

INCONTRI DI PRESENTAZIONE DEL VOLUME

LA NUOVA VIA DELLA SANITA'
TERRITORIALE

Studio Legale Degani

PREMESSA

È NECESSARIO AVERE IL PIÙ POSSIBILE UN QUADRO DEI «FRONTI APERTI» CHE SI INTERSECANO NELL'ATTUALE FASE DEL NOSTRO WELFARE:

- **RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DEL PNRR; SI PONE L'ATTENZIONE SUL POTENZIAMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI A PARTIRE DALLA AFFERMAZIONE "LA CASA COME PRIMO LUOGO DI CURA"**
- **L'ATTUAZIONE DELLA LEGGE DELEGA ANZIANI (LEGGE 33/2023)**
- **LA REVISIONE DELL'ISTITUTO DELL'ACCREDITAMENTO (SULLA BASE DEL DL CONCORRENZA)**
- **L'ATTESA DELL'EFFICACIA DELLE DISPOSIZIONI FISCALI DELLA RIFORMA DEL TERZO SETTORE CHE INTERESSA TANTE ONLUS CHE GESTISCONO SERVIZI (SOCIOSANITARI E SANITARI)**

MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA SANITÀ TERRITORIALE:

- **ASST;**
- **DISTRETTO**
- **SISTEMA CURE PRIMARIE**
- **CdC; OdC; COT;**
- **CF e RRCP;**
- **RETE UdO;**

CONTESTO LOMBARDO:

Nel quadro normativo regionale il ruolo centrale è lo sviluppo della presa in carico del bisogno della persona in condizioni di cronicità secondo la logica:

- prossimità;
- continuità e integrazione.

Tabella del Sistema delle Unità di Offerta socio-sanitarie lombarde (UDO) : e relativi posti letto

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			2.101	24.101

CONTESTO: alcuni dati sintetici della Lombardia

Le nuove Unità di Offerta (UdO):

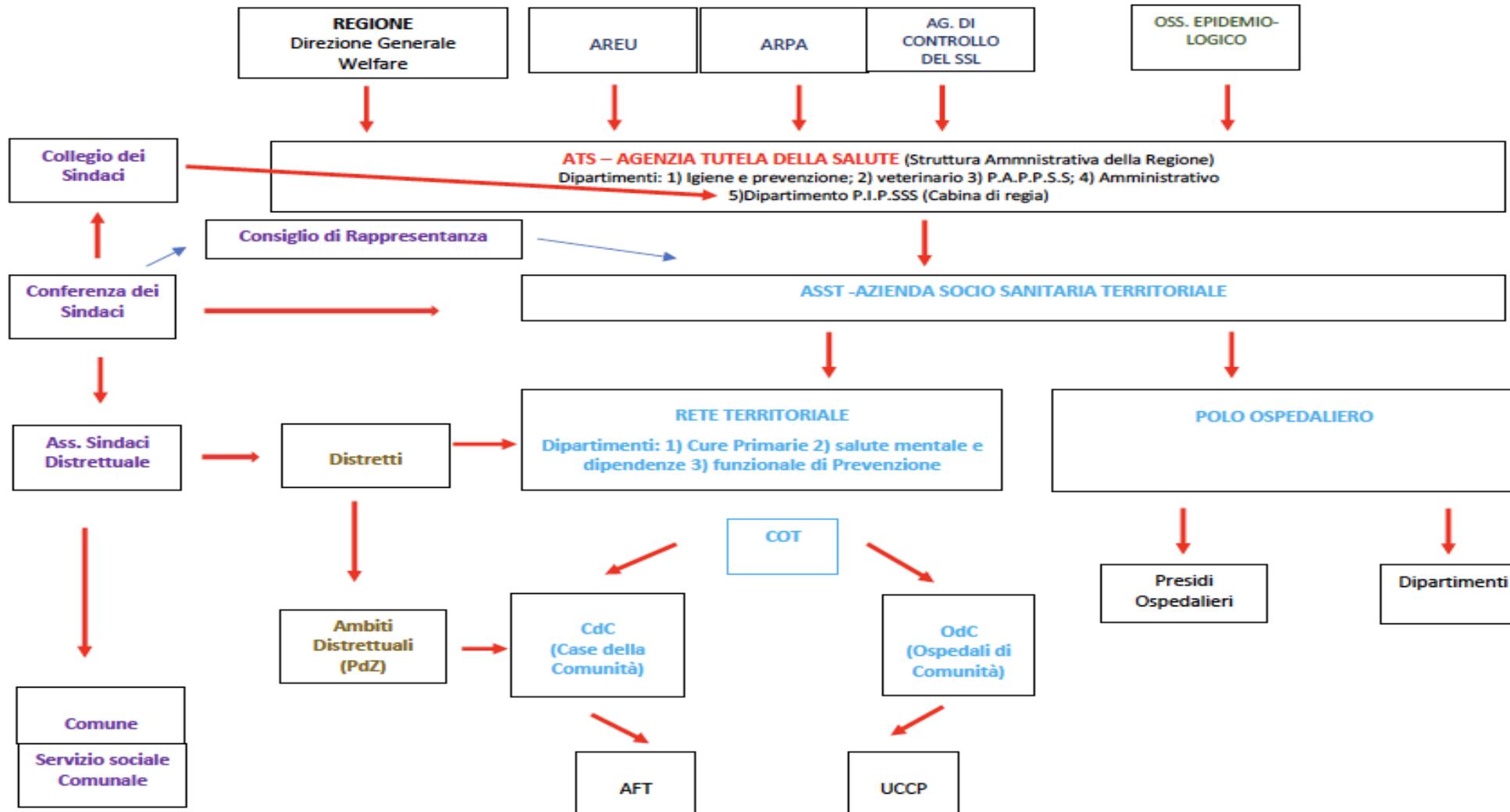
- **Case di Comunità (CdC) n. 216 ;**
- **Centrali Operative Territoriali (COT) n. 104;**
- **gli Ospedali di Comunità (OdC) n. 71;**
- **Associazioni Funzionali (AFT) di MMG n. 217**
- **AFT di PLS n. 86**

sono articolazioni organizzative che si collocano nel sistema di offerta territoriale costituita da:

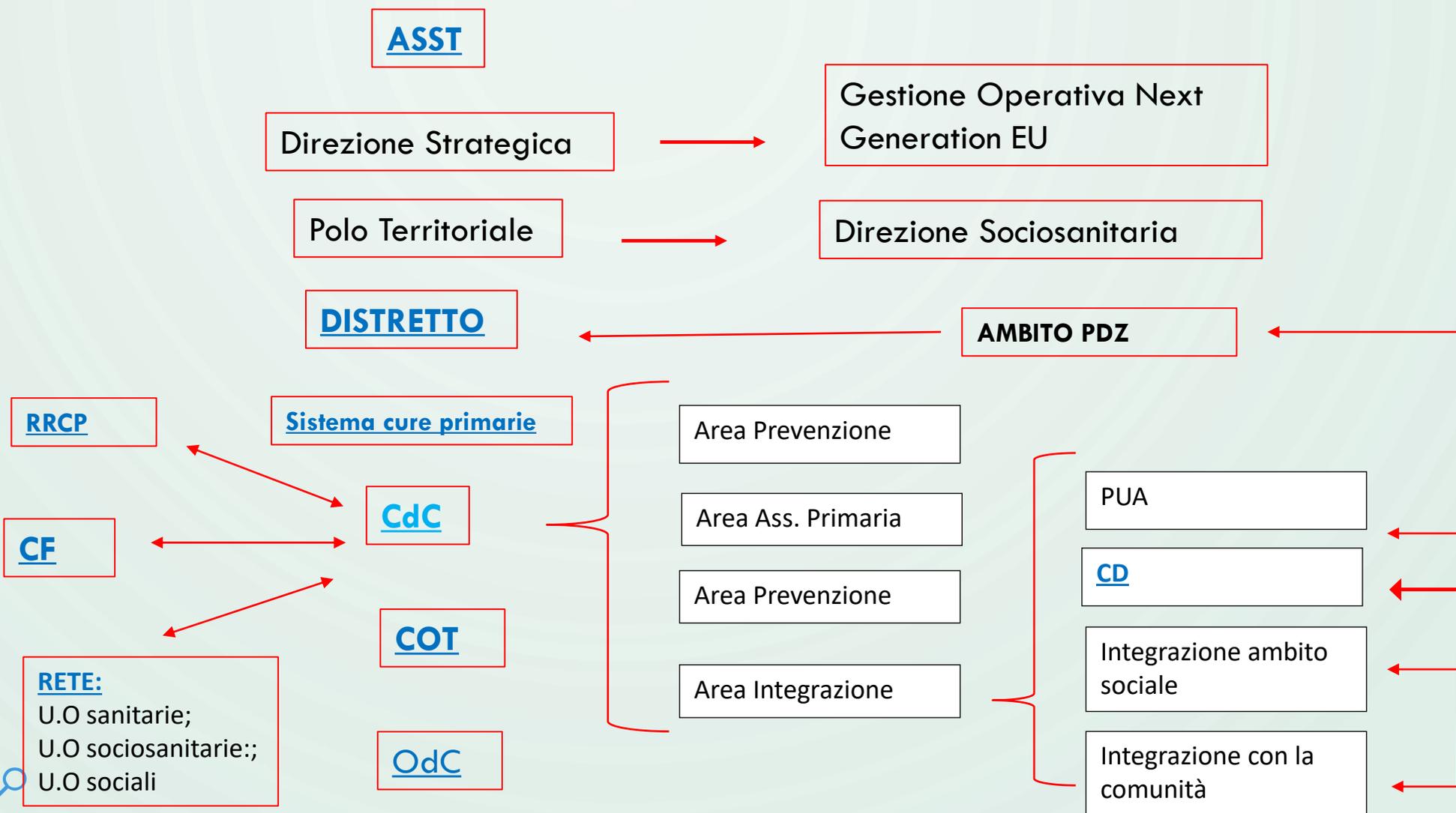
- **oltre 2.500 UdO sociosanitarie accreditate e a contratto (complessivi 84.600 posti tra diurno e residenziale);**
- **91 ambiti di Comuni associati nei Piani di Zona (PdZ);**
- **oltre 9.900 UdO socioassistenziali;**
- **oltre 7.000 Enti di Terzo Settore (ETS) operanti in ambito sanitario e sociosanitario**

SINTESI ORGANIZZATIVA LR 22/2021

SINTESI ORGANIZZAZIONE VIGENTE



Modello organizzativo della nuova sanità territoriale



Modello organizzativo della nuova sanità territoriale

Il modello organizzativo /funzionale della nuova sanità territoriale (vedi dgr 6760/2022 attuativo del DM77/2022 e dgr 6867/2022 di riforma dell'ADI, dgr 1435/2023 gestione OdC):

- **evidenzia la centralità dell'assistenza domiciliare e della continuità assistenziale**
- **qualifica il contesto fisico e digitale del domicilio del paziente come setting di cura a cui deve tendere tutta la riorganizzazione;**
- **ordina l'accesso alla rete delle UdO attraverso definizione di un PAI e di una VMD di 1° e 2° ;**
- **progetta la risposta al bisogno attraverso il mix degli interventi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali appropriati e in un'ottica proattiva rispetto a tutte le risorse della comunità;**
- **si pone l'obiettivo di ridurre l'inappropriatezza dell'utilizzo dell'ospedale.**



Azienda Socio Sanitaria Territoriale

La programmazione e la governance delle attività delle CdC, OdC, e COT è in capo a:

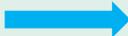
DIREZIONE STRATEGICA

← supportata dalla Gestione operativa Nex Generation EU che ha il compito di implementare gli interventi PNRR a livello di ASST

↓
si avvale della DIREZIONE SOCIOSANITARIA (Polo territoriale) che supervisiona e presidia o percorsi territoriali di programmazione garantendo:

- la continuità assistenziale;
- il raccordo tra il polo ospedaliero e il polo territoriale;
- l'integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale in sinergia con la Direzione strategica.

Il Direttore sociosanitario si avvale di un ORGANISMO CONSULTIVO DISTRETTUALE composto da: Direttori di distretto, Referenti dei CRT/AFT; degli Ambiti; delle Associazioni, delle ASST. Il documento ASST definisce le modalità di coordinamento delle attività de servizi e delle strutture.



ASST - ORGANIZZAZIONE (ART. 7)

Le ASST si articolano in **DUE SETTORI AZIENDALI**:

- **POLO OSPEDALIERO** che si occupa di acuti;
- **POLO TERRITORIALE** è articolato in distretti e dipartimenti , afferisce la cabina di regia dell'ASST, con il compito di dare attuazione all'integrazione sanitaria, **sociosanitaria e sociale** (in raccordo con la Conferenza dei Sindaci).

Le ASST, con periodicità triennale, **predispongono il Piano di sviluppo del Polo Territoriale (PPT) con specifica e analitica declinazione e dettaglio**, su base distrettuale della domanda di salute territoriale, la programmazione e progettazione dei servizi erogativi, assicurando l'integrazione sociosanitaria.

Il PPT è approvato sentita la Conferenza dei Sindaci (parere obbligatorio) e consultando associazioni, ETS e OSS.

.

ASST – POLO TERRITORIALE – COMPITI (ART. 7)

Al Polo Territoriale, afferiscono i seguenti 3 dipartimenti:

1. dipartimento di cure primarie;
2. dipartimento della salute mentale e delle dipendenze;
3. dipartimento funzionale di prevenzione.

Al Polo Territoriale è attribuito il coordinamento dell'attività erogativa delle **prestazioni territoriali** ed eroga per il tramite dell'organizzazione distrettuale:

- prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, di diagnosi e cura **a media e bassa complessità, nonché le cure intermedie** e le funzioni di medicina legale;
- prestazioni sociosanitarie e sociali territoriali **domiciliari** in base ai livelli d'intensità di cura in una logica d'integrazioni di funzioni e risorse;
- le attività di **prevenzione sanitarie** svolte dal dipartimento funzionale di prevenzione

ASST – POLO TERRITORIALE – ORGANIZZAZIONE (ART. 7)

Al polo TERRITORIALE, secondo l'articolazione distrettuale, è affidata l'erogazione delle prestazioni distrettuali.

A tale settore afferiscono:

- 1. Gli ospedali di comunità (O.d.C) previsti dal PNRR;**
- 2. Le case di comunità (C.d.C) previsti dal PNRR;**
- 3. Le centrali operative territoriali (COT) previsti dal PNRR.**

ATTUAZIONE PNRR (DGR N 6387/22)

- Il decreto di riparto attuativo del PNRR ha previsto per la Lombardia:
- n. 187 CdC; 64 OdC; 101 COT da realizzare entro il 2026, la **lr 22/2021** ha previsto di realizzare il **40%** delle strutture entro il **2022** (cioè 75 CdC; 26 OdC; e 40 COT).
- Con tre deliberazioni n.5195/2021, n. 5723/21 e n 6080/22 sono stati definiti i terreni e gli immobili destinati alla rete delle nuove strutture territoriali (aggiornamento (Sul CIS di Maggio 2022: CdC 199; OdC 66; COT 101).
- **Costituiscono CdC spoke gli ambulatori sociosanitari**

DISTRETTO

Il DISTRETTO ha compiti di committenza, produzione e garanzia dei servizi per assicurare una risposta assistenziale integrata.

Il DIRETTORE DI DISTRETTO ha la responsabilità attuativa e in particolare:

- organizza l'erogazione delle attività garantendo gli standard previsti;
- integra le diverse strutture sanitarie;
- sviluppa l'assistenza primaria ("leva fondamentale");
- eroga le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, a elevata integrazione e quelle sociali a rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali;
- informa sui target di popolazione, sui bisogni soddisfatti e sugli esiti di salute dei servizi.

Coordina l'UNITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (UCA), equipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui o comunità in condizioni clinico assistenziali complesse.

CdC, COT, OdC sono articolazioni organizzative dirette ad implementare il sistema di offerta territoriale.

RELAZIONE E INTERAZIONE TRA I SERVIZI

Si pone il tema di integrare le nuove UdO previste dal DM 77/22 con la rete dei servizi esistenti.

Il Distretto svolge questa funzione ed in particolare la EVM nella loro VMD, quando è richiesta dalla famiglia, svolgono la funzione:

- di attivazione / accompagnamento per tutta la rete dei servizi;
- con specifico riferimento al setting domiciliare , fanno riferimento al sistema allargato delle cure domiciliari (vedi di seguito).

Quindi la VMD si amplia e ha l'obiettivo prioritario di facilitare, orientare la famiglia e l'interessato alle diverse unità di offerta sociali e sociosanitarie che compongono la rete dei servizi territoriali, compreso il raccordo da e per l'ospedale.

CASE DI COMUNITÀ (CDC)

CDC



rappresenta il modello organizzativo di prossimità;

dipende gerarchicamente dal DISTRETTO;

è la piattaforma erogativa di tutti i dipartimenti e UO dell'ASST.

Esercita funzioni afferenti a 4 aree:

- area prevenzione e promozione della salute;
- area assistenza primaria (MMG afferenti alle Associazioni temporanee territoriali - AFT)
- area specialistica ambulatoriale e diagnostica di base (1°livello)

CASE DI COMUNITÀ (CDC)

- area dell'integrazione con i servizi sociali e con la comunità che comprende:
 - **PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)** rivolto prioritariamente persone con disagio e fragilità (sanitaria e sociale) : è il luogo dell'integrazione socio sanitaria professionale e gestionale . Possibile "disseminazione di punti di ascolto".
 - **ASSISTENZA DOMICILIARE (ADI)** ;
 - **INTEGRAZIONE CON L'AMBITO SOCIALE:**
 - 1° livello: assicurato dai professionisti delle CdC (PUA);
 - 2° livello: partnership strutturate interprofessionali;
 - 3° livello integrazioni tra istituzioni coinvolte (Ambiti/ASST) attraverso percorsi e protocolli condivisi , utilizzando lo strumento dell'Accordo di Programma previsto PdZ
 - **COLLABORAZIONE CON LA COMUNITÀ LOCALE:** luogo di valorizzazione della *community care*

CASE DI COMUNITÀ (CDC)

**INFERMIERE DI FAMIGLIA:
O COMUNITÀ (IFeC)**



assicura l'assistenza infermieristica collabora con tutti gli operatori presenti nella CdC, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, ponendo al centro la persona, la sua rete familiare e la comunità.



Attività svolte:

- **collabora MMG e PLS per reclutamento e gestione pazienti cronici (ruolo di case manager, compresa erogazione di prestazioni infermieristiche su richiesta MMG delle CdC);**
- **accompagna l'analisi del bisogno e la presa in carico dei pazienti segnalati (dal PUA, dia MMG, dalle COT e dalla centrale di emergenza 116117);**
- **collabora e coordina gli operatori ADI rispetto pazienti presi in carico dalla CdC;**
- **promuove la salute (ottica proattiva);**
- **collabora con personale di studio MMG e gli operatori sociali dei comuni /UdP secondo protocolli di integrazione elaborati dal Distretto;**
- **collabora equipe cure palliative.**



CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)

LE COT SONO LE PIATTAFORME DI SERVIZI UNITARIE DI CUI SI DOTANO LE ASST.

Funzioni svolte:

- **transitional care di pazienti fragili e non autosufficienti tra i diversi setting di cura;**
- **servizi di reclutamento e gestione di pazienti cronici;**
- **organizzazione, governo e messa a disposizione delle centrali di telemedicina.**

1° Fase: la COT è collocata presso CDC, è sempre attivata dagli operatori e gestisce:

- **percorso dimissioni protette;**
- **percorsi di attivazione degli interventi previsti alla dimissione stesi dall'equipe VMD per pazienti complessi;**
- **prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali;**
- **monitoraggio pazienti cronici e con bisogni di cure palliative (fase precoce).**

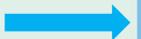
CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)

Le COT saranno supportate informaticamente dalla piattaforma SISTEMA GESTIONALE DIGITALE DEL TERRITORIO che permetterà loro di avere:

- la disponibilità dei posti letto attivabili presso tutte le strutture sanitari e sociosanitarie;
- un quadro aggiornato del budget ADI;
- l'accesso agli slot ambulatoriali dedicati ai pazienti cornici gestiti dalle CdC.

Tutto questo nella 2° fase perché le ATS allocheranno alle ASST le capacity annualmente contrattualizzate con tutti gli erogatori (cure intermedie, sociosanitario, ADI)

Le COT potranno programmare i ricoveri negli enti contrattualizzati per una quota non inferiore al 70% dei pl a contratto.



SISTEMA DELLA CURE PRIMARIE

IL Sistema della Cure Primarie (CI) è la porta d'accesso al SSR.

Ruolo determinante:

- MMG e PLS;
- Medici di Continuità Assistenziale;
- Personale infermieristico dei servizi territoriale e domiciliari;

che operano in stretto contatto con gli altri professionisti per offrire assistenza sanitaria al cittadino, anche con integrazione con i servizi sociali.

Negli 86 Distretti delle 25 ASST operano (anno 2022) 5.616 MMG (raggruppati in 235 AFT) e 1105 PLS

In tutte le ASST entro **30/09/23** devono essere pienamente operativi i **DIPARTIMENTI CURE PRIMARIE (DPC)** che hanno in particolare il compito di governare le attività previste dalle convenzioni MMG/PLS; coordinamento delle attività che coinvolgono i professionisti delle cure primarie nei luoghi dell'UdO territoriali (Distretti, CdC, OdC, CTO ecc.).



CURE DOMICILIARI (CD) – l'esperienza lombarda

La Regione Lombardia, dopo una fase sperimentale iniziata nel 2012, aveva costruito un proprio sistema di erogazione delle cure domiciliari che già definiva: l'autorizzazione e l'accreditamento (*dgr 354/2012 e dgr 3548/2012*), un modello di valutazione del bisogno (*decreto 6032/12*), profili e tariffe sperimentali (*dgr 3851/12 e dgr 3971/12*) e infine uno strumento unico di VMD.

Una successiva *dgr 7770/2018* ha avviato una sperimentazione per rivedere il modello di ADI introducendo:

- una differenziazione tra ADI di base e Adi specialistica;
- la delega della VMD all'Ente erogatore;
- un nuovo strumento valutativo regionale (Interai Vaor Home);
- nuovi requisiti per l'esercizio e l'accreditamento;
- nuove tariffe.

La nuova organizzazione del Udo C-DOM parte da questa esperienza ed è utile richiamare brevemente luci e ombre.

CURE DOMICILIARI (CD) – la nuova UdO C-DOM

Nella nuova riorganizzazione l'ADI è un'articolazione organizzativa del Distretto che afferisce alla Direzione Sociosanitaria e viene ridenominata UdO C-DOM.

Definizione di Cure Domiciliari: rispondono ai bisogni di persone non autosufficienti che e in condizioni di fragilità, con patologie in atto esito delle stesse, garantendo percorsi assistenziali costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico.

CURE DOMICILIARI (CD) – le direttrici del riordino

Le direttrici del riordino dell'ADI sono:

- organizzarsi sulla progressiva definizione di un modello stratificato di lettura del bisogno delle persone del distretto ;
- la centralità della VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (VMD) del bisogno;
- l'integrazione nella risposta lungo il ciclo naturale di vita della persona fragile e cronica, sviluppando qualità di vita / inclusione delle persone interessate;
- lo sviluppo tecnologico attraverso connessioni digitali funzionali all'integrazione e presa in carico delle persone fragili/cronici

Il riordino delle CD si sta sviluppando in una logica evolutiva di gradualità correlata all'attuazione del nuovo modello di sanità territoriale. Sono attivi i moduli per la presa in carico del Sistema di Gestione Digitale Territoriale (SGDT) che sono: Accoglienza; Valutazione; PI.

CURE DOMICILIARI (CD) – la nuova riclassificazione

La nuova riclassificazione regionale dei criteri di accesso e destinatari delle CD sono:

- l'intensità assistenziale (CIA);
- la tipologia dei fabbisogni individuati (necessità o meno di interventi multidimensionali e multiprofessionali);
- i percorsi standardizzati predefiniti.

Le risposte assistenziali delle UdO C-DOM CD si suddividono:

1. **per i bisogni semplici prestazionali (mono professionali e/o mono prestazionali) in:**
 - CD di base comprendono: prelievi, prestazione generica (CIA < 0,14); percorsi standardizzati predefiniti e specifici: gestione Alvo; gestione Catetere; gestione Lesioni (A;B;C); gestione Fisioterapia (A;B;C)
2. **per i bisogni complessi e compositi (multidimensionali e/ multi professionali) in:**
 - CD di ADI Integrata (CIA ≥ 0,14): di I°, II°, III livello (III A;IIIB;IIIC); alta intensità

Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) = GEA (n. Giornate Effettive di Assistenza) / Gdc (n. Giornate di Cura), ovvero tra il n. di giornate in cui viene eseguito almeno 1 accesso e il numero totale di giornate di persa in carico)

OSPEDALE DI COMUNITÀ (OdC)

L'OdC è la struttura sanitaria di ricovero che svolge la funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero.

Finalità degli OdC:

- stabilizzazione paziente dimesso dall'ospedale;
- riabilitazione funzionale e apprendimento di procedure di autocure complesse;
- inizio ricoveri sociosanitari per non autosufficienti in attesa di una collocazione stabile.

Chi accede? Assistiti del Distretto con patologie acute minori, patologie croniche riacutizzate (risoluzione prognostica a breve termine) provenienti dal domicilio o dal PS o in dimissioni da presidi ospedalieri. Per tutti è richiesto l'intervento della COT.

Da chi sono gestiti? Da infermieri h 24 con un mix OSS e riabilitatori. Partecipano i MMG con attività clinica come a domicilio. Responsabilità clinica: UO SS «sub acuti interna alla UO di Medicina Interna ASST.

Durata max ricovero 30 gg



RETE REGIONALE DI CURE PALLIATIVE (RRCP)

Il modello organizzativo della cure palliative è composto da:

- a livello regionale: Organismo di Coordinamento della RRCP. La RRCP è composta dalle 14 RETI LOCALI DI CURE PALLIATIVE (RLCP), una ATS e 1° Dipartimenti interaziendali e Aziendali di cure palliative (DICP);
- a livello locale: in tutte le ATS, sono istituite le (RLCP) e i (DICP) con una ASST capofila, che in sinergia con l'ATS di riferimento territoriale è garante del governo clinico del percorso ospedale – territorio.

La rete di cure palliative lombarda è in linea con gli indici di copertura previsti dal DM 77/2022 che la 31/12/2021 prevede:

- 8.4 pl ogni 100.000 ab, per gli hospice (totali n. 73 UdO con 828 pl)
- 1,7 Unità di Cure Palliative domiciliari (UCP-DOM) ogni 100.000 ab (totale 171 UdO)
- Day Hospice (n 22 UdO 37 posti)



CONSULTORIO FAMILIARI (CF)

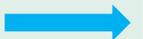
Il CF si inserisce nell'attuazione del DM77/2022 quale UdO a libero accesso che garantisce prestazioni mediche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche e riabilitative e preventive nell'ambito dell'assistenza territoriale alle donne, ai minori, alle coppie e famiglie (art. 24 DPCM 12.01.2017).

I CF saranno collegati funzionalmente alle CDC in una logica di raccordo hub e spoke. In particolare gli interventi che si collocano nelle CdC sono:

- la prevenzione, la promozione della salute, l'intervento precoce;
- la tele medicina;
- gli interventi a domicilio (dell'Ostetrica dei famiglia).

tutto questo in raccordo con il PUA e la COT.

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 UVM per la VMD e gli interventi di 1° Livello.



SALUTE MENTALE (Psichiatria, Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza); DIPENDENZE, SANITÀ PENITENZIARIA E DISABILITÀ

Si prevede standard di assistenza integrati nel nuovo modello territoriale distrettuale articolato in 4 livelli di assistenza:

- 1. LIVELLO DI CONSULTAZIONE E ASSISTENZA PRIMARIO: rivolto a tutta la popolazione in stretto coordinamento con le CDC, i MMG, PLS;**
- 1. LIVELLO DI PRESA IN CARICO; per episodi di cura o per progetti terapeutici – riabilitativi individualizzati di lungo termine (garantiti dai CPS, UONPIA, SerD/SMI);**
- 2. LIVELLO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA: in ambito ospedaliero o Residenziale (SPDC, NPIA, UdO dedicati disintossicazione alcol /sostanze; Strutture residenziali Terapeutiche;**
- 3. LIVELLO DELLE RETI SPECIALISTICHE DI AREA VASTA regionali o interregionali: (Servizi per disturbi della Nutrizione e Alimentazione, REMS, Centri per disturbi neuropsichici dell'età evolutiva).**

UNITÀ OPERATIVE DI PSICOLOGIA (UOPSI)

Nel 2023 implementazione dell'organizzazione dell'attività psicologica nel territorio (Distretto e CdC).

È previsto uno Psicologo delle Cure territoriali in ogni CdC.

In particolare si dovrà definire per l'attività psicologica:

- le modalità di coordinamento dello Psicologo con l'EVM delle CdC (la sua integrazione con l'attività del PUA, della COT, dell'ADI, la RCP, i MMG/PLS) in accordo con il Direttore di Distretto;
- le modalità d'integrazione con il Consultorio familiare per la prevenzione e diagnosi precoce in favore di adolescenti;
- le modalità di segnalazione e invio casi al DSM;
- le modalità di collaborazione con gli altri reparti e servizi specialistici;
- le modalità di svolgimento delle funzioni cliniche proprie.

GLOSSARIO

ADI	= Assistenza Domiciliare Integrata.
ADP	= Assistenza Domiciliare Programmata (eseguita dai MMG).
AFT	= Associazioni Funzionali Territoriali (MMG e PLS)
AO	= Azienda Ospedaliera.
ASST	= Azienda Socio-Sanitaria Territoriale.
ATS	= Agenzia Tutela della salute
CD	Cure Domiciliari.
CdC	= Casa della Comunità.
CDD	= Centro Diurno Disabili.
CDI	= Centro Diurno Integrato.
CF	= Consultorio Familiare.
CIA	= Coefficiente di Intensità Assistenziale
COT	= Centrale Operativa Territoriale.
CRT	= Centri di Riferimento Territoriali (MMG).
CSS	= Comunità Socio-Sanitaria.
DH	= Day Hospital.
DPC	= Dipartimento di Cure Primarie.
DS	= Day surgey
DSM	= Dipartimenti Salute Mentale.
EG	= Ente Gestore.
ETS	= Enti di Terzo Settore.
EVM	= Équipe di Valutazione Multidimensionale.
GdC	= Giornate di Cura.
IFeC	= Infermiere di Famiglia e Comunità.
IRCCS	= Istituto di Ricerca a Carattere Scientifico.
MMG	= Medico di Medicina Generale.
NOA	= Nucleo Operativo Alcolologia.
OdC	= Ospedale di Comunità.
PAI	= Piano Assistenziale Individualizzato.
PdZ	= Piano di Zona
PIC	= Presa in Carico (riferito a pazienti cronici)
PLS	= Pediatria di Libera Scelta.
PUA	= Punto Unico di Accesso.
RRCP	= Rete Regionale di Cure Palliative.
RSA	= Residenza Sanitaria Assistenziale.
RSD	= Residenza Sanitaria Disabili.
SerD	= Servizio Dipendenze.
SIAD	= Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare.
SMI	= Servizi Multidisciplinari Integrati (area tossicodipendenze)
SRM	= Servizio Residenziale terapeutico-riabilitativo di Media intensità.
SSR	= Servizio Sanitario Regionale.
UCA	= Unità di Continuità Assistenziale.
UdO	= Unità di Offerta.
UDO C-DOM	= Unità Operativa di Cure Domiciliari (nuovo nome ADI lombarda)
UNPIA	= Unità di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza.
UOCP	= Unità Operativa di Cure Palliative.
VMD	= Valutazione Multidimensionale.



PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO PER PERSONE CON BISOGNI COMPLESSI

DPCM 3/10/2022 – PIANO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Questo percorso prevede tre tappe attuative condivise tra ATS e Distretto:

2022: - Costituzione del sistema unitario dei punti di accesso socio e sanitario territoriale;

- Protocollo operativo di funzionamento del EVM .

2023: - Strumenti unitari per la valutazione preliminare. Accordo di programma di funzionamento EVM;

2024: - Strumenti unitari per la VMD. Protocolli operativi di funzionamento della VMD. (Composizione minima EVM: MMG, PLS, medico distretto, infermiere di comunità, AS dell'ATS+ se necessitano altri specialisti).

PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO PER PERSONE CON BISOGNI COMPLESSI

DPCM 3/10/2022 – PIANO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA
SCHEMA TIPO DI ACCORDO

il PNNA contiene uno schema tipo di accordo interistituzionale tra ATS e Distretto per l'intesa istituzionale, organizzativa e professionale, comprensivo di 3 allegati:
allegato A) delinea la cooperazione interprofessionale.
allegato B) delinea la cooperazione organizzativa.
allegato C) delinea l'integrazione degli interventi.

Sono interessanti:

- l'art 12 che prevede il superamento dei modelli prestazionale introducendo progetti personalizzati e partecipati cogestiti dagli interessati, sostenuti da Budget di salute e di Comunità (a valere sui FNA e FSR LEA) (art. 1 c. 4bis L77/2020);
- L'art. 13 che prevede l'istituzione dell'Ufficio sociosanitario integrato di ambito.

PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO PER PERSONE CON BISOGNI COMPLESSI BUDGET DI SALUTE

Che cosa è il BdS? L'insieme delle risorse economiche, professionali, e umane e relazionali, necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire l'inclusione sociale della persona.

A chi si applica? A tutte le progettualità di persone con bisogni complessi.

Chi lo attiva? su proposta della persona, da un operatore che la segue.

Chi lo realizza? L'EVM che è chiamata a fare una valutazione multiprofessionale e multidimensionale in relazione con la persona.

PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO PER PERSONE CON BISOGNI COMPLESSI BUDGET DI SALUTE

Il BdS mette insieme il Progetto di vita e Piano Terapeutico Individualizzato (PTRI). Il PTRI contiene:

- **obiettivi nelle diverse aree;**
- **abilità della persona per il raggiungimento degli obiettivi;**
- **la totalità delle risorse;**
- **piano dettagliato degli interventi;**
- **operatori coinvolti con compiti e responsabilità;**
- **la programmazione della verifica;**
- **la durata del progetto;**
- **il Responsabile del progetto: case manager.**

PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO PER PERSONE CON BISOGNI COMPLESSI BUDGET DI SALUTE

Il BdS diventa operativo con il consenso che è ratificato in un accordo, parte integrante del BdS.

Il BdS integra anche gli interventi di co-programmazione e co-progettazione degli ETS di sostegno dei percorsi in esso descritti.

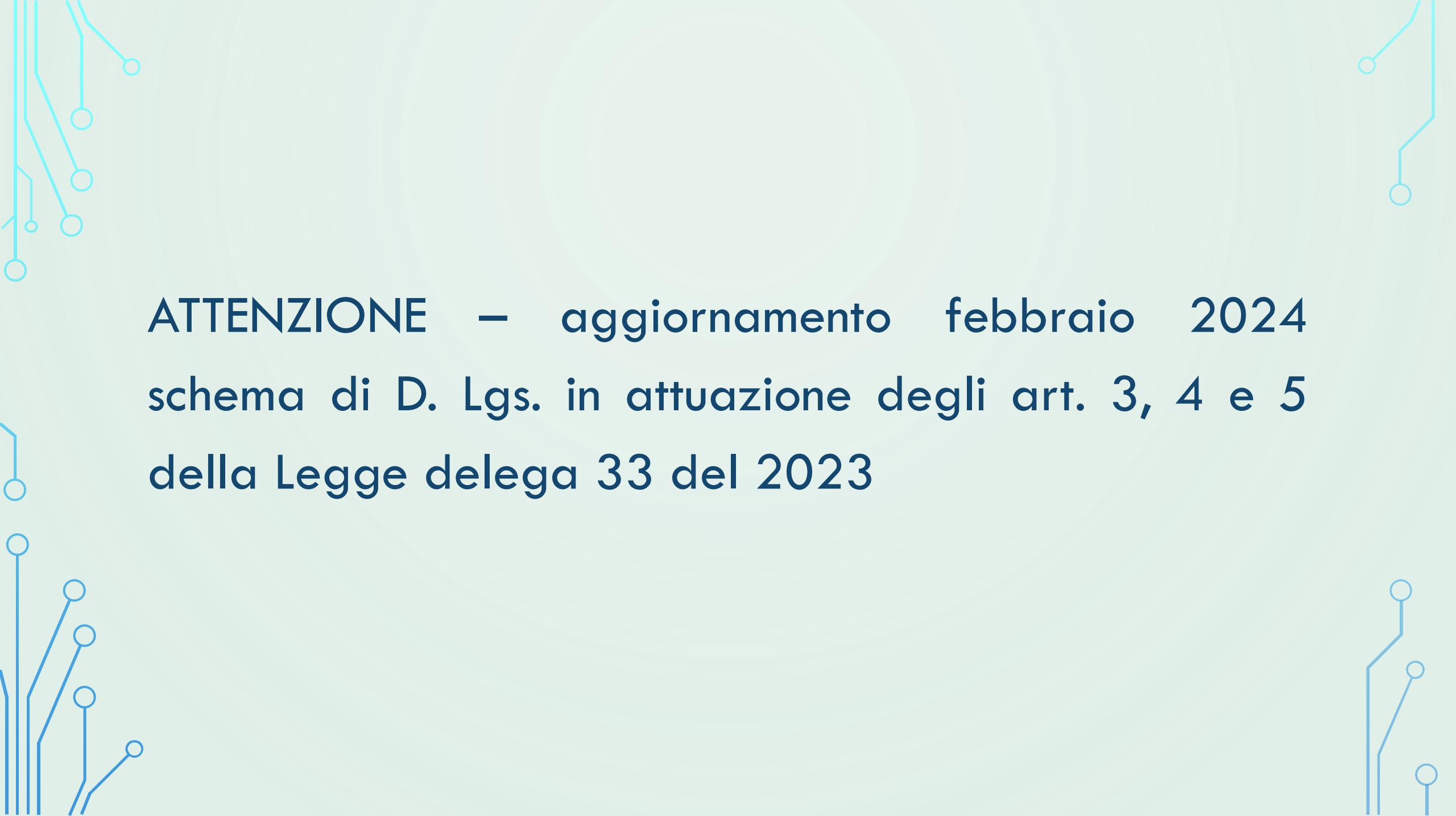
Limite: il documento approvato è focalizzato sulla salute mentale, quindi va declinato negli altri settori. Il concetto di BdS è contenuto nella l. 112/2016 (Dopo di noi) e nella l. 227/2021 Delega al governo in materia di disabilità.

LA LEGGE DELEGA PER GLI ANZIANI

- È una delle riforme previste dal PNRR per il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e si completa attraverso l'approvazione entro gennaio 2024 dei decreti legislativi delegati. Si attua in questo modo la Riforma del sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti prevista dalla Missione 5 Componente 2 del PNRR.
- La nuova legge stabilisce il riconoscimento del diritto delle persone anziane alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio e il principio di semplificazione e integrazione delle procedure di valutazione della persona anziana non autosufficiente.

COSA PREVEDE LA LEGGE DELEGA IN GENERALE

- Si prevede, anche attraverso i decreti delegati attuativi:
- l'introduzione di una definizione di popolazione anziana non autosufficiente;
- la definizione del sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA);
- l'effettuazione, in una sede unica, mediante i "punti unici di accesso" (PUA), di una valutazione multidimensionale finalizzata a definire un "progetto assistenziale individualizzato" (PAI), che indicherà tutte le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali necessarie per la persona anziana;
- La definizione di una specifica governance nazionale delle politiche in favore della popolazione anziana, con il compito di coordinare gli interventi;
- la promozione di misure a favore dell'invecchiamento attivo e dell'inclusione sociale;
- la promozione di nuove forme di coabitazione solidale per le persone anziane e di coabitazione tra le generazioni, anche nell'ambito di case-famiglia e condomini solidali, aperti ai familiari, ai volontari e ai prestatori di servizi sanitari, sociali e sociosanitari integrativi;
- la promozione di interventi per la prevenzione della fragilità delle persone anziane; l'integrazione degli istituti dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) e del servizio di assistenza domiciliare (SAD);
- il riconoscimento del diritto delle persone anziane alla somministrazione di cure palliative domiciliari e presso hospice;
- La previsione di interventi a favore dei caregiver familiari.

The image features a light blue background with decorative circuit-like lines in the corners. These lines consist of thin blue lines with small circles at the end, resembling a network or data flow diagram. The lines are positioned in the top-left, top-right, bottom-left, and bottom-right corners, framing the central text.

ATTENZIONE – aggiornamento febbraio 2024
schema di D. Lgs. in attuazione degli art. 3, 4 e 5
della Legge delega 33 del 2023

RIFORMA DEL TERZO SETTORE

- stato dell'arte sulla attuazione della RTS - aggiornamento febbraio 2024
- Le forme della amministrazione condivisa tra PA ed ETS