

<b>DOCUMENTO REGIONALE DI PROGRAMMAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE ATTUAZIONE MISSIONE 6C1 PNRR</b>
--

## **INDICE**

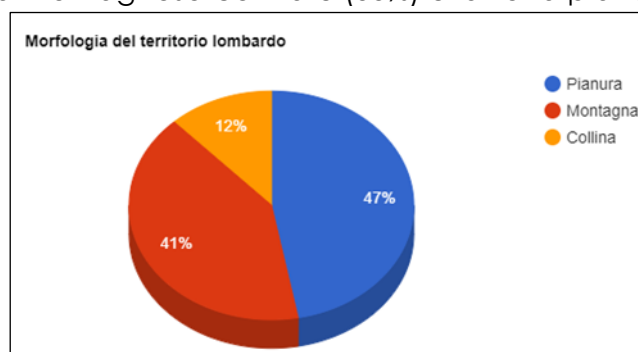
- 1. INTRODUZIONE/ANALISI DI CONTESTO. DESCRIZIONE DELL'ATTUALE RETE TERRITORIALE, ANALISI DEL CONTESTO SOCIODEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO DELLA REGIONE; STRUMENTI DI STRATIFICAZIONE DEI BISOGNI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE PREVISTI/PRESENTI**
- 2. RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE**
  - 2.1 FUNZIONAMENTO E ORGANIZZAZIONE DEL DISTRETTO E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**
  - 2.2 INFERMIERI DI FAMIGLIA O COMUNITÀ (IFeC)**
  - 2.3 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)**
  - 2.4 CENTRALI OPERATIVE 116117**
  - 2.5 ASSISTENZA DOMICILIARE**
  - 2.6 OSPEDALI DI COMUNITÀ**
  - 2.7 RETE DELLE CURE PALLIATIVE**
  - 2.8 CONSULTORI FAMILIARI**
  - 2.9 DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE**
  - 2.10 TELEMEDICINA**
  - 2.11 INTEGRAZIONE E INTERAZIONE DEGLI ALTRI SERVIZI NON DELINEATI NEL DM/77 CON IL NUOVO**
- 3. FABBISOGNI DI PERSONALE PER IL FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI E PIANI DI FORMAZIONE**
- 4. SINTESI DELLE AZIONI E CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ**
- 5. MODALITÀ DI GOVERNO E MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI RIORGANIZZAZIONE**

# 1. INTRODUZIONE/ANALISI DI CONTESTO. DESCRIZIONE DELL'ATTUALE RETE TERRITORIALE, ANALISI DEL CONTESTO SOCIODEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO DELLA REGIONE; STRUMENTI DI STRATIFICAZIONE DEI BISOGNI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE PREVISTI/PRESENTI

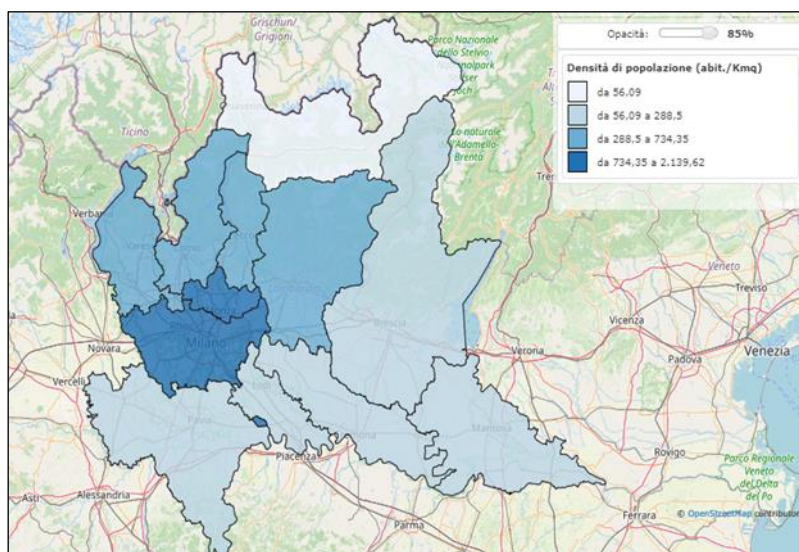
## Introduzione/analisi di contesto

### Il territorio e la popolazione

La Lombardia è collocata ai piedi delle Alpi ed al centro della Pianura Padana, nel cuore delle principali vie di collegamento tra l'area mediterranea e l'Europa centrale. Il suo territorio si estende per una superficie di 23.860 kmq che si caratterizza per una quasi equa suddivisione tra la zona montagnoso-collinare (53%) e la zona pianeggiante (47%).



La distribuzione della popolazione per zona altimetrica evidenzia alcune differenze tra le province. La conoscenza delle caratteristiche geo-politiche e della distribuzione della popolazione sono rilevanti per individuare le differenze che possono incidere sui flussi di mobilità sanitaria e sulle modalità di organizzazione dell'offerta dei servizi sanitari.



Di seguito si riporta la distribuzione della popolazione lombarda per ATS di residenza. Si ricorda che in base alla Legge regionale 22/2021 ogni ASST si articola in distretti il cui territorio coincide con uno o più ambiti sociali territoriali di riferimento per i piani di zona.

### Popolazione residente per ATS

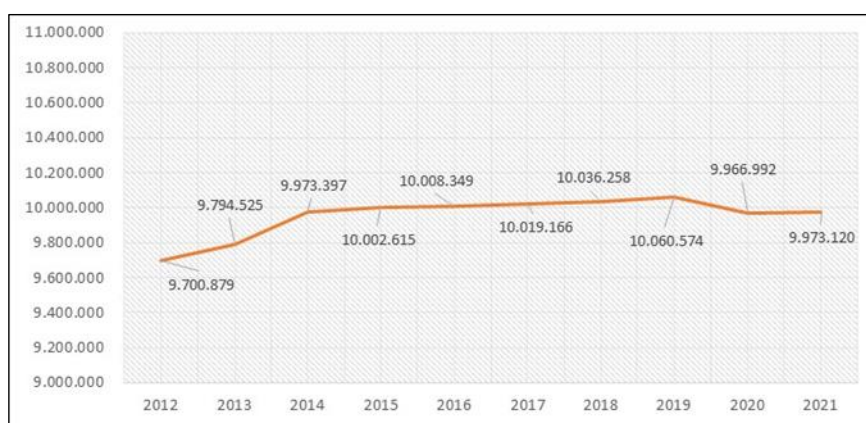
ANNO	321 ATS METROPOLITANA	322 ATS INSUBRIA	323 ATS MONTAGNA	324 ATS BRIANZA	325 ATS BERGAMO	326 ATS BRESCIA	327 ATS VALPADANA	328 ATS PAVIA	TOTALE
2016	3.437.922	1.434.852	337.302	1.205.330	1.108.298	1.163.407	773.312	547.926	10.008.349
2017	3.447.539	1.435.442	336.555	1.208.097	1.109.933	1.162.351	771.998	547.251	10.019.166
2018	3.464.423	1.435.054	336.339	1.211.082	1.111.035	1.162.241	770.274	545.810	10.036.258
2019	3.480.513	1.472.796	298.271	1.211.315	1.114.590	1.165.954	771.247	545.888	10.060.574
2020	3.475.706	1.457.834	294.726	1.200.014	1.099.621	1.148.857	755.283	534.951	9.966.992
2021	3.463.360	1.457.054	294.237	1.203.682	1.103.556	1.157.127	758.303	535.801	9.973.120

### **La struttura demografica e socio-economica della popolazione**

La conoscenza della struttura demografica della popolazione per età e genere rappresenta il punto di partenza per la comprensione dei principali bisogni di salute, che si differenziano a seconda delle fasi di vita dei soggetti.

Una prima evidenza è costituita dal fatto che la popolazione residente in Lombardia nel 2021 ha ripreso, seppur di poco, la tendenza alla crescita degli ultimi anni, grazie ad un saldo migratorio positivo. La diminuzione osservata nel 2020 è effetto del saldo naturale - ossia il bilancio tra morti e nati - negativo dovuto all'aumento dei decessi soprattutto durante la prima ondata, con un totale di 136,2 mila morti per tutte le cause (+36,3%), e alla riduzione delle nascite soprattutto nella seconda ondata, con un totale di 69,1 mila nuovi nati (-5,5%). Continua ad essere negativo, come a livello nazionale, il saldo naturale, in parte per un eccesso di mortalità peculiare del 2015 e nel 2020, ma anche per un indice di fecondità basso da anni.

### Popolazione residente in Lombardia (2012-2021)



L'invecchiamento, simile a quello italiano, cresce e contestualmente aumenta il carico assistenziale ad esso correlato. L'aumento di soggetti anziani e fragili rende inevitabile la

sfida di realizzare una maggiore presa in carico a livello territoriale, nonché di una sempre maggiore integrazione tra gli ambiti sanitari e sociosanitari.

La popolazione anziana è diversamente distribuita nei territori delle ATS, con prevalenza maggiore nelle aree meridionali (ATS di Pavia e della Val Padana) e minore nella zona est della regione (ATS di Bergamo e di Brescia). Anche la mortalità grezza presenta la medesima distribuzione dell'invecchiamento, mentre la natalità è al contrario più alta nelle ATS di Bergamo e di Brescia e più bassa in quelle di Pavia e della Val Padana: per quest'ultimo indicatore, tuttavia, la differenza tra valore massimo e minimo è di circa 1 per 1.000.

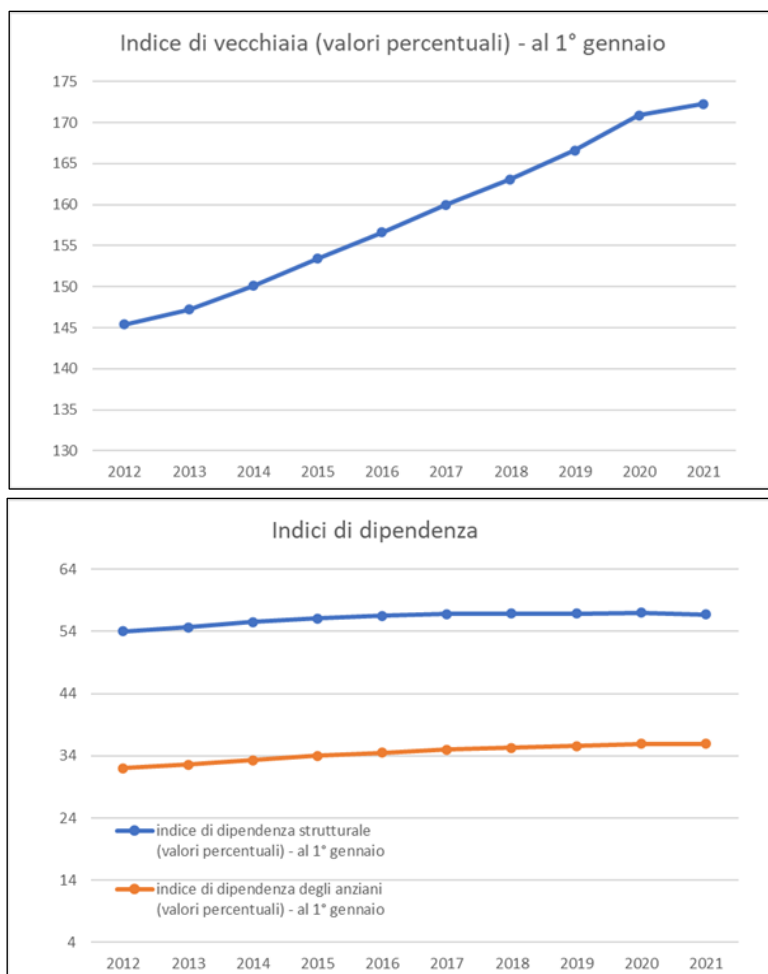
*Popolazione anziana residente per ATS*

CODICE ATS	ATS	FASCIA POPOLAZIONE	2016	2017	2018	2019	2020	2021
321	ATS METROPOLITANA DI MILANO	65-74	371.842	369.493	369.435	369.693	377.066	372.042
		75-84	285.118	289.195	291.585	292.485	289.344	286.199
		85 E OLTRE	107.314	112.451	116.690	121.419	128.272	125.270
		Totale	764.274	771.139	777.710	783.597	794.682	783.511
322	ATS INSUBRIA	65-74	157.986	158.723	160.334	166.473	169.785	170.091
		75-84	116.854	118.990	120.237	124.230	121.608	122.262
		85 E OLTRE	45.564	47.594	49.253	52.042	53.962	53.733
		Totale	320.404	325.307	329.824	342.745	345.355	346.086
323	ATS MONTAGNA	65-74	38.109	38.592	39.163	35.228	36.449	36.459
		75-84	27.344	27.706	27.872	24.763	24.208	24.306
		85 E OLTRE	11.143	11.608	12.013	10.646	10.871	10.858
		Totale	76.596	77.906	79.048	70.637	71.528	71.623
324	ATS BRIANZA	65-74	130.198	131.255	132.430	134.184	137.373	137.927
		75-84	96.447	98.487	99.749	100.397	98.729	99.108
		85 E OLTRE	34.766	36.862	38.435	40.697	41.820	41.588
		Totale	261.411	266.604	270.614	275.278	277.922	278.623
325	ATS BERGAMO	65-74	113.596	115.215	116.522	118.883	122.411	122.582
		75-84	78.217	79.913	81.355	82.429	80.910	81.016
		85 E OLTRE	29.265	30.515	31.576	32.741	32.839	33.007
		Totale	221.078	225.643	229.453	234.053	236.160	236.605

326	ATS BRESCIA	65-74	119.990	120.583	121.534	122.607	125.458	126.273
		75-84	84.514	86.433	87.857	89.082	87.604	88.063
		85 E OLTRE	34.215	35.540	36.524	37.333	37.338	37.410
		Totale	238.719	242.556	245.915	249.022	250.400	251.746
327	ATS VALPADANA	65-74	85.819	86.288	87.195	88.203	90.695	91.031
		75-84	65.559	65.948	66.126	66.150	63.044	63.224
		85 E OLTRE	28.338	29.067	29.478	30.009	29.796	29.854
		Totale	179.716	181.303	182.799	184.362	183.535	184.109
328	ATS PAVIA	65-74	60.895	61.271	61.773	62.449	64.266	64.299
		75-84	49.157	49.051	48.549	48.067	45.323	45.776
		85 E OLTRE	20.768	21.595	22.018	22.626	22.360	22.503
		Totale	130.820	131.917	132.340	133.142	131.949	132.578
Regione Lombardia		65-74	1.078.435	1.081.420	1.088.386	1.097.720	1.123.503	1.120.704
		75-84	803.210	815.723	823.330	827.603	810.770	809.954
		85 E OLTRE	311.373	325.232	335.987	347.513	357.258	354.223
		Totale	2.193.018	2.222.375	2.247.703	2.272.836	2.291.531	2.284.881

L'analisi dell'andamento dell'indice di vecchiaia e dell'indice di dipendenza strutturale evidenzia come la quota dei giovani sul totale della popolazione sia molto contenuta, mentre il peso assoluto e relativo della popolazione anziana è progressivamente più consistente anche nelle età più avanzate.

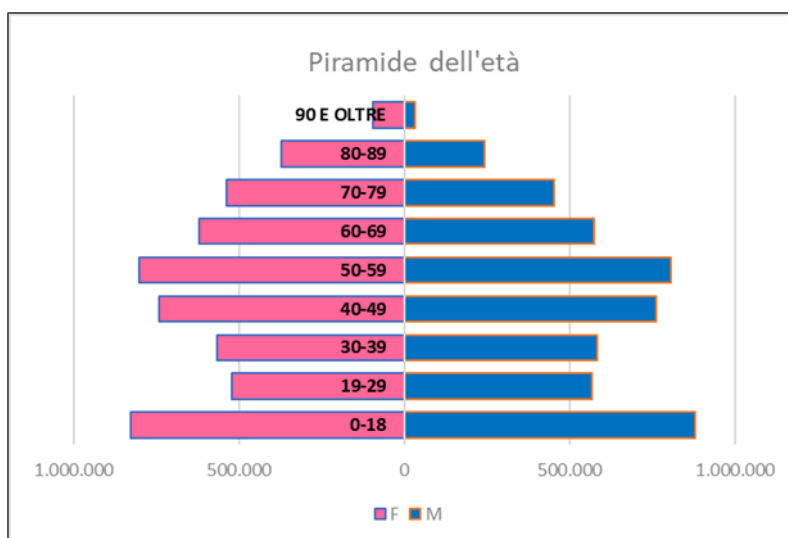
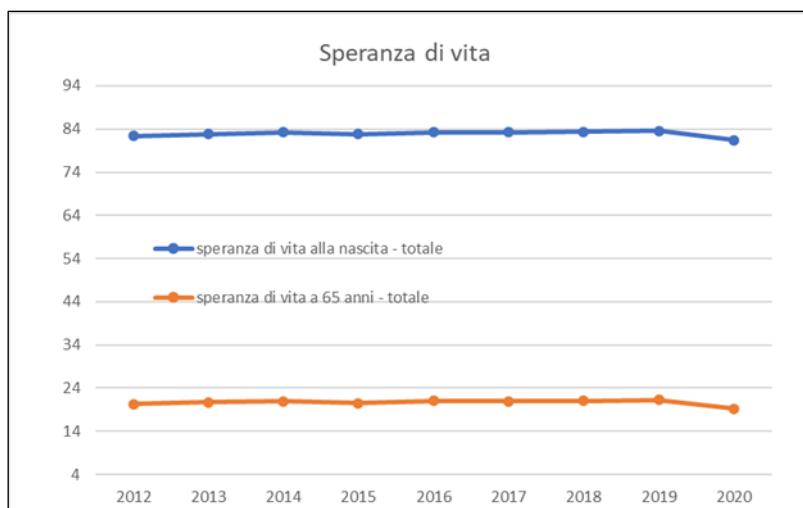
L'indice di vecchiaia rappresenta il rapporto tra cittadini con più di 65 anni e popolazione under 14.



L'indice di dipendenza strutturale rappresenta il rapporto tra cittadini considerati in fasce d'età non autonome (<15 anni, >65 anni) e i cittadini tra i 15 e i 65 anni considerati in età produttiva, mentre l'indice di dipendenza strutturale è relativo alla sola fascia di anziani (>65 anni).

L'indice di dipendenza, simile a quello nazionale, mostra che ogni due soggetti adulti in potenziale età lavorativa è presente un anziano o un bambino di cui occorre prendersi carico.

Leggendo il trend è facile prevedere come nei prossimi decenni si assisterà ad un ulteriore aumento del peso relativo ed assoluto della popolazione anziana, dovuto a molteplici fattori: aumento della speranza di vita (non solo alla nascita, ma anche alle età avanzate), "slittamento verso l'alto" (ossia all'invecchiamento) delle coorti assai numerose che, oggi, si trovano nelle classi di età centrali, ulteriori dinamiche che impoveriscono la popolazione quali in particolare la denatalità.



La prospettiva è di anziani più vecchi, più soli e con supporti familiari meno presenti e meno disponibili, tenuto conto che le risorse di cura familiare nei prossimi 20 anni andranno riducendosi, in un quadro demografico in continua evoluzione.

Il numero di caregiver familiari è in calo: la generazione dei baby-boomers – i 50enni di oggi – avvicinandosi alla terza età, avrà a disposizione una rete di aiuti parentali più limitata di quella attuale.

La riduzione delle nascite e l'aumento dei figli unici porteranno ad una crescita degli anziani soli: già oggi un anziano su tre in Lombardia vive da solo (32%) e, se si considerano anche le coppie di anziani, si supera il 70%.

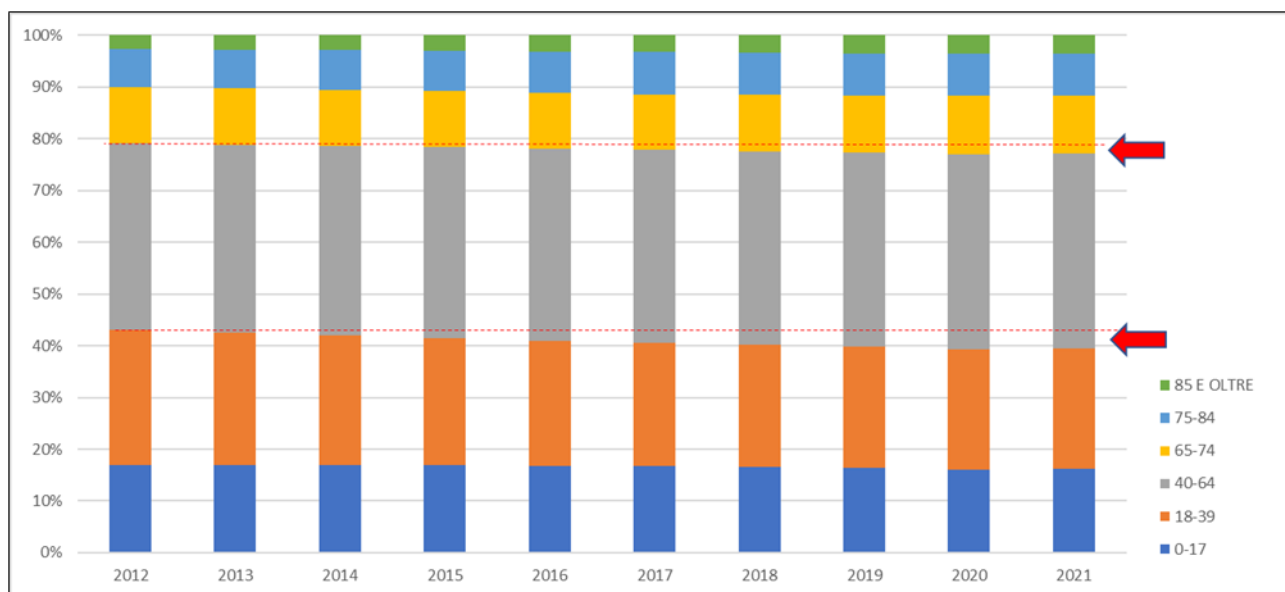
Questo è un elemento di potenziale fragilità da non sottovalutare: la rarefazione delle relazioni familiari, spesso peraltro accompagnata da una scomparsa progressiva dei rapporti di amicizia e vicinato, possono ostacolare una vita attiva in termini di scambi e relazioni sociali che progressivamente potrebbe trasformarsi in una minore cura di sé con conseguenze importanti dal punto di vista del decadimento psico-fisico.

<b>Tavola 5</b>		
<b>Famiglie per dimensione e tipologia. Lombardia e Italia. Media anni 2017-2018 (composizione percentuale)</b>		
	<b>Lombardia</b>	<b>Italia</b>
<b>DIMENSIONE</b>		
Un componente	34,1	33,0
Due componenti	28,1	27,1
Tre componenti	20,2	19,5
Quattro componenti	13,3	15,1
Cinque o più componenti	4,3	5,3
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>TIPOLOGIA</b>		
Famiglia senza nucleo	36,4	35,2
Persone sole fino a 59 anni	15,6	15,2
Persone sole di 60 anni e oltre	18,5	17,8
Altre famiglie	2,3	2,2
Famiglie con un solo nucleo	62,5	63,2
Monogenitore	9,1	9,9
Coppia con figli	32,1	33,2
Coppia senza figli	21,3	20,1
Famiglie con più nuclei	1,1	1,5
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Fonte: Istat, Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"		

Riassumendo il trend demografico sopra anticipato, si evidenzia che nel 2020 la pandemia Covid-19 ha prodotto marcati effetti sulla dinamica demografica in Lombardia. Mentre negli anni precedenti la popolazione residente era in costante aumento soprattutto grazie ad un saldo migratorio positivo che ha controbilanciato parzialmente il saldo naturale negativo (nascite-decessi), nel corso del 2020 il trend si è invertito e al 1/01/2021 i residenti sono diminuiti dello 0,6% su base annua.

Struttura demografica	2010	2020
Residenti	9.917.714	10.027.602 (9.967.000 al 1/01/2021)
Età media	43,5	45,5
Popolazione $\geq$ 65 anni (%)	20,3	22,9
Popolazione $\geq$ 85 anni (%)	2,4	3,6
Indice di vecchiaia (x 100)	143,1	170,9
Indice di dipendenza degli anziani (x 100)	31,1	35,9
Indice di dipendenza strutturale (x 100)	52,8	57





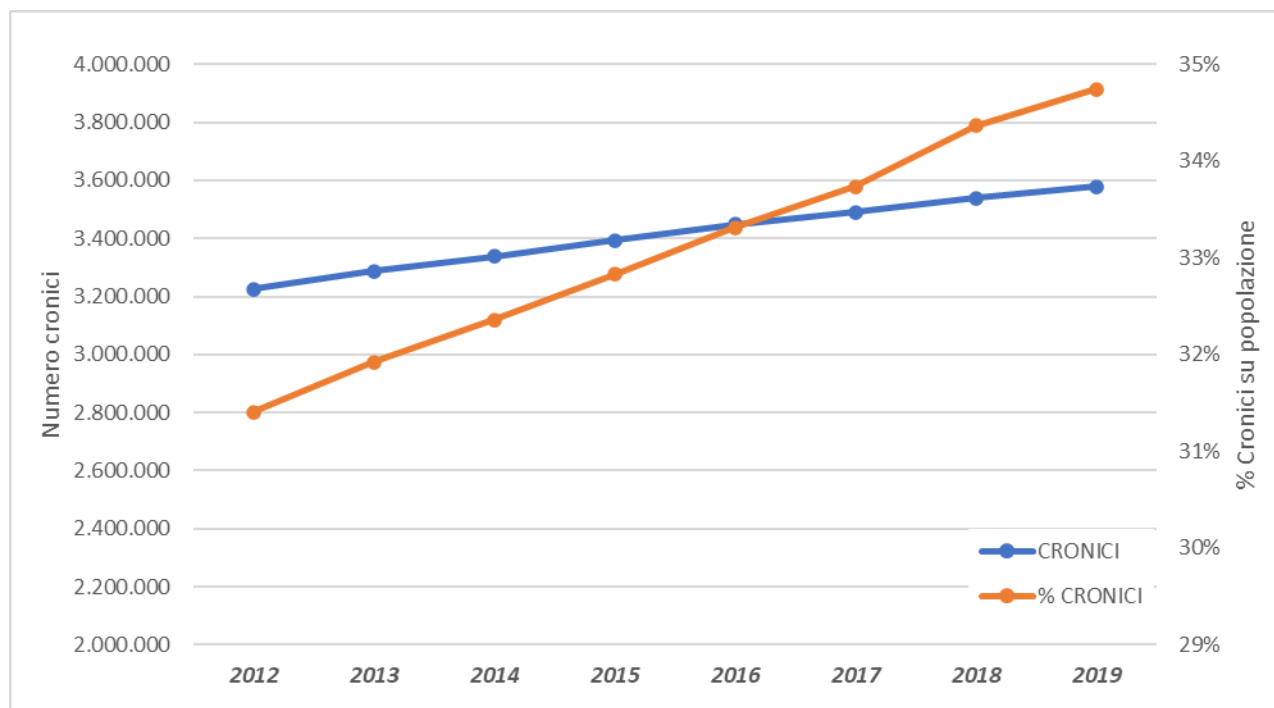
Nella suddivisione nelle diverse fasce d'età, nel corso degli anni aumentano gli over 65 e gli over 85, mentre si riducono i soggetti in condizione attiva (15-64 anni) o formativa (<15 anni).

Sebbene nel 2020 per effetto della pandemia la speranza di vita alla nascita si sia ridotta rispetto al 2019 negli uomini a 78,9 anni (-2,6) e nelle donne a 83,9 (-2 anni), considerando il trend "fisiologico" degli anni precedenti è possibile prevedere una ripresa dell'aumento del peso relativo ed assoluto della popolazione anziana nei prossimi anni, con incremento dei cittadini portatori di patologie croniche (sia mono che pluripatologici) che rappresentano le maggiori responsabili della perdita di anni di vita vissuti in buona salute e del consumo di risorse sanitarie.

La prevenzione e la presa in carico complessiva del paziente cronico acquisiscono ancor più importanza poiché finalizzate, da un lato a prevenire l'insorgere delle patologie croniche, e dall'altro a ritardare l'aggravarsi delle patologie croniche già esistenti verso condizioni di disabilità e invalidità.

Complessivamente, l'incremento dell'incidenza delle malattie croniche e degenerative, l'invecchiamento della popolazione, l'aumento dell'aspettativa di vita, la presenza delle diverse comorbidità e la loro dinamica interazione nel processo disabilitante, configurano un quadro differenziato di bisogni assistenziali sanitari e sociosanitari.

Negli ultimi anni la prevalenza di soggetti in condizione di cronicità è aumentata e l'incremento, soprattutto oltre i 65 anni, è quasi direttamente proporzionale a quello dei soggetti nella specifica classe di età: negli over 65enni la prevalenza è mediamente almeno del 74% arrivando, oltre gli 80 anni, al 85/86%.



Invecchiamento della popolazione e incremento della popolazione in stato di cronicità influenzano i consumi di prestazioni sanitarie, quali ricoveri, specialistica ambulatoriale e farmaci. In talune situazioni, lo stato di cronicità si accompagna alla condizione di fragilità che intreccia sia gli aspetti clinici legati alla patologia, sia le risorse fisiche e sociali.

	0-39			40-64			65-79			oltre 80		
	Cronici	Totale	Cronici su Totale	Cronici	Totale	Cronici su Totale	Cronici	Totale	Cronici su Totale	Cronici	Totale	Cronici su Totale
2010	314.066	4.411.042	7,1%	1.164.662	3.628.887	32,1%	1.091.919	1.482.455	73,7%	512.446	612.307	83,7%
2011	323.601	4.396.475	7,4%	1.182.717	3.670.512	32,2%	1.119.445	1.514.263	73,9%	535.696	634.694	84,4%
2012	326.265	4.361.536	7,5%	1.199.729	3.712.325	32,3%	1.141.569	1.539.709	74,1%	558.427	658.089	84,9%
2013	331.399	4.310.583	7,7%	1.214.354	3.743.534	32,4%	1.163.887	1.566.684	74,3%	578.009	677.634	85,3%
2014	334.303	4.254.717	7,9%	1.227.129	3.777.253	32,5%	1.178.158	1.586.128	74,3%	599.608	700.508	85,6%
2015	334.938	4.203.291	8,0%	1.245.166	3.807.563	32,7%	1.190.026	1.600.299	74,4%	623.494	726.300	85,8%
2016	338.227	4.162.286	8,1%	1.269.058	3.832.753	33,1%	1.200.366	1.610.966	74,5%	639.884	742.149	86,2%
2017	338.739	4.118.825	8,2%	1.286.068	3.847.755	33,4%	1.204.123	1.615.819	74,5%	662.363	766.978	86,4%
2018	343.361	4.049.334	8,5%	1.307.856	3.847.294	34,0%	1.200.624	1.610.340	74,6%	688.081	794.535	86,6%
2019	345.953	4.015.742	8,6%	1.321.689	3.850.904	34,3%	1.195.752	1.608.460	74,3%	715.286	825.458	86,7%
	▲ 9,2%	▼ -9,8%		▲ 11,9%	▲ 5,8%		▲ 8,7%	▲ 7,8%		▲ 28,4%	▲ 25,8%	

In questa prospettiva, lo stato di salute è l'esito delle "relazioni" tra sistemi in cui è inserita la persona (famiglia, ambiente, scuola, lavoro, ecc.); fra questi sistemi la "sanità" e il "sociale" sono quelli per cui l'integrazione diventa una priorità strategica per rispondere alla complessità delle domande di salute che richiedono attenzione alla globalità dei bisogni della persona ed un approccio unitario ai suoi problemi di salute.

### **Strumenti di stratificazione dei bisogni di salute della popolazione previsti/presenti**

La ridefinizione dei modelli organizzativi sanitari e socio-sanitari non può prescindere da un'attenta stratificazione del bisogno di salute, al fine di intercettare non solo coloro che richiedono prestazioni sanitarie o sociali, ma l'intera Popolazione: solo una dettagliata e precisa mappatura di tutta la Popolazione è in grado di garantire il perseguimento dell'obiettivo del Population Health Management (PHM), mantenendo gli Assistiti in buone condizioni di salute e riducendo nel contempo l'impiego delle risorse sanitarie.

Regione Lombardia grazie ad algoritmi sviluppati da oltre 10 anni in collaborazione tra ASL/ATS, Direzione Regionale e società scientifiche, è in grado di stratificare la popolazione residente in funzione delle patologie croniche, sulla base delle informazioni contenute nel Data Warehouse amministrativo di cui Regione è titolare e che viene trattato con finalità di programmazione, monitoraggio e valutazione della qualità e della efficacia delle cure erogate alla popolazione.

La stratificazione viene declinata a livello di ATS, che a sua volta approfondisce la granularità di analisi (es a livello distrettuale) nel proprio contesto di competenza territoriale.

Il sistema degli algoritmi di classificazione è stato recentemente rivisto, prevedendo una più appropriata individuazione delle cronicità attraverso una profondità storica nella ricerca dei traccianti (in particolare: esenzioni, ricoveri ospedalieri, consumo di prestazioni ambulatoriali e farmaceutiche in SSN) fino a 10 anni ed un incremento della precisione e sensibilità dell'algoritmo nell'individuazione dei livelli di cronicità, rinominato BDA3 (Banca Dati Assistiti Versione 3). Dall'applicazione di tale sistema deriva la classificazione CReG (Chronic Related Group), che individua i soggetti appartenenti a un ranking di 65 patologie croniche clinicamente rilevanti e omogenee per assorbimento di risorse assistenziali, e che permette di mappare la cronicità e la comorbidità fornendo elementi utili per stimare la mortalità ed i consumi di ricovero, farmaci e specialistica ambulatoriale.

Allo scopo di effettuare una più adeguata mappatura dei bisogni di salute della popolazione sia dal punto di vista sanitario che sociosanitario, Regione Lombardia è pronta a sviluppare un sistema di stratificazione, anche a livello di Distretto Socio-Sanitario e/o a un livello di maggiore "granularità (es. unità censuaria ISTAT) che integri il sistema attuale anche con informazioni non sanitarie, tra cui indicatori socio-economici, come l'indice di deprivazione e indicatori di qualità dell'aria, oltre ad indicatori relativi al nucleo familiare di appartenenza di ogni soggetto. E' inoltre da prevedere un sistema di mappatura in grado di intercettare il soggetto "sano" ovvero chi non consuma prestazioni in SSN, anche attraverso l'analisi dei dati relative a prestazioni effettuate in regime di solvenza.

## **2. RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE**

### **2.1 FUNZIONAMENTO E ORGANIZZAZIONE DEL DISTRETTO E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**

#### **2.1.1 IL DISTRETTO E IL SISTEMA DI OFFERTA TERRITORIALE**

L'evoluzione del quadro normativo di Regione Lombardia sulla sanità territoriale, avviato con la L.R. 23/2015 e rafforzato e completato con la L.R. 22/2021 in coerenza con la programmazione espressa dal PNRR dal DM 77/2022, costituisce il perimetro entro il quale si colloca la programmazione regionale degli ultimi anni nell'ambito della rete territoriale, dove occupa un ruolo centrale il tema dello sviluppo della presa in carico del bisogno della persona in condizione di cronicità e/o di fragilità nella logica della:

- prossimità, in primis nel suo contesto di vita;
- continuità e integrazione attraverso la ricomposizione degli interventi e servizi attivabili in ambito sanitario, sociosanitario e sociale;

così massimizzando l'inclusione della persona.

Negli ultimi 20 anni in Regione Lombardia si è sviluppata una rete d'offerta estesa, importante, qualificata da un sistema di offerta:

- declinato su tutte le aree di vulnerabilità e fragilità che possono presentarsi nell'arco della vita della persona: età evolutiva, età adulta, persone con disabilità fisica o psichica, persone con problemi di dipendenza, anziani, fine vita;
- sviluppato su tutti i diversi possibili setting di erogazione: domiciliare, ambulatoriale, semi residenziali e residenziale;
- integrato da sperimentazioni/progettualità quale risposta all'evoluzione dei bisogni secondo paradigmi innovativi,
- costituito, nella stragrande maggioranza dei casi, da unità di offerta gestite dal terzo settore, incardinate sui diversi territori e frutto della solidarietà storicamente sviluppatasi a livello locale; realtà che, per il capitale sociale che rappresentano e che in esse opera, non possono che rappresentare un elemento specificamente qualificato in quanto espressione della società civile organizzata, attiva e solidale del territorio di riferimento e sede di sinergie interistituzionali locali che favoriscono l'inserimento dell'attività delle singole unità di offerta in una filiera che potenzia l'inclusione della persona e della famiglia sul territorio stesso, sviluppando prossimità, qualità;

*Il sistema delle unità di offerta sociosanitarie in Lombardia: unità di offerta (UDO) e relativi posti*

Target	Tipo UDO	REGIME	Strutture a contratto	Posti a Contratto
Anziani	RSA	Residenziale	666	57.580
	CDI	Diurno	290	6.401
Disabili	RSD	Residenziale	100	4.111
	CDD	Diurno	262	6.610
	CSS	Residenziale	170	1.528
	SRM	Residenziale	5	152
Anziani/	ADI	Domiciliare	306	0
	Riabilitazione	Ambulatoriale	80	
		Domiciliare		
		DAY HOSPITAL		126
		Diurno		1.241
	CURE INTERMEDIE	Residenziale		2.815
Palliative	HOSPICE/UOCP RESIDENZIALI	Residenziale	73	828
	Unità cure palliative domiciliari	Domiciliare	171	0
	Day hospice	DAY HOSPITAL	22	37
Dipendenze	COMUNITA' PER LE DIPENDENZE	Residenziale	161	2.475
		Diurno		197
	Servizi Multidisciplinari per le dipendenze	Ambulatoriale	12	0
	SERT	Ambulatoriale	73	
Materno infantile	CONSULTORI PRIVATI	Ambulatoriale	86	0
	CONSULTORI PUBBLICI	Ambulatoriale	129	0
	TOTALE		2.606	84.101

Le Case di Comunità, le Centrali Operative Territoriali e gli Ospedali di Comunità in corso di realizzazione sugli 86 distretti afferenti alla Direzione Sociosanitaria delle ASST costituiscono pertanto articolazioni organizzative dirette ad implementare un sistema di offerta territoriale già costituito da

- oltre 2.500 unità di offerta sociosanitarie accreditate e a contratto cui corrisponde una capacità ricettiva di oltre 84.600 posti tra setting diurno e residenziale
- da 91 ambiti dei comuni associati nei piani di zona;
- da oltre 9.900 unità d'offerta socioassistenziale
- da oltre 7.000 enti del terzo settore operanti in ambito sanitario e sociosanitario.

Nel quadro del DM 77/2022 e degli obiettivi di PNRR,

- la stratificazione epidemiologica della popolazione del distretto;
- la presa in carico e il monitoraggio dei cronici;
- la valutazione multidimensionale del bisogno della persona fragile e della sua famiglia;
- il sistema digitale di gestione del territorio in corso di sviluppo e l'utilizzo della telemedicina per supportare al meglio i pazienti con patologie croniche;
- gli strumenti della coo-programmazione coo-progettazione con il terzo settore;

costituiscono le leve strategiche per concorrere evolutivamente alla realizzazione di un ecosistema territoriale in grado di produrre:

- integrazione dinamica tra i professionisti nella valutazione e nella gestione del bisogno;
- l'integrazione della risposta al bisogno attraverso servizi e interventi attivati in una logica di prevenzione, proattività, inclusione e continuità assistenziale a favore della persona nel suo naturale ciclo di vita lungo il sistema d'offerta formale e informale/solidale presente sul territorio.

Nella tabella che segue viene mostrato il dettaglio delle CdC, COT CdC in corso di sviluppo e delle AFT della medicina generale e della pediatria per ASST e ATS di riferimento, con la relativa popolazione.

ATS-ASST-DISTRETTO	COMUNI	POPOLAZIONE	ODC	CDC	COT	AFT MMG	AFT PLS
<b>ATS DELLA BRIANZA</b>	<b>139</b>	<b>1.203.682</b>	<b>7</b>	<b>25</b>	<b>11</b>	<b>29</b>	<b>8</b>
ASST DELLA BRIANZA	55	870.113	2	13	6	20	5
CARATE BRIANZA	13	153.518	0	3	2		
DESO	7	192.466	1	4	2		
MONZA	3	171.279	1	4	2		
SEREGNO	10	168.923	1	3	1		
VIMERCATE	22	183.927	0	3	1		
<b>ASST DI LECCO</b>	<b>84</b>	<b>333.569</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>3</b>
BELLANO	29	52.770	2	2	1		
LECCO	31	161.590	1	3	1		
MERATE	24	119.209	1	3	1		
<b>ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO</b>	<b>201</b>	<b>3.480.859</b>	<b>23</b>	<b>71</b>	<b>36</b>	<b>62</b>	<b>25</b>
ASST DI LODI	61	234.618	2	6	2	5	2
ALTO LODIGIANO	35	157.823	1	4	1		
BASSO LODIGIANO	26	76.795	1	2	1		
ASST FATEBENEFRATELLI SACCO	5	752.234	3	12	7	11	5
MUNICIPIO 1	1	97.897	1	2	2		
MUNICIPIO 2	1	160.873	0	1	0		
MUNICIPIO 3	1	142.726	1	3	3		
MUNICIPIO 4	1	160.679	0	2	0		
MUNICIPIO 8	1	190.059	1	4	2		
ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	1	186.007	2	4	3	3	1
MUNICIPIO 9	1	186.007	2	4	3		
ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	53	637.966	5	14	7	14	5
ADDA	15	127.329	2	4	3		
ALTA MARTESANA	9	122.569	1	2	1		
BASSA MARTESANA - PAULLESE	9	150.788	0	3	1		
SUD EST MILANO	9	112.445	1	2	1		
VISCONTEO	11	124.835	1	3	1		
ASST NORD MILANO	6	267.323	2	6	3	4	2
PARCO DELLA MEDIA VALLE DEL LAMBRO	2	127.411	1	2	2		
PARCO NORD	4	139.912	1	4	1		
ASST OVEST MILANESE	49	468.958	3	10	5	9	4
ABBIATENSE	14	82.588	1	3	1		
CASTANESE	11	68.974	1	2	1		
LEGNANESE	11	187.702	1	3	2		
MAGENTINO	13	129.694	0	2	1		
ASST RHODENSE	23	485.709	3	11	5	8	3
CORSICHESE	6	120.330	1	2	1		
GARBAGNATESE	8	191.886	1	4	2		
RHODENSE	9	173.493	1	5	2		
ASST SANTI PAOLO E CARLO	3	448.044	3	8	4	8	3
MUNICIPIO 5	1	124.094	0	1	0		
MUNICIPIO 6	1	150.159	2	5	3		
MUNICIPIO 7	1	173.791	1	2	1		
<b>ATS DELLA MONTAGNA</b>	<b>134</b>	<b>294.237</b>	<b>7</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>15</b>	<b>5</b>
ASST DELLA VALCAMONICA	41	98.582	2	8	1	5	1
VALLECAMONICA - SEBINO	41	98.582	2	8	1		
ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	93	195.655	5	9	1	10	4
ALTA VALTELLINA	18	53.227	2	3	0		
BASSA VALTELLINA	25	46.959	1	1	0		
MEDIA VALTELLINA	22	54.389	1	3	1		
VALLECHIAVENNA E ALTO LARIO	28	41.080	1	2	0		
<b>ATS DELLA VAL PADANA</b>	<b>177</b>	<b>758.303</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>23</b>	<b>6</b>
ASST DI CREMA	48	160.469	2	2	1	3	1
CREMASCO	48	160.469	2	2	1		
ASST DI CREMONA	65	191.773	2	4	2	6	1
CREMONESE	48	156.113	2	3	1		
OGLIO PO - CASALASCO VIADANESE	17	35.660	0	1	1		
ASST DI MANTOVA	64	406.061	5	9	6	14	4
ALTO MANTOVANO	21	109.623	1	3	2		
BASSO MANTOVANO	19	93.894	1	3	2		
MANTOVANO	14	155.846	1	1	1		
OGLIO PO - CASALASCO VIADANESE	10	46.698	2	2	1		
<b>ATS DELL'INSUBRIA</b>	<b>270</b>	<b>1.459.692</b>	<b>8</b>	<b>31</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>17</b>
ASST DEI SETTE LAGHI	106	442.603	2	9	7	7	7
ARCISATE	11	49.426	1	1	1		
AZZATE	17	56.225	0	1	1		
LAVENO MOMBELLO	26	69.338	0	2	1		
LUINO	24	55.170	1	1	1		
SESTO CALENDE	12	49.707	0	2	1		
TRADATE	8	55.539	0	1	1		
VARESE	8	107.198	0	1	1		
ASST DELLA VALLE OLONA	32	437.490	2	11	4	4	4
BUSTO ARSIZIO E CASTELLANZA	8	148.713	0	4	1		
GALLARATE	9	122.382	0	3	1		
SARONNO	6	96.438	0	2	1		
SOMMA LOMBARDO	9	69.957	2	2	1		
ASST LARIANA	132	579.599	4	11	6	6	6
CANTU' - MARIANO COMENSE	14	131.912	2	2	1		
COMO-CAMPIONE D'ITALIA	23	143.840	1	3	1		
ERBA	27	72.848	0	1	1		
LOMAZZO - FNO MORNASCO	19	103.428	0	1	1		
MEDIO LARIO	29	36.992	1	3	1		
OLGIATE COMASCO	20	90.579	0	1	1		
<b>ATS DI BERGAMO</b>	<b>243</b>	<b>1.103.556</b>	<b>6</b>	<b>21</b>	<b>12</b>	<b>20</b>	<b>9</b>
ASST DI BERGAMO EST	103	380.680	2	11	5	8	3
SERIATE E GRUMELLO DEL MONTE	19	127.099	1	3	1		
VALLE CAVALLINA, MONTE BRONZONE - BASSO SEBINO E ALTO SEBINO	42	115.819	0	3	2		
VALLE SERIANA, VALLE SERIANA SUPERIORE E VALLE DI SCALVE	42	137.742	1	5	2		
ASST DI BERGAMO OVEST	77	477.302	3	4	4	7	4
BASSA OCCIDENTALE - TREVIGLIO	18	111.533	1	1	1		
BASSA ORIENTALE - ROMANO DI LOMBARDIA	17	84.977	1	1	1		
ISOLA BERGAMASCA E VALLE SAN MARTINO - PONTE SAN PIETRO	25	135.059	1	1	1		
MEDIA PIANURA - DALMINE	17	145.733	0	1	1		
ASST PAPA GIOVANNI XXIII	63	245.594	1	6	3	5	2
BERGAMO	6	152.684	0	3	1		
VALLE BREMBANA E VALLE IMAGNA - VILLA D'ALME'	57	92.910	1	3	2		
<b>ATS DI BRESCIA</b>	<b>164</b>	<b>1.157.127</b>	<b>7</b>	<b>25</b>	<b>12</b>	<b>31</b>	<b>11</b>
ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	44	509.182	2	11	5	17	4
BRESCIA	2	201.842	1	4	2		
BRESCIA EST	13	97.569	0	2	1		
BRESCIA OVEST	11	100.557	0	2	1		
VALLE TROMPIA	18	109.214	1	3	1		
ASST DEL GARDA	76	382.217	3	8	4	5	4
BASSA BRESCIANA CENTRALE	20	114.533	1	2	1		
BASSA BRESCIANA ORIENTALE	7	67.221	0	1	1		
GARDA	22	126.282	1	3	1		
VALLE SABBIA	27	74.181	1	2	1		
ASST DELLA FRANCIACORTA	44	265.728	2	6	3	9	3
BASSA BRESCIANA OCCIDENTALE	15	56.134	1	2	1		
OGLIO OVEST	11	95.769	0	1	1		
SEBINO - MONTE ORFANO	18	113.825	1	3	1		
<b>ATS DI PAVIA</b>	<b>186</b>	<b>535.801</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>20</b>	<b>5</b>
ASST DI PAVIA	186	535.801	4	11	5	20	5
ALTO E BASSO PAVESE	48	121.335	2	2	1		
BRONI - CASTEGGIO	49	69.201	0	2	1		
LOMELLINA	51	174.034	2	4	1		
PAVIA	12	103.533	0	1	1		
VOGHERA E COMUNITA' MONTANA OLTREPO' PAVESE	26	67.698	0	2	1		
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>1514</b>	<b>9.993.257</b>	<b>71</b>	<b>216</b>	<b>104</b>	<b>217</b>	<b>86</b>

Il Distretto, nelle sue diverse articolazioni, sotto la direzione sociosanitaria di ASST, è chiamato a garantire una risposta assistenziale integrata nel contesto di questa rete d'offerta, sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento. Queste attività devono tenere conto degli indirizzi che emergono dall'organismo consultivo distrettuale, guidato dal Direttore Socio-Sanitario e composto da:

- direttori del Distretto
- referenti dei CRT/AFT;
- referenti degli ambiti sociali/uffici di piano;
- rappresentanti delle associazioni;
- referenti ASST (gestione operativa, Direzione medica di presidio ospedaliero, DAPSS, ecc).

In particolare, il modello organizzativo/funzionale della nuova sanità territoriale delineato dalla DGR XI/6760/2022 e dalla DGR XI/6867/2022, rispettivamente delibere di attuazione del DM 77/2022 e riforma dell'ADI in attuazione dell'Intesa del 4/08/2021, integrandosi con il sistema d'offerta territoriale già esistente

1. evidenzia come la centralità dell'assistenza domiciliare e della continuità assistenziale si collocano in uno scenario in cui:
  - la dinamica demografica vede costantemente in crescita il numero di soggetti in condizione di cronicità e/o fragilità, caratterizzate spesso da disabilità gravi e anche gravissime;
  - è necessario lavorare in una logica di proattività, per prevenire il carico di cronicità sul SSR legata all'età, con l'obiettivo di migliorare gli esiti intermedi di salute delle persone e, con essi, la sostenibilità del servizio sul lungo periodo;
2. qualifica il contesto fisico e digitale del domicilio del paziente come un setting di cura a cui può e deve prioritariamente puntare la riorganizzazione del sistema, affinché il percorso effettuato dal singolo - patient journey - sia effettivamente ordinato secondo la costante applicazione del principio della prevenzione, in una logica di appropriatezza di setting, lungo una filiera di servizi e interventi in grado di realizzare il continuum assistenziale della persona lungo il suo ciclo naturale di vita;
3. richiede di "ordinare" l'accesso alla rete programmandolo ex ante attraverso la definizione di un progetto individuale elaborato all'esito di una valutazione multidimensionale di primo o secondo livello;
4. richiede che nella progettazione della risposta al bisogno, l'attivazione dei servizi e interventi di assistenza in ambito sanitario, sociosanitario e socioassistenziale, mixati in modo appropriato al bisogno valutato, deve ricercare proattivamente tutte le risorse di comunità disponibili, per poi coniugarle e integrarle, per una presa in carico autenticamente proiettata all'inclusione della persona e della sua famiglia e, con essa, alla coesione sociale, tenuto in ogni caso conto di quanto previsto dall'ultimo capoverso del paragrafo 10) del DM 77/2022;
5. consente di concorrere a marginalizzare l'inappropriatezza nell'utilizzo del setting ospedaliero e degli accessi al pronto soccorso implementando percorsi di integrazione ospedale territorio, nella logica delle dimissioni protette;
6. richiede che per le persone con disabilità non legata al naturale invecchiamento della persona, il piano assistenziale individuale deve inserirsi nel più ampio contesto del Progetto di vita di cui all'Art 14 della L. 328/2000, coordinandosi/completandosi in modo appropriato con gli eventuali altri sostegni diretti e indiretti già attivi/attivabili per la persona e la sua famiglia in ambito sociale, e dinamicamente finalizzati, attraverso la ricomposizione di



servizi, interventi, solidarietà organizzata, rapporti di vicinato, a perseguire gli obiettivi definiti nel progetto stesso con la persona e la sua famiglia all'esito di una valutazione/rivalutazione bio/psico/sociale personalizzata che evolutivamente accompagna nel tempo la persona;

L'organizzazione delineata dalla DGR XI/6760/2022 e dalla DGR XI/6867/2022 risponde quindi a tali fondamentali obiettivi, delineando un assetto fisico ed evolutivamente digitale orientato a implementare lo spostamento sul territorio della presa in carico della persona in condizione di cronicità e/o fragilità attraverso il costante orientamento a concorrere a prevenire il carico di malattia legato all'età sul SSR attraverso il miglioramento degli esiti intermedi di salute. La programmazione e l'organizzazione delle attività delle strutture territoriali (CdC/OdC/COT) è in capo alla Direzione strategica della ASST, con responsabilità attuativa del Direttore di Distretto, sotto l'indirizzo e coordinamento del direttore socio-sanitario. La Direzione Sociosanitaria supervisiona e presiede i percorsi territoriali di cui alla programmazione garantendo, in sinergia con le altre componenti della Direzione Strategica:

- la continuità assistenziale
- il raccordo tra il polo ospedaliero e quello territoriale
- l'integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Il Direttore del Distretto, in attuazione delle indicazioni regionali e aziendali, svolge le seguenti funzioni:

- organizzazione dell'erogazione delle attività, garantendo gli standard previsti;
- integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta;
- sviluppo dell'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra MMG, PLS servizi di continuità assistenziale, IFeC e attività specialistica ambulatoriali;
- l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali dei comuni;
- per le tematiche di prevenzione si rimanda al paragrafo 2.9.3 nel quale sono descritte le azioni di riferimento a carico del distretto per l'area della prevenzione e della promozione della salute;
- diffusione delle informazioni sui target di popolazione, sui tassi di reclutamento del bisogno, sulla saturazione della capacity, sugli esiti di salute dei servizi alle varie componenti di servizio e correlata attivazione di processi di peer audit e di discussione professionale.

Nell'ambito del distretto una leva fondamentale è il raccordo con la medicina generale. L'inserimento dei Medici di Medicina Generale nel modello di riorganizzazione della rete territoriale avviene tenendo conto e integrando tra di loro due diversi "driver": da un lato il DM 77 e la DGR XI/6760/22, che definisce il contesto e il quadro di riferimento organizzativo (distretto, casa di comunità, ospedale di comunità, centrale operativa territoriale); dall'altro, l'applicazione dell'ACN della Medicina Generale del 28 aprile 2022, che individua alcuni aspetti peculiari della medicina generale in un'ottica di evoluzione verso il nuovo modello territoriale. Riguardo questo secondo "driver", a livello regionale, l'Accordo sottoscritto in attuazione di quanto previsto dall'ACN, si inserisce nell'evoluzione organizzativa in atto, prevedendo che, con riferimento alle Case di comunità, i Medici di

medicina generale (MMG) siano chiamati a fornire un contributo importante sia nella fase di elaborazione dei modelli operativi, che in quella di una erogazione dei servizi integrata con gli specialisti ambulatoriali, l'Infermiere di Famiglia e di Comunità, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) i servizi sociali comunali. L'intesa dà anche una forte spinta al rafforzamento del "lavorare insieme" da parte del MMG, attraverso incentivi per le:

- Associazioni Funzionali Territoriali (AFT), in cui il MMG pur lavorando nel proprio studio è strettamente collegato con altri colleghi;
- Unità Complesse di Cure Primarie, dove i medici operano fisicamente nella stessa sede, accanto a specialisti, per le quali è previsto il collegamento funzionale con le AFT tramite idonei sistemi informatici e informativi.

Nella individuazione delle AFT, si è tenuto conto del bacino di riferimento delle case di comunità, all'interno dei Distretti sanitari, affinché ognuna di queste sia in relazione con uno o al massimo due AFT e non ci sia frammentazione di una AFT tra due case di comunità.

### **2.1.2 LA CASA DI COMUNITA'**

Nel quadro del DM 77, come attuato con DGR XI/6760/2022, la CdC:

- dipende gerarchicamente dal distretto e costituisce una piattaforma erogativa per tutti i dipartimenti e le UO della ASST;
- rappresenta il modello organizzativo e di servizio che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento e l'attivazione di logiche e processi di sanità di iniziativa, con attenzione specifica alla prevenzione e all'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari con condizioni cliniche che non richiedono gestione esclusivamente ospedaliera, ma sono gestibili a livello territoriale;
- è l'articolazione in cui, in coerenza con le altre missioni del PNRR, l'assistenza verrà erogata con una componente rilevante di domiciliarità, di attività ambulatoriale e con strumenti che consentano la gestione a distanza (telemedicina e servizi digitalizzati), a favore di tutte le fasce di popolazione, così come classificate dal DM 77/2022: cittadini sani (per attività di promozione della salute), assistiti con bisogni occasionali ed episodici, pazienti affetti da patologie croniche, afferenti all'area della fragilità e non autosufficienza, pazienti in condizione di fine vita.
- si basa su un modello di servizio che ha i suoi cardini logici nei processi coordinati di:
  - accesso multicanale ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali disponibili ed erogazione delle prestazioni clinico-diagnostiche di I livello ed in particolare a quelle previste nei percorsi diagnostici terapeutici delle patologie croniche prevalenti;
  - reclutamento proattivo dei pazienti con patologie croniche grazie all'analisi dei dati di popolazione trasferiti dalla regione o dalla ASST al distretto e alla CdC e/o su segnalazione del medico di medicina generale, sia per la promozione di modelli preventivi per la popolazione generale, sia per la gestione dei pazienti affetti da patologie croniche o afferenti all'area della fragilità;
  - gestione dei processi di reclutamento proattivo, di promozione di salute e di case management da parte dell'IfFeC;
  - prevenzione e promozione della salute, anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione;
  - erogazione di servizi sanitari da parte di tutte le UO o dipartimenti specialistici della ASST, selezionati dai piani e dai programmi delle ASST (es. specialistica ambulatoriale, attività di follow up o monitoraggio, somministrazione di farmaci e terapie, ecc.);
  - erogazione di servizi amministrativi legato agli sportelli informativi polifunzionali, il PUA, il CUP, il servizio di scelta e revoca MMG/PLS e i servizi di accettazione

Tali funzioni sono riconducibili a **4 macroaree** che seppur distinte devono interagire tra loro:

▪ **Area della prevenzione e promozione della salute**

- interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione:
  - programmi di promozione della salute di comunità nel setting scolastico, luoghi di lavoro e comunità locali con particolare riferimento alla conoscenza e accessibilità diretta ai servizi territoriali da parte delle popolazioni target (studenti, lavoratori, particolari categorie di popolazione)
  - engagement dei pazienti e dei caregiver
  - counseling motivazionale per il cambiamento degli stili di vita (attività fisica, alimentazione, cessazione fumo di tabacco ecc.)
- programmi di screening;
- attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive;

Per le tematiche di prevenzione si rimanda al paragrafo 2.9.3 nel quale sono descritte le azioni di riferimento a carico delle CdC per l'area della prevenzione e della promozione della salute.

▪ **Area dell'assistenza primaria**

- Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta
- Continuità Assistenziale
- Infermieri di Famiglia e Comunità

Come previsto dalla DGR XI/6760/2022, la realizzazione delle CdC deve costituire stimolo ad uno sviluppo dei modelli associativi ed erogativi della medicina di famiglia e dell'interazione e integrazione dei diversi professionisti coinvolti nell'Assistenza Primaria, nel quadro del recepimento e dell'integrazione delle forme organizzative dell'assistenza primaria ai sensi dell'art. 8 dell'ACN della Medicina Generale del 28 aprile 2022 con il nuovo modello organizzativo delineato.

Le CdC sono il riferimento, all'interno delle funzioni ad essa assegnate, non solo dei cittadini di un'area territoriale, ma anche dei professionisti riuniti in una o più Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) afferenti ad una CdC.

Le AFT costituiscono il tessuto organizzativo nel quale i Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), servizio di Continuità Assistenziale (CA) creano le condizioni funzionali per attuare lo sviluppo dell'assistenza primaria in riferimento a obiettivi definiti e condivisi.

I Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta afferenti alle AFT di riferimento di una CdC concorrono all'erogazione delle attività e alla gestione dei processi assistenziali fisici o digitali distrettuali definiti in sede di Accordi Collettivi Nazionali, Regionali e Aziendali.

Sarà presente un ambulatorio di Continuità Assistenziale in ogni CdC, organizzato secondo le determinazioni della DGR XI/6760/2022.

Per le attività dell'IfEC si rimanda al paragrafo specifico del presente documento.

▪ **Area della specialistica ambulatoriale e della diagnostica di base**

- rivolta a tutti i cittadini, prevalentemente residenti nel territorio servito dalla CdC che necessitano di prestazioni sanitarie di primo livello; l'offerta ambulatoriale e di diagnostica sarà volta a superare un approccio puramente prestazionale in favore di un approccio integrato. L'attività di primo livello, sia nei casi di primo accesso per sospetto diagnostico, sia per controllo/follow up di patologie croniche, sarà

dimensionata in base al bisogno epidemiologico della popolazione afferente alla CdC con il supporto dell'ATS territorialmente competente;

- le agende della specialistica e della diagnostica saranno per la maggior parte dedicate ai MMG/PLS appartenenti alle AFT afferenti alla CdC per la prenotazione di prestazioni in favore dei propri assistiti, attraverso una programmazione condivisa supportata dal database dei Piani assistenziali dei pazienti del distretto o della CdC, flessibile e formalizzata che tenga conto della domanda e della sua variabilità nel tempo. La scelta di dedicare prevalentemente le agende della specialistica in CdC ai MMG/PLS e lo sviluppo della piattaforma digitale di supporto permetterà di spostare progressivamente in back office la ricetta e la prenotazione delle prestazioni ambulatoriali e diagnostiche, alleggerendo gli adempimenti degli MMG/PLS e semplificando il percorso di fruizione delle prestazioni da parte dei pazienti.
- all'erogazione di tali prestazioni in CdC concorreranno gli specialisti ambulatoriali interni convenzionati e gli specialisti delle UU.OO. del Polo Ospedaliero delle ASST territorialmente competenti. L'attività di specialistica ambulatoriale erogata nelle CdC dovrà comprendere tutte le principali discipline dell'ASST coinvolte nella gestione delle patologie croniche ed essere integrativa a quella erogata nelle strutture ospedaliere, favorendo le prestazioni a più bassa complessità.
- è prevista un'attività di prelievo in ogni CdC, previa valutazione all'interno della ASST al fine di evitare la duplicazione di servizi e di efficienza organizzativa;
- sarà garantito il collegamento, anche funzionale, con i servizi consultoriali o di consulenza e raccordo verso servizi di neuropsichiatria infantile;
- **Area dell'integrazione con i servizi sociali e con la comunità**
  - Il Punto Unico di Accesso (PUA)
  - Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
  - Integrazione con l'ambito sociale
  - Collaborazioni con la comunità locale

#### Punto unico di accesso (PUA)

il Punto Unico di Accesso (PUA) è finalizzato a garantire l'integrazione di servizi sanitari e sociosanitari con quelli socioassistenziali dei comuni e degli ambiti sociali, attraverso la valorizzazione delle reti sociali (reti informali, reti di volontariato, terzo settore, associazioni di pazienti, ecc.). L'approccio integrato nella risposta ai bisogni è applicato sin dall'accesso della persona alla CdC, attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA).

Il PUA è un servizio

- presente in ogni CdC e prioritariamente rivolto alle persone con disagio e dell'area della fragilità derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atto a facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali;
- costruisce percorsi sui bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi che la persona assistita ed i suoi familiari devono adempiere per l'accesso e la fruizione dei servizi;
- è uno dei luoghi dell'integrazione sociosanitaria, professionale e gestionale; come tale richiede il raccordo tra le diverse componenti sanitarie e tra queste e le componenti sociali.

- presso il PUA operano l'FeC, Assistenti Sociali ed eventuale personale amministrativo di supporto
- garantisce una diffusa ed idonea informazione ai cittadini, che comprenda l'ubicazione, le funzioni, gli orari e le modalità di accesso, mentre la programmazione delle sedi dove si svolge la valutazione multidimensionale (VMD) viene demandata alle singole ASST, in considerazione di fattori quali: numerosità e densità della popolazione, vie e mezzi di collegamento, analisi dei bisogni del territorio. Laddove necessario, è possibile organizzare équipe di VMD mobili, che consentano adeguata capillarità dell'offerta;
- è operativo dal lunedì al sabato, almeno 6 ore al giorno. L'accesso al PUA può avvenire spontaneamente o da qualsiasi nodo della rete sanitaria, sociosanitaria o sociale, laddove si presenti una situazione che richieda un approccio integrato di presa in carico;
- in prima applicazione è un luogo di accoglienza "fisica", ma dovrà evolvere verso logiche multicanale combinando accoglienza da remoto (telefono 116117, e-mail, piattaforme web, FSE) e in presenza, attivabile dal cittadino, ma anche dai diversi attori che lo intercettano (es. MMG, assistenti sociali, l'FeC, COT, PS, ecc.);
  - dove gli operatori, dopo l'accoglienza, effettuano una prima analisi del bisogno, anche attraverso strumenti di rapida applicazione (es. scheda triage); l'analisi può concludersi con l'individuazione della necessità di una informazione, di un bisogno semplice o di un bisogno complesso.

In caso di bisogno semplice, il paziente viene accompagnato nell'attivazione del servizio necessario a rispondere al bisogno emerso.

Nel caso di bisogno complesso, il paziente viene rimandato ad una ulteriore fase di valutazione multidimensionale, che può coinvolgere, oltre agli operatori del PUA, attori diversi, da individuare in base ai bisogni manifestati all'accesso al PUA: specialisti (es. neurologo, geriatra, palliativista, ecc.), psicologi, MMG, operatori sociali dei Comuni/Uffici di Piano; la valutazione multidimensionale (VMD) che segue all'identificazione di un bisogno complesso porta alla definizione di un percorso assistenziale individuale dove viene fatta sintesi dei bisogni emersi, vengono definiti gli obiettivi da raggiungere e le tipologie di servizi sanitari, sociosanitari e sociali da attivare.

Alla valutazione multidimensionale partecipano, anche con modalità da remoto e/o asincrona con tempistiche standardizzate, i soggetti coinvolti, compresi gli operatori sociali dei Comuni.
- che informa il MMG dell'assistito relativamente all'esito dell'accesso e dell'attivazione dei percorsi e di conseguenza attivare un l'FeC di riferimento; A valle della definizione degli interventi necessari, può essere attivata la COT, che ha il compito di interfacciarsi con i servizi necessari sulla base della disponibilità di offerta presente sul territorio;
- dove le attività vengono tracciate su un sistema informativo, in grado di seguire il percorso del paziente sul territorio (valutazione, progetto individuale, accesso ai servizi, esiti intermedi), aperto ai professionisti interni alle ASST ed esterni (in primis MMG, Comuni), integrato con l'ecosistema digitale di COT e della presa in carico di pazienti dell'area della fragilità e affetti da patologie croniche della CdC e MMG/PLS, nel quadro dello sviluppo digitale in corso a livello di Regione Lombardia delineato nella DGR XI/5872/2022 "Determinazioni relative al nuovo sistema per la gestione digitale del territorio";

- dove, stante la sua funzione fondamentale di intercettazione del bisogno, sarà possibile valutare, a livello territoriale e in presenza di forti integrazioni con gli ambiti sociali, uno sviluppo di tipo funzionale, caratterizzato dalla disseminazione di punti di ascolto e di raccolta della domanda nell'ambito del territorio distrettuale collegati al PUA della CdC, valorizzando la rete delle antenne sociali istituzionali (III settore contrattualizzato da SSN o dal sociale, volontariato, parrocchie, ecc.) in modo da favorire ed ottimizzare l'intercettazione del bisogno.

#### Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Si rimanda al capitolo specifico del presente atto di programmazione.

#### Integrazione con l'ambito sociale

L'integrazione con i servizi di ambito sociale, che si applica per le funzioni informative e di orientamento sin dall'accesso dell'assistito alla CdC, riguarda primariamente i servizi offerti dagli ambiti sociali, dagli Enti locali e dalle loro aziende o fondazioni sociali mono o pluricomunali e passa attraverso un approccio su più livelli:

I livello: i professionisti della CdC, in particolare quelli presenti nel PUA, identificano i servizi sanitari e sociali necessari a rispondere allo specifico bisogno. A tal fine si favoriranno strutturate collaborazioni tra ASST e Ambito Territoriale per la partecipazione di Assistenti Sociali dell'Ambito nelle attività di PUA e di valutazione multidimensionale, in modo da attivare, quando previsto dal Progetto Individuale, anche i servizi sociali necessari all'assistenza del paziente.

Il livello: prevede la creazione di “partnership” interprofessionali strutturate tra gli operatori appartenenti al mondo sanitario e a quello sociale.

III livello: richiede una integrazione organizzativa tra le istituzioni coinvolte (ASST e Ambiti sociali) finalizzato ad assicurare una risposta strutturata e completa al bisogno, anche mediante una integrazione informativa digitalizzata.

Per poter garantire questi tre livelli di integrazione andranno quindi condivisi con gli Ambiti sociali percorsi e protocolli, anche utilizzando strumenti e progettualità già individuati dagli Accordi di Programma per l'attuazione dei Piani di Zona Triennali.

Vi è anche indicazione a prevedere una co-abitazione fisica dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali nella CdC, privilegiando i servizi utili a determinare unificazione dei processi informativi, di accesso, valutazione, erogazione e monitoraggio.

#### Collaborazioni con la comunità locale

La CdC costituisce il luogo ove valorizzare e potenziare la rete della community care stabilendo collegamenti con le Associazioni di Volontariato e del Terzo Settore e con le reti sociali informali.

L'apporto della comunità si può esplicitare a livello di:

- programmazione, coinvolgendo le associazioni nella pianificazione di alcune attività e progettualità o nel disegno dei servizi;
- erogazione da parte della comunità di servizi di supporto (es: trasporti ai luoghi di cura e alla CdC, caregiving volontario a domicilio) e monitoraggio dell'attività svolta ai fini del riorientamento delle prestazioni e dei servizi;
- erogazione di servizi a gruppi di persone costruiti valorizzando le reti sociali esistenti e non a domanda individuale (es. gruppi di cammino, gruppi di educazione terapeutica, gruppi di sostegno alla aderenza alla terapia);



- estensione e costruzione di nuove reti sociali che garantiscano inclusione e supporto ai cittadini in condizioni di disagio sociale o solitudine.

Le associazioni possono essere portatrici di una serie di contributi, sfruttando il loro accreditamento sociale, la capillarità della loro presenza, la collaudata esperienza in alcuni ambiti, il profondo e strutturato inserimento nella rete di servizi territoriali, la capacità progettuale sviluppata negli ultimi anni attraverso collaborazioni con Enti pubblici. Il coinvolgimento in partnership di questi soggetti può contribuire ad accrescere, mediante percorsi integrati di informazione e sensibilizzazione della popolazione generale, il grado di health literacy individuale, comunitaria e pubblica.

## **2.2 INFERMIERI DI FAMIGLIA O COMUNITÀ (IFeC)**

L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) è la figura professionale che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella CdC in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona e la sua rete familiare e di comunità.

Nella CdC, l'IFeC svolge attività di:

- collaborazione con i MMG/PLS, per reclutamento e gestione dei pazienti affetti da patologie croniche e per la definizione ed implementazione dei progetti di salute, svolgendo attività di case management e assistenziale nei confronti di tali pazienti. In accordo con il coordinatore del CRT/AFT, coordinatore CdC o il Direttore di Distretto, programma interventi di sanità di iniziativa per definiti sottogruppi di assistiti in base alle caratteristiche della popolazione afferente alla CdC, privilegiando iniziative con gruppi di persone e non solo individuali;
- analisi del bisogno e accompagnamento alla presa in carico, ricevendo nel PUA e negli ambulatori infermieristici dedicati, i pazienti segnalati dal MMG, dalla COT o dalla centrale 116117. Come descritto nel paragrafo relativo al Punto Unico di Accesso, l'IFeC può effettuare valutazione del bisogno, promuovere l'identificazione precoce del bisogno di cure palliative attraverso l'impiego degli strumenti previsti ex DGR 1046/2018, distinguere il tipo di bisogno (semplice o complesso) e prendere in carico il caso per passaggi successivi (interazione con MMG; attivazione della Rete Locale di Cure Palliative, colloquio con assistenti sociali, ecc...);
- collaborazione e coordinamento con operatori ADI rispetto ai pazienti presi in carico dalla CdC. L'IFeC si coordina sistematicamente con gli erogatori ADI e UCA, costruendo una relazione bi-direzionale da parte dell'IFeC agli operatori ADI/UCA (es. se si nota una ridotta aderenza alle terapie) e dagli operatori ADI/UCA all'IFeC (es. se osservano una situazione di contesto abitativa o sociale critica o scarsa aderenza allo stile di vita auspicato);
- monitoraggio dei pazienti in carico, dialogando proattivamente con il paziente e/o il suo caregiver, con un approccio di promozione della salute, per i casi di insufficiente aderenza alle terapie o agli stili di vita richiesti, oppure attivando il medico di riferimento in caso di esiti clinici intermedi insoddisfacenti rispetto ai target terapeutici programmati. Contatta periodicamente gli assistiti per monitoraggio stili di vita, eventuale counseling motivazionale per il cambiamento degli stessi, diagnosi precoce, prevenzione delle complicanze, selezionando tra gli strumenti multicanali

quelli più coerenti ai distinti cluster di utenti. Se nel contatto con l'assistito ravvisa necessità di intervento non differibile, può eventualmente richiedere l'intervento dell'équipe UCA attraverso la COT oppure recarsi a domicilio del paziente; può altresì richiedere l'intervento della équipe di cure palliative. Quando possibile, ad un gruppo individuato di MMG corrisponde in modo stabile un gruppo di IFeC, per facilitare la creazione di relazioni stabili e strutturate sugli stessi pazienti;

- ambulatorio infermieristico e prestazioni su richiesta dei medici afferenti alla CdC. L'IFeC può erogare prestazioni in ambulatori dedicati per i pazienti affetti da patologie croniche (es. monitoraggio pressione, glicemia, ecc...), recarsi al domicilio del paziente per effettuare interventi sanitari previsti dal servizio di Assistenza Domiciliare di base (es. medicazioni, riposizionamento catetere, verifica terapia, ecc...) o di primo accompagnamento del paziente verso un nuovo setting di cura;
- collaborazione e coordinamento con il personale di studio del MMG e con gli operatori sociali del comune/Ufficio di Piano, secondo protocolli di integrazione elaborati a livello di Distretto;
- collaborazione e raccordo con le équipe di cure palliative e con la RLCP di riferimento territoriale;
- per le tematiche di prevenzione si rimanda al paragrafo 2.9.3 nel quale sono descritte le azioni di riferimento a carico degli Infermieri di Comunità per l'area della prevenzione e della promozione della salute.

## **2.3 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)**

Ogni ASST si dota di una piattaforma di servizio unitaria le cui funzionalità si articolano a livello aziendale e distrettuale, attraverso il sistema delle Centrali Operative Territoriali. Le principali funzioni sono le seguenti:

- transitional care dei pazienti dell'area della fragilità e dei non autosufficienti tra i nodi delle cure intermedie, ADI e strutture socio-sanitarie e le reti ospedaliere;
- servizi per il reclutamento attivo e la gestione dei pazienti affetti da patologie croniche;
- organizzazione, governo e messa a disposizione delle centrali di telemedicina (televisita, teleconsulto, teleassistenza, telemonitoraggio).

Si tratta di funzioni differenti che richiedono quindi diverse figure professionali, modelli organizzativi e sistemi informativi.

Secondo il DM 77/2022, la Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge una funzione di supporto in back office e di raccordo tra i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali attraverso:

- la gestione delle segnalazioni che arrivano dai diversi servizi/professionisti (dimissioni ospedaliere, strutture intermedie, strutture residenziali, riabilitazione, MMG...) sui casi complessi che necessitano supporto nella transizione tra i vari livelli e setting assistenziali (sia nel flusso step-down dall'ospedale verso le strutture territoriali o il domicilio sia nel flusso step-up dal territorio verso le strutture intermedie o l'ospedale), eventualmente valutandone l'appropriatezza o identificando il bisogno;



- il supporto nell'identificazione del setting più adatto per ciascun caso, attiva il percorso di transizione e monitora l'offerta disponibile (ospedale, cure intermedie, ADI) prenotando o attivando direttamente il servizio;
- la garanzia del rispetto dei tempi massimi di permanenza nei setting a tempo definito (es. cure intermedie e riabilitazione) facilitando agli erogatori la dimissione per tempo, grazie alla transizione programmata verso altri servizi (es. ADI o RSA).

La COT ha essenzialmente un ruolo di facilitatore nella transizione dei pazienti da un setting di cura e assistenza all'altro, che potrà essere tanto più efficace quanto più leve avrà modo di governare, sia sul lato della domanda sia sul lato dell'offerta. Trattandosi dell'aspetto più innovativo del processo di revisione della sanità e del welfare territoriale, il governo della progettualità della COT sarà successivamente definito con atti della Direzione Generale Welfare, secondo uno sviluppo progressivo delle sue funzioni come meglio delineato per sommi capi di seguito.

### 1. Le COT nella fase iniziale di introduzione

La COT svolge la propria attività a livello distrettuale. Nella prima fase di attuazione del PNRR la COT può essere operativamente collocata presso la CdC attiva presso il Distretto. Nell'ottica di sviluppo graduale delle sue funzioni, nelle fasi di prima implementazione, la COT deve gestire per tutti gli assistiti del Distretto di competenza:

- il percorso di dimissione dei pazienti che non sono nelle condizioni di rientrare direttamente al domicilio, gestendo il passaggio del paziente dall'ospedale per acuti al territorio, qualora questo richieda un ricovero in struttura riabilitativa, delle cure intermedie o sociosanitaria, l'attivazione di ADI, l'attivazione della Rete Locale di Cure Palliative, l'attivazione dell'IFeC della CdC di riferimento, il rinvio al MMG/PLS. In caso di dimissione, il reparto dimettente o la funzione demandata a tale processo attiva la COT del territorio di residenza dell'assistito, che a sua volta attiverà gli interventi necessari in una logica di prossimità al domicilio;
- il percorso di attivazione degli interventi previsti alla dimissione stesi dall'équipe di VMD per i pazienti con bisogno complesso; in questo caso la COT ha il compito di interfacciarsi con i servizi necessari sulla base della disponibilità di offerta presente sul territorio e di monitorare l'effettivo attuarsi del processo. Nel modello a tendere la COT acquisirà capacità di valutazione dell'appropriatezza delle richieste e potrà rivalutare gli interventi sulla base di parametri di appropriatezza clinica e organizzativa;
- la prenotazione delle prestazioni dell'attività specialistica ambulatoriale;
- il monitoraggio dei pazienti affetti da patologia cronica, secondo il modello che sarà definito con successivo provvedimento;
- il monitoraggio dei pazienti con bisogni di cure palliative in fase precoce.

Per svolgere queste ultime due funzioni (prenotazioni, telemonitoraggio) le COT possono attivare collaborazioni con soggetti esterni, fra cui i centri servizi delle cooperative di MMG. La COT eroga le funzioni descritte in modalità back office: è sempre attivata dagli operatori che si trovano nei diversi nodi della rete, che a loro volta fungono da terminale con l'utente. Dal punto di vista informatico, le COT saranno supportate dalla piattaforma di gestione digitale (si rimanda alla DGR XI/5872/2022 "Determinazioni relative al nuovo sistema per la gestione digitale del territorio"); in particolare, sin da questa prima fase, la COT deve poter disporre di strumenti che consentano l'integrazione informativa e l'interazione sincrona e asincrona con tutti gli attori coinvolti nel percorso di diagnosi, cura e riabilitazione del bisogno del cittadino. Per l'attivazione sarà necessario disporre di:

- accesso alla disponibilità di posti letto attivabili presso le strutture delle cure intermedie, sociosanitarie e di riabilitazione aggiornata quotidianamente, mediante l'utilizzo di strumenti informativi già in uso nonché di una loro evoluzione (es. Priamo, CSM, ecc...);
- un quadro aggiornato del budget ADI disponibile nei diversi territori;
- slot ambulatoriali dedicati affetti da patologie croniche e gestiti presso la CdC.

A questi scopi le ATS allocheranno alle ASST di riferimento le capacity annualmente contrattualizzate con la rete degli erogatori delle cure intermedie, del socio-sanitario e dell'ADI, che le ASST distribuiranno ai distretti in funzione dei loro bisogni.

## 2. Il modello a tendere per la COT

A tendere, per poter svolgere pienamente la sua funzione di integrazione tra i diversi setting, la COT dovrebbe essere in grado di:

- gestire la transizione da e verso tutti i setting assistenziali e di cura, comprese le cure intermedie, la riabilitazione<sup>1</sup>, le cure palliative, l'assistenza sociosanitaria, per garantire l'incontro tra la domanda di assistenza espressa dai cittadini attraverso i nodi della rete che la intercettano (reparto di dimissione, PUA della CdC, MMG, ecc...) e l'offerta di servizi. Questo grazie alla possibilità di programmare i ricoveri negli enti contrattualizzati per una quota non inferiore al 70% dei posti letto a contratto;
- in presenza di distribuzione geograficamente disomogenea dell'offerta, offrire ai pazienti soluzioni adeguate al bisogno di cura indipendentemente dal territorio di residenza;
- supportare la valutazione delle richieste di transizione tra setting di cura provenienti dai nodi della rete al fine di definire delle priorità di accesso in caso di domanda in eccesso. La COT dovrà operare tali attività sulla base di parametri e criteri condivisi e omogenei, che garantiscano equità di accesso e appropriatezza;
- monitorare i percorsi attivati ed implementare azioni correttive in caso di attivazione mancata, tardiva o inefficace;
- totale gestione dei pazienti affetti da patologia cronica

Per potersi configurare come descritto, la COT deve disporre, oltre a quanto già previsto per la fase iniziale, di adeguate leve di governance, che possano forzare gli attori della rete a lavorare in filiera. Tra queste, la COT dovrebbe divenire l'unico canale per accesso ad alcune tipologie di strutture di ricovero.

La Unità Organizzativa Sistemi Informativi e Sanità Digitale ha avviato le attività di progettazione e implementazione del nuovo Sistema per la Gestione Digitale del Territorio per supportare l'erogazione dei servizi sociosanitari e rendere disponibili strumenti informatici e tecnologie digitali per la gestione delle Case della Comunità e delle Centrali Operative Territoriali.

Il Sistema per la Gestione Digitale del Territorio mette a disposizione servizi digitali moderni ed evoluti per implementare gradualmente il complesso processo di gestione delle richieste di servizi territoriali, di valutazione dei bisogni assistenziali, di preparazione delle attività da programmare, anche in ambito domiciliare e di registrazione in tempo reale delle attività svolte.

Il progetto per la realizzazione del nuovo Sistema per la Gestione Digitale del Territorio è stato approvato con DGR XI/5872 del 24 gennaio 2022.

Il Sistema per la Gestione Digitale del Territorio è stato progettato con una architettura unica e centralizzata a livello regionale e sviluppato con le più moderne tecnologie oggi disponibili nel Cloud.

Per indirizzare le attività di progettazione e sviluppo è stato costituito un gruppo di lavoro interaziendale con il coinvolgimento di diversi Direttori Sociosanitari, alcuni Medici di Medicina Generale e alcuni professionisti di ambito sociosanitario. Il gruppo di lavoro, oltre a fornire e condividere i requisiti funzionali del nuovo sistema e definire le priorità per il loro sviluppo, ha definito un modello di riferimento per la sanità territoriale che è stato presentato a tutte le ATS e ASST nel mese di maggio 2022.

Le prime funzionalità del Sistema per la Gestione Digitale del Territorio sono state rilasciate in Cloud e messe a disposizione di tutte le ASST il giorno 4 luglio 2022. Sulla base dei riscontri forniti dalle prime ASST che hanno utilizzato in via sperimentale il nuovo sistema, sono state definite le priorità per lo sviluppo di altre funzionalità che sono state rilasciate rispettivamente il 10 ottobre 2022 e il 22 novembre 2022.

Attualmente il nuovo sistema, tra le diverse funzionalità, consente di gestire in modo completo i seguenti ambiti di servizi sociosanitari territoriali:

- Gestione del processo di Dimissione Protetta
- Gestione delle richieste di Assistenza Domiciliare Integrata
- Funzionalità per il servizio Infermieri di Famiglia e Comunità

Il sistema è in fase di progressiva diffusione su tutto il territorio lombardo sulla base del programma di apertura progressiva delle Case della Comunità e di attivazione dei diversi servizi sociosanitari territoriali.

Tutte le ASST sono state abilitate e hanno provveduto ad accedere al sistema per verificarne il funzionamento e le opportunità di gestire in modo completamente digitale i processi sociosanitari territoriali.

I dati di utilizzo dei servizi erogati e gestiti attraverso l'utilizzo delle funzionalità del nuovo sistema vengono monitorati in tempo reale attraverso "dashboard" dedicate e aggiornate in tempo reale.

Il Sistema per la Gestione Digitale del Territorio, oltre a rappresentare un servizio digitale a supporto del funzionamento delle Case della Comunità e delle Centrali Operative Territoriali, rappresenta anche un prerequisito per abilitare e facilitare la prossima attuazione e diffusione dei servizi di Telemedicina previsti nell'ambito del PNRR.

## **2.4 CENTRALI OPERATIVE 116117**

### **2.4.1 LE CENTRALI OPERATIVE 116117**

Il nuovo modello organizzativo per la gestione del servizio di continuità assistenziale è pensato in forte correlazione con la centrale 116/117 e si avvarrà anche dell'aiuto di nuovi strumenti tecnologici, esempio per la diagnostica di primo livello, per l'erogazione delle prestazioni

In relazione all'evoluzione dei bisogni della popolazione, all'avvio del nuovo modello di cure territoriali centrato sulle CdC, alla sperimentazione attuata negli ultimi mesi sulle forme di organizzazione, anche diurna, della Continuità Assistenziale, in sede di AIR 2022, è stata condivisa la necessità di riorganizzare questo servizio, al fine di definirne, nel rispetto dell'ACN, la rimodulazione per fasce orarie, che consentano una maggiore copertura del territorio in orario diurno e una ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 - 8.00), per una sempre più appropriata risposta ai bisogni dell'assistito.

Si prevede di istituire, d'intesa con AREU e implementando modelli già da quest'ultima sperimentati, centrali mediche territoriali, di norma su base provinciale o di territorio di ATS (fatta salva la specificità della Città Metropolitana di Milano), nelle quali far operare medici del ruolo unico a rapporto orario, i quali possano soddisfare i bisogni di salute con urgenza differibile espressi dagli assistiti, attraverso il consulto telefonico e/o l'attivazione di visite domiciliari ed ambulatoriali.

Oltre la centrale medica, operativa dalle 19 alle 8 ogni giorno e dalle 8 alle 20 di sabato e festivi, con gli stessi orari saranno attive delle sedi operative, di norma una per Distretto, ma da definire in relazione alle caratteristiche del territorio, ove opereranno medici da attivarsi per le visite domiciliari. È possibile per tale attività ricorrere anche alla forma della presenza al proprio domicilio in reperibilità, con la medesima retribuzione.

Nell'ottica della rimodulazione del servizio in relazione alla risposta ai bisogni dei cittadini, saranno potenziate le attività ambulatoriali, attraverso l'apertura di ambulatori che a tendere dovranno essere presenti in ogni AFT da collocarsi dove presenti nella CdC, con orario di apertura dalle 19 alle 24 dei giorni feriali e dalle 9 alle 21 dei giorni festivi e al sabato.

All'interno delle AFT, la continuità dell'assistenza è realizzata anche attraverso l'istituzione di ambulatori distrettuali gestiti sia da medici a rapporto orario che da medici a ciclo di scelta, che dessero disponibilità in tal senso, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente.

In servizio di CA potrà avvalersi del supporto degli IFeC (infermieri di famiglia e di comunità). A tendere, con le aperture delle CdC, presso tali sedi sarà attivata la tele visita e diagnostica di primo livello.

#### **2.4.2 UNITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (UCA)**

L'UCA, un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa, è integrata nel servizio di continuità assistenziale, e sarà normata dal medesimo contratto dei medici di assistenza primaria a quota oraria.

L'UCA, coordinata dal Direttore del Distretto, interviene, in fase d'avvio, in due situazioni:

- in risposta, flessibile, a bisogni con risposte non codificate, fornendo una prima risposta e, in relazione a quanto rilevato, attivando in modo integrato altri servizi (MMG, UVM, COT, ADI...), per il proseguimento stabile del percorso di cura e assistenza; in questo caso si è in presenza di situazione non in carico alla rete dei servizi e l'attivazione avviene a cura del Direttore del distretto o suo delegato di fronte ad una segnalazione proveniente dal cittadino, associazioni, terzo settore, istituzioni;
- ad integrazione di prestazioni per bisogni che già usufruiscono di servizi della rete territoriale che, per insorgenza di nuove necessità od evoluzione del bisogno, necessitano intervento rapido, flessibile e integrato con successiva stabilizzazione in un progetto assistenziale individuale integrato; l'attivazione avviene a cura del Direttore del distretto o suo delegato di fronte ad una segnalazione proveniente da una unità d'offerta che ha già in carico l'assistito e la sua famiglia.

Periodicamente (ogni 3 mesi), a livello regionale, è previsto il monitoraggio dell'attività delle UCA (casistica, fonti di segnalazione, soluzioni individuate), nella prospettiva di mettere a regime il servizio, attraverso:

- una rimodulazione dell'attività delle UCA in relazione ai bisogni emergenti;

- la definizione di nuovi percorsi di cura standardizzati, quale esito dell'attività in risposta ai bisogni rilevati.

## **2.5 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA: DESCRIZIONE DEL MODELLO E CRONOPROGRAMMA ATTUAZIONE**

### **2.5.1. PREMESSA**

All'esito di un processo sperimentale avviato in Lombardia nel 2012 è stato attuato con DGR XI/6867/2022 il riordino dell'assistenza domiciliare (ADI) entro il nuovo perimetro normativo, così come da norme nazionali e provvedimenti regionali.

In particolare, con DGR XI/6867 del 2/08/2022 recante *"Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata in attuazione dell'intesa del 4 agosto 2021 di approvazione dei requisiti di esercizio e accreditamento dell'ADI, nell'ambito della cornice programmatica costituita dalla missione 6 del PNRR, dal dm 77 del 23 maggio 2022 recante "modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale", dal dm 29 aprile 2022 di approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare» e nel più generale quadro del potenziamento della sanità territoriale disposto con l.r. 22/2021"* Regione Lombardia ha approvato il percorso di attuazione dell'Intesa del 4/08/2021 di approvazione dei requisiti di esercizio e di accreditamento dell'ADI definiti in modo omogeneo a livello nazionale per tutte le Regioni per l'erogazione di cure domiciliari in coerenza con il modello di sviluppo della nuova sanità territoriale definito dal DM 77 come attuato con DGR XI/6760 del 25/07/2022.

Il provvedimento approva tre allegati che qui si intendono integralmente richiamati:

- l'allegato 1), recante "Requisiti di esercizio e di accreditamento delle cure domiciliari" in attuazione dell'Intesa del 4/08/2021 - Repertorio atto n. 151/CSR - ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accredimento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178";
- l'allegato 2), recante "Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata: riclassificazione dei profili assistenziali nei percorsi di cure domiciliari di base e di ADI integrata di I, II e III livello, in allineamento al DPCM LEA 2017 e definizione del nuovo sistema tariffario, nella cornice programmatica di cui alla missione 6 del PNRR, al DM 77 del 23 maggio 2022 di approvazione del Regolamento recante la definizione di "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", al DM 29 aprile 2022 di Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare» e nel più generale quadro del potenziamento della sanità territoriale disposto con L.R. 22/2021";
- l'allegato 3) recante "Prestazionale e percorsi standardizzati";

Nell'ambito del distretto, costituente una articolazione organizzativa che afferisce alla Direzione Sociosanitaria, l'assistenza Domiciliare integrata è attivata dal MMG/PLS e dall'equipe di ASST all'esito della VMD di primo o di secondo livello. E' gestita direttamente a livello distrettuale dalla ASST ovvero dall'ente gestore privato accreditato a contratto con la ATS, in funzione della scelta della famiglia. Nel quadro del modello organizzativo che individua gli ambulatori dei MMG/PLS come spoke delle CdC, concorrono al sistema delle



cure domiciliari territoriali distrettuali anche i MMG/PLS attraverso l'assistenza domiciliare programmata (ADP) erogabile anche in integrazione con propri infermieri, nel quadro del coordinamento complessivo definito da ASST a livello distrettuale, nonché le prestazioni erogate nell'ambito della Misura RSA Aperta.

### **2.5.2. LA RIORGANIZZAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI NEL QUADRO DELL'ATTUALE SCENARIO DEMOGRAFICO**

La dinamica demografica vede costantemente in crescita il numero di soggetti in condizione di cronicità e/o fragilità, ponendo quindi la necessità di una riorganizzazione dei servizi con un focus prioritario su coorti sempre più numerose di malati cronici e cronici/fragili, al fine di prevenire fasi di riacutizzazione o instabilità clinica e migliorarne gli esiti intermedi di salute. Per rispondere a persone che non presentano problematiche unicamente sanitarie, ma necessitano anche di risposte assistenziali appropriate alla multidimensionalità dei loro bisogni, anche di carattere psico-sociale (fatica emotiva/assistenziale del caregiver, contesti relazionali intra-famigliari problematici, etc.), che rendono i percorsi di malattia estremamente variabili al mutare della natura e della tipologia dei bisogni stessi nel tempo e sono responsabili, in particolare durante l'ultimo anno di vita, di un elevato assorbimento di risorse, soprattutto attraverso ricoveri ospedalieri ripetuti e decessi in ospedale.

Questo scenario richiede una capacità di lettura puntuale e dinamica nel tempo delle problematiche multidimensionali (dimensione fisica, sociale, psicologica). Il governo di traiettorie di malattie complesse necessita non solo di risposte di salute fornite dalle strutture ospedaliere, luoghi ad alta intensità e tecnologia che rimangono di elezione per la gestione dell'acuzie ma anche, spesso prevalentemente, della capacità di assicurare lunghi periodi di assistenza domiciliare o in strutture residenziali attraverso le opportunità fornite dalla rete delle unità di offerta sociosanitarie che devono operare in una logica di rete insieme alle ASST. Si richiede quindi un nuovo paradigma di cura in grado di garantire una risposta positiva ai «nuovi» bisogni, agendo in modo precoce, coordinato e integrato, così da assicurare la necessaria continuità assistenziale tra i professionisti, tra i luoghi delle cure e il tempo delle cure. I pilastri in grado di supportare un modello di servizio sanitario che possa soddisfare questa complessità sono: la continuità assistenziale, il care-management e la cooperazione, in un sistema a Rete, tra tutti gli stakeholder coinvolti nella filiera, supportati dalle tecnologie dell'informazione e delle comunicazioni (ICT).

Il processo di riordino e potenziamento del sistema delle cure domiciliari in Lombardia declinato attraverso la DGR XI/6867/2022, nell'ambito della più ampia riorganizzazione della sanità territoriale, si sta pertanto sviluppando attraverso la ricerca della definizione delle migliori condizioni organizzative che, in una logica evolutiva di gradualità funzionale alla piena sostenibilità in itinere del percorso, garantisca una presa in carico autenticamente integrata del bisogno della persona e della famiglia, fondata sul principio di prevenzione, del continuum assistenziale e della costante valorizzazione di tutte le risorse formali e informali a disposizione sul territorio.

### **2.5.3. DEFINIZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

La programmazione sanitaria nazionale definisce l'assistenza domiciliare come setting privilegiato dell'assistenza territoriale. Secondo il DPCM 12 gennaio 2017, le cure domiciliari (CD) rispondono ai bisogni di persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, garantendo percorsi assistenziali costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico. Fra gli obiettivi, la stabilizzazione del quadro clinico, la gestione integrata di problemi specifici, il rallentamento del declino funzionale e il miglioramento della qualità della vita. L'offerta domiciliare contribuisce alla prevenzione dell'utilizzo inappropriato o intempestivo dell'ospedalizzazione e dell'istituzionalizzazione.

L'Intesa Stato Regioni del 4 agosto 2021 (n. 151/CSR) riconosce che le CD "richiedono una peculiare e complessa organizzazione, un lavoro di rete che coordina e integra le varie figure professionali (medici, infermieri, professionisti della riabilitazione, operatori sociali e altre), definendo la necessità che le organizzazioni erogatrici rispondano a precisi requisiti di sicurezza e qualità, a garanzia della tutela della salute dei cittadini".

L'art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017 articola le risposte assistenziali domiciliari in differenti livelli di intensità e complessità assistenziale, individuati a partire dalla Valutazione multidimensionale (VMD). La VMD permette di identificare i bisogni e le risorse delle persone e definire Progetto individuali (PI), che guidano la scelta dei setting di cura più appropriati e la formulazione e implementazione dei Piani di assistenza individualizzati (PAI). Lo stesso art. 22, comma 3, distingue le CD in:

- CD di livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo;
- CD integrate (ADI) di I, II e III livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati, caratterizzate da un CIA superiore a 0,14. Richiedono la VMD e la definizione di un PAI o PRI. La differenziazione per livelli di intensità assistenziale, a CIA crescenti, è proporzionata al livello di complessità assistenziale.

Le Cure domiciliari hanno come obiettivi:

- la stabilizzazione del quadro clinico;
- la stabilizzazione del quadro clinico della persona a seguito di dimissione ospedaliera;
- garantire la continuità dell'assistenza tra sistema sanitario, sociosanitario e sociale;
- il miglioramento della qualità della vita quotidiana e il rallentamento del declino funzionale;
- la prevenzione dell'utilizzo inappropriato o intempestivo dell'ospedalizzazione o di setting residenziali territoriali;
- prevenire/limitare il deterioramento della persona in condizione di fragilità, rispondendo ad una logica di prevenzione del carico di cronicità/fragilità e di inclusione della persona attraverso il sostegno al suo mantenimento nel proprio contesto di vita.

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) si colloca quindi nella rete di servizi sociosanitari volti a garantire alle persone, in condizione di fragilità, prestazioni sociosanitarie integrate "a domicilio", anche in contesti di residenzialità individuale/collettiva, alternativa alla propria casa, eletti dalla persona a dimora abituale.

Le prestazioni, che saranno declinate all'interno del Piano di Assistenza Individuale (PAI) redatto all'esito della definizione del progetto Individuale, devono essere erogate da personale qualificato ed in possesso degli specifici titoli professionali, e sono complementari e non sostitutive del caregiver familiare. Le specifiche prestazioni, fornite attraverso i caregiver professionali (a mero titolo esemplificativo: infermieri, tecnici della riabilitazione quali fisioterapisti, terapisti occupazionali, logopedisti ecc.) possono quindi sostenere e/o integrare presenze familiari (parenti e/o loro collaboratori) esistenti e disponibili, non sostituirle.

Nell'ambito del DM 77 del 23/05/2022 il paragrafo 10 è dedicato all'assistenza domiciliare dove è definito un indice progressivo di copertura del 10% della popolazione over 65 anni. Il documento dell'Intesa Stato-Regioni del 4 agosto 2021 definisce gli indirizzi nazionali per l'offerta di CD, indicando quali elementi fondanti:

- Percorso assistenziale integrato;
- Accesso unitario ai servizi sanitari e sociali;

- Presa in carico attraverso la Valutazione Multidimensionale (VMD);
- Predisposizione del PAI;
- Approccio per percorsi (art. 21, dpcm 12 gennaio 2017).

Attraverso una specifica sperimentazione condotta sul territorio dell'ATS di Monza e Brianza nel corso del 2019 è stata verificata l'applicabilità di percorsi predefiniti per garantire le risposte ai bisogni più diffusi, secondo un modello che è risultato efficace ed efficiente. Sono poi emersi sottogruppi di popolazione con indicazioni appropriate per interventi di maggiore complessità e durata, sia di tipo post-acuto che di tipo evolutivo cronico.

#### **2.5.4 IL MODELLO DI CURE DOMICILIARI DELLA REGIONE LOMBARDIA**

L'allegato 2) alla DGR XI/6867/2022 ha approvato la riorganizzazione dell'assistenza domiciliare in Lombardia nella logica definita nei LEA delle Cure domiciliari di base e delle Cure domiciliari integrate (ADI) in attuazione del DPCM 12 gennaio 2017, applicando a livello regionale le conclusioni della sperimentazione condotta dall'ATS Brianza e tenendo conto dell'evoluzione del Sistema Socio Sanitario Lombardo ai sensi della L.R. n. 22 del 14 dicembre 2021, in accordo con le linee di indirizzo dell'Intesa Stato Regioni del 4 agosto 2021 (n. 151/CSR) e il DM 77/2022 e della DGR XI/6760 del 25/07/2022 "Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale".

Regione Lombardia ha avviato nel 2012 una nuova fase sperimentale dell'erogazione dell'ADI e nel tempo, attraverso una serie di atti, ha definito:

- requisiti specifici per l'esercizio e l'accreditamento (DGR n. 3541/2012 e DGR n. 3584/2012);
- un nuovo modello di valutazione del bisogno (Decreto n. 6032/2012);
- nuovi profili e tariffe sperimentali (DGR n. 3851/2012, DGR n. 3971/2012);
- uno strumento validato e unico su tutto il territorio regionale per la valutazione multidimensionale (DGR n. 1185/2013).

La fase sperimentale ha consentito lo sviluppo di un sistema valutativo e di erogazione consolidato ed ha permesso di disporre di dati e informazioni utili all'evoluzione del modello di ADI, che è stato recepito dalla DGR X/7770/2018. La DGR X/1681 del 27 maggio 2019, in attuazione della DGR XI/1046/2018 ha poi assegnato all'ATS Brianza l'obiettivo specifico relativo alla "Applicazione sperimentale dei percorsi ADI e il coordinamento della fase di sperimentazione dei percorsi ADI da parte dell'équipe di valutazione delle ASST, con l'obiettivo di validare operativamente i percorsi proposti e definire le modalità con cui possano essere adottati a livello regionale".

La sperimentazione è stata conclusa nel 2019. Ha coinvolto 3 ASST (Monza, Lecco, Vimercate) e 27 dei 38 erogatori attivi sul territorio, con il supporto del Dipartimento Fragilità (DIFRA), erogatore pubblico dell'ASST di Lecco. I risultati e le proposte del gruppo di lavoro hanno rappresentato la base per la ridefinizione del modello di Cure Domiciliari, proposto alla Regione Lombardia e analizzato alla luce della Riforma del sistema sociosanitario lombardo, del PNRR e degli indirizzi dell'Intesa Stato Regioni.

La sperimentazione ha permesso di evidenziare che:

- è possibile la standardizzazione dei principali percorsi, semplificando l'intero processo e riducendo i tempi della presa in carico e dell'erogazione del servizio.
- la valutazione multidimensionale di II livello può essere riservata ai casi complessi (circa il 12 %). Per gli altri bisogni è appropriata una valutazione multidimensionale di I livello.



I percorsi assistenziali individuati dalla sperimentazione, possono configurarsi come PDTA dell'ADI, da declinare in attività all'interno di un PAI, integrabili con le altre funzioni di follow up clinico (laboratorio, diagnostica di base e avanzata, medicina specialistica) già integrate nella PIC.

Dei percorsi assistenziali sperimentati da ATS Brianza, sono 4 quelli che vengono adottati con la DGR XI/6867/2022, oltre ai percorsi di ADI integrata (ADI post acuta e ADI evolutiva cronica).

1. gestione Alvo;
2. gestione Catetere-Stomie;
3. percorso Lesioni (articolato in Lesioni A, B, C);
4. percorso Fisioterapia (articolato in Fisioterapia A, B, C, D);

### 2.5.5 CRITERI DI ACCESSO E DESTINATARI

Le CD di base e le CD integrate (ADI) si rivolgono a persone residenti in Regione Lombardia, di qualunque età, che necessitano di cure domiciliari. Per accedere al servizio devono essere presenti le seguenti condizioni:

- bisogni sanitari e sociosanitari gestibili al domicilio;
- non autosufficienza, parziale o totale, di carattere temporaneo o definitivo;
- impossibilità a deambulare e non trasportabilità, con i comuni mezzi, presso i servizi ambulatoriali territoriali;
- presenza di una rete familiare formale e/o informale di supporto;
- caratteristiche abitative che garantiscano la praticabilità dell'assistenza.

L'ADI risponde quindi, come previsto dalla DGR XI/6760/2022, in modo particolare ai bisogni di tre target principali che possono combinarsi variabilmente tra di loro:

- pazienti che devono essere sostenuti nella transizione verso il proprio domicilio;
- pazienti affetti da patologie croniche che richiedono periodicamente prestazioni di counseling, supervisione o erogazione di specifiche prestazioni infermieristiche, riabilitative o cliniche;
- pazienti in cui prevalgono condizioni non autosufficienza e bisogni combinati di tipo sociosanitario e socio-assistenziale.

### 2.5.6 IL NUOVO SISTEMA REGIONALE DI CLASSIFICAZIONE E IL RACCORDO TRA VECCHIO E NUOVO SISTEMA

Alla luce delle modifiche intervenute a livello nazionale, la delibera ha previsto tempistiche e modalità per allineare la classificazione sperimentale regionale dell'assistenza domiciliare alla nuova classificazione LEA.

La riclassificazione tra vecchi e nuovi profili è rappresentata nel seguente grafico riportato all'inizio del presente capitolo dove per semplicità visiva non è riportata la declinazione dei percorsi su CD base e CD integrate:

	GEA/MESE																														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
Profili RL	prestazionale								prof_1							prof_2				prof_3					prof_4						
	0-0,25								0,26-0,50							0,51-0,65				0,66-0,85					0,86-1						
LEA	base				I 0,14-0,3				II 0,31-0,50							III 0-51-1															
NUOVA CLASSIFIC.RL	prestazionale				LIVELLO I				LIVELLO II							LIVELLO III A					LIVELLO III B					LIVELLO III C					

La nuova classificazione regionale risulta dalla combinazione di diversi fattori:

- l'intensità assistenziale (CIA), secondo le categorie definite dal DPCM LEA 2017;
- la tipologia di fabbisogno individuato, in particolare la necessità o meno di interventi multidimensionali/multiprofessionali;
- i protocolli individuati nella sperimentazione dell'ATS Brianza basati su interventi standardizzati in risposta a specifici bisogni clinico-assistenziali al domicilio, come illustrata ai paragrafi precedenti.

La logica di classificazione parte innanzi tutto dalla distinzione tra bisogni semplici (prestazionali) e complessi (compositi), con ulteriore sub articolazione nelle rispettive categorie:

Risposte a bisogni prestazionali (mono professionali e/o mono prestazionali):

1. prelievi;
2. prestazionale generico;
3. percorso gestione Alvo;
4. percorso gestione Catetere;
5. percorso gestione Stomie;
6. percorso Lesioni (articolato in Lesioni A, Lesioni B, Lesioni C);
7. percorso Fisioterapia (articolato in Fisioterapia A, Fisioterapia B, Fisioterapia C, Fisioterapia D).

Risposte a bisogni compositi (multidimensionali e/o multiprofessionali):

1. Livello I;
2. Livello II;
3. Livello III (articolato in IIIA, IIIB, IIIC);
4. Alta Intensità.

Nel caso di un bisogno mono professionale/mono prestazionale, occorre prioritariamente verificare, in base alle prestazioni necessarie, se lo stesso risulta riconducibile a uno dei percorsi standardizzati (Gestione Alvo, Gestione catetere- stomie, Percorso Lesioni o Percorso Riabilitazione) oppure alla categoria "prelievi". Altrimenti lo stesso risulterà classificabile nella categoria "prestazionale Generico", se il numero di accessi necessari per garantire la risposta non superi i 4/mese (CIA <0,14). E' possibile attivare contemporaneamente un massimo di due percorsi standardizzati, mono professionali (il profilo fisioterapia è pertanto incompatibile con la contestuale attivazione degli altri percorsi infermieristici). L'attivazione del secondo percorso potrà avvenire qualora la prestazione non possa essere altrimenti erogata durante gli accessi programmati nel primo percorso standardizzato.

Nel caso di bisogni multidimensionali/multiprofessionali, la classificazione tra i livelli si baserà sull'intensità assistenziale (CIA) definita in fase di valutazione multidimensionale.

Si definisce inoltre il livello "Alta Intensità", che richiede un impegno assistenziale elevato in termini di accessi, da garantire con una frequenza anche eventualmente pluri-giornaliera, per l'erogazione di un mix di prestazioni (infermieristiche, specialistiche, riabilitative etc.) per una durata limitata (max 15 giorni ripetibile una seconda volta). Sul livello "Alta Intensità" confluisce il precedente profilo "Post Acuta Domiciliare" di cui alla DGR X/5954/2016.

Di seguito si riporta una tabella che sintetizza i concetti esposti.

CURE DOMICILIARI	Accessi mese/GEA	CIA	CLASSIFICAZIONE LEA	SISTEMA DI REMUNERAZIONE	MODALITA' DI ATTIVAZIONE	ATTORI ATTIVAZIONE
PRELIEVO	<=4	<0,14	CD di base (cia <0,14)	Ad accesso	VMD 1° LIV.TRIAGE <=7	MMG/ASST
PRESTAZIONALE GENERICO	<=4	<0,14	CD di base (cia <0,14)	Ad accesso	VMD 1° LIV.TRIAGE <=7	MMG/ASST
GESTIONE ALVO	<=4	<0,14	Percorso di CD di base (cia <0,14)	Ad accesso	VMD 1° LIV.TRIAGE <=7	MMG/ASST
GESTIONE CATETERE VESCICALE	<=4	<0,14	Percorso di CD di base (cia <0,14)	Ad accesso	VMD 1° LIV.TRIAGE <=7	MMG/ASST
GESTIONE STOMIE	<=4	<0,14	Percorso di CD di base (cia <0,14)	Ad accesso	VMD 1° LIV.TRIAGE <=7	MMG/ASST
LESIONI A	8	0,27	Percorso di CD integrate (cia >=0,14)	Ad accesso	VMD 1° LIV.TRIAGE <=7	MMG/ASST
LESIONI B	12	0,4	Percorso di CD integrate (cia >=0,14)	Ad accesso	VMD 1° LIV.TRIAGE <=7	MMG/ASST
LESIONI C	16	0,53	Percorso di CD integrate (cia >=0,14)	Ad accesso	VMD 1° LIV.TRIAGE <=7	MMG/ASST
FISIOTERAPIA A	6	0,2	Percorso di CD integrate (cia >=0,14)	Ad accesso	VMD 1° LIV.TRIAGE <=7	MMG/ASST
FISIOTERAPIA B	8	0,27	Percorso di CD integrate (cia >=0,14)	Ad accesso	VMD 1° LIV.TRIAGE <=7	MMG/ASST
FISIOTERAPIA C	10	0,33	Percorso di CD integrate (cia >=0,14)	Ad accesso	VMD 1° LIV.TRIAGE <=7	MMG/ASST
FISIOTERAPIA D	12	0,4	Percorso di CD integrate (cia >=0,14)	Ad accesso	VMD 1° LIV.TRIAGE <=7	MMG/ASST
LIV I	5<=GEA<=9	0,14<CIA<=0,30	adi integrata (>=0,14)	A giornata di cura	VMD 2° LIV	MMG/ASST
LIV II	10<=GEA<=15	0,31<CIA<=0,5	adi integrata (>=0,14)	A giornata di cura	VMD 2° LIV	MMG/ASST
LIV IIIA	16<=GEA<=19	0,51<CIA<=0,65	adi integrata (>=0,14)	A giornata di cura	VMD 2° LIV	MMG/ASST
LIV IIIB	20<=GEA<=25	0,66<CIA<=0,85	adi integrata (>=0,14)	A giornata di cura	VMD 2° LIV	MMG/ASST
LIV IIIC	26<=GEA<=30	0,86<CIA<1	adi integrata (>=0,14)	A giornata di cura	VMD 2° LIV	MMG/ASST
ALTA INTENSITA'	>=30	1	adi integrata (>=0,14)	Ad accesso	VMD 2° LIV	MMG/ASST

### 2.5.7. ATTIVAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI ENTRO IL QUADRO DELLA NUOVA SANITA' TERRITORIALE DI CUI AL DM 77/2022 E DELLA LEGGE REGIONALE 22/2021 ATTUATIVA DEL PNRR

#### A) ASPETTI GENERALI DELLA VMD NELL'AMBITO DELLE CASE DI COMUNITA'

Il riordino dell'ADI è stato attuato in un contesto di profonda evoluzione normativa dell'assetto della sanità territoriale a livello nazionale e regionale. Un contesto in cui la logica di attivazione degli interventi e servizi dovrà evolutivamente:

- “ordinarsi” sulla progressiva definizione di un modello stratificato di lettura del bisogno delle persone che vivono nelle comunità del distretto;
- fondarsi, con riferimento alle condizioni di cronicità e fragilità, alla valutazione multidimensionale del bisogno della persona nel suo contesto di vita, in allineamento a quanto previsto dal DM 77/2022;
- garantire, in un ambito come quello lombardo qualificato da una rete molto ampia di servizi/interventi sociosanitari e sociali gestiti prevalentemente da ETS, la migliore integrazione nella risposta al bisogno della persona in condizione di cronicità e

- fragilità e della sua famiglia, lungo il ciclo naturale di vita, sviluppando qualità di vita/inclusione delle persone che vivono sui territori delle comunità distrettuali;
- fondarsi sullo sviluppo di tecnologia a supporto dell'incremento della presa in carico sul territorio e della relazione tra i professionisti che vi operano (reti del terzo settore, Comuni enti gestori sanitari, sociosanitari), attraverso lo sviluppo di connessioni giuridico/digitali funzionali all'integrazione e, con essa, alla prevenzione del carico di cronicità/fragilità sul SSR.

In questo contesto, con riferimento alle persone in condizione di cronicità e fragilità, occorre evidenziare la centralità della valutazione multidimensionale. L'assessment multidimensionale prevede la valutazione degli aspetti più significativi della persona in condizione di cronicità e fragilità, attraverso un approccio anche multiprofessionale. Consente di leggere le esigenze dei cittadini/utenti con bisogni sanitari e sociali complessi con l'obiettivo di rilevare e classificare le condizioni di bisogno, per poter disegnare il migliore percorso di trattamento della persona. Ciò in quanto le persone compromesse nell'autonomia, presentano problemi e bisogni correlati di diversa tipologia, che richiedono spesso l'attivazione di più servizi e il coinvolgimento di vari attori del sistema. Le risposte assistenziali, differenziate per intensità e complessità, sono riportate in un Progetto Individuale (PI) che comprende, quando necessario, anche il Progetto di Riabilitazione Individuale (PRI). La valutazione è effettuata dall'equipe di Valutazione Multi-Dimensionale nell'ambito delle articolazioni organizzative dei distretti delle ASST in corso di sviluppo in attuazione del DM 77/2022, garantendo anche la rivalutazione periodica della persona assistita e definendo anche i criteri di dimissione o di passaggio ad altri setting assistenziali anche attraverso la COT.

L'equipe di valutazione multidimensionale è costituita da un nucleo di base così composto: medico curante di riferimento, infermiere, assistente sociale. L'équipe distrettuale del polo territoriale di ASST opera proattivamente anche per il raccordo con gli operatori comunali nella risposta al bisogno della persona e si avvale, quando necessario, della collaborazione di specialisti. Il progetto è condiviso con la persona e/o il suo caregiver. La VMD, quando richiesto dalla famiglia, deve consentire l'attivazione/l'accompagnamento per tutta la rete dei servizi, anche attraverso la COT, semplificando i passaggi successivi. In particolare, l'attivazione degli interventi e servizi afferenti all'ambito allargato delle cure domiciliari, di cui alla tabella

SISTEMA ALLARGATO DI CURE DOMICILIARI
ADI
ASSISTENZA DOMICILIARE EROGATA DA MMG E PLS
CURE PALLIATIVE DOMICILIARI
RIABILITAZIONE DOMICILIARE
NUTRIZIONE ARTIFICIALE ENTERALE
NUTRIZIONE ARTIFICIALE PARENTERALE
OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE
VENTILOTERAPIA DOMICILIARE
FORNITURA AUSILI PER INCONTINENZA
FONITURA AUSILI PER STOMIE
FORNITURA AUSILI PER IL DIABETE
FORNITURA AUSILI PROTESICI PERSONALIZZATI
FORNITURA AUSILI PROTESICI NON PERSONALIZZATI
RSA APERTA
VOUCHER MISURA B1
SAD COMUNALE
SADH COMUNALE
MISURE DOPO DI NOI
MISURE PER LA VITA INDIPENDENTE
BUONO MISURA B1
BUONO MISURA B2

Il processo di valutazione multidimensionale del bisogno si inserisce pertanto in un più complesso processo che ha come obiettivo prioritario quello di facilitare l'accesso della persona e della sua famiglia alle diverse unità d'offerta sociali e/o sociosanitarie, anche attraverso l'informazione, l'orientamento e l'accompagnamento della persona in condizioni di fragilità garantiti dal PUA della CdC, garantendo risposte appropriate ai bisogni rilevati. Per le situazioni complesse è fondamentale che sia identificato dall'ente erogatore pubblico/privato un referente del caso, professionista di riferimento per l'assistito, la famiglia/caregiver e i servizi coinvolti. Il referente garantisce la continuità del percorso di cura e di assistenza attraverso la supervisione dei processi, la loro messa in rete, la rivalutazione e l'adeguamento continuo del progetto individuale.

Tale funzione è svolta in allineamento a quanto definito con DGR XI/6760 del 25/07/2022. Il Piano Assistenziale Individuale/Piano Educativo Individuale (PAI/PEI) viene invece redatto a cura dell'ente erogatore che prende in carico l'utente, sulla base della libera scelta del cittadino. La coerenza tra Progetto Individuale e PAI/PEI rientra tra i criteri di monitoraggio e verifica della appropriatezza delle prestazioni erogate agli utenti. Il progetto individuale deve indicare gli obiettivi assistenziali. Il PAI/PEI deve dichiarare se gli obiettivi assistenziali sono stati raggiunti.

In questo contesto le Direzioni strategiche di ASST, attraverso i Direttori di Distretto, si attivano affinché nelle articolazioni organizzative territoriali distrettuali venga sviluppata la capacità di risposta al bisogno delle persone e delle famiglie delle comunità di riferimento, attraverso un modello orientato a cogliere e valorizzare le risorse formali e informali e del terzo settore in essi presenti, co-progettando con esse welfare di prossimità al servizio del progetto individuale che le equipe di valutazione multidimensionale concorrono a definire con la persona e la sua famiglia, così implementando le opportunità, la qualità e la forza di risposta territoriale ai bisogni della comunità di riferimento.

Con specifico riferimento all'area della disabilità, si attivano perché sia garantita l'organizzazione di un modello di sanità territoriale in cui le Case di Comunità concorrono con i Comuni, le famiglie e le loro associazioni, gli Enti del Terzo Settore, gli enti gestori dei servizi per la disabilità che hanno in carico la persona, alla co- costruzione del progetto individuale della persona con disabilità di cui all'art. 14 della L. 328/2000 in capo ai comuni, nella logica del budget di salute, così concorrendo alla nascita di un modello organizzativo autenticamente orientato a produrre qualità e significato nella vita della persona con disabilità, partecipando proattivamente al processo dinamico di combinazione/ricomposizione delle risorse formali e informali disponibili sul territorio per il progetto di vita della persona, realizzando la migliore coerenza con le aspettative/bisogni/desideri della persona e della famiglia, nella logica del Dopo di Noi, "durante noi", secondo la prospettiva del Fondo unico per la Disabilità, nell'ambito delle risorse disponibili.

La CdC costituisce infatti il luogo ove valorizzare e potenziare la rete della community care stabilendo collegamenti con le Associazioni di Volontariato e del Terzo Settore e con le reti sociali informali.

Come previsto dalla DGR XI6760/2022, l'apporto della comunità si può esplicitare a livello di:

- programmazione, coinvolgendo le associazioni nella pianificazione di alcune attività e progettualità o nel disegno dei servizi;
- erogazione da parte della comunità di servizi di supporto (es: trasporti ai luoghi di cura e alla CdC, caregiving volontario a domicilio) e monitoraggio dell'attività svolta ai fini del riorientamento delle prestazioni e dei servizi;
- erogazione di servizi a gruppi di persone costruiti valorizzando le reti sociali esistenti e non a domanda individuale (es. gruppi di cammino, gruppi di educazione terapeutica, gruppi di sostegno alla aderenza alla terapia);
- estensione e costruzione di nuove reti sociali che garantiscano inclusione e supporto ai cittadini in condizioni di disagio sociale o solitudine.

Le associazioni possono essere portatrici di una serie di contributi, sfruttando il loro accreditamento sociale, la capillarità della loro presenza, la collaudata esperienza in alcuni ambiti, il profondo e strutturato inserimento nella rete di servizi territoriali, la capacità progettuale sviluppata negli ultimi anni attraverso collaborazioni con Enti pubblici. Il coinvolgimento in partnership di questi soggetti può contribuire ad accrescere, mediante percorsi integrati di informazione e sensibilizzazione della popolazione generale, il grado di health literacy individuale, comunitaria e pubblica.

Al fine dello sviluppo di tale logica di approccio al bisogno di inclusione delle persone con disabilità, Regione Lombardia ha investito nel corso del 2020 specifiche risorse destinate alla formazione mirata degli operatori/associazioni familiari/famiglie/operatori comunali etc. del territorio sugli strumenti del dopo di Noi. Le Direzioni Generali e Sociosanitarie delle ASST sono pertanto tenute a capitalizzare tale investimento nell'ambito dello sviluppo della nuova sanità territoriale, garantendo che gli operatori beneficiari di tale specifica formazione mettano a servizio dei progetti individuali delle persone con disabilità gli strumenti così acquisiti.

Si prevede quindi che le cure domiciliari si inseriscano in una organizzazione territoriale distrettuale in cui è presente la funzione di una équipe di valutazione operante sulla base della conoscenza:



- delle risorse formali e informali del territorio, del processo e degli strumenti di valutazione finalizzati all'attivazione dei diversi interventi e servizi;
- in particolare dell'assetto del sistema di offerta territoriale di comunità, declinato nelle diverse tipologie di servizi sanitari, unità di offerta sociosanitarie consolidate e sperimentali, interventi sociali diretti e indiretti e servizi socioassistenziali, che progressivamente saranno implementate all'interno del sistema per la gestione digitale del territorio di cui alla DGR XI/5872 del 24/01/2022, in funzione della disponibilità delle necessarie informazioni da parte della COT finalizzate alla gestione della transizione tra i setting;
- delle regole di eleggibilità/compatibilità tra i diversi interventi/servizi, secondo il quadro delle determinazioni nazionali e/o regionali di riferimento.

A tal fine l'equipe opera in back office tramite la COT per l'attivazione integrata degli interventi e servizi appropriati per la risposta al bisogno della persona, in una logica di integrazione e ricomposizione delle politiche regionali (ad es. raccordo con gli specialisti della ASST per la valutazione finalizzata all'attivazione dell'assistenza protesica, integrativa, della nutrizione artificiale; raccordo con la scuola al fine di concorrere a realizzare il diritto all'inclusione scolastica dei minori in condizione di grave e gravissima disabilità; in generale, raccordo con il Comune/ETS del territorio sulla migliore inclusione delle persone in condizione di gravissima disabilità o affette da demenza, attivando anche le risorse informali della comunità).

Nell'ambito del modello organizzativo distrettuale definito ai paragrafi precedenti del presente atto, le richieste di attivazione sono presentate dalla persona, dalla sua famiglia o da altre figure o servizi professionali abilitati: MMG/PLS, infermieri di famiglia, reparti ospedalieri, servizi di PS, centrali di dimissione protetta, servizi di degenza ospedaliera o extra-ospedaliera (cure intermedie, ospedali di comunità). È previsto anche l'accesso diretto alla Casa della Comunità.

L'attivazione delle cure domiciliari avviene con prescrizione del MMG/PDF su ricettario regionale per utenti che necessitano di assistenza/riabilitazione e non possono recarsi presso strutture sanitarie poiché impossibilitati a spostarsi dal domicilio con i comuni mezzi di trasporto. Può essere attivata anche all'esito della dimissione ospedaliera.

La prescrizione deve indicare:

- la diagnosi di patologia o di condizione;
- i bisogni o le motivazioni della richiesta di attivazione delle CD, con modalità differenziate per le CD erogabili in forma di percorsi standardizzati e per l'ADI integrata.

La scheda unica di triage (come definita nel successivo paragrafo 11.4) è compilata dal MMG/PLS nell'ambito del sistema di gestione digitale del territorio in corso di sviluppo e trasmessa, attraverso il sistema stesso, al Distretto di residenza o di domicilio dell'assistito. Nelle ipotesi in cui il MMG/PLS non possa procedere a tale compilazione, ferma restando in capo allo stesso la prescrizione sulla ricetta, vi provvede l'EVM del distretto ai fini della formulazione del Progetto individuale (PI).

Ogni riammissione al servizio, a seguito di precedente dimissione, richiede una nuova prescrizione medica.

Non occorre una nuova prescrizione per le seguenti casistiche:

- rivalutazione periodica;
- sospensione temporanea del servizio;
- rivalutazione a fronte di mutate condizione cliniche.

In tal caso è necessaria la ridefinizione del PI da parte dell'EVM del distretto. In sede di rivalutazione (non di sospensione) è garantita dall'EVM l'alimentazione dei dati richiesti dal tracciato SIAD come riportati nell'appendice al presente allegato.

Ferma restando la necessità di prescrizione medica, l'accesso al servizio per i cittadini non residenti in Lombardia, avviene:

- nel rispetto della normativa vigente in tema di compensazioni interregionali;
- per i cittadini stranieri non iscritti al SSN, secondo le specifiche normative in materia di erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- a seguito di una valutazione multidimensionale di 1° o 2° livello, effettuata dalla ASST in raccordo con il MMG/PLS, unitamente alla rilevazione dei dati necessari alla rendicontazione delle cure domiciliari nei flussi regionali e nazionali. Flussi che costituiscono la fonte per la rilevazione del livello di avanzamento delle regioni nell'attuazione dell'obiettivo target di PNRR al 2026 della presa in carico in cure domiciliari del 10% della popolazione over 65 anni.

Il percorso valutativo avviene attraverso alcune tappe principali:

- l'accoglienza della richiesta, pervenuta da utenti/familiari, da MMG/PDF, ospedale, segnalazione del Comune, ecc.;
- la valutazione multidimensionale del bisogno secondo gli strumenti definiti nel presente allegato.

## **B) LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DI PRIMO E SECONDO LIVELLO PER L'ATTIVAZIONE DELLE NUOVE CURE DOMICILIARI**

Sotto il profilo operativo, nel paragrafo precedente sono stati descritti:

- i principi informatori della presa in carico territoriale e le logiche del lavoro territoriale: prevenzione, proattività, continuità assistenziale, prossimità, multidimensionalità della valutazione dei bisogni, progetto individuale, progetto di vita per le persone con disabilità con conseguente rivalutazione del bisogno dinamicamente agganciata all'evoluzione del bisogno stesso lungo il ciclo naturale di vita della persona e della famiglia.
- il contesto organizzativo entro il quale deve collocarsi anche la VMD per l'attivazione delle cure domiciliari.

Con specifico riferimento alle cure domiciliari, gli strumenti di valutazione del bisogno introdotti con la riforma dell'ADI del 2012 restano confermati in una logica che, tuttavia, introduce alcuni elementi di semplificazione e razionalizzazione. Tali strumenti consentono di definire:

- il livello di dipendenza (non autosufficienza), mediante una valutazione multidimensionale (bisogno sociosanitario, funzionale e sociale);
- il livello di integrazione e di pianificazione degli interventi, finalizzati entrambi alla scelta del percorso assistenziale più appropriato.

A seguito della richiesta di attivazione, previa verifica dei criteri di accesso e di eventuali incompatibilità, deve essere effettuata, nel rispetto dei tempi previsti, la valutazione multidimensionale (VMD) dei bisogni. La valutazione è, infatti, premessa per la definizione del Progetto individuale di assistenza (PI) e del Piano di Assistenza Individuale (PAI).

La valutazione, ai fini dell'ammissione al servizio di cure domiciliari/ADI, deve essere effettuata secondo i seguenti livelli e strumenti:

- **VMD di primo livello:** prevede l'utilizzo della Scheda unica di Triage. Ha funzioni di screening e di rapida identificazione delle popolazioni eleggibili per le CD di base e per i percorsi standardizzati o per le quali non sia indispensabile la VMD di II livello;



- **VMD di secondo livello:** prevede l'utilizzo dello strumento di VMD di terza generazione InterRAI Home Care (RAI/HC). È necessaria di regola per l'ammissione alle CD integrate (ADI) e per l'identificazione dell'intensità assistenziale necessaria.

Viene confermato l'utilizzo della Scheda Unica di Triage, quale scheda di valutazione multidimensionale di primo livello.

Lo strumento valutativo di primo livello si articola in otto domande, che presuppongono una risposta su 4 livelli di gravità:

- a) assente o lieve
- b) moderato
- c) grave
- d) molto grave.

Fatto salvo le casistiche in cui non è possibile l'attivazione di cure domiciliari e viene valutata la necessità di orientare la persona e la famiglia verso altri setting di assistenza, la VMD di 1° livello con un punteggio (cut-off) fino a 7 esclude la necessità di una VMD di 2° livello. Punteggi pari o superiori a 8 identificano invece persone di regola appropriate per la valutazione di II livello.

Ad ogni area e ad ogni livello di gravità, è associata una diversa pesatura. La scheda di valutazione di primo livello può essere somministrata da personale sanitario adeguatamente formato. Si tratta di uno strumento già in uso dal 2012. La valutazione di primo livello viene effettuata in occasione di ogni primo contatto fra chi esprime la domanda/richiesta di cure domiciliari e ogni professionista delegato nel nuovo assetto dei servizi territoriali (MMG, PLS, Casa della Comunità, COT, infermiere di comunità, operatori dei reparti di degenza o dei servizi di PS). Ha l'obiettivo di discriminare rapidamente i bisogni o le condizioni (morbilità, disabilità, vulnerabilità sociale, comportamento) di specifica complessità che rendano appropriata la VMD di II livello. Permette anche di selezionare le persone i cui bisogni possano essere affrontati con percorsi standardizzati o prestazioni mono-professionali limitate nel tempo.

La scheda unica di triage è compilata dal MMG/PLS nell'ambito del sistema di gestione digitale del territorio in corso di sviluppo e trasmessa, attraverso il sistema stesso, al Distretto della residenza o del domicilio dell'assistito. Nelle ipotesi in cui il MMG/PLS non possa procedere a tale compilazione, ferma restando in capo allo stesso la prescrizione sulla ricetta, vi provvede l'equipe del distretto ai fini della formulazione del Progetto individuale (PI).

Qualora il punteggio/cut-off della scheda triage fosse superiore a 7, è necessario di regola procedere alla VMD di secondo livello. L'attivazione dell'ADI integrata di 3° livello richiede sempre la VMD di secondo livello. La VMD di secondo livello, utilizza lo strumento InterRAI/HC. Supportato da un'ampia validazione scientifica tale strumento permette di:

- esplorare tutte le dimensioni utili a definire il profilo di complessità della persona: condizioni di malattia, stabilità clinica, funzionalità motoria e cognitiva, tono dell'umore, comportamento, vulnerabilità sociale, risorse personali e ambientali;
- restituire misure standardizzate, stratificate per livelli di fabbisogno e complessità assistenziale, utili a definire l'appropriatezza degli interventi e la stima degli esiti.

La VMD di secondo livello effettuata con lo strumento InterRAI/HC permette di identificare i profili di rischio della persona, anche sul versante psico-sociale e su quello del rischio di istituzionalizzazione o ospedalizzazione. Definisce inoltre i livelli di stabilità clinica e di gravità prognostica e gli obiettivi utili a guidare la progettazione del PAI.

Tale sistema individua otto domini di valutazione, riconosciuti come essenziali per impatto e trasversalità, svincolati quindi dalla patologia causante e dall'età della persona valutata,

rispetto ai quali si definiscono, mediante l'applicazione di scale validate e appropriate per gli ambiti da valutare, alcuni parametri standard di compromissione funzionale suddivisi per livelli di gravità. I domini individuati sono:

1. Respirazione
2. Nutrizione (deglutizione e capacità ad alimentarsi)
3. Comunicazione (parola, scrittura)
4. Motricità (deambulazione/spostamenti, passaggi posturali, cura del sé, vestirsi)
5. Controllo sfinterico (minzione, defecazione)
6. Sfera sensoriale (vista, udito, sensibilità superficiale, vestibolare, dolore)
7. Cognitività e/o comportamento
8. Tono dell'umore

La sua applicazione è fondata su una logica di multiprofessionalità della valutazione, incardinata nell'ambito della CDC, attraverso il raccordo con il MMG/PLS della persona, il coinvolgimento della persona/care giver, del Comune.

In questa prospettiva la valutazione dell'impatto della malattia non è graduato sulla sola perdita funzionale, anche ai fini di una corretta "pesatura delle risorse" sia professionali che economiche: non sono, infatti, da trascurare le implicanze psicologiche e le influenze socio-ambientali che tali condizioni patologiche comportano sia per la persona che per la sua famiglia. Vengono pertanto introdotte anche scale di valutazione in grado di rilevare queste componenti ad integrazione di quelle abitualmente utilizzate in campo medico al fine di attuare una sempre più reale personalizzazione delle cure e dei piani di assistenza. I risultati di InterRAI/HC permettono di identificare e tradurre in indici sintetici e di fabbisogno assistenziale:

1. Il livello di compromissione delle autonomie di base (BADL) e cognitive:
  - a) ADL Hierarchy: da indipendenza a massima dipendenza
  - b) Cognitive performance scale (CPS): da normalità a compromissione molto grave
2. Il livello di salute, stabilità clinica e il rischio di aggravamento o prognostico:
  - a) Changes in Health, End-Stage Disease, Signs and Symptoms Scale (CHESS): da assolutamente stabile a elevata instabilità (NB: CHESS ha anche valore prognostico quoad vitam);
  - b) la necessità di interventi specifici, anche di supporto vitale;
3. L'assegnazione per gruppi di rischio e di priorità assistenziale:
  - a) Clinical Assessment Profile (CAPs): possono orientare il progetto personalizzato e assegnare priorità agli erogatori pubblici e privati;
  - b) Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): assegna un livello di priorità di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari residenziali o ospedalieri oppure di rischio di istituzionalizzazione o ospedalizzazione (da basso a molto alto);
4. La consistenza e solidità della rete sociale, la qualità abitativa e le preferenze di persone e famiglie nella scelta del setting o del tipo di risposte.

In questo senso:

- i profili sono collegati primariamente al livello di complessità definita dagli indicatori 1) e 2)
- la priorità degli interventi (PAI) dall'indicatore 3 a);
- la scelta del setting può essere favorita dalle indicazioni degli indicatori 3 b) (RSA, RSD), 2 a) (Cure Palliative) e 4;
- soprattutto gli indicatori 3 b) (MAPLe) e 2 a) (CHESS) sono utili per la progettazione condivisa con le famiglie e la pianificazione anticipata delle cure. Gli stessi e gli indicatori 4) anche per la priorità di attivazione delle diverse forme di protezione giuridica.

Nella prospettiva sopra richiamata della impostazione multiprofessionale, il modello di valutazione multidimensionale di secondo livello deve essere gestito da una équipe distrettuale preferibilmente composta dai seguenti profili professionali: medico, infermiere ed assistente sociale, e, gradualmente, attraverso il sistema di gestione digitale del territorio in corso di sviluppo. Può essere eseguita da un unico operatore addestrato, che può avvalersi, in caso di necessità, della consulenza di altri professionisti o specialisti appartenenti alla Casa della Comunità o attivabili, tramite il MMG/PLS. In presenza di necessità riabilitative è necessaria la valutazione fisiatica per la definizione del PRI.

### **2.5.8 PRIME DETERMINAZIONI NELL'AMBITO DELLA TELEMEDICINA NELL'AREA DELLE CURE DOMICILIARI IN ATTUAZIONE DEL DECRETO 29 APRILE 2022 DI APPROVAZIONE DELLE LINEE GUIDA ORGANIZZATIVE CONTENENTI IL «MODELLO DIGITALE PER L'ATTUAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE»**

Nelle more del processo evolutivo legato allo sviluppo:

- della piattaforma digitale nazionale per la telemedicina, sulla base dello stato di avanzamento dei lavori dei tavoli nazionali;
- della piattaforma digitale territoriale regionale, in attuazione della DGR XI/5872 del 24/01/2022:
  - nell'ambito della quale la telemedicina rappresenta uno dei fondamentali elementi che ne declinano il contenuto;
  - alla quale gli Enti gestori pubblici e privati accreditati dovranno fare riferimento anche in una logica di interoperabilità e integrazione dei sistemi già esistenti;
- della progressiva attuazione del modello organizzativo della nuova sanità territoriale di cui al DM 77/2022, fondato sulle nuove articolazioni distrettuali delle CdC, COT e OdC, il raccordo con gli ambulatori dei MMG/PLS quali articolazioni spoke delle CdC, l'attività degli infermieri di famiglia e di comunità;
- dell'implementazione della telemedicina nei diversi ambiti di erogazione (attività ambulatoriale e diagnostica, attività domiciliare, ecc.), anche al fine della corretta perimetrazione delle prestazioni erogabili con tale modalità in funzione delle regole amministrative che devono essere applicate alle stesse in termini di tariffa, modalità di rendicontazione, compartecipazione alla spesa se prevista, contrattualizzazione degli enti (nei rispettivi Lea di riferimento);

si avvia, in fase di prima applicazione, e all'esito dell'acquisizione da parte degli Enti Gestori di Adi dello status di accreditamento in applicazione dei nuovi requisiti di cui all'allegato 1) alla DGR XI/6867/2022, la possibilità di erogare prestazioni in modalità di telemedicina nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata limitatamente alle prestazioni rientranti nelle seguenti fattispecie:

#### **▪ PROFILI PROFESSIONALI CHE POSSONO EROGARE PRESTAZIONI IN TELEMEDICINA**

Con specifico riferimento alle figure professionali che intervengono al domicilio del paziente, richiamando le indicazioni nazionali di cui al DM del 29 aprile 2022 per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, si specifica che tali prestazioni sono erogabili in modalità da remoto solo da parte di professionisti sanitari.

La responsabilità dell'erogazione della prestazione è in capo al professionista sanitario che eroga la prestazione in telemedicina.

#### **▪ LA RESPONSABILITÀ SANITARIA DURANTE L'ATTIVITÀ DI TELEMEDICINA**

Dal punto di vista della responsabilità sanitaria, come previsto al paragrafo 3) dell'Accordo del 17 dicembre 2020, agire in telemedicina per i sanitari significa assumersi piena responsabilità professionale, esattamente come per ogni atto medico e sanitario condotto nell'esercizio della propria professione, tenendo conto della corretta gestione delle

limitazioni dovute alla distanza fisica, nonché del rispetto delle norme sul trattamento dei dati. Ai fini della gestione del rischio clinico e della responsabilità sanitaria, il corretto atteggiamento professionale consiste nello scegliere le soluzioni operative che, dal punto di vista medico-assistenziale, offrano le migliori garanzie di proporzionalità, appropriatezza, efficacia e sicurezza e nel rispetto dei diritti della persona. Alle attività sanitarie in telemedicina si applicano tutte le norme legislative e deontologiche proprie delle professioni sanitarie, nonché i documenti d'indirizzo di bioetica. In allineamento a quanto già previsto dalla DGR XI/3528 del 5/8/2020, resta nella responsabilità del sanitario la valutazione, al termine di una prestazione erogata a distanza, sul grado di raggiungimento degli obiettivi che la prestazione stessa si prefiggeva, ovvero l'obbligo di riprogrammazione della prestazione in presenza in caso di insufficienza del risultato, qualunque ne sia stato il motivo (tecnico, legato alle condizioni riscontrate del paziente o altro). Qualora lo strumento di telemedicina non permetta di mantenere inalterato il contenuto sostanziale della prestazione da erogare, gli erogatori sono tenuti ad effettuare o a completare la prestazione in modalità tradizionale, senza oneri aggiuntivi a carico del SSN. In tal caso, in sede di rendicontazione dovrà essere indicata solo la prestazione erogata in modalità tradizionale.

#### ▪ ELEMENTI NECESSARI

L'erogazione di prestazioni in telemedicina è subordinata alla chiusura con esito positivo del procedimento di riclassificazione/accreditamento degli enti gestori secondo i nuovi requisiti di cui all'allegato 1) e nel quadro delle tempistiche definite nell'allegato stesso.

Le tre tipologie di prestazioni individuate al paragrafo 15.1 del presente allegato nell'ambito dell'accREDITamento delle cure domiciliari devono essere effettuate attraverso strumenti che consentano di interagire con il paziente attraverso un collegamento audio/video via internet e di condividere eventuale documentazione medica aggiuntiva a quella già presente nel Fascicolo Sanitario dello stesso paziente.

Lo/gli strumenti devono assicurare almeno le seguenti caratteristiche di base:

- alti standard di affidabilità che garantiscano l'integrità delle informazioni gestite, la coerenza tra l'informazione trasmessa e quella disponibile quando la prestazione viene erogata in modalità convenzionale, l'operatività e la continuità del servizio;
- livello di sicurezza adeguato alla gestione di informazioni sanitarie e volto a prevenire tentativi di intrusione attraverso il software o i sistemi di collegamento;
- piena compatibilità con il Regolamento Generale sulla Protezione dei dati (GDPR – Regolamento Europeo n. 679/2016) e tutte le normative vigenti in materia di privacy;
- sistema di profilazione e autenticazione degli utenti che garantisca un controllo degli accessi e un livello di accesso alle informazioni differenziato in base al profilo. Tale sistema deve anche assicurare una modalità di accesso che, nel rispetto dei livelli di sicurezza, sia la più semplice possibile per i pazienti;
- soluzione multiplatforma che possa essere utilizzata sia da personal computer che da dispositivi mobili;
- interfaccia di semplice utilizzo per tutte le tipologie di utenti.

#### ▪ STRUMENTI A SUPPORTO DELLE ATTIVITÀ DEL PERSONALE SANITARIO

Dovranno essere disponibili al personale sanitario impegnato, unitamente ai consueti strumenti che supportano l'attività in presenza (quali ad esempio agende degli appuntamenti, documentazione clinica necessaria alla valutazione in atto, etc.) i seguenti strumenti:

- sistemi differenziati per comunicare con il paziente (SMS, e-mail con testi criptati, video comunicazione);
- videochiamata verso il paziente;

- centro di coordinamento tecnico che gestisca le attività del servizio in telemedicina. L'organizzazione del suddetto centro può essere di vario tipo, ma con personale di supporto ulteriore ai sanitari che gestiscono i pazienti in telemedicina.

#### ▪ **STRUMENTI DI SUPPORTO PER IL PAZIENTE**

Il paziente deve essere in grado di mettere a disposizione un contatto telematico per l'interazione documentale/informativa con il personale sanitario individuato dall'ente gestore e di accedere ad un sistema di comunicazione remota secondo le specifiche richieste dal servizio. Qualora il paziente non sia in grado di mettere a disposizione quanto qui richiamato, l'ente gestore procede all'erogazione delle prestazioni in modalità tradizionale.

#### ▪ **STANDARD DI SERVIZIO**

Come previsto al paragrafo 3) dell'Accordo del 17 dicembre 2020, per l'erogazione delle prestazioni in telemedicina di cui al paragrafo precedente, si considerano necessari, oltre ai requisiti di cui all'allegato 1) del presente atto per l'erogazione di cure domiciliari in modalità tradizionale, anche gli ulteriori requisiti generali di seguito declinati.

Tutti i trasferimenti di voce, video, immagini, files devono essere crittografati e rispettare le vigenti normative. Gli erogatori devono assicurare, altresì, quanto segue:

- inserire nella Carta dei servizi l'elenco delle prestazioni erogabili in telemedicina, le loro modalità di erogazione, l'organigramma funzionale con i diversi livelli di responsabilità;
- designare un Direttore/Responsabile Sanitario che garantisce l'organizzazione tecnico- sanitaria e la sussistenza dei dovuti standard prestazionali per le attività cliniche erogate in telemedicina, e identificazione di un soggetto professionale, di comprovata e specifica competenza, responsabile della gestione e manutenzione delle tecnologie e dell'infrastruttura informatica atta a garantire l'erogazione di servizi di telemedicina;
- assicurare un piano di formazione periodico che garantisca il mantenimento nel tempo delle competenze del personale preposto, a vario titolo alla gestione e utilizzo dei servizi di telemedicina;
- adottare una procedura per assicurare idonea e preventiva informativa al cittadino sull'esecuzione della prestazione "a distanza";
- adottare un piano formativo per l'addestramento del personale utilizzatore (pazienti, caregiver, operatori sanitari) all'uso delle tecnologie impiegate;
- adottare, ove possibile, procedure per l'eventuale recupero, la pulizia, sanificazione e disinfezione e il ricondizionamento di tecnologie provenienti dal domicilio, nei casi previsti di un loro possibile successivo riutilizzo con altri utenti;
- adottare politiche di tutela per la sicurezza, riservatezza, conservazione e integrità dei dati, conformemente alle direttive comunitarie e alle norme tecniche di riferimento inerenti la privacy e la sicurezza delle informazioni. I dati vengono gestiti limitatamente alle finalità di utilizzo previste;
- identificare le figure di responsabilità previste dalle normative vigenti in tema di privacy e sicurezza;
- garantire la tracciabilità delle attività di manutenzione, collaudi e controlli di sicurezza, qualora effettuati o previsti dalle normative vigenti, per le tecnologie hardware e software in uso, con relativi rapporti tecnici di dettaglio;
- adottare un piano di qualità che preveda procedure organizzative ben definite per l'espletamento dei servizi in telemedicina;
- adottare un piano di valutazione dei rischi, commisurato alla tipologia di servizi forniti specificatamente in telemedicina, che preveda:



- la ponderazione dei rischi connessi all'utilizzo delle tecnologie in relazione alla destinazione d'uso, al quadro clinico del paziente e ai fattori ambientali (strutturali, impiantistici, igienici, ecc.) e di contesto sussistenti;
- la presenza di procedure di mitigazione dei rischi di eventuali eventi avversi;
- la rivalutazione periodica dei rischi connessi all'utilizzo delle tecnologie e l'eventuale ripianificazione delle procedure di mitigazione dei rischi;
- la formazione dell'utente/caregiver, in caso di servizi di telemedicina al domicilio, in merito a procedure di sicurezza e/o di mitigazione dei rischi di eventuali eventi avversi;
- l'esplicitazione delle modalità di segnalazione e notifica di eventuali incidenti o mancati incidenti.

L'ente erogatore accreditato per le cure domiciliari dovrà dotarsi di piattaforma certificata CE medica secondo gli standard europei e dovrà autocertificare all'ATS di riferimento, nell'ambito del processo di riclassificazione o successivamente ad esso, la messa a sistema della piattaforma informatica, oltre alla piena operatività della cartella clinica informatizzata.

Per tutte le prestazioni erogate a distanza si applica il quadro normativo nazionale/regionale che regola l'accesso ai diversi Livelli Essenziali di Assistenza.

#### ▪ PROCESSO DI ATTIVAZIONE DI PRESTAZIONI IN TELEMEDICINA

Per quanto riguarda il processo di attivazione della telemedicina nell'assistenza domiciliare integrata di cui all'allegato 1), il MMG/PLS/Equipe di valutazione del polo territoriale di ASST, in fase di valutazione, individuata la tipologia di prestazione/i appropriata alla risposta al bisogno, può proporre l'erogazione anche in modalità da remoto. Tale riferimento, se previsto, è riportato all'interno del Progetto Individuale, con esclusivo riferimento alle fattispecie di prestazioni di telemedicina ricomprese tra quelle di seguito individuate

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. visite medica di controllo (televisita)</li><li>2. colloquio psicologico paziente/famiglia (teleassistenza)</li><li>3. trattamento di fisioterapia (teleriabilitazione);</li></ol> |
|---|

L'Ente erogatore prescelto dalla famiglia procede, nell'ambito della stesura del PAI, alla verifica di idoneità del paziente, in conformità a quanto previsto dall'Accordo di cui al Rep. Atti n. 215/CSR del 17 dicembre 2020 e dal DM del 29/04/2022 di approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare».

In particolare, dovrà essere verificata la possibilità per il paziente/caregiver di accedere a sistemi ed infrastrutture tecnologiche che soddisfino almeno i requisiti minimi tecnici per una corretta e sicura fruizione della prestazione e le competenze/abilità minime che il paziente deve possedere, per poter utilizzare in modo appropriato le piattaforme tecnologiche, tenendo anche conto dell'eventuale supporto aggiuntivo che può ricevere dal caregiver. Qualora la valutazione di idoneità al trattamento domiciliare anche con servizi di telemedicina è positiva, l'ente gestore accreditato per cure domiciliari:

1. acquisisce dall'assistito il consenso informato espresso a seguito di specifica informativa, secondo le normative vigenti in materia di privacy e sicurezza;
2. programma all'interno del PAI l'erogazione delle prestazioni da remoto, tenendo conto che nessun PAI può essere pianificato in esclusiva modalità in telemedicina;
3. registra le prestazioni erogate all'interno del fascicolo domiciliare digitale;
4. rendiconta le prestazioni nell'ambito del flusso SIAD;

L'attivazione del servizio di telemedicina richiede l'adesione preventiva del paziente, al fine di confermare tra l'altro la disponibilità di un contatto telematico per l'interazione documentale/informativa con il sanitario, come previsto al paragrafo 2) dell'Accordo del 17 dicembre 2020, ed accedere ad un sistema di comunicazione remota secondo le specifiche tecniche e le normative vigenti in materia di privacy e sicurezza.

Tale adesione deve essere preceduta da una adeguata e puntuale informativa, in linea con quanto previsto dalla normativa vigente, che deve consentire al paziente di essere consapevole dei seguenti aspetti:

- in cosa consiste la prestazione, qual è il suo obiettivo, quali i vantaggi che si ritiene possa avere il paziente e quali gli eventuali rischi;
- come verrà gestita e mantenuta l'informazione e chi avrà accesso ai dati personali e clinici del paziente;
- quali professionisti saranno coinvolti;
- quali saranno i compiti di ciascuna struttura e le relative responsabilità;
- quali sono gli estremi identificativi del/dei titolare/i del trattamento dei dati personali e di almeno un responsabile se individuato, indicando le modalità per conoscere l'elenco aggiornato dei responsabili;
- quali sono le modalità con cui rivolgersi al titolare o al responsabile;
- quali sono i diritti dell'assistito rispetto ai propri dati.

Il paziente dopo aver ricevuto tutte le informazioni può scegliere se accettare o meno questa modalità erogativa.

Qualora il paziente non risponda ai requisiti di compliance clinica e/o tecnica per lo svolgimento di prestazioni in telemedicina o non aderisca alla proposta, le stesse verranno effettuate in modalità tradizionale.

Nel caso si proceda all'erogazione di prestazioni in modalità da remoto, l'accettazione dell'avvenuta prestazione può essere rilevata anche digitalmente.

Si ribadisce che:

- la programmazione degli accessi contenuta nel PAI non può prevedere trattamenti erogati unicamente in telemedicina;
- la visita erogata in telemedicina (televisita) è da intendersi limitata alle attività di controllo dei pazienti e non è mai sostitutiva della prima visita medica in presenza; le prestazioni rese in modalità da remoto devono essere inserite nel fascicolo domiciliare digitale al pari di quelle rese in presenza.

#### ▪ **RENDICONTAZIONE E REMUNERAZIONE**

Analogamente ad ogni altra prestazione erogata nel setting domiciliare, anche i servizi attivati in telemedicina dovranno essere opportunamente registrati e rendicontati nell'ambito dell'alimentazione del flusso SIAD, che sarà evoluto per consentire la rilevazione completa delle informazioni sugli assistiti, inclusa la modalità di erogazione al domicilio (in presenza/a distanza).

Ai fini della remunerazione, l'accesso da remoto viene rendicontato analogamente all'accesso in modalità tradizionale e concorre al conteggio dei volumi di accessi effettivamente resi anche al fine del confronto con quelli attesi. Gli accessi da remoto concorrono in ogni caso alla determinazione del CIA della presa in carico domiciliare. Il Progetto Individuale e il PAI non possono mai identificarsi con una programmazione di accessi esclusivamente in telemedicina.

Nelle more della definizione di specifiche tariffe nazionali, si applica il sistema di remunerazione e tariffazione vigente per l'erogazione delle medesime attività assistenziali in modalità tradizionale.



## 2.5.9 L'OBIETTIVO TARGET DEFINITO DAL PNRR SULL'INCREMENTO DELLA PRESA IN CARICO DELLA POPOLAZIONE OVER 65 ANNI ENTRO IL 2025: CRONOPROGRAMMA DI ATTUAZIONE

### **PIANO-MISSIONE:**

PNRR: Piano nazionale di ripresa e resilienza

M6 – Missione 6 Salute

### **COMPONENTE**

C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

### **INVESTIMENTO**

M6C1I1.2 - Casa come primo luogo di cura e telemedicina

### **SUB-INVESTIMENTO**

M6C1 I1.2.1\_Assistenza domiciliare 2 miliardi e 700 milioni a livello nazionale

Le finalità perseguite attraverso i sub investimenti della component 1 della Missione 6 del PNRR sono le seguenti:

- A. identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie, come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione.
- B. realizzare presso ogni azienda sanitaria un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale.
- C. attivare Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.
- D. utilizzare la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con patologie croniche.

In particolare, attraverso il sub-investimento M6C1I1.2.1 - Assistenza domiciliare: l'obiettivo è quello di aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro il 2025 a livello nazionale almeno il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni a nazionale (in linea con le migliori prassi europee), rispetto all'attuale in media tra le diverse regioni italiane di poco inferiore al 5%. Il PNRR ha infatti definito la strategia e la performance attesa dal SSN. Il livello nazionale dispone il riparto delle risorse, le regole di relativo utilizzo, gli indicatori diretti a misurare l'avanzamento intermedio nel raggiungimento dell'obiettivo target definito da parte dei singoli sistemi regionali (flusso SIAD).

In questo contesto le singole regioni devono quindi definire le azioni organizzative dirette a traguardare lo scenario per il miglior concorso al raggiungimento del target definito.

In questo contesto viene pertanto approvata la programmazione di un primo cronoprogramma per il concorso di ciascuna ATS e ASST al raggiungimento dell'obiettivo come ad oggi definito dall'ipotesi di riparto calcolata a livello nazionale per le singole regioni e che fissa per regione Lombardia un target al 2025 di prese in carico (PIC SIAD) pari a 214.400 pari al 8,98% della popolazione over 65 anni, con un incremento netto del 4,95%, pari a + 121.850 entro il 2025, rispetto al valore T0 di 92.551 assistiti over 65 anni. In sede di successivi provvedimenti verranno assunte determinazioni volte ad allineare i target programmati con eventuali variazioni di tale ipotesi disposte in sede di riparto definitivo del target a livello nazionale.

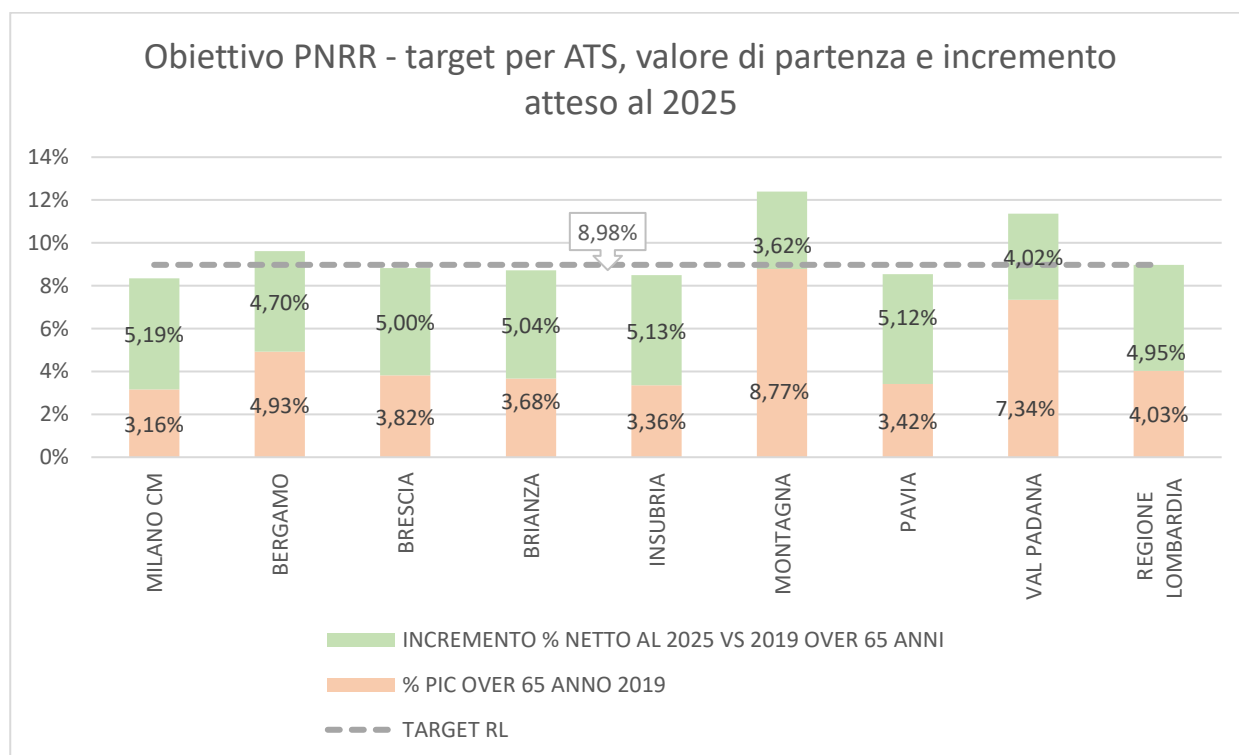
Questo a partire dall'utilizzo delle risorse di personale assegnate al territorio ex DL 34/2020 per l'ADI e del 50% degli infermieri di famiglia e di comunità (IFeC) già assunti ovvero in corso di assunzione, come previsto dalle indicazioni del decreto in corso di finalizzazione a livello nazionale che disporrà il riparto del target e delle risorse. Ai fini del raggiungimento dell'obiettivo target concorrono i poli territoriali di ASST, gli enti gestori accreditati per le

cure domiciliari nell'ambito delle previsioni di cui alla DGR XI/6867/2022, le prestazioni domiciliari della medicina generale, anche attraverso i relativi infermieri, in una logica di raccordo hub e spoke con le Case di Comunità, nel quadro del modello organizzativo di cui alla DGR XI/6760 del 25/07/2022.

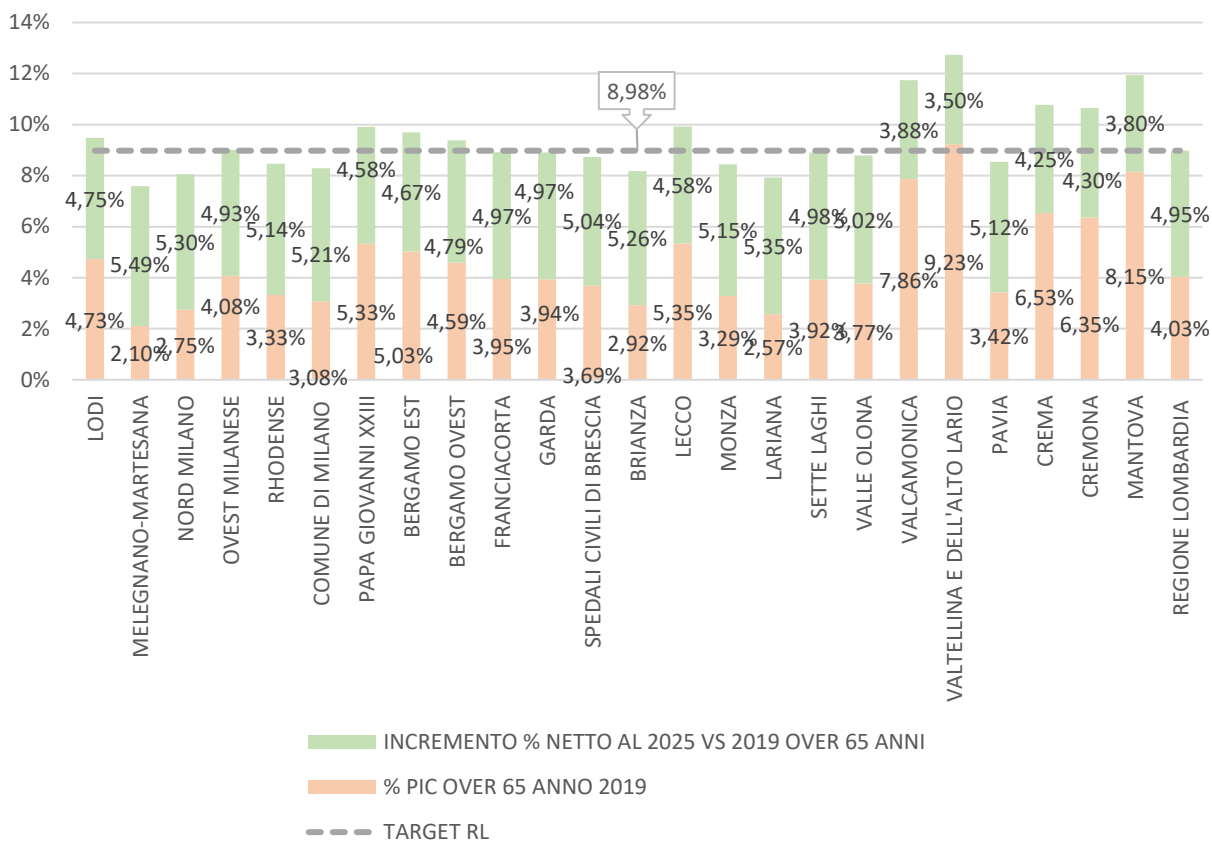
Nei grafici che seguono viene indicato

- il posizionamento di ciascuna ATS e ASST rispetto all'obiettivo target della presa in carico della popolazione over 65 ivi residente al 2025, calcolata sulla base del flusso SIAD del 2019;
- l'incremento atteso/obiettivo target di ciascuna ATS/ASST, calcolato per 25% in base al gap territoriale rispetto all'obiettivo target e per il 75% in base alla popolazione over 65 residente.

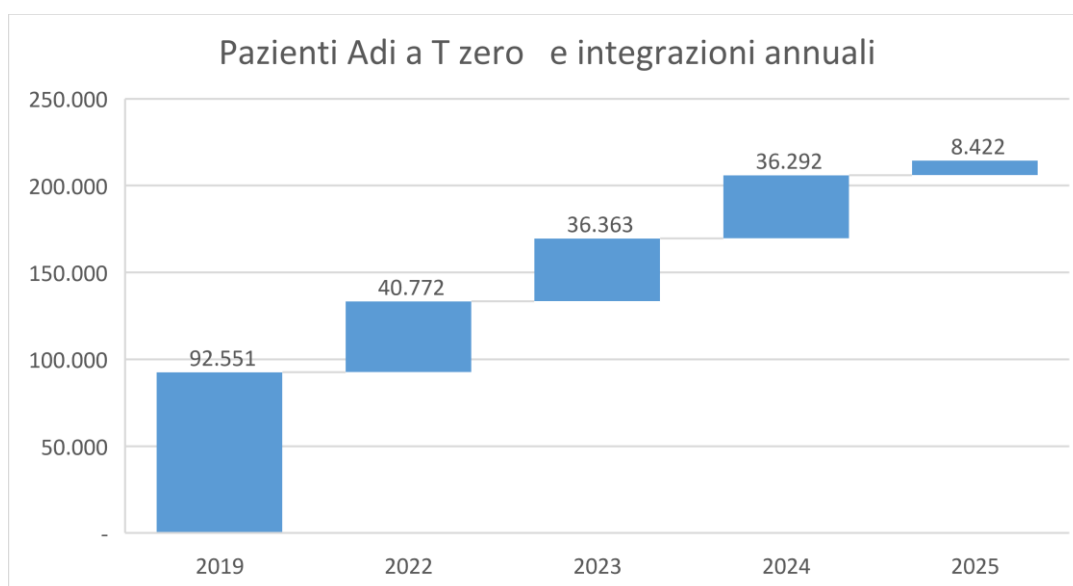
Si precisa che la declinazione dell'obiettivo per ciascuna delle annualità di PNRR in capo alle singole ASST del Comune di Milano verrà declinato nell'ambito degli atti che definiscono gli indirizzi annuali di programmazione.



### Obiettivo PNRR - target per ASST , valore di partenza e incremento atteso al 2025



Ipotesi della dinamica di incremento netto di prese in carico di pazienti > 65 anni per singola annualità



Incremento del numero di prese in carico (PIC) per ATS e ASST per annualità fino al 2025, oltre all'obiettivo di mantenimento del livello 2019 di 92.551 assistiti al 1/1/2020

ATS	ASST	INCREMENTO ATTESO PIC AL 2025 OVER 65 ANNI di cui 2022	INCREMENTO ATTESO PIC AL 2025 OVER 65 ANNI di cui 2023	INCREMENTO ATTESO PIC AL 2025 OVER 65 ANNI di cui 2024	INCREMENTO ATTESO PIC AL 2025 OVER 65 ANNI di cui 2025
MILANO CM	LODI	882,73	1.669,98	2.455,72	2.638,06
MILANO CM	MELEGNANO-MARTESANA	2.646,69	5.007,15	7.363,03	7.909,76
MILANO CM	NORD MILANO	1.255,07	2.374,41	3.491,58	3.750,85
MILANO CM	OVEST MILANESE	1.893,53	3.582,28	5.267,75	5.658,90
MILANO CM	RHODENSE	2.056,15	3.889,94	5.720,17	6.144,91
MILANO CM	COMUNE DI MILANO	5.986,94	11.326,40	16.655,52	17.892,25
BERGAMO	PAPA GIOVANNI XXIII	987,45	1.868,10	2.747,05	2.951,03
BERGAMO	BERGAMO EST	1.384,75	2.619,73	3.852,33	4.138,38
BERGAMO	BERGAMO OVEST	1.652,38	3.126,05	4.596,87	4.938,20
BRESCIA	FRANCIACORTA	952,58	1.802,14	2.650,05	2.846,83
BRESCIA	GARDA	1.463,40	2.768,54	4.071,15	4.373,44
BRESCIA	SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	2.082,66	3.940,09	5.793,91	6.224,13
BRIANZA	BRIANZA	2.906,77	5.499,17	8.086,55	8.687,00
BRIANZA	LECCO	1.340,59	2.536,19	3.729,47	4.006,40
BRIANZA	MONZA	780,16	1.475,96	2.170,40	2.331,56
INSUBRIA	LARIANA	2.541,60	4.808,32	7.070,65	7.595,67
INSUBRIA	SETTE LAGHI	1.944,17	3.678,09	5.408,64	5.810,25
INSUBRIA	VALLE OLONA	1.854,40	3.508,25	5.158,89	5.541,95
MONTAGNA	VALCAMONICA	346,86	656,21	964,95	1.036,61
MONTAGNA	VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	641,48	1.213,59	1.784,59	1.917,10
PAVIA	PAVIA	2.415,29	4.569,37	6.719,28	7.218,21
VAL PADANA	CREMA	585,44	1.107,56	1.628,67	1.749,60
VAL PADANA	CREMONA	778,67	1.473,13	2.166,25	2.327,10
VAL PADANA	MANTOVA	1.392,47	2.634,35	3.873,83	4.161,47
<b>REGIONE LOMBARDIA</b>	<b>REGIONE LOMBARDIA</b>	<b>40.772</b>	<b>77.135</b>	<b>113.427</b>	<b>121.850</b>

Obiettivo target PNRR per ATS

ATS	% PIC OVER 65 ANNO 2019	PIC TOTALI ATTESE AL 2025 OVER 65 ANNI	25% IN BASE AL GAP	75 %IN BASE ALLA POP OVER 65 ANNI	INCREMENTO O ATTESO PIC AL 2025 OVER 65 ANNI	PIC TOTALI ATTESE AL 2025 OVER 65 ANNI	% PIC TOTALI ATTESE AL 2025 OVER 65 ANNI	INCREMENTO TO % NETTO AL 2025 VS 2019 OVER 65 ANNI
MILANO CM	3,16%	214.400,67	12.302,47	31.692,26	43.994,73	69.137,06	8,35%	5,19%
BERGAMO	4,93%		2.609,44	9.418,16	12.027,61	23.685,48	9,62%	4,70%
BRESCIA	3,82%		3.458,34	9.986,06	13.444,40	23.039,01	8,83%	5,00%
BRIANZA	3,68%		3.941,31	11.083,65	15.024,96	25.262,71	8,72%	5,04%
INSUBRIA	3,36%		5.174,97	13.772,91	18.947,88	30.560,16	8,49%	5,13%
MONTAGNA	8,77%		101,14	2.852,57	2.953,71	9.241,47	12,40%	3,62%
PAVIA	3,42%		1.956,03	5.262,18	7.218,21	11.739,54	8,54%	5,12%
VAL PADANA	7,34%		918,72	7.319,46	8.238,17	21.735,24	11,36%	4,02%
	<b>4,03%</b>	<b>214.400,67</b>	<b>30.462,42</b>	<b>91.387,25</b>	<b>121.849,67</b>	<b>214.400,67</b>	<b>8,98%</b>	<b>4,95%</b>

### Obiettivo target PNRR per ASST

ATS	ASST	% PIC OVER 65 ANNO 2019	TARGET PIC TOTALI 2025 LOMBARDIA	25% IN BASE AL GAP	75 %IN BASE ALLA POP OVER 65 ANNI	INCREMENTO ATTESO PIC AL 2025 OVER 65 ANNI	PIC TOTALI ATTESE AL 2025 OVER 65 ANNI	% PIC TOTALI ATTESE AL 2025 OVER 65 ANNI	INCREMENTO % NETTO AL 2025 VS 2019 OVER 65 ANNI
MILANO CM	LODI	4,73%	214.400,67	592,36	2.045,71	2.638,06	5.068,00	9,48%	4,75%
MILANO CM	MELEGNANO-MARTESANA	2,10%		2.472,31	5.437,46	7.909,76	10.777,19	7,58%	5,49%
MILANO CM	NORD MILANO	2,75%		1.098,36	2.652,49	3.750,85	5.580,33	8,05%	5,30%
MILANO CM	OVEST MILANESE	4,08%		1.405,10	4.253,81	5.658,90	10.018,24	9,01%	4,93%
MILANO CM	RHODENSE	3,33%		1.684,12	4.460,79	6.144,91	9.873,72	8,47%	5,14%
MILANO CM	COMUNE DI MILANO	3,08%		5.050,23	12.842,02	17.892,25	27.819,58	8,29%	5,21%
BERGAMO	PAPA GIOVANNI XXIII	5,33%		593,41	2.357,61	2.951,03	6.108,49	9,91%	4,58%
BERGAMO	BERGAMO EST	5,03%		881,34	3.257,04	4.138,38	8.254,23	9,70%	4,67%
BERGAMO	BERGAMO OVEST	4,59%		1.134,69	3.803,52	4.938,20	9.322,76	9,38%	4,79%
BRESCIA	FRANCIACORTA	3,95%		720,28	2.126,54	2.846,83	4.954,71	8,92%	4,97%
BRESCIA	GARDA	3,94%		1.107,95	3.265,49	4.373,44	7.602,69	8,91%	4,97%
BRESCIA	SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	3,69%		1.630,10	4.594,03	6.224,13	10.481,61	8,73%	5,04%
BRIANZA	BRIANZA	2,92%		2.495,97	6.191,04	8.687,00	13.227,74	8,18%	5,26%
BRIANZA	LECCO	5,35%		803,20	3.203,20	4.006,40	8.308,50	9,93%	4,58%
BRIANZA	MONZA	3,29%		642,14	1.689,42	2.331,56	3.726,47	8,44%	5,15%
INSUBRIA	LARIANA	2,57%		2.264,93	5.330,74	7.595,67	11.042,21	7,93%	5,35%
INSUBRIA	SETTE LAGHI	3,92%		1.474,65	4.335,60	5.810,25	10.083,26	8,90%	4,98%
INSUBRIA	VALLE OLONA	3,77%		1.435,38	4.106,57	5.541,95	9.434,70	8,79%	5,02%
MONTAGNA	VALCAMONICA	7,86%		88,21	948,40	1.036,61	2.908,77	11,74%	3,88%
MONTAGNA	VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	9,23%		12,93	1.904,17	1.917,10	6.332,70	12,73%	3,50%
PAVIA	PAVIA	3,42%		1.956,03	5.262,18	7.218,21	11.739,54	8,54%	5,12%
VAL PADANA	CREMA	6,53%		262,22	1.487,38	1.749,60	4.190,21	10,78%	4,25%
VAL PADANA	CREMONA	6,35%		367,49	1.959,60	2.327,10	5.454,49	10,65%	4,30%
VAL PADANA	MANTOVA	8,15%		289,00	3.872,47	4.161,47	12.090,54	11,95%	3,80%
<b>REGIONE LOMBARDIA</b>		<b>4,03%</b>	<b>214.400,67</b>	<b>30.462,42</b>	<b>91.387,25</b>	<b>121.849,67</b>	<b>214.400,67</b>	<b>8,98%</b>	<b>4,95%</b>

In questo ambito occorre evidenziare che l'inserimento graduale e progressivo degli infermieri di famiglia (IfFeC) nelle Case di Comunità, consente di prefigurare un percorso di collaborazione con i MMG/PLS e il persona di studio dei MMG/PLS delle AFT di riferimento nella gestione proattiva delle persone con malattia cronica, che non sono già seguite da servizi domiciliari, garantendo una presa in carico anticipata, che possa contribuire a ridurre l'inappropriato accesso al pronto soccorso e al ricovero ospedaliero. Il percorso, a seguito del raccordo tra distretto e AFT di riferimento, può prevedere, a partire dalla identificazione di target prioritari, l'arruolamento da parte dei MMG/PLS e il successivo intervento dell'infermiere dell'ambulatorio dell'MMG ovvero dell'IfFeC, sia a livello ambulatoriale, sia a livello domiciliare, anche attraverso il supporto della medicina digitale. In particolare, come previsto dal Decreto del MDS n. 16111 del 30/09/2022, tenuto conto delle caratteristiche demografiche, socioeconomiche della popolazione di riferimento nonché delle caratteristiche orografiche del territorio di riferimento considerando anche le aree interne e tutti gli altri determinanti di salute (comuni distanti dai luoghi di offerta dei servizi i base come sanità trasporti istruzione...), in riferimento è alle seguenti condizioni cliniche e al relativo carico di malattia

- diabete
- patologie respiratorie
- patologie cardiologiche
- patologie oncologiche
- patologie neurologiche

è possibile implementare processi di telemedicina, in una logica di prevenzione del carico di cronicità legato all'età sul SSR, in allineamento al percorso di implementazione previsto dal decreto stesso.

Ai fini del raggiungimento del target di PNRR legato all'implementazione delle cure domiciliari nella logica del PNRR e del DM 77/2022, e, con esso, del pieno concorso di Regione Lombardia al traguardo del target definito a livello nazionale, i Direttori Generali di ASST, attraverso i Direttori Sociosanitari e di Direttori di Distretto, lavorano quindi nel 2023 e, progressivamente, fino al 2025:

- ad attuare quanto previsto dalla DGR X/6867/2022 della DGR ai fini della gestione diretta dell'ADI nell'ambito dei poli territoriali di ASST, concorrendo al raggiungimento dell'obiettivo a ciascuna assegnato nelle tabelle più sopra riportate, anche attraverso le risorse di personale di cui al DL 34/2020 per l'ADI, pari a complessivi euro 28.000.000 e del 50% degli IFeC; il numero degli assistiti in carico per ogni infermiere sarà direttamente correlato alle scelte delle famiglie, all'intensità assistenziale dei singoli utenti e alle caratteristiche geografiche del territorio (tempi di spostamento); le risorse potranno essere utilizzate anche per l'assunzione di fisioterapisti/altri professionisti previsti dalle regole di accreditamento per rispondere ai diversi bisogni; procede pertanto a raccordarsi, nell'ambito delle AFT di distretto, anche con l'attività domiciliare dei MMG/PLS, con l'obiettivo comune della rapida implementazione del livello di presa in carico domiciliare della popolazione over 65 anni di riferimento, in una logica di proattività;
- procede quindi prioritariamente per estendere da subito, anche in coerenza con quanto previsto al punto n. 8 del dispositivo della DGR XI/6867/2022, la platea delle persone over 65 anni attualmente assistite rispetto a quelle già ad oggi eleggibili per l'ADI; il numero complessivo di assistiti reclutabili è direttamente proporzionale al numero di IFeC in servizio nel ruolo specifico, ma è anche influenzato dalla complessità dei singoli casi e dalle caratteristiche geografiche del territorio; tale ipotesi si potrebbe quindi conciliare con lo sviluppo delle altre funzioni complementari di questi professionisti, che rappresentano una delle innovazioni introdotte dal DM 77/2022, orientate a conoscere il territorio ed i bisogni che esprime (per es. attraverso la stesura dei profili di comunità), a rafforzare le collaborazioni con le istituzioni e con gli interlocutori privilegiati (terzo settore), a gestire ambulatori infermieristici di prossimità, a sviluppare progetti di promozione della salute anche con la partecipazione attiva della comunità. In questo ambito, con DGR XI/3377 del 14/07/2020, "Determinazioni in ordine al reclutamento di personale per i Servizi Sanitari Territoriali", è stato assegnato alle singole ASST il finanziamento per l'assunzione di 1.600 IFeC, secondo lo standard previsto dal DL 43/2020 convertito nella Legge 77/2020, di 8 infermieri ogni 50.000 abitanti. Almeno il 50% degli IFeC già assunti dovranno quindi avviare entro il primo trimestre 2023 tale attività in modo da strutturare il servizio in concomitanza alla progressiva attivazione delle CdC e avviare in concreto le azioni per il raggiungimento dell'obiettivo target di PNRR; i flussi di presa in carico così attuati dovranno garantire l'alimentazione del flusso SIAD al fine della rendicontazione a livello nazionale e comunitario dell'avanzamento nel raggiungimento dell'obiettivo target. Nell'ambito di tale sviluppo, la programmazione di ASST tiene conto in particolare dei dati di presa in carico in assistenza protesica, ventilazione, ossigenoterapia, nutrizione artificiale, in particolare legate alle patologie respiratorie, cardiologiche, oncologiche, neurologiche

La valutazione ai fini della presa in carico andrà effettuata nell'ambito del sistema di gestione del territorio. L'erogazione andrà tracciata secondo le indicazioni che verranno fornite dai competenti uffici della DG Welfare, al fine di garantire l'invio del flusso SIAD, attraverso la tracciatura dei profili professionali, delle tipologie di prestazioni erogate



durante gli accessi domiciliari, della data di inizio e di fine della presa in carico e degli accessi domiciliari.

Gli obiettivi di implementazione sopra definiti si inquadrano nel modello organizzativo distrettuale definito nell'ambito delle determinazioni assunte con la DGR XI/6760/2022 laddove si prevede che la Gestione Operativa – Next Generation EU, è la struttura deputata ad aumentare efficienza, tassi di saturazione e livelli di produttività anche del polo territoriale delle ASST fungendo da collettore del monitoraggio dell'attività distrettuale di tutta la ASST. Supporta la Direzione strategica nel processo di produzione che declina gli obiettivi di produzione delle strutture territoriali e sulla base di questi ultimi effettua la programmazione della produzione, sviluppa gli strumenti di monitoraggio dei target assegnati e propone interventi correttivi in base all'andamento della domanda e delle performance complessive delle strutture territoriali. È inoltre incaricata del coordinamento, del monitoraggio e nella rendicontazione dell'implementazione degli interventi PNRR relativi al programma NextGenerationEU nell'ambito della ASST con l'obiettivo di garantire il raggiungimento degli obiettivi posti dalla Giunta regionale. In questo contesto quindi dovrà quindi concorrere a garantire livelli di produttività di ADI orientati al raggiungimento degli obiettivi target annuali definiti per ciascuna ASST.

## 2.6 OSPEDALI DI COMUNITÀ;

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero e si rivolge prioritariamente al bisogno degli assistiti del Distretto in cui è situato. Può agire in funzione di step down ossia di sostegno alle dimissioni ospedaliere o di step up, ossia di prevenzione di ricoveri ospedalieri potenzialmente inappropriati. Le sue finalità possono quindi essere di:

- 1) stabilizzazione del paziente ospedaliero dimesso (lungodegenza);
- 2) recupero funzionale e insegnamento di procedure di autocura complesse;
- 3) inizio di ricovero socio-sanitario per non autosufficienti, in attesa di trovare una collocazione stabile.

L'accesso dei pazienti avviene su segnalazione del reparto di dimissione, del PS per prevenire ricoveri inappropriati o su segnalazione del medico curante o dell'UCA, in tutti i casi mediata dalla COT.

Pertanto possono accedere all'OdC pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine, provenienti dal domicilio (su indicazione del MMG o UCA), dal Pronto Soccorso o da presidi ospedalieri per acuti (dimissione), quando per il paziente non sia possibile tornare immediatamente al domicilio.

Gli OdC dovranno avere una conduzione infermieristica h24 con funzione di gestione assistenziale con un mix di personale (IP, OSS, riabilitatori).

La partecipazione della medicina generale alla attività degli OdC si può configurare, allo stato attuale della normativa, come una attività clinica che si esercita in continuità con l'assistenza assicurata dal medico a livello domiciliare al singolo paziente. In relazione alla evoluzione dell'ACN e dell'AIR potranno essere introdotte forme diverse di partecipazione dei MMG.

Nelle fase attuativa, la responsabilità clinica dei posti letto dell'ODC e la garanzia della copertura della turnistica medica è in capo all'unità Operativa di Medicina Interna della ASST di riferimento, secondo un'organizzazione che preveda all'interno dell'Unità Operativa stessa una SS "subacuti" con la responsabilità di tale attività. I posti letto degli OdC dovranno essere a disposizione di tutte le Unità operative con reparto di degenza dell'ASST.

Le ASST che hanno già attiva una SS/SSD relativa alla gestione dei posti letto subacuti possono mantenere tale organizzazione includendo anche la gestione dei posti letto degli Odc.

Dal punto di vista informatico e digitale, gli OdC saranno supportati dalla piattaforma di gestione digitale per una serie di funzioni previste nel framework su cui si basa lo sviluppo della stessa piattaforma (si rimanda alla già citata DGR XI/5872/2022 "Determinazioni relative al nuovo sistema per la gestione digitale del territorio"), in particolare:

- la valutazione multidimensionale: il sistema renderà disponibili ai diversi punti di accesso agli OdC gli strumenti e le scale di valutazione individuati per l'accesso. L'OdC a sua volta potrà consultare gli esiti delle valutazioni;

- tramite l'integrazione degli strumenti aziendali di gestione dell'attività di ricovero (es. cartella clinica elettronica), deve essere previsto un modulo per la pianificazione delle attività sul paziente;
- programmazione e gestione della capacity: l'OdC rende visibile la disponibilità di posti letto, al fine di consentire il lavoro delle COT.

Tra gli obiettivi primari del ricovero in OdC vi è il coinvolgimento attivo e l'aumento di consapevolezza, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare, attraverso la formazione e l'addestramento alla gestione delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

L'obiettivo del ricovero presso l'OdC deve essere chiaro e formalizzato nel piano di assistenza individuale e condiviso con il paziente e il familiare. L'obiettivo è altresì condiviso tra il proponente del ricovero e il responsabile dell'OdC. Esso deve essere coerente con le finalità generali dell'OdC e perseguibile nelle tempistiche previste dalla durata del ricovero (massimo 30 giorni).

Per le tematiche di prevenzione si rimanda al paragrafo 2.9.3 nel quale sono descritte le azioni di riferimento a carico degli ospedali di comunità per l'area della prevenzione e della promozione della salute.

## **2.7 RETE DELLE CURE PALLIATIVE;**

Il DM 77 del 23 maggio 2022, prevede che la rete delle cure palliative sia costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice.

Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, per controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

Lo standard definito dal DM n. 77/2022 prevede:

- 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti;
- Hospice: 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti.
- Questi servizi devono essere garantiti sulla base dei criteri e requisiti previsti dalla normativa e dagli accordi vigenti, tra cui l'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012, l'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 119/CSR e Rep. Atti n. 118/CSR) e l'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021.

### **2.7.1 DESCRIZIONE DEL MODELLO IN LOMBARDIA SEGNALANDO IL LIVELLO DI ADERENZA A QUANTO SOPRA DEFINITO DAL DM 77/2022**

Regione Lombardia ha da tempo posto, tra i suoi obiettivi qualificanti, lo sviluppo della Rete delle Cure Palliative prestando particolare attenzione all'accessibilità e alla qualità delle prestazioni erogate, pervenendo negli anni allo sviluppo di un modello organizzativo molto avanzato e in linea sia al grado di realizzazione delle Reti di CP definite dalla Legge n.38/2010, sia agli standard territoriali previsti dal recente DM del 23 maggio 2022, n.77 recante "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".

### 2.7.2 IL MODELLO ORGANIZZATIVO LOMBARDO

La Rete Regionale di Cure Palliative (RRCP) è una aggregazione funzionale ed integrata delle diverse Reti locali.

La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) è anch'essa un'aggregazione funzionale integrata di tutti i soggetti erogatori accreditati di Cure palliative nei diversi setting assistenziali in un territorio (ospedale, ambulatorio, domicilio, hospice) e degli organismi di volontariato coinvolti nel percorso assistenziale di Cure Palliative e che operano nel territorio di una o più ASST.

In Lombardia, il modello organizzativo è quindi basato su due livelli di governance, uno regionale (centrale) ed uno locale (periferico):

- a livello regionale (centrale), è presente un Organismo di Coordinamento della Rete Regionale di Cure Palliative, organismo tecnico con finalità di coordinamento e promozione del processo di sviluppo, con al suo interno un Comitato Esecutivo;
- a livello locale (periferico), in tutte le otto ATS, sono istituite le Reti Locali di Cure Palliative (RLCP) e i Dipartimenti Interaziendali e Aziendali di Cure Palliative (DICP), con una ASST capofila che in sinergia con l'ATS di riferimento territoriale, operano a garanzia del governo clinico del percorso di cura Ospedale-territorio. In particolare, la Rete Regionale di Cure Palliative (RRCP) è una aggregazione funzionale delle 14 Reti Locali di Cure Palliative (RLCP) almeno una per ATS e 10 Dipartimenti Interaziendali e Aziendali di Cure Palliative (DICP).

Nel corso del 2022 il Comitato Esecutivo, all'interno dell'Organismo di Coordinamento, ha condotto un monitoraggio della rete regionale e delle reti locali di cure palliative, sia con riguardo all'analisi quali-quantitativa dei percorsi di cura erogati, sia in termini di risorse professionali impegnate.

Sono emersi così, dati utili alla stesura di un Piano di sviluppo delle cure palliative.

Il citato Piano di sviluppo vede come punto cardine l'aggiornamento dello strumento di rete per l'identificazione del bisogno di cure palliative contenuto nel Sub Allegato "E" della DGR n. XI/1046/2018, già in uso presso le reti.

Tale strumento mira a favorire l'identificazione precoce del bisogno di cure palliative e la tempestiva presa in carico di pazienti complessi, cronici e fragili, affetti da gravi insufficienze d'organo o da neoplasie in fase avanzata, attraverso il suo utilizzo sempre più esteso e la sua sistematizzazione e informatizzazione per il successivo inserimento nel "Fascicolo Sanitario Elettronico-SISS" del cittadino.

Ai fini di una risposta più puntuale al Bisogno di Cure Palliative, e per dare la massima prossimità alle cure, saranno progressivamente monitorati e valutati i profili/livelli assistenziali da assicurare sia in ambito ospedaliero che territoriale, con particolare riguardo alle attività ambulatoriali (comprese le cure simultanee) e consulenziali (intra ed extraospedaliere), incluse le forme di tecno-assistenza.

### 2.7.3 L'ASSETTO DEL SISTEMA DI OFFERTA E IL POSIZIONAMENTO RISPETTO AGLI INDICI DI COPERTURA DEFINITI DAL DM 77/2022

L'attuale ordinamento delle Cure Palliative nella nostra regione è il risultato di una riforma di settore avviata a fine 2016. Prima di allora esisteva una regolazione distinta per le strutture sociosanitarie e per quelle sanitarie.

Con la DGR n. X/5918 del 28 novembre 2016, anticipando quanto previsto dai nuovi LEA, il sistema delle cure palliative è riferito alla rete delle strutture sociosanitarie, processo accompagnato dalla definizione uniforme, per tutto il territorio regionale, di regole comuni di accreditamento, remunerazione/contrattualizzazione.

Regione Lombardia per garantire l'accesso alle Cure Palliative ha definito una rete costituita da Soggetti erogatori accreditati, che vede il supporto delle associazioni volontariato, assicurando una presa in carico globale, attraverso percorsi individualizzati sulla base dei bisogni del malato e della famiglia, nei seguenti setting: residenziale (hospice), domiciliare (UCP-Dom), Day Hospice, ambulatoriale, nonché in ambito ospedaliero, attraverso l'attività di consulenza nelle UO da parte delle équipe di cure palliative.

La riforma di fine 2016 ha peraltro definito standard di accreditamento specifici per i setting di erogazione Domiciliari (UCP-Dom), Hospice, Ambulatoriali, Day Hospice e MAC.

Per quanto riguarda l'ambito domiciliare, dal 2017 in analogia a quanto previsto dall'art. 23 dei nuovi LEA, è stata adottata la classificazione dei pazienti su due livelli assistenziali:

- cure palliative domiciliari livello base
- cure palliative domiciliari livello specialistico

Tale sistema è stato ulteriormente affinato a fine 2018 con la DGR n. X/1046/2019, che ha individuato il numero degli accessi medici da assicurare per i due livelli (1 ogni 10 giorni per il livello base e 2 ogni 10 giorni per il livello specialistico).

Oggi la rete delle cure palliative risulta particolarmente capillare in tutto il territorio, in linea con gli indici di copertura previsti dal DM 77/2022, e precisamente con un assetto che al 31/12/2021 conta:

- 8,4 posti letto ogni 100.000 abitanti, per gli hospice;
- 1,7 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti.

Di seguito il sistema d'offerta declinato per tipologia di setting assistenziale:

TIPO UNITA' DI OFFERTA (UDO)	SETTING	NUMERO UDO	POSTI
HOSPICE	Residenziale	73	828
Unità cure palliative domiciliari	Domiciliare	171	–
Day hospice	Day Hospital	22	37
<b>TOTALE</b>		<b>266</b>	<b>865</b>

In tutte le ASST sono operativi erogatori di cure palliative domiciliari ed è presente almeno un hospice. Per dare un'idea dei volumi di erogazione, nel 2021 sono state prese in carico dalla rete di cure palliative circa 16.700 persone in regime domiciliare, 12.600 in quello residenziale e 150 nei DH.

Nel settore delle cure palliative operano sia erogatori della rete intercompany (rete pubblica del SSR) sia altre tipologie di erogatori, secondo il seguente mix:

- in ambito domiciliare il 36% delle risorse è affidato alla rete intercompany e il 64% alle altre tipologie di erogatori;
- in ambito residenziale il 35% delle risorse è affidato alla rete intercompany e il 65% alle altre tipologie di erogatori.

Nell'ultimo biennio sono state introdotte regole di flessibilizzazione dei budget in un'ottica di filiera che hanno consentito a tutti i gestori (pubblici e privati) di gestire in maniera unitaria le risorse per le cure palliative, con la possibilità di compensare le risorse per il regime domiciliare con quelle per il regime residenziale, questo al fine di potenziare la presa in carico flessibile della persona nell'ambito della filiera dei setting di cure palliative.

Le cure palliative domiciliari concorrono al target di PNRR dell'incremento delle prese in carico della popolazione over 65 anni, nell'ambito del sistema informativo SIAD.

Tenuto conto che nell'ambito della rete d'offerta dei servizi erogati al domicilio rientrano anche le cure palliative domiciliari, la programmazione di cui alla DGR XI/6867/2022 prevede di rinviare a successivo provvedimento la valutazione in ordine all'avvio dell'erogazione delle prestazioni in telemedicina anche in tale livello erogativo. Tale valutazione sarà condotta anche nel quadro delle previsioni di cui al decreto ministeriale 16111 del 30/09/2022.

## **2.8 CONSULTORI FAMILIARI**

La rete d'offerta dei Consultori Familiari in Lombardia si fonda sul sistema di accreditamento di strutture pubbliche e private introdotto fin dal 2001. Sul territorio sono presenti complessivamente 226 consultori organizzati in sedi principali e sedi secondarie, secondo una logica di hub e spoke, al fine di garantire una maggiore capillarità sul territorio in una logica di flessibilità organizzativa.

Con la LR n. 22 del 14 dicembre 2021, Regione Lombardia, al fine di assicurare l'integrazione sociosanitaria degli interventi, ha previsto, fra l'altro, la presenza dei Consultori Familiari nelle Casa di Comunità, anticipando le previsioni nazionali in tema di modelli e di standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale. Le sedi consultoriali sono presenti in tutti i distretti di ASST.

Nella seguente tabella è riportato il numero di consultori accreditati e a contratto, declinato per singolo distretto di ASST.



ASST di Riferimento	Distretto Sanitario	n. Consulteri
030701 - ASST GRANDE	MUNICIPIO 8	1
	MUNICIPIO 9	5
030702 - ASST SANTI PAOLO E CARLO	MUNICIPIO 4	1
	MUNICIPIO 5	3
	MUNICIPIO 6	3
	MUNICIPIO 7	3
030703 - ASST FATEBENEFRATELLI SACCO	MUNICIPIO 1	3
	MUNICIPIO 2	2
	MUNICIPIO 3	4
	MUNICIPIO 4	4
030705 - ASST OVEST MILANESE	MUNICIPIO 8	3
	ABBIATENSE	1
	CASTANESE	2
	LEGNANESE	3
030706 - ASST RHODENSE	MAGENTINO	3
	CORSICHESE	3
	GARBAGNATESE	4
	RHODENSE	3
030707 - ASST NORD MILANO	PARCO DELLA MEDIA VALLE DEL LAMBRO	2
	PARCO NORD	3
	ADDA	3
030708 - ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	ALTA MARTESANA	4
	PAULLO-PIOTTELLO	2
	SAN GIULIANO	4
	VISCONTIO	2
030709 - ASST DI LODI	ALTO LODIGIANO	3
	BASSO LODIGIANO	1
	LAVENO MOMBELLO	1
030710 - ASST DEI SETTE LAGHI	LUINO	1
	SESTO CALENDE	1
	VARESE	3
	BUSTO ARSIZIO E CASTELLANZA	2
030711 - ASST DELLA VALLE OLONA	GALLARATE	2
	SARONNO	2
	CANTU' E MARIANO COMENSE	3
	COMO E CAMPIONE D'ITALIA	4
030712 - ASST LARIANA	ERBA	2
	LOMAZZO - FINO MORNASCO	1
	MEDIO LARIO	1
	OLGIATE COMASCO	1
030713 - ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	ALTA VALTELLINA	1
	BASSA VALTELLINA	1
	MEDIA VALTELLINA	2
	VALLECHIAVENNA	1
030714 - ASST DELLA	VALLECAMONICA	5
030715 - ASST DI LECCO	BELLANO	3
	LECCO	5
	MERATE	3
030716 - ASST DI	MONZA	2
030717 - ASST DELLA BRIANZA	CARATE BRIANZA	1
	DESIO	3
	SEREGNO	2
	VIMERCATE	2
030718 - ASST PAPA GIOVANNI	BERGAMO	3
	VALLE BREMBANA - VALLE IMAGNA E VILLA D'ALME'	3
	DALMINE	3
030719 - ASST DI BERGAMO OVEST	ISOLA BERGAMASCA	2
	ROMANO DI LOMBARDIA	1
	TREVIGLIO	3
030720 - ASST DI BERGAMO EST	SERATE E GRUMELLO	2
	VALLE CAVALLINA - MONTE BRONZONE - BASSO SEBINO - ALTO SEBINO	3
	VALLE SERIANA - VALLE SERIANA SUPERIORE - VALLE DI SCALVE	3
030721 - ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	BRESCIA	6
	BRESCIA EST	1
	BRESCIA OVEST	3
	VALLE TROMPIA	3
030722 - ASST DELLA FRANCIACORTA	BASSA BRESCIANA OCCIDENTALE	2
	OGLIO OVEST	2
	SEBINO - MONTE ORFANO	2
	BASSA BRESCIANA CENTRALE	3
030723 - ASST DEL GARDA	BASSA BRESCIANA ORIENTALE	1
	GARDA	3
	VALLE SABBIA	2
	CASALASCO - VIADANESE OGLIO PO	1
030724 - ASST DI CREMONA	CREMONESE	2
	ALTO MANTOVANO	4
	BASSO MANTOVANO	2
030725 - ASST DI MANTOVA	CASALASCO - VIADANESE OGLIO PO	2
	MANTOVANO	5
	CREMASCO	3
	ALTO E BASSO PAVESE	2
030727 - ASST DI PAVIA	BRONI - CASTEGGIO	2
	LOMELLINA	5
	PAVIA	3
	VOGHERA E COMUNITA' MONTANA OLTREPO' PAVESE	3
<b>Totale complessivo</b>		<b>215</b>

In questo scenario di contesto si inserisce l'attuazione del DM n. 77 del 23 maggio 2022 che indica il Consultorio Familiare quale struttura aziendale a libero accesso deputata alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolta alla donna in gravidanza e nel ciclo di vita, ai minori, alle famiglie nel contesto comunitario di riferimento, prevedendo uno standard di n. 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali.

Il Consultorio Familiare garantisce nei poli territoriali di ASST le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche e riabilitative e preventive, nell'ambito della assistenza territoriale alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie di cui all'art. 24 del DPCM 12 gennaio 2017.

Nella programmazione dei servizi finalizzata al potenziamento dell'assistenza territoriale, all'interno del distretto i Consultori Familiari saranno funzionalmente collegati alle Case della Comunità in una logica di raccordo hub e spoke nel quadro del modello organizzativo di cui alla DGR XI/6760 del 25/07/2022 anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, privilegiando le soluzioni logistiche più idonee alla tutela della riservatezza dell'utente, al fine di concorrere progressivamente alla copertura dell'indice definito.

Le attività consultoriali che meglio si collocano negli interventi delle Case di Comunità sono quelle riferite all'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento:

- la prevenzione, la promozione della salute, l'intervento precoce;
- la Telemedicina;
- gli interventi al domicilio (Home Visiting dell'Ostetrica di famiglia).

Il Consultorio dovrà prevedere la formalizzazione delle modalità di raccordo con il PUA e con la COT al fine di garantire l'accesso diretto, gratuito e riservato alle prestazioni consultoriali, così come previsto dalla normativa di settore. Ugualmente dovrà essere strutturato il coordinamento con il Servizio Sociale e con l'Area Funzionale di Psicologia/Servizio di Psicologia delle ASST i cui professionisti operano nelle Equipe Multidisciplinari della CdC per la valutazione multidimensionale e gli interventi di primo livello. La presenza degli assistenti sociali e degli psicologi nelle Case della Comunità rafforzerà la collaborazione con i servizi sociosanitari e sociali, e supporterà la funzione trasversale della continuità di presa in carico della persona e della famiglia tra i servizi territoriali. I Consultori potranno essere attivati, in un'ottica prospettica, dalla Casa di Comunità attraverso il nuovo Sistema per la Gestione Digitale del Territorio, in corso di sviluppo, che implementerà progressivamente le funzionalità applicative per supportare le attività degli operatori delle CdC e delle COT. I Consultori Familiari, inoltre, potranno attivare alcuni servizi valutativi, consulenziali, di supporto e assistenza rivolti alle persone fragili e anziane e ai loro care-giver operando in sinergia con la COT, il Servizio Sociale e l'Area Funzionale di Psicologia/Servizio di Psicologia.

Nella Casa di Comunità, il Consultorio potrà essere dotato di strumentazione sanitaria polispecialistica e potrà avvalersi della infrastruttura informatica al fine di svolgere interventi di promozione della salute, prevenzione nella Comunità, interventi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari secondo un approccio di medicina di genere.

Risulta fondamentale il governo regionale e la regia delle ATS per pianificare e monitorare con le ASST l'eventuale riorganizzazione delle sedi e delle funzioni, tenendo conto delle condizioni logistiche e di risorse umane disponibili nell'Area Materno Infantile e

dell'investimento per il potenziamento della funzione consultoriale in linea con il più complessivo potenziamento dell'assistenza territoriale, nonché della criticità più in generale legata alla carenza del personale.

I Consultori Familiari, funzionalmente collegati alle Case di Comunità, devono quindi inserirsi in un'organizzazione territoriale distrettuale in cui si rende necessario:

- il coordinamento interno con l'Equipe multidisciplinari della CdC;
- il coordinamento aziendale con la Rete Materno-Infantile, i Reparti Ospedalieri ed i Servizi Specialistici Territoriali, gli Specialisti Ambulatoriali, i professionisti dell'Assistenza primaria, della tutela della salute nei primi 1000 giorni;
- la collaborazione intersettoriale con gli attori della Comunità, Enti Locali, Centri per la Famiglia, Scuole, Tribunali dei Minori e Forze e ambito della Giustizia.

D'altro canto, la pandemia ha reso ancora più evidenti alcuni aspetti di natura strutturale a cui prestare particolare attenzione nell'ambito dello sviluppo della nuova sanità territoriale, quali:

- garantire equità e facilitazione nell'accesso ai servizi, in particolare nella prevenzione e assistenza territoriale in funzione del mantenimento/raggiungimento dello standard previsto per i Consultori nel territorio di ogni ASST;
- curare la bilanciata ed appropriata integrazione coi servizi ospedalieri, i servizi specialistici e i servizi sociali;
- dotarsi evolutivamente della necessaria strumentazione e formazione per erogare prestazioni anche in telemedicina e per una più efficace integrazione con i servizi sociosanitari e sociali.

Si configura fondamentale l'azione volta alla pianificazione della riorganizzazione della rete consultoriale per ogni polo territoriale di ASST, con definizione delle sedi Hub and Spoke da collegarsi funzionalmente alle Case di Comunità, funzioni erogate, orari di apertura e personale assegnato, modalità di coordinamento con il PUA, COT, Servizio Sociale, Area Funzionale di Psicologia/UOPSI, Rete Materno-Infantile, Servizi Specialistici della Salute Mentale e Dipendenze.

Alla luce del nuovo modello e dell'integrazione con le Case della Comunità sarà necessario procedere con un'analisi del livello di soddisfazione del bisogno in vista di eventuali rafforzamenti della rete d'offerta consultoriale anche nell'ottica della riorganizzazione di servizi già esistenti.

Al fine di facilitare l'accessibilità agli interventi di prevenzione, cura e assistenza, la progressiva messa a sistema della telemedicina ed il potenziamento dell'assistenza domiciliare sono un obiettivo fondamentale della rete d'offerta territoriale di cui fanno parte anche i Consultori Familiari. L'investimento dovrebbe mirare alla graduale introduzione della Telemedicina quale modalità di integrazione, e non di sostituzione, dei servizi erogati, interessando anche la rete consultoriale al fine di promuovere l'equità degli accessi e la disponibilità di un'assistenza qualificata laddove ritenuta più adeguata, anche in un'ottica di efficienza organizzativa.

Gli interventi in Telemedicina nella rete consultoriale potrebbero essere orientati in particolare:

- alle donne in gravidanza, alle mamme di neonati e minori;

- agli adolescenti per cui è indicato un intervento preventivo e precoce, in integrazione con il Servizio Sociale e la Area Funzionale di Psicologia/UOPSI;
- alle persone fragili, disabili, anziane e ai loro care giver.

In prospettiva evolutiva, gli operatori delle strutture consultoriali potranno erogare servizi di telemedicina avvalendosi della piattaforma regionale di telemedicina in corso di implementazione, che verrà uniformemente condivisa da parte degli operatori dei servizi sanitari regionali. I consultori potranno anche avvalersi del Sistema Digitale del Territorio per la programmazione e la registrazione delle attività erogate nelle rispettive sedi.

Per le tematiche di prevenzione si rimanda al paragrafo 2.9.3 nel quale sono descritte le azioni di riferimento a carico dei Consultori per l'area della prevenzione e della promozione della salute.

## **2.9 DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE;**

Il SSR ha previsto due elementi organizzativi dedicati alla Prevenzione: il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria nelle ATS e i Dipartimenti Funzionali di Prevenzione nelle ASST. Non di meno azioni di prevenzione sono responsabilità primaria di altri attori del territorio (Distretto / CdC / Infermiere di Comunità / MMG -PLS ...) e comunque. I due Dipartimenti hanno funzioni di riferimento e di coordinamento delle azioni di prevenzione relative al territorio

### **2.9.1 DIPS – ATS**

Il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria, definito dalla L.R. 33/2009 e che risponde ai requisiti del art 7 del decreto legislativo 502/1992 è la struttura organizzativa che da una parte consente una diffusa azione di prevenzione nelle comunità, una migliore e più qualificata offerta dei servizi al cittadino (esempio: vaccinazioni e screenings, anche per il tramite delle strutture erogative ASST/Distretti/Case di Comunità/MMG/PLS) dall'altra una più efficace ed efficiente integrazione con Enti e soggetti del sistema-Regione. Al DIPS sono in capo la realizzazione del Piano Regionale di Prevenzione, l'erogazione direttamente o indirettamente dei LEA dell'area della Sanità Pubblica.

I servizi del DIPS sono strutture organizzative omogenee per ambiti di intervento, tipologia di attività e specializzazione delle risorse professionali, appartenenti sia all'area della dirigenza medica, sanitaria (professioni sanitarie, psicologi), non medica (biologi, chimici, ingegneri) sia del comparto (tecnici della prevenzione, assistenti sanitari, infermieri, dietiste, assistenti sociali, educatori professionali).

Le attività del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria sono di per sé caratterizzate da trasversalità per le forti integrazioni che trovano evidenza al suo interno, tra le strutture che lo compongono, oltre che in una logica interdipartimentale, ovvero con le altre articolazioni dell'Agenzia.

Il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) si configura come *dipartimento gestionale*, caratterizzato da uso integrato delle risorse; attribuzione di un budget unico; inquadrabile nell'organigramma gerarchicamente alla Direzione Sanitaria ATS.

È articolazione organizzativa che raggruppa un insieme omogeneo di attività complesse e semplici che richiedono una programmazione ed un coordinamento unitario con risultati in termini di efficienza ed efficacia misurabili.

Il DIPS opera come coordinamento dei Dipartimenti Funzionali di ASST con i quali si raccorda per le attività di prevenzione in ambito territoriale non svolte direttamente.

Le strutture organizzative del DIPS sono configurate come Strutture Complesse:

- SC Igiene e sanità pubblica, Salute – Ambiente
- SC Igiene Alimenti e Nutrizione
- SC Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro
- SC Medicina Preventiva nelle Comunità
- SC Promozione della Salute e Prevenzione dei fattori di rischio comportamentali

Ove presente, il Laboratorio di Prevenzione, è struttura del DIPS e opera in coerenza con l'organizzazione e le finalità della Rete dei laboratori di Prevenzione, così come definita dalla DGR X/4761/2016.

### **2.9.2 Dipartimento Funzionale di Prevenzione in ASST**

La L.R. 22/2021 introduce la realizzazione del Dipartimento Funzionale di Prevenzione che viene inserita nel polo territoriale delle ASST. Il Dipartimento Funzionale di Prevenzione opera in coordinamento con il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) della ATS. Il Dipartimento Funzionale di Prevenzione, nell'ambito delle sue funzioni di raccordo con la ATS, persegue il raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi definiti nell'ambito della programmazione ATS/DIPS (ad esempio. Vaccinazioni, Screening, Promozione della salute, Prevenzione rivolta agli individui ecc.).

L'organizzazione del Dipartimento Funzionale di Prevenzione nelle ASST prevede le seguenti tipologie di offerta e relative strutture:

#### **1. erogazione di servizi di prevenzione**

##### **1.a livello ospedaliero**

- screening oncologici per la prevenzione del tumore al seno;
- screening oncologici per la prevenzione del tumore al polmone;
- screening oncologici per la prevenzione del tumore al colon retto;
- screening per la prevenzione di HCV;
- screening neonatali;

##### **1.b livello territoriale**

- erogazione dei servizi di screening oncologici per la prevenzione del tumore alla cervice uterina (consultori);
- vaccinazioni (centri vaccinali).

#### **2. sorveglianza prevenzione malattie infettive:**

##### **2.a livello ospedaliero**

- sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza
- sorveglianza e contrasto dell'antibiotico resistenza

##### **2.b livello territoriale**

- sorveglianza delle infezioni sessualmente trasmesse;
- profilassi delle malattie infettive compreso ambulatorio viaggiatori.

#### **3. presa in carico delle patologie croniche:**

##### **3.a livello ospedaliero**

- patologie lavoro correlate (UOOML);
- counseling motivazionale / stili di vita;

### 3.b livello territoriale

- home visiting;
- disassuefazione dal fumo;
- presa in carico individuale:
  - > counseling motivazionale / stili di vita (counseling nutrizionale, tabacco, attività fisica);
  - > raccordo con le Case della Comunità;
  - > protocollo farmaci a scuola;
  - > raccordo con i Servizi Dipendenze e Salute Mentale (Psichiatria e Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza);
  - > raccordo con i Consultori familiari.

Il Dipartimento Funzionale di Prevenzione è configurato come segue:

- SC Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie infettive
- funzione Home visiting e Promozione della Salute nella presa in carico
- referenti delle strutture coinvolte negli screening oncologici e gli screening neonatali
- referente per area dei Consultori
- referente per area dei Servizi Dipendenze e Salute Mentale (Psichiatria e Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza)
- responsabili della Attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle Infezioni
- Centri Infezioni Sessualmente Trasmesse - IST

### **2.9.3 Raccordo delle attività di prevenzione sul territorio**

Nella tabella di seguito le modalità di raccordo tra i due dipartimenti e gli altri soggetti territoriali rispetto alle principali azioni di Prevenzione.

In merito al Piano Pandemico (Panflu 21-23) le ASST da cui sono dipendenti i nuovi attori aggiornano i propri piani integrando le nuove figure, in particolare si raccomanda:

- per il distretto la funzione di raccordo con enti locali , scuole e luoghi di lavoro
- per l'ospedale di comunità e le CdC le funzioni di raccordo/supporto dei i pazienti fragili e dei loro bisogni
- per l'infermiere di comunità l'attività di tracciamento e presa in carico delle positività



	<b>ATS -DIPS</b>	<b>ASST - DIP FUNZIONALE PREVENZIONE</b>	<b>INFERMIERE DI COMUNITA'</b>	<b>CDC /Ospedale di Comunità/ Consultorio</b>	<b>DISTRETTO</b>
<b>SCREENING</b>	programmazione, governance, gestione del percorso del paziente, campagne informative, raccordi organizzativi con erogatori, contrattazione prestazioni, audit e verifica della erogazione	erogazione prestazioni, campagne informative	counselling, supporto al MMG/PLS per il recupero dei non rispondenti	erogazione prestazioni, campagne informative	raccordi organizzativi con erogatori, raccordo con Medicina di famiglia
	ha responsabilità di raggiungimento di copertura per il proprio territorio	ha responsabilità di raggiungimento di copertura per il proprio territorio			ha responsabilità di raggiungimento di copertura per il proprio territorio
<b>VACCINAZIONI</b>	governance, campagne informative, raccordi organizzativi con erogatori, contrattazione prestazioni, audit e verifica della erogazione	programmazione , erogazione prestazioni , gestione del percorso del paziente, campagne informative, raccordi organizzativi con altri erogatori (es farmacie, MMG, PLS)	counselling, supporto al MMG/PLS per il recupero dei non rispondenti, erogazione prestazioni	erogazione prestazioni, campagne informative	raccordi organizzativi con erogatori, raccordo con Medicina di famiglia
	ha responsabilità di raggiungimento di copertura per il proprio territorio	ha responsabilità di raggiungimento di copertura per il proprio territorio			ha responsabilità di raggiungimento di copertura per il proprio territorio
<b>SORVEGLIANZA MALATTIE INFETTIVE E ANTIMICROBICO RESISTENZA</b>	governance, gestione del sistema di sorveglianza, analisi epidemiologica del territorio, campagne informative, raccordi organizzativi con erogatori	segnalazione, profilassi, campagne informative	counselling, supporto a MMG/PLS segnalazione e profilassi	segnalazione, profilassi, campagne informative	Supporto alla analisi epidemiologica del territorio, raccordo con enti locali, scuole e luoghi di lavoro
	ha la responsabilità della sorveglianza sul territorio	ha la responsabilità della sorveglianza sul territorio			ha la responsabilità della sorveglianza sul territorio

	<b>ATS -DIPS</b>	<b>ASST - DIP FUNZIONALE PREVENZIONE</b>	<b>INFERMIERE DI COMUNITA'</b>	<b>CDC /Ospedale di Comunità/ Consultorio</b>	<b>DISTRETTO</b>
<b>CONTROLLI (Igiene, Salute ambiente, Sicurezza Alimentare, Sicurezza ambientali di Vita e Lavoro )</b>	programmazione, governance, gestione ed erogazione dei controlli				attività di supporto nella segnalazione di situazioni a rischio, attività di supporto nella gestione del rapporto con gli enti locali e con la popolazione
	ha responsabilità di raggiungimento di copertura per il proprio territorio				
<b>PROMOZIONE DELLA SALUTE (Programmi di Promozione di Salute per l'ingaggio del paziente in tema di prevenzione primaria o secondaria)</b>	governance, attivazione policy, campagne informative, raccordi organizzativi con soggetti, contrattazione prestazioni	counselling, e ingaggio dei pazienti da orientare verso le azioni di promozione della salute	counselling, e ingaggio dei pazienti da orientare verso le azioni di promozione della salute	counselling, e ingaggio dei pazienti da orientare verso le azioni di promozione della salute	raccordi organizzativi con enti locali, scuole luoghi di lavoro; supporto alla sottoscrizione di policy e supporto operativo alla realizzazione delle azioni
	ha responsabilità di raggiungimento di copertura per il proprio territorio				ha responsabilità di raggiungimento di copertura per il proprio territorio
<b>PROMOZIONE DELLA SALUTE (Programmi di Promozione di Salute Sui Luoghi di Lavoro, Comunità Attive, Scuole che promuovono salute)</b>	governance, attivazione policy, campagne informative, raccordi organizzativi con enti locali, scuole luoghi di lavoro,	supporto alla realizzazione aziendale delle azioni pe ril WHP, partecipazione alle attività della rete SPS		Per la CdC supporto e coordinamento delle associazioni per lo sviluppo di azioni di promozione della salute	raccordi organizzativi con enti locali, scuole luoghi di lavoro; supporto alla sottoscrizione di policy e supporto operativo alla realizzazione delle azioni
	ha responsabilità di raggiungimento di copertura per il proprio territorio				ha responsabilità di raggiungimento di copertura per il proprio territorio

## 2.10 TELEMEDICINA

Regione Lombardia è coinvolta attivamente nelle iniziative di progettazione delle soluzioni tecnologiche nazionali e regionali per erogare in modalità strutturata i servizi di Telemedicina (Televisita, Teleconsulto, Teleassistenza e Telemonitoraggio) su tutto il territorio nazionale.

La progettualità indirizzata dalla U.O. Sistemi Informativi e Sanità Digitale prevede di implementare una Piattaforma Regionale di Telemedicina che rappresenti una infrastruttura tecnologica centralizzata e unica di livello regionale che faciliti l'accesso ai servizi da parte degli operatori sociosanitari e dei cittadini in modalità controllata e sicura, ospiti le migliori tecnologie digitali per offrire un sempre maggior numero e tipologia di specifici percorsi assistenziali e promuova lo sviluppo di tecnologie innovative che possano progressivamente potenziare i servizi assistenziali di prossimità.

La U.O. Sistemi Informativi e Sanità Digitale ha partecipato attivamente alla stesura delle Linee Guida Nazionali per l'erogazione dei servizi di Telemedicina ed ha partecipato ad una serie di incontri di presentazione e approfondimento sulle soluzioni di Telemedicina esistenti a livello nazionale.

Con Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro per l'Innovazione Tecnologica e la Transizione Digitale, del 20 settembre 2022, Regione Lombardia, insieme a Regione Puglia, è stata individuata come Regione "Capofila" con il compito di provvedere alla progettazione e l'affidamento di una Piattaforma "verticale" di Telemedicina alla quale potranno aderire tutte le Regioni per l'erogazione dei servizi di "Televisita", "Teleconsulto", "Teleassistenza" e "Telemonitoraggio" in modalità integrata alla Infrastruttura Nazionale di Telemedicina, che implementerà i servizi abilitanti e il monitoraggio del livello di diffusione dei servizi a livello nazionale.

La U.O. Sistemi Informativi e Sanità Digitale, sulla base delle indicazioni ricevute dall' Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), ha coordinato le attività di predisposizione della documentazione tecnica e amministrativa per lo svolgimento delle procedure di affidamento del servizio di Piattaforma Regionale di Telemedicina. Tra i documenti più significativi prodotti dalla U.O. Sistemi Informativi e Sanità Digitale si citano i seguenti:

- Modello tecnico-economico per l'erogazione dei servizi "verticali" di Telemedicina;
- Capitolato tecnico per la realizzazione dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina;
- Materiale informativo per la presentazione alle Regioni dell'iniziativa per l'affidamento dei servizi "verticali" di Telemedicina.

Il cronoprogramma inizialmente previsto è il seguente, attualmente in fase di revisione da parte dei Ministeri di competenza:

Attività	Target	Output
Presentazione Piano Operativo Regionale	T4 2022*	Piano Operativo Regionale
Definizione del modello regionale di telemedicina	T2 2023	Atto Regionale
Attivazione dei servizi di Telemedicina nella Regione	T1 2024	Validazione del servizio attraverso la Piattaforma Nazionale di Telemedicina

\*tale scadenza è da considerarsi orientativa e potrà essere anticipata nel rispetto delle tempistiche del PNRR

## 2.11 INTEGRAZIONE E INTERAZIONE DEGLI ALTRI SERVIZI NON DELINEATI NEL DM/77 CON IL NUOVO

### 2.11. 1 AREA DELLE UNITA' D'OFFERTA SOCIO SANITARIE

Nel quadro del modello organizzativo definito dalla DGR XI/6760/2022 in attuazione del DM 77, la programmazione e l'organizzazione delle attività delle strutture territoriali (CdC/OdC/COT) è in capo alla Direzione strategica della ASST, con responsabilità attuativa del Direttore di Distretto, sotto l'indirizzo e coordinamento del direttore socio-sanitario. La Direzione Sociosanitaria supervisiona e presiede i percorsi territoriali di cui alla programmazione garantendo, in sinergia con le altre componenti della Direzione Strategica: (i) la continuità assistenziale (ii) il raccordo tra il polo ospedaliero e quello territoriale, (iii) l'integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale.

I direttori di distretto organizzano l'attuazione dei percorsi territoriali integrati di presa in carico, garantendo attraverso i PUA delle CdC la valutazione del bisogno e attraverso le COT, l'attivazione in back office dei servizi e degli interventi appropriati a rispondere al bisogno valutato. In particolare, l'équipe distrettuale del polo territoriale di ASST opera proattivamente anche per il raccordo con gli operatori comunali nella risposta al bisogno della persona e si avvale, quando necessario, della collaborazione di specialisti. Il progetto è condiviso con la persona e/o il suo caregiver. La VMD, quando richiesto dalla famiglia, concorre:

- all'attivazione/accompagnamento per tutta la rete dei servizi che, come già indicato al paragrafo 2) del presente atto, risulta costituita da oltre 2500 unità di offerta cui corrisponde una capacità ricettiva di oltre 84.600 tra posti residenziali e diurni, come riportato nella tabella che segue:

Target	Tipo UDO	REGIME	Numero UDO			Numero Posti		
			Autorizz.	Accred.	Contr.	Autorizz.	Accred.	Contr.
ANZIANI	RSA	Residenziale	711	695	664	65.555	62.605	57.583
	CDI	Diurno	314	310	290	7.789	7.594	6.465
DISABILI	RSD	Residenziale	102	102	99	4.315	4.261	4.115
	CDD	Diurno	263	261	261	6.769	6.692	6.620
	CSS	Residenziale	182	181	170	1.688	1.646	1.528
	SRM	Residenziale	5	5	5	161	161	161
ANZIANI/DISABILI	ADI	Domiciliare	228	228	305	0	0	0
	RIA EX ART 26	Ambulatoriale	92	86	82			
		Domiciliare						
						138	129	126
		Diurno				1.304	1.255	1.255
	CURE INTERMEDIE	Residenziale				3.305	3.142	3.110
PALLIATIVE	HOSPICE/UOCP RESIDENZIALI	Residenziale	72	72	71	828	824	814
	UCPDOM	Domiciliare	127	127	156	0	0	0
	Day hospice	DAY HOSPITAL	22	22	22	37	37	37
DIPENDENZE	COMUNITA' PER LE DIPENDENZE	Residenziale	175	171	162	3.102	2.867	2.668
		Diurno				232	232	207
	SMI	Ambulatoriale	12	12	10	0	0	0
	SERT	Ambulatoriale	74	74	74			
MATERNO INFANTILE	CONSULTORI PRIVATI	Ambulatoriale	94	94	82	0	0	0
	CONSULTORI PUBBLICI	Ambulatoriale	141	141	141	0	0	0
TOTALE			2.614	2.581	2.594	95.223	91.445	84.689

- considerare, con specifico riferimento al setting domiciliare, il sistema allargato delle cure domiciliari costituito dagli interventi diretti e indiretti di area sociosanitaria e sociale in una logica di appropriatezza, sostenibilità e di integrazione con gli ambiti territoriali per l'area sociale, e, pertanto, esemplificando, avuto riguardo all'attuale configurazione degli interventi e servizi, a considerare quanto in tabella.

SISTEMA ALLARGATO DI CURE DOMICILIARI
ADI
ASSISTENZA DOMICILIARE EROGATA DA MMG E PLS
CURE PALLIATIVE DOMICILIARI
RIABILITAZIONE DOMICILIARE
NUTRIZIONE ARTIFICIALE ENTERALE
NUTRIZIONE ARTIFICIALE PARENTERALE
OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE
VENTILOTERAPIA DOMICILIARE
FORNITURA AUSILI PER INCONTINENZA
FONITURA AUSILI PER STOMIE
FORNITURA AUSILI PER IL DIABETE
FORNITURA AUSILI PROTESICI PERSONALIZZATI
FORNITURA AUSILI PROTESICI NON PERSONALIZZATI
RSA APERTA
VOUCHER MISURA B1
SAD COMUNALE
SADH COMUNALE
MISURE DOPO DI NOI
MISURE PER LA VITA INDIPENDENTE
BUONO MISURA B1
BUONO MISURA B2

Il processo di valutazione multidimensionale del bisogno si inserisce pertanto in un più complesso processo che ha come obiettivo prioritario quello di facilitare l'accesso della persona e della sua famiglia alle diverse unità d'offerta sociali e/o sociosanitarie, anche attraverso l'informazione, l'orientamento e l'accompagnamento della persona in condizioni di fragilità garantiti dal PUA della CdC, garantendo risposte appropriate ai bisogni rilevati.

Il raccordo, nel contesto del distretto, deve essere garantito da e verso l'ospedale, attraverso la definizione di un sistema organizzativo e digitale funzionale a garantire le dimissioni e le ammissioni protette. In questo ambito assume un rilievo fondamentale lo sviluppo in corso del sistema digitale del territorio, dove in prospettiva sarà implementata l'intera rete dei servizi territoriali, con le relative disponibilità in termini di capacità ricettiva, al fine di garantire il pieno concorso delle nuove articolazioni distrettuali all'attuazione di un

percorso di rete a favore della persona e della sua famiglia, appropriato al bisogno valutato e governato dal principio di continuità assistenziale lungo la filiera multiservizio delle unità di offerta sociosanitarie territoriali.

### **2.11.2 SALUTE MENTALE (PSICHIATRIA E NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA), DIPENDENZE, SANITA' PENITENZIARIA E DISABILITA'**

In attesa dell'emanazione del Documento "Standard per l'Assistenza Territoriale dei Servizi Salute Mentale Adulti, Dipendenze Patologiche, NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e Salute in Carcere".

Dove sono descritti i modelli e gli standard dell'assistenza territoriale di tali aree, la loro integrazione nel nuovo modello territoriale e distrettuale adottato, al fine di migliorare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza.

Vengono in particolare evidenziati 4 livelli di assistenza:

- 1) Livello di Consultazione e Assistenza Primaria rivolto alla popolazione generale e assicurato in stretto coordinamento con i Servizi delle Case di Comunità, i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta
- 2) Livello di Presa in Carico per episodio di cura o per progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati a lungo termine, assicurati per la Lombardia dai Centri PsicoSociali (CPS), dalle Unità Operative di NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA) e Servizi per le Dipendenze (SerD/SMI)
- 3) Livello di Assistenza Specialistica in Ambito Ospedaliero o Residenziale, garantito dai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), dai Reparti di NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), da unità d'offerta ospedaliera dedicate alla disintossicazione da alcol o sostanze, dalle strutture Residenziali Terapeutiche specifiche per ciascun settore, dai presidi per le dipendenze e di psichiatria penitenziaria nelle case circondariali, carceri e istituti penali minorili
- 4) Livello delle reti specialistiche di Area Vasta, regionali o interregionali, comprendente servizi sovrazonali per i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), i Centri di riferimento sovrazonali per i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva di cui all'Intesa in Conferenza Unificata del 25 luglio 2019 (Rep. Atti n. 70/CU), servizi sanitari e sociosanitari specialistici per le disabilità intellettive e l'autismo.

La forza del sistema territoriale lombardo in tali ambiti si è espressa pienamente durante le fasi più drammatiche della pandemia: i Servizi della Salute Mentale e delle Dipendenze sono sempre rimasti aperti e le relative popolazioni target – tradizionalmente poco complianti alle regole e all'osservanza delle misure e di conseguenza oggetto di grande preoccupazione – grazie allo stretto rapporto fiduciario con gli operatori del territorio, si sono ammalate pochissimo.

Il sistema messo in atto all'interno degli istituti Penitenziari è stato citato e adottato dall'OMS per la sua precocità e tempestività nell'intervento.

L'ottimo risultato è stato ripetuto durante le campagne vaccinali, dimostrando la potenza e la forza di un'organizzazione territoriale diffusa capillarmente.

#### **Rete dei Servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze**

L'attuale rete dei Servizi Territoriali dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze colloca sicuramente la Lombardia in una situazione di buona organizzazione nei territori, anche se le recenti difficoltà nel reperimento del personale (in particolare medici e infermieri) rischiano di indebolire l'operatività dei Servizi.

La Legge Regionale n. 22 del 14 dicembre 2021 "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di



sanità)" conferma l'afferenza ai Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze delle Unità operative di:

- Psichiatria
- Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza
- Dipendenze

e, in un'ottica di funzionale afferenza, possono anche essere ricomprese le Unità Operative di Psicologia.

Tale organizzazione risponde alla continuità della cura della persona attraverso una presa in carico multiprofessionale e multidisciplinare.

Il governo unitario a livello centrale di tale rete da parte della Struttura Regionale Salute Mentale, Dipendenze, Disabilità e Sanità Penitenziaria ha consentito l'impostazione e lo sviluppo di azioni connesse tra loro con l'obiettivo di offrire interventi sempre più integrati e in continuità nel passaggio dall'età adolescenziale a quella adulta e per i pazienti multiproblematici (persone con disturbi psichici e problemi di dipendenza, con Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione – DNA- e dei Disturbi da Deficit dell'Attenzione e Iperattività – ADHD - ).

La popolazione seguita dai servizi afferenti alla rete dei servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze registra negli anni una costante dimensione numerica significativa

I dati aggiornati evidenziano che la stessa si compone di 160.000 pazienti per la psichiatria adulti, 113.000 pazienti della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, 50.000 pazienti delle Dipendenze e 10.000 pazienti detenuti.

#### Rete Servizi Psichiatria

TIPOLOGIA	N. POSTI	DI CUI PB	DI CUI PRIVATO A CONTRATTO	DI CUI PRIVATO NON A CONTRATTO
RESIDENZIALE	4358	1586	2565	207
SEMIRESIDENZIALE	2087	1403	557	127
TIPOLOGIA	STRUTTURE			
AMB/CPS	139	139		
TIPOLOGIA	NUMERO POSTI AREA DEGENZA E DH			
DEGENZA	863	814	29	20
DAY HOSPITAL	48	48		

L'attività erogata dai Servizi di Psichiatria territoriali è caratterizzata dalla presenza di tutte le unità di offerta che sottendono alla presa in carico. Nella specificità del paziente complesso, si osserva una rappresentativa numerosità di posti letto residenziali e di centro diurno che sono chiamati a sviluppare progettualità anche nei confronti delle nuove emergenze quali, i pazienti giovani, soggetti in comorbidità con le dipendenze, Disturbi di personalità, Disturbi della Nutrizione e Alimentazione.

### Rete Servizi Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza

TIPOLOGIA	N. POSTI	DI CUI PB	DI CUI PRIVATO A CONTRATTO	DI CUI PRIVATO NON A CONTRATTO
RESIDENZIALE	344	34	242	68
SEMIRESIDENZIALE	649	153	311	185
TIPOLOGIA	STRUTTURE			
AMB/POLI TERRITORIALI	122	107	15	
TIPOLOGIA	NUMERO POSTI AREA DEGENZA E DH			
DEGENZA	112	112		
DAY HOSPITAL	22	22		

Nel corso del 2022 Regione Lombardia ha impegnato un cospicuo finanziamento per lo sviluppo ed il potenziamento della rete di offerta dell'area della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza avviando un primo intervento di adeguamento tariffario delle strutture terapeutiche riabilitative residenziali accompagnato da una revisione dei requisiti organizzativi specifici. Tali azioni sono sostenute da un processo di miglioramento continuo della qualità (MCQ) che vuole intervenire sia sugli esiti delle cure che sull'organizzazione dei servizi.

Viene altresì avviata la messa a contratto di tutti i posti residenziali e semiresidenziali accreditati e non ancora contrattualizzati, allo scopo di ampliare la rete di offerta limitando la dispersione del ricorso alle cure, per tale tipologia di offerta, in territori extraregionali.

Trasversalmente tra gli ambiti di Salute Mentale adulti e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, intervengono progettualità avviate a seguito di due intese approvate in Conferenza Stato Regioni

- Intesa, ai sensi dell'allegato sub A, lettera o) dell'Intesa 4 agosto 2021 - Rep. Atti n. 153/CSR, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali" (approvata il 28.4.2022)
- Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 689, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sull'Allegato tecnico per la definizione di criteri, modalità e linee di intervento per l'utilizzo del Fondo per il contrasto dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione" e sulle procedure per la presentazione dei Piani di attività biennali da parte delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano (approvata il 20.6.2022).

### Rete Servizi Dipendenze

In Regione Lombardia è presente una rete di servizi sociosanitari per le dipendenze pubblici e privati accreditati, come illustrato nella tabella riportata nel paragrafo "Riorganizzazione della rete territoriale". Si tratta di una rete capillarmente diffusa sul territorio che eroga prestazioni ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali, così come previsto dai LEA e rivolti a tutti i cittadini.

Tutte le azioni di riorganizzazione previste in questa area sono fortemente indirizzate all'applicazione della L.R. 14 dicembre 2020 n. 23 "Nuovo sistema d'intervento sulle dipendenze patologiche" ed hanno tenuto conto dell'evoluzione dei bisogni, anche a seguito del crescente disagio psichico e sociale conseguente alla pandemia.

Nel 2022 Regione Lombardia ha infatti impegnato un cospicuo finanziamento per lo sviluppo ed il potenziamento della rete di offerta dell'area delle dipendenze, avviando un primo intervento di adeguamento tariffario delle strutture.

E' stato altresì avviato un processo di potenziamento della rete dei servizi residenziali, con un incremento dell'offerta di posti a contratto di oltre 250 unità, con decorrenza dal 1/01/2023, con la contestuale previsione di sviluppo del processo di revisione e innovazione del sistema d'intervento sulle dipendenze patologiche attraverso l'analisi del percorso assistenziale ambulatoriale, residenziale semiresidenziale nella prospettiva della **valorizzazione degli esiti** – rif DGR 10 ottobre 2022 n. XI/7125 "Primo provvedimento in attuazione della l.r. 14 dicembre 2020 n. 23 "nuovo sistema d'intervento sulle dipendenze patologiche" nell'ambito della rete di offerta per le dipendenze: adeguamento tariffe e contrattualizzazione posti accreditati e ulteriori determinazioni nell'ambito della rete sociosanitaria territoriale".

#### Rete Servizi Sanità Penitenziaria

L'assetto della Rete dei Servizi Sanitari Penitenziari è definito dalla DGR 4716 del 13/1/2016, che individua i punti di erogazione di prestazioni sanitarie ai livelli intrapenitenziari, territoriali e ospedalieri.

In Lombardia sono presenti 18 istituti penitenziari, uno per ciascuno capoluogo di provincia (con l'eccezione di 4 a Milano e 2 a Brescia), più uno a Busto Arsizio.

Le attività sanitarie degli Istituti ed il personale sanitario e sociosanitario sono fornito dalle rispettive ASST. La ASST Santi Paolo e Carlo fornisce i servizi per tutti gli istituti di Milano e la ASST Spedali Civili di Brescia per i due Istituti presenti sul suo territorio.

I servizi per le tossicodipendenze sono garantiti da SERD interni o da personale che afferisce dal SERD esterno. I servizi psichiatrici sono erogati in collegamento con i DSM delle rispettive ASST.

Gli istituti di Milano, Monza, Bergamo, Cremona, Brescia Circondariale, Busto Arsizio, Como offrono un'attività h 24, quelli di Lecco, Varese, Brescia Reclusione, Mantova, Lodi, Sondrio h 12. Negli Istituti di Milano Opera e San Vittore è inoltre presente un SAI, che offre un'assistenza simi ospedaliera a bassa intensità di cure.

Gli istituti penitenziari sono in rete attraverso il sistema della cartella informatizzata (SISPE), che è attivo in tutti gli Istituti e in fase di attivazione a Bollate e San Vittore. Negli istituti di Milano ed alcuni esterni sono attivi sistemi di telerefertazione per l'ECG e gli esami radiologici di base (Rx torace, addome, scheletro ed ecografia) in collegamento con le rispettive ASST.

Le attività principali che richiedono una creazione di rete con i servizi sociosanitari esterni (SERD, CPS, Unità di Malattie Infettive, Centri Vaccinali, rete di assistenza sociale) soprattutto al momento del rilascio sono:

1. interventi di prevenzione (malattie infettive, disagio psichico ed in particolare del rischio suicidario come da DGR 6653 del 11/07/2022);
2. interventi di diagnosi, certificazione, trattamento delle dipendenze;
3. presa in carico del paziente cronico e fragile per età o patologia;

I servizi sanitari all'interno degli Istituti Penitenziari potrebbero essere erogati in forma di Casa di Comunità, afferente alla ASST di riferimento e fisicamente allocata in modo diffuso all'interno degli Istituti, utilizzando le strutture sanitarie già presenti.

La proposta è riferita inizialmente a Milano, dato il numero elevato di detenuti ospitati negli Istituti Penitenziari, che afferiscono ad una stessa ASST e caratterizzati da diversa tipologia di detenzione (Casa Circondariale (CC)/Casa di Reclusione (CR).

Si evidenzia come la Casa di Comunità possa essere rappresentata da un unico insieme di strutture sanitarie presenti nei diversi Istituti, ciascuna con indirizzi specifici, in particolare:

- nella CC di San Vittore: accoglienza dei nuovi giunti, presa in carico urgente dei detenuti affetti da dipendenza patologica, patologia psichiatrica, patologia infettiva, nonché dei detenuti stranieri e delle detenute madri con figli a carico

- nella CR di Opera: presa in carico del paziente cronico con patologie cardiovascolari, respiratorie, oncologiche, chirurgiche, diabetologiche, nefrologiche e consolidamento della presa in carico di detenuti con dipendenza patologica, patologia psichiatrica, patologia infettiva
- nella CR di Bollate: presa in carico del paziente cronico nella parte finale della detenzione e con maggiori esigenze trattamentali, presa in carico del paziente over 70
- nell'IPM Beccaria: presa in carico del paziente adolescente e giovane adulto con interventi educativo-preventivi sulla salute mentale, la dipendenza, le malattie infettive, gli stili di vita sani.

In tutti gli Istituti viene mantenuta l'erogazione dell'assistenza di base, l'attività vaccinale, l'attività dei Centri Diurni per supportare la presa in carico delle dipendenze patologiche e delle patologie psichiatriche e neuropsichiatriche.

Inoltre, le Sezioni detentive Sanitarie Specializzate e i Servizi ad Assistenza Intensificata (SAI), presenti nella CR di Milano Opera e nella CC di Milano San Vittore, identificati in base alla DGR n. 4716/2016, con l'aggiunta della Sezione over 70 (assimilabile ad RSA) nella CR di Milano Bollate, nonché gli attuali HUB COVID attivabili in caso di qualunque epidemia, potrebbero costituire, per l'erogazione della specifica assistenza, Ospedali di Comunità.

Le Centrali Operative Territoriali rappresenterebbero un utile strumento per applicare anche all'ambito carcerario il modello di presa in carico del paziente cronico dal punto di vista assistenziale e sociale (continuità assistenziale post rilascio e documentazione anagrafica e sanitaria post rilascio)

La riorganizzazione proposta nelle sue linee principali avrebbe un impatto positivo sul reperimento e la razionalizzazione del personale sanitario e sociosanitario attraverso:

- a. l'individuazione dell'infermiere come case manager nelle Strutture di Comunità e negli Ospedali di Comunità
- b. l'impiego di figure mediche generaliste e specialistiche in più ambiti territoriali (impegno penitenziario non esclusivo, ma come parte di un impegno territoriale globale)
- c. l'impiego di figure di supporto per gli psichiatri (psicologi, tecnici della riabilitazione psichica, educatori) e per gli infermieri (OSS, educatori, assistenti sociali).
- d. l'utilizzo di figure quali assistenti sociali e educatori (impiegati sul territorio con parte dell'attività dedicata agli istituti penitenziari) per il contatto diretto con strutture territoriali esterne (es. SERD, CPS, Ospedali, CT) e per la preparazione e costruzione della documentazione sanitaria, prima del rilascio del detenuto.

#### Modalità integrazione con altri servizi territorio

In considerazione degli elementi sopra evidenziati i rapporti di natura collaborativa con diverse altre realtà dell'organizzazione sanitaria e sociosanitaria quali, la disabilità, l'area consultoriale nonché tutte le agenzie/enti del territorio interessati a vario titolo, assumono una valenza fondamentale nello sviluppo della rete dei Servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze.

La sistematizzazione di tale modalità trova una prima implementazione nel modello gestionale organizzativo delineato dal Piano Operativo Autismo che fonda i percorsi delineati per tutte le fasi del ciclo di vita sulla persona su processi di natura collaborativa trasversali ai diversi servizi coinvolti.

Concreta evidenza di tale impostazione è l'avvenuta impostazione del percorso di screening che, attraverso l'implementazione di una piattaforma informatica, si fonda su processi e percorsi di strutturata interazione tra i Pediatri di Libera Scelta ed i servizi di NPIA nell'ottica di sviluppare una rete curante attiva e sinergie tra le diverse ATS e IRCCS/ASST.

In tale prospettiva, cruciale è l'indicazione contenuta nella L.r. 22/21 e ribadita negli indirizzi di programmazione anno 2022 (DGR XI/6387 del 16/05/2022) che individuano la Casa di Comunità quale luogo privilegiato per gli interventi dedicati all'intercettazione precoce del bisogno e al trattamento tempestivo in particolare per i giovani e le loro famiglie in un'ottica destigmatizzante e facilitante l'accesso ai servizi senza timori e pregiudizi.

### 3. FABBISOGNI DI PERSONALE PER IL FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI E PIANI DI FORMAZIONE

Con riferimento ai Distretti, le Centrali Operative territoriali (COT) e le Case di Comunità (CDC), è stata stimata la Dotazione aggiuntiva di personale rispetto all'attuale.

Per il calcolo delle rispettive dotazioni organiche si fa riferimento agli standard di personale indicati nel DM 77, con le seguenti precisazioni:

<b>STANDARD DI PERSONALE PER 1 CASA DI COMUNITA' HUB</b>		
Bacino d'utenza (n. abitanti)	IFeC	Unità di personale di supporto (socio-san. e amm.)
0-40.000	7	5
40.000-50.000	9	7
>50.000	11	8

<b>Descrizione Ente</b>	<b>Fabbisogno IFEC (CDC+COT)</b>	<b>Fabbisogno Personale di supporto (CDC+COT)</b>
ASST GOM NIGUARDA	45	28
ASST SPAOLO E SCARLO	60	41
ASST FATEBENEFRATELLI SACCO	139	89
ASST OVEST MILANESE	110	69
ASST RHODENSE	104	69
ASST NORD MILANO	111	62
ASST MELEGNANO E MARTESANA	161	101
ASST LODI	51	32
ASST SETTE LAGHI	104	60
ASST VALLE OLONA	104	68
ASST LARIANA	129	81
ASST VALTELLINA E ALTO LARIO	68	47
ASST VALCAMONICA	60	41
ASST LECCO	81	51
ASST MONZA	44	30
ASST BRIANZA	161	106
ASST PAPA GIOVANNI XXIII	57	35
ASST BERGAMO OVEST	63	36
ASST BERGAMO EST	100	62
ASST SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	129	82
ASST FRANCIACORTA	58	35
ASST GARDA	99	62
ASST CREMONA	48	30
ASST MANTOVA	87	49
ASST CREMA	27	17
ASST PAVIA	118	75
<b>ASST</b>	<b>2.318</b>	<b>1.458</b>

Ai fini di un efficiente ed efficace funzionamento dei distretti è necessario prevedere la presenza di personale a supporto del direttore di distretto nella misura di n. 2 o 3 unità aggiuntive a quelle già presenti nei distretti.

In questa fase non sono stati inseriti nella tabella gli assistenti sociali, il cui apporto può essere concordato con i comuni. In ogni caso se ne prevede 1 per ogni casa di comunità.

Per quanto riguarda invece gli ospedali di comunità si declina di seguito il fabbisogno del personale del comparto, fatto salvo che il DM 77/2022 prevede che l'apporto medico possa essere assolto dai medici di medicina generale. Nel caso in cui non sia possibile verrà assicurato dai medici dipendenti dei reparti di medicina generale, il cui fabbisogno potrà essere incrementato al fine di assicurare lo standard previsto, vale a dire 4/5 ore per 6 giorni alla settimana.

Articolazione	N°	NUMEROSITA'			
		IDF	unità di personale di supporto (socio-san. e amm.)	coordinatore infermieristico	Personale sanitario con funzioni riabilitative
ODC	66	528	396	66	132
* ODC: sono considerati con un numero di posti letti pari a 20 ciascuno					

#### 4. SINTESI DELLE AZIONI E CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ

L.R. 22/2021 ha previsto il seguente cronoprogramma.

- Il potenziamento della rete territoriale deve essere portato a compimento entro tre anni dalla data di entrata in vigore della legge (dicembre 2024).
- L'istituzione dei distretti e le nomine dei relativi direttori devono avvenire entro marzo 2022. Nelle more delle nomine dei direttori di distretto, le relative funzioni sono svolte dai direttori sociosanitari delle ASST di riferimento.
- Le centrali operative territoriali devono essere realizzate non oltre sei mesi dall'istituzione dei distretti di riferimento.
- Il quaranta per cento degli ospedali di comunità e delle case di comunità, previsti dal PNRR, deve essere realizzato entro il 2022, il successivo trenta per cento entro il 2023 e il restante trenta per cento entro il 2024.

#### CRITICITA'

1. Il modello intrapreso necessita di un importante sforzo in termini di risorse di personale, sia medico che infermieristico, al momento di difficile reclutamento data la scarsità di professionisti disponibili.

2. Mancanza di indicazioni/standard relativi ad

- adozione del modello di stratificazione comune su tutto il territorio,
- assistenza territoriale dei Servizi Salute Mentale Adulti, Dipendenze Patologiche, NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e Salute in Carcere,



- flussi informativi di rendicontazione con relative scale di valutazione;

## **5. MODALITÀ DI GOVERNO E MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI RIORGANIZZAZIONE**

Con DGR n. XI / 7472 del 30/11/2022 è stato istituito un apposito Organo per il monitoraggio dello stato di attuazione della missione 6c1 del piano nazionale di ripresa e resilienza.

Si è ritenuto opportuno avocare a livello centrale il monitoraggio per risolvere tempestivamente eventuali criticità; l'Unità di Intervento, operando in piena autonomia e rispondendo esclusivamente alla Direzione Generale Welfare e all'Assessorato al Welfare, dovrà assolvere le seguenti funzioni:

- monitorare lo stato di realizzazione e di attivazione dei servizi;
- relazionare periodicamente alla Direzione Generale Welfare e all'Assessorato al Welfare relativamente all'attività espletata e alle eventuali criticità rilevate;
- aggiornare, in collaborazione con ARIA Spa, i contenuti del portale illustrativo delle strutture attivate e dei relativi servizi.

L'Unità di Intervento regionale è composta da operatori individuati in relazione alla competenza acquisita e esperienza maturata negli anni nel monitoraggio/erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

È stata prevista che una delegazione dell'Unità di Intervento possa procedere anche ad effettuare visite in loco presso le strutture di cui alla Missione 6C1, su richiesta e programmazione da parte del Coordinatore dell'Unità stessa.