
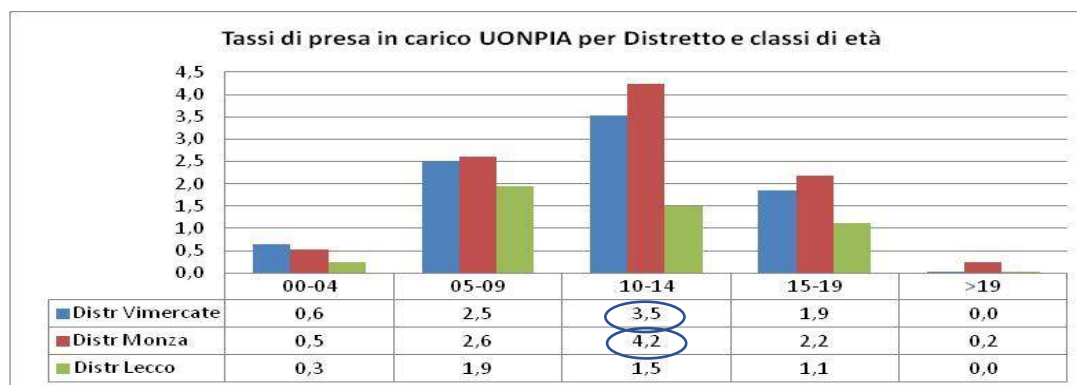
Sul territorio dell'ATS della Brianza sono presenti complessivamente 16 Unità Operative territoriali di Neuropsichiatria Infantile (UONPIA). Il Distretto di Monza ospita sette UONPIA e un IDR (nel comune di Monza), il Distretto di Vimercate presenta sei UONPIA (collocate prevalentemente negli ambiti territoriali di Seregno e Carate), nel Distretto di Lecco le tre UONPIA territoriali sono dislocate due agli estremi del territorio (UONPIA di Merate e UONPIA di Bellano) e una al centro (UONPIA di Lecco).

La presa in carico delle UONPIA territoriali (censite tramite l'Anagrafe della Fragilità) interessa complessivamente 4.705 persone, in maggior misura minori di età corrispondente al primo ciclo scolastico (5-14 anni) di genere maschile.

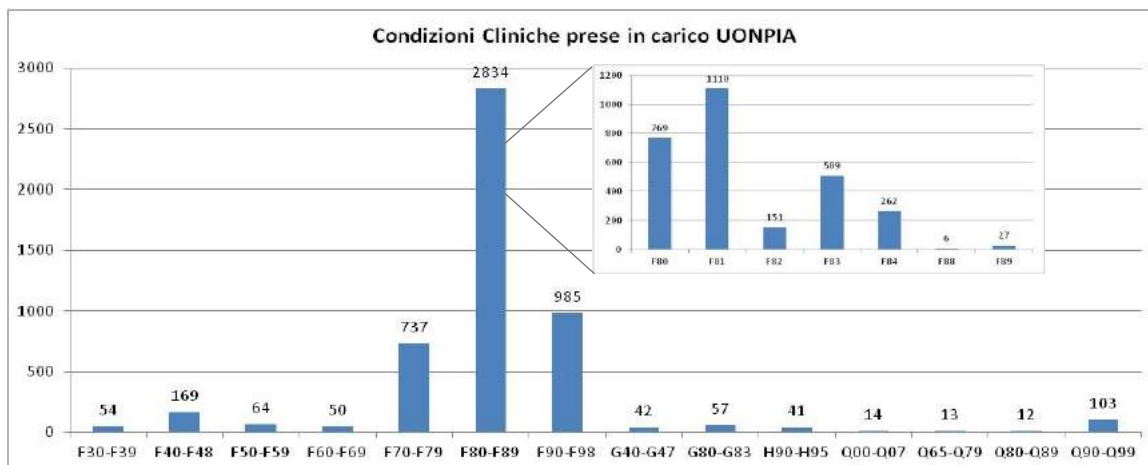


Distretti/Ambiti Territoriali	00-04		05-09		10-14		15-19		>19		N/D	Totale
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	0	
Carate	63	30	184	103	222	126	79	62	0	0	0	869
Seregno	25	10	148	59	171	108	83	56	1	0	0	661
Vimercate	13	9	116	37	139	81	74	76	0	3	0	548
Distr Vimercate	101	49	448	199	532	315	236	194	1	3	0	2078
Desio	38	20	219	90	349	220	162	124	5	7	0	1234
Monza	16	10	121	38	109	65	52	33	10	18	1	473
Distr Monza	54	30	340	128	458	285	214	157	16	25	1	1707
Bellano	2		61	10	44	22	23	21	0	0	0	183
Lecco	16	8	88	47	71	34	45	45	1	3	0	358
Merate	8	3	88	31	49	21	25	23	0	0	0	248
Distr Lecco	26	11	237	88	164	77	93	89	1	3	0	789
N/D	2	3	26	15	28	3	17	10	3	1	23	131
Totale	183	93	1051	430	1182	680	560	450	21	32	24	4705

La popolazione di età compresa tra 0 e 19 anni in carico ai servizi di Neuropsichiatria Territoriale costituisce il 2,0% della corrispondente popolazione dell'ATS. Le fasce di età maggiormente interessate dalla presa in carico sono relative alla Scuola Primaria ed alla Scuola Secondaria di Primo Grado, con un maggior impegno nella fascia di età 10-14 anni. La prevalenza nei distretti appare poco omogenea, con il distretto di Lecco che si attesta su valori di prevalenza che non superano il dato medio della ATS e con i distretti di Monza e Vimercate che presentano valori più elevati (particolarmente nella fascia di età 10-14: rispettivamente 4,2% e 3,5%). Vi è da segnalare che nel distretto di Lecco alla presa in carico dei minori partecipano in maggior misura gli IDR (Nostra Famiglia e, in parte, la Sacra Famiglia).



La maggior parte delle prese in carico in UONPIA riguarda Sindromi e disturbi evolutivi da alterato sviluppo psicologico (gruppo F80-F89: intervento nelle aree delle abilità scolastiche [F81: 1110 occorrenze], del Linguaggio [F80: 769 occorrenze], e dei Disturbi evolutivi specifici misti [F83: 509 occorrenze]). Di particolare interesse è anche la presenza di un numero cospicuo di Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico (F84: 262 occorrenze).



Altre aree di intervento della NPI riguardano le Sindromi e i disturbi comportamentali ed emozionali con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza (gruppo F90-F98: 985 occorrenze) e i Ritardi mentali (gruppo F70-F79: 737 occorrenze).

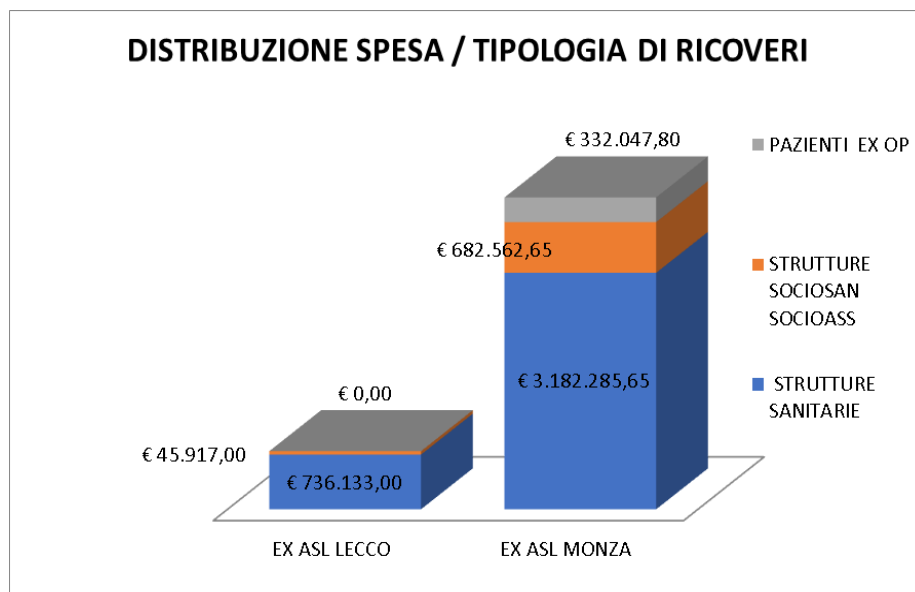
Il 38% circa delle prese in carico in NPI ha una certificazione di Alunno Disabile, dato che sembra confermare l'impegno della NPI nel favorire l'integrazione scolare/successo formativo dei minori con disabilità. Le amministrazioni comunali sono coinvolte nel 15,5 % circa dei casi in carico alla NPI: spesso tale coinvolgimento si rende necessario al fine di integrare i supporti scolastici di cui può beneficiare l'alunno con altre figure professionali (es. Assistente educatore).

Rete dei Servizi attivata dalle persone che accedono ai servizi di Neuropsichiatria infantile (valori assoluti per età e servizio attivato – sono riportati solo i servizi attivati da almeno il 2,5% degli utenti)							
Servizi della rete	00-04	05-09	10-14	15-19	20-24	Totale	%
Alunno disabile	44	559	803	361	4	1771	37,6
Amministrazioni Comunali	8	213	316	177	16	730	15,5
Certificazione di Invalidità	40	197	226	159	17	639	13,6
Protesica Maggiore	35	128	159	99	5	426	9,1
Ricoveri Ospedalieri	21	54	26	51	1	153	3,3

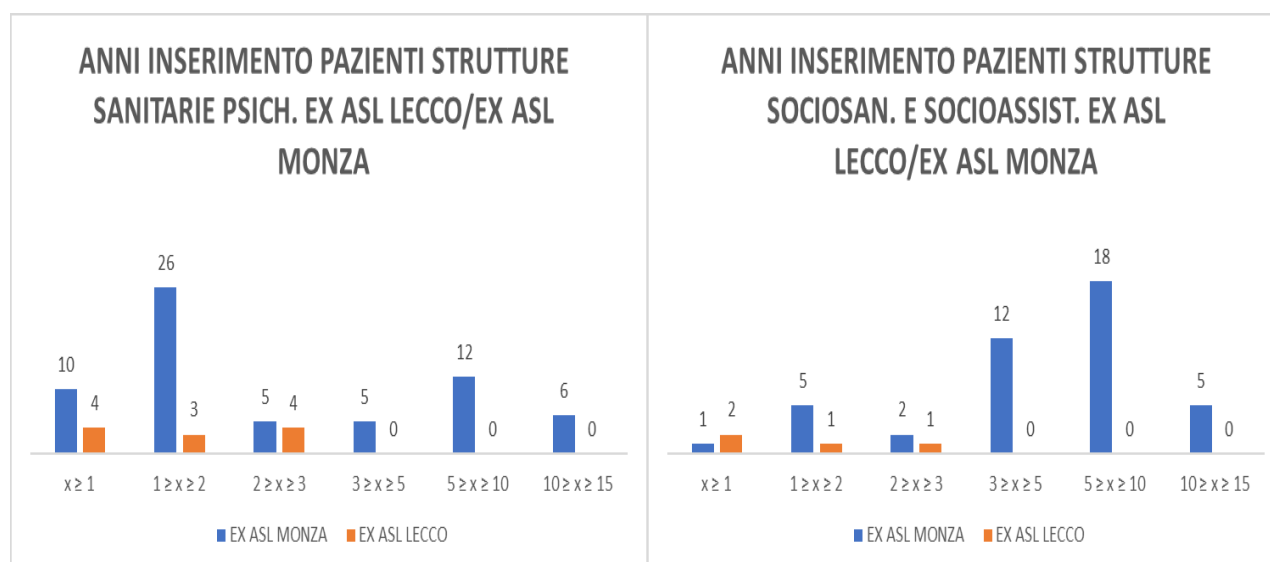
I numeri delle singole righe non si sommano al totale perché ogni soggetto può essere annoverato in più situazioni

Pazienti inseriti in strutture residenziali terapeutico-riabilitative fuori contratto (43 SAN)

La differente distribuzione territoriale della spesa, in favore di pazienti adulti, per quanto riguarda le attività regolate dalla circ. 43 san, è evidenziata nel grafico che segue: la spesa risulta prevalentemente impegnata per il territorio della ex ASL di Monza.



Anche la durata della permanenza dei pazienti nelle strutture risulta difforme fra i due territori.



CURE PRIMARIE

La situazione strutturale dei medici di medicina generale e dei pediatri dell'ATS è indicata nelle due tabelle che seguono. L'organizzazione della medicina generale risulta particolarmente strutturata sulle forme associative, con una buona presenza di personale di supporto. Una strutturazione dell'offerta di cure primarie sempre più spostata sull'associazionismo evoluto costituisce anche elemento favorente l'integrazione tra figure professionali del territorio (esempio: azioni svolte in tema di sviluppo del PreSST della Valsassina e di Meda).

ATS BRIANZA	NUMERO MMG	% su totale	ASSISTITI	n SEDI
MMG in GRUPPO	267	43%	395.929	59
MMG in RETE	320	44%	467.928	
MMG SINGOLI	113	13%	143.124	
COLLABORATORE STUDIO	280	39%	415.060	
INFERMIERE	213	33%	318.209	
TOTALE	700		1.006.981	

ATS BRIANZA	NUMERO PEDIATRI	% su totale	ASSISTITI
PDF in GRUPPO	24	17%	22.588
PDF in ASSOCIAZIONE	110	62%	100.460
PDF SINGOLI	32	21%	23.862
COLLABORATORE STUDIO	23	15%	21.956
INFERMIERE	26	18%	24.738
TOTALE	166		146.910

Il progetto CReG

L'esperienza maturata nel progetto CReG (attivo dal 2012 nell'area di Lecco e dal 2016 in quella di Monza, e che ha interessato i cittadini ed i medici indicati in tabella) risulta significativa per lo sviluppo delle attività connesse alla presa in carico del paziente cronico e al governo della domanda.

ente gestore	CITTADINI ARRUOLATI CON PAI			NUMERO MEDICI		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
COOP 1	10.900	14.300	17.700	75	86	84
COOP 2	0	0	7.400	0	0	68
COOP 3	0	0	14.400	0	0	27

Le attività erogate dai centri servizi coinvolti nella sperimentazione sono risultate le seguenti:

PRESTAZIONI	ATTIVITA' CENTRO SERVIZI				
	COOP 1		COOP 2	COOP 3	
	2014	2015	2016 (I, II e III TRIM)	II e III trim 2016	II e III trim 2016
Chiamata emergenza	0	0	1	0	0
Chiamata urgente differibile	0	0	0	0	0
Chiamata consulenza clinica senza sintomi in condizioni di gestione ordinari	7	4	4	0	0
Chiamata per informazioni di tipo amministrativo (prenotazioni, richieste varie, reclami)	1.954	3.416	4.933	583	609
Chiamata inappropriata (altro)	0	1	0	0	6
TOT. CHIAM. IN ENTRATA	1.961	3.421	4.938	583	615
Contatti per verifiche su cure e follow-up	18.364	4.967	1.645	0	3.695
Contatti per segnalazione scadenze	2.300	15.484	20.997	0	0
Contatti per prenotazione di prestazioni per conto di assistito	6.272	3.281	4.173	0	1
Verifica adesione PDTA	1.405	704	497	0	0
Verifica compliance farmacologica	3.053	546	4.319	0	0
TOT. CHIAM. IN USCITA	31.394	24.982	31.631	0	3.696

Utilizzo del farmaco generico (2016)

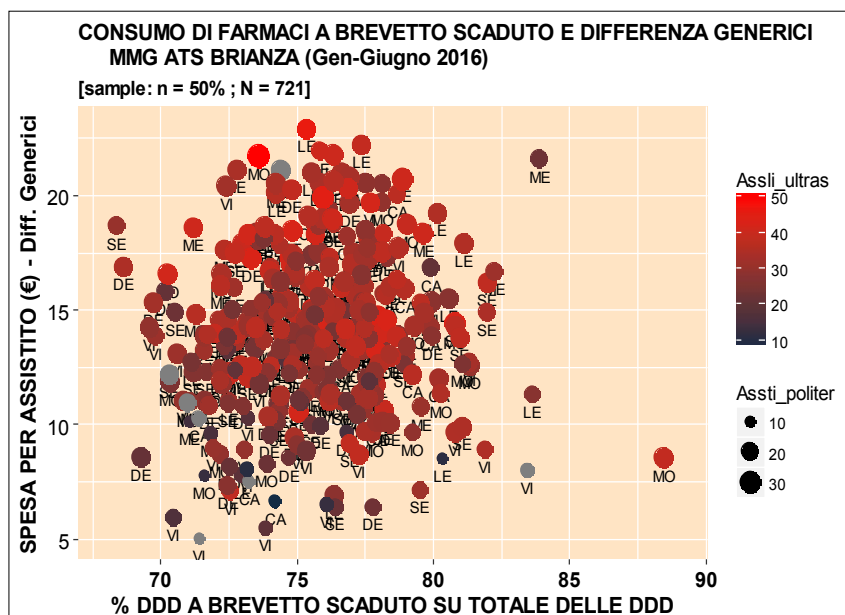
Poiché il farmaco generico consente, a parità di efficacia della cura, un significativo risparmio economico per il cittadino consumatore, potrebbe risultare di rilievo un intervento indirizzato al potenziamento della prescrittività di tale farmaco, particolarmente nelle aree a minore frequenza d'uso.

I dati in tabella mostrano un sostanziale e significativo ricorso all'uso del farmaco a brevetto scaduto. Le differenze presenti tra le varie aree, pur non essendo marcate, meritano un'analisi maggiormente approfondita per verificare quanto il ricorso al secondo livello e i relativi luoghi di erogazione dell'offerta siano direttamente proporzionali alla prevalenza d'uso. Questo in quanto da anni entrambe le disciolte ASL hanno operato per tramite dei progetti di governo clinico con i medici di medicina generale.

L'area critica su cui operare risulta in particolare essere quella della prescrizione "suggerita" e, nello specifico, la relazione con i prescrittori di prestazioni farmaceutiche, così da omogeneizzare i comportamenti prescrittivi sia a livello di specialisti che di Medici di Medicina Generale.

Distretti	Prevalenza d'uso (%)	Spesa/ass.to per Differenza Generici (€)
BELLANO	57,8%	15,5
CARATE	58,1%	14,2
DESIO	57,7%	13,8
LECCO	58,0%	15,5
MERATE	56,4%	15,3
MONZA	56,3%	14,6
SEREGNO	57,0%	14,1
VIMERCATE	57,6%	12,6
ATS Brianza	57,4%	14,5

A parità della proporzione totale di prescrizione di generici i dati del primo semestre 2016 indicano (figura successiva) che pazienti di MMG diversi consumano farmaci mediamente più costosi in proporzione differente (anche se il grafico non tiene conto delle differenti patologie gestite dal singolo medico). L'informazione offre quindi l'opportunità di organizzare azioni indirizzate ad una omogeneizzazione delle modalità di consumo.



IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA

La promozione della salute

Annualmente viene realizzato il **PIANO DEGLI INTERVENTI LOCALI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE (PIL)**, che è lo strumento di programmazione degli interventi di promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute e prevenzione di fattori di rischio comportamentali nei contesti di comunità. Il processo di pianificazione integrata locale si fonda su principi, concetti e aree di azione delineati dalle Conferenze Globali sulla Promozione della Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

I principali valori guida sono rappresentati da:

- salute e benessere,
- empowerment e progettazione partecipata,
- advocacy e sostegno alla causa della salute,
- equità.

Ambienti di lavoro

La "Promozione della Salute negli ambienti di lavoro" (Workplace Health Promotion - WHP) si basa sulla cooperazione multisettoriale e multidisciplinare e prevede l'impegno di tutti i soggetti chiave attraverso la combinazione di: miglioramento dell'organizzazione del lavoro e dell'ambiente di lavoro; promozione della partecipazione attiva; sostegno allo sviluppo personale. Le aziende che aderiscono al programma si impegnano a costruire un contesto che favorisce l'adozione di comportamenti e scelte positive per la salute.

Nel 2016 alla rete WHP della ATS Brianza (sviluppata in collaborazione con Assolombarda Confindustria Milano Monza e Brianza, Confindustria Lecco e Sondrio e API di Lecco) avevano aderito n.41 siti aziendali che vedevano coinvolti 17.127 lavoratori. Nel primo semestre 2017 sono state reclutate 8 nuove aziende per un totale di 49 aziende (38 nella provincia di Monza e 18 nella provincia di Lecco).

Un importante valore aggiunto è stato dato dal piano territoriale di conciliazione con cui si collabora per sviluppare azioni che favoriscano una migliore conciliazione delle responsabilità lavorative e di quelle familiari.

Tipologia	numero
lavoratori coinvolti dal programma WHP	17.127
aziende coinvolte nel programma WHP	41
lavoratori coinvolti nel programma conciliazione famiglia lavoro	4.542
micro-piccole imprese coinvolte nel programma conciliazione famiglia lavoro	95
altre imprese coinvolte nel programma conciliazione famiglia lavoro	25
mense Scuole paritarie coinvolte nella campagna di promozione pane senza contenuto di sale	173
mense strutture Sanitarie e Sociosanitarie coinvolte nella campagna di promozione pane senza contenuto di sale	98
panificatori aderenti	166

Le aziende predispongono il Profilo di salute che raccoglie un set di informazioni che permettono alla azienda di osservare e descrivere il proprio contesto in riferimento al programma "Aziende che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia", al fine di mettere in atto un processo di miglioramento.

I dati raccolti permettono di individuare gli ambiti sui quali intervenire attraverso il riorientamento delle policy/strategie in essere e l'attivazione delle pratiche raccomandate dal programma (alimentazione, conciliazione, fumo, attività fisica, contrasto alle dipendenze).

Scuola

E' stata costruita una **Rete di Scuole che Promuovono Salute** che definiscono il loro profilo di salute e pianificano il proprio processo di miglioramento adottando un approccio globale articolato in quattro ambiti strategici di intervento:

1. sviluppo delle **competenze individuali**, potenziando conoscenze e abilità;

2. qualificazione dell'ambiente sociale, promuovendo clima e relazioni positive
3. miglioramento dell'ambiente strutturale e organizzativo
4. rafforzamento della collaborazione comunitaria, costruendo alleanze positive

All'interno del piano integrato di lavoro di promozione della salute è attivo un progetto su bullismo e cyber bullismo in collaborazione con la rete di scuole che promuovono salute e la rete dei consultori.

ATS è impegnata nella governance del Bando dedicato agli Enti Locali per lo sviluppo e il consolidamento di azioni di **contrasto al gioco d'azzardo** (L.R. 8/2013) in accordo con l'Assemblea dei Sindaci garantendo diverse attività (partecipazione ai gruppi di progetto, raccordo tra progetti e con i servizi, raccolta e restituzione dati sui progetti Gap, competenza sulla tematica delle dipendenze e sulle azioni di prevenzione-promozione della salute). Un report sulle attività sin'ora attuate sul territorio è stato condiviso con tutti gli attori impegnati nei progetti (Comuni, terzo settore, associazioni di volontariato, ecc). Sono stati raggiunti **71.806 cittadini** del territorio di ATS Brianza.

La prevenzione delle dipendenze (alcol, tabacco, droghe, gioco d'azzardo e comportamenti aggressivi) è svolta nelle scuole di tutto il territorio della ATS attraverso i programmi regionali LIFE SKILL TRAINING e UNPLUGGED e il programma di *peer education*. Vengono raggiunti da questi programmi ogni anno circa **4.500 studenti e 300 insegnanti**.

All'interno del PIL è previsto il progetto ALTRI PERCORSI che mira ad integrare le attività previste nell'accordo Prefettura per la presa in carico di giovani segnalati ai sensi dell'art. 75 e 121 DPR. 309/90 (giovani segnalati per uso di sostanze), con quelle del protocollo Prefettura-Scuola. Quest'ultimo prevede un accordo tra i servizi delle dipendenze, la scuola e la Prefettura su percorsi rivolti ad adolescenti e giovani che usano sostanze psicotrope.

Comunità

I programmi di comunità vedono l'impegno dell'ATS in differenti ambiti d'intervento:

- la manutenzione dei Gruppi di Cammino, particolarmente diffusi in alcune aree territoriali;
- le azioni a sostegno di interventi per promuovere una corretta alimentazione; con il coinvolgimento dei servizi ATS dedicati, di una Rete di associazioni per la diffusione di concrete opportunità di acquisto e preparazioni, e della ristorazione pubblica per un'offerta organizzata di alimenti salutari;
- l'attivazione di gruppi di popolazione che acquisiscano competenze per migliorare il proprio benessere e che fungano da facilitatori per diffondere le informazioni alle fasce più deboli
- il consolidamento delle attività di medicina sportiva.

Per favorire l'empowerment di comunità (processo attraverso il quale le persone acquisiscono maggior controllo sulle proprie decisioni e sulle azioni che influenzano la propria salute) sono stati adottati diversi meccanismi tra cui l'attivazione dei Gruppi di Cammino (GdC), progetto finalizzato a favorire l'attività fisica nella popolazione adulta e anziana. Il "capitale sociale" (rete di persone che interagiscono tra di loro unendosi per il raggiungimento di uno scopo altrimenti non raggiungibile) presente nella comunità ha permesso di attivare nel tempo gruppi di cammino sempre più numerosi.

Partecipanti Gruppi di Cammino anno 2016

	LC	MB	ATS
Gruppi di cammino	53	25	78
Partecipanti	2.876	1.686	4.562
Partecipanti > 65aa	1.588	1.537	3.125
Popolazione residente 65-74 aa ISTAT	37.965	92.233	130.198
Tasso di adesione per 100 residenti	4,2	1,7	2,4

Primi 1000 giorni di vita

Il programma ATS per i "Primi 1000 giorni di vita" ha riguardato, in particolare:

- l'informazione e il sostegno dell'allattamento al seno;
- l'attivazione del progetto LEGGI PER ME in collaborazione con i pediatri di famiglia;
- le progettualità di counselling per aiutare le mamme a smettere di fumare;

- la promozione di incontri sul tema della sicurezza dei bambini in auto e sulla prevenzione degli incidenti domestici;
- le attività riconducibili al Percorso nascita, in particolare con la stesura di una Carta dei Servizi integrata per le tre ASST.

Cronicità

Rilevante è l'intervento sulla cronicità, intervento ad alta integrazione tra ATS e ASST secondo i ruoli attribuiti dalla L.R. 23/2015. I diversi progetti sviluppati si focalizzano sulla promozione di stili di vita protettivi nel paziente cronico in fase preclinica o iniziale, attraverso azioni di sensibilizzazione sui fattori di rischio comportamentali nella fase di presa in carico individuale di pazienti cronici. Particolare attenzione è stata dedicata alla patologia diabetica, grazie ad una forte alleanza con i Centri diabetologici.

Interesse ed attività sono state dedicate alla disassuefazione tabagica ed alla prevenzione delle dipendenze.

Tipologia	numero
pazienti diabetici coinvolti nella campagna "in cammino per cambiare il diabete"	1.280
pazienti a cui è stato rilevato un cambiamento dopo la campagna "in cammino per cambiare il diabete"	600
cittadini coinvolti nella sensibilizzazione per la giornata mondiale senza tabacco	54.702
pazienti ospedalieri sottoposti a Screening con il test di Fagerstrom per la dipendenza tabagica	28
counselling breve antitabagico per pazienti fumatori	17
fumatori che hanno partecipato ad un percorso di disassuefazione	183
operatori Sanitari formati sul Counselling Motivazionale Breve	27
pazienti oncologici coinvolti nella sensibilizzazione su sani stili di vita	1.500
pazienti Cardiologici con percorso informativo stili di vita	325
soggetti, a seguito del fermo per guida in stato di ebbrezza, invitati alla partecipazione ai gruppi per favorire un aumento della consapevolezza dei rischi correlati al consumo di alcool	304
pazienti con dipendenza da Alcool/Sostanze/Gioco d'azzardo coinvolti gruppi di cammino e montagnaterapia	50

Le prospettive

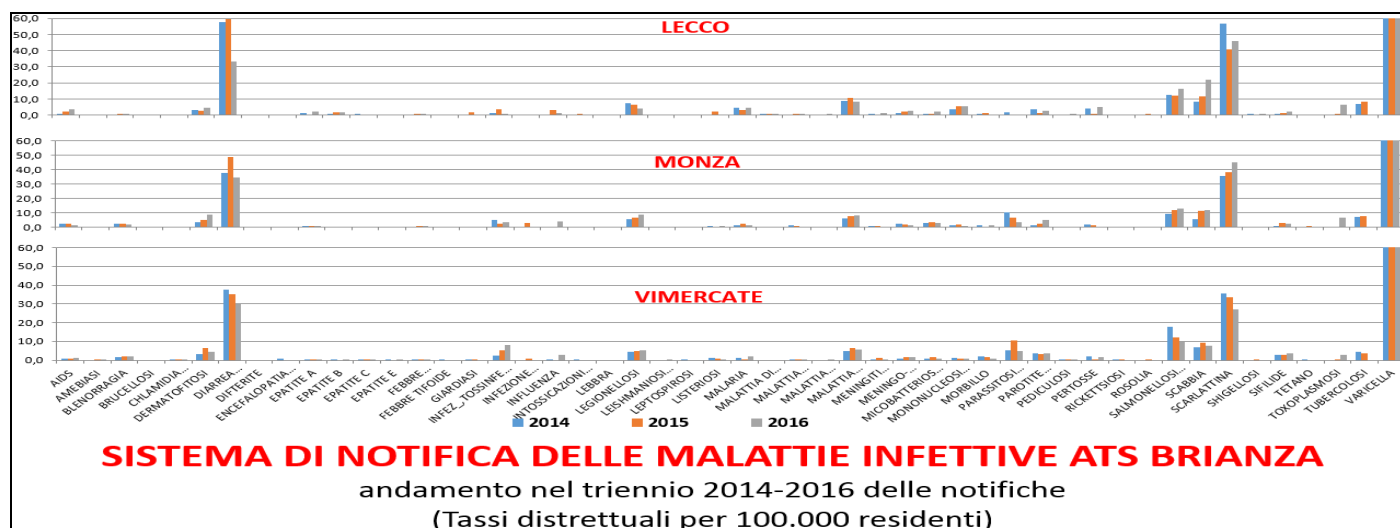
Il Piano Integrato Locale di Promozione della Salute nel 2016 ha avuto l'obiettivo di valorizzare i progetti attivi nei territori delle ex ASL affinché si fondessero in un unicum. Compito del PIL 2017 è quello di selezionare e integrare gli interventi secondo le cinque aree tematiche, di sviluppare azioni coerenti con il piano regionale della prevenzione e le indicazioni sulla gestione della cronicità e fragilità segnalate dalla DGR n. 4662/2015.

Inoltre sarà fondamentale sviluppare alleanze con il mondo associativo di categoria, per quanto riguarda la diffusione del "pasto sano fuori casa" nella ristorazione collettiva, e con aziende e amministrazioni per sviluppare politiche di miglioramento degli ambienti di vita e di lavoro.

La sorveglianza delle malattie infettive

Il sistema regionale di sorveglianza delle malattie infettive e diffuse (MAINF), alimentato dai medici di Istituti di Ricovero e Cura, dai Medici di Medicina Generale e dai Pediatri di Famiglia, permette di osservare le modalità con cui le malattie si manifestano sul territorio e di programmare eventuali interventi mirati di prevenzione e controllo dei casi secondari in collettività.

I grafici che seguono sintetizzano per tutte le malattie notificate nel triennio 2014-2016 i tassi per 100.000 residenti (i valori per la varicella sono fuori scala perché estremamente più elevati in ragione della grande diffusione della malattia di cui solo recentemente è stato introdotto il vaccino).



Gli operatori del DIPS conducono le inchieste epidemiologiche, con l'obiettivo di osservare le modalità con cui le malattie stesse si manifestano e verificano se vi sia stato il rischio di contagio per le persone venute a stretto contatto con il malato. Per le malattie per le quali è necessario prevenire o limitare la diffusione del contagio, come la tubercolosi polmonare, alcune forme di meningite batterica, l'epatite virale A e la scabbia, vengono attivati interventi di profilassi con vaccinazioni o con farmaci, in collettività familiari, scolastiche e lavorative. Inoltre, gli operatori del DIPS controllano le fonti e veicoli/vettori di trasmissione, quali ad esempio, alimenti, acque, procedure diagnostiche o terapeutiche, artropodi.

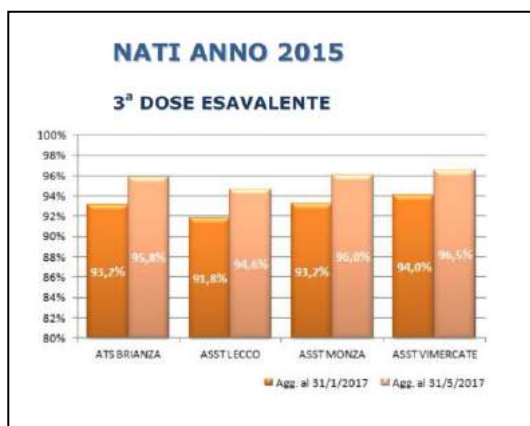
La tabella che segue illustra nell'ATS il carico di malattia, con ordinamento decrescente, per le 10 patologie più frequentemente notificate nelle varie classi di età: la grande maggioranza dei casi (oltre ¾ del totale) riguarda bambini di età compresa tra 0 e 14 anni.

ATS Brianza - Stratificazione per classi di età e patologie: ordinamento decrescente per singola classe - Anno 2016					
Rango	00-14 anni	15-24 anni	25-64 anni	65+ anni	Totale
1	VARICELLA [n=2261] [69,8%]	SCABBIA [n=42] [32,3%]	VARICELLA [n=115] [21,1%]	DIARREA INFETTIVA [n=157] [45,2%]	VARICELLA [n=2405] [56,4%]
2	SCARLATTINA [n=459] [14,2%]	VARICELLA [n=27] [20,8%]	SCABBIA [n=65] [11,9%]	MALATTIA INVASIVA PNEUMOCOCCICA [n=59] [17%]	SCARLATTINA [n=462] [10,8%]
3	DIARREA INFETTIVA [n=239] [7,4%]	INFEZ., TOSSINFEZIONI E INTOSS. ALIM. [n=11] [8,5%]	TUBERCOLOSI [n=48] [8,8%]	LEGIONELLOSI [n=49] [14,1%]	DIARREA INFETTIVA [n=437] [10,3%]
4	SALMONELLOSI NON TIFOIDEE [n=76] [2,3%]	MONONUCLEOSI INFETTIVA [n=10] [7,7%]	SIFILIDE [n=39] [7,2%]	SALMONELLOSI NON TIFOIDEE [n=34] [9,8%]	SCABBIA [n=161] [3,8%]
5	DERMATOFITOSI [n=54] [1,7%]	DIARREA INFETTIVA [n=8] [6,2%]	SALMONELLOSI NON TIFOIDEE [n=38] [7%]	TUBERCOLOSI [n=23] [6,6%]	SALMONELLOSI NON TIFOIDEE [n=156] [3,7%]
6	PARASSITOSI INTESTINALE E NON [n=50] [1,5%]	TUBERCOLOSI [n=8] [6,2%]	INFEZ., TOSSINFEZIONI E INTOSS. ALIM. [n=37] [6,8%]	MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARE [n=16] [4,6%]	MALATTIA INVASIVA PNEUMOCOCCICA [n=86] [2%]
7	SCABBIA [n=43] [1,3%]	SALMONELLOSI NON TIFOIDEE [n=8] [6,2%]	DIARREA INFETTIVA [n=33] [6,1%]	SCABBIA [n=11] [3,2%]	TUBERCOLOSI [n=81] [1,9%]
8	PAROTITE EPIDEMICA [n=39] [1,2%]	MALARIA [n=7] [5,4%]	LEGIONELLOSI [n=26] [4,8%]	MENINGO-ENCEFALITE VIRALE [n=9] [2,6%]	LEGIONELLOSI [n=75] [1,8%]
9	PERTOSSE [n=24] [0,7%]	MENINGO-ENCEFALITE VIRALE [n=5] [3,8%]	MALATTIA INVASIVA PNEUMOCOCCICA [n=22] [4%]	INFEZ., TOSSINFEZIONI E INTOSS. ALIM. [n=8] [2,3%]	DERMATOFITOSI [n=69] [1,6%]
10	MONONUCLEOSI INFETTIVA [n=17] [0,5%]	DERMATOFITOSI [n=5] [3,8%]	BLENNORRAGIA [n=22] [4%]	LISTERIOSI [n=5] [1,4%]	PARASSITOSI INTESTINALE E NON [n=58] [1,4%]
TOTALE GENERALE	3241	130	544	347	4262

L'Unità Operativa Promozione della Salute Prevenzione dei fattori di rischio comportamentali e Medicina Interculturale ha proseguito la sorveglianza dei richiedenti asilo internazionali giunti sul territorio di competenza della ATS. E' in costante aumento il numero dei profughi giunti sul territorio della ATS: 1.030 prime visite sindromiche (e test

Mantoux) sono state erogate nei primi sei mesi del 2017 (tutti i nuovi arrivati sono stati visitati per escludere la presenza di malattie contagiose per la collettività), circa il 50% dei soggetti ha necessitato di visite di secondo livello. Nel 2017 sono stati realizzati 1.720 colloqui di counselling pre e post test e sono stati effettuati 850 accertamenti sanitari per le infezioni a trasmissione sessuale. Dal Gennaio 2017 presso l'Unità Operativa Promozione della Salute Prevenzione dei fattori di rischio comportamentali e Medicina Interculturale sono stati individuati 9 nuovi soggetti HIV positivi.

La promozione e il monitoraggio dell'offerta vaccinale

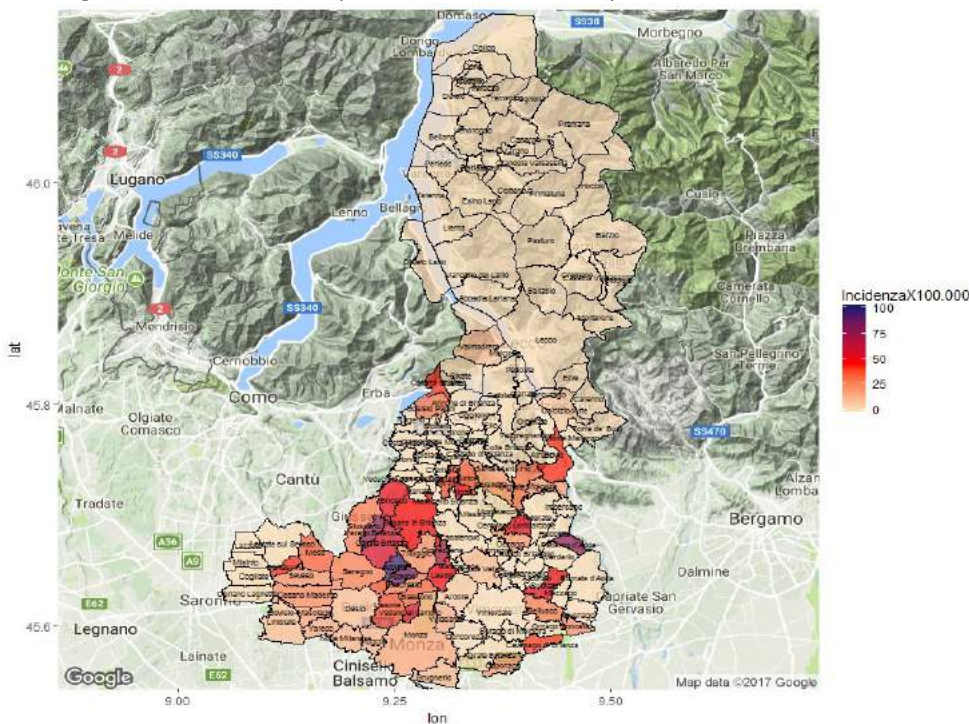


Le vaccinazioni costituiscono uno dei più importanti, sicuri ed efficaci strumenti di sanità pubblica per la prevenzione e la lotta alle malattie infettive. Tanto più alto è il numero di persone vaccinate, tanto meno le malattie infettive possono diffondersi all'interno della collettività.

Il territorio dell'ATS Brianza si trova a vivere attualmente in una situazione di potenziale diffusione di malattie facilmente prevenibili con le vaccinazioni. Il 4,2% dei bambini di due anni (al 30 maggio 2017) residenti nell'ATS non risulta coperto per difterite, tetano, epatite B, poliomelite, pertosse, hemophilus b (il cosiddetto vaccino esavalente), e il 6,9% è esposto, perché non vaccinato, al rischio di contrarre morbillo, rosolia e parotite.

Le vaccinazioni raccomandate e gratuite secondo il calendario dell'età pediatrica sono state offerte, nel corso del 2016, ai residenti o domiciliati sul territorio di ATS, attraverso la rete degli ambulatori vaccinali, grazie anche alla collaborazione dei Pediatri di Famiglia.

L'epidemia di morbillo che ha interessato l'ATS è sintetizzata nell'immagine che segue: a fronte di una malattia che avrebbe dovuto essere eradicata, il basso tasso di vaccinazione ha favorito la recrudescenza che è sintetizzata nell'immagine in termini di casi per 100.000 residenti (primi 6 mesi 2017).



Particolare attenzione viene riservata anche all'offerta della vaccinazione ai soggetti appartenenti alle categorie a rischio, attraverso il coinvolgimento dei Medici di Famiglia.

Copertura vaccinale in soggetti di età pari o superiore ai 65 anni

	Lecco	Monza e Vimercate	Totale
Popolazione (dato ISTAT)	76.002	185.409	261.411
Vaccinati*	33.139	111.104	144.243
Copertura	43,60%	59,92%	55,18%

La prevenzione delle malattie oncologiche

I tumori del colon-retto e della mammella sono tra i più frequenti e rappresentano, tra le cause di morte, una quota decisamente significativa. Nel territorio dell'ATS della Brianza sono presenti i programmi di screening per la prevenzione di questi due tumori attraverso l'offerta attiva, periodica, di un test diagnostico o di un esame affidabile e garantendo poi, in caso di positività, un iter diagnostico e terapeutico equo e di qualità.

Lo screening del cancro della mammella è rivolto alle donne asintomatiche residenti in età compresa tra i 50 e i 69 anni: nel corso dell'anno sono state invitate allo screening complessivamente 69.645 donne, tra queste 41.209 hanno aderito all'invito (grazie al lavoro di promozione delle attività, l'adesione allo screening è in progressivo aumento, ed ha raggiunto poco meno del 70% delle donne contattate). Sono stati identificati precocemente circa 5 tumori ogni 1000 donne sottoposte a screening. Nel 2015 sono state richiamate per approfondimenti 1981 donne, di queste ne sono state operate con diagnosi di malignità 212, 152 delle quali avevano un tumore invasivo di dimensioni inferiori o uguali a 2 cm.

Lo screening del tumore del colon-retto attraverso la ricerca del sangue occulto nelle feci è un'iniziativa di prevenzione oncologica rivolta ad una popolazione di residenti asintomatici, uomini e donne in età compresa tra i 50 e i 69 anni. Tra le 75.890 persone che nel corso del 2015 hanno aderito, 3.432 sono stati i positivi richiamati per gli approfondimenti di secondo livello (colonscopia), e tra essi 75 hanno avuto diagnosi di cancro, 533 di adenoma avanzato e 789 di adenoma iniziale.

Per prevenire il tumore della cervice uterina è raccomandata l'effettuazione del Pap-Test ogni tre anni per le donne di età compresa tra 25 e 64 anni. L'offerta è assicurata su tutto il territorio della ATS mediante la rete dei consultori familiari, degli ambulatori specialistici e delle diagnostiche delle aziende sanitarie.

Dal 2008 viene anche offerta, con chiamata attiva, la vaccinazione anti Papilloma Virus (HPV) alle dodicenni

Le prospettive

Sono necessarie: un rafforzamento della qualità del programma di screening, la predisposizione di azioni mirate all'incremento dell'adesione anche della popolazione più svantaggiata, un aumento ulteriore dell'adesione alla vaccinazione anti HPV per le ragazze dodicenni. Dal 2017 è previsto l'avvio su tutto il territorio regionale dell'estensione dei programmi di screening, ampliando l'offerta: per lo screening mammografico da 50-69 anni a 45-74 anni, per lo screening del colon-retto da 50-69 anni a 50-74 anni.

La prevenzione e sicurezza negli ambienti di vita

Il DIPS effettua vigilanza e controllo negli ambienti di vita (trasporto sanitario, attività di servizi alla persona, carcere, strutture ricettive, strutture per l'istruzione e la cultura, strutture ricreative e sportive), sulle strutture sanitarie, sulle strutture socio sanitarie, sulle strutture sociali (infanzia, assistenza diurna per minori disabili, area anziani), e sugli ambienti ad alta frequentazione della collettività (Grande Distribuzione Organizzata, Centri Commerciali), oltre alla attività svolta in seguito alle segnalazioni di intossicazioni (da monossido di carbonio) ed al controllo delle etichette dei prodotti cosmetici e di prodotti che possono creare false aspettative o potenziali danni alla salute.

Sono stati **2.437** i controlli complessivamente effettuati nel 2016, di cui, tra l'altro,:

- **643** presso **strutture sanitarie** (ospedali, ambulatori, associazioni di trasporto);
- **246** presso **strutture socio assistenziali** (nidi, centro diurni per disabili o anziani);
- **128** in **strutture socio sanitarie** (case di riposo)
- **103** in **strutture scolastiche**;
- **59** in **piscine**;
- **166** in attività di **estetisti e tatuatori**
- **44** **etichettature di prodotti cosmetici**

La tutela della salute del consumatore

Un'attività di costante sorveglianza e vigilanza in ambito alimentare consente di evitare importanti problemi di salute pubblica. Il controllo continuo sulle acque destinate al consumo umano evita il pericolo di assunzione di elementi chimici o microbiologici che potrebbero, nel tempo, produrre un incremento di alcune patologie nella popolazione. Lo sviluppo ed il potenziamento della vigilanza fondata sui principi dell'audit e dell'assistenza alle imprese, consentirà l'accrescimento di una cultura della prevenzione tra gli operatori del settore. I molteplici interventi in campo nutrizionale contribuiscono a sensibilizzare gruppi mirati e la popolazione in generale a comportamenti e scelte salutari.

Si effettua attività di vigilanza e controllo sulle strutture di produzione, trasformazione, distribuzione di prodotti alimentari sia pubbliche che collettive ed in particolare presso attività che possono costituire rischi per la salute del consumatore stimate a più alto rischio (grado 1) (carcere, ristoranti, mense scolastiche e di strutture sanitarie, strutture socio sanitarie, strutture sociali, ambienti ad alta frequentazione della collettività).

ANNO DI RIFERIMENTO	2014	2015	2016
N° STABILIMENTI CONTROLLATI SU PROGRAMMA O PER ALTRO MOTIVO	3.222	3.316	3.240
N° CONTROLLI UFFICIALI	3.660	3.680	3.928
% STABILIMENTI CONTROLLATI	24%	24%	23%
N° CONTROLLI CON NC RISCONTRATE	897	973	1.041
N° MEDIO ACCESSI PER STABILIMENTO	2,6	2,7	2,7
N° STABILIMENTI CON NC	836	863	890
% STABILIMENTI CON NC	29%	30%	33%

In ambito nutrizionale nel 2016 sono stati effettuati poco meno di 1.000 counselling nutrizionali, sono state consegnate 370 diete speciali e 279 diete standard, sono stati realizzati 60 audit di controllo nutrizionale; ed è proseguita l'attività di promozione e di sensibilizzazione alla produzione e al consumo di pane con un ridotto contenuto di sale.

La tutela della salute del lavoratore

La prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e la sicurezza negli ambienti di lavoro si sviluppa secondo le seguenti principali linee di intervento:

- vigilanza programmata in Aziende appartenenti ai comparti più a rischio;
- Piani Mirati di Prevenzione;
- verifica della sicurezza impiantistica, sulle tipologie d'impianti che risultano a maggior rischio.

PIANO MIRATO PREVENZIONE	DITTE COINVOLTE	PARTECIPAZIONE AI SEMINARI	PERCENTUALE
Abbassa l'indice	89	36	40 %
Attività del Medico Competente	184	42	22 %
Sovraccarico biomeccanico arti superiori	166	39	23 %
totale	439	117	27 %

Si evidenzia il ridotto numero di segnalazioni provenienti da medici di medicina generale e medici specialisti relativamente alle malattie professionali; i dati confermano la necessità di procedere nella direzione dell'emersione del fenomeno tecnopatico con progressivo e crescente coinvolgimento di queste categorie di sanitari. A tale proposito dal 2016 si sono tenuti incontri con i medici di base in collaborazione con INAIL per promuovere l'invio delle denunce di malattia professionale.

VETERINARIA E SICUREZZA DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE

L'attività volta ad assicurare la sanità animale è sintetizzata nella tabella che segue, che rappresenta l'attività di controllo svolta nel 2016:

Controllo delle malattie infettive a carattere zoonosico	N° capi controllati
Profilassi della Tuberculosis Bovina	6.337
Profilassi della Brucellosi bovina e ovi-caprina	7.367
Prevenzione TSE bovina e ovi-caprina	196
Controllo prevenzione ed eradicazione dell'influenza aviaria	1.017
Controllo della salmonellosi negli allevamenti avicoli	8
Profilassi della Leucosi Bovina	2.588
Profilassi della Blue Tongue bovina	2.301
Controllo della malattia vescicolare dei suini (MVS)	2.812
Monitoraggio della malattia di Aujeszky negli allevamenti di suini	3.188
Controlli della Varroa e delle Pesti negli apiari denunciati	32
Controllo dell'Anemia infettiva degli equini	1.372
Campionamenti per piano nazionale alimenti per animali (PNAA)	480

Sono stati effettuati controlli su Benessere degli animali allevati, Farmacosorveglianza veterinaria, Alimentazione degli animali, Sottoprodotti e prodotti derivati di origine animale e Riproduzione animale, che nel corso del 2016 hanno dato gli esiti di seguito indicati:

Controlli relativi a Benessere degli animali allevati, Farmacosorveglianza veterinaria, Alimentazione degli animali, Sottoprodotti e prodotti derivati di origine animale e Riproduzione animale	2.016
Totale controlli	960
non conformità riscontrate	17
sanzioni	7
Campionamenti per piano nazionale alimenti per animali (PNAA)	159
campioni positivi	2

I controlli sugli alimenti di origine animale sono stati effettuati presso tutte le imprese riconosciute ai sensi del Regolamento 853/2004 e quelli sulle imprese registrate ai sensi del regolamento 852/2004.

Ispezioni in stabilimenti riconosciuti	816
Ispezioni in stabilimenti registrati	734
Audit	72
Controlli congiunti con altri Servizi ASL o altre Autorità competenti	52

Animali di affezione

Per il settore degli animali d'affezione è operativa l'anagrafe regionale (AAA), ovvero il sistema informativo che permette la registrazione obbligatoria dei cani, solo per l'espatrio di gatti e furetti, che viene implementata dai Dipartimenti di prevenzione veterinari delle ATS, dai medici veterinari liberi professionisti accreditati e dai Comuni. Nella tabella seguente sono esplicitate le attività, effettuate nell'anno 2016, relative agli animali presenti nelle provincie di Monza e Lecco.

Attività Anagrafe Animali d'Affezione 2016	LECCO	MONZA
Prime iscrizioni	503	2.001
Catture	542	1.105
Passaporti rilasciati	942	1306
Cessioni	10	356
Affidi	20	135
Morsicature	134	492
Certificati Espatrio	12	40

L'attività svolta da parte del personale del Dipartimento Veterinario assicura il mantenimento dell'attuale stato di indennità del Territorio nei confronti delle principali malattie degli animali, garantisce la salvaguardia degli allevamenti e della fauna selvatica al fine di tutelare la salute pubblica, consente la libera circolazione degli animali e dei loro prodotti e tutela la produttività e il mantenimento della biodiversità. Il mantenimento delle condizioni di igiene e sicurezza degli alimenti di origine animale, attraverso l'attuazione del controllo ufficiale di processo e di prodotto delle filiere agroalimentari, ha lo scopo di garantire la qualità e la sicurezza dei prodotti sia destinati al consumo locale sia all'esportazione.

PRIME INDICAZIONI DI PROGRAMMAZIONE

Come si è già anticipato in Introduzione, questo documento rappresenta un primo tentativo di indirizzare la programmazione dei servizi sanitari e sociosanitari della ATS avendo scelto come criterio guida il criterio del bisogno, ben consapevoli che l'uso di tale criterio deve essere concepito eventualmente come elemento di prioritizzazione nel processo programmatico ma non come fattore di esclusione di attività che trovano la loro motivazione altrove (altri criteri guida, adempimenti, normative, ...).

Il documento, inoltre, arriva in un momento in cui il management della ATS è attivo da oltre 18 mesi, periodo di tempo ricco di attività programmatiche che hanno interessato, in particolare, le seguenti aree: la gestione della fase di transizione relativa al nuovo assetto aziendale, la contrattazione collettiva integrata aziendale, l'integrazione dei sistemi informativi delle due ASL che hanno formato l'ATS Brianza, la gestione dei rapporti istituzionali a livello territoriale in relazione ai nuovi assetti organizzativi. Tali attività sono state documentate in dettaglio nel documento della ATS Brianza inviato in data 25.8.2017 alla DG Welfare di Regione Lombardia e non verranno riprese in questo scritto se non per l'eco che esse hanno relativamente allo specifico tema del bisogno.

L'analisi che è stata condotta della attuale organizzazione dei servizi aveva la pretesa di essere contemporaneamente quantitativa ed esaustiva, almeno con riferimento ai flussi informativi oggi esistenti: è sufficiente uno sguardo di insieme ai risultati proposti nel precedente capitolo per evidenziare le difficoltà incontrate nell'aderire ad entrambi i requisiti. Se l'obiettivo della esaustività, da una parte, si può considerare raggiunto per quanto riguarda l'esame dei servizi sanitari e sociosanitari, ma solo lontanamente evocato (in alcuni suoi, limitati, accenti) sul versante dei servizi più strettamente sociali, non altrettanto si deve dire dell'obiettivo quantitativo, che anche per i servizi sanitari e sociosanitari trova serie difficoltà di realizzazione con riferimento alla valutazione del bisogno per via della attuale struttura dei sistemi informativi esistenti, che risultano in larga parte adeguati solo per la descrizione delle attività erogate.

La prima considerazione programmatica che ne deriva rimanda quindi alla esigenza di una riflessione complessiva sullo stato delle informazioni disponibili, sia a livello della ATS Brianza che, più in generale, a livello dell'intera Regione Lombardia. Non si tratta semplicemente di migliorare lo stato dei flussi informativi esistenti, per altro già molto buono in paragone a ciò che si osserva in altre regioni e territori del nostro paese, ma vi è necessità, prioritariamente, di intervenire per colmare quelle lacune informative (locali e regionali) che impediscono di valutare con completezza ed affidabilità lo stato della organizzazione dei servizi, con particolare attenzione ad alcune attività sociosanitarie e sociali. E' una riflessione che ATS Brianza in prima persona può condurre con riferimento specifico al proprio territorio ed alle proprie particolari esigenze informative, ma è una riflessione che per sua natura deve chiamare in causa direttamente anche le altre ATS della regione (non foss'altro che per affrontare correttamente ed esaustivamente il tema della mobilità dei cittadini e della dislocazione dei servizi sul territorio) e la Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia. Un aiuto rilevante in proposito è già contenuto nella l.r. 23/2015 (art. 5bis) con la previsione della istituzione di un osservatorio epidemiologico regionale all'interno della DG Welfare.

Come risultato della analisi sono emersi tre livelli di intervento programmatico, come anticipato in Introduzione, che in funzione del differente peso assegnato alle attività da condurre da parte di DG Welfare e ATS Brianza possiamo indicare con i termini “argomenti di sistema”, “argomenti di programmazione condivisa”, e “argomenti di governance territoriale”. Nel seguito vengono dettagliati, esemplificativamente ma senza esaurire le tematiche programmatiche, alcuni argomenti che l’analisi condotta ha messo in evidenza.

Argomenti di sistema (DGW e ATS con responsabilità DGW)

Rientrano nel paragrafo “argomenti di sistema” quell’insieme di attività programmatiche che fanno ricadere l’onere prioritario dell’azione sulla DG Welfare, con ATS Brianza che svolge un ruolo prevalentemente di supporto territoriale. Si tratta di attività e problematiche programmatiche che non possono essere risolte (o sarebbe errato il farlo) nell’ambito esclusivo di ATS Brianza perché implicano analisi, valutazioni e decisioni che coinvolgono territori più ampi di questa ATS se non addirittura l’intera Regione Lombardia nel suo complesso.

Due sono le aree che, prioritariamente ed esemplificativamente, si ritiene di segnalare: il governo della rete ospedaliera, con particolare riferimento agli eccessi riferiti alla presenza di reparti di alta specializzazione nel territorio della ATS Brianza, da una parte; il governo della rete delle residenze sanitarie per anziani (RSA), dall’altra, per via della (opposta) situazione di deficit di offerta che si registra nella ATS.

In un contesto territoriale che vede complessivamente la presenza di una rete ospedaliera che, seppure eterogeneamente distribuita nei distretti della ATS, rispetta dettami quantitativi condivisi a livello regionale (in termini, ad esempio, di posti letto ogni 1000 abitanti), il confronto tra il numero di strutture di alta specializzazione presenti (Servizi di Emodinamica, U.O. di Cardiocirurgia, di Neurochirurgia, di Chirurgia Vascolare, di Chirurgia Toracica) e le indicazioni programmatiche fornite dal DM 70/2015 evidenzia un eccesso di offerta nel territorio della ATS. E’ evidente che nel ragionare sulla copertura del fabbisogno si deve tenere conto del posizionamento geografico delle strutture della ATS Brianza, ma anche della vicinanza di numerose altre strutture specialistiche localizzate nell’ATS della Città Metropolitana e del ruolo complessivo che l’intera rete di offerta di alta specializzazione svolge per tutta la popolazione lombarda e non solo per quella residente nella ATS Brianza, così come della eterogeneità della distribuzione dell’offerta entro i tre distretti della ATS. Si tratta di argomenti che devono fare rivalutare in una ottica più generale l’analisi riferita alla sola ATS della Brianza, in particolare per le Alte Specialità ma anche per qualche specialità ordinaria.

Non va trascurata, però, nemmeno l’eterogeneità che caratterizza il tema complessivo del ricovero ospedaliero nei tre distretti della ATS, con particolare attenzione all’ambito di Bellano, con l’obiettivo di individuare da una parte le ragioni dell’eterogeneità e dall’altra eventuali azioni di riequilibrio del tasso di ospedalizzazione (si vedano successivamente anche le considerazioni su POT e letti per sub-acuti).

Di segno opposto si presenta invece il governo della rete delle residenze sanitarie per anziani (RSA), perché in questo caso il territorio della ATS soffre di un deficit di offerta piuttosto evidente, come risulta sia dal confronto tra gli indici di offerta delle diverse ATS della regione sia dalla presenza di una significativa lista di attesa dei cittadini della ATS Brianza.

Anche per il fenomeno della residenzialità per anziani sono diversi i fattori in gioco: l’invecchiamento veloce della popolazione con il conseguente forte aumento della domanda di residenzialità, i fenomeni di mobilità dei cittadini conseguenti sia alla dislocazione della rete di offerta che alle dinamiche generate dal valore economico delle rette a carico dei diversi attori, le eterogeneità territoriali entro ATS (con offerta par-

ticolarmente debole nell'ambito di Desio), fattori che (tra altri) suggeriscono sia azioni di programmazione centrale (regionale) che interventi locali.

Considerazioni programmatiche analoghe al tema delle residenze sanitarie per anziani si presentano per il tema delle residenze sanitarie per disabili (RSD): anche in questo caso si osservano una debolezza complessiva dell'offerta di posti letto nella ATS (rispetto alla regione) ed una importante eterogeneità territoriale tra ambiti, che vede una offerta bassa a Carate e nel vimercatese e l'opposto a Bellano.

Argomenti di programmazione condivisa (DGW e ATS con responsabilità ATS)

Rientrano nel paragrafo "argomenti di programmazione condivisa" quell'insieme di attività programmatiche che hanno invece a che fare con una responsabilità diversa ma equamente divisa tra DG Welfare e ATS Brianza. Si tratta in questo caso di attività e problematiche programmatiche la cui soluzione richiede una stretta collaborazione tra organismi centrali ed organismi locali in quanto vi sono analisi, valutazioni e decisioni che coinvolgono territori più ampi di questa ATS (ed anche l'intera Regione Lombardia) e vi sono (contemporaneamente) analisi, valutazioni e decisioni che coinvolgono invece il territorio specifico di questa ATS: i due percorsi devono interagire programmaticamente, anche se le attività da svolgere e le responsabilità da agire sono chiaramente diversificate e ben specificate.

Tre sono le aree che, prioritariamente ed esemplificativamente, si ritiene di segnalare: la recentissima attivazione del piano di governo della cronicità; gli interventi relativi alla Assistenza Domiciliare Integrata (ADI); le azioni già messe in atto (ma non ancora completate) per il governo della struttura "Corberi".

L'esperienza CReG effettuata in questi anni nel territorio della ATS Brianza conferma l'esigenza e l'utilità di un intervento programmatico rilevante sul tema del governo della cronicità. Gli interventi in corso, oltre alla caratterizzazione epidemiologica quantitativa del fenomeno nei diversi territori della regione (ed in particolare negli ambiti della ATS Brianza), hanno visto da una parte la definizione delle regole generali di governo da parte della DG Welfare e dall'altra le attività programmatiche preliminari svolte dalla ATS per il coinvolgimento locale dei diversi attori interessati. I primi elementi informativi a disposizione segnalano: da una parte la positività delle attività condotte e le buone prospettive per l'inizio delle vere e proprie attività di erogazione, dall'altra la necessità di una continua interlocuzione e collaborazione tra DG Welfare e strutture territoriali (ATS) ai fini dell'avvio delle attività operative di governo.

La Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), che nel territorio della ATS Brianza registra una situazione complessiva favorevole dato che è ampiamente rispettato l'indicatore di presa in carico formulato dai Livelli Essenziali di Assistenza (4,2% della popolazione over 65 anni nella ATS rispetto ad un valore minimo di 3,5% stabilito dai LEA), propone invece problematiche programmatiche differenti riconducibili a due tematiche specifiche: un intervento programmatico regionale per quanto riguarda le regole di tariffazione delle attività, che vedono differenzialmente interpellati le ATS, le ASST, e gli erogatori, al fine di regolare proficuamente e con responsabilità definite i rapporti tra i diversi attori; un intervento programmatico locale teso soprattutto ad uniformare le differenti modalità erogative tra i territori delle due ex-ASL di Monza e Lecco. I due livelli di intervento, per quanto tecnicamente diversificati, devono essere affrontati congiuntamente: da qui l'esigenza di una programmazione condivisa tra DG Welfare e ATS Brianza, seppure con responsabilità e su oggetti differenti.

La ATS Brianza è stata incaricata dalla DG Welfare di provvedere alla costituzione di un Tavolo Tecnico regionale (con Regione, ASST di Monza, ATS Brianza) per proporre un progetto di riqualificazione del Presidio Corberi che preveda la rivalutazione degli ospiti attualmente accolti e la conseguente individuazione della tipologia di struttura atta ed appropriata a soddisfare il bisogno di ogni ospite.

Obiettivo finale è quello di fornire a DG Welfare strumenti tecnici approfonditi per la valutazione degli attuali ospiti del Presidio Corberi, nell'ottica o di ricollocarli in UdO già accreditate ed a contratto da individuare all'esterno del Presidio stesso oppure di riqualificare il Presidio (con il conseguente avvio di un percorso di autorizzazione, accreditamento e messa a contratto dei padiglioni strutturalmente adeguati). I risultati del lavoro di programmazione condivisa sono di particolare interesse per ATS Brianza anche in virtù delle segnalate carenze di offerta di residenzialità per anziani (RSA) e disabili (RSD).

Argomenti di governance territoriale (ATS e attori territoriali)

Rientrano nel paragrafo "argomenti di governance territoriale" un insieme di attività programmatiche che vedono invece un ruolo quasi esclusivo della ATS Brianza (con un eventuale supporto della DG Welfare). Si tratta in questo caso di attività e problematiche programmatiche la cui soluzione richiede analisi, valutazioni e decisioni che coinvolgono quasi esclusivamente tematiche locali relative a territori su cui agisce una responsabilità praticamente esclusiva di questa ATS, e dove il raccordo con la (ed il supporto della) DG Welfare ha lo scopo di garantire che le scelte locali siano agite nella direzione di raggiungere gli obiettivi più complessivi che su specifici temi riguardano l'intera Regione Lombardia.

Quattro sono le aree che, prioritariamente ed esemplificativamente, si ritiene di segnalare: il già attivato gruppo di miglioramento sulle attività di pronto soccorso; il gruppo da attivare sul miglioramento dei tempi di attesa; la attivazione del DIAC (Dipartimento Interaziendale per l'Informazione, l'Accesso e la Continuità delle cure); la attivazione di POT (Presidio Ospedaliero Territoriale) e PreSST (Presidio Socio Sanitario Territoriale) in tutto il territorio della ATS.

Molte informazioni disponibili sulle caratteristiche delle attività che si svolgono nei pronto soccorso della ATS Brianza sono state in grado di descrivere le principali criticità riscontrate. In proposito la ATS ha attivato uno specifico gruppo di miglioramento, con la partecipazione di tutti gli attori coinvolti, con lo scopo di individuare adeguate azioni ed interventi. Sono state identificate 10 aree di azione, per le quali si rimanda agli specifici documenti.

L'analisi delle informazioni disponibili sul rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni monitorate suggerisce l'esistenza di diverse criticità nell'accesso alle attività ambulatoriali richieste. Il problema da una parte nel suo complesso è particolarmente evidente nell'ambito di Monza ma dall'altra risulta piuttosto differenziato per le diverse prestazioni erogate.

La complessità degli argomenti che partecipano alla regolazione ed al governo dei tempi di attesa, la eterogeneità degli attori coinvolti, il concomitante intervento in corso sul governo della cronicità (e le prevedibili conseguenze sulle attese sia per i cittadini cronici che per quelli non cronici), suggeriscono l'opportunità di attivare anche su questo argomento un gruppo di miglioramento.

Il Dipartimento interaziendale Informazione, Accesso ai servizi e Continuità assistenziale è il meccanismo operativo progettato per aiutare il processo di applicazione della legge 23/15 sul territorio dell'ATS. Tale indirizzo è stato fortemente voluto e condiviso dai Direttori Generali di ATS e di ASST che hanno inserito il D.I.A.C. nei rispettivi POAS. Il D.I.A.C. è esperienza unica nel panorama regionale ed ha l'ambizioso obiettivo di favorire e affermare la partecipazione attiva dei diversi portatori d'interesse, nel rispetto dei ruoli e delle funzioni, al fine di garantire il governo e il coordinamento dei servizi, promuovendo la realizzazione di reti e l'ottimizzazione delle sinergie tra i soggetti, per assicurare la continuità di cura e assistenza, con particolare attenzione, ai soggetti più fragili.

I cambiamenti che sta subendo l'approccio alla cura dei cittadini (soprattutto, ma non solo, in tema di cronicità), con da una parte l'abbandono di una visione ospedalocentrica ed il ridisegno della rete ospedaliera limitatamente alle esigenze di interventi in acuzie e dall'altra la assunzione di un percorso centrato sulla medicina e sulla assistenza territoriale (comprendendo anche il fenomeno della sub-acuzie), stanno facendo sorgere la necessità della attivazione di nuove tipologie di strutture sanitarie e socio-sanitarie. In questo contesto si è inserita prepotentemente la l.r.23/2015 con la individuazione di due nuove proposte: il POT (Presidio Ospedaliero Territoriale) e il PreSST (Presidio Socio Sanitario Territoriale).

E' una opportunità programmatoria che ATS Brianza intende sfruttare sul proprio territorio, anche alla luce da una parte (per quanto riguarda il POT) di qualche esperienza in corso (esempio: attivazione di posti per sub-acuti presso INRCA di Casatenovo e Ospedale Borella di Giussano) e di informazioni che segnalano sul territorio una carenza di posti letto di cure intermedie e di supporto alla domiciliarità; e dall'altra (per quanto riguarda il PreSST) della disponibilità di strutture fisiche territoriali e di collaborazioni che possono favorire l'integrazione di attività suggerita dalla l.r.23/2015. In proposito è stato predisposto, nel seguito, uno specifico paragrafo.

RINGRAZIAMENTI

La preparazione di questo documento non sarebbe stata possibile senza il fattivo contributo di molte mani e molte teste della ATS Brianza. A queste mani e teste va il sincero ringraziamento di tutta la ATS, anche per l'originalità e singolarità dell'approccio programmatorio adottato. Non essendo possibile farlo nominativamente perché è troppo alto il rischio di dimenticare qualcuno, si ritiene di segnalare comunque i due aspetti che più di altri hanno caratterizzato l'attività condotta (ed il conseguente contributo dei dipendenti della ATS Brianza), e per i quali il ringraziamento è particolarmente dovuto:

- la messa a disposizione (analisi e valutazione) di tutte le informazioni disponibili e capaci di leggere il tema del bisogno. Non ci si riferisce solo alla disponibilità tecnica delle informazioni (spesso risolvibile attraverso i sistemi informativi), ma soprattutto allo sforzo prodotto per individuare dove (tra le informazioni esistenti) potevano essere reperiti elementi utili alla logica di programmazione adottata;
- il cambio di paradigma programmatorio: dalla logica delle attività erogate alla logica del bisogno. Si tratta di un percorso solo iniziato (e le eterogeneità che il documento presenta in diverse sue parti ne sono ulteriore testimonianza), che ha richiesto uno sforzo di riflessione e di ideazione significativo soprattutto tra coloro che più di altri hanno (ai vari livelli della struttura) responsabilità di governo e di indirizzo.

Occorre adesso dare continuità all'impegno che ha fin qui caratterizzato il lavoro svolto, attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro stabile ai fini della produzione di un aggiornamento periodico del documento di programmazione.

APPENDICE

NECESSITÀ DI NUOVA FINALIZZAZIONE IN POT E PRESST E DI ATTIVITÀ/SERVIZI PER LE NUOVE NECESSITÀ SANITARIE E SOCIO-SANITARIE

Il tema dei Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) e dei Presidi Socio Sanitari Territoriali (PreSST) e quello (più generale) della rivalutazione di servizi/dotazioni di soggetti sanitari e sociosanitari attivi sul territorio meritano un paragrafo a sé stante negli indirizzi di programmazione della ATS, non fosse altro perché esplicitamente richiamati dagli atti di programmazione regionali.

Le regole di governo del SSR lombardo per il 2017 (DGR X/5954) prevedono:

- costruzione di percorsi di presa in carico dei pazienti con cronicità e fragilità, che coinvolgano i diversi soggetti del SSL, con soluzioni adeguate alle peculiarità territoriali e alla rete d'offerta;
- raccordo tra le strutture di ricovero per acuti, riabilitazione, sub acute e cure intermedie. Le valutazioni e proposte dovranno avvenire nel rispetto del complesso delle risorse che saranno assegnate alle stesse ATS con il bilancio di previsione 2017.

In sintesi viene chiesto:

- a) Riorientamento di presidi secondo il modello PreSST e POT
- b) Eventuale incremento di servizi/dotazioni di soggetti sanitari e sociosanitari attivi sul territorio

I presidi socio sanitari territoriali (PreSST)

La l.r. 23/15, individua i PreSST come *“una modalità organizzativa di riferimento con lo scopo di integrare le attività e le prestazioni di carattere sanitario, sociosanitario e sociale e concorrono alla presa in carico della persona e delle fragilità”*. Gli obiettivi dei PreSST sono:

- la presa in carico del paziente attraverso la lettura dei bisogni e l'organizzazione di una risposta integrata sanitaria, sociosanitaria e sociale;
- la garanzia di servizi di prossimità al cittadino;
- il miglioramento della gestione del percorso di cura sul territorio;
- l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse presenti;
- il miglioramento dell'accessibilità ai servizi.

Il PreSST si rivolge prioritariamente ai soggetti del proprio territorio con fragilità clinica e/o funzionale i cui bisogni richiedono una risposta fortemente integrata tra l'ambito sanitario, sociosanitario e sociale, e pertanto è opportuno che l'individuazione dei Presidi sia effettuata, di norma e preferibilmente, in coerenza con l'area delle aggregazioni funzionali territoriali per la Medicina Generale (AFT) identificate da ciascuna ATS. Il soggetto erogatore di attività dovrà provvedere ad abilitare all'esercizio il presidio e ad aggiornare il proprio assetto accreditato secondo le modalità che verranno definite dalla DG Welfare.

Già dal Luglio 2016, con Delibera n. 443 avente per oggetto *“Delibera quadro per l'individuazione di linee di indirizzo per l'attivazione dei PreSST sul territorio dell'ATS della Brianza”*, la ATS Brianza ha definito i PreSST come modalità organizzativa di riferimento con lo scopo di integrare le attività e le prestazioni di carattere sanitario, socio-sanitario e sociale, e come strumento per concorrere alla presa in carico della persona e delle fragilità. Nella Delibera ATS, inoltre:

- sono stati definiti i PreSST in funzione delle loro caratteristiche strutturali, funzionali e territoriali, andando con ciò ad identificarne tre tipologie così sinteticamente denominate:
 - PreSST di Comunità;
 - PreSST Territoriale;
 - PreSST per Patologie e/o Complessità;

- sono state fornite indicazioni rispetto alle modalità di presentazione e gestione dei progetti;
- è stata data evidenza del percorso di attivazione, anche attraverso la stesura di un “Documento di intesa tipo” che illustra i rapporti tra gli attori, il loro contributo e le responsabilità di ciascuno.

Attività erogate

Il PreSST deve garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e l'integrazione con prestazioni sociali, anche attraverso accordi di rete con soggetti accreditati, di assistenza domiciliare integrata a media e bassa intensità previste dal PAI.

Presso i PreSST possono trovare opportuna collocazione, in accordo con l'ATS di riferimento, gli studi dei MMG/PDF del territorio e, ove presenti, degli infermieri di famiglia.

L'ipotesi delineata parte dal presupposto che alla base della valutazione del bisogno di attivazione dei PreSST si possa utilizzare come riferimento la situazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) della Medicina Generale presenti sul territorio, anche se (stante l'eterogeneo dimensionamento delle strutture e le possibili differenti attività erogate) non si prevede una necessaria coincidenza tra PreSST e AFT.

Si prospettano possibili livelli di complessità dei presidi: da un livello base costituito dai medici di medicina generale in associazione (gruppo MMG con sede condivisa e personale di studio, infermieristico e amministrativo, cui aggiungere prestazioni di telemedicina, altre prestazioni come già previsto nei CREG, stretta connessione e supporto dei Servizi Sociali Comunali, con anche la presenza a tempo di una assistente sociale, ...) a livelli sempre più articolati e integrati, con presenza di specialistica ambulatoriale, servizi territoriali consultoriali, punto prelievi, e via discorrendo.

Sul territorio dei Distretti di Monza e Vimercate, distinti in 5 ambiti distrettuali della ex ASL di Monza, sono state individuate 27 AFT, e precisamente:

- 4 nell'ambito di Monza
- 4 nell'ambito di Desio
- 5 nell'ambito di Carate
- 5 nell'ambito di Seregno (6 nel grafico in quanto 2 MMG dell'ambito afferiscono ad una AFT di Desio)
- 9 nell'ambito di Vimercate.

Il numero di MMG per AFT è estremamente variabile (da 7 a 40) e lo stesso vale per gli assistiti (da poco meno di 10.000 a circa 60.000).

Situazione PreSST Distretti di Monza e Vimercate

I progetti di PreSST del territorio ATS, distinti per Distretto, risultano in alcuni casi in avanzato stato di attuazione (es. con atti di intesa già sottoscritti tra i vari attori individuati), in altri unicamente come ipotesi di sviluppo ad uno stato di differente evoluzione (si va infatti da semplici segnalazioni di Amministrazioni comunali a progetti più definiti e delineati, che sono in parte rimasti in sospenso rispetto all'evoluzione delle attività riferite al governo della domanda e della rete di offerta).

DISTRETTO DI MONZA (comprende gli Ambiti distrettuali di Monza e Desio)

- **Nova Milanese:** presso sede ex distretto ASL e poliambulatori. Atto di intesa in corso di definizione per aspetti di contrattualizzazione tra Comune, ASST di Monza e MMG.
- **Muggiò:** ipotesi del comune, possibile sede presso stabile comunale in uso ASST Monza e in parte ATS, con poliambulatorio e servizi ex Distretto ASL. MMG coinvolti in un primo incontro.
- **Brugherio:** ipotesi del Comune rispetto alla sede che attualmente vede servizi ASST (ex distretto ASL + ambulatori specialistica). MMG non ancora coinvolti.

- **Bovisio Masciago:** ipotesi del comune, su spazi con ASST (consultorio e NPIA) e PDF.
- **Cesano Maderno:** ipotesi ASST Monza, sede ex distretto ASL con specialistica. Comune già coinvolto, in via di coinvolgimento MMG e farmacia.
- **Limbiate :** ipotesi presentata da consigliere comunale da verificare con altri MMG, comune e ASST.

DISTRETTO DI VIMERCATE (comprende gli ambiti distrettuali di Vimercate, Carate Brianza e Seregno)

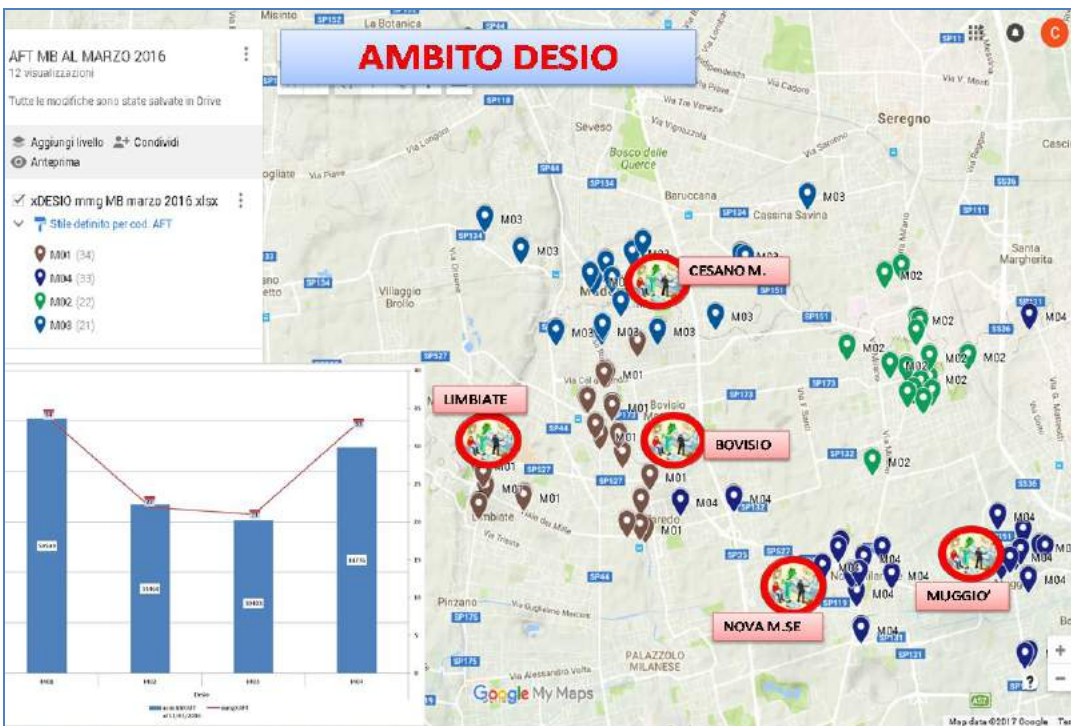
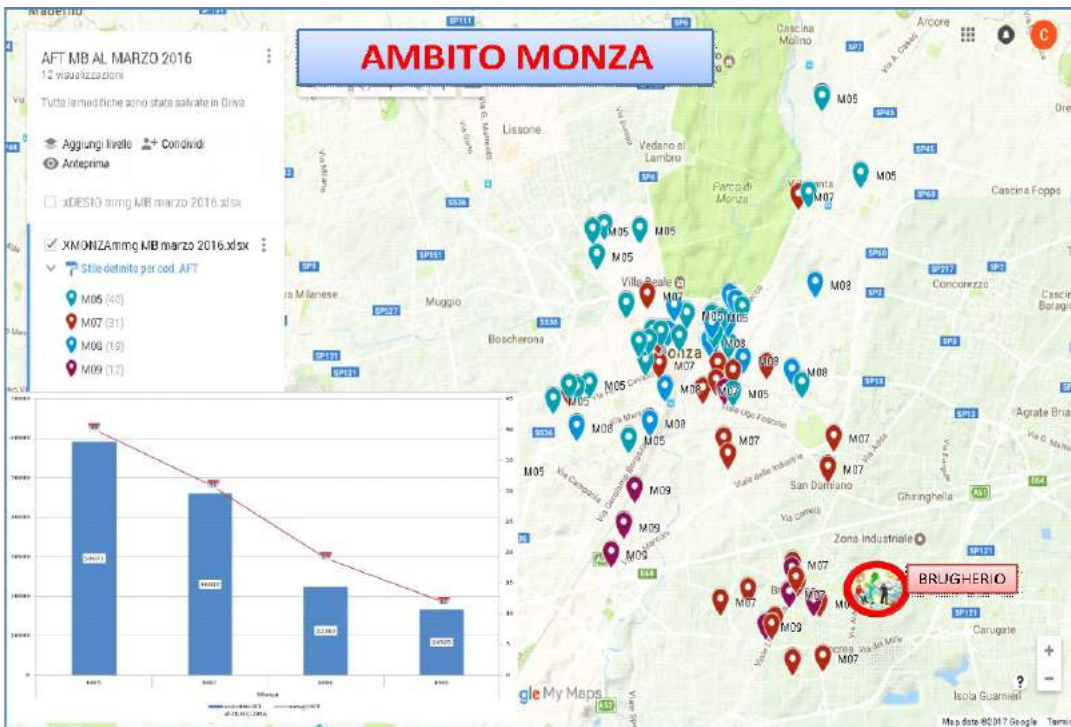
- **Meda:** Atto di intesa siglato il 15 marzo 2017 tra ASST Monza, ASST Vimercate, Comune, MMG, Istituto Auxologico Italiano, RSA Besana, Associazioni Volontariato, Farmacia. Attivato il comitato di gestione. Attivata prescrizione protesica maggiore direttamente da MMG. In via di sviluppo accordi per: scelta e revoca medico presso la farmacia, protocollo per la presenza di assistente sociale del comune, protocollo per attivazione di posti letti di sollievo presso POT di Giussano, protocollo per gestione integrata con MMG e comune posti diurni in RSA, ipotesi progettuale di promozione della salute in ambito pediatrico.
- **Macherio:** ipotesi del Comune (condivisa con Gruppo MMG) con bozza atto intesa in corso approfondimento. Sede presso Gruppo MMG attiguo poliambulatorio specialistico ASST Vimercate e farmacia.
- **Lissone:** comune proponente con progetto coinvolgente socio sanitario, farmacie ecc. MMG inizialmente coinvolti dal comune e ad oggi in fase di verifica rispetto anche al processo di attivazione del governo della domanda.
- **Agrate:** proposta comunale, con situazione strutturale già a livello elevato con gruppo MMG già in sede insieme con farmacia, ambulatori specialisti, sportello ex distretto ASL ecc. Spazio per progetto anche in estensione a Concorezzo.
- **Usmate :** ipotesi in fase di prima valutazione da parte di ASST Vimercate.
- **Seveso:** proponenti MMG aderenti CreG con interesse del Comune.
- **Misinto:** ipotesi del comune su spazio dismesso da ex ASL. MMG non ancora coinvolti.

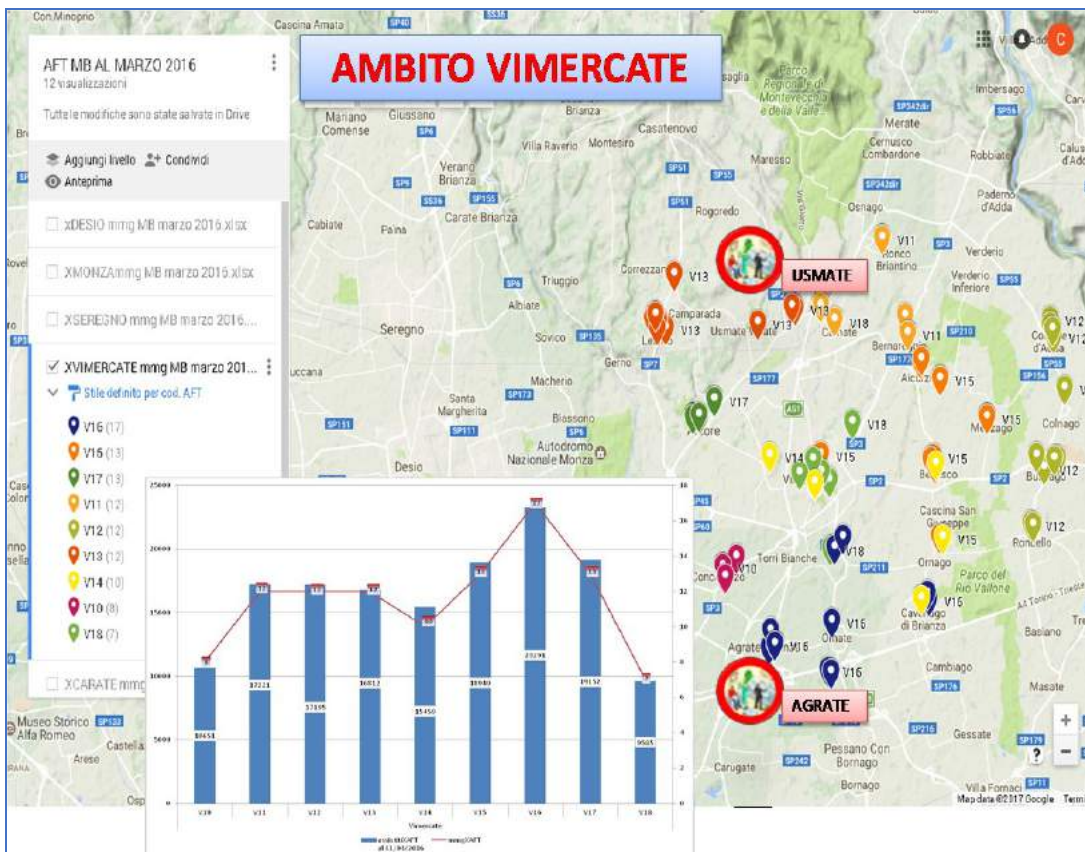
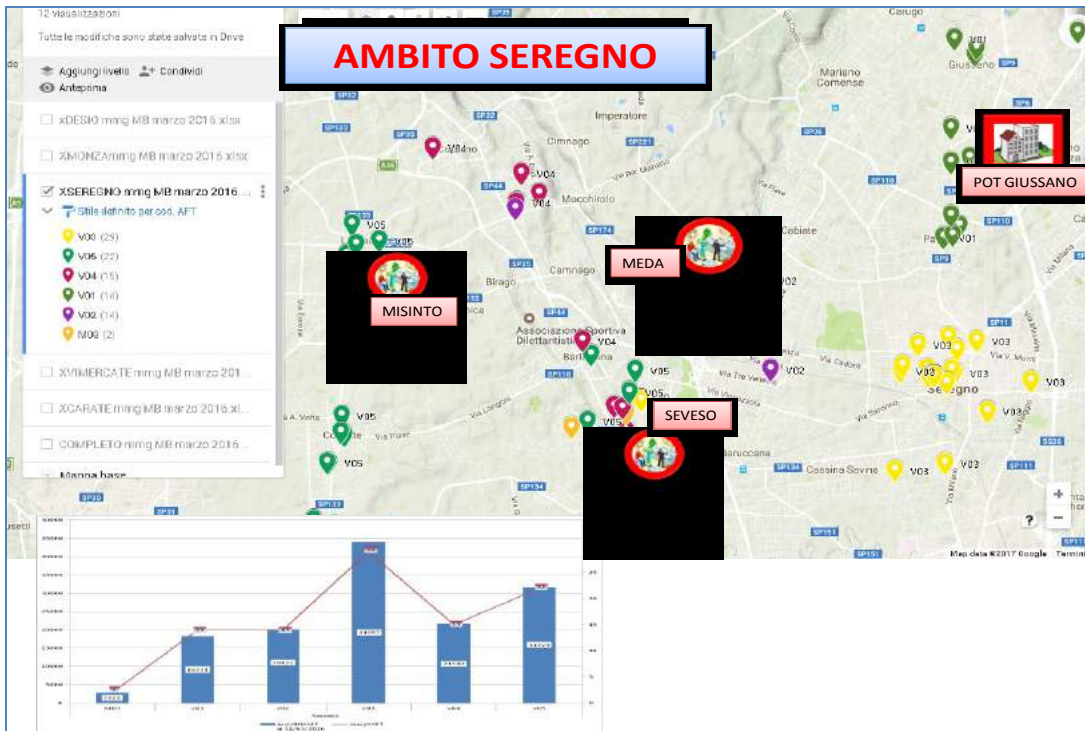
Si evidenzia quindi una situazione eterogenea: una ipotesi nell'ambito di Vimercate (Agrate), che lascia scoperta tutta la parte alta del territorio, ancorché ad oggi sia in divenire una ulteriore ipotesi negli spazi ASST di Usmate Velate; una ipotesi pure nell'ambito di Monza (Brugherio).

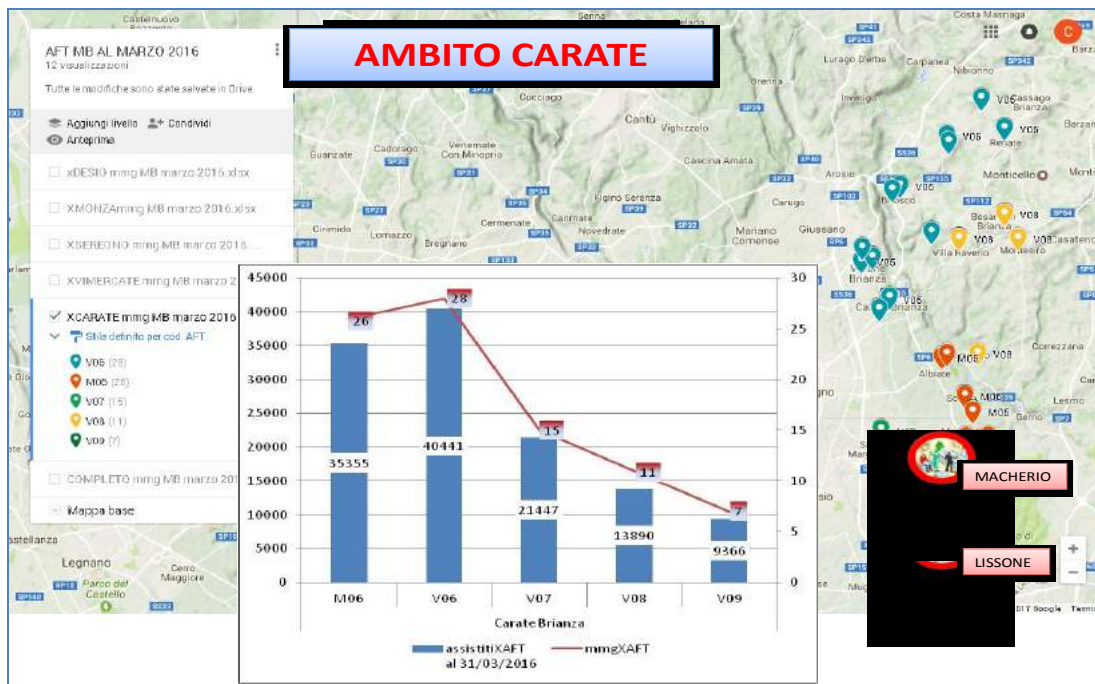
Nell'ambito di Carate i PreSST ipotizzati per Macherio e Lissone sono ai confini del territorio della ASST di Monza e rimane scoperta la parte alta del distretto.

Per gli ambiti distrettuali di Desio e Seregno si evidenzia una distribuzione più equilibrata tra AFT e PreSST.

Di seguito si riportano le mappe relative a ciascuno dei 5 ambiti distrettuali: si evidenziano sia la distribuzione delle varie AFT (con grafici relativi al numero di MMG e Assistiti per ognuna) che le ipotesi (a vario livello di evoluzione) che allo stato attuale si hanno in merito alla attivazione di PreSST, con anche l'indicazione delle progettualità che si riferiscono ai POT.







Situazione PreSST Distretto di Lecco

Per quanto riguarda il territorio di Lecco sono state individuate 11 AFT, e precisamente:

- 6 nell'ambito di Lecco
- 2 nell'ambito di Bellano
- 3 nell'ambito di Merate.

Il numero di MMG per AFT è variabile (da 11 a 29) e lo stesso vale per gli assistiti (da poco meno di 16.000 a circa 40.000). La progettualità PreSST può essere così descritta:

- **Valsassina(Introbio):** siglato accordo il 3 novembre 2016 che prevede la partecipazione di ATS, ASST, MMG, Comuni e FederFarma nella realizzazione del PreSST. Costituito un comitato di coordinamento con il compito di approfondire e definire le modalità di collaborazione a sostegno delle persone croniche e fragili. Obiettivi realizzati:
 - prosecuzione delle attività di cura di soggetti cronici in carico al Creg;
 - accordo e definizione di locali posti a disposizione dei MMG nella sede territoriale dell'ASST;
 - definizione di un progetto sperimentale di passaggio ai MMG del punto prelievi (accordo da sottoporre a Regione per l'approvazione);
 - accordo sul punto accoglienza a cura dei MMG;
 - accordo con i comuni per la presenza presso il PreSST di un'Assistente sociale per 8 ore settimanali;
 - accordo con FederFarma ed Associazione Auser per la consegna a domicilio di farmaci per soggetti impossibilitati ad accedere alla farmacia, su indicazione del MMG;
 - in corso con i comuni il coinvolgimento della rete sociosanitaria;
 - accordo per la collaborazione di figure specialistiche (ASST) con i MMG: cardiologo, oculista, psichiatra, diabetologo;
 - in programmazione lo sviluppo di attività di Telemedicina a gestione MMG.
- **Lago:** in corso approfondimento per la realizzazione di un PreSST lungo il lago, con una ipotesi che contempli le aree territoriali di Mandello e del Bellanese, con possibile utilizzo di spazi dell'ASST;
- **Lecco:** presentati due progetti di sviluppo:
 - Comune di Lecco:** intenzione del Comune di promuovere la rete dei servizi sociali e sociosanitari a supporto della rete sanitaria, con attenzione particolare alla rete di protezione a favore degli anziani; allo

scopo, e d'intesa con le strutture sociosanitarie del territorio, è stato proposto un Progetto PreSST con capofila il comune di Lecco;

Villa Maria (Mangioni hospital): prevede la realizzazione di un PreSST e di un POT, siglato accordo quadro, sono in fase di completamento i lavori in una palazzina dove troveranno sede le attività di centro servizi, ambulatori e camere di degenza. I lavori dovrebbero essere ultimati entro l'anno. Il progetto prevede la collaborazione dei MMG della città e dei comuni del circondario, che allo scopo hanno sottoscritto un contratto di collaborazione con l'Ente.

I due enti (Villa Maria e Comune di Lecco) hanno in corso incontri per la realizzazione di una rete integrata a favore dei soggetti cronici e fragili di Lecco e circondario.

- **Meratese**

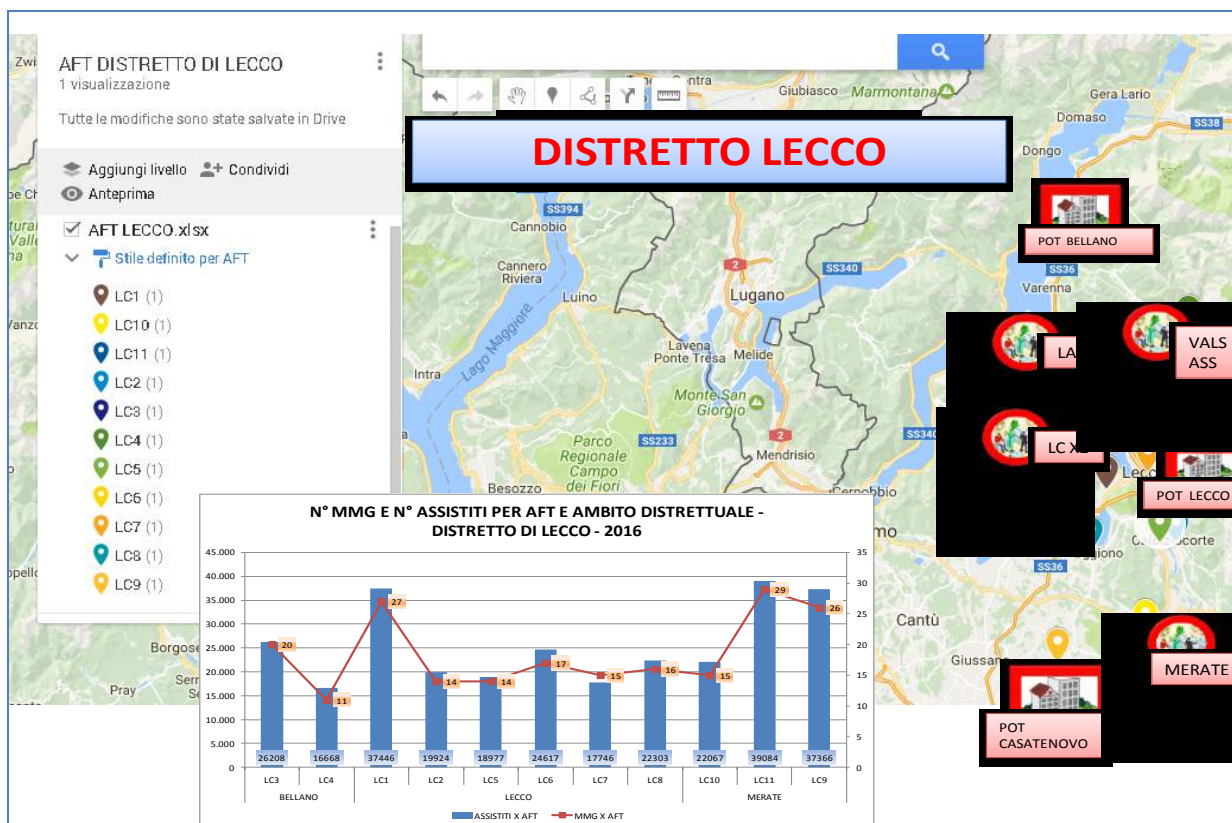
MMG - Olgiate Molgora: in stato avanzato lo sviluppo di un PreSST c/o gli spazi ASST di Olgiate Molgora. Il modello di sviluppo ripercorre i contenuti e modalità di accordo del PreSST Valsassina. Realizzati incontri per la definizione di possibili PreSST. È presumibile la presentazione di un accordo quadro con i comuni del meratese, i soggetti gestori di attività sociali e della rete sociosanitaria;

MMG – Casatenovo: i medici del territorio, in analogia a quanto avviato dai colleghi, hanno definito una ipotesi di PreSST c/o la sede INRCA usufruendo anche dei servizi già presenti presso l'Istituto;

- **Progetto sovraterritoriale**

Istituto MEDEA / Ass. La Nostra Famiglia – Bosisio Parini: presentato un progetto di PreSST di patologia mirato al trattamento di soggetti autistici. Al progetto collaborano gli Enti Locali sia direttamente che per tramite dei servizi d'ambito. Lo sviluppo del progetto, oltre al territorio di Lecco, comprende anche l'area di Carate e prevede lo sviluppo di posti semiresidenziali dedicati presso il CDD di Merate.

Di seguito si riporta una mappa distrettuale con l'individuazione delle 11 AFT (con grafici relativi al numero di MMG e Assistiti per ognuna) e le ipotesi che allo stato attuale si hanno in merito alla attivazione di PreSST e POT.



I presidi ospedalieri territoriali (POT)

La l.r n. 23/15 definisce i POT quali “*strutture multi servizio deputate all’erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici, e di prestazioni ambulatoriali e domiciliari*”.

“Sono strutture a valenza territoriale per la gestione ed erogazione di servizi di carattere sanitario, sociosanitario e sociale rivolti a pazienti cronici, prevalentemente complessi e fragili. (.....). La presa in carico nel POT è prevalentemente rivolta a pazienti poli-patologici, anziani e fragili, spesso politrattati con rischio di eventi avversi da farmaci, caratterizzati da elevato rischio di riacutizzazione ed evoluzione di malattia, progressione della disabilità e compromissione della qualità della vita. (...) sia pure in una logica di estrema flessibilità strutturale ed organizzativa, i POT devono possedere gli strumenti necessari ad assicurare parte dei servizi di primo livello per la gestione del percorso dei pazienti cronici presi in carico. ... Per i requisiti autorizzativi e di accreditamento strutturali e tecnologici generali si rimanda a quelli già in vigore, ai sensi del DPR 14.1.1997 e della DGR n. 38133/98 e s.m.i. ... Per i requisiti autorizzativi e di accreditamento organizzativi generali si rimanda a quelli già in vigore ai sensi del DPR 14.1.1997 e della DGR n. 38133/98 e s.m.i., limitatamente a quelli già adottati per le attività di cure sub-acute (.....)”.

Per quanto riguarda il territorio della ATS allo stato attuale risultano in progetto (in varie fasi di definizione) i seguenti Presidi:

Territorio ASST di Lecco:

- Bellano (ASST)
- Lecco (Clinica Mangioni)
- Casatenovo (INRCA)

Territorio ASST di Vimercate:

- Ospedale Borella di Giussano

Stante la previsione che i letti utilizzati si debbano rivolgere in modo prevalente ad esigenze territoriali, anche con accesso gestito da parte dei MMG, ne risulta evidente l’importanza in termini di prossimità.

Si prospetta, in termini di strategia generale, l’attivazione di un POT in ogni ambito distrettuale, fermo restando che il dimensionamento dal punto di vista delle attività/p.l. dovrà essere rivalutato anche in funzione delle indicazioni che saranno emanate da Regione Lombardia in tema di cure intermedie.

Attualmente l’area che geograficamente e demograficamente potrebbe trarre il maggior vantaggio dalla presenza di POT è il Distretto di Lecco, dove sono in fase avanzata le attività di sviluppo nei tre ambiti.

Riguardo agli altri due distretti si potranno valutare con le ASST di Monza e Vimercate ulteriori possibili realizzazioni. Si segnala in particolare che per il Distretto di Monza (area ad elevata densità abitativa e con superficie limitata) la presenza di due presidi ospedalieri ad elevata contiguità (Monza S. Gerardo e Desio) potrebbe suggerire un’attivazione di POT per riconversione all’interno dell’Ospedale di Desio.