

**Allegato 1)** Determinazioni in ordine all'attuazione della DGR XII/430 del 12/06/2023 recante "PNRR piano nazionale di ripresa e resilienza – missione 6 salute componente 1 - investimento 1.2: casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1 – assistenza domiciliare - approvazione piano operativo regionale" relativamente all'avvio del progetto di sorveglianza domiciliare di pazienti cronici over 65 anni nel quadro del nuovo modello di sanità territoriale definito con L.R. 22/2021 in attuazione del PNRR e in conformità al dm 77/2022 recepito con DGR XI/7592/2022 ai fini del concorso all'obiettivo target di PNRR di presa in carico in cure domiciliari del 10% della popolazione over 65 anni entro il 31.12.2025

**DETERMINAZIONI IN ORDINE ALL'ATTUAZIONE DELLA DGR XII/430 DEL 12/06/2023 RECANTE "PNRR PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA – MISSIONE 6 SALUTE COMPONENTE 1 - INVESTIMENTO 1.2: CASA COME PRIMO LUOGO DI CURA E TELEMEDICINA SUB-INVESTIMENTO 1.2.1 – ASSISTENZA DOMICILIARE - APPROVAZIONE PIANO OPERATIVO REGIONALE" RELATIVAMENTE ALL'AVVIO DEL PROGETTO DI SORVEGLIANZA DOMICILIARE DI PAZIENTI CRONICI OVER 65 ANNI NEL QUADRO DEL NUOVO MODELLO DI SANITÀ TERRITORIALE DEFINITO CON L.R. 22/2021 IN ATTUAZIONE DEL PNRR E IN CONFORMITÀ AL DM 77/2022 RECEPITO CON DGR XI/7592/2022 AI FINI DEL CONCORSO ALL'OBIETTIVO TARGET DI PNRR DI PRESA IN CARICO IN CURE DOMICILIARI DEL 10% DELLA POPOLAZIONE OVER 65 ANNI.**

**1. PREMESSA**

Ai fini dell'attuazione della DGR XII/430 del 12/06/2023 recante "PNRR piano nazionale di ripresa e resilienza – missione 6 salute componente 1 - investimento 1.2: casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1 – assistenza domiciliare", la declinazione programmatica delle risorse di PNRR sulle diverse azioni ha tenuto conto, entro il nuovo quadro regolatorio espresso dal DM 77/2022 e dal relativo sistema di classificazione del bisogno di salute previsto al paragrafo 3) del DM, dell'esigenza di coniugare:

- l'avvio e l'implementazione della presa in carico in cure domiciliari degli over 65 anni nella logica della prevenzione proattiva nell'ambito della cronicità legata al livello III) della classificazione del bisogno del DM;
- il rafforzamento del numero, della durata e dell'intensità delle C-DOM, compresa quella erogata in regime di RSA Aperta, legata ai livelli IV) e V) della classificazione del bisogno del DM nonché di quella del livello VI) relativa alle cure palliative domiciliari attraverso CP-DOM.

Tali principi costituiscono comunque indirizzi programmatici validi per tutte le fasce d'età nell'ambito delle risorse di FSR annualmente disponibili e non solo di quelle di PNRR rivolte alla popolazione 65 anni, laddove ricorrano condizioni di eleggibilità ritenute appropriate all'esito della valutazione multidimensionale.

Nella tabella che segue viene riportata la programmazione della dinamica di assegnazione nel periodo 2023-2025 delle risorse di PNRR - comprese nel 2023 le risorse del 2022 - destinate da Regione Lombardia al Progetto di Sorveglianza Domiciliare (PSD) da assegnarsi progressivamente con successivi atti, tenendo conto dell'avanzamento del livello di raggiungimento degli obiettivi previsti:

DESCRIZIONE	2023	2024	2025
	PNRR	PNRR	PNRR
PROGETTO DI SORVEGLIANZA DOMICILIARE	14.196.912	29.646.646	30.000.000

Ai fini dell'implementazione del numero di prese in carico di persone over 65 anni in condizione di cronicità in funzione del concorso al raggiungimento degli obiettivi previsti

**Allegato 1)** Determinazioni in ordine all'attuazione della DGR XII/430 del 12/06/2023 recante "PNRR piano nazionale di ripresa e resilienza – missione 6 salute componente 1 - investimento 1.2: casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1 – assistenza domiciliare - approvazione piano operativo regionale" relativamente all'avvio del progetto di sorveglianza domiciliare di pazienti cronici over 65 anni nel quadro del nuovo modello di sanità territoriale definito con L.R. 22/2021 in attuazione del PNRR e in conformità al dm 77/2022 recepito con DGR XI/7592/2022 ai fini del concorso all'obiettivo target di PNRR di presa in carico in cure domiciliari del 10% della popolazione over 65 anni entro il 31.12.2025

dai target intermedi e dal target finale dell'obiettivo di investimento previsto dal PNRR alla Missione 6 Salute Componente 1 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina Sub-investimento 1.2.1 – Assistenza domiciliare, appare strategico avviare a livello regionale un progetto di sorveglianza domiciliare (PSD) riferito alla presa in carico di persone anziane in condizione di cronicità over 65 anni che faticano a raggiungere l'ambulatorio nell'ambito del modello organizzativo costituito dalle sedi hub e spoke delle CdC, coincidenti con le sedi delle CdC e con quelle degli ambulatori dei MMG/PLS operanti anche attraverso il proprio personale di studio, entro l'ambito della cornice normativa comunitaria, nazionale e regionale costituita dal PNRR, dal DM 77/2022, dalla L.R. 33/2009 come modificata dalla L.R. 22/2021, dall'ACN del 2022 dagli AIR del 2022 e 2023 della medicina generale e dalle DGR XI/6867/2022, DGR XI/7758/2022 e dalla DGR XI/7592/2022 di recepimento in Lombardia del DM 77/2022.

Le DDGGRR XI/7592/2022 e XI/7758/2022, entro la cornice della DGR XI/6867/2022, prevedono:

- da un lato, gli obiettivi previsti dai target intermedi e dal target finale del PNRR legati all'incremento del numero di prese in carico in cure domiciliari di persone over 65 anni, come declinati per ASST con nota protocollo G1.2023.0012092 del 30/03/2023, a fronte dell'approvazione a livello nazionale del riparto definitivo dei target regionali;
- dall'altro, quale driver per concorrere agli obiettivi target definiti per le annualità di PNRR 2022/2025, l'avvio di uno specifico percorso in ASST della **collaborazione tra Case della Comunità/IFeC e MMG – operanti anche attraverso il loro personale di studio** - per la gestione proattiva delle persone anziane con malattia cronica, che non sono già seguite da servizi domiciliari e che hanno difficoltà a fronte di condizioni cliniche/logistiche a raggiungere l'ambulatorio; questo con l'obiettivo della presa in carico anticipata di situazioni che, se non seguite al domicilio, potrebbero far accesso in modo inappropriato al pronto soccorso e al ricovero ospedaliero.

Nel corso del 2021 e 2022, sul territorio di ATS Brianza è stata infatti portata avanti da un primo gruppo di MMG una attività di sorveglianza domiciliare a favore di tale target di assistiti. La sperimentazione ha confermato la validità dell'attività di affiancamento dell'infermiere di studio nella sorveglianza dei pazienti con accessi programmati al domicilio, con l'utilizzo di una scheda di follow up per la rilevazione dei parametri definiti ed una successiva valutazione del medico sugli interventi attivati, ai fini della programmazione dell'accesso successivo.

L'estensione del progetto a livello regionale costituisce pertanto una **leva strategica nell'ambito del processo di implementazione di percorsi di sanità d'iniziativa** a favore della popolazione anziana in condizione di cronicità che ha difficoltà per condizioni cliniche/logistiche a raggiungere l'ambulatorio del MMG e ha bisogno di monitoraggio costante, concorrendo contestualmente, entro la cornice normativa della nuova sanità territoriale definita con L.R. 22/2021 in attuazione del PNRR, all'obiettivo:

**Allegato 1)** Determinazioni in ordine all'attuazione della DGR XII/430 del 12/06/2023 recante "PNRR piano nazionale di ripresa e resilienza – missione 6 salute componente 1 - investimento 1.2: casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1 – assistenza domiciliare - approvazione piano operativo regionale" relativamente all'avvio del progetto di sorveglianza domiciliare di pazienti cronici over 65 anni nel quadro del nuovo modello di sanità territoriale definito con L.R. 22/2021 in attuazione del PNRR e in conformità al dm 77/2022 recepito con DGR XI/7592/2022 ai fini del concorso all'obiettivo target di PNRR di presa in carico in cure domiciliari del 10% della popolazione over 65 anni entro il 31.12.2025

- dello sviluppo progressivo e strutturato del raccordo in ASST tra CdC e ambulatori dei MMG operanti, anche attraverso il proprio personale di studio, a livello distrettuale in una logica di integrazione e di prossimità, quali hub e spoke di CdC, in conformità al DM 77/2022 come recepito in Lombardia con DGR XI/7592/2022;
- di implementare, in linea con gli obiettivi di PNRR, il numero delle prese in carico a livello domiciliare di persone over 65 anni in condizione di cronicità attraverso programmi di sorveglianza domiciliare erogati dalle CdC/MMG di AFT a favore delle casistiche di assistiti definite nel presente allegato;
- di massimizzare, nell'ambito dell'equipe del distretto, la partecipazione del MMG all'**attivazione** del sistema di offerta a contratto per le cure domiciliari potenziando il numero, l'intensità e la durata legate alla relativa prescrizione secondo i percorsi e i livelli definiti dalla DGR XI/6867/2022 in una logica di pieno concorso al raggiungimento degli obiettivi target intermedi e al target finale del PNRR, nel pieno rispetto della sostenibilità e dell'appropriatezza di setting lungo la filiera dei servizi che accompagnano l'evoluzione naturale del bisogno della persona nel suo ciclo di vita;

Il processo di implementazione della nuova sanità territoriale definito con L.R. 22/2021 in attuazione del PNRR richiede pertanto che i DSS di ASST – in raccordo con la Direzione di ATS competente sulla medicina generale - attraverso i propri Direttori di distretto:

- programmino con le AFT di riferimento i volumi di prese in carico in sorveglianza domiciliare delle persone over 65 anni in condizione di cronicità tenuto conto dei parametri di arruolabilità e dei volumi previsti nel presente allegato;
- tengano conto, nell'ambito della programmazione dei volumi, sia dei MMG con il relativo personale di studio che degli infermieri presenti nel distretto per la gestione della cronicità.

## **2. PROGETTO DI SORVEGLIANZA DOMICILIARE: PSD**

Lo sviluppo del modello del progetto di sorveglianza domiciliare (di seguito PSD) prevede due possibili percorsi di sorveglianza domiciliare:

- sorveglianza domiciliare con attivazione e intervento dei MMG, anche attraverso il proprio personale di studio, fermo restando il tetto di cui all'art. 47 dell'ACN 2022;
- sorveglianza domiciliare da parte degli IFeC presenti nelle Case della Comunità, su attivazione o comunque d'intesa con il MMG del paziente nell'ambito della programmazione distrettuale dei volumi di presa in carico di cui al punto precedente definiti tenendo conto dell'obiettivo di PNRR e del tetto di cui all'art. 47 dell'ACN 2022.

Il modello ha come obiettivo:

- la gestione di pazienti a bassa complessiva assistenziale (CIA<0,14 e ICA di regola 1 e massimo 2 accessi al mese lungo il programma di assistenza definito);

**Allegato 1)** Determinazioni in ordine all'attuazione della DGR XII/430 del 12/06/2023 recante "PNRR piano nazionale di ripresa e resilienza – missione 6 salute componente 1 - investimento 1.2: casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1 – assistenza domiciliare - approvazione piano operativo regionale" relativamente all'avvio del progetto di sorveglianza domiciliare di pazienti cronici over 65 anni nel quadro del nuovo modello di sanità territoriale definito con L.R. 22/2021 in attuazione del PNRR e in conformità al dm 77/2022 recepito con DGR XI/7592/2022 ai fini del concorso all'obiettivo target di PNRR di presa in carico in cure domiciliari del 10% della popolazione over 65 anni entro il 31.12.2025

- la presa in carico di pazienti con bisogni sanitari e sociosanitari, che hanno difficoltà per condizioni cliniche/logistiche ad accedere all'ambulatorio del MMG;

L'attività prevista rientra pertanto nelle cure domiciliari di base, erogate dal MMG, anche attraverso il proprio personale infermieristico, nella forma dell'assistenza domiciliare programmata nell'ambito del modello hub e spoke delle Case di Comunità. Il servizio garantisce una presa in carico in sorveglianza di pazienti cronici più fragili focalizzata sull'**aspetto educativo e di addestramento**.

### **3. CRITERI DI ACCESSO E ATTIVAZIONE**

L'accesso al percorso **di sorveglianza al domicilio del paziente cronico e fragile over 65 anni** è attivabile in presenza dei seguenti criteri:

- presenza di una condizione di fragilità (patologia cronica) ancorché stabilizzata;
- necessità di un follow-up con cadenza sovrapponibile a quello ambulatoriale;
- assenza di necessità di attivazione dell'assistenza prevista dai percorsi e dai livelli dell'ADI integrata;
- difficoltà per condizioni cliniche e/o logistiche di raggiungere l'ambulatorio;
- necessità di un monitoraggio costante dei parametri vitali e dell'aderenza terapeutica, nonché di supporto ai caregiver in relazione a problematiche legate all'alimentazione, all'igiene e alla cura della persona in funzione di prevenzione;

L'attivazione del percorso può essere effettuata da:

- Medico di medicina generale;
- IFeC d'intesa e con conferma da parte del MMG dell'assistito, nell'ambito della programmazione distrettuale di cui al paragrafo 1) del presente allegato.

I volumi di PSD programmati a livello distrettuale in una logica di prevenzione proattiva non richiedono prescrizione.

La segnalazione dei pazienti necessitanti di sorveglianza, comprensiva di un programma di intervento che descrive la frequenza degli accessi e delle attività svolte a domicilio, è transitoriamente effettuata attraverso le piattaforme informatiche locali attualmente in uso presso le ASST ed evolutivamente nell'ambito della piattaforma regionale SGDT in corso di sviluppo. Gli operatori della ASST, nell'ambito della programmazione distrettuale di PSD di cui al paragrafo 1) del presente allegato, validano la proposta.

### **4. EFFETTUAZIONE DELLA SORVEGLIANZA**

La sorveglianza ha cadenza non superiore a quella mensile e prevede di regola 1 accesso al mese ed eccezionalmente massimo 2. L'attività di sorveglianza prevede la raccolta e registrazione di dati relativi a:

- parametri vitali e alcune condizioni e funzioni;
- aderenza alla terapia e utilizzo di dispositivi, educazione sanitaria (per la corretta assunzione della terapia, per valutazione corretto apporto idrico, per la regolare misurazione della pressione, controllo presenza ulcere, sorveglianza malattie

**Allegato 1)** Determinazioni in ordine all'attuazione della DGR XII/430 del 12/06/2023 recante "PNRR piano nazionale di ripresa e resilienza – missione 6 salute componente 1 - investimento 1.2: casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1 – assistenza domiciliare - approvazione piano operativo regionale" relativamente all'avvio del progetto di sorveglianza domiciliare di pazienti cronici over 65 anni nel quadro del nuovo modello di sanità territoriale definito con L.R. 22/2021 in attuazione del PNRR e in conformità al dm 77/2022 recepito con DGR XI/7592/2022 ai fini del concorso all'obiettivo target di PNRR di presa in carico in cure domiciliari del 10% della popolazione over 65 anni entro il 31.12.2025

infettive ed eventuali test diagnostici rapidi, verifica copertura vaccinale ed eventuale somministrazione, screening nutrizionale etc);

- informazioni di carattere sociale (presenza o meno del caregiver, rete parentale, aspetto sociale...) che potrebbero avere un forte impatto sulla clinica.

Questa attività di sorveglianza richiede l'utilizzo di una strumentazione che permetta di evidenziare attivamente eventuali aspetti di criticità, prima che questi ultimi divengano manifestazioni conclamate con un maggior impegno clinico assistenziale, consentendo al contempo un accesso non particolarmente impegnativo rispetto al fattore tempo. In questo senso, potranno essere utilizzate al domicilio anche tecnologie digitali per favorire la raccolta di dati clinici, da trasmettere al medico/a centrali operative.

Tutta l'attività domiciliare deve essere registrata nel **diario clinico**, in cui devono essere rilevate nello specifico:

- condizioni generali del paziente: parametri vitali, alimentazione/malnutrizione, ritmo sonno/veglia, alvo e diuresi (continenza/incontinenza), presenza/peggioramento di edemi declivi;
- aderenza alla terapia (dimenticanza/interruzione volontaria dell'assunzione di farmaci); corretto utilizzo di dispositivi (criticità nell'uso/inadeguata dotazione di dispositivi);
- care management (presenza/adeguatezza rispetto al quadro clinico);
- ricorso ai servizi di Pronto Soccorso/Continuità Assistenziale (motivazione dell'accesso);
- monitoraggio di specifiche indicazioni definite dal MMG per il singolo paziente;
- raccolta di informazioni di natura assistenziale, che l'infermiere ritiene di riferire al Medico, a supporto dell'eventuale decisione di attivare altri interventi (ad es. percorsi/Livelli ADI), quali:
  - rischio di insorgenza di lesioni da decubito;
  - rischio nutrizionale;
  - aspetti cognitivi e comportamentali;
  - fattori sociali.

Quando erogata dal personale di studio o dall'IFeC, gli esiti dell'attività di sorveglianza si concretizzano in tre tipologie:

- A) **Nessuna criticità rilevata:** l'infermiere non ha riscontrato variazioni del quadro clinico presentato nel precedente accesso, la compliance alla terapia è risultata adeguata, come pure l'utilizzo di ausili/dispositivi, non sono stati rilevati sintomi/segni di altro stato morboso, si è verificata la presenza l'adeguatezza del caregiver, laddove necessario in base allo specifico paziente.
- B) **ALERT per il medico:** l'infermiere ha rilevato una o più criticità rispetto al precedente accesso domiciliare, o altra condizione non necessariamente clinica meritevole di approfondimento/intervento, da parte del medico con conseguente eventuale attivazione di altri nodi della rete. Le criticità sono state così categorizzate:

**Allegato 1)** Determinazioni in ordine all'attuazione della DGR XII/430 del 12/06/2023 recante "PNRR piano nazionale di ripresa e resilienza – missione 6 salute componente 1 - investimento 1.2: casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1 – assistenza domiciliare - approvazione piano operativo regionale" relativamente all'avvio del progetto di sorveglianza domiciliare di pazienti cronici over 65 anni nel quadro del nuovo modello di sanità territoriale definito con L.R. 22/2021 in attuazione del PNRR e in conformità al dm 77/2022 recepito con DGR XI/7592/2022 ai fini del concorso all'obiettivo target di PNRR di presa in carico in cure domiciliari del 10% della popolazione over 65 anni entro il 31.12.2025

A	Scarsa compliance del paziente nell'assunzione della terapia (dosaggio, orari)
B	Peggioramento del quadro clinico
C	Nuova evidenza clinica (diversa dal quadro clinico che ha motivato l'arruolamento del paziente)
D	Dispositivi medici (scorretto utilizzo o mancata dotazione)
E	Caregiver inadeguato o assente o altre vulnerabilità di carattere sociale

La segnalazione di ALERT da parte dell'infermiere determinerà l'intervento del medico di medicina generale, in termini di:

- accesso domiciliare per lo svilupparsi di una situazione di instabilità clinica;
- contatto telefonico con il paziente/la famiglia/il caregiver, per la definizione con questi e con l'infermiere, di ipotesi di intervento migliorativo;
- conferma del follow up domiciliare al paziente con le scadenze programmate, ma con un accesso del medico in tempi successivi, se necessario con presenza congiunta dell'infermiere;
- raccordo con la CdC a livello distrettuale ai fini dell'attivazione di altre unità d'offerta in coerenza con l'evoluzione del bisogno della persona anziana in condizione di cronicità (es. ADI, UCP-DOM, RSA Aperta...., altre unità d'offerta)
- raccordo con la CdC a livello distrettuale per l'integrazione con i servizi sociali nell'ambito del PUA.

**5. INQUADRAMENTO ORGANIZZATIVO DEL PROGETTO NEL CONTESTO DELLA NUOVA SANITA' TERRITORIALE DEFINITA DAL PNRR E DAL DM 77: MODELLO ORGANIZZATIVO COSTITUITO DALLE SEDI HUB E SPOKE DELLE CDC, COINCIDENTI CON LE SEDI DELLE CDC E CON QUELLE DEGLI AMBULATORI DEI MMG/PLS OPERANTI ANCHE ATTRAVERSO IL PROPRIO PERSONALE DI STUDIO**

Il progetto di sorveglianza domiciliare trova attuazione organizzativa nell'ambito delle sedi hub e spoke delle CdC, coincidenti con le sedi delle CdC e con quelle degli ambulatori dei MMG operanti anche attraverso il proprio personale di studio, a livello distrettuale. Il progetto ha l'obiettivo di raggiungere la più ampia platea di pazienti

**Allegato 1)** Determinazioni in ordine all'attuazione della DGR XII/430 del 12/06/2023 recante "PNRR piano nazionale di ripresa e resilienza – missione 6 salute componente 1 - investimento 1.2: casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1 – assistenza domiciliare - approvazione piano operativo regionale" relativamente all'avvio del progetto di sorveglianza domiciliare di pazienti cronici over 65 anni nel quadro del nuovo modello di sanità territoriale definito con L.R. 22/2021 in attuazione del PNRR e in conformità al dm 77/2022 recepito con DGR XI/7592/2022 ai fini del concorso all'obiettivo target di PNRR di presa in carico in cure domiciliari del 10% della popolazione over 65 anni entro il 31.12.2025

cronici/fragili che necessitano di sorveglianza, identificati sulla base dei criteri identificati al paragrafo 3) del presente allegato.

I MMG che lavorano in forma associata e che dispongono di infermiere di studio potranno aderire a questi percorsi di sorveglianza ricompresi nelle cure domiciliari di base erogate a titolo di monitoraggio nella logica della proattività, anche integrando la propria attività con quella degli IFeC delle CdC. I MMG che non dispongono di infermieri di studio potranno programmare la sorveglianza domiciliare attraverso il proprio intervento integrato con gli IFeC.

Le ASST quindi, in modo complementare, attraverso le Case della Comunità e gli IFeC presenti sui distretti del Polo territoriale, partecipano completando l'offerta sul territorio di medicina d'iniziativa, rivolgendosi anche ai pazienti i cui MMG non aderiscono a questo tipo di percorso (MMG tenuti in ogni caso a individuare la casistica appropriata e a riferirla al proprio referente di AFT ai fini della programmazione dei volumi di PSD di cui al paragrafo 1) del presente allegato) ovvero a quelli che intendono aderire ma non dispongono di personale di studio. L'accesso domiciliare dell'IFeC nell'ambito del PSD non prevede il riconoscimento di quote al MMG, rientrando nell'ambito dell'erogazione di cure domiciliari nell'ambito del sistema ASST.

Le ATS raccolgono a partire dal mese di luglio le adesioni da parte dei medici delle AFT presenti sul territorio e i corrispondenti volumi di ADP legati al progetto di sorveglianza domiciliare PSD compresa la quota da erogarsi attraverso l'integrazione dell'attività dell'IFeC. Le ATS condividono con i DSS di ASST i volumi di PSD proposti dalle AFT di distretto.

Le singole ASST procedono, effettuate le necessarie valutazioni alla validazione per il tramite dei rispettivi direttori di distretto delle proposte di programma di PSD pervenute, prevedendo quindi l'attivazione di due possibili percorsi di sorveglianza domiciliare:

- attivazione e intervento dei MMG, anche attraverso il proprio personale di studio;
- l'intervento di monitoraggio da parte degli IFeC presenti nelle Case della Comunità, a favore delle casistiche di assistiti da individuarsi in applicazione dei criteri di arruolamento definiti nel paragrafo 3) del presente allegato.

Ai fini dell'attuazione del presente progetto si prevede pertanto quanto segue:

A) i MMG referenti delle AFT:

- provvedono tempestivamente ad acquisire dai MMG di riferimento la programmazione dei volumi di prese in carico in sorveglianza domiciliare 2023 a favore della casistica di assistiti prevista al paragrafo 3) del presente allegato, disponibili a garantire direttamente, attraverso gli infermieri di studio e gli infermieri della CdC/distretto, l'attività di sorveglianza;
- comunicano i volumi di attività di sorveglianza domiciliare così programmati ai DSS di ATS (ovvero alla direzione competente sulla medicina generale in ATS) e di ASST;

**Allegato 1)** Determinazioni in ordine all'attuazione della DGR XII/430 del 12/06/2023 recante "PNRR piano nazionale di ripresa e resilienza – missione 6 salute componente 1 - investimento 1.2: casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1 – assistenza domiciliare - approvazione piano operativo regionale" relativamente all'avvio del progetto di sorveglianza domiciliare di pazienti cronici over 65 anni nel quadro del nuovo modello di sanità territoriale definito con L.R. 22/2021 in attuazione del PNRR e in conformità al dm 77/2022 recepito con DGR XI/7592/2022 ai fini del concorso all'obiettivo target di PNRR di presa in carico in cure domiciliari del 10% della popolazione over 65 anni entro il 31.12.2025

B) i Direttori di Distretto:

- valutano i volumi di prese in carico in sorveglianza domiciliare proposti dai MMG del distretto e ne autorizzano la relativa erogazione entro i limiti delle risorse definite sul PNRR per il PSD tenuto conto in ogni caso del tetto definito dall'ACN per l'erogazione dell'ADP da parte del singolo MMG e, fermi questi limiti, autorizzando eventuali rimodulazioni tra i MMG delle singole AFT;
- monitorano in corso d'anno il livello di effettiva erogazione del PSD distrettuale programmato e validato;
- possono anche successivamente richiedere alle AFT una rimodulazione tra i MMG dei volumi di attività di sorveglianza domiciliare programmati qualora l'analisi del relativo andamento denoti scostamenti rispetto ai volumi attesi.

#### **6. VOLUMI DI PRESE IN CARICO PROGRAMMATE ATTRAVERSO IL PROGETTO DI SORVEGLIANZA DOMICILIARE (PSD) E FINANZIAMENTO DEL PROGETTO A VALERE SULLE RISORSE DI PNRR 2023**

Al progetto di sorveglianza domiciliare sono destinate risorse 2023 di PNRR fino a euro **14.196.912** oltre al concorso delle risorse assegnate alle ASST in relazione al personale sul territorio ex DL 34/2022.

L'attività svolta dal MMG, anche attraverso il proprio personale infermieristico, sarà remunerata applicando la tariffa prevista per l'ADP pari a 18,90 dall'art. 47 dell'ACN 2022. Il progetto prevede la presa in carico in sorveglianza domiciliare fino a 15 assistiti per ogni MMG entro il 31/12/2023, oltre al numero già in carico in ADP alla data di adozione del presente atto;

A) evidenziando che:

- si potrà procedere a livello locale o regionale a ulteriori diverse rimodulazioni tenuto conto dell'effettiva dinamica dei volumi di produzione di sorveglianza domiciliare in corso d'anno;
- le risorse del PNRR 2023 programmate fino all'importo di **euro 14.196.912** sono ripartite sulla base della popolazione over 65 anni per ASST, come declinato nella tabella di seguito riportata:



**Allegato 1)** Determinazioni in ordine all'attuazione della DGR XII/430 del 12/06/2023 recante "PNRR piano nazionale di ripresa e resilienza – missione 6 salute componente 1 - investimento 1.2: casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1 – assistenza domiciliare - approvazione piano operativo regionale" relativamente all'avvio del progetto di sorveglianza domiciliare di pazienti cronici over 65 anni nel quadro del nuovo modello di sanità territoriale definito con L.R. 22/2021 in attuazione del PNRR e in conformità al dm 77/2022 recepito con DGR XI/7592/2022 ai fini del concorso all'obiettivo target di PNRR di presa in carico in cure domiciliari del 10% della popolazione over 65 anni entro il 31.12.2025

ATS	ASST	Peso	ASSEGNAZIONE PER ATS
 321	ASST DI LODI	2,27%	322.897
321	ASST FATEBENEFRAELLI SACCO	7,17%	1.018.228
321	ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	1,77%	251.780
321	ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	6,04%	857.491
321	ASST NORD MILANO	2,87%	407.706
321	ASST OVEST MILANESE	4,72%	670.344
321	ASST RHODENSE	4,97%	704.975
321	ASST SANTI PAOLO E CARLO	4,27%	606.475
321 Totale		34,09%	4.839.896
 322	ASST DEI SETTE LAGHI	4,74%	673.533
322	ASST DELLA VALLE OLONA	4,50%	638.536
322	ASST LARIANA	5,89%	836.693
322 Totale		15,14%	2.148.763
 323	ASST DELLA VALCAMONICA	1,05%	148.552
323	ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	2,11%	299.037
323 Totale		3,15%	447.589
 324	ASST DELLA BRIANZA	8,74%	1.240.660
324	ASST DI LECCO	3,54%	503.214
324 Totale		12,28%	1.743.874
 325	ASST DI BERGAMO EST	3,64%	516.973
325	ASST DI BERGAMO OVEST	4,26%	604.893
325	ASST PAPA GIOVANNI XXIII	2,60%	368.434
325 Totale		10,50%	1.490.300
 326	ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	5,07%	719.186
326	ASST DEL GARDA	3,63%	515.723
326	ASST DELLA FRANCIACORTA	2,39%	338.908
326 Totale		11,09%	1.573.816
 327	ASST DI CREMA	1,65%	234.148
327	ASST DI CREMONA	2,12%	301.398
327	ASST DI MANTOVA	4,23%	601.026
327 Totale		8,01%	1.136.572
 328	ASST DI PAVIA	5,75%	816.102
328 Totale		5,75%	816.102
Totale complessivo		100,00%	14.196.912

**7. RENDICONTAZIONE DELL'ATTIVITÀ**

Nel caso di attività domiciliare svolta dal MMG e dal suo personale di studio, questa rientrerà nei percorsi di rendicontazione già attivi come ADP. Qualora l'ADP legata al PSD si sviluppi attraverso il concorso degli infermieri del polo territoriale delle ASST, potranno essere rendicontati in ADP esclusivamente gli accessi del medico di medicina generale.

**Allegato 1)** Determinazioni in ordine all'attuazione della DGR XII/430 del 12/06/2023 recante "PNRR piano nazionale di ripresa e resilienza – missione 6 salute componente 1 - investimento 1.2: casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1 – assistenza domiciliare - approvazione piano operativo regionale" relativamente all'avvio del progetto di sorveglianza domiciliare di pazienti cronici over 65 anni nel quadro del nuovo modello di sanità territoriale definito con L.R. 22/2021 in attuazione del PNRR e in conformità al dm 77/2022 recepito con DGR XI/7592/2022 ai fini del concorso all'obiettivo target di PNRR di presa in carico in cure domiciliari del 10% della popolazione over 65 anni entro il 31.12.2025

Nelle more del completamento degli sviluppi della piattaforma regionale SGDT, per la rilevazione delle prestazioni rese al domicilio attraverso l'ADP della medicina generale, si conferma il conferimento dei dati riferiti all'annualità 2023 attraverso il debito informativo istituito con nota prot. G1.2022.0051838 del 06/12/2022 e secondo il tracciato inviato con nota Prot. G1.2022.0054454 del 22/12/2022 e pubblicato su Smaf.

Il flusso avrà cadenza semestrale e dovrà essere inviato dalle ATS:

- entro il 31/07/2023 con riferimento al primo semestre 2023 (apertura finestra d'invio dal 1/7/2023);
- entro il 31/01/2024 con riferimento all'intera annualità 2023 (apertura finestra d'invio dal 8/1/2024).

L'invio del flusso ADP è in carico alle ATS che procederanno attraverso la piattaforma Smaf, secondo le indicazioni già fornite.

Come previsto al punto 8) del dispositivo della DGR XI/6867/2022, infatti, *nelle more del processo legato all'accreditamento ADI secondo i nuovi requisiti di esercizio e di accreditamento di cui all'allegato 1) in attuazione dell'Intesa del 4/08/2021, in funzione del potenziamento del sistema di offerta domiciliare in allineamento al quadro evolutivo espresso dalla programmazione comunitaria, che le ASST/IRCSS pubblici attraverso i relativi poli territoriali garantiscono la gestione diretta dell'ADI nell'ambito delle Case di Comunità in corso di sviluppo e attraverso le risorse di personale attualmente disponibili e di quelle che verranno successivamente assegnate a valere sulle risorse di cui al DL 34/2020 per l'ADI e gli infermieri di comunità".*

L'attività domiciliare degli IFeC, compresi gli accessi legati alla partecipazione al progetto di sorveglianza domiciliare dei medici di medicina generale, potrà essere rilevata attraverso la piattaforma regionale SGDT.

Con riferimento al 2023, anche per la rilevazione delle prestazioni rese al domicilio dagli Infermieri di Comunità, compresi gli accessi legati alla partecipazione al progetto di sorveglianza domiciliare, si conferma transitoriamente l'implementazione del processo di acquisizione dei dati relativi ai livelli di assistenza al domicilio garantiti a livello distrettuale di ASST attraverso il medesimo tracciato utilizzato per l'ADP della medicina generale, che allo scopo viene ridenominato "Flusso ADP-IfcC".

Il flusso informativo, secondo le specifiche indicate nel manuale tecnico pubblicato su Smaf, dovrà essere inviato dalle ASST per il tramite della piattaforma Smaf.

Il calendario degli invii per la rilevazione dei livelli di attività resi al domicilio dagli Infermieri di Comunità è allineato al flusso ADP e precisamente:

- entro il 31/07/2023 con riferimento al primo semestre 2023 (apertura finestra d'invio dal 1/7/2023)

**Allegato 1)** Determinazioni in ordine all'attuazione della DGR XII/430 del 12/06/2023 recante "PNRR piano nazionale di ripresa e resilienza – missione 6 salute componente 1 - investimento 1.2: casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1 – assistenza domiciliare - approvazione piano operativo regionale" relativamente all'avvio del progetto di sorveglianza domiciliare di pazienti cronici over 65 anni nel quadro del nuovo modello di sanità territoriale definito con L.R. 22/2021 in attuazione del PNRR e in conformità al dm 77/2022 recepito con DGR XI/7592/2022 ai fini del concorso all'obiettivo target di PNRR di presa in carico in cure domiciliari del 10% della popolazione over 65 anni entro il 31.12.2025

- entro il 31/01/2024 con riferimento all'intera annualità 2023 (apertura finestra d'invio dal 8/1/2024)

Tali indicazioni potrebbero essere rimodulate in considerazione dello stato di avanzamento degli sviluppi necessari al completamento di alcune interfacce della piattaforma regionale SGGT funzionali alla rilevazione delle attività degli IFeC.

## **8. REGOLE DI UTILIZZO DELLE RISORSE DI PNRR**

I costi sostenuti dalle ATS per l'attuazione del PSD sostenuti a carico del riparto di risorse del PNRR cui al paragrafo 6) del presente allegato, vanno imputati dalle ATS al CUP **E89G21000020006**.

I costi della partecipazione degli IFeC al PSD sono già finanziati a carico delle risorse del DL 34/2020 assegnate alle ASST. Tali risorse concorrono sinergicamente all'obiettivo target del PNRR ma non costituiscono risorse di PNRR.

Il/i responsabile/i individuato/i dalle ATS provvede/provvedono alla conservazione agli atti istruttori della documentazione attestante la liquidazione della spesa a valere sulle risorse del PNRR con l'indicazione del relativo CUP. Le ATS procedono comunque all'attivazione di uno specifico centro di costo finalizzato all'imputazione dei costi sostenuti a valere sulle risorse di PNRR di cui al riparto riportato al paragrafo 6) del presente allegato.

Come previsto dal quadro delle regole sulla gestione delle risorse del PNRR, si potrà procedere nel corso dell'attuazione del programma, all'effettuazione di controlli in loco diretti a verificare la regolarità dei procedimenti sottesi all'utilizzo delle risorse del programma e all'organizzazione delle attività dirette ad implementare le cure domiciliari a livello distrettuale. Tali controlli potranno essere esercitati sia dalla regione che dal livello nazionale e/o comunitario.

Con successive note dei competenti uffici della DG Welfare saranno comunque garantite le specifiche legate al sistema di rendicontazione dell'obiettivo di investimento in oggetto nell'ambito del sistema di regole definito a livello nazionale.