

Linee di indirizzo per i Piani di sviluppo del Polo territoriale delle ASST (PPT)

Premesse

Il Polo territoriale rappresenta il luogo in cui il SSN, nelle sue articolazioni funzionali ed erogative, si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo un approccio intersettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei molteplici ambiti di competenza, con una vision orizzontale e trasversale ai bisogni, tenendo conto anche della dimensione personale dell'assistito, integrando inoltre il sistema ospedaliero caratterizzato da intensività assistenziale. Tale assetto permette, tra le altre cose, di massimizzare l'integrazione dell'intero sistema dei Servizi a vantaggio di una presa in carico integrata e intersettoriale (grazie all'integrazione del Terzo Settore e più in generale degli attori sociali del territorio) dei bisogni, in ottica preventiva sia sul versante individuale sia su quello collettivo.

Nell'ambito della progressiva implementazione della nuova sanità territoriale, centrale risulta il percorso indicato dall'art 7, comma 17 ter della L.R. 33/2009, introdotto dalla L.R. 22/2021.

Tale comma prevede infatti che l' ASST, con periodicità triennale, predisponga il piano di sviluppo del polo territoriale (PPT), attuando idonee procedure di consultazione delle associazioni di volontariato, di altri soggetti del terzo settore e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative presenti nel territorio.

Si ritiene utile richiamare che il percorso finalizzato all'approvazione dei PPT da parte delle ASST deve essere così cadenzato:

- Definizione da parte di RL delle Linee di indirizzo per la redazione dei PPT per il triennio 2025-2027 da approvare con delibera di Giunta entro il **31 marzo 2024**;
- Approvazione entro il **31 dicembre 2024** da parte delle ASST del Piano di sviluppo del Polo Territoriale, elaborato con specifica ed analitica declinazione e dettaglio su base distrettuale.

Analisi dei bisogni territoriali

Tutto ciò premesso, in dettaglio, il PPT dovrà evidenziare, in premessa della sua declinazione, una **dettagliata analisi della domanda** di salute e dei bisogni anche sociali del territorio con specifica attenzione ai determinanti sociali e al gradiente in termini di disuguaglianze incidenti localmente che possano indicare e indirizzare la successiva **programmazione e progettazione** delle risposte dei servizi in un ambito di **integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale** con un focus analitico e **di dettaglio per distretto**.

A tal fine, l'UO Osservatorio Epidemiologico e Flussi Informativi, nello svolgimento delle proprie funzioni di armonizzazione e raccordo tra le strutture regionali che operano nel campo dell'epidemiologia finalizzata alla programmazione sanitaria, e di

comunicazione/informazione/formazione in questo campo, avvalendosi della metodologia e dei dati del primo Rapporto Epidemiologico Annuale della Lombardia (REAL_2023), e del coordinamento e armonizzazione dei Portali del profilo di salute delle ATS (richiamati nella DGR n.1827 del 31/01/2024), coordina gli Osservatori Epidemiologici delle ATS nell'attività di supporto alle ASST attraverso azioni che vengono qui indicate e che dovranno essere assicurate, sia per la stesura dei PPT, sia successivamente nelle fasi di attuazione dello stesso:

- approfondita analisi delle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche della popolazione afferente all'intero territorio di ATS e al singolo Distretto;
- identificazione dei bisogni di natura sanitaria e sociosanitaria rilevati dai Flussi della BDA, nonché dei profili di salute della popolazione afferente al Distretto;
- analisi dei bisogni di natura sociale rilevati dai flussi oggetto di debito informativo da parte degli Ambiti sociali Territoriali. Il Dipartimento PIPSS, in particolare, nell'esercizio della funzione di governance e nel suo ruolo di raccordo con gli AST coi quali collabora nella definizione e stesura dei Piani di Zona, si fa garante della lettura ricomposta dei bisogni di natura sociale e delle risposte assicurate agli stessi nei diversi territori;
- report aggiornati almeno annualmente relativi alla rete d'offerta sociale, presente a livello di distretto e di territorio di ATS. La reportistica sopraindicata consente alle ASST di poter disporre di un quadro completo e puntuale dell'offerta per le diverse tipologie di bisogno, andando anche ad integrare i dati relativi alla rete d'offerta sociosanitaria locale che ASST è in grado di avere, accedendo autonomamente alle Dashboard messe a disposizione dalla DG Welfare UO Rete territoriale;
- mappatura da attuarsi in collaborazione con le ATS delle realtà dell'Associazionismo e del Volontariato che operano a livello di Distretto o trasversalmente su tutta la ATS nelle diverse aree di intervento;
- mappatura dell'offerta di percorsi formativi trasversali finalizzati alla definizione delle prassi e degli strumenti, anche giuridici, a sostegno di una reale ed effettiva co-programmazione e co – progettazione, da rivolgere a tutti gli attori impegnati a livello distrettuale nel fornire servizi sempre più integrati e coordinati in risposta ai bisogni della comunità (ASST, Ambiti, Associazionismo, Terzo Settore, Volontariato);
- approfondimenti epidemiologici su specifiche tematiche (es: demenza, autismo, DSA (Disturbi specifici dell'apprendimento), DNA (Disturbi della nutrizione e della alimentazione), DGA (Disturbo da gioco d'azzardo), etc. che si rendessero necessari, in itinere, per dare attuazione al PPT 2025 – 2027 attraverso percorsi assistenziali e di cura, nonché risposte mirate anche in chiave preventiva;
- analisi, a partire dai sistemi informativi disponibili, dei consumi dei servizi sociosanitari e dei percorsi assistenziali degli utenti tra diverse Udo.

Si ricorda che per la stesura del Piano di programmazione e sviluppo del Polo Territoriale è necessario fare riferimento a quanto già indicato dalla DGR n.1827 del 31/01/2024, tenendo conto sia della ricomposizione della rete degli stakeholder, formali e informali, operanti a livello di distretto, sia del quadro complessivo degli indirizzi del PRSS e del PSSR.

Integrazione sociosanitaria e sociale

Particolare attenzione va dedicata al coinvolgimento del **terzo settore**, sia nella parte programmatica che in quella attuativa del PPT. È necessario intraprendere una nuova modalità di raccordo con il territorio, dando corpo agli istituti introdotti dalla Riforma del Terzo settore (D.Lgs 117/2017 - art 55) come meglio definiti dalle Linee Guida approvate con DM 72/2021, prevedendo modalità e percorsi atti a sviluppare azioni di co-programmazione e co-progettazione con gli ETS. Il terzo settore, infatti, come ben rappresentato nel principio di sussidiarietà orizzontale, costituisce una risorsa importante nella creazione delle reti di supporto che intervengono in presenza di fragilità sanitarie, sociali e socioeconomiche.

Le ASST, con il supporto delle ATS, devono pertanto indicare nel PPT sia l'attivazione di strategie volte all'individuazione, al sostegno e alla valorizzazione delle risorse formali, informali e del terzo settore, sia gli strumenti e le strategie di **co-progettazione** per un welfare di prossimità (ad es: definizione di strumenti condivisi tra tutti gli attori per una lettura integrata del bisogno in ottica anche preventiva, attivazione di equipe allargate, protocolli, procedure ed eventuali accordi di programma che formalizzino in modo stabile gli obiettivi comuni da raggiungere, ecc). Tale azione deve essere considerata e valorizzata nell'ambito della programmazione e progettazione della risposta in termini di LEA alla domanda di salute del distretto, in una logica anche di integrazione con i LEPS di ambito sociale, quali ad esempio, "Prevenzione dell'allontanamento familiare", "Servizi sociali per le dimissioni protette" (legge 234 del 2021).

L'integrazione programmatica e funzionale tra sociale e sociosanitario, in parte è già presente per le linee di intervento regionali di seguito riportate:

- *Area prevenzione (dipendenze con e senza uso di sostanze, piano caldo, piano antiinfluenzale, piano del disagio giovanile intercettazione precoce del disturbo con focus su target dipendenze, psichiatria, NPIA, etc)*
- *Area materno infantile (primi mille giorni di vita, collaborazione Centri per la famiglia - Consultori familiari)*
- *Area minori-adolescenti (integrazione NPIA – servizi sociali dei comuni, strutture sociali educative, etc)*
- *Area autonomia (progetto vita indipendente, psichiatria e sperimentazioni, progetti di budget di salute, etc)*
- *Area fragilità (reinserimento territoriale anche in raccordo con i Serd per le problematiche specifiche, borse lavoro, dimissioni protette, integrazione ass. domiciliare SAD-ADI)*
- *Area grave emarginazione (povertà, immigrazione etc).*

A queste si aggiunge l'Area psicologia che, in attuazione del disposto della L.R. 22/2021, ha visto con la L.R. 1/2024 l'istituzione del Servizio di Psicologia delle Cure primarie.

L'integrazione tra sociale e sociosanitario deve assumere forme strutturate e documentate attraverso evidenze ed **indicatori di esito definiti**. La collaborazione e la costruzione di percorsi integrati, sostenuti da un approccio sistemico centrato sulla persona e non più sui

servizi è, infatti, fondamentale per affrontare in modo efficace le complesse sfide legate alla salute e al benessere della comunità. **Per tutte le aree di integrazione** vanno promosse e declinate azioni di collaborazione tra professionisti del settore sociale e sanitario, anche mediante **la stesura di buone prassi operative**, valorizzando le specificità di ciascun Ente; incontri periodici documentati, la condivisione di informazioni rilevanti anche attraverso piattaforme digitali che consentano l'interoperabilità tra servizi, la creazione di team multidisciplinari a composizione variabile in relazione alla tipologia di richieste/bisogni, sono strumenti utili che consentono di affrontare, in maniera appropriata, la complessità delle situazioni e di assicurare la presa in carico delle richieste del singolo paziente o della comunità di riferimento.

Formazione

Inoltre, in questa cornice programmatica deve trovare spazio ed essere esplicitata **la formazione congiunta**, come una delle leve principali di empowerment atta a massimizzare e implementare il know-how professionale. Un focus specifico deve essere dedicato alla formazione riguardante la transizione tra cure sanitarie e sociali nelle aree di fragilità, con particolare attenzione alla fase di passaggio dall'area minori a quella dell'età adulta. La stesura programmatica di protocolli che ne evidenziano le strategie deve includere la condivisione di informazioni critiche, la pianificazione anticipata e il coinvolgimento nella fase di transizione sia delle diverse componenti dei singoli settori. A questo fine, svolge un ruolo strategico il Direttore di Distretto, che pertanto dovrà essere prioritariamente fruitore di formazione, nonché promotore di azioni a supporto dei processi formativi individuati sul proprio distretto.

Indicatori e specifiche azioni programmatiche 2025- 2027

Le ASST, sotto la regia delle ATS, nell'ambito della programmazione triennale del PPT, definiscono, per distretto, le azioni per concorrere a garantire che ogni livello di assistenza, incroci e organizzino correttamente la risposta ai bisogni di riferimento, in un equilibrio tra le necessità dei diversi ambiti assistenziali.

Ogni ASST, con particolare attenzione agli ambiti distrettuali, potrà autonomamente sviluppare le strategie e le modalità operative ritenute più funzionali in relazione alle specificità dei territori di competenza; tuttavia si dà indicazione di un set minimo di temi che le stesse dovranno inserire nel PPT e sviluppare nel primo triennio 2025/2027, secondo criteri di priorità da esplicitare nel Piano stesso.

Poiché il distretto rappresenta il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi sociosanitari, emerge preponderante la figura del Direttore del distretto che ha il compito di garantire l'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali del suo territorio. Il Direttore del distretto, pertanto, dovrà supportare la Direzione nella stesura del piano, con il focus alla propria realtà distrettuale, considerando risorse, in primis umane, favorendo strategie di integrazione multiprofessionale, ed anche di innovazione, di

capacità di valutazione dei risultati, nella fondamentale consapevolezza nella Primary Health Care.

Nel PPT dovranno essere programmate le azioni che verranno sviluppate nel triennio 2025 – 2027 riguardo alle aree tematiche caratterizzate dalla necessità di integrazione anche operativa, di seguito indicate:

1. Valutazione

Nell'ambito dello sviluppo del Polo territoriale, il processo dinamico ed interdisciplinare attraverso il quale viene identificata la natura e l'entità dei problemi di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale di una persona, nonché le risorse disponibili deve trovare applicazione secondo modalità integrate, assicurate anche dalla partecipazione della figura dell'assistente sociale dei Comuni all'interno del Punto Unico di Accesso (PUA) delle Case di Comunità. Tale previsione risulta, peraltro, sostenuta da finanziamenti finalizzati e vincolati all'acquisizione, da parte degli Enti Locali, di operatori di detto profilo da assegnare ai PUA.

La valutazione, operata tramite strumenti validati (scale, test, etc.) e diversificati in funzione della specifica problematica e tipologia di bisogno, rappresenta il momento cruciale per l'attivazione dei servizi necessari a rispondervi e per la definizione del Piano/Progetto individualizzato, come richiamato dalle recenti:

- L. 33/2023 "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane" e dal relativo Decreto Legislativo 15 marzo 2024, n. 29, con particolare riguardo a quanto previsto in materia di Valutazione Multidimensionale Unificata (art. 27);
- Legge 227/2022 "Delega al Governo in materia di disabilità"

Le ASST **dovranno descrivere all'interno del PPT le modalità attraverso le quali verranno assicurate le valutazioni**, in particolare nella transizione dei setting assistenziali (da Ospedale a Territorio) per il tramite della Centrale Operativa Territoriale (COT) e a garanzia della continuità assistenziale, avvalendosi anche della valutazione del bisogno psicologico della persona e del care-giver per il tramite del Servizio di Psicologia delle cure primarie.

Si indicano pertanto quali indicatori:

- Numero di valutazioni che vedono la partecipazione dell'Assistente sociale comunale/numero complessivo di valutazioni effettuate nell'anno, prevedendo una percentuale incrementale negli anni successivi, pari a
 - almeno il 50% nell'anno 2025
 - 75% nel 2026
 - 100% nel 2027

2. Continuità dell'assistenza

Tra gli obiettivi da implementare vi è quello della continuità dell'assistenza nel passaggio tra i vari setting di cura.

Sul territorio lombardo negli anni sono state sviluppate positive esperienze in tale senso che necessitano di essere standardizzate e recepite nel PPT.

Al riguardo è necessario procedere alla revisione/elaborazione di specifici protocolli quali strumenti per assicurare un fluido passaggio assistenziale tra le strutture ospedaliere e i seguenti ambiti assistenziali:

- al domicilio con attivazione delle **cure domiciliari (ADI, RSA aperta, Cure Palliative)**,
- in **Cure Intermedie**,
- in **Ospedale di Comunità**,
- in **Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani o per disabili RSD/CSS**,
- in **CDI/CDD**
- in strutture/servizi/progetti per pazienti psichiatrici.

La misurazione di questo obiettivo dovrà prevedere i seguenti indicatori:

- Numero di progetti individualizzati attivati finalizzati ad assicurare la continuità assistenziale / numero di valutazioni effettuate per dimissioni/ammissioni protette con raccordo di COT e CdC
- Numero protocolli e/o procedure definiti per assicurare la Transitional Care/ numero di protocolli/procedure di base sopra indicati

Si ritiene utile precisare che per ogni protocollo e/o procedura devono essere definiti Scopo, Destinatari, Azioni, Attori, Tempi, Responsabilità, Indicatori di monitoraggio/esito e che per quanto attiene all'ambito della psichiatria, neuropsichiatria e dipendenze andrà assicurata l'implementazione dei protocolli/percorsi già in essere da parte del Dipartimento della Salute Mentale e Dipendenze.

I protocolli dovranno essere condivisi ed approvati in sede di **Cabina di Regia della ASST**, costituita nei modi previsti dalla normativa vigente con auspicata partecipazione di ATS, oltre che di tutti i soggetti interessati della rete dei servizi, comprese le associazioni.

Questi documenti dovranno interessare anche le strutture di ricovero e cura private accreditate e a contratto.

3. Cure domiciliari individuano la "casa" quale primo luogo di cura e vedono forme diversificate di interventi assicurati:

- dal MMG attraverso l'Assistenza domiciliare Programmata (ADP) o tramite il progetto di Sorveglianza domiciliare,
- dall'ADI (CDom),
- dalla RSA Aperta,
- dalle Cure Palliative domiciliari (UCPDom)
- dall'assistenza domiciliare di carattere sociale (SAD)

Questi interventi vedono talvolta il coinvolgimento del volontariato attivo a livello locale,

L'attuazione di queste attività devono evidenziarsi tramite indicatori specifici quali:

- Presa in carico in ADI di un numero incrementale di persone, definito per ogni territorio dalla DGR delle regole anno 2023, fino alla percentuale del 10% degli anziani nell'anno 2026
- Nr accessi al PS di pazienti in ADI, inferiori o uguali al 2024 (per l'anno 2025), calcolato dalle ATS

Per il monitoraggio del grado di attuazione delle attività previste nei PPT, si suggerisce anche la scelta di un set di indicatori "di valutazione delle performance", al fine di rafforzare la capacità di governance locale. Si propongono, in particolare, alcuni indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) sottoinsieme "core" ed eventualmente sottoinsieme "no core" (es. indicatori "Esiti territoriali - area contesto ed equità"). Tali indicatori potranno essere individuati anche nell'ambito delle attività di "Monitoraggio delle attività delle AFT e delle UCCP".

A titolo meramente esemplificativo, si riportano alcuni indicatori "core" del NSG, potenzialmente sviluppabili e non necessariamente legati all'ambito delle cure domiciliari:

- D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)
- D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria
- D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore
- D33Z - Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)

Dovrebbe inoltre essere implementata un'ulteriore attività finalizzata alla valutazione da parte dell'utente dei servizi ospedalieri/territoriali quale elemento rilevante nella misurazione della performance erogata. In particolare, sui soggetti cronici potrebbe essere adottata la metodologia dei PREMs (Patient-Reported Experience Measures) del MeS Sant'Anna di Pisa - con cui Regione ha in atto una collaborazione – anche in considerazione di un progetto pilota sulla valutazione dei servizi territoriali in corso in alcune regioni (per ora non la Lombardia) con il Ministero della Salute.

4. Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie

Il nuovo contesto del Polo Territoriale richiede interrelazioni strette e facilitate tra tutti i soggetti della rete dei servizi territoriali, al fine di garantire la continuità dell'assistenza.

La stessa DGR n. 6760/22 prevede tra gli "Ulteriori Requisiti minimi organizzativi specifici", documenti che specifichino il modello organizzativo funzionale e operativo della CdC con particolare riferimento a:

- modalità di erogazione dei servizi
- modalità di coordinamento delle diverse attività presenti;
- modalità di integrazione tra i servizi interni ed esterni

Riguardo al coordinamento delle attività territoriali, uno strumento da utilizzare sarà quello del protocollo tra i vari soggetti coinvolti (ASST, MMG/PLS, Ambiti Territoriali Sociali, Associazionismo, ...) **con riferimento ai seguenti processi da presidiare:**

- integrazione tra IFeC, MMG, personale di studio MMG;
- integrazione tra specialisti e MMG;
- integrazione tra MMG, PLS, Specialisti, Ambiti Sociali Territoriali;
- integrazione tra servizi ASST, MMG, PLS, Ambiti Territoriali Sociali, Associazionismo.

Si conferma che i protocolli devono definire, per ciascuno dei su citati processi:

1. Fasi
 2. Azioni
 3. Tempi
 4. Responsabilità
 5. Indicatori di monitoraggio per eventuali azioni di miglioramento
- ed essere condivisi in Cabina di Regia di ASST

I Protocolli, con taglio schematico ed operativo, dovranno essere elaborati sotto la regia del Direttore Socio -sanitario, dal Direttore del distretto che si avvarrà di gruppi di lavoro snelli, composti da tutti i soggetti coinvolti nei processi assistenziali (Medici di Medicina Generale attraverso le AFT presenti, IFeC, Specialisti, Associazioni/ Terzo settore). I lavori dovranno concludersi entro il 30 giugno 2024, come indicato dalla nota della DG Welfare del 25.09.2023,

Il percorso sarà supportato da DG Welfare, attraverso momenti di formazione/confronto con le Direzioni Sociosanitarie delle ASST, alle quali verranno fornite indicazioni utili alla definizione di protocolli condivisi.

L'attuazione dei protocolli dovrà prevedere momenti di formazione condivisi tra i soggetti della rete.

Indicatori:

- Numero protocolli o procedure definiti/ Numero protocolli o procedure sui 4 sopra indicati = 100%
- All'interno dei protocolli sono comunque previsti specifici indicatori di monitoraggio della loro attuazione e nell'ottica di una loro continua implementazione e miglioramento

In merito al *"Monitoraggio delle attività delle AFT e delle UCCP"* (di cui alla DGR n.1827 del 31/01/2023) attraverso l'individuazione di indicatori utilizzati per il governo clinico e la standardizzazione del loro calcolo, i Servizi di Epidemiologia delle ATS (già rappresentati nel tavolo di lavoro all'uopo istituito), che avranno in carico anche il calcolo degli indicatori, si raccorderanno nelle loro specifiche attività epidemiologiche con la UO Osservatorio Epidemiologico Regionale all'interno della Rete degli Osservatori Epidemiologici, al fine di consentire l'applicazione omogenea della metodologia di estrazione, elaborazione, validazione dei dati, nonché la loro completezza, qualità e tempestività di produzione.

In attuazione della L.R. 1/2024 con la istituzione ed organizzazione del Servizio di Psicologia delle Cure Primarie verrà richiesta la definizione dei percorsi di integrazione con i MMG/PLS, il PUA, la COT, gli Specialisti, i Servizi e i diversi nodi della rete territoriale. Sarà in particolare necessario procedere alla definizione delle prassi di invio da parte

dei MMG/PLS e degli Specialisti e alla loro diffusione. e definire percorsi di integrazione con l'Area della Prevenzione, della Salute Mentale, della Autonomia e della Fragilità. A seguito di atti regionali di attuazione dovranno essere previsti i seguenti Indicatori specifici:

- Atto aziendale di recepimento della L.R. 1/2024 con la istituzione ed organizzazione del Servizio di Psicologia delle Cure Primarie in capo alla Area Funzionale di Psicologia aziendale;
- Attivazione di un Ambulatorio di Psicologia delle Cure Primarie in ogni Casa di Comunità;
- Registrazione dei dati di attività del Servizio di Psicologia della Cure primarie, del numero di pazienti e di prestazioni, con trasmissione all'Osservatorio regionale previsto dalla L.R. 1/2024.

5. Prevenzione e Promozione della Salute

Nella cornice della più ampia programmazione nell'area della Prevenzione in capo alla ATS, le ASST attivano percorsi di Prevenzione primaria secondaria e terziaria come metodo di lavoro al fine di garantire una efficace azione di tutela della salute, adottando approcci orientati a strategie di promozione della salute, con l'obiettivo di accrescere il livello di health literacy e di empowerment dei singoli e delle comunità locali.

Le iniziative di Prevenzione e Promozione della Salute saranno oggetto di confronto e condivisione in sede di Cabina di Regia di ATS.

Di seguito si riportano le tematiche riferite all'area della prevenzione e promozione della salute che si ritiene debbano prevedere la programmazione di azioni specifiche all'interno del PPT, e il cui sviluppo dovrà seguire le specifiche indicazioni regionali.

Informazione

L'informazione è alla base della possibilità di accesso e ASST, in particolare tramite le Case di Comunità (CdC) vanno offerte al cittadino e al professionista le informazioni principali per l'accesso alla erogazione delle attività di prevenzione (ad es vaccinazioni, Screening, fruibilità di programmi e proposte di prevenzione/promozione della salute: offerta di Gruppi di Cammino, AFA/EFA, disponibilità di Counseling motivazionale per il cambiamento di stili di vita ecc.) in dettaglio tramite:

- **Siti internet aggiornati** con attualità di date e orari di accesso alla prevenzione (standard atteso: nessuna individuazione di non conformità in occasione di controlli e audit – dati errati o mancanti- per date e orari di accesso a vaccinazioni, screening).
- **Presenza di punti informativi fisici** con informazione di date e orari di accesso alla prevenzione:
 - o (standard atteso: evidenza di formazione del 100% degli operatori del territorio sulla propria organizzazione e su dove reperire informazioni in merito alle campagne vaccinali, screening oncologici, offerta di programmi e iniziative locali nell'area "Stili di vita");
- **Invio alla medicina territoriale** (MMG/PLS, UDO Ss, farmacie) **e agli attori del territorio** (Comuni, Aziende, Scuole, Associazioni del terzo settore), **di un flusso**

strutturato di informazioni contenente l'aggiornamento della propria organizzazione e dell'accesso alle attività di prevenzione
(standard atteso: evidenza di un flusso di informazioni strutturato e aggiornato (anche con modalità informatiche))

Distrettualizzazione della prevenzione

(Azioni distrettuali di prevenzione e implementazione programmi preventivi regionali nei diversi setting)

Le attività di prevenzione devono poter crescere in un contesto distrettuale dove il Direttore di Distretto diventa il primo promotore e gestore dell'offerta di prevenzione e garantisce una capacità di lettura epidemiologica del contesto territoriale aiutando i diversi erogatori delle singole offerte di prevenzione a migliorare l'appropriatezza, l'impatto, l'efficacia e la sostenibilità della propria offerta.

Strumento di lavoro per l'analisi epidemiologica per i Direttori di Distretto è il portale "Stato di salute della popolazione" (DGR 1437/2023) che verrà sviluppato per ogni territorio da ATS nel 2024.

Coerentemente con le linee della programmazione di ATS e ASST, i Direttori di Distretto realizzano annualmente una programmazione per la soluzione dei principali punti critici (almeno 3) emersi dalla analisi epidemiologica per il proprio distretto. La proposta deve avere caratteristiche di sintesi, di evidenza epidemiologica di una o più problematiche oggetto di azione specifica, di evidenze scientifiche di efficacia, coerenza con piani esistenti (PRP, PIL), di evidenza di sostenibilità e di misurazione delle azioni proposte, di coinvolgimento del territorio, di sviluppo di azioni di prevenzione primaria/secondaria/terziaria

I Direttori di Distretto realizzano la proposta in coordinamento (parere) con il Direttore del Dipartimento Funzionale di Prevenzione ASST e stante la validazione di ATS (DIPS).

Al riguardo le ASST daranno attuazione alle indicazioni regionali in materia.

Indicatore: Azioni attuate/indicazioni regionali = 100%

Vaccinazioni e Campagne vaccinali Antinfluenzale/Covid

La vaccinazione ha caratteristiche di offerta con evidenze di efficacia consolidata ed è lo strumento di riferimento per la prevenzione di singoli casi infettivi ed epidemie pertanto è atteso:

- L'attivazione dell'offerta vaccinale nelle case di comunità (standard atteso: >90% delle Case di Comunità);
- La garanzia in ogni campagna antinfluenzale di punti di offerta di prossimità della vaccinazione antinfluenzale crescenti dal 2024 al 2026 comprensivi delle Case di Comunità (standard atteso: numero punti di vaccinazione di prossimità anche in collaborazione con MMG/PLS aumentati per ogni campagna influenzale);

- Il numero delle vaccinazioni Antinfluenzali eseguite da ASST al di fuori dei setting istituzionali (centri vaccinali, Cdc) per il raggiungimento della popolazione esitante e della popolazione hard to reach crescenti dal 2024 al 2026 (standard atteso: evidenza di un programma per la vaccinazione degli hard to reach);
- La copertura per gli over 65 per l'antinfluenzale del 75% nel 2026;
- La garanzia di continuità dell'offerta vaccinale per il paziente cronico dimesso dall'ospedale: verifica che nei Piani Assistenziale Individualizzati dei medici del territorio deve essere presente la verifica dell'offerta vaccinale (standard atteso: evidenza di verifica a campione di almeno 50 PAI all'anno del proprio territorio per verificare il corretto inserimento delle vaccinazioni e conseguenti azioni organizzative e di sensibilizzazione).

Presa in carico infettivologica territoriale durante la stagione influenzale

È necessario rinforzare il territorio per garantire una presa in carico precoce e evitare il sovraffollamento dei pronto soccorso pertanto è atteso:

L'attivazione di percorsi di presa in carico (diagnosi e offerta di terapia) delle patologie influenzali e di offerta di terapia al di fuori dei Pronti Soccorso (standard atteso: evidenza di punti di riferimento per il paziente al di fuori del pronto soccorso con personale formato ad hoc);

La diminuzione degli indici di sovraffollamento dei Pronti Soccorso (standard atteso: indici di sovraffollamento dei PS inferiori all'anno precedente).

Piano caldo

Dovrà essere prevista nel PPT la messa a punto delle azioni che, anche in collaborazione con tutti gli attori che operano nel Distretto (Comuni, Uffici di Piano, Associazioni, Terzo Settore, Volontariato, ecc), dovranno essere predisposte annualmente per il Piano Caldo, prevedendo all'interno dello stesso indicatori di monitoraggio dell'attività.

Indicatore: Piano caldo formalizzato e condiviso in sede di Cabina di Regia di ASST.

Piano Pandemico

Sviluppo del Piano Pandemico di ASST comprendente tutte le attività territoriali e che comprenda il raccordo con gli erogatori privati e un confronto in sede di Cabina di Regia di ASST:

- presenza di piano aggiornato;
- compilazione del portale regionale di monitoraggio del piano pandemico "Support and Advice System for Health Administrators";
- realizzazione e partecipazione alle esercitazioni del Piano Pandemico.

6. La Telemedicina

Considerata come uno degli obiettivi strategici del PRSS, la diffusione dei servizi di Telemedicina (Televisita, Teleconsulto, Teleassistenza e Telemonitoraggio) che favoriscono un'assistenza integrata lungo tutto il percorso di prevenzione e cura si avvarrà, a partire dal secondo semestre del 2024, dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina, piattaforma unica e centralizzata a livello Regionale, che integra e valorizza le esperienze già in atto con l'utilizzo di tecnologie innovative e con l'adozione di nuovi sistemi digitali come il Sistema di Gestione Digitale del Territorio che forniscono tutte le informazioni necessarie per la migliore gestione dei pazienti. Attraverso l'introduzione graduale dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina integrata nativamente al Sistema di Gestione Digitale del Territorio e attraverso la valorizzazione e l'ampiamiento delle esperienze di Telemedicina già in atto sul territorio regionale, sarà possibile rispettare il target PNRR che prevede l'attivazione di strumenti di telemonitoraggio per almeno 200.000 pazienti cronici nel 2026. La diffusione dei servizi di Telemedicina avverrà in due fasi: nella prima fase ci sarà la mappatura sia dell'organizzazione aziendale per la gestione dei servizi di telemedicina, sia dei processi di telemedicina già attivi o da attivare nelle singole Strutture per poter configurare il sistema nel modo più confacente alle singole esigenze; nella seconda fase saranno implementate le regole e gli standard di processo e di sistema per l'utilizzo ottimale dei servizi minimi di telemedicina

Indicatori specifici per ogni Azienda:

- Definizione del modello organizzativo per l'implementazione dei servizi di telemedicina e nomina di un referente entro il 2024
- Mappatura dei processi attivi e delle relative responsabilità nella gestione dei processi di Telemedicina entro il 2024
- Attivazione di almeno un progetto di telemonitoraggio nel 2024
- Attivazione completa dei servizi di Telemedicina in modalità integrata a SGDT dal 2025
- Gestione incrementale fino al raggiungimento di almeno il 10% dei pazienti cronici nel 2026 tramite servizi di Telemedicina

7. La presa in carico dei cronici e fragili

La presa in carico può essere intesa come un'assunzione di responsabilità proattiva da parte del sistema sanitario nei confronti del paziente cronico al fine di garantire la continuità assistenziale attraverso il coordinamento e l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare.

La DGR n. XII/1827/24 (Regole 2024) ha previsto, per il 2024, una revisione del modello di presa in carico così come definito nelle DD.G.R. n. X/6164/17 e X/6551/17 e successivamente richiamato nelle DD.G.R. n. XI/1046/2018, n. XI/1591/2019, n. XI/1906/2019. Questa revisione deve essere finalizzata a dare nuovo impulso al percorso di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili, intercettando precocemente i bisogni dei pazienti, rispondendo ai bisogni sanitari e di fragilità, orientando il paziente e la sua famiglia in modo efficace verso servizi appropriati, coordinando la rete di diagnosi e assistenza in collaborazione con il MMG e gli specialisti di branca, con auspicabili effetti

positivi rispetto al contenimento delle liste di attesa, alla riduzione degli accessi impropri al PS e del tasso di ospedalizzazione dei pazienti cronici e/o fragili.

Inizialmente la presa in carico sarà effettuata dai MMG aderenti alle Cooperative, in quanto la stessa prosegue secondo la procedura già in essere mentre per la presa in carico da parte dei MMG non aderenti ad una Cooperativa, RL metterà successivamente a disposizione la piattaforma regionale della sanità territoriale (SGDT) Successivamente all'integrazione di cui sopra, le ASST dovranno individuare le modalità organizzative più idonee per l'effettuazione della presa in carico da parte dei MMG non aderenti ad una Cooperativa che dovranno avvalersi del Centro servizi delle ASST di riferimento.

Verranno introdotti nuovi indicatori per monitorare l'effettiva presa in carico del paziente da parte del centro servizi della Cooperativa

Si tenga conto che è in fase di sviluppo anche un progetto di Presa in carico temporanea per una continuità di cura" per pazienti privi di MMG.

La carenza di medici sul territorio rappresenta un fenomeno di grande rilievo.

Secondo le analisi effettuate dalla Direzione Generale Welfare, il totale dei pazienti privi di MMG presenti sul territorio lombardo è pari a 322.832 (indice di una carenza sul territorio di circa 215 MMG). Di questi solo circa il 15% trova assistenza nell'ambito degli Ambulatori Medici Temporanei (AMT) previsti dalla DGR 1827 del 18/1/2024.

Con la finalità prioritaria di garantire la continuità delle cure ai pazienti privi di MMG, mantenendo la sostenibilità economica del sistema e nel rispetto delle indicazioni normative previste dall'ACN per la Medicina Generale e le Regole di Sistema Regionali, si ritiene di prospettare soluzioni organizzative che contribuiscano al contenimento del fenomeno.

Inoltre, ASST predispone la logistica (ambulatorio, materiale di consumo, smaltimento rifiuti, software di cartella clinica) e valuta, qualora non sia affidato alla gestione diretta del medico, l'opportunità di fornire supporto amministrativo/organizzativo privilegiando il ruolo della COT, laddove già implementata, o in alternativa avvalendosi delle Cooperative di MMG del territorio se disponibili e allo scopo ingaggiate da parte delle ATS in quanto titolari del contratto.

Percorsi clinici di presa in carico ospedaliera del paziente complesso

La cd. "Presa in carico ospedaliera" riguarda i pazienti "complessi" e già presi in carico dagli Enti, quindi riconducibili a percorsi interni, che restano in carico agli Enti stessi che dovranno provvedere alla gestione completa del percorso di cura (prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio);

Le strutture ospedaliere pubbliche e private dovranno prendere in carico i pazienti all'atto delle dimissioni assicurando su tutti i presidi del territorio le prenotazioni delle prestazioni prescritte per il percorso di cura. Sono in fase di predisposizione le specifiche per la gestione dei pazienti dimessi ovvero in carico alle ASST/IRCCS per specifiche patologie di particolare complessità.