

	COLLEGIO DEI SINDACI DI ATS BRESCIA	
	RIUNIONE DEL COLLEGIO DEI SINDACI CONVOCATO CON NOTA PROT. N. 45400 del 29/04/2024	

Data 06 maggio 2024 ore 15:00

COMPONENTI: come da foglio firme allegato

Verbalizza: Dott. Andrea Mazzaron – Segreteria Collegio dei Sindaci di ATS Brescia

ORDINE DEL GIORNO

1. Approvazione verbale seduta precedente;
2. Esiti del confronto con i Consigli di Rappresentanza di ASST Spedali Civili di Brescia, Franciacorta e Garda;
3. D.G.R. n. XII/2089/2024 linee guida Piano di Sviluppo del Polo Territoriale e D.G.R. n. XII/2167/2024 linee guida Programmazione sociale territoriale;
4. Monitoraggio di ATS sulle Case di Comunità;
5. varie ed eventuali.

SINTESI DEGLI INTERVENTI E DECISIONI PRESE

Il Presidente del Collegio dei Sindaci, Dott. Agostino Damiolini, apre la seduta salutando i partecipanti e presentando l'ordine del giorno.

1. Approvazione verbale seduta precedente

Tutti i presenti concordano in merito ai contenuti del verbale del 4 marzo che viene approvato all'unanimità.

2. Esiti del confronto con i Consigli di Rappresentanza di ASST Spedali Civili di Brescia, Franciacorta e Garda

Il Direttore Generale, Dott. Claudio Sileo, presenta una panoramica degli esiti dei Consigli di Rappresentanza di ASST Spedali Civili di Brescia, Franciacorta e Garda. Ciascuna ASST ha presentato la propria direzione strategica illustrando le iniziative aziendali in fase di attivazione e future. Dopo le elezioni di giugno si renderà necessaria una revisione per gli organismi di rappresentanza politica in quanto alcune cariche sono ricoperte da sindaci in scadenza di mandato presso il proprio Comune. Il Collegio dei Sindaci proporrà un'unica giornata di elezione per gli organismi, modalità che già si è dimostrata funzionale nelle precedenti elezioni.

3. D.G.R. n. XII/2089/2024 linee guida Piano di Sviluppo del Polo Territoriale e D.G.R. n. XII/2167/2024 linee guida Programmazione sociale territoriale

Il Direttore Sociosanitario, Dott. Franco Milani, coadiuvato dal Direttore della S.C. Governo e Integrazione con il Sistema Sociale, Dott. Giovanni Maria Gillini, presenta le DD.G.R. n. XII/2089/2024 e n. XII/2167/2024.

Le due delibere sono fortemente intrecciate e hanno la medesima tempistica di attuazione.

La nuova programmazione sociale zonale prende il via da un documento tecnico frutto della collaborazione tra enti del mondo della Sanità, degli Enti locali e dell'associazionismo. Una novità è la definizione dei primi Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) recentemente introdotti dalle disposizioni nazionali. La finalità è il superamento di squilibri territoriali grazie all'omogeneizzazione degli interventi. Gli Ambiti sono chiamati a dirigere la programmazione e la realizzazione degli interventi riferiti ai LEPS al fine di stabilizzarli e garantire il soddisfacimento dei nuovi standard. Regione ha ritenuto di individuare alcuni LEPS ritenuti prioritari proprio per il forte livello di integrazione con gli aspetti sanitari e sociosanitari delle prestazioni. Anche il PNRR si intreccia fortemente con la nuova programmazione. ASST è chiamata a collaborare alla stesura del Piano di

Zona.

Rimane fondamentale e strategico l'allineamento e l'armonizzazione della nuova triennalità con il Piano di sviluppo del Polo Territoriale (PPT), declinato su base distrettuale, che ha la finalità di rispondere in modo efficace alle necessità sanitarie e sociosanitarie del territorio, programmando e progettando i servizi erogativi. Nello specifico il Piano contribuisce a garantire l'integrazione delle prestazioni e delle funzioni sociali con quelle sanitarie e sociosanitarie distrettuali, potenziando il raccordo tra Polo Ospedaliero e Polo Territoriale e la dimensione sociale attraverso il rapporto con i Comuni e i Piani di Zona e gli altri attori territoriali.

È dunque evidente come le due linee guida siano interrelate in modo forte con focus essenziale sulle fasi di analisi bisogno, valutazione, progettazione, implementazione ed erogazione dei servizi. Entrambe le DGR regionali riferiscono come elemento fondante l'integrazione e la deframmentazione degli interventi.

4. Monitoraggio di ATS sulle Case di Comunità

Il Dott. Sileo presenta il monitoraggio sulle Case della Comunità che ha la finalità, tra le altre cose, di accompagnare alla risposta al bisogno del cittadino e di focalizzarsi sul punto di vista dello stesso. Il confronto tra ATS e ASST sullo stato dell'arte dell'offerta ha l'obiettivo di valorizzare quanto già è stato realizzato nei territori e condividere buone prassi da mettere in atto. Le slide allegate al presente verbale portano alcuni esempi su tematiche quali la famiglia, la disabilità e gli anziani. Delle 25 Case di Comunità previste entro la scadenza del PNRR, sono 8 quelle attualmente attive. Ciascuna ASST ha pubblicato sui propri siti web una carta dei servizi rivolta alla popolazione suddivisa per target. È fondamentale che il cittadino sia messo nelle condizioni di conoscere ed essere edotto sui servizi e modalità di erogazione. Una corretta informazione è certamente quella che vede il cittadino e i relativi bisogni al centro di un sistema di erogazione di servizi e prestazioni. È onere della Casa di Comunità rilevare il bisogno del cittadino e il cittadino deve sapere che la CdC è luogo di soddisfacimento dei propri bisogni di salute.

Varie ed eventuali

ATS ha realizzato un vademecum sui tempi d'attesa, pubblicato sul sito web dell'Agenzia, che spiega gestione di priorità indicate sulle ricette, modalità di erogazione delle prestazioni e gestione di agende e appuntamenti.

Il presidente del Collegio ricorda che il prossimo incontro si svolgerà a Castelvotati il 17.06.2024 alle ore 14:30.

Non essendoci ulteriori interventi l'incontro termina alle ore 16:45.

Verbalizzante: Dott. Andrea Mazzaron

firmato digitalmente
IL PRESIDENTE DEL COLLEGIO DEI SINDACI
Dott. Agostino Damiolini



Contrassegno Elettronico



TIPO CONTRASSEGNO QR Code

IMPRONTA DOC 7A264009C44B5FE7F8838904339D95CE0FFFB5E1EC6D4D082ECA7890871A81F

Firme digitali presenti nel documento originale

Firma in formato pdf: Agostino Damiolini

Credenziali di Accesso per la Verifica del Contrassegno Elettronico

URL <https://protocollo.ats-brescia.it/PortaleGlifo/>

IDENTIFICATIVO ATSB5-0XK64-573508

PASSWORD 0pUQu

DATA SCADENZA Senza scadenza

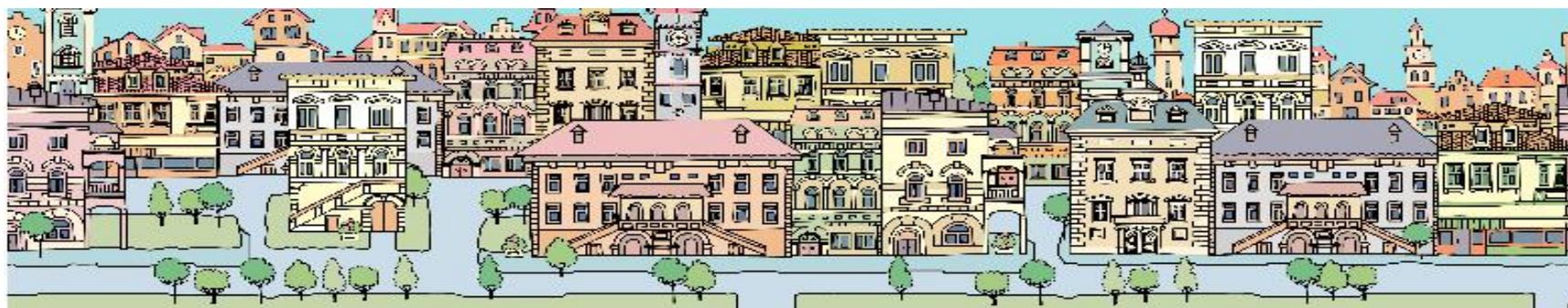
Ai sensi dell'art. 23 comma 2-bis del CAD (DLgs 82/2005 e ss.mm.ii.), si attesta che il presente documento, estratto in automatico dal sistema di gestione documentale è conforme al documento elettronico originale.

Scansiona il codice a lato per verificare il documento



Collegio dei Sindaci

Seduta del 06/05/2024



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

Nuova programmazione zonale

2025-2027



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

Governance



Ufficio di Piano è attore principale e favorirà il coinvolgimento degli attori sociali del territorio (Associazioni, sindacati, ETS) oltre ai partner formali (Comuni, ATS e ASST).

È necessaria un'azione che riduca spazi di frammentazione investendo su un modello di gestione associata volta all'omogeneità degli interventi.

Nuove disposizioni nazionali hanno definito i primi Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS). La finalità è proprio il superamento di squilibri territoriali grazie all'omogeneizzazione degli interventi. Gli Ambiti sono chiamati a dirigere la programmazione e la realizzazione degli interventi riferiti ai LEPS al fine di stabilizzarli e garantire il soddisfacimento dei nuovi standard.

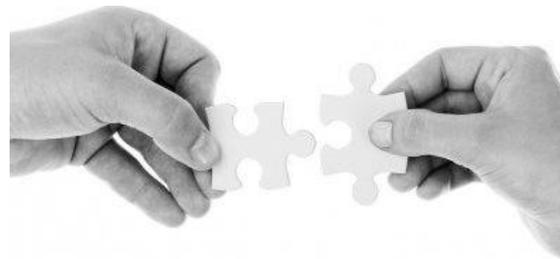
Sistema Socio Sanitario

 Regione
Lombardia
ATS Brescia

Linee regionali LEPS prioritari

LEPS	Integrazione socio sanitaria
UVM e progetto personalizzato (povertà)	ASST
Prevenzione allontanamento familiare (minori)	ASST / ATS
Servizi sociali dimissioni protette	ASST / ATS
PUA integrati e UVM, incremento operatori sociali (disabilità e non autosufficienza)	ASST / ATS
Incremento SAD	ASST

Questi LEPS sono da considerarsi strategici, il Distretto è il livello territoriale ottimale di programmazione dei LEPS che prevedono integrazione socio sanitaria.



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

Integrazione

Miglioramento del lavoro congiunto tra UdP, ATS, ASST e attori sociali. Il progetto di vita, la Cabina di Regia integrata di ATS e i Distretti sono elementi essenziali dell'integrazione.

Comuni e Ambiti hanno progettato e realizzato interventi innovativi in diverse aree del welfare territoriale grazie agli investimenti del PNRR.

Rimane fondamentale e strategico l'allineamento e l'armonizzazione della nuova triennalità con il Piano di sviluppo del Polo Territoriale (PPT), declinato su base distrettuale, che ha la finalità di rispondere in modo efficace alle necessità sanitarie e sociosanitarie del territorio, programmando e progettando i servizi erogativi.

ASST è chiamata a collaborare alla stesura del Piano di Zona.



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

Programmazione 25-27

Superamento interventi settoriali, promozione della trasversalità e individuazione dei bisogni sono elementi della nuova programmazione.

Macroaree d'intervento:

- A) Contrasto alla povertà e promozione inclusione attiva*
- B) Politiche abitative
- D) Domiciliarità
- E) Anziani
- F) Digitalizzazione dei servizi
- G) Politiche giovanili e per i minori
- H) Politiche per il lavoro
- I) Interventi per la famiglia
- J) Interventi per persone con disabilità
- K) Interventi di potenziamento UdP e gestione associata
- L) Altro

*macroarea C) promozione inclusione attiva accorpata alla A)



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

Format e scadenze

Nell'allegato alla D.G.R. XII/2167/2024 è contenuto un format per la redazione del documento di Piano 2025-2027:

- ❖ Esiti della programmazione precedente
 - ❖ Dati di contesto e quadro della conoscenza
 - ❖ Strumenti e processi di *governance* dell'Ambito
 - ❖ Analisi dei bisogni per macro aree d'intervento
 - ❖ Individuazione obiettivi della programmazione
 - ❖ Definizione di un sistema di indicatori qualitativi e quantitativi di monitoraggio e valutazione dell'andamento della realizzazione degli interventi
-
- La definizione e approvazione dei Piani di Zona e la sottoscrizione dei relativi Accordi di Programma dovrà avvenire entro il 31/12/2024.
 - Entro il 15/01/2025 dovranno essere inviati i documenti di programmazione e gli Accordi di Programma alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari opportunità.

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

Direzione Socio Sanitaria di ATS Brescia

**PROGETTO di MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'
AFFERENTI ALLE CASE DI COMUNITA' (e COT) DEL
TERRITORIO DI ATS BRESCIA
DGR N. 6760/2022 e 7592/2022**

MAGGIO 2024

Case di Comunità:
il tuo punto di accesso
ai servizi sanitari
e sociosanitari.



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

SCOPO: confronto ATS/ASST sullo stato dell'arte dell'offerta dei servizi proposti ai cittadini nelle Case di Comunità, in un'ottica di valorizzazione e condivisione delle buone prassi tra le diverse realtà già attive e in un'ottica di miglioramento continuo, anche alla luce dei nuovi input regionali

AREE DI STUDIO E CONFRONTO:

- area di accesso e dei servizi amministrativi
- area dell'integrazione con i servizi sociali e con la comunità,
- area della specialistica ambulatoriale e della diagnostica di base
- area dell'assistenza primaria
- area della prevenzione e promozione della salute



MODALITA':

INCONTRI IN LOCO presso le Case di Comunità, tra:

- Personale del dipartimento PIPSS
 - Direttore del distretto e coordinatore della Casa di Comunità
 - Responsabile dell'Ufficio di Piano e/o referente dell'area anziani/disabili
- oltre all'eventuale partecipazione del DSS

STRUMENTI:

- OSSERVAZIONE DELLE ATTIVITA' (accessi, percorsi, segnaletica, informative....)
- CONFRONTO SU SITUAZIONI COMPLESSE
- COMPILAZIONE DI UNA CHECK LIST

Case di Comunità:
il tuo punto di accesso
ai servizi sanitari
e sociosanitari.



OSSERVAZIONE DELLE ATTIVITA'

Accoglienza e accessi :

- Personale dedicato all'accoglienza
- Acquisizione di alcuni elementi quantitativi (n. utenti auto presentati ed inviati)

Percorsi e protocolli:

- contatti con enti del territorio e con il volontariato;
- agende dedicate ai pazienti cronici e fragili con prenotazione e ad uso MMG;
- Piani e PDTA locali e regionali: stato di attivazione
- Collaborazione con la comunità locale (contatti con le Ass. di volontariato, del terzo settore e con le reti sociali informali)

Case di Comunità:
il tuo punto di accesso
ai servizi sanitari
e sociosanitari.



COLLOQUI SU POSSIBILI SITUAZIONI COMPLESSE

Situazione n. 1 Minori

All'ambulatorio vaccinale della CdC si presenta senza appuntamento, accompagnata da un'amica, la sig.ra Irina per la vaccinazione del piccolo Kevin di quattro mesi.

Irina indossa un vistoso foulard sotto il quale si intravede un livido.

Nel faticoso dialogo informale l'assistente sanitaria chiede ad Irina se si è rivolta al Consultorio per un aiuto dell'avvio dello svezzamento ed apprende che non è mai andata al Consultorio perché il compagno dice che “non deve perché non serve a nulla”.



COLLOQUI SU POSSIBILI SITUAZIONI COMPLESSE

Situazione n. 2 Disabili

Un Medico di Base chiede al Direttore di Distretto un colloquio per un confronto sulla seguente situazione.

Maria neomaggiorenne e con sindrome di Down, sordocieca e con forte compromissione del linguaggio, in questi giorni a scuola manifesta un comportamento problematico che non si era mai verificato: si spoglia in classe e non vuole essere allontanata.

Il MMG vorrebbe un aiuto per comprendere se il comportamento/problema è su base organica, ipotizzando un ricovero programmato. Non sa quale percorso attivare.



COLLOQUI SU POSSIBILI SITUAZIONI COMPLESSE

Situazione n. 3 Anziani

Il Sig. Mino di anni 92 è in dimissione dall'Ospedale di zona per una problematica internistica cronica ben compensata e trattata farmacologicamente. Al momento del ricovero era lucido, ben orientato ed autonomo rispetto alla gestione del sé; tuttavia in precedenza l'unico figlio, abitando all'estero e sapendo che la casa del padre è un po' isolata, aveva ritenuto opportuno che visse con lui un'assistente familiare.

Al momento della dimissione l'ass. familiare ha trovato un altro impiego. Il Sig. Mino esprime in modo compiuto la volontà di ritornare a casa, nonostante presenti sopravvenute difficoltà nella deambulazione.

La lettera di dimissione evidenzia la necessità di medicazioni, di gestione del catetere per almeno un mese.



CHECK LIST: link allegato



RELAZIONE FINALE COMPLESSIVA DEGLI INCONTRI:

- Sintesi di ogni incontro, anche con eventuali integrazioni pervenute
 - Rappresentazione dei punti di forza e delle buone prassi rilevate
 - Stato dell'arte rispetto alla digitalizzazione del sistema
 - eventuali aree di miglioramento
-
- Condivisione della relazione complessiva con gli attori coinvolti, in cabina di regia



SITUAZIONE AL 30/04/2024:

Risultano attive 8 CdC sulle 25 previste

Sui siti web delle rispettive aziende è presente una carta dei servizi che descrive i servizi diretti ed indiretti rivolti alla popolazione target così identificata:

- 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



SITUAZIONE AL 30/04/2024:

ASST	COMUNE CASA DELLA COMUNITÀ	GIORNI DI FUNZIONAMENTO	ORARIO DI FUNZIONAMENTO	PRESENZA MMG	ORARIO SETTIMANALE GLOBALE COPERTO DALL'ATTIVITÀ DEI MMG/PLS PRESENTI	EQUIPE MULTIPROFESIONALE MINIMA	AMBULATORIO INFERMIERISTICO PER LA GESTIONE DELLA CRONICITÀ	PUA	ATTIVITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
GARDA	LENO	meno di 6gg/7	meno di H12	NO		SI	SI	SI	SI
GARDA	VESTONE	7gg/7	H24	SI	Meno di 30 ore settimanali	SI	SI	SI	SI
FRANCIA	CHIARI	6gg/7	H12	SI	Meno di 30 ore settimanali	NO	SI	SI	SI
FRANCIA	ISEO	7gg/7	H24	NO		NO	NO	SI	SI
CIVILI	NAVE	7gg/7	H24	SI	Meno di 30 ore settimanali	SI	SI	SI	SI
CIVILI	OSPITALETTO	meno di 6gg/7	meno di H12	NO		SI	SI	SI	SI
CIVILI	TAVERNOLE SUL MELLA	7gg/7	H24	SI	Meno di 30 ore settimanali	SI	SI	SI	SI
CIVILI	TRAVAGLIATO	7gg/7	H24	NO		SI	SI	SI	SI

Case di Comunità:
il tuo punto di accesso
ai servizi sanitari
e socio-sanitari.



CALENDARIO DEGLI INCONTRI:

15 maggio: Ospitaletto (+C) e Travagliato

20 maggio: Leno (+C)

27 maggio: Chiari (+C)

3 giugno: Tavernole e Nave

10 giugno: Vestone (+C)

17 giugno: Iseo (+C)

Case di Comunità:
il tuo punto di accesso
ai servizi sanitari
e socio-sanitari.



D.g.r. 25 marzo 2024- n. XII/2089

**APPROVAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO PER I PIANI DI SVILUPPO
DEL POLO TERRITORIALE DELLE ASST (PPT)**

A curi di

Dott. Antonino Zagari

Dott.ssa Erica Cantelli

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

Polo territoriale luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali

Implementazione sanità territoriale art. 7 comma 17 ter LR 33/2009 introdotto dalla LR 22/2021: le ASST con periodicità triennale devono predisporre il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale attuando idonee procedure di consultazione delle associazioni di volontariato, di altri ETS e organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del territorio.

Scadenze:

1. 31/3/24 definizione di RL Linee di indirizzo per la redazione del PPT per triennio 2025-2027
2. 30/06/2024 stesura percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle Cure Primarie
3. 31/12/24 approvazione da parte delle ASST del PPT elaborato su **base distrettuale**

Analisi dei bisogni territoriali

- **Dettagliata analisi della domanda di salute** e dei bisogni anche sociali del territorio con specifica attenzione ai determinanti sociali e al gradiente in termini di diseguaglianze incidenti localmente che possano indicare e indirizzare la **programmazione e la progettazione** dei servizi in un ambito di **integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale** con focus analitico e di **dettaglio per distretto**
- Supporto alle ASST da parte degli Osservatori Epidemiologici delle ATS
- Nella stesura del PPT fare riferimento a quanto indicato dalla DGR 1827/2024 tenendo conto della rete degli stakeholders, formali e informali, operanti a livello di distretto, sia del quadro complessivo degli indirizzi PRSS e PSSR.

Integrazione sociosanitaria e sociale

- Coinvolgimento **terzo settore** sia nella parte programmatica che in quella attuativa (D. Lsg 117/2027 art. 55) azioni di **co-programmazione e co-progettazione con ETS**.
- **Welfare di prossimità** (strumenti condivisi tra tutti gli attori per la lettura del bisogno anche in ottica preventiva)
- LEA e LEPS integrazione funzionale e strategica (es: dimissioni protette, prevenzione dall'allontanamento familiare)
- Integrazione tra sociale e sanitario deve avere evidenze ed **indicatori di esito definiti**
- Percorsi integrati sostenuti da approccio sistemico centrato sulla persona e non sui servizi
- Per tutte le aree di integrazione azioni di collaborazione tra professionisti del settore sociale e sanitario: **stesura di buone prassi operative**. Incontri periodici, piattaforme digitali, team multidisciplinari a composizione variabile in relazione a richieste/bisogni... **Formazione congiunta** → **Direttore Distretto: azioni a supporto**

Indicatori e specifiche azioni programmatiche 2025-2027

- ASST, sotto la regia di ATS, definiscono per distretto, le azioni per concorrere a garantire che ogni livello di assistenza organizzi la risposta ai bisogni di riferimento. Specificità dei territori di competenza nel rispetto del set minimo di temi da inserire nel PPT.
- **Direttore di distretto** garantisce l'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali del suo territorio. Supporta la Direzione nella stesura del Piano: focus sulla propria realtà distrettuale favorendo strategie di integrazione multiprofessionale, innovazione, valutazione dei risultati.

PPT aree tematiche

1. Valutazione
2. Continuità dell'assistenza
3. Cure domiciliari
4. Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie
5. Prevenzione e Promozione della Salute
6. Telemedicina
7. La presa in carico dei cronici e fragili

1. VALUTAZIONE

- Partecipazione as dei Comuni all'interno del PUA delle CDC
- Valutazione con strumenti validati e diversificati in funzione della problematica e della tipologia del bisogno per definizione Piano/Progetto individualizzato (L. 33/2023, D. lgs. n. 29/2024 **art. 27 vmd unificata**, L. 227/2022).
- Descrivere nel PPT le modalità attraverso cui verranno assicurate le valutazioni, in particolare nella transizione tra i *setting* assistenziali tramite le COT e avvalendosi anche della valutazione del bisogno psicologico della persona e del care-giver del Servizio di Psicologia delle cure Primarie

INDICATORI

n° di valutazioni che vedono la partecipazione dell'as comunale/n° complessivo valutazioni effettuate nell'anno, prevedendo una percentuale incrementale negli anni successivi pari a:

Almeno il 50% nell'anno 2025

75% nel 2026

100% nel 2027

2. CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA

Implementare continuità dell'assistenza nel passaggio tra i vari *setting* di cura.

Revisionare/elaborare specifici protocolli per assicurare un fluido passaggio assistenziale tra le strutture ospedaliere e i seguenti ambiti assistenziali: cure domiciliari, cure intermedie, ospedali di comunità, RSA, RSD/CSS, CD/CDD, strutture-progetti per pazienti psichiatrici.

I protocolli devono essere approvati in sede di Cabina di Regia della ASST, costituita con auspicata partecipazione di ATS oltre che di tutti i soggetti interessati della rete dei servizi, comprese le associazioni. Questi documenti dovranno interessare anche strutture di ricovero e cura a carattere privato accreditate e a contratto.

INDICATORI

n° progetti individualizzati attivati finalizzati ad assicurare continuità assistenziale/n° valutazioni effettuate per dimissioni/ammissioni protette con raccordo COT e CdC.

n° protocolli e/o procedure definiti per assicurare Transitional Care/ n° protocolli/procedure di base sopra indicati

3. CURE DOMICILIARI

- «casa» come primo luogo di cura con interventi diversificati: MMG attraverso ADP o tramite progetto sorveglianza domiciliare, CDom, RSA Aperta, UCPDom, SAD.
- Coinvolgimento volontariato

INDICATORI

- Prese in carico di ADI in numero incrementale di persone fino al 10% degli anziani entro 2026
- Nr di accessi al PS di pazienti in ADI, inferiori o uguali al 2024 (per anno 2025) calcolato dalle ATS.

Suggeriti ulteriori indicatori «di valutazione delle performance»

Valutazione da parte dell'utente dei servizi ospedalieri/territoriali (Metodologia PREMs del MeS Sant'Anna di Pisa)

4. PERCORSI DI INTEGRAZIONE A LIVELLO TERRITORIALE CON LA RETE DELLE CURE PRIMARIE

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

Protocolli sotto la regia del DSS, Direttore Distretto che si avvarrà di gruppi di lavoro snelli composti da tutti i soggetti coinvolti nei processi assistenziali entro 30.6.24. Supporto DG Welfare.

INDICATORI

- Numeri protocolli o procedure definiti/Numero protocolli o procedure sui 4 sopra indicati =100%
- All'interno dei protocolli sono previsti indicatori di monitoraggio della loro attuazione. Servizi Epidemiologia delle ATS.
- Indicatori specifici Servizio di Psicologia delle Cure Primarie

5. PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

1. Informazione e accesso

Siti internet aggiornati con attualità date e orari di accesso CDC

Presenza di punti informativi fisici

Standard: evidenza formazione 100% operatori

Evidenza flussi strutturati di informazioni e aggiornato (anche con modalità informatiche) a medicina territoriale e attori del territorio

3. Vaccinazioni e Campagne Vaccinali Antiinfluenzale/Covid

Attivazione offerta vaccinale nelle CDC

standard atteso > 90% delle CDC

Campagne vaccinale crescenti punti di offerta di prossimità dal 2024 al 2026 comprensivi delle CDC

standard atteso: numero punti di vaccinazione di prossimità anche in collaborazione con MMG/PLS aumentati per ogni campagna vaccinale

N° vaccinazioni antiinfluenzali eseguite da ASST al di fuori dei setting istituzionali (centro vaccinali, CDC)

standard atteso: evidenza di un programma di vaccinazione per gli hard to reach)

Copertura over 65 per antinfluenzale del 75% nel 2026

Garanzia di continuità dell'offerta vaccinale per il paziente cronico dimesso dall'Ospedale

Standard: evidenza di verifica a campione di almeno 50 PAI all'anno

2. Azioni distrettuali di prevenzione e implementazione programmi preventivi regionali

Indicatori:

azioni attuate/indicazioni regionali= 100%

4. Presa in carico infettivologica territoriale

durante la stagione influenzale fuori dal PS

Standard attesi:

- evidenza di punti di riferimento per il paziente fuori dal PS con personale ad hoc

- Indici di sovraffollamento del PS inferiori all'anno precedente

5. Piano Caldo

Azioni in collaborazione con tutti gli attori nel Distretto (Comuni, Uffici di Piano, Terzo Settore...)

Indicatore:

piano caldo formalizzato e condiviso in sede di Cabina di Regia di ASST.

6. Piano Pandemico di ASST aggiornato, compilazione portale, realizzazione e partecipazione del Piano pandemico

6. TELEMEDICINA

- Obiettivo strategico del PRSS diffusione servizi di Telemedicina (Televisita, Teleconsulto, Teleassistenza, Telemonitoraggio) dal secondo semestre 2024 con Piattaforma Unica e Centralizzata Regionale
- Target PNRR almeno 200.000 cronici nel 2026

INDICATORI

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

7. LA PRESA IN CARICO DEI CRONICI E DEI FRAGILI

Assunzione di responsabilità proattiva a garanzia della continuità assistenziale.

Regole 2024: modello di presa in carico intercetta precocemente i bisogni sanitari e di fragilità, orientando paziente e famiglia verso servizi appropriati, coordinando la rete di diagnosi e assistenza con MMG e specialisti con effetti di contenimento liste attese, riduzione accessi impropri al PS e tasso di ospedalizzazione dei pazienti cronici e fragili. Inizialmente MMG aderenti alle cooperative, successivamente RL metterà a disposizione anche ai non aderenti tramite SGDT.

Ad integrazione ASST individua modalità organizzative idonee per la presa in carico dei MMG non aderenti alla cooperativa tramite Centro servizi ASST.

In corso progetto continuità di cure per pazienti senza MMG.

ASST predispose logistica e valuta l'opportunità di fornire supporto amministrativo/organizzativo privilegiando ruolo COT o in alternativa cooperative di MMG del territorio se disponibili e ingaggiate da ATS.

Preso in carico ospedaliero del paziente complesso alla dimissione per assicurare tutti i presidi del territorio e prenotazioni delle prestazioni prescritte per il percorso di cura.

Possibile indice del documento

- Introduzione
- Descrizione dell'Azienda
- Analisi di contesto
- I Bisogni di Salute Territoriali
- La rete di offerta socio sanitaria e il terzo settore
- Le linee di indirizzo programmatiche
- L'applicazione del DM 77/2022 il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale
- L'integrazione Socio sanitaria e Sociale
- La Valutazione multidimensionale
- La Continuità dell'assistenza nei setting assistenziali
- Lo sviluppo delle Cure domiciliari
- Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie
- Prevenzione e Promozione della Salute
- Lo sviluppo della Telemedicina
- La presa in carico dei cronici e fragili
- Cronoprogramma

