



DECRETO

N. 1767 del 23/12/2024

ADOTTATO

dal DIRETTORE GENERALE Dott. Luigi CAJAZZO
nominato con D.G.R. n.XII/1638 del 21/12/2023

**OGGETTO: APPROVAZIONE PIANO DI SVILUPPO TERRITORIALE (PPT)
PER IL TRIENNIO 2025-2027 DELL'ASST DEGLI SPEDALI CIVILI
DI BRESCIA EX ART.7 C.17-TER DELLA L.R. N.33/2009 E S.M.I.**

**SU PROPOSTA DEL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO:
Dott.a Cristina CIPANI**

Acquisiti i pareri del
DIRETTORE AMMINISTRATIVO
DIRETTORE SANITARIO
DIRETTORE SOCIO SANITARIO

Dott. Fabio AGRÒ
Dott.a Frida FAGANDINI
Dott. Enrico BURATO



IL DIRETTORE GENERALE

Vista la Legge Regionale 30/12/2009, n.33 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”, così come modificata dalla Legge Regionale di riforma del 14/12/2021, n.22 “Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della Legge Regionale 30/12/2009, n.33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”, con particolare riferimento all’art.7 c.17 ter che dispone che “L’ASST, con periodicità triennale, tramite la direzione sociosanitaria e i direttori di distretto, sentita la conferenza dei sindaci che esprime parere obbligatorio, e attuando idonee procedure di consultazione delle associazioni di volontariato, di altri soggetti del terzo settore e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative presenti nel territorio, predispone il piano di sviluppo del polo territoriale (PPT) con specifica e analitica declinazione e dettaglio su base distrettuale. Il PPT definisce la domanda di salute territoriale, la programmazione e progettazione dei servizi erogativi, assicurando l’integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con quelle sanitarie e sociosanitarie distrettuali”;

Richiamati i provvedimenti concernenti le linee programmatiche regionali per il potenziamento dell’assistenza territoriale:

- la D.G.R. n.XI/6760/2022 “Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l’applicazione del Decreto 23/05/2022, n.77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”;
- la D.G.R. n.XI/7592/2022 “Attuazione del D.M. 23/05/2022, n.77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” - Documento regionale di programmazione dell’assistenza territoriale (primo provvedimento)”;
- la D.G.R. n.XI/7758/2022 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l’anno 2023”;
- la D.G.R. n.XII/1518/2023 “Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2023 - 2027 approvazione della proposta da trasmettere al consiglio regionale”;
- la D.G.R. n.XII/1827/2024 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del Sistema Sanitario Regionale per l’anno 2024”;

Richiamate, in particolare:

- la D.G.R. n.XII/1518/2023 che al punto 4.3 “Gli indirizzi programmatori” ha previsto che “Occorre infatti armonizzare la programmazione dei Piani di Zona (PDZ) con i nuovi Piani di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) (LLRR 33/2009 e 22/2021) anche attraverso la co-programmazione e co-progettazione col terzo settore (LR 33/2009 e Dlgs 117/2017)”.. “le ASST e le ATS devono attivarsi affinché nei distretti si sviluppino la capacità sia di individuare e valorizzare le risorse formali, informali e del terzo settore, sia di coprogettare con esse un welfare di prossimità. Con la condivisione di tutte le informazioni aumenterà il valore preventivo ed inclusivo del progetto individuale che le Équipe di Valutazione Multidimensionale (EVM) definiscono con la persona e la sua famiglia”;
- la D.G.R. n.XII/1827/2024 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2024”, Allegato 6, “Attori, Organizzazione e processi”, 6.1 “ Piano di

ASST Spedali Civili

sviluppo del Polo Territoriale” che ha programmato l’adozione entro il 31/05/2024 “di specifiche Linee Guida per le ASST ai fini della stesura dei Piani di Sviluppo del Polo Territoriale da parte delle ASST sotto la regia delle ATS quali driver per l’attuazione del processo di community building a livello territoriale funzionale a concorrere all’attuazione della nuova sanità territoriale prevista dal D.M. n.77/2022, attraverso la definizione dei temi prioritari del primo triennio di programmazione dei PPT 2025-2027 nel quadro degli indirizzi del PRSS e del PSRR in corso di approvazione e degli altri strumenti di programmazione regionale in ambito sanitario”;

Considerato che la Direzione Generale Welfare ha individuato nell’Allegato “Linee di Indirizzo per i Piani di sviluppo del Polo territoriale delle ASST (PPT)” della D.G.R. n.XII/2089 del 25/03/2024 il contenuto essenziale dei PPT 2025/2027 a cui devono far riferimento le ASST;

Dato atto:

- che le ASST approvano entro il 31/12/2024, secondo l’iter di cui all’art.7 c.17 ter della L.R. n.33/2009, come modificata dalla L.R. n.22/2021, i Piani di Sviluppo del Polo Territoriale per la Programmazione Triennale 2025/2027, declinati su base distrettuale;
- che le ASST, sotto la regia delle ATS, definiscono la Programmazione Triennale del PPT declinata per Distretto indicando le azioni che concorrono a garantire che ogni livello di assistenza incroci correttamente la risposta ai bisogni di riferimento del proprio territorio;
- che le ASST, come da Linee di Indirizzo, orientano la programmazione territoriale del Polo Territoriale attraverso l’integrazione sociosanitaria e sociale, prevedendo azioni trasversali a garanzia dell’erogazione dei livelli essenziali di assistenza e dei livelli essenziali delle prestazioni sociali;

Precisato:

- che durante il percorso di elaborazione del PPT, l’Azienda si è confrontata costantemente con ATS di Brescia, con gli Ambiti Territoriali e tutti gli stakeholders del territorio rispettando le Linee di Indirizzo in termini di consultazione, co-progettazione, co-programmazione e armonizzazione con il contenuto dei nuovi Piani di Zona;
- che nello specifico si elencano i principali passaggi formali effettuati:
 - in data 23/10/2024 si è tenuto un incontro con le imprese sociali in seduta plenaria con ATS di Brescia, ATS della Montagna, ASST della Franciacorta, ASST del Garda, ASST della Valcamonica;
 - in data 14/11/2024 è stata effettuata un’analisi condivisa dei contenuti dei PPT e PDZ nella Cabina di regia integrata di ATS;
 - in data 26/11/2024 si è riunita la Cabina Integrata dell’ASST degli Spedali Civili di Brescia, a cui è stata presentata nel dettaglio la bozza del PPT;
 - in data 10/12/2024 la bozza del PPT è stata trasmessa per condivisione alle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative;
 - in data 16/12/2024 il documento è stato presentato al Collegio di Direzione dell’ASST degli Spedali Civili di Brescia;

Acquisito il parere positivo dell’ATS di Brescia con Prot. n.0113987 del 28/11/2024;

Dato atto, altresì, che in data 16/12/2024 la Conferenza dei Sindaci dell’ASST degli Spedali Civili ha espresso parere obbligatorio in merito al contenuto del documento;

ASST Spedali Civili

Ritenuto, per le motivazioni sopra esposte, di approvare il Piano di Sviluppo Polo Territoriale (PPT) 2025 - 2027 dell'ASST degli Spedali Civili, unito al presente provvedimento a costituirne parte integrante (Allegato 1, composto da n.83 pagine);

Tenuto conto dell'istruttoria compiuta dal Dott.a Anna FULGENZI che ne ha attestato la completezza;

Preso atto che il Direttore f.f. della S.C. Coordinamento Funzioni Amministrative dei Processi di Cura Territoriali Dott.a Cristina CIPANI, Responsabile del procedimento, proponente il presente provvedimento, ne ha dichiarato la regolarità tecnica e la legittimità;

Acquisito il parere del Direttore Amministrativo,

Acquisito il parere del Direttore Sanitario,

Acquisito il parere del Direttore Sociosanitario,

DECRETA

- a) di approvare, per le motivazioni illustrate in premessa che qui si intendono integralmente riportate, il Piano di Sviluppo Polo Territoriale (PPT) 2025-2027 dell'ASST degli Spedali Civili ex art.7 c.17-ter della L.R. n.33/2009 e s.m.i, unito al presente provvedimento a costituirne parte integrante (Allegato 1, composto da n.83 pagine);
- b) di trasmettere il presente provvedimento all'ATS di Brescia e ai competenti organi di Regione Lombardia;
- c) di disporre la trasmissione del presente provvedimento al Collegio Sindacale, ai sensi dell'art.3-ter del D.Lgs. n.502/1992 e s.m.i. e dell'art.12, comma 14 della L.R. n.33/2009, così come modificata dalla L.R. n.23/2015;
- d) di pubblicare il presente provvedimento nell'Albo on-line sul sito istituzionale dell'Azienda, ai sensi dell'art.32 della Legge n.69/2009, dell'art.17, comma 6 della L.R. n.33/2009, così come modificata dalla L.R. n.23/2015.

~~~~~

Firmato digitalmente

Il Direttore Generale  
ASST degli Spedali Civili di Brescia  
Dott. Luigi Cajazzo

Sistema Socio Sanitario



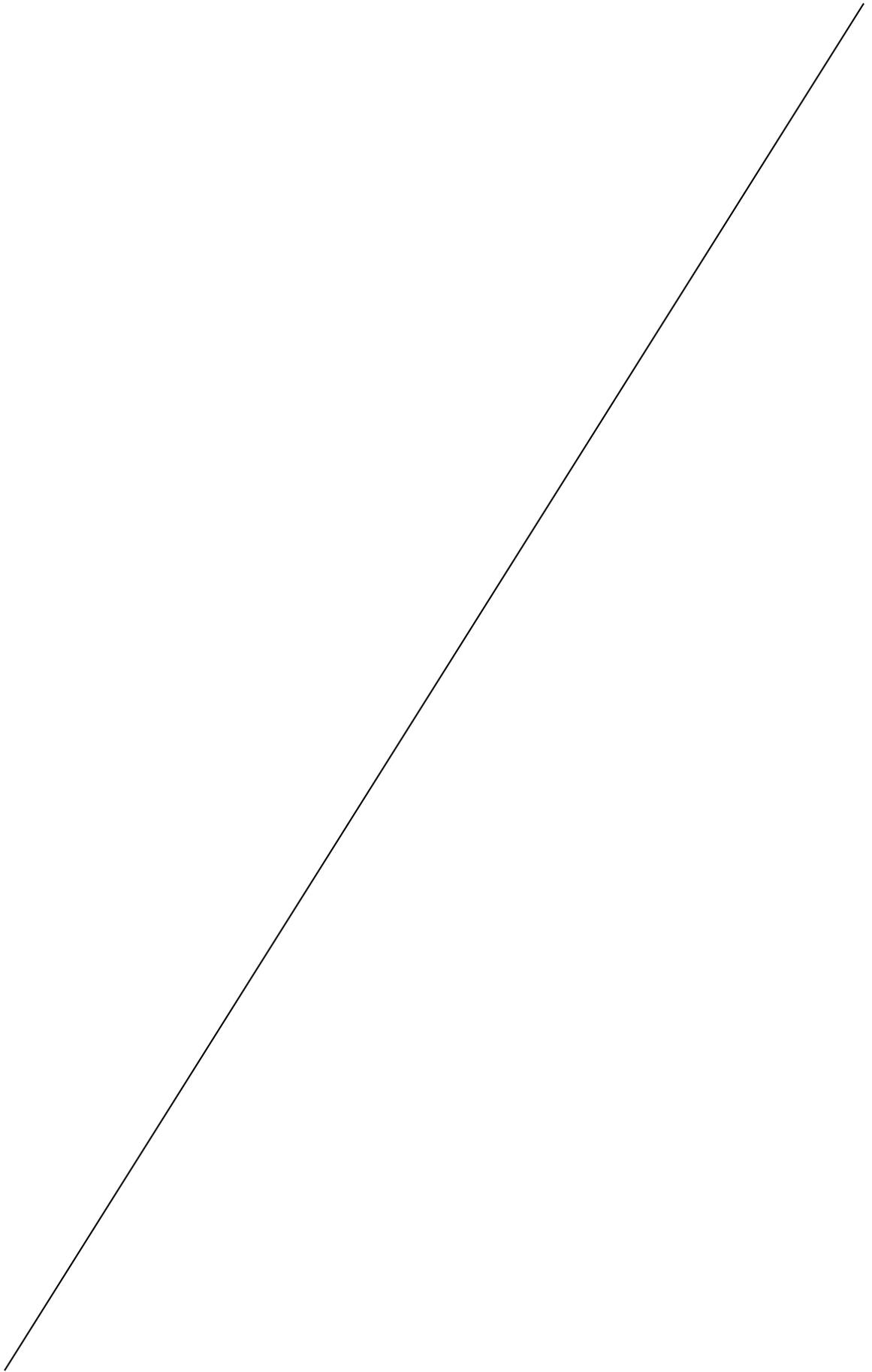
Regione  
Lombardia

ASST Spedali Civili

**PIANO  
DI SVILUPPO  
DEL POLO TERRITORIALE  
PPT 2025-2027**

## INDICE

|           |                                                                                                                |           |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b>  | <b>INTRODUZIONE</b>                                                                                            | <b>3</b>  |
| <b>2</b>  | <b>ANALISI DEL CONTESTO</b>                                                                                    | <b>4</b>  |
| 2.1       | DOMANDA DI SALUTE                                                                                              | 4         |
| 2.1.1     | ANZIANI                                                                                                        | 4         |
| 2.1.2     | POPOLAZIONE STRANIERA                                                                                          | 5         |
| 2.1.3     | I DATI EPIDEMIOLOGICI PER DISTRETTO                                                                            | 5         |
| 2.2       | I SERVIZI E LE RISORSE DELLA RETE TERRITORIALE DI OFFERTA ASST E PRIVATA                                       | 20        |
| 2.2.1     | POLO TERRITORIALE ASST SPEDALI CIVILI                                                                          | 20        |
| 2.2.2     | STRUTTURE SANITARIE E UNITÀ (UdO) SOCIO SANITARIE                                                              | 22        |
| 2.2.3     | I RAPPORTI CON LA REGIONE E LE ISTITUZIONI LOCALI                                                              | 22        |
| 2.2.4     | I RAPPORTI CON LE ASSOCIAZIONI, IL TERZO SETTORE E IL MONDO DEL VOLONTARIATO                                   | 22        |
| 2.2.5     | L'ASST E L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BRESCIA                                                                   | 23        |
| 2.3       | FUNZIONI E PERSONALE DELLA RETE TERRITORIALE DI ASST                                                           | 23        |
| <b>3</b>  | <b>PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE</b>                                                                 | <b>24</b> |
| <b>4</b>  | <b>AREE DI INTERVENTO</b>                                                                                      | <b>25</b> |
| 4.1       | PUA E VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE                                                                            | 25        |
| 4.2       | CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA NEI SETTING ASSISTENZIALI (COT)                                                     | 29        |
| 4.2.1     | SERVIZIO AMMISSIONI/DIMISSIONI PROTETTE, COT E RAPPORTO CON IL SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE DEL COMUNE/AMBITO | 30        |
| 4.3       | CURE DOMICILIARI                                                                                               | 35        |
| 4.4       | PERCORSI DI INTEGRAZIONE A LIVELLO TERRITORIALE CON LA RETE DELLE CURE PRIMARIE                                | 40        |
| 4.5       | PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE                                                                          | 43        |
| 4.5.1     | INFORMAZIONE                                                                                                   | 44        |
| 4.5.2     | DISTRETTUALIZZAZIONE DELLA PREVENZIONE                                                                         | 44        |
| 4.5.3     | VACCINAZIONI E CAMPAGNE VACCINALI ANTINFLUENZALI/COVID                                                         | 50        |
| 4.5.4     | PRESA IN CARICO INFETTIVOLOGICA TERRITORIALE DURANTE LA STAGIONE INFLUENZALE                                   | 52        |
| 4.5.5     | PIANO CALDO                                                                                                    | 53        |
| 4.5.6     | PIANO PANDEMICO                                                                                                | 54        |
| 4.6       | LO SVILUPPO DELLA TELEMEDICINA                                                                                 | 58        |
| 4.7       | LA PRESA IN CARICO DEI CRONICI E FRAGILI                                                                       | 62        |
| 4.7.1     | PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON MALATTIE CRONICHE (PIC)                                                      | 62        |
| 4.7.2     | INTERVENTI A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ                                                               | 65        |
| 4.7.3     | SALUTE MENTALE E DIPENDENZE                                                                                    | 68        |
| 4.8       | AREA MATERNO-INFANTILE E ADOLESCENZA                                                                           | 75        |
| <b>5</b>  | <b>INTEGRAZIONE TRA PPT E PDZ</b>                                                                              | <b>79</b> |
| <b>6</b>  | <b>MONITORAGGIO DEL PIANO E RENDICONTAZIONE</b>                                                                | <b>79</b> |
| <b>7</b>  | <b>IL PROCESSO DI SVILUPPO E APPROVAZIONE DEL PIANO</b>                                                        | <b>79</b> |
| <b>8</b>  | <b>GRUPPO DI LAVORO</b>                                                                                        | <b>79</b> |
| <b>9</b>  | <b>ELENCO DEGLI ACRONIMI</b>                                                                                   | <b>80</b> |
| <b>10</b> | <b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>                                                                                   | <b>82</b> |





## *INTRODUZIONE*

Il nuovo scenario delineato dal DM 77/2022 e relative DGR applicative, rende necessario definire alcuni percorsi finalizzati all'attuazione delle innovazioni organizzative del Polo Territoriale, rappresentate in particolare dall'attivazione dei Distretti, delle Case di Comunità (CdC), degli Ospedali di Comunità (OdC) e delle Centrali Operative Territoriali (COT).

Il Piano di sviluppo del Polo Territoriale (PPT) è lo strumento di programmazione che, con la DGR 2089 del 25/03/2024, Regione Lombardia ha individuato per potenziare l'integrazione dell'intero sistema dei servizi a vantaggio di una presa in carico integrata e intersettoriale dei bisogni sul versante individuale e su quello collettivo.

Ciò prevede un raccordo con gli Ambiti, anche per il tramite dei Piani di Zona e con gli altri attori territoriali, quali, ad esempio, Enti del Terzo Settore (ETS) e Associazioni di Volontariato, e consente inoltre una interconnessione più strutturata tra le prestazioni del Polo Ospedaliero e quelle del Polo Territoriale.

Le progettualità previste, coerenti con gli obiettivi annualmente definiti da Regione, sono volte ad implementare sia strategie di individuazione, sostegno e valorizzazione delle risorse formali, informali e del terzo settore, sia gli strumenti e le strategie di co-progettazione per un welfare di prossimità.

Gli interventi individuati nel PPT comprendono aspetti che riguardano tutto il territorio, altri sono declinati nei singoli Distretti, al fine di rispondere agli specifici bisogni di salute.

L'integrazione distrettuale con la Medicina Generale favorisce il percorso di evoluzione della Medicina Territoriale, coerente con il processo di presa in carico delle persone con malattie croniche e con l'esigenza di garantire continuità di risposte per evitare accessi inappropriati al pronto soccorso.

L'inserimento degli Infermieri di Famiglia e Comunità, nuova professionalità nel panorama delle Cure Primarie, contribuisce a sviluppare una modalità di lavoro proattiva e preventiva, con specifico orientamento all'approccio di comunità e alla gestione della cronicità.

La programmazione degli interventi delineata nel documento non potrà essere statica, ma necessiterà di periodici aggiornamenti che consentano di mantenere l'allineamento con le indicazioni e la programmazione regionale e con l'evoluzione del contesto, riferito sia alle risorse disponibili, sia alle priorità di salute della popolazione.

Il Direttore Sociosanitario  
**Enrico Burato**

## 2 ANALISI DEL CONTESTO

Una corretta programmazione ed erogazione dei servizi socio-sanitari si basa innanzitutto su una mappatura e indagine della popolazione e del territorio a cui sono indirizzati i diversi interventi, oltre che delle risorse disponibili e dei servizi già attivati e implementabili.

Per determinare il bisogno di salute, si è utilizzata, come da indicazioni DGR 2089/24, l'analisi delle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche svolta da ATS Brescia ("Analisi delle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche della popolazione di ATS Brescia per Distretto" – Giugno 2024).

### 2.1 DOMANDA DI SALUTE

Al 31/12/2023, si contano 511.192 soggetti residenti nei comuni afferenti alla ASST Spedali Civili. La distribuzione della popolazione nei quattro Distretti è indicata in Tabella 1.

**Tabella 1:** Distribuzione della popolazione nei quattro Distretti

| INDICATORE                | DISTRETTO |               |             |               | ASST              | ATS          |
|---------------------------|-----------|---------------|-------------|---------------|-------------------|--------------|
|                           | Brescia   | Brescia Ovest | Brescia Est | Valle Trompia | Spedali Civili di | ATS Brescia  |
| Totale residenti          | 201.923   | 100.762       | 98.660      | 109.847       | 511.192           | 1.162.136    |
| % Donne                   | 52,0%     | 50,3%         | 50,2%       | 50,2%         | 51%               | 50,53%       |
| Età Media                 | 47,0      | 44,7          | 45,5        | 46,9          | <b>45,6</b>       | <b>45,2</b>  |
| N° Bambini (<15 anni)     | 24.378    | 13.445        | 12.670      | 13.036        | 63.529            | 149.653      |
| % Bambini                 | 12,1%     | 13,3%         | 12,8%       | 11,9%         | 12,4%             | 12,9%        |
| N. Pop 65 anni e più      | 50.621    | 20.946        | 21.881      | 27.078        | 120.526           | 263.922      |
| % Anziani                 | 25,1%     | 20,8%         | 22,2%       | 24,7%         | <b>23,6%</b>      | <b>22,7%</b> |
| Indice Vecchiaia          | 208       | 156           | 173         | 208           | <b>190</b>        | <b>176</b>   |
| >=75 anni                 | 28.333    | 10.461        | 11.224      | 14.022        | 64.040            | 136.473      |
| % Over 75                 | 14,0%     | 10,4%         | 11,4%       | 12,8%         | <b>12,5%</b>      | <b>11,7%</b> |
| >=85 anni                 | 9.468     | 2.787         | 3.250       | 4.198         | 19.703            | 41.348       |
| % Grandi Anziani          | 4,7%      | 2,8%          | 3,3%        | 3,8%          | <b>3,8%</b>       | <b>3,6%</b>  |
| Indice Dipendenza         | 59        | 52            | 54          | 58            | <b>56,3</b>       | <b>55,2</b>  |
| Indice Dipendenza degli   | 40        | 32            | 34          | 39            | 36,8              | 35,3         |
| N. Morti                  | 2.266     | 822           | 860         | 977           | 4.925             | 10.627       |
| Tasso Mortalità           | 11,2      | 8,2           | 8,7         | 8,9           | 9,63              | 9,14         |
| N° Stranieri              | 41.122    | 10.217        | 9.900       | 12.140        | 73.379            | 159.632      |
| % Stranieri               | 20,4%     | 10,1%         | 10,0%       | 11,1%         | <b>14,4%</b>      | <b>13,7%</b> |
| N° Persone Attive (15-64) | 126.924   | 66.371        | 64.109      | 69.733        | 327.137           | 748.561      |

Non sono conteggiate 18.561 persone che, pur essendo assistite di ATS Brescia, hanno la residenza in comuni al di fuori dell'ATS

#### 2.1.1 ANZIANI

Gli anziani (>65 anni) rappresentano complessivamente il 23,6% della popolazione residente nei territori di ASST Spedali Civili.

L'indice di vecchiaia (rapporto percentuale tra > 64aa e <15aa) risulta 190, ovvero ogni 100 ragazzi sotto i 15 anni è presente quasi il doppio dei soggetti con età sopra i 64 anni.

L'indice di dipendenza strutturale (pop. < 15 aa + pop. > 64 anni aa)/pop. 15-64 aa) risulta 56,3 ed esprime il carico sociale ed economico teorico della popolazione in età attiva, e valori superiori a 50 evidenziano la presenza di uno squilibrio generazionale (continuo invecchiamento della popolazione, associato al calo delle nascite).

È evidente che il quadro demografico, come noto, si sta spostando sempre più verso un invecchiamento di popolazione. In tale ottica, la domanda di servizi dedicati a soggetti anziani, e dunque solitamente pluripatologici e spesso in condizioni di fragilità, è in continua crescita. Risulta pertanto di fondamentale importanza impostare percorsi di presa in carico integrati fra i vari attori del territorio, al fine di contrastare situazioni di disagio negli anziani (solitudine, mancanza di rete sociale) oltre alle sole necessità sanitarie e socio-sanitarie.

### 2.1.2 POPOLAZIONE STRANIERA

**Tabella 2:** Popolazione straniera residente nei 4 Distretti dell'ASST Spedali Civili e nell'intera ATS

| DISTRETTI                       | Totale assistiti | Donne  | % donne | Età media | N. Bambini | % bambini stranieri sul totale dei bambini (italiani + stranieri) | % bambini stranieri su popolazione straniera | N. Nuovi nati | Tasso natalità x 1.000 | % nuovi nati |
|---------------------------------|------------------|--------|---------|-----------|------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------|------------------------|--------------|
| Brescia                         | 41.122           | 21.125 | 51,4%   | 36,0      | 7.746      | 31,8%                                                             | 18,8%                                        | 386           | 9,4                    | 28,0%        |
| Brescia Ovest                   | 10.217           | 5.225  | 51,1%   | 34,5      | 2.084      | 15,5%                                                             | 20,4%                                        | 138           | 13,5                   | 20,1%        |
| Brescia Est                     | 9.900            | 5.071  | 51,2%   | 35,6      | 1.851      | 14,6%                                                             | 18,7%                                        | 117           | 11,8                   | 17,0%        |
| Valle Trompia                   | 12.140           | 6.083  | 50,1%   | 35,6      | 2.221      | 17,0%                                                             | 18,3%                                        | 130           | 10,7                   | 20,1%        |
| Tot ASST Spedali Civili Brescia | 73.379           | 37.504 | 51,1%   | 35,6      | 13.902     | 21,9%                                                             | 18,9%                                        | 771           | 10,5                   | 25,3%        |
| Totale ATS                      | 159.632          | 81.274 | 50,9%   | 35,2      | 30.717     | 20,5%                                                             | 19,2%                                        | 1.825         | 11,4                   | 22,7%        |

### 2.1.3 I DATI EPIDEMIOLOGICI PER DISTRETTO

L'Osservatorio Epidemiologico di AST Brescia ha reso disponibili le tabelle seguenti, suddivisi per Distretto, in cui sono riportati i dati relativi alle malattie croniche monitorate tramite Banca Dati Assistiti (BDA).

#### BDA: Distretto Brescia

**Tabella 3:** Numero di gruppi di patologie per assistito

| Numero di gruppi di patologie | Numero assistiti | % sul totale |
|-------------------------------|------------------|--------------|
| 0                             | 127.969          | 59,2%        |
| 1                             | 38.979           | 18,0%        |
| 2                             | 20.702           | 9,6%         |
| 3                             | 13.280           | 6,1%         |
| 4                             | 8.177            | 3,8%         |
| 5                             | 4.388            | 2,0%         |
| 6                             | 1.854            | 0,9%         |
| 7 e +                         | 863              | 0,4%         |
| TOTALE                        | 216.212          |              |

**Tabella 4:** Prevalenza della presa in carico per gruppi patologici

| Gruppo Patologico                           | Numerosità     | Tasso<br>(x 1.000) | Età<br>media | Numero forme<br>isolate | Tasso<br>(x 1.000) | % forme isolate |
|---------------------------------------------|----------------|--------------------|--------------|-------------------------|--------------------|-----------------|
| IPERTENSIONE ARTERIOSA                      | 47.699         | <b>220,6</b>       | 72,1         | 10.955                  | <b>50,7</b>        | 23,0%           |
| MALATTIE SISTEMA CARDIO-VASCOLARE           | 23.963         | <b>110,8</b>       | 73,8         | 1.735                   | <b>8,0</b>         | 7,2%            |
| PATOLOGIA PSICHIATRICA e DISAGIO PSICHICO   | 22.347         | <b>103,4</b>       | 59,1         | 7.794                   | <b>36,0</b>        | 34,9%           |
| IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON          | 17.588         | <b>81,3</b>        | 72,6         | 1.484                   | <b>6,9</b>         | 8,4%            |
| DIABETE                                     | 14.398         | <b>66,6</b>        | 68,3         | 2.436                   | <b>11,3</b>        | 16,9%           |
| ONCOLOGICI                                  | 13.925         | <b>64,4</b>        | 69,8         | 2.959                   | <b>13,7</b>        | 21,2%           |
| MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE            | 14.669         | <b>67,8</b>        | 67,4         | 2.698                   | <b>12,5</b>        | 18,4%           |
| MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE              | 9.693          | <b>44,8</b>        | 57,6         | 3.580                   | <b>16,6</b>        | 36,9%           |
| PATOLOGIE TIROIDEE                          | 9.272          | <b>42,9</b>        | 62,9         | 2.157                   | <b>10,0</b>        | 23,3%           |
| NEUROPATIE                                  | 3.939          | <b>18,2</b>        | 61,7         | 845                     | <b>3,9</b>         | 21,5%           |
| MALATTIE AUTOIMMUNI                         | 4.626          | <b>21,4</b>        | 59,2         | 973                     | <b>4,5</b>         | 21,0%           |
| DEMENZE-ALZHEIMER                           | 3.644          | <b>16,9</b>        | 84,2         | 130                     | <b>0,6</b>         | 3,6%            |
| INSUFFICIENZA RENALE                        | 2.616          | <b>12,1</b>        | 75,2         | 50                      | <b>0,2</b>         | 1,9%            |
| MALATTIE RARE                               | 2.540          | <b>11,7</b>        | 49,6         | 832                     | <b>3,8</b>         | 32,8%           |
| HIV/AIDS                                    | 851            | <b>3,9</b>         | 54,2         | 326                     | <b>1,5</b>         | 38,3%           |
| TRAPIANTATI                                 | 515            | <b>2,4</b>         | 57,1         | 25                      | <b>0,1</b>         | 4,9%            |
| <b>Totale persone con patologia cronica</b> | <b>88.243</b>  | <b>408,1</b>       |              |                         |                    |                 |
| <b>Senza patologia cronica</b>              | <b>127.969</b> | <b>591,9</b>       |              |                         |                    |                 |
| <b>Di cui nessun contatto</b>               | <b>35.871</b>  | <b>165,9</b>       |              |                         |                    |                 |
| <b>Totale assistiti</b>                     | <b>216.212</b> |                    |              |                         |                    |                 |

**Tabella 5:** Distribuzione per sesso per gruppi patologici: presa in carico grezza e standardizzata per età con relativi I.C.95% e rapporto tra tassi standardizzati

|                                             | Presa in carico grezza |              |              | Presa in carico standardizzata per età |              |              |              |              |              | Rapporto tra tassi (F vs M) |
|---------------------------------------------|------------------------|--------------|--------------|----------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------------|
|                                             | % ♀                    | femmine      | maschi       | femmine                                | IC95%        |              | maschi       | IC95%        |              |                             |
| <b>IPERTENSIONE ARTERIOSA</b>               | 53%                    | 226,2        | 214,7        | 203,6                                  | 201,7        | 205,4        | 239,4        | 237,3        | 241,5        | <b>0,85</b>                 |
| <b>MALATTIE SISTEMA CARDIOVASCOLARE</b>     | 46%                    | 99,3         | 123,0        | 87,4                                   | 86,0         | 88,8         | 140,9        | 138,9        | 142,8        | <b>0,62</b>                 |
| <b>PAT. PSICHIATRICA e DISAGIO PSICHICO</b> | 62%                    | 124,7        | 80,7         | 117,1                                  | 115,3        | 118,9        | 85,1         | 83,4         | 86,8         | <b>1,38</b>                 |
| <b>IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON</b>   | 50%                    | 78,8         | 84,1         | 71,0                                   | 69,7         | 72,4         | 94,2         | 92,4         | 95,9         | <b>0,75</b>                 |
| <b>DIABETE</b>                              | 47%                    | 61,2         | 72,4         | 57,0                                   | 55,7         | 58,3         | 80,2         | 78,5         | 81,8         | <b>0,71</b>                 |
| <b>ONCOLOGICI</b>                           | 55%                    | 69,1         | 59,5         | 64,3                                   | 63,0         | 65,7         | 67,9         | 66,4         | 69,4         | <b>0,95</b>                 |
| <b>MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE</b>     | 56%                    | 74,3         | 61,0         | 68,5                                   | 67,1         | 69,9         | 66,8         | 65,3         | 68,3         | <b>1,03</b>                 |
| <b>MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE</b>       | 54%                    | 46,7         | 42,9         | 44,6                                   | 43,4         | 45,7         | 45,6         | 44,3         | 46,9         | <b>0,98</b>                 |
| <b>PATOLOGIE TIROIDEE</b>                   | 82%                    | 68,2         | 16,0         | 65,5                                   | 64,1         | 66,9         | 17,2         | 16,4         | 18,1         | <b>3,80</b>                 |
| <b>NEUROPATIE</b>                           | 52%                    | 18,4         | 18,0         | 17,3                                   | 16,6         | 18,1         | 19,4         | 18,6         | 20,3         | <b>0,89</b>                 |
| <b>MALATTIE AUTOIMMUNI</b>                  | 81%                    | 33,5         | 8,5          | 32,8                                   | 31,8         | 33,8         | 8,9          | 8,3          | 9,5          | <b>3,68</b>                 |
| <b>DEMENZE-ALZHEIMER</b>                    | 70%                    | 22,8         | 10,5         | 18,7                                   | 18,0         | 19,3         | 13,5         | 12,8         | 14,3         | <b>1,38</b>                 |
| <b>INSUFFICIENZA RENALE</b>                 | 42%                    | 9,9          | 14,5         | 8,6                                    | 8,1          | 9,1          | 17,1         | 16,2         | 17,9         | <b>0,50</b>                 |
| <b>MALATTIE RARE</b>                        | 57%                    | 13,1         | 10,3         | 13,0                                   | 12,4         | 13,7         | 10,3         | 9,7          | 11,0         | <b>1,26</b>                 |
| <b>HIV/AIDS</b>                             | 30%                    | 2,3          | 5,7          | 2,3                                    | 2,0          | 2,6          | 5,7          | 5,2          | 6,1          | <b>0,41</b>                 |
| <b>TRAPIANTATI</b>                          | 40%                    | 1,8          | 2,9          | 1,8                                    | 1,6          | 2,1          | 3,0          | 2,7          | 3,4          | <b>0,61</b>                 |
| <b>Tutte le patologie</b>                   | <b>55%</b>             | <b>438,1</b> | <b>376,3</b> | <b>415,0</b>                           | <b>412,6</b> | <b>417,5</b> | <b>402,5</b> | <b>400,1</b> | <b>404,9</b> | <b>1,03</b>                 |

**BDA: Distretto Brescia Ovest**

**Tabella 6:** Numero di gruppi di patologie per assistito

| Numero di gruppi di patologie | Numero assistiti | % sul totale |
|-------------------------------|------------------|--------------|
| 0                             | 62.937           | 60,4%        |
| 1                             | 19.528           | 18,7%        |
| 2                             | 9.411            | 9,0%         |
| 3                             | 5.753            | 5,5%         |
| 4                             | 3.524            | 3,4%         |
| 5                             | 1.876            | 1,8%         |
| 6                             | 777              | 0,7%         |
| 7 e +                         | 419              | 0,4%         |
| <b>TOTALE</b>                 | <b>104.225</b>   |              |

**Tabella 7:** Prevalenza della presa in carico per gruppi patologici

| Gruppo Patologico                           | Numerosità     | Tasso<br>(x 1.000) | Età<br>media | Numero forme<br>isolate | Tasso<br>(x 1.000) | % forme isolate |
|---------------------------------------------|----------------|--------------------|--------------|-------------------------|--------------------|-----------------|
| IPERTENSIONE ARTERIOSA                      | 21.861         | 209,7              | 70,0         | 5.630                   | 54,0               | 25,8%           |
| MALATTIE SISTEMA CARDIO-VASCOLARE           | 10.593         | 101,6              | 71,5         | 829                     | 8,0                | 7,8%            |
| PATOLOGIA PSICHIATRICA e DISAGIO PSICHICO   | 10.017         | 96,1               | 55,7         | 3.785                   | 36,3               | 37,8%           |
| IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON          | 8.287          | 79,5               | 71,3         | 760                     | 7,3                | 9,2%            |
| DIABETE                                     | 6.717          | 64,4               | 67,8         | 1.201                   | 11,5               | 17,9%           |
| ONCOLOGICI                                  | 5.919          | 56,8               | 67,6         | 1.337                   | 12,8               | 22,6%           |
| MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE            | 6.402          | 61,4               | 65,0         | 1.406                   | 13,5               | 22,0%           |
| MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE              | 4.498          | 43,2               | 53,4         | 1.894                   | 18,2               | 42,1%           |
| PATOLOGIE TIROIDEE                          | 4.204          | 40,3               | 59,1         | 1.127                   | 10,8               | 26,8%           |
| NEUROPATIE                                  | 1.779          | 17,1               | 58,9         | 419                     | 4,0                | 23,6%           |
| MALATTIE AUTOIMMUNI                         | 2.281          | 21,9               | 56,5         | 488                     | 4,7                | 21,4%           |
| DEMENZE-ALZHEIMER                           | 1.411          | 13,5               | 83,0         | 53                      | 0,5                | 3,8%            |
| INSUFFICIENZA RENALE                        | 1.094          | 10,5               | 74,9         | 17                      | 0,2                | 1,6%            |
| MALATTIE RARE                               | 1.246          | 12,0               | 46,2         | 440                     | 4,2                | 35,3%           |
| HIV/AIDS                                    | 302            | 2,9                | 54,1         | 132                     | 1,3                | 43,7%           |
| TRAPIANTATI                                 | 215            | 2,1                | 59,6         | 10                      | 0,1                | 4,7%            |
| <b>Totale persone con patologia cronica</b> | <b>41.288</b>  | <b>396,1</b>       |              |                         |                    |                 |
| <b>Senza patologia cronica</b>              | <b>62.937</b>  | <b>603,9</b>       |              |                         |                    |                 |
| <b>Di cui nessun contatto</b>               | <b>14.615</b>  | <b>140,2</b>       |              |                         |                    |                 |
| <b>Totale assistiti</b>                     | <b>104.225</b> |                    |              |                         |                    |                 |

**Tabella 8:** Distribuzione per sesso per gruppi patologici: presa in carico grezza e standardizzata per età con relativi I.C.95% e rapporto tra tassi standardizzati

|                                             | Presa in carico grezza |              |              | Presa in carico standardizzata per età |              |              |              |              |              | Rapporto tra tassi (F vs M) |
|---------------------------------------------|------------------------|--------------|--------------|----------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------------|
|                                             | % ♀                    | femmine      | maschi       | femmine                                | IC95%        |              | maschi       | IC95%        |              |                             |
| <b>IPERTENSIONE ARTERIOSA</b>               | 49%                    | 206,3        | 213,2        | 192,9                                  | 190,3        | 195,6        | 226,6        | 223,7        | 229,5        | <b>0,85</b>                 |
| <b>MALATTIE SISTEMA CARDIOVASCOLARE</b>     | 42%                    | 85,4         | 117,9        | 78,2                                   | 76,2         | 80,2         | 127,6        | 125,0        | 130,1        | <b>0,61</b>                 |
| <b>PAT. PSICHIATRICA e DISAGIO PSICHICO</b> | 60%                    | 115,0        | 77,2         | 110,3                                  | 107,7        | 112,9        | 80,0         | 77,7         | 82,3         | <b>1,38</b>                 |
| <b>IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON</b>   | 46%                    | 72,7         | 86,3         | 68,2                                   | 66,3         | 70,2         | 92,2         | 89,9         | 94,5         | <b>0,74</b>                 |
| <b>DIABETE</b>                              | 47%                    | 60,2         | 68,7         | 57,1                                   | 55,2         | 59,0         | 73,4         | 71,2         | 75,6         | <b>0,78</b>                 |
| <b>ONCOLOGICI</b>                           | 52%                    | 58,9         | 54,6         | 56,6                                   | 54,7         | 58,5         | 59,1         | 57,1         | 61,1         | <b>0,96</b>                 |
| <b>MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE</b>     | 53%                    | 65,0         | 57,9         | 61,7                                   | 59,8         | 63,7         | 61,1         | 59,1         | 63,2         | <b>1,01</b>                 |
| <b>MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE</b>       | 50%                    | 43,4         | 42,9         | 42,3                                   | 40,6         | 44,0         | 44,5         | 42,7         | 46,3         | <b>0,95</b>                 |
| <b>PATOLOGIE TIROIDEE</b>                   | 82%                    | 65,7         | 14,9         | 64,5                                   | 62,4         | 66,6         | 15,5         | 14,4         | 16,6         | <b>4,16</b>                 |
| <b>NEUROPATIE</b>                           | 50%                    | 16,9         | 17,2         | 16,3                                   | 15,2         | 17,3         | 17,9         | 16,8         | 19,1         | <b>0,91</b>                 |
| <b>MALATTIE AUTOIMMUNI</b>                  | 78%                    | 34,2         | 9,5          | 34,0                                   | 32,5         | 35,6         | 9,8          | 8,9          | 10,6         | <b>3,48</b>                 |
| <b>DEMENZE-ALZHEIMER</b>                    | 68%                    | 18,3         | 8,8          | 15,4                                   | 14,5         | 16,3         | 10,5         | 9,6          | 11,5         | <b>1,46</b>                 |
| <b>INSUFFICIENZA RENALE</b>                 | 38%                    | 8,1          | 12,9         | 7,1                                    | 6,5          | 7,8          | 14,4         | 13,4         | 15,5         | <b>0,49</b>                 |
| <b>MALATTIE RARE</b>                        | 55%                    | 13,2         | 10,7         | 13,3                                   | 12,3         | 14,2         | 10,7         | 9,8          | 11,6         | <b>1,24</b>                 |
| <b>HIV/AIDS</b>                             | 30%                    | 1,7          | 4,1          | 1,8                                    | 1,4          | 2,1          | 4,0          | 3,5          | 4,6          | <b>0,44</b>                 |
| <b>TRAPIANTATI</b>                          | 30%                    | 1,2          | 2,9          | 1,2                                    | 0,9          | 1,5          | 3,0          | 2,5          | 3,4          | <b>0,41</b>                 |
| <b>Tutte le patologie</b>                   | <b>53%</b>             | <b>419,9</b> | <b>372,4</b> | <b>407,0</b>                           | <b>403,4</b> | <b>410,6</b> | <b>386,1</b> | <b>382,6</b> | <b>389,5</b> | <b>1,05</b>                 |

## BDA: Distretto Brescia Est

**Tabella 9:** Numero di gruppi di patologie per assistito

| Numero di gruppi di patologie | Numero assistiti | % sul totale |
|-------------------------------|------------------|--------------|
| 0                             | 60.810           | 59,7%        |
| 1                             | 18.891           | 18,6%        |
| 2                             | 9.636            | 9,5%         |
| 3                             | 5.931            | 5,8%         |
| 4                             | 3.507            | 3,4%         |
| 5                             | 1.865            | 1,8%         |
| 6                             | 808              | 0,8%         |
| 7 e +                         | 374              | 0,4%         |
| <b>TOTALE</b>                 | <b>101.822</b>   |              |

**Tabella 10:** Prevalenza della presa in carico per gruppi patologici

| Gruppo Patologico                            | Numerosità     | Tasso<br>(x 1.000) | Età<br>media | Numero forme<br>isolate | Tasso<br>(x 1.000) | % forme<br>isolate |
|----------------------------------------------|----------------|--------------------|--------------|-------------------------|--------------------|--------------------|
| IPERTENSIONE ARTERIOSA                       | 22.251         | 218,5              | 70,9         | 5.637                   | 55,4               | 25,3%              |
| MALATTIE SISTEMA CARDIO-VASCOLARE            | 10.571         | 103,8              | 72,7         | 823                     | 8,1                | 7,8%               |
| PATOLOGIA PSICHIATRICA e DISAGIO<br>PSICHICO | 9.548          | 93,8               | 57,0         | 3.599                   | 35,3               | 37,7%              |
| IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON           | 8.391          | 82,4               | 71,6         | 762                     | 7,5                | 9,1%               |
| DIABETE                                      | 6.636          | 65,2               | 69,1         | 991                     | 9,7                | 14,9%              |
| ONCOLOGICI                                   | 6.114          | 60,0               | 68,3         | 1.339                   | 13,2               | 21,9%              |
| MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE             | 6.181          | 60,7               | 65,7         | 1.341                   | 13,2               | 21,7%              |
| MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE               | 4.431          | 43,5               | 53,5         | 1.838                   | 18,1               | 41,5%              |
| PATOLOGIE TIROIDEE                           | 4.378          | 43,0               | 60,8         | 1.091                   | 10,7               | 24,9%              |
| NEUROPATIE                                   | 1.611          | 15,8               | 60,5         | 374                     | 3,7                | 23,2%              |
| MALATTIE AUTOIMMUNI                          | 2.339          | 23,0               | 57,1         | 517                     | 5,1                | 22,1%              |
| DEMENZE-ALZHEIMER                            | 1.492          | 14,7               | 84,1         | 63                      | 0,6                | 4,2%               |
| INSUFFICIENZA RENALE                         | 1.224          | 12,0               | 75,6         | 28                      | 0,3                | 2,3%               |
| MALATTIE RARE                                | 1.189          | 11,7               | 48,5         | 357                     | 3,5                | 30,0%              |
| HIV/AIDS                                     | 314            | 3,1                | 55,6         | 120                     | 1,2                | 38,2%              |
| TRAPIANTATI                                  | 199            | 2,0                | 56,4         | 11                      | 0,1                | 5,5%               |
| <b>Totale persone con patologia cronica</b>  | <b>41.012</b>  | <b>402,8</b>       |              |                         |                    |                    |
| <b>Senza patologia cronica</b>               | <b>60.810</b>  | <b>597,2</b>       |              |                         |                    |                    |
| <b>Di cui nessun contatto</b>                | <b>13.946</b>  | <b>137,0</b>       |              |                         |                    |                    |
| <b>Totale assistiti</b>                      | <b>101.822</b> |                    |              |                         |                    |                    |

**Tabella 11:** Distribuzione per sesso per gruppi patologici: presa in carico grezza e standardizzata per età con relativi I.C.95% e rapporto tra tassi standardizzati

|                                      | Presa in carico grezza |              |              | Presa in carico standardizzata per età |              |              |              |              |              | Rapporto tra tassi (F vs M) |
|--------------------------------------|------------------------|--------------|--------------|----------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------------|
|                                      | % ♀                    | femmine      | maschi       | femmine                                | IC95%        |              | maschi       | IC95%        |              |                             |
| IPERTENSIONE ARTERIOSA               | 50%                    | 216,8        | 220,2        | 202,8                                  | 200,1        | 205,4        | 234,4        | 231,5        | 237,3        | <b>0,87</b>                 |
| MALATTIE SISTEMA CARDIOVASCOLARE     | 42%                    | 87,5         | 120,3        | 79,8                                   | 77,8         | 81,8         | 130,3        | 127,7        | 132,9        | <b>0,61</b>                 |
| PAT. PSICHIATRICA e DISAGIO PSICHICO | 60%                    | 112,4        | 74,9         | 107,8                                  | 105,2        | 110,3        | 77,6         | 75,3         | 80,0         | <b>1,39</b>                 |
| IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON   | 46%                    | 76,1         | 88,8         | 71,5                                   | 69,5         | 73,5         | 94,8         | 92,4         | 97,2         | <b>0,75</b>                 |
| DIABETE                              | 46%                    | 59,9         | 70,5         | 56,6                                   | 54,7         | 58,5         | 75,5         | 73,3         | 77,8         | <b>0,75</b>                 |
| ONCOLOGICI                           | 53%                    | 63,6         | 56,5         | 61,0                                   | 59,0         | 63,0         | 61,2         | 59,1         | 63,2         | <b>1,00</b>                 |
| MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE     | 54%                    | 65,2         | 56,2         | 61,8                                   | 59,8         | 63,8         | 59,5         | 57,4         | 61,5         | <b>1,04</b>                 |
| MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE       | 51%                    | 44,4         | 42,6         | 43,3                                   | 41,6         | 45,0         | 44,1         | 42,3         | 45,9         | <b>0,98</b>                 |
| PATOLOGIE TIROIDEE                   | 80%                    | 68,7         | 17,0         | 67,2                                   | 65,1         | 69,3         | 17,7         | 16,6         | 18,9         | <b>3,79</b>                 |
| NEUROPATIE                           | 49%                    | 15,4         | 16,2         | 14,8                                   | 13,8         | 15,8         | 17,0         | 15,8         | 18,2         | <b>0,87</b>                 |
| MALATTIE AUTOIMMUNI                  | 80%                    | 36,5         | 9,3          | 36,2                                   | 34,6         | 37,8         | 9,5          | 8,6          | 10,4         | <b>3,81</b>                 |
| DEMENZE-ALZHEIMER                    | 66%                    | 19,3         | 10,0         | 16,3                                   | 15,4         | 17,3         | 11,9         | 10,9         | 12,9         | <b>1,37</b>                 |
| INSUFFICIENZA RENALE                 | 40%                    | 9,6          | 14,4         | 8,6                                    | 7,8          | 9,3          | 16,2         | 15,1         | 17,4         | <b>0,53</b>                 |
| MALATTIE RARE                        | 57%                    | 13,2         | 10,2         | 13,2                                   | 12,2         | 14,2         | 10,2         | 9,3          | 11,1         | <b>1,29</b>                 |
| HIV/AIDS                             | 28%                    | 1,7          | 4,5          | 1,7                                    | 1,3          | 2,1          | 4,5          | 3,9          | 5,1          | <b>0,38</b>                 |
| TRAPIANTATI                          | 39%                    | 1,5          | 2,4          | 1,5                                    | 1,2          | 1,9          | 2,4          | 2,0          | 2,9          | <b>0,63</b>                 |
| <b>Tutte le patologie</b>            | <b>53%</b>             | <b>424,4</b> | <b>380,9</b> | <b>410,6</b>                           | <b>407,0</b> | <b>414,2</b> | <b>395,2</b> | <b>391,7</b> | <b>398,7</b> | <b>1,04</b>                 |

## BDA: Distretto Valle Trompia

**Tabella 12:** Numero di gruppi di patologie per assistito

| Numero di gruppi di patologie | Numero assistiti | % sul totale |
|-------------------------------|------------------|--------------|
| 0                             | 65.372           | 57,0%        |
| 1                             | 21.590           | 18,8%        |
| 2                             | 11.520           | 10,0%        |
| 3                             | 7.768            | 6,8%         |
| 4                             | 4.658            | 4,1%         |
| 5                             | 2.344            | 2,0%         |
| 6                             | 923              | 0,8%         |
| 7 e +                         | 459              | 0,4%         |
| <b>totale</b>                 | <b>114.634</b>   |              |

**Tabella 13:** Prevalenza della presa in carico per gruppi patologici

| Gruppo Patologico                            | Numerosità     | Tasso<br>(x 1.000) | Età<br>media | Numero forme<br>isolate | Tasso<br>(x 1.000) | % forme isolate |
|----------------------------------------------|----------------|--------------------|--------------|-------------------------|--------------------|-----------------|
| IPERTENSIONE ARTERIOSA                       | 27.918         | 243,5              | 70,8         | 6.530                   | 57,0               | 23,4%           |
| MALATTIE SISTEMA CARDIO-VASCOLARE            | 14.499         | 126,5              | 72,7         | 997                     | 8,7                | 6,9%            |
| PATOLOGIA PSICHIATRICA e DISAGIO<br>PSICHICO | 11.832         | 103,2              | 58,0         | 4.362                   | 38,1               | 36,9%           |
| IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON           | 11.140         | 97,2               | 72,1         | 963                     | 8,4                | 8,6%            |
| DIABETE                                      | 8.473          | 73,9               | 69,5         | 1.121                   | 9,8                | 13,2%           |
| ONCOLOGICI                                   | 7.094          | 61,9               | 69,3         | 1.380                   | 12,0               | 19,5%           |
| MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE             | 6.811          | 59,4               | 65,5         | 1.464                   | 12,8               | 21,5%           |
| MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE               | 5.288          | 46,1               | 54,9         | 2.022                   | 17,6               | 38,2%           |
| PATOLOGIE TIROIDEE                           | 4.597          | 40,1               | 61,9         | 1.098                   | 9,6                | 23,9%           |
| NEUROPATIE                                   | 1.986          | 17,3               | 60,5         | 433                     | 3,8                | 21,8%           |
| MALATTIE AUTOIMMUNI                          | 2.421          | 21,1               | 57,9         | 466                     | 4,1                | 19,2%           |
| DEMENZE-ALZHEIMER                            | 1.670          | 14,6               | 83,0         | 58                      | 0,5                | 3,5%            |
| INSUFFICIENZA RENALE                         | 1.345          | 11,7               | 74,2         | 34                      | 0,3                | 2,5%            |
| MALATTIE RARE                                | 1.446          | 12,6               | 48,8         | 509                     | 4,4                | 35,2%           |
| HIV/AIDS                                     | 380            | 3,3                | 55,6         | 134                     | 1,2                | 35,3%           |
| TRAPIANTATI                                  | 279            | 2,4                | 59,8         | 19                      | 0,2                | 6,8%            |
| <b>Totale persone con patologia cronica</b>  | <b>49.262</b>  | <b>429,7</b>       |              |                         |                    |                 |
| <b>Senza patologia cronica</b>               | <b>65.372</b>  | <b>570,3</b>       |              |                         |                    |                 |
| <b>Di cui nessun contatto</b>                | <b>16.122</b>  | <b>140,6</b>       |              |                         |                    |                 |
| <b>Totale assistiti</b>                      | <b>114.634</b> |                    |              |                         |                    |                 |

**Tabella 14:** Distribuzione per sesso per gruppi patologici: presa in carico grezza e standardizzata per età con relativi I.C.95% e rapporto tra tassi standardizzati

|                                             | Presa in carico grezza |              |              | Presa in carico standardizzata per età |              |              |              |              |              | Rapporto tra tassi (F vs M) |
|---------------------------------------------|------------------------|--------------|--------------|----------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------------|
|                                             | % ♀                    | femmine      | maschi       | femmine                                | IC95%        |              | maschi       | IC95%        |              |                             |
| <b>IPERTENSIONE ARTERIOSA</b>               | 50%                    | 242,0        | 245,1        | 226,1                                  | 223,5        | 228,8        | 260,0        | 257,2        | 262,9        | <b>0,87</b>                 |
| <b>MALATTIE SISTEMA CARDIOVASCOLARE</b>     | 44%                    | 110,6        | 142,3        | 100,7                                  | 98,5         | 102,8        | 154,5        | 151,9        | 157,1        | <b>0,65</b>                 |
| <b>PAT. PSICHIATRICA e DISAGIO PSICHICO</b> | 61%                    | 126,3        | 80,2         | 120,9                                  | 118,3        | 123,5        | 83,3         | 81,0         | 85,6         | <b>1,45</b>                 |
| <b>IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON</b>   | 48%                    | 92,9         | 101,4        | 86,9                                   | 84,8         | 89,0         | 108,3        | 105,8        | 110,7        | <b>0,80</b>                 |
| <b>DIABETE</b>                              | 46%                    | 67,9         | 79,9         | 63,9                                   | 62,0         | 65,7         | 85,1         | 82,9         | 87,3         | <b>0,75</b>                 |
| <b>ONCOLOGICI</b>                           | 52%                    | 63,9         | 59,9         | 61,2                                   | 59,3         | 63,1         | 65,3         | 63,3         | 67,3         | <b>0,94</b>                 |
| <b>MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE</b>     | 54%                    | 64,2         | 54,7         | 61,1                                   | 59,2         | 63,0         | 57,6         | 55,7         | 59,5         | <b>1,06</b>                 |
| <b>MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE</b>       | 49%                    | 45,2         | 47,1         | 44,0                                   | 42,3         | 45,6         | 48,9         | 47,1         | 50,7         | <b>0,90</b>                 |
| <b>PATOLOGIE TIROIDEE</b>                   | 81%                    | 65,0         | 15,3         | 63,5                                   | 61,6         | 65,5         | 16,0         | 15,0         | 17,1         | <b>3,97</b>                 |
| <b>NEUROPATIE</b>                           | 47%                    | 16,2         | 18,5         | 15,5                                   | 14,5         | 16,5         | 19,3         | 18,2         | 20,5         | <b>0,80</b>                 |
| <b>MALATTIE AUTOIMMUNI</b>                  | 80%                    | 33,6         | 8,6          | 33,5                                   | 32,0         | 34,9         | 8,8          | 8,0          | 9,6          | <b>3,79</b>                 |
| <b>DEMENZE-ALZHEIMER</b>                    | 69%                    | 20,2         | 9,0          | 16,9                                   | 16,0         | 17,8         | 10,7         | 9,8          | 11,6         | <b>1,58</b>                 |
| <b>INSUFFICIENZA RENALE</b>                 | 39%                    | 9,1          | 14,4         | 8,1                                    | 7,4          | 8,8          | 16,0         | 15,0         | 17,1         | <b>0,51</b>                 |
| <b>MALATTIE RARE</b>                        | 53%                    | 13,5         | 11,8         | 13,6                                   | 12,6         | 14,5         | 11,7         | 10,8         | 12,6         | <b>1,16</b>                 |
| <b>HIV/AIDS</b>                             | 29%                    | 1,9          | 4,7          | 1,9                                    | 1,6          | 2,3          | 4,7          | 4,1          | 5,2          | <b>0,42</b>                 |
| <b>TRAPIANTATI</b>                          | 35%                    | 1,7          | 3,1          | 1,7                                    | 1,4          | 2,1          | 3,1          | 2,7          | 3,6          | <b>0,54</b>                 |
| <b>Tutte le patologie</b>                   | <b>52%</b>             | <b>450,8</b> | <b>408,7</b> | <b>435,9</b>                           | <b>432,5</b> | <b>439,3</b> | <b>423,9</b> | <b>420,7</b> | <b>427,2</b> | <b>1,03</b>                 |

### Sezione C: Stratificazione dei Cronici ex DGR XII/1827 del 31/01/2024

Il sistema di stratificazione per complessità introdotto dalla DGR XII/1827 è basato sul numero di esenzioni per patologia possedute:

- Livello 1: pazienti con più di 3 esenzioni;
- Livello 2: pazienti con 2-3 esenzioni;
- Livello 3: pazienti con 1 esenzione.

Si riporta quindi la distribuzione dei cronici secondo questo criterio, nonché la numerosità degli assistiti fragili senza esenzioni per patologia (invalidi o esenti per reddito).

La popolazione è quella assistita al 31/05/2024 e l'individuazione del Distretto è stata effettuata sulla base del comune di residenza.

È stato utilizzato il flusso delle esenzioni aggiornato al 31/05/2024. Gli assistiti senza medico o con medico provvisorio sono stati classificati nella voce "SENZA MEDICO ATTIVO".

La Tabella 15 descrive la suddivisione territoriale per medico di assistenza dei soggetti possessori di esenzione per patologia, suddivisi in tre livelli:

- 13.883 Livello 1 (con più di 3 esenzioni);
- 118.158 Livello 2 (con 2-3 esenzioni);
- 209.344 Livello 3 (con 1 esenzione).

Da questo elenco sono esclusi i soggetti inseriti in RSA/RSD.

**Tabella 15:** Numero di pazienti per Livello, tipologia di medico di assistenza (MMG, PLS) e Distretto di residenza

| Distretto         | Tipo assistenza     | Stratificazione per numero di esenzioni |                |                | Totale complessivo |
|-------------------|---------------------|-----------------------------------------|----------------|----------------|--------------------|
|                   |                     | Livello 1                               | Livello 2      | Livello 3      |                    |
| BRESCIA           | MMG                 | 2.601                                   | 20.874         | 35.350         | 58.825             |
|                   | PLS                 | 0                                       | 23             | 337            | 360                |
|                   | SENZA MEDICO ATTIVO | 10                                      | 111            | 415            | 536                |
|                   | <b>Totale</b>       | <b>2.611</b>                            | <b>21.008</b>  | <b>36.102</b>  | <b>59.721</b>      |
| BRESCIA OVEST     | MMG                 | 1.120                                   | 9.550          | 17.907         | 28.577             |
|                   | PLS                 | 1                                       | 13             | 229            | 243                |
|                   | SENZA MEDICO ATTIVO | 0                                       | 23             | 88             | 111                |
|                   | <b>Totale</b>       | <b>1.121</b>                            | <b>9.586</b>   | <b>18.224</b>  | <b>28.931</b>      |
| BRESCIA EST       | MMG                 | 1.322                                   | 10.152         | 17.543         | 29.017             |
|                   | PLS                 | 0                                       | 11             | 227            | 238                |
|                   | SENZA MEDICO ATTIVO | 27                                      | 228            | 422            | 677                |
|                   | <b>Totale</b>       | <b>1.349</b>                            | <b>10.391</b>  | <b>18.192</b>  | <b>29.932</b>      |
| VALLE TROMPIA     | MMG                 | 1.538                                   | 13.160         | 20.845         | 35.543             |
|                   | PLS                 | 0                                       | 18             | 211            | 229                |
|                   | SENZA MEDICO ATTIVO | 24                                      | 188            | 419            | 631                |
|                   | <b>Totale</b>       | <b>1.562</b>                            | <b>13.366</b>  | <b>21.475</b>  | <b>36.403</b>      |
| <b>Totale ATS</b> |                     | <b>13.883</b>                           | <b>118.158</b> | <b>209.344</b> | <b>341.385</b>     |

Al fine di integrare i dati della nuova classificazione regionale con altre informazioni che possano dare una stima degli assistiti potenzialmente arruolabili senza esenzione per patologia, nella Tabella 16 è riportata la numerosità degli assistiti per Distretto, per fascia di età con esenzione per patologia, esenzione per invalidità o esenzione per reddito contati una sola volta, con questo criterio di priorità.

Si specifica che tra i soggetti con “esenzione per reddito ed età” sono compresi anche i bambini (età < 14 anni), indipendentemente dal reddito del nucleo familiare.

**Tabella 16:** Numero di pazienti per tipo di esenzione, classe di età e Distretto di residenza

| Distretto         | Classe di età | Tipo esenzione |               |                | Totale complessivo |
|-------------------|---------------|----------------|---------------|----------------|--------------------|
|                   |               | Patologia      | Invalità      | Reddito ed età |                    |
| BRESCIA           | 00-14         | 471            | 385           | 21.503         | 22.359             |
|                   | 15-64         | 26.894         | 1.341         | 1.228          | 29.463             |
|                   | 65+           | 32.356         | 1.795         | 7.978          | 42.129             |
|                   | <b>Totale</b> | <b>59.721</b>  | <b>3.521</b>  | <b>30.709</b>  | <b>93.951</b>      |
| BRESCIA OVEST     | 00-14         | 282            | 47            | 11.853         | 12.182             |
|                   | 15-64         | 14.734         | 627           | 423            | 15.784             |
|                   | 65+           | 13.915         | 504           | 3.851          | 18.270             |
|                   | <b>Totale</b> | <b>28.931</b>  | <b>1.178</b>  | <b>16.127</b>  | <b>46.236</b>      |
| BRESCIA EST       | 00-14         | 278            | 181           | 11.077         | 11.536             |
|                   | 15-64         | 14.587         | 577           | 317            | 15.481             |
|                   | 65+           | 15.067         | 578           | 3.593          | 19.238             |
|                   | <b>Totale</b> | <b>29.932</b>  | <b>1.336</b>  | <b>14.987</b>  | <b>46.255</b>      |
| VALLE TROMPIA     | 00-14         | 283            | 34            | 11.657         | 11.974             |
|                   | 15-64         | 16.628         | 757           | 467            | 17.852             |
|                   | 65+           | 19.492         | 699           | 3.912          | 24.103             |
|                   | <b>Totale</b> | <b>36.403</b>  | <b>1.490</b>  | <b>16.036</b>  | <b>53.929</b>      |
| <b>Totale ATS</b> |               | <b>341.385</b> | <b>16.547</b> | <b>182.105</b> | <b>540.037</b>     |

**DATI DI ATTIVITÀ PRONTO SOCCORSO ANNO 2023**

**Tabella 17. Numero di codici bianchi e verdi alle dimissioni dai Pronto Soccorso nell'anno, suddivisi per strutture pubbliche e private accreditate, riferiti agli utenti residenti nel territorio di ASST Spedali Civili suddivisi per Distretto. Anno 2023**

**RESIDENTI DISTRETTO 1 - Brescia**

| Codice triage alla dimissione | Tipo_struttura | NUMERO ACCESSI                               |                                |
|-------------------------------|----------------|----------------------------------------------|--------------------------------|
|                               |                | STRUTTURA NEL TERRITORIO ASST SPEDALI CIVILI | ALTRE STRUTTURE DI ATS BRESCIA |
| B                             | PUBBLICA       | 3.339                                        | 114                            |
| B                             | PRIVATA        | 2.319                                        | -                              |
| V                             | PUBBLICA       | 20.850                                       | 1.239                          |
| V                             | PRIVATA        | 36.511                                       | -                              |

**RESIDENTI DISTRETTO 2 - Brescia Ovest**

| Codice triage alla dimissione | Tipo_struttura | NUMERO ACCESSI                               |                                |
|-------------------------------|----------------|----------------------------------------------|--------------------------------|
|                               |                | STRUTTURA NEL TERRITORIO ASST SPEDALI CIVILI | ALTRE STRUTTURE DI ATS BRESCIA |
| B                             | PUBBLICA       | 1.307                                        | 94                             |
| B                             | PRIVATA        | 1.295                                        | -                              |
| V                             | PUBBLICA       | 8.765                                        | 1.122                          |
| V                             | PRIVATA        | 18.574                                       | -                              |

**RESIDENTI DISTRETTO 3 - Brescia Est**

| Codice triage alla dimissione | Tipo_struttura | NUMERO ACCESSI                               |                                |
|-------------------------------|----------------|----------------------------------------------|--------------------------------|
|                               |                | STRUTTURA NEL TERRITORIO ASST SPEDALI CIVILI | ALTRE STRUTTURE DI ATS BRESCIA |
| B                             | PUBBLICA       | 1.141                                        | 471                            |
| B                             | PRIVATA        | 807                                          | -                              |
| V                             | PUBBLICA       | 7.301                                        | 3.378                          |
| V                             | PRIVATA        | 17.239                                       | -                              |

**RESIDENTI DISTRETTO 4 - Valle Trompia**

| Codice triage alla dimissione | Tipo_struttura | NUMERO ACCESSI                               |                                |
|-------------------------------|----------------|----------------------------------------------|--------------------------------|
|                               |                | STRUTTURA NEL TERRITORIO ASST SPEDALI CIVILI | ALTRE STRUTTURE DI ATS BRESCIA |
| B                             | PUBBLICA       | 2.656                                        | 42                             |
| B                             | PRIVATA        | 314                                          | -                              |
| V                             | PUBBLICA       | 20.305                                       | 471                            |
| V                             | PRIVATA        | 6.262                                        | -                              |

Numero di assistiti per fascia di età e per numero di accessi al pronto soccorso per Distretto di residenza.  
Anno 2023, qualsiasi pronto soccorso presente nel flusso 6/SAN.

Tabella 18. Distretto Brescia

| Categoria di età | Numero di accessi | Numero assistiti | % sul totale degli assistiti che hanno effettuato accessi in PS | Numero totale di accessi |
|------------------|-------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <14 anni         | 1 accesso         | 4.878            | 61%                                                             | 4.878                    |
|                  | 2 accessi         | 1.837            | 23%                                                             | 3.674                    |
|                  | più di 2 accessi  | 1.319            | 16%                                                             | 5.184                    |
|                  | <b>Totale</b>     | <b>8.034</b>     |                                                                 | <b>13.736</b>            |
| 14-64 anni       | 1 accesso         | 19.104           | 68%                                                             | 19.104                   |
|                  | 2 accessi         | 5.531            | 20%                                                             | 11.062                   |
|                  | più di 2 accessi  | 3.299            | 12%                                                             | 13.229                   |
|                  | <b>Totale</b>     | <b>27.934</b>    |                                                                 | <b>43.395</b>            |
| 65+ anni         | 1 accesso         | 9.256            | 63%                                                             | 9.256                    |
|                  | 2 accessi         | 3.254            | 22%                                                             | 6.508                    |
|                  | più di 2 accessi  | 2.247            | 15%                                                             | 9.009                    |
|                  | <b>Totale</b>     | <b>14.757</b>    |                                                                 | <b>24.773</b>            |

Tabella 19. Distretto Brescia Ovest

| Categoria di età | Numero di accessi | Numero assistiti | % sul totale degli assistiti che hanno effettuato accessi in PS | Numero totale di accessi |
|------------------|-------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <14 anni         | 1 accesso         | 2.612            | 65%                                                             | 2.612                    |
|                  | 2 accessi         | 856              | 21%                                                             | 1.712                    |
|                  | più di 2 accessi  | 570              | 14%                                                             | 2.163                    |
|                  | <b>Totale</b>     | <b>4.038</b>     |                                                                 | <b>6.487</b>             |
| 14-64 anni       | 1 accesso         | 9.630            | 68%                                                             | 9.630                    |
|                  | 2 accessi         | 2.973            | 21%                                                             | 5.946                    |
|                  | più di 2 accessi  | 1.568            | 11%                                                             | 6.010                    |
|                  | <b>Totale</b>     | <b>14.171</b>    |                                                                 | <b>21.586</b>            |
| 65+ anni         | 1 accesso         | 3.623            | 61%                                                             | 3.623                    |
|                  | 2 accessi         | 1.399            | 24%                                                             | 2.798                    |
|                  | più di 2 accessi  | 883              | 15%                                                             | 3.378                    |
|                  | <b>Totale</b>     | <b>5.905</b>     |                                                                 | <b>9.799</b>             |

**Tabella 20. Distretto Brescia Est**

| Categoria di età | Numero di accessi | Numero assistiti | % sul totale degli assistiti che hanno effettuato accessi in PS | Numero totale di accessi |
|------------------|-------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <14 anni         | 1 accesso         | 2.480            | 63%                                                             | 2.480                    |
|                  | 2 accessi         | 865              | 22%                                                             | 1.730                    |
|                  | più di 2 accessi  | 580              | 15%                                                             | 2.318                    |
|                  | <b>Totale</b>     | <b>3.925</b>     |                                                                 | <b>6.528</b>             |
| 14-64 anni       | 1 accesso         | 9.890            | 70%                                                             | 9.890                    |
|                  | 2 accessi         | 2.747            | 20%                                                             | 5.494                    |
|                  | più di 2 accessi  | 1.396            | 10%                                                             | 5.440                    |
|                  | <b>Totale</b>     | <b>14.033</b>    |                                                                 | <b>20.824</b>            |
| 65+ anni         | 1 accesso         | 4.017            | 63%                                                             | 4.017                    |
|                  | 2 accessi         | 1.461            | 23%                                                             | 2.922                    |
|                  | più di 2 accessi  | 867              | 14%                                                             | 3.379                    |
|                  | <b>Totale</b>     | <b>6.345</b>     |                                                                 | <b>10.318</b>            |

**Tabella 21. Distretto Valle Trompia**

| Categoria di età | Numero di accessi | Numero assistiti | % sul totale degli assistiti che hanno effettuato accessi in PS | Numero totale di accessi |
|------------------|-------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <14 anni         | 1 accesso         | 2.445            | 66%                                                             | 2.445                    |
|                  | 2 accessi         | 850              | 23%                                                             | 1.700                    |
|                  | più di 2 accessi  | 422              | 11%                                                             | 1.573                    |
|                  | <b>Totale</b>     | <b>3.717</b>     |                                                                 | <b>5.718</b>             |
| 14-64 anni       | 1 accesso         | 10.605           | 71%                                                             | 10.605                   |
|                  | 2 accessi         | 2.841            | 19%                                                             | 5.682                    |
|                  | più di 2 accessi  | 1.461            | 10%                                                             | 5.885                    |
|                  | <b>Totale</b>     | <b>14.907</b>    |                                                                 | <b>22.172</b>            |
| 65+ anni         | 1 accesso         | 4.863            | 65%                                                             | 4.863                    |
|                  | 2 accessi         | 1.583            | 21%                                                             | 3.166                    |
|                  | più di 2 accessi  | 1.011            | 14%                                                             | 3.882                    |
|                  | <b>Totale</b>     | <b>7.457</b>     |                                                                 | <b>11.911</b>            |

Numero di assistiti da Banca dati Assistito 2023 con attivazione di servizi sociosanitari (ADI, RSA aperta, RSA) per Distretto di assistenza.

Tabella 22. FEMMINE

| DISTRETTO ASSISTENZA | POPOLAZIONE TOTALE | POPOLAZIONE ULTRA 65 ENNE | ASSISTITI CON ATTIVAZIONE ADI | ASSISTITI CON ATTIVAZIONE RSA APERTA | ASSISTITI IN RSA | % pop ultra 65 in ADI | % pop ultra 65 in RSA Aperta | % pop ultra 65 in RSA |
|----------------------|--------------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|
| Brescia              | 111.354            | 31.396                    | 1.606                         | 383                                  | 1.125            | 5,1%                  | 1,2%                         | 3,6%                  |
| Brescia Ovest        | 52.132             | 12.031                    | 594                           | 231                                  | 430              | 4,9%                  | 1,9%                         | 3,6%                  |
| Brescia Est          | 51.198             | 12.733                    | 699                           | 191                                  | 495              | 5,5%                  | 1,5%                         | 3,9%                  |
| Valle Trompia        | 57.275             | 15.471                    | 996                           | 255                                  | 552              | 6,4%                  | 1,6%                         | 3,6%                  |
| <b>Totale ATS</b>    | <b>608.539</b>     | <b>153.752</b>            | <b>8.511</b>                  | <b>1.912</b>                         | <b>6.306</b>     | <b>5,5%</b>           | <b>1,2%</b>                  | <b>4,1%</b>           |

Tabella 23. MASCHI

| DISTRETTO ASSISTENZA | POPOLAZIONE TOTALE | POPOLAZIONE ULTRA 65 ENNE | ASSISTITI CON ATTIVAZIONE ADI | ASSISTITI CON ATTIVAZIONE RSA APERTA | ASSISTITI IN RSA | % pop ultra 65 in ADI | % pop ultra 65 in RSA Aperta | % pop ultra 65 in RSA |
|----------------------|--------------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|
| Brescia              | 104.858            | 22.142                    | 900                           | 192                                  | 335              | 4,1%                  | 0,9%                         | 1,5%                  |
| Brescia Ovest        | 52.093             | 9.935                     | 414                           | 123                                  | 124              | 4,2%                  | 1,2%                         | 1,2%                  |
| Brescia Est          | 50.624             | 10.604                    | 454                           | 107                                  | 156              | 4,3%                  | 1,0%                         | 1,5%                  |
| Valle Trompia        | 57.359             | 12.870                    | 668                           | 116                                  | 172              | 5,2%                  | 0,9%                         | 1,3%                  |
| <b>Totale ATS</b>    | <b>601.280</b>     | <b>122.994</b>            | <b>5.616</b>                  | <b>1.016</b>                         | <b>2.017</b>     | <b>4,6%</b>           | <b>0,8%</b>                  | <b>1,6%</b>           |

Come emerge dai dati riportati nelle tabelle, la percentuale di assistiti che si rivolgono al pronto soccorso per più di due volte in un anno è particolarmente significativa nelle fasce di età pediatrica e negli ultra 65enni. Le cause degli accessi ripetuti sono molteplici e differenti nelle diverse fasce di età. Una quota di questi assistiti si trova in grandi difficoltà sociali, come i senza fissa dimora o gli stranieri senza assistenza sanitaria.

Tuttavia, si rivolgono più frequentemente al PS anche gli assistiti con problemi di salute cronici, compresi i pazienti con patologia psichiatrica, oncologica, geriatrica che, con il consolidamento dei servizi territoriali in atto, dovranno trovare una adeguata risposta, anche attraverso percorsi strutturati di presa in carico.

## 2.2 I SERVIZI E LE RISORSE DELLA RETE TERRITORIALE DI OFFERTA ASST E PRIVATA

### 2.2.1 POLO TERRITORIALE ASST SPEDALI CIVILI

L'ASST Spedali Civili, come da indicazioni della normativa vigente (DM 70 del 15.04.2015; DM 77 del 23.05.2022) ha definito la propria organizzazione tramite la formulazione del POAS 2022-2024 (Decreto n. 674 del 04/08/2022) approvato da Regione Lombardia con DGR n. 6924 del 12/09/2022.

All'Azienda fanno capo i Presidi Ospedalieri e diverse strutture sanitarie e sociosanitarie dislocate sul territorio. L'ASST si articola in due settori aziendali, "Polo Territoriale" e "Polo Ospedaliero", che afferiscono direttamente alla Direzione Generale.

Il Polo Ospedaliero, attraverso i Presidi Ospedalieri (P.O. Spedali Civili Brescia, P.O. Ospedale dei Bambini, P.O. Ospedale di Gardone Val Trompia, P.O. Ospedale di Montichiari), eroga prevalentemente prestazioni in acuzie, in elezione e specialistiche a livelli crescenti di complessità; si articola in Dipartimenti che raggruppano un insieme omogeneo di attività complesse e semplici che richiedono una programmazione e un coordinamento unitario.

Il **Polo Territoriale** sviluppa i servizi di prossimità, accessibili e integrati in risposta ai problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. Prevede servizi di assistenza sanitaria primaria, promozione e prevenzione della salute, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, cure intermedie e garantisce le funzioni e le prestazioni medico-legali; eroga, inoltre, le prestazioni distrettuali sanitarie, sociosanitarie e sociali territoriali e domiciliari in base a livelli di intensità di cura. Le attività di prevenzione sanitaria, inclusa la profilassi delle malattie infettive, sono svolte con il coordinamento del dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria delle ATS, che assicura la funzione di *governance*.

La Direzione Socio Sanitaria dirige il Polo Territoriale. L'ASST Spedali Civili organizza il Polo Territoriale in Distretti e Dipartimenti, ai sensi della L.R. n.22/2021, e al Polo Territoriale è affidata l'erogazione delle prestazioni distrettuali nei limiti previsti dalla normativa vigente e al quale afferiscono i Distretti, articolati in Case ed Ospedali di Comunità oltre ad altre sedi satellite, e i Dipartimenti gestionali e funzionali.

#### Dipartimenti e strutture

Alla Direzione Socio Sanitaria afferiscono i Dipartimenti gestionali:

- Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze;
- Dipartimento di Continuità di cura e Fragilità.

nonché i Dipartimenti funzionali:

- Dipartimento Cure Primarie;
- Dipartimento di Prevenzione.

In linea alla Direzione Socio Sanitaria aziendale sono collocate inoltre le seguenti strutture:

- SC Medicina Legale Territoriale;
- SC Sanità Penitenziaria;
- SC Cure Primarie;
- SC Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive;
- SS Telemedicina territoriale;
- SS Centro Malattie Rare;
- SS Coordinamento Attività Consultoriale;
- SS Coordinamento Disabilità e Fragilità;
- Funzione Gestione degli aspetti igienico-sanitari del Polo Territoriale;
- Funzione Servizio Sociale;
- Funzione Ammissioni e Dimissioni protette e Transizione di cura;
- Funzione Home Visiting e Promozione della salute.

#### Distretti

La Direzione Socio Sanitaria è in rapporto gerarchico con i seguenti quattro Distretti, articolati in Case ed Ospedali di Comunità oltre ad altre sedi satellite:

- Distretto Brescia (Case di Comunità da attivare: via Marconi, via Corsica, viale Duca degli Abruzzi, via Don Vender e Ospedale di Comunità Piazzale Spedali Civili di Brescia);
- Distretto Brescia Est (Case di Comunità attiva: Flero; da attivare: Rezzato);
- Distretto Brescia Ovest (Case di Comunità attive: Travagliato, Ospitaletto);

- Distretto Valle Trompia (Case di Comunità attive: Nave e Tavernole s/M; da attivare: Gardone V.T. e Ospedale di Comunità Gardone V.T.).

Nel territorio dell'ASST sono inoltre presenti due Ospedali di Comunità privati accreditati: "Zaffiro OdC Brescia" nel Distretto Brescia e "Ospedale di Comunità Richiedei" nel Distretto Brescia Ovest.

All'interno del Polo Territoriale, l'ASST individua il Distretto come articolazione organizzativo-funzionale afferente alla Direzione Sociosanitaria, con un ruolo strategico di gestione e coordinamento della rete dei servizi territoriali (LR 22/2021; D.Lgs. 502/92 e 229/99). Il Distretto si occupa di programmare i servizi da erogare sulla base di valutazioni che indagano i bisogni dell'utenza di riferimento e le risorse disponibili, erogare i servizi sanitari e sociosanitari in forma diretta o indiretta e assicurare l'accesso e l'equità all'utenza attraverso monitoraggio continuo della qualità dei servizi sociosanitari erogati. Il Distretto garantisce una migliore integrazione tra i diversi servizi, oltre che con le funzioni sociali di competenza delle autonomie locali e con i diversi *stakeholder* negli Ambiti coinvolti.

### **"CENTRO MALATTIE RARE – ASST SPEDALI CIVILI DI BRESCIA"**

Il Centro Malattie Rare (CMR) dell'ASST Spedali Civili è una Struttura Semplice in staff alla Direzione Socio-Sanitaria che rappresenta una sfida dell'organizzazione aziendale, impiegando risorse umane dedicate al tema, con il ruolo di intermediazione e raccordo tra servizi e professionisti del Centro di Eccellenza malattie rare – Spedali Civili e della rete territoriale. Lo scopo del Centro è quello di rendere efficace e fluido il percorso della persona affetta da Malattia Rara in Ospedale e di garantire la continuità di cura, attivando anche direttamente i servizi o le reti più idonee a fornire una risposta adeguata, nel percorso del paziente in transizione nell'età adulta e/o nei diversi setting di cura.

Attualmente le malattie rare note sono circa 8000, di cui circa 900 sono tutelate con codice di esenzione stabilito dai LEA: presso il Centro di riferimento di ASST Spedali Civili possono essere diagnosticate 282 malattie rare con diritto all'esenzione.

Avendo come obiettivo quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione della cura e dell'assistenza il CMR svolge un ruolo di facilitatore per l'assistito con sospetto o affetto da malattia rara che, di norma, è destinato ad intraprendere un complesso percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, molto spesso bisognoso di approccio multidisciplinare.

Il Centro tramite i propri operatori svolge le seguenti attività.

- facilita il collegamento, offrendo supporto informativo e logistico, con la rete dei professionisti dell'assistenza territoriale (MMG, PLS, MCA, IFeC, ecc.) mettendoli nella condizione di ricevere tutte le informazioni necessarie per la presa in carico dell'assistito che ha ricevuto la diagnosi di malattia rara in ospedale;
- monitora la disponibilità dei Centri di Riferimento/Eccellenza per facilitare il percorso di diagnosi e presa in carico possibilmente vicino al domicilio dell'assistito;
- si coordina con i medici referenti del Centro di Eccellenza- Spedali Civili per definire il percorso del paziente in presenza di un bisogno sanitario e/o amministrativo espresso (certificato di diagnosi, piano terapeutico ...);
- dialoga con il Coordinamento Regionale Rete Malattie Rare per mantenere aggiornato il Registro dei Centri di Riferimento/Eccellenza della Rete malattie rare e le schede informative specifiche per ogni condizione rara, disponibili on-line, ed utili agli assistiti in quanto forniscono informazioni accurate ed aggiornate;
- mantiene rapporti costanti con i medici referenti clinici regionali con incontri di equipe, condivisione lavori prodotti dai gruppi di lavoro regionale in tema di PDTA e Riordino della Rete MR, supporto nell'iter di presentazione delle istanze per la candidatura a Centro di riferimento per patologie non ancora assegnate;
- accompagna le famiglie nel passaggio dalla diagnosi alla presa in carico, spesso effettuate in centri diversi, valorizzando i servizi di prossimità;
- incontra gli assistiti per consulenza pre/post diagnosi, individuando i casi fragili per cui è necessaria la presa in carico anche da parte della SSD di Psicologia Clinica della ASST;
- coordina la raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di attività dei Centri di Riferimento/Eccellenza di ASST per finalità di analisi, programmazione, governo, medicina di iniziativa nonché attività di monitoraggio di indicatori di struttura, processo ed esito.

## 2.2.2 STRUTTURE SANITARIE E UNITÀ DI OFFERTA (UdO) SOCIOSANITARIE

L'elenco aggiornato delle Strutture Sanitarie e delle UdO Sociosanitarie è consultabile al seguente link, periodicamente aggiornato da ATS: <https://www.ats-brescia.it/strutture-sanitarie-socio-sanitarie>.

## 2.2.3 I RAPPORTI CON LA REGIONE E LE ISTITUZIONI LOCALI

L'Azienda realizza le politiche regionali nell'ambito delle proprie competenze, sviluppando le attività secondo gli obiettivi regionali e in coerenza con le risorse disponibili, riservando attenzione alla comunicazione e integrazione con le diverse strutture regionali, al fine di garantire corrette interpretazioni e risposte ai bisogni dei cittadini e della comunità locale (flussi informativi, iniziative di promozione della salute, divulgazione e informazione su iniziative e leggi a tutela della salute).

L'Azienda intensifica i canali di comunicazione e partecipazione con le Istituzioni Locali, nell'ambito delle proprie reciproche responsabilità, in particolare con:

- ATS Brescia, che ha il compito di attuare la programmazione definita dalla Regione;
- Enti Locali (Ambiti e Comuni) in un'ottica di condivisione delle responsabilità nella scelta degli indirizzi e nell'analisi dei risultati.

## 2.2.4 I RAPPORTI CON LE ASSOCIAZIONI, IL TERZO SETTORE E IL MONDO DEL VOLONTARIATO

Come previsto dalla normativa (L.R. n. 22/2021), è riconosciuta la funzione complementare ed ausiliaria del **volontariato**, finalizzata al raggiungimento di più elevati standard di qualità, appropriatezza e umanizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari. È inoltre riconosciuto il ruolo fondamentale degli **Enti del Terzo Settore (ETS)** come modalità di risposta alle problematiche sociali e sociosanitarie della popolazione, inserita in un contesto di co-programmazione e co-progettazione. Gli ETS sono componenti essenziali per lo sviluppo e la coesione territoriale e sono pienamente coinvolti, con diverse forme di collaborazione, nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni. Le **Associazioni** dei pazienti e dei loro familiari costituiscono infine un'importante risorsa per migliorare la tutela delle persone fragili.

È dunque indispensabile nella programmazione e nelle fasi di integrazione ospedale - territorio la presenza attiva dei fruitori finali attraverso il volontariato e le Associazioni, oltre che delle risorse e professionalità fornite per il tramite degli ETS, che costituiscono, nel contesto attuale di evoluzione del trattamento delle patologie croniche, una risorsa e un'opportunità da considerare per migliorare la cura delle persone fragili.

Con Decreto n.522 del 07/06/2022 l'Azienda ha regolamentato la collaborazione con le Associazioni e gli Enti del Terzo Settore, favorendo la presenza e l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, degli organismi di volontariato e riconoscendo il valore e la funzione sociale degli Enti del Terzo Settore, dell'associazionismo, dell'attività di volontariato e della cultura pratica del dono, quali espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo, promuovendone lo sviluppo anche mediante forme di collaborazione con Stato, Regioni, Province Autonome ed Enti Locali.

L'Azienda, con Decreto n. 573 del 14.06.2018, ha costituito, ai sensi del Capo II° del Titolo II° del Libro I° del Codice Civile, la "**Fondazione Spedali Civili onlus**" insieme a quattro storiche Fondazioni private:

- Fondazione Beretta, creata per sviluppare e sostenere la ricerca in ambito oncologico;
- Fondazione Adele e Cavalier Francesco Lonati, per promuovere e sostenere iniziative in ambito sociosanitario, didattico, tecnico scientifico e di utilità sociale;
- Fondazione della Comunità Bresciana per perseguire fini di utilità sociale e valorizzazione delle risorse del territorio verso progetti finalizzati al miglioramento della qualità della vita;
- Fondazione Angelo Nocivelli che ha dato vita all'Istituto di Ricerca di Medicina Molecolare "A. Nocivelli".

La Fondazione non ha scopo di lucro e persegue finalità di interesse collettivo e di solidarietà sociale, promuovendo la costituzione di un patrimonio e la raccolta di fondi destinati esclusivamente a favorire attività sanitarie e socio-sanitarie dell'ASST Spedali Civili di Brescia. L'attività contribuisce alla promozione della ricerca scientifica, all'erogazione di contributi indistinti o vincolati a progetti, dotazione di apparecchiature, impianti, strumenti diagnostici ed arredi, alla formazione professionale ([www.fondazionepedalicivili.it](http://www.fondazionepedalicivili.it)).

### 2.2.5 L'ASST E L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BRESCIA

Da oltre 30 anni esiste una convenzione tra l'ASST degli Spedali Civili di Brescia – già A.O. degli Spedali Civili di Brescia – e la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Brescia, per la quale l'Azienda rappresenta la struttura sanitaria di riferimento.

Le attività didattiche si articolano nei Corsi di laurea specialistica in Medicina e Chirurgia ed in Odontoiatria e protesi dentaria, nei Corsi di Studio delle professioni sanitarie ed in diverse Scuole di formazione specialistica oltre a numerose iniziative formative (master, corsi di perfezionamento, corsi di aggiornamento). L'attività di ricerca svolta dall'Università di Brescia nell'ambito dell'ASST Spedali Civili, contribuisce significativamente a consolidare la posizione di rilievo nazionale ed internazionale, già storicamente raggiunta dalla ex struttura ospedaliera.

Al fine di garantire l'integrazione delle attività istituzionali di assistenza, didattica e ricerca e l'ottimizzazione delle risorse, l'Università e l'Azienda, nel rispetto delle reciproche finalità istituzionali ed autonomie, si impegnano ad individuare modalità di programmazione delle proprie attività, definendo congiuntamente le rispettive responsabilità di processo.

### 2.3 FUNZIONI E PERSONALE DELLA RETE TERRITORIALE DI ASST

L'ASST Spedali Civili offre, con declinazione aziendale e/o calata nel singolo Distretto, un insieme di servizi e prestazioni dedicati all'utenza fragile e cronica, sia tramite le proprie UO sia tramite la collaborazione con l'Ambito, le Associazioni di Volontariato e/o Enti del Terzo Settore, per permettere una presa in carico integrata e partecipata degli assistiti.

L'ASST quindi concorre, con gli altri erogatori del sistema sanitario e sociosanitario regionale, all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), nel rispetto di quanto previsto a livello regionale e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona nel proprio contesto di vita. Le principali funzioni di competenza del Distretto, per il tramite delle strutture territoriali, sono dunque:

- la valutazione locale ed integrata dei bisogni della popolazione di riferimento;
- l'identificazione di target di popolazione prioritari per il territorio di competenza;
- l'attuazione ed il monitoraggio dell'applicazione dei percorsi integrati, a garanzia della continuità assistenziale, in collaborazione con altre articolazioni organizzative aziendali;
- il monitoraggio continuo ed integrato delle attività e percorsi di presa in carico;
- la rilevazione e l'analisi di eventuali criticità territoriali con conseguente messa a sistema di azioni e correttivi;
- la gestione di eventuali casi complessi, individuando le soluzioni più appropriate e monitorandone l'attuazione;
- l'informazione, educazione e orientamento all'utenza, con attenzione agli interventi di promozione della salute e di prevenzione;
- la partecipazione alle attività della cabina di regia della ASST e di ATS.

Le principali aree di interesse oggetto di raccordo con gli ambiti sono le seguenti:

- Area minori e famiglia;
- Area politiche giovanili e minori;
- Area anziani e disabili;
- Area politiche abitative e del lavoro;
- Area politiche inclusione sociale e di genere.

Per ciascun'area sono attivi tavoli di lavoro, con la partecipazione di diversi *stakeholder* dell'Ambito Territoriale, oltre che operatori dei servizi della ASST che si confrontano rispetto agli obiettivi da perseguire, alle azioni da attuare per il raggiungimento degli obiettivi, oltre che in merito agli indicatori per poter misurare l'efficacia e l'efficienza degli stessi.

Tramite questo processo e l'integrazione fra le diverse aree è possibile approfondire anche diversi aspetti quali le risorse, i servizi, i progetti ed i diversi soggetti presenti nel territorio, favorendo così una maggiore conoscenza del tessuto sociale e socio-sanitario e la messa in rete delle risorse, al fine di evitare duplicazione di interventi o scopertura di servizi.

Risultano quindi fondamentali:

- La collaborazione e la condivisione finalizzate a connettere le esperienze, sviluppare innovazione ed integrazione, attraverso una partecipazione permanente dei diversi *stakeholder* a tavoli di confronto;

- La partecipazione della rete nell'ambito di cabine di regia come luogo di interscambio, di comunicazione dinamica, corresponsabilità sociale e territoriale;
- L'importanza di lavorare sul territorio nella cura dei legami sociali, di aumentare la visibilità e promuovere concetti di comunità educante e welfare generativo in un'ottica dinamica e innovativa;
- L'approccio integrato al tema della domiciliarità, utilizzando in modo coordinato gli strumenti disponibili, e soprattutto attivando una *governance* comune tramite il Distretto grazie alle le Case e gli Ospedali di comunità che devono diventare il luogo privilegiato dell'integrazione con il sociale per gestire in modo efficiente ed efficace l'utilizzo delle risorse per l'erogazione dei servizi che gravitano sugli stessi soggetti (ADI, SAD, Pasti a domicilio, telesorveglianza, protesica, invalidità, assistenti familiari...).

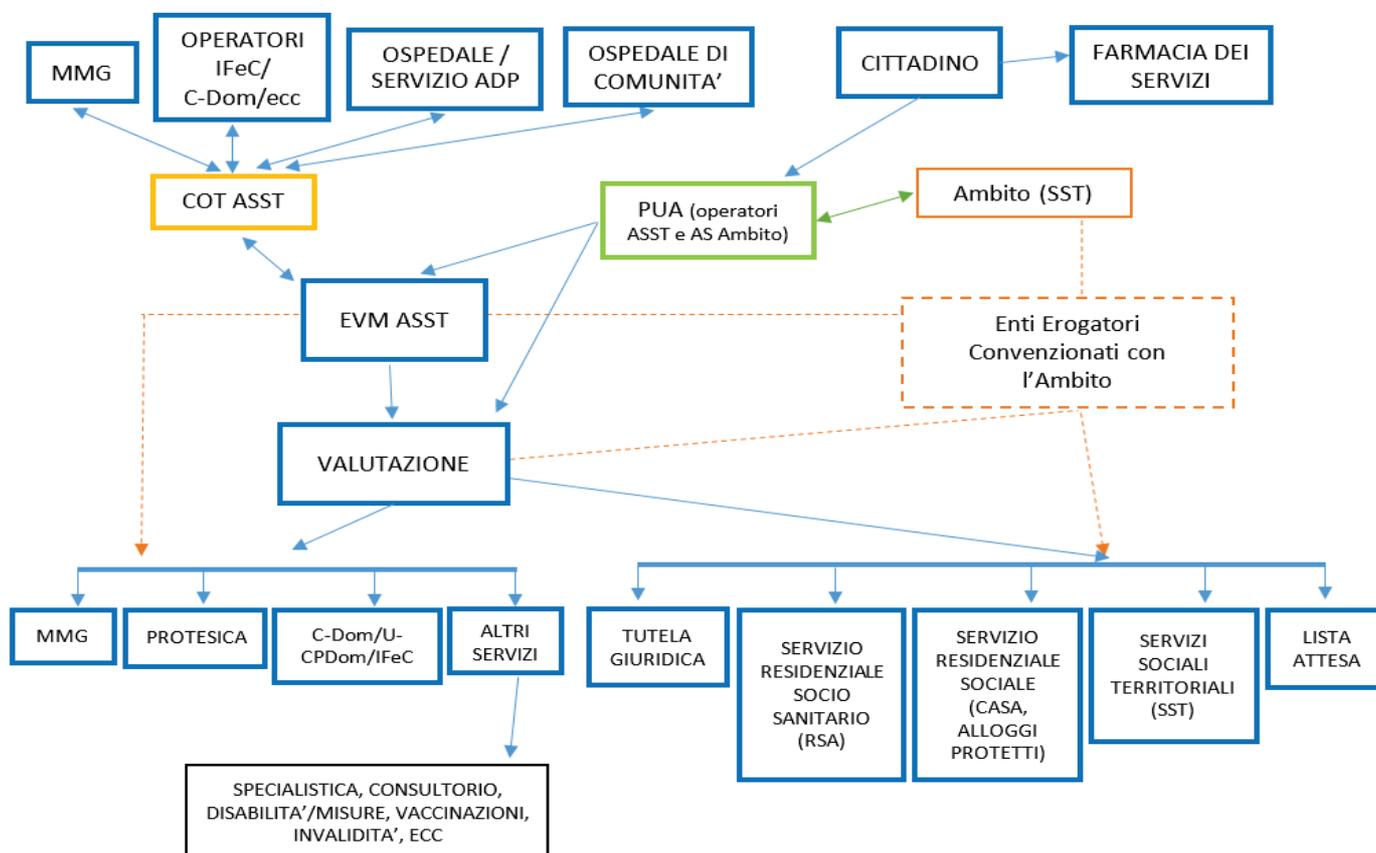
La completa realizzazione dell'integrazione sarà realizzabile con l'interfaccia dei diversi sistemi informativi o, meglio, con l'utilizzo del sistema informativo digitalizzato univoco.

### 3 PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE

Il Piano di Sviluppo Territoriale (PPT) rappresenta uno strumento fondamentale per la pianificazione e la gestione dei Servizi sociosanitari territoriali. Con la DGR XII/2089 del 25 marzo 2024, Regione Lombardia ha delineato le linee strategiche che guideranno la trasformazione del territorio, promuovendo un approccio integrato e sostenibile.

Questo piano si pone l'obiettivo di affrontare le sfide contemporanee legate all'invecchiamento della popolazione, alla presa in carico dei soggetti con malattie croniche, alla valorizzazione del domicilio come luogo di cura, nonché alla valorizzazione delle risorse locali. Attraverso l'implementazione di politiche mirate e interventi concretamente attuabili, il PPT intende garantire un equilibrio tra il bisogno di salute della popolazione, le risorse SSR disponibili e la garanzia di un'assistenza territoriale appropriata e di qualità.

La DGR XII/2089 sottolinea l'importanza di un coinvolgimento attivo delle comunità locali e degli *stakeholder*, affinché la pianificazione risponda alle reali esigenze dei cittadini.



## 4 AREE DI INTERVENTO

### 4.1 PUA E VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

#### OBIETTIVO REGIONALE

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

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

#### DESCRIZIONE E ASPETTI ORGANIZZATIVI

Il PUA rappresenta il primo luogo di contatto tra le persone e il Distretto. Collocato nelle Case della Comunità, articola l'attività su diversi livelli:

- Accoglienza: il PUA è il luogo dove l'utente/caregiver/operatore della rete dei Servizi può ricevere informazioni e orientamento in maniera qualificata, semplificando l'accesso alla rete integrata dei servizi sanitari e sociali. L'operatore del PUA procede all'accoglienza e all'ascolto del bisogno svolgendo una funzione di orientamento all'accesso (*front office*);
- Orientamento e gestione della domanda: l'operatore del PUA, anche grazie alla partecipazione/collaborazione dell'assistente sociale comunale/di Ambito, garantisce, nello specifico, una prima valutazione del caso:
  - necessità di informazioni: nell'eventualità di casi in cui sono richieste informazioni orientative e di servizi procede all'orientamento delle persone dando informazioni sui servizi sanitari, sociosanitari e sociali e sulle modalità di attivazione;
  - triage socio-sanitario: l'operatore presente al PUA accompagna gli utenti che necessitano di un approfondimento della valutazione verso i servizi competenti;
- Attivazione della Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM) e programmazione degli interventi: nel caso sia riscontrato un bisogno complesso, che richieda pertanto un approccio integrato di presa in carico, la persona viene rimandata ad una ulteriore fase di valutazione multidimensionale a cura dell'EVM, che può coinvolgere attori diversi, da individuare in base ai bisogni manifestati. Tale fase costituisce il momento valutativo del servizio: in base alla natura del bisogno di cui è portatore l'utente, questo viene messo in contatto con diversi professionisti a seconda di quanto rilevato (specialisti, psicologi, MMG, operatori sociali dei Comuni/Ambiti). Inoltre, l'EVM:
  - informa il MMG dell'assistito relativamente all'esito dell'accesso e dell'attivazione dei percorsi;
  - attiva se necessario un IFeC di riferimento ovvero attiva il Servizio Sociale Territoriale per i servizi sociali domiciliari;
  - attiva la Centrale Operativa Territoriale (COT) per tutte le funzioni di sua competenza.

#### Personale

Il personale che opera nei PUA delle CdC è attualmente rappresentato da Operatori/Operatrici dei distretti, di diversa estrazione professionale che, sulla scorta di strumenti informativi condivisi, sono in grado di orientare le persone nell'accesso alla rete dei servizi e alle prestazioni offerte dal Distretto.

Sono presenti esperienze di integrazione con le Assistenti Sociali dei Comuni/dell'Ambito (CdC di Nave e Tavernole), da sistematizzare tramite accordi formalizzati e da estendere a tutte le CdC.

Le EVM rappresentano una presenza consolidata nel territorio di ASST Spedali Civili e sono costituite da Infermiere e Assistenti Sociali esperte di valutazione che si integrano con i MMG/PLS e con le Assistenti Sociali dell'Ambito di riferimento.

#### **STATO DELL'ARTE – PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ**

L'apertura delle prime CdC ha consentito di implementare e sistematizzare l'accoglienza delle persone nelle sedi, di predisporre strumenti informativi che consentono agli operatori di orientare le persone con competenza, di rispondere ai bisogni informativi di base.

Nel caso in cui si intercetti un bisogno che richiede l'acquisizione di ulteriori elementi di valutazione, vengono registrati i contatti per fissare successivamente un appuntamento da parte degli operatori competenti. Se possibile, un primo contatto può essere garantito anche direttamente al primo accesso qualora gli operatori siano presenti nella sede e disponibili all'accoglienza.

La valutazione di primo livello attraverso la compilazione del triage non è al momento una pratica sistematica, considerate le difficoltà e i tempi richiesti dal sistema informativo (SGDT).

L'attivazione dell'EVM in caso di bisogno complesso è garantita in tempi brevi, coerenti con il bisogno rilevato e prevede il coinvolgimento del MMG/PLS oltre che dell'Assistente Sociale dei Comuni/dell'Ambito, che sarebbe facilitato dalla presenza strutturata di questa figura nelle CdC.

La presenza dell'Assistente Sociale dei Comuni/dell'Ambito Territoriale Sociale nelle CdC risulta indispensabile, al fine di poter affrontare, in maniera integrata e multi-professionale, tutte quelle situazioni in cui emerge un qualche bisogno di tipo sociale, al fine di coordinare le risorse e migliorare l'efficacia e l'efficienza assistenziali.

L'assistente sociale, così come le altre figure professionali operanti nel PUA, dovrà rapportarsi con gli altri Servizi operanti sul il Territorio: Centrale Operativa Territoriale (COT), Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM), Servizio Ammissioni/Dimissioni Protette (ADP) e SS Coordinamento Disabilità e Fragilità.

#### **Centri per la Vita Indipendente (CVI)**

Il Centro per la Vita Indipendente (CVI), così come descritto dalla Legge Regionale 25/2022, è un **servizio complementare e integrativo** a sostegno delle competenze dei Servizi Sociali di base. Può essere definito, prima che un "servizio", un "luogo o ufficio" e contribuisce al progetto di vita della persona per quanto concerne tutti gli aspetti necessari alla vita indipendente. Il servizio può essere attivato dalla stessa persona, dal Comune/Ambito, oppure dall'EVM, nei casi in cui il progetto di vita abbia ad oggetto la valutazione di interventi riguardanti la residenzialità e/o il processo di autonomia dalla propria famiglia, nel caso di esplicita richiesta della persona, oppure nella manifestazione anche implicita di un suo desiderio nel caso di richiesta dei famigliari. Rappresenta uno spazio fisico e relazionale all'interno del quale la persona con disabilità può e deve trovare il confronto e i sostegni necessari per poter elaborare, esprimere e definire i propri desideri, preferenze e mete come fondamenta del proprio progetto di vita. Il Centro si propone come "ponte" tra le persone con disabilità, le loro famiglie e i servizi sul territorio rendendo possibili percorsi di accompagnamento alla costruzione di un progetto di vita. Il centro di vita indipendente, nel rispetto dei mandati istituzionali dei diversi enti, si occupa di tutti gli aspetti, compresi gli accomodamenti ragionevoli e contribuisce alla formulazione del progetto e del relativo budget.

Tutte le persone con disabilità possono rivolgersi al Centro senza vincoli legati alla tipologia di disabilità, al bisogno di sostegno, al reddito, alla condizione familiare, sociale e all'età. Viste le funzioni del Centro che deve operare in rete con i servizi del territorio, le Associazioni e gli Enti del Terzo settore si ritiene che, laddove possibile, abbia sede presso le **Case di Comunità** delle ASST, che rappresentano il luogo privilegiato per l'integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale. Nel Centro lavorano con modalità integrata e in rete sia operatori dell'Ente pubblico (Ambito/Comuni a seconda del sistema di *governance* locale) che delle associazioni/ETS. Le attività del Centro sono articolate su più livelli: funzioni di **front office** (accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento...), funzioni di **back office** (iter valutativo e progettuale, identificazione dei percorsi e attivazione dei servizi/supporti, monitoraggio...) e attività di **sensibilizzazione, supporto** e di **attivazione della comunità**. Risulta fondamentale

l'attivazione di collaborazioni e intese fin dalle prime fasi di avvio del Centro, dei servizi territoriali dell'ASST (PUA, EVM, CPS, UONPIA, Servizi Disabilità Adulta, DAMA, ...) in particolare in presenza ai bisogni sociosanitari.

Per il perseguimento delle finalità proprie del Centro è opportuna la stipula di rapporti e accordi, nel quadro del Piano di Zona, di collaborazione con i Servizi comunali/Ambito e le ASST che favoriscano il coinvolgimento di tutte le realtà territoriali interessate allo sviluppo di progetti di inclusione sociale (scuole, enti gestori delle Unità di offerta, servizi di mediazione lavoro ...) nonché di altre realtà istituzionali (ATS, Province, Università, ...) e della società civile (associazioni, società sportive, parrocchie, ...).

A seguito della pubblicazione nel 2024 da parte di ATS Brescia di una manifestazione d'interesse (Decreto n. 433/2024), i quattro Ambiti di ASST Spedali Civili hanno aderito alla manifestazione presentando una scheda di progetto in cui si pongono come ente capofila per l'avvio di 4 CVI con il partenariato di ASST Spedali Civili e degli Enti del Terzo Settore.

Per quanto concerne l'organizzazione dei CVI, la proposta prevede che l'ASST esplicherà in tutti i quattro i Distretti l'attività di partenariato collaborando alle attività di *back office* e di valutazione multiprofessionale per la realizzazione dei progetti individuali di vita indipendente.

Nei Distretti di Brescia, Brescia Est e Brescia Ovest l'attività di *front office* dei CVI verrà svolta **nelle Case di Comunità all'interno del PUA**, dove si realizzerà l'integrazione tra gli operatori di ASST e quelli dei comuni/Ambiti.

#### **PROGRAMMAZIONE TRIENNALE – OBIETTIVI E INDICATORI**

La DGR 2089/2024 prevede il seguente indicatore:

- Numero di valutazioni che vedono la partecipazione dell'Assistente sociale comunale/numero complessivo di valutazioni effettuate nell'anno, prevedendo una percentuale incrementale negli anni successivi, pari a:

- almeno il 50% nell'anno 2025;
- 75% nel 2026;
- 100% nel 2027.

A fronte della centralità di questo percorso, che coinvolge Case della Comunità, Presidi Ospedalieri e Ambiti, si ritiene di integrare i seguenti indicatori:

- Incremento orari di apertura PUA (indicatore: apertura quotidiana nelle CdC, almeno 8 ore/die 5/7gg e 4 ore il sabato);
- Presenza strutturata delle Assistenti Sociali dei Comuni/dell'Ambito nei PUA, attraverso la sottoscrizione di accordi condivisi (indicatori: sottoscrizione accordi di collaborazione per ogni Distretto/ambito entro il primo trimestre 2025 – Incremento progressivo delle valutazioni congiunte nei casi complessi, misurabile dai report annuali,  $\geq 25\%$  annuo);
- Attivazione di PUA itineranti per garantire la presenza di prossimità nei comuni distanti dalle CdC o scarsamente collegati dai mezzi pubblici (indicatore: n° Comuni coperti da PUA itineranti/n° Comuni concordati con Ambito  $\geq 90\%$ ).

| AREA DI INTERVENTO                                                                                                                           |  | PUA E VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE                                                                                                                      |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|--------------|
|                                                                                                                                              |  | CRONOPROGRAMMA                                                                                                                                           |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
|                                                                                                                                              |  | 2024                                                                                                                                                     |             |              | 2025          |              |             | 2026         |               |              | 2027        |              |               |              |
| AZIONI                                                                                                                                       |  | IV TRIMESTRE                                                                                                                                             | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE |
| RISORSE                                                                                                                                      |  | RESPONSABILITÀ                                                                                                                                           |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
| Adozione modello di convenzione per presenza Assistenti Sociali dell'Ambito nei PUA delle CdC (aziendale)                                    |  | X                                                                                                                                                        |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
| Sottoscrizione accordi con Ambiti e avvio presenza strutturata delle Assistenti Sociali nei PUA (distrettuale)                               |  |                                                                                                                                                          | X           |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
| Definizione procedura funzionamento PUA (aziendale)                                                                                          |  |                                                                                                                                                          |             | X            |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
| Graduale estensione orario di apertura dei PUA nelle CdC Hub, in funzione delle risorse disponibili (distrettuale)                           |  |                                                                                                                                                          |             | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            |
| Attivazione di PUA itineranti, in funzione delle specifiche esigenze dei territori (su base distrettuale)                                    |  |                                                                                                                                                          | X           | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            |
| Incremento valutazioni che coinvolgono l'Assistente Sociale (su base distrettuale)                                                           |  |                                                                                                                                                          | X           | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            |
| Valutazione indicatori (aziendale e distrettuale)                                                                                            |  | X                                                                                                                                                        |             |              |               | X            |             |              |               | X            |             |              |               | X            |
|                                                                                                                                              |  | AREE DI INTEGRAZIONE CON I PIANI DI ZONA/AMBITI TERRITORIALI                                                                                             |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
|                                                                                                                                              |  | COLLEGAMENTO PDZ AMBITI TERRITORIALI 1, 2, 3, 4                                                                                                          |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
| Punti Unici di Accesso (PUA) integrati e UVM: incremento operatori sociali Legge n.234/2021, comma 163 (potenziamento risorse professionali) |  | Valutazione Multidimensionale: definizione di piani di assistenza individualizzati ed integrati e rafforzamento delle équipe multidisciplinari integrate |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |

## 4.2 CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA NEI SETTING ASSISTENZIALI (COT)

### OBIETTIVO REGIONALE

Tra gli obiettivi da implementare vi è quello della continuità dell'assistenza nel passaggio tra i vari *setting* di cura. Sul territorio lombardo negli anni sono state sviluppate positive esperienze in tal senso, che necessitano di essere standardizzate e recepite nel PPT.

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

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

### DESCRIZIONE E ASPETTI ORGANIZZATIVI

La Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge un ruolo di facilitatore nella transizione dei pazienti da un *setting* di cura e assistenza all'altro, avvalendosi del maggior numero possibile di connessioni stabilite con i diversi nodi della rete. Ricerca e consente la soluzione più appropriata nelle transizioni dell'assistito tra un *setting* di cura e di vita e un altro. La COT è attivata dagli operatori che si trovano nei diversi nodi del sistema sociosanitario, distrettuale e ospedaliero: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali, personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali nonché dei servizi sociali.

Operatori presenti nella COT:

- Coordinatore Infermieristico;
- Infermieri;
- Personale di supporto - Assistenti Sociali e/o Amministrativi.

Le principali funzioni della COT sono le seguenti:

- Facilitare la *transitional care* dei pazienti dell'area della fragilità e dei non autosufficienti tra i nodi delle cure intermedie, le C-Dom, le strutture sociosanitarie e le reti ospedaliere, compresi gli Ospedali di Comunità;
- Gestire il monitoraggio e reporting delle transizioni;
- Favorire l'accessibilità al percorso DAMA (Disabled Advanced Medical Assistance) all'interno dei Presidi Ospedalieri per gli assistiti disabili adulti;
- Attivare servizi per il reclutamento attivo e la gestione dei pazienti affetti da patologie croniche, anche raccordandosi coi MMG, PLS e medici di continuità assistenziale;
- Predisporre l'organizzazione, il governo e a messa a disposizione delle centrali di telemedicina (televisita, teleconsulto, teleassistenza, telemonitoraggio).

La COT, per garantire le funzioni sopracitate, oltre a interfacciarsi con il PUA e il NEA 116117 -Numero Europeo Armonizzato), comunica con i professionisti della salute che operano nei vari livelli dell'offerta sanitaria, sociosanitaria e sociale dei territori afferenti ai Distretti coinvolti. Si tratta di funzioni differenti che richiedono quindi diverse figure professionali, modelli organizzativi e sistemi informativi.

Rispetto alla gestione del paziente cronico sia nella fase di transizione ospedale-territorio che in quella territorio-ospedale o ospedale-ospedale, l'organizzazione dell'attività all'interno delle COT potrebbe essere oggetto di integrazione o modifica, anche nei flussi di seguito descritti.

Ai sensi del DM 77/2022, la COT svolge una funzione di supporto in *back office* e di raccordo tra i professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali attraverso:

- la gestione delle segnalazioni che arrivano dai diversi servizi/professionisti (dimissioni ospedaliere da parte di tutte le strutture pubbliche e private accreditate, strutture intermedie, strutture sociosanitarie residenziali, riabilitazione, MMG, PLS, medici di continuità assistenziale) sui casi ritenuti meritevoli di supporto nella transizione tra i vari livelli e *setting* assistenziali (sia nel flusso *step-down* dall'ospedale verso le strutture territoriali o il domicilio sia nel flusso *step-up* dal territorio verso le strutture intermedie o l'ospedale), valutandone l'appropriatezza o identificando il bisogno;
- l'identificazione del *setting* più adatto per ciascun caso, mediante l'attivazione di un percorso e il monitoraggio dell'offerta disponibile;
- l'attenzione al rispetto dei tempi massimi di permanenza nei *setting* a tempo definito, facilitando la transizione programmata verso altri servizi, favorendo la tempestività e l'appropriatezza delle prestazioni erogate al cittadino.

L'ASST Spedali Civili ha recepito le indicazioni sulla corretta organizzazione e funzionamento della COT attraverso specifica procedura aziendale (**P-SDA158**), individuando le seguenti COT collocate presso:

- il Distretto Brescia (COT Viale Duca degli Abruzzi; COT Via Marconi attualmente posta presso il Presidio Spedali Civili);
- il Distretto Brescia Ovest (COT Ospitaletto);
- il Distretto Brescia Est (COT Rezzato);
- il Distretto Valle Trompia (COT Gardone Val Trompia attualmente collocata presso il Presidio territoriale di Sarezzo).

Le COT sono operative 7 giorni su 7:

- dal lunedì al venerdì, dalle 8,00 alle 16,00 con personale in presenza nelle singole COT, ovvero agli indirizzi mail e ai recapiti telefonici individuati nella specifica procedura aziendale (P-SDA158);
- nelle giornate di sabato, domenica e festivi è garantita l'attività dalle 8,00 alle 12,00 di un operatore assegnato alle COT, in pronta disponibilità; la segnalazione deve pervenire tramite mail all'indirizzo [cot.spedalicivili@asst-spedalicivili.it](mailto:cot.spedalicivili@asst-spedalicivili.it).

La COT è dotata di una piattaforma software denominata Sistema di Gestione Digitale del Territorio (SGDT), unica e centralizzata a livello regionale, sviluppata e resa disponibile in Cloud per assicurare i requisiti di accesso sicuro da parte di tutti gli operatori.

#### **4.2.1 SERVIZIO AMMISSIONI/DIMISSIONI PROTETTE, COT E RAPPORTO CON IL SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE DEL COMUNE/AMBITO**

La procedura aziendale dell'ASST Spedali Civili **P-SDA138** definisce la gestione dei percorsi di **ammissione e dimissione protetta** degli assistiti fragili, integrandoli con le funzioni degli Ambiti Territoriali Sociali, e sottolinea che tali percorsi vanno utilizzati in modo appropriato in entrambe le direzioni (territorio-ospedale e ospedale-territorio).

Alla Direzione Sociosanitaria afferisce il Servizio aziendale di ammissione/dimissione protetta che, attraverso competenze sanitarie, sociosanitarie e sociali, garantisce la continuità assistenziale alle persone fragili, con bisogni complessi, nei momenti di transizione tra *setting* assistenziali. La presa in carico dell'assistito avviene attraverso un approccio multidisciplinare ed integrato, in stretta collaborazione con le EVM territoriali, le COT, le cure palliative, il Bed Management e le altre strutture sanitarie e sociosanitarie del territorio.

### **Dimissioni protette**

La dimissione protetta attraverso l'individuazione precoce e condivisa dei bisogni sociosanitari assistenziali della persona promuove la definizione di un adeguato *setting* post ricovero ospedaliero, in relazione ad una particolare condizione di patologia/fragilità.

Il processo di Dimissione Protetta è caratterizzato da diverse fasi che comprendono, fra le altre:

- identificazione dell'assistito fragile eleggibile alla dimissione protetta attraverso la valutazione da parte dell'unità operativa di degenza (secondo metodi e strumenti di valutazione condivisi con le SS/SC e la Direzione Sanitaria a cui le Strutture di ricovero e cura fanno riferimento);
- segnalazione della persona fragile all'equipe del servizio ADP e Transizioni di cura/COT Spedali Civili, che, in un'ottica di presa in carico, effettuano la valutazione multidimensionale del caso e individuano il migliore *setting* socio-assistenziale per gestire al meglio la transizione;
- definizione del percorso di dimissione protetta più idoneo in accordo con equipe, assistito e familiari/caregiver/amministratore di sostegno, e servizio sociale del Comune/Ambito in caso di fragilità sociale.

La segnalazione deve essere inoltrata non appena i professionisti che hanno in cura/assistono il paziente rilevano la necessità di garantire un adeguato accompagnamento al termine della degenza e, comunque, almeno **tre giorni lavorativi** prima della dimissione (tempo minimo per attivare le cure domiciliari). Qualora sia prevista la transizione verso strutture riabilitative o sia necessaria l'attivazione di specifici servizi che richiedono tempi di attivazione superiori ai 3 giorni (es. nutrizione parenterale, servizi sociali, ...) la data di dimissione dovrà essere **concordata tra i soggetti coinvolti** per garantire la continuità dell'assistenza.

La valutazione multidisciplinare dei bisogni del paziente è effettuata dai professionisti del Servizio Ammissioni Dimissione Protetta, secondo le competenze specifiche, in collaborazione con il medico, il coordinatore, gli infermieri del reparto ospedaliero, altri professionisti/servizi, l'assistito stesso ed i suoi caregiver di riferimento.

Qualora, durante il percorso di presa in carico per la dimissione protetta emergano situazioni di criticità legate alla protezione giuridica ed agli obblighi di legge l'équipe curante segnala prontamente la situazione all'Ufficio di Protezione Giuridica in capo al Servizio Sociale Aziendale dell'ASST Spedali Civili.

Le situazioni ritenute ad alta complessità sociale a seguito di specifica valutazione dell'assistente sociale del Servizio ADP vengono segnalate all'Area Alta Complessità Sociale del Servizio Sociale Aziendale, che ha la funzione di sviluppare gli aspetti sociali della dimissione per questi casi particolari, secondo una progettualità organizzativa condivisa tra i due servizi.

Il **Servizio Sociale del Comune/Ambito** viene attivato dall'Assistente Sociale del Servizio ADP nei percorsi di presa in carico delle persone con fragilità/bisogni sociali e può offrire il proprio contributo nella valutazione dei bisogni e nell'individuazione del percorso più appropriato, in considerazione dei tempi di dimissione ospedaliera. Nei casi in cui siano presenti bisogni di natura complessa, il progetto dimissione protetta è co-costruito con l'EVM/COT Distrettuale ed al Servizio Sociale Territoriale che pianificare una valutazione domiciliare, preferibilmente in modo congiunto.

Per tutti gli importanti aspetti sopra descritti la data di dimissione deve essere concordata e comunicata a tutti gli attori che concorrono alla progettazione del percorso, in particolare all'EVM/COT Distrettuali.

### **Ammissioni protette**

Il processo di Ammissione Protetta (verso i diversi *setting* assistenziali) è rivolto agli assistiti in situazione di elevata complessità clinica/sociosanitaria/sociale, già in carico ai servizi territoriali (sociosanitari, socioassistenziali e sociali), per i quali i MMG/PLS ritengano opportuno, a sostegno della gestione domiciliare, l'accesso alla Struttura Ospedaliera secondo modalità concordate, in ragione della particolare fragilità della persona.

Necessitano di ammissione protetta (verso i diversi *setting* assistenziali) gli assistiti in situazione di elevata complessità clinica/sociosanitaria/Sociale, già in carico alle EVM, per i quali il MMG/PLS ritiene opportuno, a sostegno

della gestione domiciliare, l'accesso alla Struttura secondo modalità concordate, in ragione della particolare fragilità della persona. Le condizioni che possono richiedere l'attivazione di una ammissione protetta sono, ad esempio:

- la necessità di approfondimenti diagnostici;
- la necessità di un percorso dedicato a persone con grave disabilità intellettiva e neuromotoria (Progetto DAMA);
- la realizzazione di interventi finalizzati al soddisfacimento dei bisogni di base (es.: posizionamento di PEG, di CVC) o controllo e/o sostituzione dei devices presenti (es: tracheo-cannula);
- l'esecuzione di terapie non gestibili a domicilio;
- l'impostazione o l'adeguamento della terapia del dolore.

Qualora il MMG/PLS ravvisi la necessità di ricorrere a ricoveri/prestazioni specialistiche programmate a favore di un assistito già in carico ai servizi territoriali (socio-sanitari, socio-assistenziali e sociali), concorda con la COT distrettuale/l'EVM l'attivazione del percorso di ammissione protetta.

La COT distrettuale o il MMG/PLS, in accordo, contattano il servizio ADP/la COT Spedali Civili per:

- presentare il caso;
- concordare la data e le modalità di accesso del paziente.

L'EVM trasmette al servizio ADP/alla COT Spedali Civili la segnalazione di ammissione protetta, presenta il caso e rende disponibile le parti necessarie del fascicolo utente.

Il servizio ADP/la COT Spedali Civili contatta la S.O. interessata e concorda tempi e modalità di ammissione curando i passaggi informativi con l'EVM e/o il MMG/PLS di riferimento.

Il MMG/PLS redige l'impegnativa per l'accesso alle prestazioni ospedaliere, specificando che si tratta di ammissione protetta concordata con l'UO interessata.

Qualora si ravvisi l'opportunità di avvalersi di accessi in *setting* assistenziali diversi dal ricovero ordinario (MAC, BIC, DH) il servizio ADP/la COT Spedali Civili ne verifica la fattibilità con l'Unità Operativa interessata e con la stessa concorda gli aspetti prescrittivi/organizzativi.

Se l'assistito non è in carico ai servizi territoriali o risiede in territorio diverso da quello di competenza dell'ASST Spedali Civili, il MMG contatta direttamente la COT Spedali Civili.

In conclusione, nel presente PPT si riconferma la progettualità iniziata negli scorsi anni e nelle procedure aziendali ASST Spedali Civili.

Il consolidamento dei processi relativi alle dimissioni/ammissioni protette potrà avvenire anche attraverso protocolli e/o accordi *ad hoc* in co-progettazione con le principali strutture sanitarie e socio-sanitarie del territorio, con gli Ambiti Sociali Territoriali (SST) e gli altri *stakeholder* per assicurare un fluido passaggio assistenziale dei pazienti fragili (anziani, disabili, psichiatrici...) tra i diversi *setting*.

#### **STATO DELL'ARTE – PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ**

L'ASST Spedali Civili ha maturato una consolidata esperienza nella gestione delle ammissioni/dimissioni protette e nella gestione delle transizioni delle persone con bisogni assistenziali complessi tra i diversi *setting* della rete dei servizi territoriali grazie alla presenza delle EVM (ex UCAM) che risale alla fine degli anni 90.

Ciò ha consentito di sviluppare anche strutturati percorsi di integrazione con i Servizi Sociali Territoriali per rispondere in modo integrato ai bisogni sanitari, socio-sanitari, sociali e socio-assistenziali che spesso caratterizzano le situazioni di fragilità.

L'introduzione delle COT consentirà di sistematizzare ulteriormente questi processi, estendendoli alla presa in carico delle persone con malattie croniche attraverso la funzione di pianificazione degli interventi previsti dai PAI, in coerenza con i PDTA aziendali.

Queste funzioni richiedono la disponibilità di un sistema informativo in grado di tracciare e monitorare i percorsi dei singoli assistiti collegando tutti i professionisti coinvolti. Regione Lombardia sta implementando a tal fine il Sistema Gestionale Digitale Territoriale (SGDT) che, a regime, risponderà a queste esigenze.

È inoltre in programma l'integrazione del personale da assegnare alle COT attivate, parallelamente allo sviluppo delle funzioni previste.

#### **PROGRAMMAZIONE TRIENNALE – OBIETTIVI E INDICATORI**

La DGR 2089/2024 prevede i seguenti indicatori:

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

In linea con tali indicatori, la programmazione triennale sarà orientata a:

- implementare e applicare in maniera efficace le procedure aziendali relative alle ammissioni/dimissione protette e al funzionamento delle COT;
- integrare la dotazione organica delle COT per garantirne il corretto funzionamento;
- monitorare le attività legate ai processi di transizione e di presa in carico degli assistiti attraverso la misurazione dei dati di attività e la valutazione delle criticità rispetto ai tempi di dimissione/ammissione protetta e di attivazione dei servizi.

| AREA DI INTERVENTO                                                                                                                                             |                                                                                                                                                | CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA |                                                                                                                                                                                                                                                |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|--------------|
|                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                | CRONOPROGRAMMA             |                                                                                                                                                                                                                                                |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
|                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                | 2024                       |                                                                                                                                                                                                                                                |             | 2025         |               |              | 2026        |              |               | 2027         |             |              |               |              |
| AZIONI                                                                                                                                                         | RISORSE                                                                                                                                        | RESPONSABILITÀ             | IV TRIMESTRE                                                                                                                                                                                                                                   | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE |
| Applicazione delle procedure aziendali relative alle ammissioni/dimissioni protette e alle COT, con monitoraggio delle attività e delle eventuali criticità    | Direttori di Distretto e relativi Staff, dipartimento Cure Primarie, DAPSS, Servizio ADP e Servizio Sociale aziendale, Gestione Operativa, SIA | Direzione Socio Sanitaria  | X                                                                                                                                                                                                                                              | X           | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            |
| Aggiornamento delle procedure in coerenza alle indicazioni regionali e alla disponibilità di supporti informativi                                              | Direttori di Distretto e relativi Staff, dipartimento Cure Primarie, DAPSS, Servizio ADP e Servizio Sociale aziendale, Gestione Operativa, SIA | Direzione Socio Sanitaria  |                                                                                                                                                                                                                                                |             |              |               | X            |             |              |               |              | X           |              |               | X            |
| Integrazione della dotazione organica delle COT                                                                                                                | Direttori Distretto, DAPSS, Servizio Amministrativo                                                                                            | Direzione Socio Sanitaria  |                                                                                                                                                                                                                                                | X           |              |               |              | X           |              |               |              | X           |              |               |              |
| Formazione del personale coinvolto                                                                                                                             | Direttori Distretto e staff, DAPSS, Servizio formazione                                                                                        | Direzione Socio Sanitaria  |                                                                                                                                                                                                                                                |             | X            |               |              |             | X            |               |              |             | X            |               |              |
| <b>AREE DI INTEGRAZIONE CON I PIANI DI ZONA/AMBITI TERRITORIALI</b>                                                                                            |                                                                                                                                                |                            |                                                                                                                                                                                                                                                |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
| <b>LEPS DI RIFERIMENTO</b>                                                                                                                                     |                                                                                                                                                |                            |                                                                                                                                                                                                                                                |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
| <b>COLLEGAMENTO PDZ AMBITI TERRITORIALI 1, 2, 3, 4</b>                                                                                                         |                                                                                                                                                |                            |                                                                                                                                                                                                                                                |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
| Servizi sociali per le dimissioni protette - Legge n. 234/2021 comma 170<br>Processo "Percorso assistenziale integrato" - Legge n.234/2021, comma 162 lett. a) |                                                                                                                                                |                            | Sviluppo sub investimento linea di attività 1.1.3. Rafforzamento servizi sociali a favore della domiciliarità - Avviso 1/2022 Next Generation EU<br>Integrare la valutazione per l'attivazione dei servizi – Strumenti integrati di assistenza |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |

## 4.3 CURE DOMICILIARI

### OBIETTIVO REGIONALE

Individuano la “casa” quale primo luogo di cura e vedono forme diversificate di interventi. In particolare, l’attività è assicurata:

- dal MMG attraverso l’Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) e il Progetto di Sorveglianza Domiciliare;
- dall’ex-ADI (C-Dom);
- dalla RSA Aperta;
- dalle Cure Palliative domiciliari (UCP-Dom);
- dall’assistenza domiciliare di carattere sociale (SAD).

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

### DESCRIZIONE E ASPETTI ORGANIZZATIVI

Le cure domiciliari rappresentano l’insieme delle prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e assistenziali che vengono erogate direttamente a casa di quei cittadini che, per particolari condizioni cliniche o di non autosufficienza, non sono in grado di accedere alle prestazioni erogate negli ambulatori territoriali. È un modello di cura integrato con i servizi sociali e socio-assistenziali gestiti dai Comuni/Ambiti, che ha lo scopo di permettere alla persona di rimanere il più possibile nel proprio ambiente abituale di vita con il supporto assistenziale necessario.

Esistono diverse tipologie di cure domiciliari, a seconda della complessità e dei bisogni espressi dalle persone:

- Cure domiciliari (C-Dom ex ADI);
- Cure palliative domiciliari (UCP-Dom);
- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP);
- Progetto di Sorveglianza Domiciliare (PSD);
- Presa in carico domiciliare da parte dell’IFeC;
- RSA aperta.

Le **cure domiciliari ex ADI**, riordinate dalla DGR 6867 del 02/08/2022, si riferiscono ad anziani e malati di tutte le età e in tutte le condizioni, anche di reddito, residenti in Regione Lombardia e inseriti in contesti familiari adeguati a perseguire le cure necessarie presso il proprio domicilio. Per usufruire delle cure domiciliari, è necessario che il paziente soddisfi una serie di requisiti, fra cui:

- non autosufficienza, parziale o totale, di carattere temporaneo o definitivo;
- impossibilità a deambulare e non trasportabilità, con i comuni mezzi, presso i servizi ambulatoriali territoriali;
- presenza di una rete familiare formale e/o informale di supporto;
- caratteristiche abitative che garantiscano la praticabilità dell’assistenza;
- necessità di un intervento integrato fra MMG/PLS e personale infermieristico e/o della riabilitazione.

L’obiettivo di questo *setting* assistenziale è garantire l’assistenza sanitaria a domicilio, evitando che il paziente abbandoni il proprio ambiente e prevenendo, per quanto possibile, l’ulteriore ricovero ospedaliero. Le cure domiciliari vengono attivate mediante presentazione all’ASST territorialmente competente della richiesta da parte del MMG/PLS, o in seguito a dimissione protetta ospedaliera. L’attivazione è subordinata alla valutazione svolta dall’EVM (équipe di valutazione multidimensionale), che ha il compito di accertare l’appropriatezza della richiesta e convalidare l’ente erogatore scelto dal paziente per proseguire le cure. Il servizio viene erogato da Enti Erogatori presenti su tutto il territorio accreditati da Regione Lombardia e a contratto con ATS liberamente scelti da ogni utente.

Le **cure palliative domiciliari** sono rivolte a pazienti affetti da patologie neoplastiche o da altre patologie non tumorali in fase avanzata, in cui non vi sono spazi terapeutici per modificare significativamente il decorso della malattia, e vi sia necessità di un aiuto nella gestione dei trattamenti al fine di ottimizzare il controllo dei sintomi, perseguire il benessere del paziente e supportare i famigliari. Le cure palliative domiciliari possono essere attivate dal MMG/PLS, dal servizio di ammissioni e dimissioni protette oppure anche direttamente dall’assistito. Il servizio viene erogato da

Enti Erogatori presenti su tutto il territorio accreditati da Regione Lombardia e a contratto con ATS liberamente scelti da ogni utente.

**L'assistenza domiciliare programmata** assicura visite programmate del MMG/PLS presso il domicilio di pazienti non deambulanti, con particolari patologie croniche o invalidanti, che non sono in grado di recarsi o di essere trasportati presso l'ambulatorio. Il medico di famiglia effettua il monitoraggio sullo stato di salute della persona e fornisce indicazioni sui trattamenti (farmacologici, dietetici, igienici, ecc.) più appropriati, valutando in itinere la necessità di attivare un diverso *setting* qualora necessario. L'attivazione viene proposta dal MMG direttamente al Direttore di Distretto sul portale SDG.

Il **progetto di sorveglianza domiciliare**, nato con la DGR 717 del 24/07/2023, ha previsto 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 77/2022. Tale progetto si è basato sull'avvio di uno specifico percorso di collaborazione tra Case della Comunità/IFeC e MMG, che possono anche operare in autonomia attraverso il loro personale di studio: il modello prevede uno o al massimo due accessi al mese con una progettualità distribuita su una annualità, dopo la quale il MMG/PLS valuterà la prosecuzione o l'eventuale passaggio a *setting* differente. Il servizio garantisce una presa in carico in sorveglianza di pazienti cronici che dovrebbe essere prioritariamente focalizzata sull'aspetto educativo e di addestramento. L'accesso al percorso 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 delle cure domiciliari ex ADI;
- 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 avviene su richiesta del MMG, mediante richiesta soggetta ad autorizzazione del Direttore del Distretto su portale SDG, qualora la sorveglianza avvenga mediante il personale di studio. Qualora invece venga richiesta la collaborazione delle IFeC, l'attivazione avviene previo accordo con la Casa di Comunità e senza una fase autorizzativa ufficiale. I volumi di PSD programmati a livello distrettuale in una logica di prevenzione proattiva non richiedono prescrizione.

La **presa in carico domiciliare** rappresenta uno dei *setting* di attività degli IFeC, attivabile laddove l'assistito abbia difficoltà a raggiungere la Casa di Comunità per condizioni cliniche e/o logistiche. Tale presa in carico è sempre previamente concordata col MMG/PLS e riguarda prioritariamente persone con malattie croniche e/o condizioni di fragilità.

Le cure domiciliari, nei diversi *setting* previsti, contribuiscono alla realizzazione della Missione 6 del PNRR – Salute Componente 1 – Investimento 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina Sub-Investimento 1.2.1 – Assistenza Domiciliare, che prevede la presa in carico in cure domiciliari del 10% della popolazione over 65 entro il 2026.

La **RSA aperta** è una misura innovativa che offre la possibilità di usufruire di servizi sanitari e sociosanitari utili a sostenere la permanenza al domicilio della persona il più a lungo possibile, con l'obiettivo di rinviare nel tempo la necessità di un ricovero in una struttura residenziale. In relazione alla tipologia di bisogno di ciascun utente, la misura permette di accedere a un set di prestazioni in modalità flessibile. Le prestazioni, erogate dalle RSA lombarde accreditate aderenti alla misura, si rivolgono a persone residenti in Lombardia iscritte al Servizio Sociosanitario Regionale che si trovano nelle seguenti condizioni:

- demenza certificata da un medico specialista geriatra o neurologo di strutture accreditate/equipe ex U.V.A. (Unità Valutazione Alzheimer) ora C.D.C.D (Centri per Deficit Cognitivi e Demenze);
- anziani non autosufficienti di età pari o superiore a 75 anni, riconosciuti invalidi civili al 100%.

In entrambi i casi le persone devono disporre di almeno un caregiver familiare e/o professionale che presta assistenza nell'arco della giornata e della settimana. Per accedere alla RSA Aperta gli utenti - o i loro familiari - devono presentare domanda direttamente presso la RSA scelta tra quelle aderenti alla Misura. A seguito di presentazione della domanda l'équipe della RSA effettua la valutazione multidimensionale dei bisogni della persona (anche tenendo conto del livello di stress del caregiver) e – in caso di esito positivo – redige un progetto individuale che può contemplare servizi di diversa natura (specialistici, educativi, infermieristici, riabilitativi, assistenziali, ecc.).

### **STATO DELL'ARTE – PUNTI DI FORZA E DI CRITICITÀ**

Sul territorio della ASST Spedali Civili sono attivi i sei *setting* di cure domiciliari sopra descritti.

Le cure domiciliari ex ADI e le cure palliative domiciliari (UCP-Dom) sono assicurate dagli enti erogatori di ASST Spedali Civili e del privato accreditato nei territori afferenti ai quattro Distretti.

Attualmente, a causa della carenza di personale dedicato, l'erogazione delle cure palliative domiciliari non copre il territorio dell'alta Valle Trompia, che rimane scoperta anche per quanto riguarda il servizio di RSA aperta.

L'assistenza domiciliare programmata (ADP) è erogata dai MMG/PLS che ne fanno richiesta sui territori afferenti ai quattro Distretti.

Il progetto di sorveglianza domiciliare è garantito, sui territori afferenti ai quattro Distretti, laddove i MMG/PLS ne facciano richiesta.

La presa in carico domiciliare da parte degli IFeC avviene sui territori afferenti alle case di comunità attive, con alcune progettualità in atto nei luoghi dove le case di comunità non sono a oggi ufficialmente operative.

In continuità con l'attività di potenziamento del progetto di presa in carico domiciliare già svolta nel 2023, nel corso dei primi mesi del 2024, è stato strutturato un progetto di premialità sulla base del raggiungimento di soglie definite di assistiti presi in carico da ciascun MMG. Obiettivo del progetto resta quello di garantire la presa in carico delle persone over 65 affette da patologia croniche che possano beneficiare di un monitoraggio programmato al fine di prevenire accessi in PS o ricoveri inappropriati e che abbiano difficoltà ad accedere allo studio medico per condizioni cliniche/logistiche (deficit funzionali/barriere) attraverso un Percorso di Sorveglianza Domiciliare, effettuato dal Medico di Medicina Generale (MMG).

Le attività di presa in carico a domicilio è previsto siano potenziate nell'ambito del Piano Pandemico, nello specifico in fase di attivazione territoriale, e nel contesto delle azioni previste dal Piano Caldo Aziendale. Tali azioni di potenziamento vedono coinvolti anche i medici di Continuità Assistenziale in una logica di continuità con le AFT della medicina generale. Inoltre, è stata introdotta come attività da valorizzare, la sorveglianza telefonica attiva oltre agli accessi al domicilio.

### **PROGRAMMAZIONE TRIENNALE – OBIETTIVI E INDICATORI**

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

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

Nel territorio dell'ASST Spedali Civili le Cure Domiciliari (C-Dom e UCP-Dom) rappresentano una esperienza consolidata. Nel prossimo triennio, in considerazione dei dati demografici ed epidemiologici illustrati nella prima parte di questo documento, sarà importante ridurre gli interventi prestazionali a favore di una presa in carico delle persone con bisogni clinico-assistenziali complessi e sviluppare le cure palliative pediatriche. Il Dipartimento Interaziendale Cure Palliative proseguirà inoltre la funzione di sviluppo e di raccordo della Rete Locale, con l'obiettivo di realizzare i dettami previsti dalla Legge 38/2010.

Sarà altresì proseguita e consolidata l'integrazione con i servizi sociali e socio-assistenziali gestiti dai Comuni/Ambiti per garantire la necessaria protezione alle persone fragili e con bisogni assistenziali complessi.

## **PROGETTI SPECIFICI DI DISTRETTO**

### **Distretto Valle Trompia**

In relazione alle cure palliative domiciliari che, come precedentemente illustrato, non vengono erogate oltre il Comune di Marcheno, è stata attuata una progettualità che prevede l'offerta dell'assistenza domiciliare integrata col supporto del medico palliativista. Ciò consente di garantire l'assistenza in fase terminale agli assistiti residenti nei Comuni dell'alta Valle Trompia.

### **Distretto Brescia**

È attualmente in valutazione la predisposizione di una **Anagrafe della Fragilità**, condivisa tra PUA/COT/EVM delle CdC afferenti al Distretto Brescia e SST dell'Ambito 1, al fine di segnalare tra le parti i cittadini per cui è avvenuta la presa in carico da punto di vista sanitario (condivisione dell'ASST con l'Ambito) e/o dal punto di vista sociale (condivisione dell'Ambito con la ASST), al fine di integrare al meglio gli interventi assistenziali.

La valutazione della predisposizione di tale Anagrafe coinvolgerà professionisti di competenza al fine di considerare tutte le implicazioni di natura organizzativo-gestionale, informatico-tecnologica, medico-legale e in materia di normativa sulla privacy.

Tale progettualità potrà essere estesa anche agli altri Distretti nel corso del triennio.

| AREA DI INTERVENTO                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                  | CURE DOMICILIARI                                |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------|
|                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                  | CRONOPROGRAMMA                                  |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |             |
|                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                  | 2024                                            |               |              | 2025        |              |               | 2026         |             |              | 2027          |              |             |
|                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                  | IV TRIMESTRE                                    | III TRIMESTRE | II TRIMESTRE | I TRIMESTRE | IV TRIMESTRE | III TRIMESTRE | II TRIMESTRE | I TRIMESTRE | IV TRIMESTRE | III TRIMESTRE | II TRIMESTRE | I TRIMESTRE |
| AZIONI                                                                                                                                                                                      | RISORSE                                                                                                                                          | RESPONSABILITÀ                                  |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |             |
| Presa in carico in cure domiciliari di un numero incrementale di persone, fino alla percentuale del 10% degli anziani nell'anno 2026                                                        | SC Cure palliative e ADI, Dipartimento Cure Primarie, DAPSS, Coord. Distretti, EVM, Direzione Socio Sanitaria EE C-Dom e CP-Dom, IFeC, MMG e PLS | X                                               | X             | X            | X           | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            | X           |
| Monitoraggio n° accessi al PS di pazienti in Cure Domiciliari                                                                                                                               | Gestione Operativa, PS, EVM ATS Brescia                                                                                                          |                                                 |               | X            |             | X            |               | X            |             | X            |               | X            |             |
| Formazione personale                                                                                                                                                                        | DAPSS, Servizio Formazione, Coordinatrici                                                                                                        | X                                               |               | X            |             | X            |               | X            |             | X            |               | X            |             |
| <b>AREE DI INTEGRAZIONE CON I PIANI DI ZONA/AMBITI TERRITORIALI</b>                                                                                                                         |                                                                                                                                                  |                                                 |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |             |
| <b>LEPS DI RIFERIMENTO</b>                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                 |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |             |
| Incremento SAD - Legge n.234/2021 comma 162 lett. a)<br>Processo "Percorso assistenziale integrato" - Legge n.234/2021, comma 162 lett. a)                                                  |                                                                                                                                                  | COLLEGAMENTO PDZ AMBITI TERRITORIALI 1, 2, 3, 4 |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |             |
| Sviluppo sub investimento - linea di attività 1.1.2. Autonomia degli anziani non autosufficienti - Avviso 1/2022 Next Generation EU.<br>Digitalizzazione e condivisione delle informazioni. |                                                                                                                                                  |                                                 |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |             |

## 4.4 PERCORSI DI INTEGRAZIONE A LIVELLO TERRITORIALE CON LA RETE DELLE CURE PRIMARIE

### OBIETTIVO REGIONALE

Per quanto attiene al coordinamento delle attività territoriali è necessario predisporre e utilizzare lo strumento dei protocolli condivisi tra i diversi soggetti coinvolti, con particolare riferimento ai seguenti processi da presidiare:

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

In attuazione della L.R. 1/2024 con la istituzione ed organizzazione del Servizio di Psicologia delle Cure primarie, verrà richiesta la definizione dei percorsi di integrazione con i MMG/PLS, il PUA, la COT, gli Specialisti, i Servizi e i diversi nodi della rete territoriale. Sarà in particolare necessario procedere alla definizione delle prassi di invio da parte dei MMG/PLS e degli Specialisti e alla loro diffusione e definire percorsi di integrazione con l'Area della Prevenzione, della Salute Mentale, della Autonomia e della Fragilità.

### DESCRIZIONE E ASPETTI ORGANIZZATIVI

Il nuovo contesto del Polo Territoriale richiede percorsi di integrazione tra tutti i soggetti della rete (MMG/PLS, Infermieri di Famiglia e Comunità - IfeC -, specialisti, Ambiti Territoriali Sociali, Associazionismo...) al fine di garantire la continuità dell'assistenza.

Questi processi di integrazione possono realizzarsi solo attraverso un approccio interprofessionale e favorendo una comunicazione diretta e una condivisione delle informazioni tra i vari professionisti, per permettere una gestione coordinata e di conseguenza sempre più efficace e ottimizzata dei bisogni dei pazienti. Sono indispensabili a tale scopo protocolli condivisi, dal taglio schematico e operativo, che dovranno essere elaborati, sotto la regia del Direttore Sociosanitario, del Direttore del Dipartimento Cure Primarie, dai Direttori di Distretto, che si avvarranno di gruppi di lavoro composti da tutti gli attori dei processi assistenziali a livello del territorio (MMG attraverso le AFT, IFeC, Specialisti, Ambiti Territoriali Sociali, Associazioni/Terzo settore).

### STATO DELL'ARTE – PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ

Con la progressiva apertura delle Case della Comunità si stanno gradualmente sviluppando progetti di integrazione tra le diverse figure professionali che operano nel territorio.

In particolare:

- L'inserimento delle IFeC sta consentendo di conoscere le risorse del territorio, di promuovere il consolidamento di reti di prossimità e di rispondere ai bisogni delle persone che non avevano prima un servizio di riferimento. La collaborazione con i medici delle cure primarie si sta implementando attraverso l'integrazione con i Coordinatori delle AFT ma anche con i singoli MMG/PLS. Si stanno inoltre rafforzando le collaborazioni con i servizi sociali dei Comuni/Ambiti, considerato che i problemi di carattere sanitario incrociano spesso anche fragilità sociali;
- Sono in corso progetti pilota per la presa in carico delle persone con malattie croniche, grazie alla presenza di medici specialisti nelle CdC, con agende dedicate ai residenti nei Distretti. Tali percorsi verranno implementati anche in funzione degli obiettivi di cui alla DGR 2755 del 15/07/2024;
- In attuazione della Legge Regionale 25 gennaio 2024, n.1 la ASST Spedali Civili istituisce con Decreto n. 614 del 24/06/2024 il Servizio di Psicologia delle Cure primarie a sostegno dei bisogni assistenziali della popolazione. Il servizio ha tra le proprie finalità l'offerta di un supporto psicologico tempestivo, diffuso e di prossimità, nonché il sostegno e l'integrazione dell'azione dei MMG, dei PLS e dei professionisti della salute mentale e della prevenzione nell'intercettare e rispondere ai bisogni assistenziali di base di natura psicologica dei cittadini, favorendo lo stato di salute bio-psico-sociale. Il Servizio di Psicologia delle Cure primarie eroga prestazioni psicologiche di primo livello: ascolto della domanda psicologica e valutazione del bisogno psicologico, consulenza e sostegno psicologico. Orienta verso i Servizi Specialistici allorché vi è necessità di intervento multidisciplinare specialistico e si integra con i servizi già presenti (Consultori e Disabilità).

## PROGRAMMAZIONE TRIENNALE – OBIETTIVI E INDICATORI

Sono previsti i seguenti indicatori:

- numero protocolli o procedure definiti/numero protocolli o procedure sui 4 indicati nell'obiettivo regionale = 100%;
- all'interno dei protocolli sono comunque previsti specifici indicatori di monitoraggio della loro attuazione e nell'ottica di una loro continua implementazione e miglioramento.

Relativamente alla Psicologia delle Cure primarie, a seguito di atti regionali di attuazione dovranno essere previsti i seguenti indicatori specifici:

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

## PROGETTI SPECIFICI

Nel **Distretto Brescia** è attiva una collaborazione sperimentale fra i CDCD (centri per i disturbi cognitivi e le demenze) e i MMG tramite SGGT, per la presa in carico specialistica delle demenze precoci, tramite il reclutamento di soggetti a rischio individuati e indirizzati a un corretto percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale tramite apposite schede di triage.

È inoltre attivo un progetto per l'indagine e la presa in carico della fragilità cognitiva a Collebeato. Il Dipartimento di Continuità di Cura e Fragilità, nelle sue articolazioni di SC Geriatria e SC Neurologia, chiederà ai MMG operanti in Collebeato di reclutare nello studio gli assistiti con 65+ anni affetti da almeno una malattia cardiometabolica tra fibrillazione atriale, scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica, diabete mellito; dopo una prima valutazione dei partecipanti, le SC forniranno una fotografia del grado di fragilità fisica e cognitiva di tali pazienti. Dopo aver effettuato i *follow-up*, forniranno una stratificazione del rischio di peggioramento della salute cerebrale dei partecipanti con indicazioni sulle strategie di prevenzione.

Nel **Distretto Brescia Ovest**, presso la CdC di Ospitaletto, è in sperimentazione un progetto di gestione delle visite specialistiche orientato alla presa in carico delle persone con malattie croniche, residenti negli 11 comuni del Distretto.

Accanto ad agende dedicate, prenotabili su richiesta dei MMG o degli specialisti di riferimento con cui sono stati condivisi criteri di eleggibilità e tipologia di prestazioni, l'offerta ambulatoriale e di diagnostica è volta a superare un approccio puramente prestazionale in favore di un approccio integrato ed incentrato su attività di primo livello, sia nei casi di primo accesso per sospetto diagnostico, sia per controlli/*follow-up* di patologie croniche"; [fonte: DGR 6760 del 25/07/2022, allegato "Modello organizzativo di Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali", capitolo La Casa di Comunità, paragrafo 3: area della specialistica ambulatoriale e della diagnostica di base]. Le IFeC affiancano l'attività nell'ambito di uno specifico processo di intercettazione di fragilità/criticità in specifiche aree esplorate, con conseguente presa in carico da parte delle IFeC, previa condivisione con il MMG e la persona/caregiver di riferimento.

In alta **Valle Trompia** è partito un progetto di stretta collaborazione fra gli IFeC della Casa di Comunità di Tavernole sul Mella e un MMG, che ha individuato un'opportunità innovativa per la gestione dei propri pazienti affetti da diabete mellito di tipo II. Il progetto si è tradotto nella creazione di un ambulatorio di prossimità di cura per il paziente cronico diabetico nel comune di Marcheno, adiacente a quello del MMG, in cui da maggio 2024 si svolge un'attività ambulatoriale che si occupa del monitoraggio mensile dei pazienti diabetici. L'obiettivo è migliorare il controllo della malattia e prevenirne le complicanze. L'iniziativa non si limita solo alla sorveglianza clinica, ma include anche l'introduzione di progetti educativi rivolti ai pazienti, finalizzati a migliorare la loro comprensione della malattia, delle terapie e delle strategie per gestirla nel quotidiano.

| AREA DI INTERVENTO                                                                                                                                                          |                                                                                                                        | PERCORSI DI INTEGRAZIONE TERRITORIALE                                                                                                                                                                                                                                                            |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|--------------|--|--|--|
|                                                                                                                                                                             |                                                                                                                        | CRONOPROGRAMMA                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |  |  |  |
|                                                                                                                                                                             |                                                                                                                        | 2024                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |              |               | 2025         |             |              |               | 2026         |             |              |               | 2027         |  |  |  |
|                                                                                                                                                                             |                                                                                                                        | IV TRIMESTRE                                                                                                                                                                                                                                                                                     | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE |  |  |  |
| AZIONI                                                                                                                                                                      | RISORSE                                                                                                                | RESPONSABILITÀ                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |  |  |  |
| Attivazione gruppi di lavoro per la definizione dei protocolli di integrazione tra le diverse professionalità che operano nel territorio                                    | Direttori di Distretto e relativi Staff, Dipartimento Cure Primarie, DAPSS, Dipartimenti Aziendali, SIA, Comuni/Ambiti | X                                                                                                                                                                                                                                                                                                | X           | X            | X             |              |             |              |               |              |             |              |               |              |  |  |  |
| Adozione formale protocolli                                                                                                                                                 | Servizio Qualità                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |              |               | X            |             |              |               |              |             |              |               |              |  |  |  |
| Formazione personale coinvolto                                                                                                                                              | Direttori Distretto e staff, DAPSS, Servizio formazione                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |              |               | X            | X           | X            |               |              |             |              |               |              |  |  |  |
| Aggiornamento periodico dei protocolli                                                                                                                                      | Gruppo di lavoro che ha elaborato i protocolli                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              | X             | X            |  |  |  |
| Valutazione periodica indicatori previsti dai protocolli                                                                                                                    | Direttori Distretto e staff, DAPSS, Servizio Qualità                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |              |               |              |             |              |               | X            |             |              |               | X            |  |  |  |
|                                                                                                                                                                             |                                                                                                                        | <b>AREE DI INTEGRAZIONE CON I PIANI DI ZONA/AMBITI TERRITORIALI</b>                                                                                                                                                                                                                              |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |  |  |  |
|                                                                                                                                                                             |                                                                                                                        | <b>LEPS DI RIFERIMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |  |  |  |
| Valutazione multidimensionale e progetto personalizzato D. Lgs. n.147/2017 artt 5 e 6<br>Processo "Percorso assistenziale integrato" - Legge n.234/2021, comma 162 lett. a) |                                                                                                                        | <b>COLLEGAMENTO PDZ AMBITI TERRITORIALI 1, 2, 3, 4</b><br>Collaborazione sistema dei Servizi Socio-Assistenziali con IFeC e EVM -<br>Valutazione Multidimensionale<br>Definizione dei piani di assistenza individualizzati ed integrati e rafforzamento delle équipe multidisciplinari integrate |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |  |  |  |

## 4.5 PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

La prevenzione e promozione della salute rappresentano un processo complesso e multidimensionale, che mira a rendere le persone consapevoli e capaci di controllare e migliorare la propria salute.

Gli obiettivi della prevenzione e promozione della salute si concentrano sul rafforzamento delle competenze degli individui e sulla modifica delle condizioni sociali, ambientali ed economiche che possono avere un impatto sulla salute del singolo e della collettività.

Nell'ambito della prevenzione e promozione della salute, il PPT viene sviluppato in conformità al Piano Integrato Locale degli interventi di Promozione della Salute (PIL) di ATS Brescia, che deriva da un protocollo di Intesa ATS-ASST per la realizzazione di attività progettuali in tema di promozione della salute.

Questo documento è un piano annuale di programmazione integrata degli interventi finalizzati alla promozione di stili di vita, ambienti favorevoli alla salute e alla prevenzione di fattori di rischio comportamentali nei contesti di comunità. Declina inoltre le linee di indirizzo per l'attuazione degli interventi da realizzare nel territorio locale.

La maggiore centralità che si vuole dare a una progressiva "distrettualizzazione" dell'azione di promozione della salute, con una sempre maggiore attenzione ai bisogni di salute della popolazione con le sue peculiarità territoriali e organizzative, richiede una pianificazione congiunta ATS – ASST che vede coinvolti in stretta collaborazione e sinergia:

- il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria ATS e il Dipartimento Funzionale di Prevenzione ASST, per definire le linee programmatiche;
- i Direttori di Distretto, per facilitare la declinazione locale dei processi di prevenzione, in raccordo con gli attori territoriali;
- gli assetti operativi ASST, per realizzare gli interventi, in sinergia con gli enti erogatori privati accreditati, il Terzo settore e gli altri attori territoriali, con la *governance* della SSD Promozione della Salute.

Per garantire a tutti i cittadini un futuro all'insegna di uno sviluppo sostenibile, occorre affrontare tutti i determinanti socio-culturali, ambientali, relazionali ed emotivi che influenzano la salute, attraverso una programmazione che miri al coinvolgimento di più soggetti, condivisa e partecipata, con l'interessamento attivo delle comunità nei processi decisionali.

L'attività di promozione della salute viene presentata con riferimento ai diversi scenari in cui viene agita:

- *Setting* Luoghi di lavoro;
- *Setting* Scuola;
- *Setting* Comunità locali;
- *Setting* Sanitario e Sociosanitario.

Saranno inoltre previsti interventi formativi, alcuni in continuità con gli anni precedenti, declinati principalmente in tre specifiche aree: area della formazione tecnico professionale, area della formazione per lo sviluppo di competenze trasversali, area della formazione per lo sviluppo di competenze manageriali, gestionali e/o organizzative, legate al miglioramento dei processi lavorativi e/o del benessere organizzativo.

La DGR 2089/2024 prevede lo sviluppo nel PPT di azioni specifiche all'interno delle seguenti aree tematiche:

- Informazione;
- Distrettualizzazione della prevenzione;
- Vaccinazioni e Campagne influenzali anti Covid;
- Presa in carico infettivologica territoriale durante la stagione influenzale;
- Piano caldo;
- Piano pandemico.

#### 4.5.1 INFORMAZIONE

##### **OBIETTIVO REGIONALE**

Regione Lombardia ha ribadito il ruolo centrale dell'informazione al cittadino. In particolare, l'ASST degli Spedali Civili, anche attraverso le Case di Comunità, che rappresentano con il PUA il cosiddetto "Welfare di accesso", offrono al cittadino e al professionista le informazioni principali per l'accesso alle attività di prevenzione (ad esempio vaccinazioni, screening, fruibilità di programmi e proposte di prevenzione/promozione della salute: offerta di Gruppi di Cammino, AFA/EFA, disponibilità di *counseling* motivazionale per il cambiamento di stili di vita ecc.).

##### **DESCRIZIONE E ASPETTI ORGANIZZATIVI**

ASST Spedali Civili, in linea con gli obiettivi regionali, riconosce all'informazione il ruolo di strumento fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi prefissati e intende impegnarsi per un aggiornamento periodico e costante del sito aziendale ed in generale delle informazioni/comunicazioni per l'utenza (tra cui la Carta dei Servizi). In riferimento a questi aspetti ricoprono un ruolo fondamentale i Servizi Comunicazione e Formazione in stretta collaborazione con la Direzione Socio Sanitaria, il Dipartimento Funzionale di Prevenzione e il Polo Territoriale.

##### **STATO DELL'ARTE – PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ**

La Direzione dell'ASST degli Spedali Civili ha avviato un Gruppo di lavoro Website sulla comunicazione (costituito con decreto n° 1331 del 18/10/2024), che avrà tra i suoi compiti l'aggiornamento del sito internet aziendale e nello specifico, in materia di prevenzione e promozione della salute, la tempestiva informazione agli utenti delle prestazioni e dei servizi territoriali disponibili.

##### **PROGRAMMAZIONE TRIENNALE – OBIETTIVI E INDICATORI**

La DGR 2089/2024 prevede i seguenti obiettivi:

- Siti internet aggiornati con attualità di date e orari di accesso alla prevenzione;
- Presenza di punti informativi fisici con informazione di date e orari di accesso alla prevenzione;
- Invio alla medicina territoriale (MMG/PLS, UdO Socio-Sanitarie, farmacie) e agli attori del territorio (Comuni, Aziende, Scuole, Associazioni del terzo settore), di un flusso strutturato di informazioni.

In linea con tali obiettivi la programmazione triennale sarà orientata a:

- garantire un aggiornamento costante del sito internet relativamente a date e orari di accesso alla prevenzione con la collaborazione del Servizio Comunicazione (nessuna individuazione di non conformità in occasione di controlli e audit);
- prevedere l'organizzazione di momenti formativi e di partecipazione per il personale, soprattutto quello a contatto con l'utenza, in merito alle attività di promozione della salute, campagne vaccinali, screening oncologici, offerta di programmi e iniziative locali nell'area "Stili di vita" (formazione nel triennio del 100% del personale del territorio a contatto con l'utenza);
- creare un flusso di informazioni strutturato e aggiornato (anche con modalità informatiche) integrato tra medicina territoriale e attori del territorio (definizione ed evidenza del flusso).

#### 4.5.2 DISTRETTUALIZZAZIONE DELLA PREVENZIONE

##### **OBIETTIVO REGIONALE**

La DGR 2089/2024 esprime la volontà di dare maggiore centralità a una progressiva "distrettualizzazione" dell'azione di prevenzione e promozione della salute, implicando un focus sempre più attento sui bisogni specifici della popolazione con caratteristiche e peculiarità territoriali e organizzative distinte.

In tale contesto i Direttori di Distretto dell'ASST sono responsabili di tradurre le strategie di prevenzione e promozione della salute, definite nella cabina di regia composta da Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria ATS, Direttore Socio Sanitario ASST Spedali Civili e il Dipartimento Funzionale di Prevenzione ASST, in azioni concrete che tengano conto delle specificità del territorio.

Sarà quindi necessaria la loro collaborazione con gli attori locali, come amministrazioni comunali, associazioni del Terzo Settore e altri *stakeholder*, per assicurare interventi pertinenti, appropriati ed efficaci in grado di rispondere ai bisogni della popolazione.

## **DESCRIZIONE E ASPETTI ORGANIZZATIVI**

### **Promozione della salute**

L'attività di promozione della salute viene attuata in diversi *setting* che rappresentano contesti specifici in cui vengono realizzate azioni di promozione e prevenzione, ciascuno con caratteristiche proprie e destinatari diversi. Di seguito i principali *setting* considerati.

### **Setting Luoghi di lavoro**

I luoghi di lavoro si configurano come *setting* privilegiati di intervento, perché frequentati dall'adulto sano che vi trascorre la maggior parte della propria giornata. Avviare un processo volto al miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro può incidere efficacemente sui processi di "invecchiamento attivo e in buona salute" creando condizioni di supporto e inclusione dei lavoratori più anziani e di quelli con malattie croniche o disabilità.

Gli interventi previsti includono campagne di sensibilizzazione sulla prevenzione delle malattie professionali, l'adozione competente e consapevole di stili e scelte di vita salutari, e azioni per migliorare la sicurezza sul lavoro. Le attività sono collegate alla programmazione regionale (PRP 2021-2025) e mirano a coinvolgere sia i datori di lavoro che i lavoratori come destinatari finali, con il supporto di *stakeholder* come le associazioni datoriali e i servizi di medicina del lavoro.

### **Setting Scuola**

Il *setting* scolastico rappresenta un contesto strategico per la promozione della salute che qui intraprende azioni volte a migliorare e/o proteggere la salute ed il benessere di tutta la comunità scolastica, a partire dalla scuola dell'infanzia fino alla conclusione della scuola secondaria di secondo grado. Gli interventi in questo ambito prevedono un approccio di tipo globale dove salute ed istruzione diventano elementi interconnessi. La promozione della salute in ambito scolastico considera i diversi aspetti della vita della scuola e raggiunge obiettivi che riguardano sia l'ambito educativo che quello della salute, migliorando in questo modo anche l'apprendimento dei giovani studenti. I programmi proposti hanno un'attenzione specifica allo sviluppo delle competenze individuali, all'ambiente fisico e sociale degli Istituti Scolastici, ai legami con le comunità locali (comuni, associazioni, servizi sanitari...).

Gli interventi, rivolti a docenti, studenti e famiglie, sono orientati a migliorare le conoscenze e competenze, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico ed organizzativo in relazione alle dipendenze (tabacco, alcool, sostanze), ai rischi in ambiente domestico e stradale, alla sana alimentazione e alla promozione dell'attività fisica.

La programmazione regionale guida gli interventi, che vedono la partecipazione attiva di *stakeholder*, le istituzioni scolastiche, i servizi educativi locali e le famiglie.

### **Setting Comunità locali**

In questo ambito, l'attenzione è rivolta alla promozione della salute nelle comunità, con azioni mirate a specifici gruppi di popolazione, come anziani, migranti e persone in condizioni di vulnerabilità. Gli interventi previsti includono campagne di sensibilizzazione su malattie croniche, prevenzione delle malattie infettive, promozione della salute mentale e accesso ai servizi sanitari. I destinatari finali sono i cittadini, mentre gli *stakeholder* che concorrono allo

sviluppo di queste azioni includono le amministrazioni comunali, le associazioni del terzo settore e le strutture socioassistenziali.

Nel 2024 ASST Spedali Civili ha partecipato come capofila alla manifestazione d'interesse di ATS Brescia (decreto n. 572/2024) presentando un progetto finalizzato a realizzare interventi di valorizzazione e promozione dell'invecchiamento attivo, a progettualità biennale, in collaborazione con gli Ambiti e con alcuni ETS (partner). Obiettivo generale è promuovere l'autonomia, l'inclusione sociale, nonché contrastare l'isolamento relazionale-affettivo della popolazione anziana, tramite la sperimentazione di modelli di servizi innovativi che stimolino un invecchiamento attivo nel quadro di un patto di scambio tra anziani e giovani (patto transgenerazionale).

### **Setting Sanitario e Sociosanitario**

Questo *setting* comprende interventi attuati all'interno delle strutture sanitarie e sociosanitarie, con l'obiettivo di prevenire malattie e promuovere la salute tra i pazienti e gli utenti dei servizi sanitari.

Gli interventi includono screening, vaccinazioni, e programmi di prevenzione rivolti a popolazioni a rischio. Il collegamento con il PRP 2021-2025 garantisce che gli interventi siano coerenti con la strategia regionale, mentre i destinatari finali sono i pazienti e gli utenti dei servizi sanitari.

*Stakeholder* chiave includono le ASST, i medici di base, i servizi di prevenzione e i centri specialistici.

### **STATO DELL'ARTE – PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ**

Nel corso degli ultimi anni si è dato avvio a processi organizzativi (anche in collaborazione con ATS e le altre ASST locali) che permetteranno di procedere concretamente all'implementazione a livello locale di azioni di Prevenzione e Promozione della salute nei diversi *setting* (Scuola, Luoghi di lavoro, Comunità Locali, Sistema Sociosanitario) attraverso la costituzione di Tavoli, Gruppi tecnici e Laboratori. In particolare, al momento si evidenziano i seguenti interventi di promozione della salute, suddivisi per *setting* di intervento.

#### **Setting Luoghi di lavoro**

- Adesione alla Rete WHP Lombardia con implementazione del programma **WHP** in tutti i Distretti di ASST Spedali Civili.

#### **Setting Scuola**

- Adesione alla Rete **Scuole che Promuovono Salute (SPS)** Lombardia e promozione dei programmi regionali nelle scuole del territorio;
- Raccordo con ATS per la definizione di percorsi di consulenza e **presa in carico adolescenti** a seguito applicazione DGR 6761/2022 e DGR 1050/2023;
- **Progetti specifici in ambito di salute mentale e dipendenze** per la prevenzione e la promozione della salute rivolte a studenti e adolescenti:
  - ✓ *“Tutti in TRAP: Try Replacing Addiction with Prevention”*: progetto sulla prevenzione da *addiction* in adolescenza, finanziato dal Dipartimento delle Politiche Anti Droga della Presidenza del Consiglio dei Ministri e attivo da aprile 2024. Rivolto ad adolescenti dai 12 ai 21 anni, con l'obiettivo di sostenere e accompagnare i giovani nel loro percorso di crescita, in particolare attraverso la sensibilizzazione e la prevenzione di comportamenti di uso e abuso di sostanze legali e illegali e di dipendenze comportamentali. Lo scopo è quello di creare un modello interattivo fondato su collaborazioni inter-istituzionali che permetta di intercettare precocemente i reali bisogni dei giovani e di superare il rischio di frammentarietà istituzionale, cercando di costruire una rete di servizi ampia ed efficace. Il progetto si propone di fornire risposte rapide ai giovani per aiutarli a prevenire l'insorgenza di dipendenze patologiche e, qualora sia necessario, accompagnarli ai servizi di cura più adatti, grazie al lavoro di rete territoriale del SerD con la UONPIA e l'Area Adolescenti e Giovani del Consultorio Familiare Brescia

Centro. Ulteriore obiettivo è supportare il legame del Servizio con il NORT - Nucleo Operativo Tossicodipendenze della Prefettura di Brescia per le segnalazioni del NORT riguardano minori e giovani adulti. La collaborazione con Accademia Santa Giulia di Brescia ha permesso di progettare e sviluppare la strategia digitale del sito delle pagine social con gli studenti del 3° anno di Web e Comunicazione impresa del corso di Net Art di gennaio 2024;

- ✓ *Progetti di prevenzione-informazione sulle Dipendenze Comportamentali nelle scuole:* Sono in corso progetti di prevenzione-informazione sulle Dipendenze Comportamentali nelle scuole paritarie secondarie di primo e secondo grado (12-15 anni) che si pongono obiettivi di natura informativa e preventiva e si rivolgono a studenti, studentesse, insegnanti e genitori. Ogni incontro, attraverso le modalità più idonee rispetto alla fascia d'età, si pone l'obiettivo di informare, prevenire e intercettare l'eventuale insorgenza della dipendenza attraverso incontri frontali e di gioco con particolare focus sull'implementazione delle *life-skills*.

### **Setting Comunità locali**

- Promozione di **Gruppi di Cammino** e dei **Pedibus** in collaborazione con le Amministrazioni locali, con il coinvolgimento delle Associazioni di volontariato territoriali;
- Partecipazione degli Infermieri di Famiglia e di Comunità a percorsi formativi per la definizione di strumenti di supporto in tema di **incidentalità domestica** per le persone over 65enni.

### **Setting Sanitario e Sociosanitario**

- Promozione di percorsi di accompagnamento alla nascita, promozione allattamento al seno, sviluppo delle competenze genitoriali nell'ambito del progetto "**Promuovere la salute nei primi 1000 giorni**";
- Implementazione del programma "**Nati per leggere, nati per la musica**";
- Promozione di percorsi informativi formativi in sinergia con i soggetti del territorio per prevenire **l'incidentalità nei bambini 0-4 anni**;
- Promozione presso Infermieri di Famiglia e di Comunità/Centri Vaccinali, Consulitori, Poli Ospedalieri di percorsi formativi per l'utilizzo della pratica del **Minimal Advice** nel supporto al cambiamento degli stili di vita e ingaggio degli stessi per l'utilizzo di questo strumento per la diagnosi precoce e la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali della cronicità;
- Promozione di **partecipazione alla proposta formativa regionale** nei progetti "Foodia.Net: La Rete di Promozione dell'health Literacy" e "La Diagnosi Precoce del Gioco d'Azzardo Patologico: strategie e strumenti per l'invio ai Servizi";
- Predisposizione all'attivazione del Laboratorio ASST per la **promozione dell'attività fisica e del movimento**, che sviluppi un piano di azione per la promozione di progetti e iniziative di promozione dell'attività fisica.

### **SCREENING ONCOLOGICI**

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano, da circa 20 anni, promuove programmi organizzati di screening oncologici per la popolazione, volti alla prevenzione e alla diagnosi precoce di alcuni tipi di tumore: mammella, colon-retto e cervice uterina. Questi programmi si rivolgono ai cittadini residenti che appartengono alle fasce di età considerate a maggior rischio per ciascun tipo di tumore, offrendo loro esami periodici e gratuiti, senza la necessità della prescrizione medica.

L'obiettivo principale degli screening oncologici è ridurre la mortalità e l'incidenza di questi tumori, consentendo di identificare precocemente la malattia o eventuali lesioni pretumorali.

Diagnosi precoci permettono interventi tempestivi e meno invasivi, migliorando significativamente le possibilità di guarigione e la qualità della vita. Gli esami di screening hanno una funzione orientativa, distinguendo coloro che risultano negativi, che saranno invitati a ripetere il test periodicamente, e coloro che ottengono un esito positivo,

per i quali sono previsti accertamenti diagnostici approfonditi. Sia questi ulteriori esami sia eventuali trattamenti sono garantiti gratuitamente all'interno del programma di screening.

Tipologie di screening disponibili:

### Screening oncologici

- Screening per il tumore della mammella;
- Screening per il tumore del colon-retto;
- Screening per il tumore del collo dell'utero;
- Screening per il tumore alla prostata in fase di avvio a novembre 2024\*;
- Screening per il tumore al polmone in fase di avvio\*.

\* Lo sviluppo di nuove linee di screening coinvolgerà le sedi tumorali di prostata e polmone, per le quali Regione Lombardia attiverà già nel 2024 progetti pilota di validazione dei protocolli di screening e di transizione dall'approccio spontaneo a quello di popolazione. In particolare, lo screening polmonare prevedrà la realizzazione di una rete di centri clinici di riferimento e l'integrazione con la gestione dei centri screening per garantire omogeneità e qualità al percorso lombardo.

### Screening non oncologici:

- Screening per le infezioni sessualmente trasmissibili, per le quali è già in essere la collaborazione con Enti del Terzo Settore e si prevede l'attivazione di percorsi di *home testing*;
- Screening per le infezioni da HCV con l'orientamento all'ampliamento della fascia di età d'offerta.

Gli obiettivi sono condivisi tra il Dipartimento Funzionale di Prevenzione e i Direttori di Distretto al fine di incentivare l'adesione della popolazione target allo screening oncologico, mediante un invito attivo ad ogni occasione di contatto dell'utente.

## PROGRAMMAZIONE TRIENNALE – OBIETTIVI E INDICATORI

Saranno attuati i progetti previsti dal Piano Integrato Locale, in collaborazione con il Dipartimento Funzionale di Prevenzione, i Direttori di Distretto e i referenti per la promozione della salute, orientando le priorità in funzione dei bisogni dei territori.

Si prevede di realizzare su **tutti e quattro i Distretti** le seguenti progettualità:

- implementazione dell'adesione agli screening oncologici attraverso la collaborazione con i MMG e i PLS (indicatore: aumento dei tassi di adesione ai singoli screening);
- incremento del *counseling* motivazionale breve nei contesti opportunistici da parte dei professionisti sanitari formati all'utilizzo del Minimal Advice (indicatore: individuazione dei *setting* opportunistici e misurazione dati di attività);
- realizzazione di iniziative che avvicinano la prevenzione ai luoghi di vita e di lavoro, attraverso la presenza dell'unità mobile di prevenzione con proposte specifiche (promozione stili di vita, sedute vaccinali, promozione ed esecuzione screening, incontri formativi/consulenze in tema di MTS, GAP, disagio minori...) indicatore: n° di iniziative realizzate ogni anno per Distretto  $\geq 3$ ).

## PROGETTI SPECIFICI DI DISTRETTO

### Distretto Brescia

- *Peer education*: prosecuzione del programma di Educazione tra Pari nell'Istituto Scolastico di secondo grado IIS Moretto e ISS Sraffa. La formazione dei *peer educator*, l'organizzazione e il monitoraggio del percorso con i docenti ed il team scolastico è garantito dall'Equipe multidisciplinare dei Consultori Familiari Brescia Centro e Paganini. Il progetto è volto a favorire l'acquisizione competente di informazioni e conoscenze e l'adozione consapevole di comportamenti protettivi della salute (*health literacy*) da parte degli adolescenti;

- *Life Skill Training*: prosecuzione del *Life Skill Training Program* negli Istituti Scolastici di primo grado Santa Dorotea, IC Ovest 2 Tridentina e nella Scuola Primaria di Collebeato. L'adesione al percorso, la formazione dei docenti e il monitoraggio sono garantiti dall'equipe multidisciplinare dei Consultori Familiari in rete con SDD Promozione della salute di ATS. Nelle classi terze è integrato il percorso "Educare all'affettività e sessualità in preadolescenza";
- *Nati per leggere, Nati per la musica*: nel 2024 i Consultori di Brescia Centro e Paganini hanno sviluppato, in sinergia con le Biblioteche di Brescia numerose e diversificate iniziative volte a far conoscere il programma e a far sperimentare la lettura (laboratori di lettura, incontri nei Consultori all'interno dei gruppi di sostegno alla genitorialità, nei percorsi di accompagnamento alla nascita, incontri in biblioteca). La sinergia con la rete del sistema Bibliotecario Urbano composta dalle biblioteche Buffalora, Casazza, Ghetti, Largo Torrelunga, Parco Gallo, Istituto Pasquali Agazzi, Prealpino, San Polo e Sereno distribuite sul tutto il territorio cittadino, ha garantito la sostenibilità di tutte le iniziative. Nel triennio 2025/2028 si intende proseguire nel percorso tracciato;
- *La lettura che cura*: la promozione della lettura in specifici target di popolazione diventa strumento generativo di benessere e salute. Nel corso del 2025 è prevista l'attivazione di un percorso rivolto ai caregiver in collaborazione con il Centro Diurno di Via Luzzago e, per le donne straniere, un percorso in collaborazione con Casa delle Associazioni di San Polo. I percorsi fanno seguito ad una formazione attivata nel corso del 2024;
- *WHP*: nell'ambito del progetto a partire dal prossimo anno si prevede l'attivazione di iniziative di attività fisica e introduzione di pause attive per il personale del Distretto;
- Prosecuzione del progetto di prevenzione degli incidenti domestici rivolto ai bambini 0/6 anni e alle persone anziane (*setting* domiciliare e ambulatoriale).

#### **Distretto Brescia Ovest**

- *Promozione dell'attività fisica*: proseguirà nei prossimi anni il progetto avviato con il laboratorio di welfare integrato del 2023, attraverso diverse azioni:
  - consolidamento delle competenze dei professionisti delle CdC nella gestione del *counseling* motivazionale breve;
  - completamento dell'elaborazione di mappe pedonali e ciclabili, ad intensità diversificata, per ognuno degli 11 Comuni del Distretto, in modo da offrire opportunità di movimento concrete, di prossimità e gratuite alle persone che manifestano una motivazione al cambiamento.
 Proseguirà inoltre la mappatura delle iniziative di attività fisica nei diversi comuni e il raccordo con i gruppi di cammino;
- *Peer education*: prosecuzione del programma di Educazione tra Pari nell'Istituto Scolastico di secondo grado AIB, nei suoi due plessi di Ome e Castel Mella. La formazione dei *peer educator*, l'organizzazione e il monitoraggio del percorso con i docenti ed il *team* scolastico è garantito dall'Equipe multidisciplinare dei Consultori Familiari di Roncadelle e Gussago. Il progetto è volto a favorire l'acquisizione competente di informazioni e conoscenze e l'adozione consapevole di comportamenti protettivi della salute (*health literacy*) da parte degli adolescenti;
- *Nati per leggere, Nati per la musica*: nel 2024 i Consultori di Roncadelle e Gussago hanno sviluppato, in sinergia con le biblioteche di prossimità Ospitaletto, Castegnato, Travagliato, Roncadelle e Ome numerose e diversificate iniziative volte a far conoscere il programma e a far sperimentare la lettura (laboratori di lettura, incontri nei Consultori all'interno dei gruppi di sostegno alla genitorialità, nei percorsi di accompagnamento alla nascita, incontri in biblioteca). Nel triennio 2025/2028 si intende proseguire nel percorso tracciato attraverso:
  - il consolidamento delle collaborazioni con i referenti delle biblioteche del territorio;
  - l'avvio di nuove collaborazioni con le altre biblioteche (ad es. Castel Mella, Torbole Casaglia, Berlingo);
  - l'implementazione dei percorsi attraverso il coinvolgimento dei servizi per l'infanzia (educatrici dei nidi e delle scuole dell'infanzia);
- *La lettura che cura*: la promozione della lettura in specifici target di popolazione diventa strumento generativo di benessere e salute. Previa formazione dei professionisti coinvolti, è previsto un progetto rivolto ai caregiver;
- *WHP*: nell'ambito del progetto a partire dal prossimo anno si prevede l'attivazione di iniziative di attività fisica e introduzione di pause attive per il personale del Distretto;

- Prosecuzione del progetto di prevenzione degli incidenti domestici rivolto ai bambini 0/6 anni e alle persone anziane (*setting* domiciliare e ambulatoriale).

#### **Distretto Brescia Est**

- Nati per leggere, Nati per la musica: nel 2024 il Consultorio di Rezzato ha sviluppato, in sinergia con le biblioteche di prossimità di Rezzato, Mazzano, San Zeno Naviglio, Montirone, Botticino, Borgosatollo e Castenedolo numerose e diversificate iniziative volte a far conoscere il programma e a far sperimentare la lettura (laboratori di lettura, incontri nei Consultori all'interno dei gruppi di sostegno alla genitorialità, nei percorsi di accompagnamento alla nascita, incontri in biblioteca). Nel triennio 2025/2028 si intende proseguire nel percorso tracciato attraverso:
  - il consolidamento delle collaborazioni con i referenti delle biblioteche del territorio;
  - l'implementazione dei percorsi attraverso il coinvolgimento dei servizi per l'infanzia (educatrici dei nidi e delle scuole dell'infanzia);
- Mantenimento ed implementazione della partecipazione al programma *Life Skill Training* Scuola Secondaria di primo grado, con integrazione per le classi terze del percorso "Educare all'affettività e sessualità in preadolescenza" già attivo presso l'IC di Mazzano;
- WHP: nell'ambito del progetto a partire dal prossimo anno si prevede l'attivazione di iniziative di attività fisica e introduzione di pause attive per il personale del Distretto;
- Prosecuzione del progetto di prevenzione degli incidenti domestici rivolto ai bambini 0/6 anni e alle persone anziane (*setting* domiciliare e ambulatoriale).

#### **Distretto Valle Trompia**

- Promozione dell'attività fisica attraverso diverse azioni:
  - consolidamento delle competenze dei professionisti delle CdC nella gestione del *counseling* motivazionale breve;
  - elaborazione di mappe pedonali e ciclabili, ad intensità diversificata, per alcuni Comuni del Distretto, in modo da offrire opportunità di movimento concrete, di prossimità e gratuite alle persone che manifestano una motivazione al cambiamento.

Proseguirà inoltre la mappatura delle iniziative di attività fisica nei diversi comuni e il raccordo con i gruppi di cammino;
- WHP: nell'ambito del progetto a partire dal prossimo anno si prevede l'attivazione di iniziative di attività fisica e introduzione di pause attive per il personale del Distretto;
- Prosecuzione del progetto di prevenzione degli incidenti domestici rivolto ai bambini e alle persone anziane (*setting* domiciliare e ambulatoriale).

### **4.5.3 VACCINAZIONI E CAMPAGNE VACCINALI ANTINFLUENZALI/COVID**

#### **OBIETTIVO REGIONALE**

Gli obiettivi del PPT legati alle vaccinazioni indicati nella DGR 2089/2024 sono:

- l'attivazione dell'offerta vaccinale nelle Case di comunità;
- incremento dell'offerta, durante le campagne antinfluenzali, della vaccinazione in punti di prossimità, comprensivi anche delle Case di Comunità;
- l'offerta delle vaccinazioni antinfluenzali al di fuori dei *setting* istituzionali;
- il raggiungimento nel 2026 dell'obiettivo di copertura al 75% per la vaccinazione antinfluenzale nei soggetti over 65enni;
- la garanzia di continuità dell'offerta vaccinale per il paziente cronico dimesso dall'ospedale.

## **DESCRIZIONE E ASPETTI ORGANIZZATIVI**

La vaccinazione è un pilastro della salute pubblica, essenziale per proteggere tutte le fasce della popolazione, dai neonati agli anziani. Partecipare ai programmi vaccinali è un atto di responsabilità individuale e collettiva, che contribuisce a garantire una società più sicura e sana.

L'attività vaccinale è rivolta quindi a tutta la popolazione (pediatrica ed adulta, ai soggetti a rischio per patologia, così come individuati dalle programmazioni nazionali, regionali e di ATS ed ai viaggiatori).

Le vaccinazioni, come da POAS, sono in capo alla Struttura complessa SC Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive che organizza, gestisce e monitora l'offerta vaccinale su territorio di competenza, collaborando anche con MMG, PLS e Strutture private accreditate. Lavora in sinergia con la SS Farmacia d'Integrazione Territoriale per l'approvvigionamento e la distribuzione delle vaccinazioni.

Per la gestione delle attività a carattere educativo, preventivo diagnostico e curativo delle malattie a trasmissione sessuale, la SC si avvale della Struttura Semplice Infezioni Sessualmente Trasmesse, dove vengono inoltre erogate le vaccinazioni dedicate all'utenza.

La SC Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive è costituita dal Centro IST sito in Viale Piave, e da quattro Poli Vaccinali con competenza territoriale coincidenti con i Distretti della ASST Spedali Civili (Polo Vaccinale Brescia Centro, Polo Vaccinale Rezzato -Brescia Est, Polo Vaccinale Gussago-Brescia Ovest, Polo Vaccinale Gardone Val Trompia). Ogni Polo vaccinale si articola in diversi Centri vaccinali, cinque dei quali coincidenti con le Case di Comunità attualmente attive sul territorio, a garanzia di una diffusa capillarità di offerta.

## **STATO DELL'ARTE – PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ**

La ASST degli Spedali Civili ha avviato azioni concrete e strategie efficaci al fine di potenziare l'attività vaccinale:

- l'offerta vaccinale è capillare su tutto il territorio, con una presenza nelle CdC attualmente attive del 90%. È prevista la presenza in tutte le CdC entro la fine del triennio 2025-2027;
- la campagna antinfluenzale coinvolge, a partire dal 2023, tutte le sedi vaccinali disponibili, con aperture straordinarie durante i fine settimana per favorire l'adesione;
- da Dicembre 2022 è in essere un progetto pilota, in collaborazione con ATS, per raggiungere la popolazione *hard to reach* che prevede la presenza di un camper vaccinale ogni ultimo venerdì del mese presso la mensa Menni, gestita dalla Caritas, che dispensa pranzi alla popolazione senza dimora.

## **PROGRAMMAZIONE TRIENNALE – OBIETTIVI E INDICATORI**

La DGR 2089/2024 prevede per gli obiettivi precedentemente menzionati i seguenti indicatori:

- attivazione dell'offerta vaccinale nelle le case di comunità >90%;
- aumento del di numero punti di vaccinazione di prossimità, anche in collaborazione con MMG/PLS, durante le campagne influenzali;
- evidenza di un programma per la vaccinazione degli *hard to reach*;
- copertura del 75% degli over 65 con vaccinazione antinfluenzale nel 2026;
- evidenza di verifica a campione di almeno 50 PAI all'anno del proprio territorio per verificare il corretto inserimento delle vaccinazioni e conseguenti azioni organizzative e di sensibilizzazione.

## PROGETTI SPECIFICI DI DISTRETTO

### Tutti i Distretti

- In ottemperanza alla DGR 2966/2024 (aggiornamento Regole di Sistema 2024), coinvolgimento di MMG e PLS alla partecipazione alle campagne vaccinali all'interno degli ambulatori di ASST Spedali Civili, con l'obiettivo di incrementare la copertura della vaccinazione antinfluenzale nei soggetti over 65 anni fino al raggiungimento dell'obiettivo del 75% nel 2026;
- Partecipazione alle giornate della Prevenzione organizzate nei vari distretti, con la presenza del servizio vaccinale durante la campagna antinfluenzale.

### Distretto Brescia

- Partecipazione a iniziative di vaccinazione al di fuori dei *setting* istituzionali (ad esempio presso il mercato cittadino di Brescia o nelle Università);
- Evoluzione del progetto pilota per la popolazione *hard to reach*, con incremento della presenza vaccinale presso la sede Mensa Menni.

### Distretto Valle Trompia

- Progettazione di percorsi di *catch up* di pazienti cronici;
- Coinvolgimento dei PLS per le campagne vaccinali nuove o di recupero.

### Distretto Brescia Ovest

- Ambulatorio per i soggetti cronici in occasione dell'attività specialistica presso la CdC di Ospitaletto.

## 4.5.4 PRESA IN CARICO INFETTIVOLOGICA TERRITORIALE DURANTE LA STAGIONE INFLUENZALE

### OBIETTIVO REGIONALE

Gli obiettivi regionali in questa area tematica consistono nell'attivazione di percorsi di presa in carico di patologie influenzali attraverso le strutture territoriali e nella conseguente diminuzione degli indici di sovraffollamento dei Pronti Soccorso.

### DESCRIZIONE E ASPETTI ORGANIZZATIVI

L'attivazione delle CdC e la contestuale intensificazione della collaborazione tra Distretti, professionisti delle Cure Primarie e SC Malattie infettive (attraverso il Dipartimento Funzionale di Prevenzione) garantisce un rafforzamento del territorio atto a garantire una presa in carico precoce durante la stagione influenzale, evitando il sovraffollamento del pronto soccorso.

### STATO DELL'ARTE – PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ

Il Progetto Pilota Hot Spot Infettivologico prende avvio in ASST Spedali Civili di Brescia inserendosi nel quadro ampio delle attività del Piano Pandemico aziendale, in applicazione alla DGR 2966 del 05/08/2024, Allegato 9 Cure Primarie e all'AIR della Medicina Generale 2024.

Il progetto è stato pensato in coerenza con la pianificazione delle azioni previste dal PanFlu e si è proposto come momento di approfondimento delle indicazioni terapeutiche per il trattamento delle sindromi respiratorie acute, con particolare focus sull'infezione da virus dell'influenza e da SARS COV2. Tra gli obiettivi vi è la possibilità di un confronto tra MMG e Specialisti, nonché la diffusione di buone pratiche cliniche e comportamenti basate sulle evidenze scientifiche e sulle linee guida.

In fase di primo avvio è stata identificata come sede di attività la Casa di Comunità di Viale Duca degli Abruzzi 13, Brescia, che ospita anche la postazione di Continuità Assistenziale. L'attività prevede la presenza di un MMG dalle ore 20.00 alle ore 24.00 tutti i giorni della settimana e la domenica dalle ore 9.00 alle ore 13.00, con l'eventuale collaborazione di un infermiere di ASST.

È previsto un raccordo con il percorso di accesso al PS in casi particolari, in cui si ravvisi la necessità immediata di presa in carico di secondo livello. Il servizio prenderà avvio il 30 novembre 2024 per 12 settimane, valutandone un'eventuale estensione in base all'andamento epidemiologico della stagione influenzale. L'accesso all'ambulatorio sarà mediato dal Numero Europeo Armonizzato 116117; non è previsto il libero accesso. Le richieste saranno messe in agenda SALUTILE dai medici di CA.

#### **PROGRAMMAZIONE TRIENNALE – OBIETTIVI E INDICATORI**

Al fine di raggiungere gli obiettivi previsti dalla DGR 2089/2024, è necessario:

- predisporre, in collaborazione con il Dipartimento Cure Primarie, la programmazione dell'incremento dell'organico presso le postazioni di Continuità Assistenziale in risposta all'inizio della stagione influenzale;
- mantenere un aggiornamento costante, in collaborazione con la SC Malattie Infettive attraverso il Dipartimento Funzionale di Prevenzione, in merito all'approccio diagnostico terapeutico delle sindromi ILI/COVID e alla presa in carico per la gestione dei pazienti trattati al domicilio;
- attuare le azioni previste dal Piano Pandemico vigente (PanFlu) in relazione alla fase pandemica;
- mantenere, anche attraverso la rete di MMG/PLS/MCA/farmacie, una corretta informazione della popolazione, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione, in merito alle buone pratiche di igiene in ambito sociale per prevenire la diffusione delle malattie infettive e alle modalità di gestione delle patologie influenzali gestibili a domicilio/in regime ambulatoriale/al di fuori dei PS.

#### **4.5.5 PIANO CALDO**

##### **OBIETTIVO REGIONALE**

Regione Lombardia con la DGR 2089/2024 evidenzia la necessità che il PPT preveda azioni per il Piano Caldo anche in collaborazione con tutti gli attori che operano nel territorio di competenza Distrettuale (Comuni, Uffici di Piano, Associazioni, Terzo Settore, Volontariato, ecc.) attraverso una programmazione locale annuale.

##### **DESCRIZIONE E ASPETTI ORGANIZZATIVI**

Nell'ambito delle indicazioni Regionali in merito alla predisposizione di un Piano per l'emergenza legata alle ondate di calore, è necessario per ASST Spedali Civili partecipare, attraverso i suoi Distretti, alla predisposizione di una programmazione locale degli interventi, definita dall'Ambito in collaborazione anche con Enti del Terzo Settore, ognuno secondo la rispettiva competenza e lo specifico ruolo.

##### **STATO DELL'ARTE – PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ**

In tutti e quattro gli Ambiti sono attive, per prevenire i rischi delle ondate di calore, sulla popolazione fragile, le connessioni che coinvolgono in modo diretto i Comuni, gli Enti che gestiscono il SAD, gli enti erogatori che hanno in carico la gestione delle persone fragili e le Associazioni che si occupano di fragilità presenti sul territorio. Costante è il lavoro di confronto ed eventuale presa in carico tra Ambiti/Comune e EVM/IFeC per i casi a rischio. Con le Associazioni del Terzo settore, il lavoro dell'Infermiere di Famiglia e Comunità e dell'Infermiere C-Dom, si è orientato ad incrementare la diffusione delle buone prassi da adottare nei periodi di forte calura e creare punti di connessione organizzativa. Inoltre, l'attività dell'IFeC e dell'Infermiere C-Dom ha garantito monitoraggio, supporto e supervisione

sui pazienti a rischio, in collaborazione con i MMG, promuovendo contestualmente i corretti stili di vita consigliati nel periodo estivo.

L'Ambito 1 ha siglato un "Accordo per la gestione del piano caldo a favore degli anziani dell'Ambito Territoriale Sociale 1- Brescia", di durata triennale, con il Distretto Brescia, il Comune di Brescia, il Comune di Collebeato, la Fondazioni Brescia Solidale, la Fondazione Casa di Dio, la Fondazione Casa Industria, la Auser "Filo d'Argento" Brescia. Questo lavoro sinergico ha permesso di consolidare le modalità di presa in carico integrate a favore dei pazienti fragili e cronici presenti sul territorio, sollecitando un confronto mirato sui casi a rischio, sia a livello interaziendale che con e tra i partner dell'accordo.

Nell'Ambito 4 è storicamente presente l'accordo annuale "Piano Caldo Modalità Operative", definito in stretta connessione con il Distretto Valle Trompia che istituisce il "Servizio di pronta emergenza caldo" con l'obiettivo di tutelare i soggetti più a rischio nei periodi di calura intensa durante i mesi estivi. Lo stesso prevede il coinvolgimento e il raccordo con i Servizi Sociali dei Comuni, i MMG, la Protezione Civile, le organizzazioni di volontariato, gli enti gestori delle strutture socio-sanitarie e le strutture ospedaliere per la gestione delle dimissioni protette.

In tutti i Distretti è prevista la distribuzione, nei punti di contatto con l'utenza fragile, di opuscoli informativi sul Piano caldo ed in particolare sulle misure necessarie a gestire e prevenire gli effetti conseguenti a ondate climatiche caratterizzate da elevate temperature ambientali. In particolare, le IFeC del Distretto Brescia Ovest hanno sensibilizzato in modo attivo tutti gli utenti che, durante il periodo estivo, si sono presentati nelle CdC per visite specialistiche, valutando l'esigenza di eventuali prese in carico o monitoraggi proattivi, in collaborazione con i MMG.

#### **PROGRAMMAZIONE TRIENNALE – Obiettivi e indicatori**

L'obiettivo da raggiungere è la formalizzazione e condivisione del Piano Caldo su tutti e quattro i Distretti di ASST.

#### **4.5.6 PIANO PANDEMICO**

##### **OBIETTIVO REGIONALE**

Sviluppo, aggiornamento e costante revisione del Piano Operativo Locale (POL) per l'attuazione del piano pandemico regionale di preparazione e risposta a una pandemia sono obiettivi dell'ASST Spedali Civili. All'interno del piano trovano spazio tutte le attività territoriali, in raccordo e sinergia con quelle ospedaliere previste.

A tal proposito Regione Lombardia ha sottolineato nella DGR 2089/2024 la necessità di raccordarsi con tutti gli *stakeholder* del territorio di ASST in modo da garantire un sistema di integrazione sociosanitaria capace di rispondere ad una eventuale nuova emergenza pandemica.

##### **DESCRIZIONE E ASPETTI ORGANIZZATIVI**

La ASST degli Spedali Civili ha decretato il primo POL a marzo 2023 con l'obiettivo di garantire una risposta rapida ed efficace, riducendo al minimo possibile l'impatto di una pandemia sulla salute pubblica e sul sistema sanitario.

Tale piano, tenendo conto dell'esperienza maturata in risposta alla pandemia da Covid-19, ha definito un sistema di preparazione a breve e medio termine, identificando una serie di elementi strategici e operativi, rafforzando la capacità organizzativa in risposta ad una emergenza pandemica.

Prevede una serie di azioni affidate a dei referenti, che sono declinate all'interno del portale regionale "Support and Advice System for Health Administrators" (SASHA). Quest'ultimo rappresenta lo strumento operativo, articolato in schede tematiche, ciascuna delle quali rappresenta un'azione del PanFlu regionale e del POL, declinata nelle diverse fasi pandemiche (interpandemica, allerta, pandemica e di transizione).

## **STATO DELL'ARTE – PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ**

ASST ha provveduto ad un primo aggiornamento del POL, adottato con decreto n.778 del 25/08/2023.

L'attuale versione costituisce una revisione sostanziale dei precedenti Piani ed è previsto un aggiornamento periodico, grazie all'azione dei referenti delle singole azioni che sono stati inseriti in quattro Gruppi multidisciplinari e multiprofessionali.

I quattro gruppi sono stati definiti per aree tematiche omogenee:

- Area Ospedaliera: coordinata dalla Direzione Medica del Presidio Spedali Civili;
- Area Territoriale: coordinata dalla SC Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive;
- Area Risorse Umane: coordinata dalla Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociosanitarie (DAPSS);
- Area qualità e procedure, formazione e comunicazione: coordinata dalla Funzione Risk Manager (SC Accredimento, Qualità e Risk Management).

I gruppi hanno provveduto alla stesura e all'aggiornamento delle azioni, con il coinvolgimento dei singoli Referenti individuati con la Direzione Strategica, in un'ottica di integrazione tra le diverse aree.

In particolare, le azioni specifiche per il Polo Territoriale sono correlate alle azioni delle altre aree.

## **PROGRAMMAZIONE TRIENNALE – OBIETTIVI E INDICATORI**

La DGR 2089/2024 prevede i seguenti indicatori:

- la presenza di piano aggiornato;
- la compilazione del portale regionale di monitoraggio del piano pandemico SASHA;
- la realizzazione e partecipazione alle esercitazioni del Piano Pandemico.

In linea con tali indicatori, la programmazione triennale sarà orientata a:

- mantenere il POL aziendale costantemente aggiornato secondo le indicazioni regionali sia in termini di contenuti che in termini di compilazione del portale SASHA;
- realizzare esercitazioni sul Piano Operativo Locale anche attraverso attività informative e formative in modo da raggiungere nel triennio la quasi totalità del personale dipendente.

È evidente l'importanza centrale della formazione degli operatori correlate ai piani pandemici, nella consapevolezza che la presenza di personale sanitario opportunamente formato rappresenta uno strumento fondamentale per rafforzare in particolar modo l'assistenza sanitaria territoriale.

## **PROGETTI SPECIFICI DI DISTRETTO**

### **Tutti i Distretti**

Coinvolgimento dei distretti nelle esercitazioni previste a livello regionale in tema POL.

| AREA DI INTERVENTO                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                               | PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE  |              |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|--------------|---|
|                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                               | CRONOPROGRAMMA                         |              |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |   |
|                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                               | 2024                                   |              |             | 2025         |               |              | 2026        |              |               | 2027         |             |              |               |              |   |
| AZIONI                                                                                                                                                                   | RISORSE                                                                                                                                                       | RESPONSABILITÀ                         | IV TRIMESTRE | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE |   |
| <b>4.5.1 INFORMAZIONE</b>                                                                                                                                                |                                                                                                                                                               |                                        |              |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |   |
| Garantire un aggiornamento costante del sito internet relativamente a date e orari di accesso alla prevenzione                                                           | Direttori di Distretto e relativi Staff, SC Vaccinazioni e SMI, Dipartimento Funzionale di Prevenzione, Dipartimento Cure Primarie, DAPSS, SIA, Comunicazione | Dipartimento Funzionale di Prevenzione | X            | X           | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            | X |
| Prevedere l'organizzazione di momenti formativi e di partecipazione per il personale, in merito alle attività di promozione della salute e prevenzione                   | Direttori di Distretto e relativi Staff, SC Vaccinazioni e SMI, Dipartimento Funzionale di Prevenzione, Dipartimento Cure Primarie, DAPSS, SIA, Comunicazione | Dipartimento Funzionale di Prevenzione |              | X           |              |               | X            |             | X            |               |              |             | X            |               |              | X |
| Creare un flusso di informazioni strutturato e aggiornato integrato tra medicina territoriale e attori del territorio                                                    | Direttori di Distretto e relativi Staff, SC Vaccinazioni e SMI, Dipartimento Funzionale di Prevenzione, Dipartimento Cure Primarie, DAPSS, SIA, Comunicazione | Direzione Socio Sanitaria              | X            | X           | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            | X |
| <b>4.5.2 DISTRETTUALIZZAZIONE DELLA PREVENZIONE</b>                                                                                                                      |                                                                                                                                                               |                                        |              |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |   |
| Implementazione dell'adesione agli screening oncologici attraverso la collaborazione con i MMG e i PLS                                                                   | Direttori di Distretto e relativi Staff, Dipartimento Funzionale di Prevenzione, Dipartimento Cure Primarie, DAPSS, Gestione Operativa, SIA, Comunicazione    | Direzione Socio Sanitaria              | X            | X           | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            | X |
| Incremento del counseling motivazionale breve nei contesti opportunistici da parte dei professionisti sanitari formati all'utilizzo del minimal advice                   | Direttori di Distretto e relativi Staff, SC Vaccinazioni e SMI, Dipartimento Cure Primarie, DAPSS                                                             | Dipartimento Funzionale di Prevenzione | X            | X           | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            | X |
| Realizzazione di iniziative che avvicinano la prevenzione ai luoghi di vita e di lavoro, attraverso la presenza dell'unità mobile di prevenzione con proposte specifiche | Direttori di Distretto e relativi Staff, SC Vaccinazioni e SMI, Dipartimento Funzionale di Prevenzione, Dipartimento Cure Primarie, DAPSS, Comunicazione      | Direzione Socio Sanitaria              | X            | X           | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            | X |
| <b>4.5.3 VACCINAZIONI E CAMPAGNE CVACCINALI ANTINFLEZZALI/COVID</b>                                                                                                      |                                                                                                                                                               |                                        |              |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |   |
| Attivazione dell'offerta vaccinale nelle case di comunità                                                                                                                | Direttori di Distretto, SIA, Comunicazione                                                                                                                    | SC Vaccinazioni e SMI                  | X            | X           | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            | X |
| Programma per la vaccinazione degli hard to reach                                                                                                                        | Direttori di Distretto, SC Vaccinazioni e SMI, Dipartimento Funzionale di Prevenzione, Dipartimento Cure Primarie, Comunicazione                              | Direzione Socio Sanitaria              | X            | X           | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            | X |
| Aumento numero punti di vaccinazione di prossimità anche in collaborazione con MMG/PLS per ogni campagna influenzale                                                     | Direttori di Distretto e relativi Staff, Dipartimento Cure Primarie                                                                                           | SC Vaccinazioni e SMI                  | X            |             |              |               | X            |             |              |               |              |             |              |               |              | X |
| La copertura per gli over 65 anni per l'antinfluenzale del 75% nel 2026                                                                                                  | Direttori di Distretto, Dipartimento Cure Primarie, DAPSS, Comunicazione                                                                                      | SC Vaccinazioni e SMI                  |              |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              | X |



## 4.6 LO SVILUPPO DELLA TELEMEDICINA

### OBIETTIVO REGIONALE EX DGR 2089/2024

Considerata come uno degli obiettivi strategici del PRSS, la diffusione dei servizi di Telemedicina (Televisita, Teleconsulto, Teleassistenza e Telemonitoraggio) che favoriscono un'assistenza integrata lungo tutto il percorso di prevenzione e cura si avvarrà, a partire dal secondo semestre del 2024, **dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina**. Si tratta di una piattaforma unica e centralizzata a livello Regionale, che integra e valorizza le esperienze già in atto con l'utilizzo di tecnologie innovative e con l'adozione di nuovi sistemi digitali come il Sistema di Gestione Digitale del Territorio, che forniscono tutte le informazioni necessarie per la migliore gestione dei pazienti.

Attraverso l'introduzione graduale dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina, integrata nativamente al Sistema di Gestione Digitale del Territorio, e attraverso la valorizzazione e l'espansione delle esperienze di Telemedicina già in atto sul territorio regionale, sarà possibile rispettare il target PNRR che prevede l'attivazione di strumenti di telemonitoraggio per almeno 200.000 pazienti cronici nel 2026.

### DESCRIZIONE E ASPETTI ORGANIZZATIVI

Secondo quanto riportato nella DGR 1475/2023, l'Infrastruttura Regionale di Telemedicina sarà costituita da un ambiente digitale moderno ed evoluto che faciliterà la collaborazione professionale tra gli operatori, e che metterà a disposizione i sistemi applicativi e funzionali per l'esercizio della televisita, del teleconsulto, della teleassistenza, del telemonitoraggio di livello 1 e del telemonitoraggio di livello 2, come spiegato di seguito.

- **Televisita:** è definita come un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un caregiver. La televisita è prevalentemente applicata alle attività di controllo di pazienti la cui diagnosi sia già stata formulata nel corso di visita in presenza;
- **Teleconsulto:** è definito come un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per confrontarsi, anche tramite videochiamata, sulla situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video disponibili relativi al caso specifico;
- **Teleassistenza:** è un atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria e si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e paziente/caregiver per mezzo di una videochiamata, alla quale si può all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati, referti o immagini;
- **Telemonitoraggio:** è definito come una modalità operativa della Telemedicina che permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente.

Sono previste due diverse tipologie di Telemonitoraggio, che differiscono tra loro per le categorie di pazienti presi in carico e le tipologie di dispositivi medici utilizzati per la rilevazione dei parametri clinici di interesse:

- **Telemonitoraggio di livello 1.** Servizio orientato prevalentemente alla gestione di soggetti con patologie croniche, dettagliate nelle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina (DM del 30 settembre 2022), con l'esigenza di monitorare le patologie in modalità integrata e trasversale. Per il telemonitoraggio di livello 1 vengono principalmente utilizzati dispositivi medici che vengono forniti ai pazienti dalle strutture sanitarie regionali per un periodo di tempo predefinito;
- **Telemonitoraggio di livello 2.** Servizio orientato alla gestione di pazienti ad alta complessità che necessitano di monitoraggio da parte di personale specialistico, attraverso soluzioni tecnologiche specifiche e disegnate sul soggetto preso in carico. Per il telemonitoraggio di livello 2, oltre ai dispositivi indossabili, vengono utilizzati dispositivi medici impiantabili. Il servizio di Telemonitoraggio di livello 2 si distingue da quello di livello 1 in quanto si basa sull'utilizzo di piattaforme software specialistiche prodotte da Società terze che comunicano direttamente con dispositivi assegnati o impiantati sul paziente, permettono l'acquisizione strutturata dei dati oggetto di monitoraggio, anche in modalità continua, e dispongono di funzionalità applicative evolute e consolidate già in uso da parte degli operatori del rispettivo ambito specialistico.

Regione Lombardia intende integrare i servizi minimi di Telemedicina con la progressiva introduzione anche dei servizi di Teleriabilitazione. La **Teleriabilitazione** è un'attività di pertinenza dei professionisti sanitari, anche con

carattere multidisciplinare, attraverso la quale vengono erogate a distanza prestazioni e servizi intesi ad abilitare, ripristinare, o migliorare il funzionamento psicofisico di persone con disabilità o disturbi, congeniti o acquisiti, transitori o permanenti, oppure a rischio di svilupparli. I servizi di Teleriabilitazione sono abilitati grazie all'introduzione di diverse tipologie di tecnologie digitali che favoriscono la raccolta e lo scambio di dati e immagini quali ad esempio, dispositivi mobili, applicazioni e dispositivi medici, anche indossabili, sensori, robotica, realtà virtuale e intelligenza artificiale, ed altre soluzioni innovative come i "serious games" (giochi o altre attività ludiche utilizzate a scopo terapeutico) e le terapie digitali.

I servizi di Telemedicina verranno attivati all'interno del panorama clinico-sanitario regionale con l'obiettivo di perseguire le seguenti finalità:

- incrementare **la qualità, l'efficacia e l'efficienza** dei servizi sociosanitari;
- promuovere **l'assistenza domiciliare e l'applicazione di protocolli di monitoraggio da remoto**;
- garantire un accesso equo e capillare alle cure;
- promuovere l'utilizzo di tecnologie innovative nella medicina;
- ridurre i costi sociali migliorando la sostenibilità del SSR.

I servizi di televisita, teleassistenza, teleconsulto e telemonitoraggio disponibili nell'ambito dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina potranno essere utilizzati singolarmente o in combinazione, in modo da strutturare percorsi di cura che possano non solo alleggerire il carico di visite in presenza nei presidi ospedalieri, ma anche offrire un'alternativa ai pazienti che presentano determinate condizioni, cliniche o logistiche, per le quali è preferibile, o comunque più semplice, rimanere presso il proprio domicilio.

Come previsto dalle Linee di indirizzo Nazionali per l'applicazione della Telemedicina, le discipline principali, per le quali verranno creati dei percorsi specifici di telemonitoraggio e telecontrollo tramite la definizione di processi definiti *ad hoc* in ambito regionale, sono le seguenti:

- patologie cardiologiche;
- diabete mellito;
- patologie respiratorie;
- patologie oncologiche;
- patologie neurologiche.

#### **STATO DELL'ARTE – PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ**

In attesa che venga rilasciata la suddetta piattaforma Regionale per la telemedicina, la ASST Spedali Civili sta utilizzando due diverse piattaforme (FenixAMB e Fenix Tele) per le seguenti attività da remoto:

- progetto Teleconsulenze SC Diabetologia e UO Sanità Penitenziaria: UO Sanità Penitenziaria richiede consulenze per i detenuti tramite FenixAmb, concordando con Diabetologia data e ora della prestazione, svolta tramite Telefenix. Tramite link di collegamento il personale della SS Sanità penitenziaria può caricare la terapia del detenuto e le glicemie in modo preventivo. Il referto telematico permette di mantenere lo storico delle visite diabetologiche e facilita la presa in carico dell'assistito terminata la detenzione. Dopo contatto con la specialistica aziendale (che conferma la possibilità di utilizzare questo sistema per le consulenze per la Sanità Penitenziaria) si ritiene che questa procedura possa anche permettere di avere traccia delle prestazioni richieste alla SC Diabetologia;
- visite con telemedicina per ridurre le liste d'attesa e formulare diagnosi precoce di artriti croniche e altre malattie autoimmuni sistemiche e vasculiti – progetto della SC Reumatologia e Immunologia clinica.

## PROGRAMMAZIONE TRIENNALE – OBIETTIVI E INDICATORI

Indicatori specifici per ogni Azienda:

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

## PROGETTI ASST SPEDALI CIVILI

Regione Lombardia è stata individuata come "Regione Capofila" per l'Accordo Quadro relativo all'affidamento del Servizio di "Infrastruttura Regionale di Telemedicina" (IRT), composto da alcuni servizi minimi digitali (televisita, teleassistenza, teleconsulto, telemonitoraggio di Livello 1-2) e di supporto (Erogazione del Servizio, Assistenza, Formazione, Manutenzione, Cloud).

In seguito all'istituzione della SS Telemedicina, così come da nuovo POAS, sarà necessario che questa collabori attivamente coi Distretti al fine di attivare tutte le procedure e gli interventi necessari ad avviare e implementare la presa in carico da remoto per gli assistiti candidabili.

In seguito all'introduzione dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina, integrata al Sistema di Gestione Digitale del Territorio come previsto, tra le possibili applicazioni dei servizi di telemedicina attuabili in ASST Spedali Civili, per quanto riguarda il Polo Territoriale sono state individuate le seguenti progettualità:

- **Televisita:**
  - Visite di controllo specialistiche all'interno delle case di comunità;
  - Visite per rilascio di invalidità, rinnovo patenti, etc...
- **Teleconsulto:**
  - Teleconsulto fra i MMG/PLS e gli specialisti (che siano integrati nelle case di comunità oppure ospedalieri puri, per le discipline non presenti nelle case di comunità);
  - Teleconsulto fra gli specialisti integrati nelle case di comunità e i MMG/PLS.
- **Teleassistenza e telemonitoraggio:** l'IFeC svolge anche attività di educazione e promozione della salute, offrendo dunque supporto e consulenza al fine di promuovere comportamenti e stili di vita positivi, responsabilizzando gli individui e i loro caregiver. In tale ottica, si può ipotizzare che l'introduzione degli strumenti digitali per la teleassistenza possa consentire di erogare un supporto a distanza, per esempio monitorando la *compliance* alla terapia e ai corretti stili di vita. Relativamente al telemonitoraggio, inteso di livello 1 per le case di comunità, si può ipotizzare la trasmissione di determinati parametri misurati a domicilio attraverso i dispositivi medici forniti all'assistito.

È previsto anche il coinvolgimento della Centrale Operativa Territoriale (COT), che assumerà un ruolo di Centro Servizi per la Telemedicina nell'ambito della presa in carico dei pazienti cronici.

Nelle more dell'introduzione dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina, integrata al Sistema di Gestione Digitale del Territorio, ASST Spedali Civili intende avvalersi delle piattaforme attualmente in uso presso alcuni reparti per sperimentare la telemedicina nelle case di comunità, estendendo alle case di comunità il progetto Teleconsulenze della SC Diabetologia.

| AREA DI INTERVENTO                                                                                                                                 |                                                                                              | TELEMEDICINA                                                                                                                        |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|--------------|
|                                                                                                                                                    |                                                                                              | CRONOPROGRAMMA                                                                                                                      |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
|                                                                                                                                                    |                                                                                              | 2024                                                                                                                                |             |              | 2025          |              |             | 2026         |               |              | 2027        |              |               |              |
| AZIONI                                                                                                                                             |                                                                                              | IV TRIMESTRE                                                                                                                        | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE |
| RISORSE                                                                                                                                            |                                                                                              | RESPONSABILITÀ                                                                                                                      |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
| Definizione del modello organizzativo per l'implementazione dei servizi di telemedicina                                                            | SIA - Dipartimenti e DAPSS - Distretti - Dipartimento Cure Primarie                          | X                                                                                                                                   | X           |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
| Nomina del referente aziendale per la telemedicina                                                                                                 | Servizio Risorse Umane                                                                       | X                                                                                                                                   | X           |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
| Mappatura dei processi attivi e delle relative responsabilità nella gestione                                                                       | Dipartimenti aziendali DAPSS aziendale                                                       | X                                                                                                                                   | X           |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
| Attivazione di almeno un progetto di telemonitoraggio                                                                                              | Referente Telemedicina                                                                       | X                                                                                                                                   | X           |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
| Attivazione gruppo di lavoro integrato per la definizione dei percorsi (es. collegamento con le COT, formazione, acquisizione strumentazione, ...) | SIA - Dipartimenti e DAPSS - Distretti - Rappresentanti MMG/PLS                              |                                                                                                                                     | X           | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            |
| Attivazione incrementale di almeno tre percorsi territoriali di telemedicina                                                                       | Gruppo di lavoro                                                                             |                                                                                                                                     |             |              | X             | X            | X           | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            |
| Attivazione completa dei servizi di Telemedicina in modalità integrata a SGDT                                                                      | Gruppo di lavoro                                                                             |                                                                                                                                     |             |              |               | X            | X           | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            |
| Raggiungimento di almeno il 10% dei pazienti cronici tramite servizi di Telemedicina                                                               | Referente telemedicina - SIA - Dipartimenti e DAPSS - Distretti - Dipartimento Cure Primarie |                                                                                                                                     |             |              |               |              |             |              |               | X            | X           | X            | X             | X            |
| Valutazione indicatori                                                                                                                             | Referente Telemedicina                                                                       | X                                                                                                                                   |             |              |               | X            |             |              |               |              |             |              |               | X            |
|                                                                                                                                                    |                                                                                              | AREE DI INTEGRAZIONE CON I PIANI DI ZONA/AMBITI TERRITORIALI                                                                        |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
|                                                                                                                                                    |                                                                                              | LEPS DI RIFERIMENTO                                                                                                                 |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
| Incremento SAD Legge n.234/2021 comma 162 lett a)                                                                                                  |                                                                                              | COLLEGAMENTO PDZ AMBITI TERRITORIALI 1, 2, 3, 4                                                                                     |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
|                                                                                                                                                    |                                                                                              | Sviluppo sub investimento - Linea di attività 1.1.2. Autonomia degli anziani non autosufficienti - Avviso 1/2022 Next Generation EU |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |

## 4.7 LA PRESA IN CARICO DEI CRONICI E FRAGILI

In quest'area di intervento sono ricomprese progettualità relativi a tre diversi percorsi:

- Presa in carico delle persone con malattie croniche, i cui dati sono riportati nelle tabelle in premessa;
- Interventi a favore delle persone con disabilità, che prevedono diversi processi di integrazione con i servizi che fanno capo ai Comuni/Ambiti;
- Gestione di progetti orientati a rispondere ai bisogni delle persone con problemi di salute mentale.

### 4.7.1 PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON MALATTIE CRONICHE (PIC)

#### OBIETTIVI REGIONALI

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

La DGR 1827/2024 (Regole 2024) ha previsto, per il 2024, una revisione del modello di presa in carico così come definito nelle DD.G.R. 6164/2017 e 6551/2017 e successivamente richiamato nelle DD.G.R. 1046/2018, 1591/2019, 1906/2019. Questa revisione deve essere finalizzata a dare nuovo impulso al percorso di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili, intercettando precocemente i bisogni dei pazienti, rispondendo ai bisogni sanitari e di fragilità, orientando il paziente e la sua famiglia in modo efficace verso servizi appropriati, coordinando la rete di diagnosi e assistenza in collaborazione con il MMG e gli specialisti di branca, con auspicabili effetti positivi rispetto al contenimento delle liste di attesa, alla riduzione degli accessi impropri al PS e del tasso di ospedalizzazione dei pazienti cronici e/o fragili.

È in fase di sviluppo anche un progetto di presa in carico temporanea per una continuità di cura per pazienti privi di MMG. La finalità prioritaria è "garantire la continuità delle cure ai pazienti privi di MMG, mantenendo la sostenibilità economica del sistema e nel rispetto delle indicazioni normative previste dall'ACN per la Medicina Generale e le Regole di Sistema Regionali".

#### STATO DELL'ARTE – PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ

Allo stato attuale nei quattro Distretti dell'ASST Spedali Civili non sono presenti particolari criticità nella copertura del territorio da parte dei MMG/PLS.

Rispetto alla gestione dei malati cronici si distingue una presa in carico effettuata da MMG:

- aderenti a Cooperativa (95 MMG): la presa in carico prosegue secondo la procedura già in essere; verranno introdotti nuovi indicatori per monitorare l'effettiva presa in carico del paziente da parte del centro servizi della Cooperativa;
- non aderenti a Cooperativa (221 MMG): Regione metterà a disposizione la Piattaforma regionale della sanità territoriale (SGDT) e le ASST dovranno rendere operativo il proprio Centro Servizi, coincidente con la COT, per l'effettuazione della presa in carico. Inoltre, ASST dovrà predisporre la logistica (ambulatorio, materiale di consumo, smaltimento rifiuti, software di cartella clinica) e l'eventuale supporto amministrativo/organizzativo.

#### PROGRAMMAZIONE TRIENNALE – OBIETTIVI E INDICATORI

È attualmente in fase di definizione una collaborazione con le Strutture di Specialistica del Dipartimento di continuità di cura e fragilità selezionate al fine di promuovere una presa in carico strutturata in sinergia con la Medicina Generale. La collaborazione si avvierà, in questa prima fase, con le aree specialistiche per le quali è già esistente un PDTA condiviso con la Medicina Generale in merito a specifiche patologie, ed in particolare le Strutture di Diabetologia, Pneumologia, Neurologia, Nefrologia e Cardiologia.

Il rationale del potenziamento della presa in carico prevede in prima istanza un focus su pazienti già di fatto presi in carico dalle sopra citate Strutture per quanto riguarda i PDTA in essere: l'MMG identifica, tra i suoi pazienti in carico ai servizi di ASST, i cronici da ricondurre ad un percorso strutturato di presa in carico secondo il modello proattivo della

redazione del PAI. Questa identificazione e programmazione di un percorso clinico appropriato rappresentata un lavoro propedeutico alla pianificazione di slot dedicati ai cronici da parte delle singole Strutture specialistiche, con auspicabili effetti positivi rispetto al contenimento delle liste di attesa, alla riduzione degli accessi impropri al PS e del tasso di ospedalizzazione dei pazienti cronici e/o fragili.

Questo primo lavoro, svolto dai MMG sulla base dei dati forniti da ASST Spedali Civili, si configura come la promozione di un confronto con gli specialisti al fine anche di un'ottimizzazione dei percorsi di cura già programmati per i propri assistiti cronici, all'interno di un modello organizzativo di sanità territoriale che ASST intende implementare sviluppando gli strumenti già costruiti e condivisi. Ciò in un'ottica di continuo miglioramento sulla base degli indirizzi del D.M. 77 e delle indicazioni e declinazioni regionali sullo sviluppo del Polo Territoriale.

Per quanto riguarda l'aspetto formale che permetterà di dare evidenza alla presa in carico del paziente e poter quindi generazione un flusso di rendicontazione misurabile, ad oggi permane la distinzione tra MMG già aderenti a Cooperativa e MMG non aderenti: i primi potranno prendere in carico i pazienti secondo le modalità consuete (con generazione del flusso mediante il portale regionale GPCAMM), mentre per i non aderenti a Cooperativa si avvarranno di una start up, oggetto di sperimentazione tra ASST Spedali Civili ed ARIA, che prevede il rilascio di un nuovo aggiornamento di SGDT che integri al suo interno i PDTA ad oggi vigenti.

Una volta avviata l'effettiva presa in carico, per i MMG non aderenti a Cooperativa sarà la COT territorialmente competente a fungere da Centro Servizi per la prenotazione delle prestazioni di *follow-up* all'interno delle CdC.

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

## **PROGETTI SPECIFICI**

È inoltre attivo presso il P.O. Spedali Civili un progetto di intercettazione in PS di pazienti anziani fragili residenti a Brescia che possono essere presi in carico dai Servizi Territoriali (sociali/socioassistenziali dell'Ambito o socio-sanitari e sanitari dell'ASST).

Fondazione Cariplo ha pubblicato il bando "Welfare in Ageing. Potenziare la capacità delle comunità di rispondere ai bisogni degli anziani e delle loro famiglie", a sostegno di progetti volti a innovare, rafforzare e connettere i servizi a supporto delle persone anziane e delle famiglie di riferimento attraverso la co-progettazione degli attori del territorio, la ricomposizione delle risorse disponibili e il coinvolgimento della comunità. Il capofila Cooperativa La Meridiana di Monza ha candidato il "Progetto Città pronte per la longevità. Monza e Brescia puntano sul futuro", in partenariato con Fondazione Brescia Solidale, Fondazione Casa Industria e ASST degli Spedali Civili di Brescia. Con Decreto 1010 del 24/11/2023, ASST Spedali Civili ha preso atto del finanziamento del progetto che, per il PO Spedali Civili Brescia, ha previsto la presenza in pronto soccorso la presenza di un'infermiera (supportata nelle situazioni di maggiore complessità clinica e assistenziale dal geriatra) per implementare la valutazione della persona prima della dimissione ospedaliera. L'obiettivo è di migliorare la collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale nell'attivare tempestivamente il servizio appropriato (domiciliare, semiresidenziale o residenziale) e fornire un supporto in attesa della soluzione maggiormente adeguata, al fine di ridurre i re-accessi impropri al Pronto Soccorso.

| PRESA IN CARICO PERSONE CON MALATTIE CRONICHE (PIC)                                                                                                                        |                                                                                                                      |                            |              |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|--------------|
| AREA DI INTERVENTO                                                                                                                                                         | CRONOGRAMMA                                                                                                          |                            |              |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
|                                                                                                                                                                            | 2024                                                                                                                 |                            |              | 2025        |              |               | 2026         |             |              | 2027          |              |             |              |               |              |
| AZIONI                                                                                                                                                                     | RISORSE                                                                                                              | RESPONSABILITÀ             | IV TRIMESTRE | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE |
| Evento formativo per la condivisione del modello di PIC di ASST Spedali Civili                                                                                             | Dipartimento Cure Primarie (con MMG), Gestione Operativa, Diabetologia e Medicina Generale ad indirizzo territoriale | Direzione Socio Sanitaria  | X            |             |              |               | X            |             |              |               | X            |             |              |               | X            |
| Avvio Gruppi di Lavoro distrettuali sulla Diabetologia per l'implementazione del modello a livello territoriale                                                            | Direttori di Distretto e relativi Staff, Dipartimento Cure Primarie (con MMG), DAPSS, Gestione Operativa, SIA        | Direzione Socio Sanitaria  |              | X           |              |               | X            |             |              | X             |              |             | X            |               | X            |
| Avvio Gruppi di Lavoro distrettuali sulle altre patologie croniche ad alta prevalenza per l'implementazione del modello a livello territoriale                             | Direttori di Distretto e relativi Staff, Dipartimento Cure Primarie (con MMG), DAPSS, Gestione Operativa, SIA        | Direzione Socio Sanitaria  |              | X           |              |               | X            |             |              | X             |              |             | X            |               | X            |
| Promozione della presa in carico domiciliare dei pazienti cronici/fragili, con particolare attenzione al Progetto di Sorveglianza Domiciliare (PSD), anche in telemedicina | Dipartimento Cure Primarie (con MMG), Direttori di Distretto e relativi Staff, DAPSS                                 | Dipartimento Cure Primarie |              | X           |              |               | X            |             |              | X             |              |             | X            |               | X            |
| <b>AREE DI INTEGRAZIONE CON I PIANI DI ZONA/AMBITI TERRITORIALI</b>                                                                                                        |                                                                                                                      |                            |              |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
| <b>LEPS DI RIFERIMENTO</b>                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |                            |              |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
| <b>COLLEGAMENTO PDZ AMBITI TERRITORIALI 1, 2, 3, 4</b>                                                                                                                     |                                                                                                                      |                            |              |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
| Incremento SAD - Legge n.234/2021 comma 162 lett. a)                                                                                                                       |                                                                                                                      |                            |              |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
| Processo "Percorso assistenziale integrato" - Legge n.234/2021, comma 162 lett. a)                                                                                         |                                                                                                                      |                            |              |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
| Valutazione multidimensionale e progetto personalizzato - D. Lgs.n.147/2017 artt 5 e 6                                                                                     |                                                                                                                      |                            |              |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |

## 4.7.2 INTERVENTI A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

### OBIETTIVI REGIONALI

L'ASST svolge un ruolo cruciale nell'erogazione di servizi per le persone con disabilità, garantendo un approccio integrato che in coerenza con la Convenzione delle Nazioni Unite deve garantire l'effettivo e pieno accesso al sistema dei servizi, delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali, dei supporti, dei benefici e delle agevolazioni, anche attraverso il ricorso all'accomodamento ragionevole secondo i principi di autodeterminazione e non discriminazione. Con l'entrata in vigore del Decreto Legislativo 62 del 2024, si sottolinea infatti la necessità di garantire un ulteriore potenziamento delle politiche di inclusione e sostegno, orientate a promuovere l'autonomia e la qualità della vita delle persone con disabilità.

Dal 1 gennaio 2025, al fine di assicurare il progressivo aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento della condizioni di disabilità, la provincia di Brescia è stata individuata come territorio in cui avviare una fase di sperimentazione volta all'attuazione delle disposizioni del DL 62/2024 in particolar modo per quanto concerne:

- A. la valutazione di base della condizione di disabilità;
- B. la valutazione multidimensionale;
- C. l'elaborazione del progetto di vita individuale personalizzato costituito dall'insieme e partecipato;
- D. predisposizione del budget di progetto, secondo i principi della co-programmazione e della co-progettazione, costituito in modo integrato dall'insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private attivabili anche in seno alla comunità territoriale e al sistema dei supporti informali.

Al fine di garantire alla persona con disabilità il diritto alla salute e ai processi di assistenza medica, l'ASST promuove un modello di presa in carico sanitaria con l'obiettivo di diventare nodo della rete DAMA a livello regionale e nazionale. Il DAMA si rivolge a minori e adulti che si trovano presso il proprio domicilio o presso unità di offerta sociosanitarie e sociali che, in relazione al proprio profilo di funzionamento e alla necessità di sostegni, non possono accedere ai percorsi ambulatoriali e ospedalieri standardizzati. Nello specifico gli obiettivi sono:

- 1) strutturare una presa in carico e l'accesso a un percorso facilitato;
- 2) ridurre il numero degli accessi alla struttura ospedaliera;
- 3) garantire la costante comunicazione con il caregiver e la presenza, qualora necessaria, di volontari/accompagnatori in tutte le tappe;
- 4) porre attenzione alla componente alberghiera/confort sia in caso di prestazioni ambulatoriali sia in caso di prestazioni di ricovero;
- 5) favorire le prestazioni domiciliari laddove possibile.

### DESCRIZIONE E ASPETTI ORGANIZZATIVI

Le ASST offrono diversi Servizi basati su una corretta e approfondita valutazione multidimensionale, volti all'erogazione di prestazioni assistenziali, riabilitative e terapeutiche, fino a programmi di accompagnamento e integrazione nelle comunità. Grazie a una rete che coinvolge anche Comuni/Ambiti, Enti del Terzo Settore (ETS) e il Volontariato, l'ASST offre un accesso equo e tempestivo a risorse e Servizi per sostenere il diritto alla partecipazione attiva e all'inclusione delle persone con disabilità nella società.

La SS Coordinamento Disabilità e Fragilità si rapporta con i Comuni/Ambiti relativamente a molteplici servizi e con elevata frequenza in particolare per:

- L'accesso alle misure di sostegno al disabile e/o alla famiglia (Misura B1), per quanto riguarda gli interventi integrativi sociali;
- la gestione di casi oggetto di tutela giuridica;
- il Progetto DAMA;
- il raccordo con gli ETS;
- la gestione delle liste di attesa delle strutture residenziali e semiresidenziali (RSD, CDD...);
- il raccordo con i servizi di Neuropsichiatria Infantile (NPS) per quanto concerne le patologie del neurosviluppo e dello spettro autistico.

## **STATO DELL'ARTE – PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ**

La SS Coordinamento Disabilità e Fragilità ha costruito nel tempo una stretta integrazione tra gli Ambiti Territoriali sociali. L'interazione tra Assistente Sociale del Comune/Ambito e personale ASST si verifica nei momenti di valutazione congiunta e integrata, anche a domicilio.

La valutazione multidimensionale della persona con disabilità e la definizione del proprio progetto di vita coinvolgono, in base alla diagnosi clinica e al profilo di funzionamento, anche specialisti di altre unità operative, i Servizi sociali del Comune/Ambito, gli Enti del Terzo Settore e altri attori della rete territoriale. Gli operatori dell'équipe disabilità coordinano l'équipe di transizione per quanto concerne l'accesso delle persone con diagnosi dello spettro autistico ai servizi per l'età adulta, mediante incontri strutturati con la Neuropsichiatria infantile e la Psichiatria.

Gli psicologi e gli assistenti sociali dell'Équipe Disabilità e Fragilità hanno un ruolo attivo nell'inclusione scolastica del minore in condizione di disabilità, così come nelle valutazioni di disturbi specifici dell'apprendimento in collaborazione con la neuropsichiatria infantile.

All'interno della SS Coordinamento Disabilità e Fragilità è presente un'équipe dedicata che in collaborazione con gli ambiti territoriali esprime parere di idoneità in merito alle richieste di inserimento in UDO diurne e residenziali per disabili e promuove progetti alternativi di inclusione sociale e abitativa.

Per quanto concerne il progetto DAMA gli operatori della disabilità, accolti i bisogni sanitari delle persone valutano l'eleggibilità al progetto ed attivano gli operatori sanitari dedicati per la strutturazione di percorsi facilitati.

Si rende necessaria l'individuazione di spazi dedicati e di un numero verde a cui fare riferimento al fine di poter accedere alla rete DAMA regionale e beneficiare di un'unica banca dati informatizzata.

## **PROGRAMMAZIONE TRIENNALE – OBIETTIVI E INDICATORI**

È necessaria la definizione di percorsi dedicati relativi alle modalità di intervento di prossimità per ciascuna zona del SST, oltre che di accordi/procedure fra ASST e Comune/Ambito per la gestione della presa in carico del paziente disabile e la redazione di Progetti di Vita da parte di équipe multiprofessionali.

Deve inoltre essere strutturata la presenza dell'Assistente Sociale nei PUA per garantire l'accoglienza dei soggetti afferenti all'area Disabilità e l'analisi/valutazione congiunta del relativo bisogno che richieda l'attivazione integrata di servizi erogati da ASST e dal Comune/Ambito.

Un lavoro di integrazione è già previsto e andrà implementato nell'ambito delle misure regionali a favore dei soggetti con disabilità (Misura B1, B2, ...).

## **PROGETTI SPECIFICI**

È in fase di progettazione il potenziamento del Progetto DAMA per garantire alle persone con disabilità l'accesso protetto alle prestazioni sanitarie offerte da ASST.

Come dettagliato nell'area di intervento "PUA e valutazione multidimensionale" sono stati attivati nei quattro Distretti i CVI che prevedono un significativo sviluppo nel prossimo triennio.

| AREA DI INTERVENTO                                                                                                                                                                                                                       |                                                        | DISABILITÀ                                                                                                                                               |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|--------------|
|                                                                                                                                                                                                                                          |                                                        | CRONOPROGRAMMA                                                                                                                                           |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
|                                                                                                                                                                                                                                          |                                                        | 2024                                                                                                                                                     |             |              | 2025          |              |             | 2026         |               |              | 2027        |              |               |              |
|                                                                                                                                                                                                                                          |                                                        | IV TRIMESTRE                                                                                                                                             | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE |
| <b>AZIONI</b>                                                                                                                                                                                                                            | <b>RESPONSABILITÀ</b>                                  |                                                                                                                                                          |             |              | X             | X            |             |              |               | X            |             |              |               | X            |
| Sottoscrizione di accordi/procedure con Comuni/Ambiti per la presa in carico di prossimità delle persone con disabilità e la redazione di Progetti di Vita da parte di équipe multiprofessionali.                                        | Responsabile S.S. Coordinamento Disabilità e Fragilità |                                                                                                                                                          |             |              | X             | X            |             |              |               | X            |             |              |               | X            |
| Attivazione e sviluppo, nei quattro Distretti, dei CVI.                                                                                                                                                                                  | Responsabile S.S. Coordinamento Disabilità e Fragilità | X                                                                                                                                                        | X           | X            | X             | X            |             |              |               | X            | X           | X            | X             | X            |
| Potenziamento del Progetto DAMA per garantire alle persone con disabilità l'accesso protetto alle prestazioni sanitarie offerte da ASST.                                                                                                 | Direzione Sociosanitaria                               | X                                                                                                                                                        | X           | X            | X             | X            |             |              |               | X            | X           | X            | X             | X            |
|                                                                                                                                                                                                                                          |                                                        | <b>AREE DI INTEGRAZIONE CON I PIANI DI ZONA/AMBITI TERRITORIALI</b>                                                                                      |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
|                                                                                                                                                                                                                                          |                                                        | <b>LEPS DI RIFERIMENTO</b>                                                                                                                               |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
|                                                                                                                                                                                                                                          |                                                        | <b>COLLEGAMENTO PDZ AMBITI TERRITORIALI 1, 2, 3, 4</b>                                                                                                   |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
| Punti Unici di Accesso (PUA) integrati e UVM: incremento operatori sociali<br>Legge n.234/2021, comma 163 (potenziamento risorse professionali)<br>Valutazione multidimensionale e progetto personalizzato D. Lgs.n. 147/2017 artt 5 e 6 |                                                        | Valutazione Multidimensionale: definizione di piani di assistenza individualizzati ed integrati e rafforzamento delle équipe multidisciplinari integrate |             |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |

### 4.7.3 SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

La salute mentale rappresenta un aspetto fondamentale del benessere globale individuale e della collettività. Nel contesto attuale, come evidenziato nei dati epidemiologici in premessa al presente documento, l'incidenza delle patologie psichiatriche è in crescita ed è seconda solo a quella delle patologie cardiovascolari. È pertanto necessario sviluppare e implementare specifici interventi territoriali che promuovano, tramite un approccio integrato e multidisciplinare, la presa in carico dei soggetti affetti da tali patologie. È fondamentale favorire la prevenzione, la diagnosi precoce e il supporto continuativo rivolti a soggetti con patologia psichiatrica, anche tramite il coinvolgimento delle altre risorse territoriali (associazionismo, reti di volontariato). Solo potenziando la formazione degli operatori e promuovendo campagne di sensibilizzazione si può contribuire a eliminare lo stigma legato alle patologie psichiatriche, garantire un accesso equo e tempestivo alle cure e migliorare così la salute mentale dei singoli e della comunità.

Attualmente, in aggiunta ai Servizi che erogano prestazioni previste dai LEA, sono attivi in ASST Spedali Civili alcuni progetti legati alla salute mentale e alle dipendenze, in sinergia con ETS, Istituzioni, Ambiti, Associazioni, Volontariato e altri *stakeholder* territoriali.

#### Psicologo delle cure primarie

In attuazione della Legge Regionale 25 gennaio 2024, n.1 la ASST Spedali Civili ha istituito con Decreto n. 614 del 24/06/2024 il Servizio di Psicologia delle Cure primarie a sostegno dei bisogni assistenziali della popolazione, al fine di intercettare e rispondere ai bisogni assistenziali di base di natura psicologica dei cittadini lombardi, favorendo lo stato di salute bio-psico-sociale.

Il Servizio di Psicologia delle Cure primarie svolge attività psicologiche a bassa intensità assistenziale in una prospettiva di intervento precoce, sostegno e promozione della salute, avendo tra le proprie finalità l'offerta di un supporto psicologico tempestivo, diffuso e di prossimità, nonché l'integrazione dell'azione con le Cure Primarie (MMG e PLS, CA) e con i servizi del Distretto e della Casa di Comunità (PUA, Equipe di Valutazione Multidimensionale, C-Dom, COT, IFeC, Specialisti della CdC, i Servizi Sociali), i Reparti Ospedalieri, i professionisti della salute mentale e della prevenzione.

Il servizio di Psicologia delle Cure primarie ha i seguenti obiettivi:

- a) intercettare tempestivamente iniziali segni di sofferenza psicologica;
- b) assicurare diagnosi e interventi psicologici precoci;
- c) fornire consulenza e supporto di natura psicologica alle persone fragili e ai loro nuclei familiari;
- d) fornire un orientamento appropriato per l'invio ai servizi specialistici della salute mentale e delle dipendenze, ai consultori, ai servizi sociosanitari o per la disabilità, o per l'esecuzione di ulteriori interventi psicologici specialistici di secondo livello, come la valutazione neuropsicologica o la psicoterapia;
- e) erogare prestazioni psicologiche di prossimità a integrazione dei servizi sanitari e sociosanitari offerti in ambito distrettuale, anche in collaborazione con gli Enti del Terzo Settore presenti sul territorio;
- f) valutare il bisogno psicologico della persona e della famiglia, al primo accesso spontaneo oppure su invio di MMG, PLS, MCA, Medici specialisti, Operatori della ASST, Servizi sociali, Professionisti della prevenzione e promozione della salute.

Lo psicologo del servizio di psicologia delle cure primarie effettua – per quanto di pertinenza psicologica ex legge n. 56/1989 - l'attività di screening, valutazione del bisogno, consulenza e supporto alla persona e alla famiglia in condizioni di sofferenza psicologica determinata da patologia organica, eventi stressanti di vita, crisi evolutive e del ciclo di vita, fragilità e disabilità, nonché problematiche neuropsicologiche proprie o di un familiare.

Il Servizio di Psicologia delle Cure primarie eroga **prestazioni psicologiche di primo livello**:

- ascolto della domanda psicologica e valutazione del bisogno psicologico, consulenza e sostegno psicologico;
- orientamento verso i Servizi Specialistici allorquando vi è necessità di intervento multidisciplinare specialistico.

Il Servizio di Psicologia delle Cure primarie consente un accesso rapido, volto a garantire colloqui di accoglienza, consulenza e supporto psicologico nello spazio non stigmatizzante della Casa di Comunità ed opera in coordinamento con i Consultori e i Servizi specialistici del Dipartimento della salute mentale e delle dipendenze per l'aggancio precoce del disagio psichico. Nel servizio di Psicologia delle Cure primarie non si effettuano trattamenti specialistici e, nel caso ve ne fosse indicazione clinica a seguito di valutazione di condizione psicopatologica, si orienta in modo appropriato agli Ambulatori Specialistici di Psicologia o ai Servizi che possano effettuare la presa in carico specialistica multidisciplinare. Il Servizio funge, pertanto, da filtro sia per i livelli secondari di cura che per i servizi ospedalieri.

I **beneficiari degli interventi** psicologici sono: le persone con diverse forme di fragilità determinate da una patologia organica (per es. oncologica, diabete), da convivenza o accudimento di persone vulnerabili (caregiver e *siblings*), da problematiche neuropsicologiche e geriatriche; le persone che risentono psicologicamente di un evento o di difficoltà legate alla transizione tra diverse fasi del ciclo di vita. Il servizio di Psicologia delle Cure primarie rivolge particolare attenzione agli interventi in favore degli adolescenti e dei loro familiari, con cui è indicato un intervento preventivo o precoce (consulenza e supporto, non presa in carico consultoriale).

Il Servizio si pone come obiettivo, dunque, la presa in carico di Disturbi emotivi comuni, situazioni non psicopatologiche affrontabili in percorsi di supporto psicologico di breve durata.

Il Servizio di Psicologia delle Cure primarie è uno degli attori degli **interventi di promozione della salute**, prevenzione selettiva e prevenzione indicata promossi dai piani e dai programmi regionali. Lo psicologo del servizio di Psicologia delle Cure primarie, infatti, effettua attività di valutazione ed intervento psicologico precoce nelle situazioni di disagio psicologico che, se non adeguatamente intercettate e trattate, possono evolvere in psicopatologie o disturbi della condotta e dell'adattamento.

Lo Psicologo del servizio di Psicologia delle Cure primarie svolge la sua attività clinica negli Ambulatori sanitari della **Casa di Comunità** a garanzia della risposta tempestiva alla domanda di assistenza psicologica espressa dalle persone e dal territorio, nella logica dell'integrazione sociosanitaria degli interventi di cui all'articolo 7, comma 16, lettera c bis), della L.R. 33/2009 e qualora fosse richiesto, in Telemedicina.

L'accesso al servizio di Psicologia delle Cure primarie avviene attraverso il PUA della CdC, su richiesta diretta del cittadino o attraverso l'invio di un MMG, PLS, MCA, Medico specialista della CdC o Ospedaliero, di un operatore delle attività di promozione della salute e prevenzione, di altri operatori anche dei servizi sociali dell'ASST e dei Comuni.

È stato dedicato uno spazio giornaliero gestito dallo Psicologo finalizzato all'erogazione di consulenze psicologiche telefoniche rivolte agli utenti che contattano il Servizio. L'operatore del PUA, che svolge una funzione di informazione e orientamento per il cittadino, effettua preliminarmente la valutazione della domanda, per quanto di competenza, ponendo attenzione a bisogni sociali, sanitari o amministrativi contestuali alla richiesta psicologica. Le informazioni raccolte dal PUA vengono trasmesse celermente al Servizio di Psicologia delle Cure primarie che contatta tempestivamente l'utente e fissa il primo appuntamento.

Il Responsabile della Psicologia Clinica promuove incontri atti a definire le modalità di coordinamento delle attività del Servizio di Psicologia delle Cure primarie con l'attività svolta dalle altre strutture della ASST: con il Direttore del Distretto, il Direttore della SC Cure Primarie, il Direttore del Dipartimento della Salute Mentale e Dipendenze e con i Responsabili delle UO della Psichiatria, Neuropsichiatria, Dipendenze, Consultorio, Disabilità, i Responsabili delle UO specialistiche ospedaliere e i Referenti delle attività di Prevenzione e Promozione della Salute.

L'organizzazione della registrazione delle attività del Servizio di Psicologia ed il monitoraggio delle stesse compete alla Psicologia Clinica che assicura la qualità dei dati raccolti tenendo conto delle indicazioni e delle scadenze dell'Osservatorio della Direzione generale Welfare istituito con la DGR n.2352 del 20/05/2024.

### **Implementazione del servizio di Psicologia delle Cure primarie**

Lo Psicologo del servizio di Psicologia delle Cure primarie attualmente svolge la sua attività clinica negli Ambulatori sanitari della Casa di Comunità di Ospitaletto e Nave/Tavernole e presso i Poliambulatori di Via Corsica. L'attività è stata avviata in forma sperimentale a settembre 2022 con Fondi Regionali (DGR 7043/2022 Progetto Fondo Benessere-comma 6 bis) e successivamente garantita, ad oggi, da Fondi Fondazione Abrami.

L'offerta del Polo Territoriale ai diversi livelli di prossimità, ed in particolare l'attivazione delle Case di Comunità, consente di realizzare un **modello di "stepped care"** del disagio e dei disturbi psicopatologici e comportamentali sul territorio della ASST. Si viene a configurare un modello di gradualità della presa in carico che da un lato valorizza l'azione preventiva e terapeutica dello Psicologo delle Cure primarie, dall'altro consente un *referral* tempestivo ed appropriato ai livelli successivi di valutazione-trattamento propri dei CPS delle UO di Psichiatria del DSMD. Il modello si applica anche ai soggetti di minore età, con il collegamento con il Polo Territoriale della UONPIA, ed ai soggetti con problematiche di uso di sostanze, con il collegamento con il SerD del DSMD. Il modello clinico-organizzativo sarà oggetto di valutazione degli esiti con l'utilizzo di strumenti validati e condivisi di *assessment* e di verifica degli esiti.

## Progetti del Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare (CDCA)

Attualmente, sono in atto e/o in attivazione per il triennio 2024-2026 in ASST Spedali Civili alcuni progetti relativamente ai DCA, in collaborazione con CoLab, le Associazioni, il Volontariato, i Comuni, gli Ordini degli Psicologi e altri *stakeholder* territoriali, fra cui:

- Incontri di informazione e sensibilizzazione per la popolazione generale;
- Interventi di prevenzione nelle Scuole Secondarie di I e II grado, tramite incontri rivolti agli studenti e/o agli insegnanti;
- Eventi informativi e gruppi psicoeducativi per i familiari di pazienti del CDCA;
- Corsi di formazione per i volontari;
- Assistenza Domiciliare ai Pasti.

## Ambulatorio Itinerante

Il progetto "Ambulatorio Itinerante", frutto della collaborazione tra Comune di Brescia e ASST degli Spedali Civili di Brescia- Dipartimento di salute Mentale e delle Dipendenze (DSM-D), iniziato a febbraio 2024 come naturale continuazione del Progetto PrIns, ha come finalità quella di potenziare i servizi sanitari e socio-sanitari in favore delle persone senza fissa dimora e in condizione di grave marginalità, con particolare attenzione a soggetti con patologia psichiatrica e/o con dipendenza da sostanze, strutturando percorsi di riduzione del danno e di inclusione sociale attraverso la costituzione di equipe multiprofessionali (medico specialista in psichiatria, infermiere e psicologo).

Gli operatori coinvolti (due medici, due infermieri e uno psicologo), stanno lavorando all'interno di due microequipe distinte, che svolgono la propria attività con una logica di prossimità, ovvero prevalentemente presso i Servizi di Accoglienza a bassa soglia di accesso, oppure nei luoghi dove tali persone vivono (in strada).

Nel progetto è coinvolto il Comune di Brescia per il tramite dei Servizi territoriali di Accoglienza Notturna (Duomo Room - Dormitorio San Vincenzo de' Paoli e Accoglienza a bassa soglia, Centro Chizzolini, Emergenza Donne, Rifugio Caritas, ex-Asilo notturno Pampuri) e Diurna (Centro L'Angolo e Progetto Strada).

La finalità del progetto è quella di poter offrire prestazioni mediche (visita psichiatrica, tossicologica, di medicina generale, interventi di educazione sanitaria/prevenzione), infermieristiche (medicazioni, rilevazione parametri vitali, esecuzione test diagnostici, counseling infermieristico) e psicologiche (intervento/counseling psicologico) ad una tipologia di utenza spesso difficilmente raggiungibile dai servizi specialistici, oltre che di poter consentire una presa in carico da parte dei Servizi Specialistici Territoriali (CPS e SerD) nelle situazioni che necessitano di interventi integrati o per utenza che risultava già in carico ma che viene persa durante il *follow-up*.

Gli operatori coinvolti nel progetto garantiscono settimanalmente interventi medici per 10 ore settimanali, infermieristici per 12 ore e psicologici per 5 ore. Oltre alle prestazioni elencate, gli operatori si riuniscono mensilmente con finalità organizzative, di pianificazione e di confronto rispetto al progetto.

## Il modello del CoLab

Il CoLab è un *laboratorio di comunità*, uno spazio di prossimità offerto dal DSMD della ASST Spedali Civili di Brescia che è aperto a tutta la cittadinanza, senza confini territoriali definiti. Pazienti, familiari, operatori, studenti, persone interessate trovano uno spazio accogliente di confronto, approfondimento, orientamento e studio sui temi della salute mentale e del benessere psicosociale. Proprio perché aperto a tutti, quanto viene svolto è realizzato grazie alla coproduzione fra operatori, pazienti, familiari e risorse del territorio. Le attività svolte sono specificamente orientate alla *recovery* personale e alla coproduzione ed è valorizzato il supporto degli "esperti per esperienza" (in linea anche con quanto indicato nella Legge Regionale 29 giugno 2016, n. 15, all'articolo 53 bis, comma 1, lettera d).

Gli aspetti e le attività qualificanti la proposta del CoLab sono:

- a) Spazio accogliente e non giudicante;
- b) Valorizzazione dei punti di forza;
- c) Attività di incontro e confronto;
- d) Attività specificatamente orientate alla *recovery* e coproduzione. Presso il CoLab sono utilizzate attività specificatamente orientate alla *recovery* e coproduzione, ed in particolare il Recovery College, modello attivo da alcuni anni in Italia, che prevede l'organizzazione di corsi sui temi della salute mentale e il benessere personale, aperti alla comunità e coprodotti fra esperti per esperienza ed esperti per professione;
- e) Coinvolgimento e attivazione della rete locale.

Il CoLab Torre Cimabue ha collaborazioni attive con il Comune di Brescia, in particolare con i Servizi Sociali della Zona Est, con i quali si interfaccia nell'ambito di diverse iniziative, svolte nelle sedi CoLab e sul territorio, oppure in merito alla gestione condivisa di soggetti che possono trovare in CoLab un supporto o un tramite di presa in carico/orientamento ai Servizi specialistici del DSMD.

Con il Comune di Brescia sono inoltre attivi:

- Incontri di confronto e collaborazione con l'Assessorato ai Servizi Sociali;
- Collaborazione con il Consiglio di Quartiere di San Polo ai fini di far conoscere alla cittadinanza le opportunità del CoLab e creare sinergie in merito ad attività rivolte ai cittadini;
- Collaborazione con il Punto di Comunità di San Polo;
- Collaborazione con Casa delle Associazioni;
- Collaborazione con il Servizio di Inclusione Lavorativa;
- Sistema bibliotecario.

Nell'ambito del Progetto finanziato da Regione Lombardia, tramite ATS, dal titolo "Dalla famiglia al protagonismo familiare" presso il CoLab è attivo lo sportello di ascolto e orientamento per familiari con disturbo psichico. Il progetto, con capofila ASST Spedali Civili con i Consultori Familiari, ha tra i partner l'Ambito di zona n. 1 (Brescia – Collebeato), ADL Zavidovici, Coop. La Vela e Associazione Il Chiaro del Bosco ETS.

È attiva, inoltre, una collaborazione con il Centro per l'impiego della Provincia di Brescia che ha collaborato per la realizzazione di alcuni corsi del Recovery College.

### **Percorsi di integrazione nell'area della salute mentale tra psichiatria e neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza per l'individuazione e il trattamento precoce dei disturbi psichici in età adolescenziale**

Il progetto vuole favorire l'integrazione dei Servizi, degli operatori e delle azioni cliniche al fine di rafforzare interventi condivisi e potenziati tra Servizi di Psichiatria e di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza della ASST. Sono previste attività di primo e di secondo livello.

Le attività cliniche di primo livello comprendono:

- attività per la presa in carico precoce degli stati mentali ad elevato rischio di psicosi e di altri disturbi mentali gravi nonché gli esordi psicotici;
- attività cliniche e di coordinamento per la transizione tra la neuropsichiatria infantile e la psichiatria adulti di utenti in carico con bisogni di cura ancora presenti al compimento della maggiore età.

L'integrazione tra i servizi territoriali di psichiatria e di neuropsichiatria infantile può avvenire a questo livello di azione, con équipe integrate di valutazione per gli stati mentali a rischio ed équipe di transizione neuropsichiatria-psichiatria.

Le attività cliniche di secondo livello comprendono attività cliniche specializzate e finalizzate all'intervento su utenti con diagnosi specifiche e già consolidate (es. psicosi, disturbi di personalità, disturbi bipolari). Esse prevedono una presa in carico mirata, finalizzata a prevenire la cronicità attraverso l'azione dei servizi per la presa in carico territoriale.

L'orientamento generale del progetto è quello di concentrarsi sui bisogni di riconoscimento e trattamento da svolgersi in modo integrato dai servizi territoriali, modificare la prassi tradizionale focalizzata sulle patologie conclamate e stabilizzate e sulla divisione abituale delle competenze tra i servizi della salute mentale in base all'età dell'utente e della patologia trattata, mantenere e sviluppare progetti specificamente dedicati alla prevenzione ed all'individuazione e trattamento precoce dei disturbi psichici gravi.

Il progetto si pone come obiettivi specifici:

- la presa in carico tempestiva dei soggetti con esordio di psicosi e di disturbo mentale grave. Questo verrà realizzato ottimizzando i trattamenti, e rispettando le raccomandazioni contenute nei "percorsi di cura per i disturbi mentali gravi" (Conferenza delle Regioni, 2013), nelle quali vengono identificati percorsi specifici per le situazioni di esordio dei disturbi schizofrenici, dei disturbi dell'umore gravi e dei disturbi di personalità;
- la realizzazione di interventi integrati dedicati sia ai soggetti assunti in cura, per evitare che perdano precocemente i ruoli, le capacità e le autonomie raggiunte, sia ai giovani idonei alla presa in carico per far sì che recuperino ruoli sociali perduti e per dare sostegno al contesto relazionale familiare e sociale;

- la cooperazione ed il collegamento tra servizi di area psichiatrica e delle dipendenze e la transizione dai servizi per l'infanzia e l'adolescenza (NPIA) a quelli della salute mentale adulti (Psichiatria e Dipendenze), realizzando operazioni di assessment congiunto fondato su strumenti concordati e , nei casi che lo necessitano, l'elaborazione di progetti di trattamento condivisi che esprimano continuità concettuale ed operativa;
- la formazione congiunta degli operatori dei servizi di Psichiatria, NPIA e Dipendenze sui temi del progetto e sulla presa in carico congiunta di pazienti adolescenti.

L'età 16-17 anni è da considerarsi l'età di ingresso nel programma, quella di uscita sarà invece determinata dalla durata dei singoli percorsi di cura (entro il range 16-20).

### **Progetto regionale per il contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)**

Proseguono le attività avviate negli anni precedenti riguardanti il progetto regionale per il contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico (Progetto GAP) e realizzate dagli ambulatori GAP della SS Centro Cocaina e Nuove Dipendenze (CCND) e della SS NOA Sarezzo. In accordo con le indicazioni regionali ed in continuità con i due precedenti Piani di Attività per il contrasto al Gioco D'azzardo Patologico, ATS Brescia per i Servizi Dipendenze centra la programmazione locale su tre obiettivi generali essenziali:

- aggancio e trattamento precoce per i giocatori e loro familiari;
- potenziamento dei servizi di cura e personalizzazione delle offerte di trattamento;
- lotta allo stigma che caratterizza le forme patologiche delle dipendenze.

Il progetto, ormai giunto alla sua quinta annualità, è stato strutturato in più fasi ed ha seguito il declinarsi degli obiettivi previsti dal Piano Locale (obiettivi 3.1; 3.3; e 3.4), così come condiviso con ATS Brescia.

Prosegue l'apertura del Punto D'Ascolto presso il Poliambulatorio di Via Corsica come concordato con l'equipe multidisciplinare della struttura.

Inoltre, è stato realizzato il corso di formazione "La diagnosi precoce del gioco d'azzardo patologico: strategie e strumenti per l'invio ai Servizi", rivolto a medici, infermieri, psicologi ed operatori socio-sanitari di ASST Spedali Civili in collaborazione con ATS Brescia e Associazione Comuni Bresciani Servizi srl.

### **Centri per il trattamento del tabagismo (CTT)**

Proseguono le attività avviate negli anni precedenti riguardanti il Protocollo Tecnico Operativo per l'invio di tabagisti ai Servizi per le Dipendenze-Centri per il trattamento del tabagismo, tramite la collaborazione tra ATS Brescia, le ASST, i MMG, i Servizi Multidisciplinari Integrati e gli Ambiti.

Tale progettualità è finalizzata ad intercettare, nell'ambito delle attività delle Divisioni di Medicina, Poliambulatori, MMG, Servizi Sociali Comunali, persone fumatrici (sane o affette da patologie fumo-correlate, in particolare target a rischio – minori, gravide...) favorendone l'invio e la presa in carico presso i Centri per il trattamento del tabagismo (CTT).

I Centri per il Trattamento del Tabagismo si rivolgono a coloro che intendono smettere l'uso del fumo di tabacco, offrendo un intervento specialistico (medici, psicologici, infermieri ed educatori professionali) che passa sia tramite accertamenti diagnostici (visita medica, valutazione psicologica, test diagnostici) sia tramite interventi terapeutici (farmaci, trattamenti psicologici di gruppo o individuali) finalizzati a ridurre la sindrome d'astinenza da nicotina e il desiderio di fumare.

Sul territorio ASST Spedali Civili sono attivi **2 CTT** (presso NOA BRESCIA - Via Gheda, 4, Brescia; presso NOA VALLETROMPIA - Piazzale Europa, 16, Sarezzo).

### **"Vietato Perdere"**

Nasce dalla collaborazione fra il SerD di Brescia e la testata giornalistica "calciobresciano.it". Il progetto prevede una rubrica mensile che esplora il disturbo da uso in tutte le sue declinazioni, concentrandosi in particolare sulla dipendenza all'interno del mondo sportivo e presentando di volta in volta un testimonial in grado di catalizzare maggiormente l'attenzione. L'obiettivo condiviso è quello di informare la popolazione riguardo alle dipendenze ed

effettuare prevenzione nei confronti di tali disturbi, raggiungendo tramite il digitale il vasto popolo del web. La rubrica condivisa terminerà a dicembre 2024 ma è previsto un rinnovo del piano editoriale per tutto il 2025. Il SerD è stato presente inoltre nelle premiazioni (“Oscar”) del calcio bresciano dove ha potuto esprimere davanti a calciatori, presidenti, direttori sportivi, sponsor e allenatori, la propria disponibilità allo sviluppo di progetti condivisi sulle dipendenze.

### **“Stai Chill”**

Progetto in fase di ultimazione, che vede la ristrutturazione dell’equipe giovani del Servizio e che si rivolge a tutti gli utenti Under 24 della SC SerD, l’equipe sarà quindi trasversale alle singole SS del Servizio.

L’obiettivo del progetto è rendere l’accesso al SerD il più semplice e libero possibile dai pregiudizi in modo da aumentare la presa in carico precoce dei giovani e giovanissimi con Disturbo da Uso di Sostanze (DUS), e la ritenzione al trattamento, attraverso interventi personalizzati e condivisi con il giovane utente, i caregiver e la rete di supporto socio-sanitaria di riferimento. L’equipe lavorerà in stretta collaborazione con la UONPIA, i CPS, l’equipe forense, la Sanità Penitenziaria e la Direzione del Carcere, l’USSM, l’UEPE, i Servizi Sociali Territoriali, i Servizi di Emergenza Urgenza e gli ambulatori di Via Corsica degli Spedali Civili.

### **“La maglia numero 7”**

E’ un progetto di prevenzione, attualmente in fase avanzata di progettazione, che riguarda le scuole calcio giovanili della nostra provincia, volto a creare un collegamento fra il Servizio Dipendenze e le Società sportive, la Federazione gioco calcio provinciale e i Comuni dove militano le squadre. Mira a coinvolgere allenatori, dirigenti accompagnatori, genitori e calciatori tramite incontri informativi e di sviluppo delle *skills* personali. L’obiettivo principale è quello di prevenire l’uso di sostanze e i comportamenti che possono esitare in dipendenze (*internet addiction* e GAP in particolare) e favorire l’aggancio precoce e facilitato delle persone già dipendenti.

| SALUTE MENTALE E DIPENDENZE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |                                                   |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------|
| AREA DI INTERVENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CRONOPROGRAMMA                                                              |                                                   |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2024                                                                        | 2025                                              |              |               | 2026         |             |              |               | 2027         |             |              |               |              |             |
| AZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | RISORSE                                                                     | RESPONSABILITÀ                                    | IV TRIMESTRE | III TRIMESTRE | II TRIMESTRE | I TRIMESTRE | IV TRIMESTRE | III TRIMESTRE | II TRIMESTRE | I TRIMESTRE | IV TRIMESTRE | III TRIMESTRE | II TRIMESTRE | I TRIMESTRE |
| Potenziamento del Servizio di Psicologia delle Cure Primarie.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Distretti, S.S. Psicologia Clinica                                          | Direzione Sociosanitaria                          | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            | X           |
| Potenziamento del progetto "Ambulatorio Itinerante" in collaborazione con i Comuni/Ambiti che fornisce servizi sanitari e socio-sanitari a persone senza fissa dimora e in condizione di grave marginalità.                                                                                                                                                   | Distretti, Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, Comuni/Ambiti | Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            | X           |
| Attivazione e/o potenziamento di progetti dedicati alle persone affette da patologia psichiatrica e/o da disturbi da abuso/dipendenza anche in collaborazione con i Comuni/Ambiti. Ad es: GAP, DCA...                                                                                                                                                         | Distretti, Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, Comuni/Ambiti | Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            | X           | X            | X             | X            | X           |
| AREE DI INTEGRAZIONE CON I PIANI DI ZONA/AMBITI TERRITORIALI                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                             |                                                   |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |             |
| LEPS DI RIFERIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                             |                                                   |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |             |
| COLLEGAMENTO PDZ AMBITI TERRITORIALI 1, 2, 3, 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                             |                                                   |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |             |
| <p>Équipe integrate multiprofessionali per area di abilità - anziani - disagio psichico – pronto intervento sociale con fondi dedicati e azioni fondo povertà</p> <p>Sviluppo sub investimento - linea di attività 1.3.1 " Housing temporaneo" - Programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione - Avviso 1/2022 Next Generation EU</p> |                                                                             |                                                   |              |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |             |

## 4.8 AREA MATERNO-INFANTILE E ADOLESCENZA

### DESCRIZIONE E ASPETTI ORGANIZZATIVI

La tutela della salute in ambito materno-infantile costituisce uno degli obiettivi prioritari poiché gli interventi di promozione della salute hanno una ricaduta non solo sulla popolazione attuale ma anche su quella futura. L'Organizzazione mondiale della Sanità ha individuato nel miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino uno degli obiettivi prioritari a livello mondiale.

Investire in servizi di salute materno infantile migliora la qualità della vita e promuove una crescita socio-economica sostenibile.

I Consultori Familiari in Regione Lombardia svolgono un ruolo cruciale nella promozione/protezione della salute della donna, dei minori e della famiglia durante tutto il ciclo di vita.

Il Consultorio Familiare mantiene la propria connotazione del servizio di base/bassa soglia fortemente orientato alla prevenzione, informazione e promozione della salute: offre un insieme di servizi, tra cui assistenza ostetrica e medico specialistica, programmi di promozione e prevenzione della salute, consulenze psicologiche e interventi preventivi. La sua caratteristica è la promozione del benessere della persona in tutte le sue dimensioni: fisica emotiva e sociale.

Le attività consultoriali rivestono un ruolo fondamentale nel territorio in quanto la peculiarità del lavoro di équipe rende le attività stesse uniche nella rete delle risorse sanitarie e socio-assistenziali esistenti.

Il personale che vi opera assicura l'accompagnamento nei momenti di vita delicati come la gravidanza, la nascita e il dopo parto, l'infanzia e l'adolescenza.

I Consultori lavorano in sinergia con le scuole, gli enti locali, le associazioni per garantire un approccio integrato ai bisogni della comunità, contribuendo a creare un ambiente sano e coeso.

In tale ottica, i Consultori Familiari si confermano come punti di riferimento essenziali per il benessere delle comunità, garantendo supporto accessibile e specializzato a tutte le fasce della popolazione.

In ASST Spedali Civili sono presenti i seguenti Consultori Familiari:

- Distretto Brescia: Consultorio Brescia Centro e Consultorio Paganini;
- Distretto Brescia Est: Consultorio di Rezzato e sede secondaria a Flero;
- Distretto Brescia Ovest: Consultorio di Roncadelle, Consultorio di Gussago con sede secondaria a Travagliato;
- Distretto Valle Trompia: l'attività consultoriale è garantita da Civitas, Società a capitale pubblico della Comunità Montana e dei 18 comuni della Valle Trompia.

L'offerta sul territorio è integrata dai Consultori Familiari privati accreditati (quattro a Brescia e uno a Brescia Ovest).

### STATO DELL'ARTE – PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ

Nei consultori sono attivi diversi percorsi:

- **SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ E PERCORSO NASCITA**
  - Sostegno alla genitorialità, con particolare attenzione ai “primi 1000 giorni di vita” (Documento ISS “Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita” febbraio 2020);
  - Potenziamento delle azioni di prevenzione per le situazioni familiari di maggiore fragilità, anche attraverso il progetto di Home Visiting (in corso la formazione e avvio della progettualità previsto a partire dal 2025), ad integrazione del “supporto universale” garantito a tutte le puerpere dopo la dimissione dal Punto Nascita;
  - Potenziamento delle attività del Centro di mediazione familiare con l'offerta anche di interventi di coordinazione genitoriale;
  - Progetti di prevenzione e sostegno per adolescenti fragili attraverso il Bando Regionale “#Up-Percorsi per crescere alla grande”.
- **TUTELA DEI MINORI**
  - Rinnovo del Protocollo d'Intesa tra Ambiti e consultori ASST per la gestione dei casi di Tutela Minori, al fine di garantire anche interventi psicologici e psicoterapeutici previsti dai LEA nell'ambito della Tutela dei Minori, in collaborazione con il Servizio Sociale comunale attraverso le équipe integrate;
  - Partecipazione al Tavolo Provinciale per l'Affido familiare, attraverso il Centro Affidi di ASST.
- **SERVIZI INFORMATIVI ED EDUCATIVI**
  - Interventi educativi e preventivi in rete con le istituzioni scolastiche e agenzie del territorio;

- Avvio dell'attività dei Centri per la Famiglia, nati con lo scopo di promuovere il ruolo sociale, educativo e il protagonismo della famiglia e di realizzare interventi a sostegno della genitorialità e del benessere di tutta la famiglia. Gli interventi realizzati sono sempre complementari a quelli già realizzati dai servizi esistenti. Il centro infatti opera in integrazione con tutti i servizi del territorio attraverso specifici protocolli operativi che definiscono i ruoli e compiti di tutti gli attori coinvolti. Sul territorio di ASST Spedali Civili di Brescia nel 2024 sono stati ammessi e finanziati da ATS n.3 Centri per la famiglia, con ASST capofila, in partenariato con gli Ambiti, le Aziende Speciali consortili ed Enti del Terzo Settore L'elenco dei centri attualmente attivi è disponibile al sito <https://www.ats-brescia.it/centro-per-la-famiglia>;
- La finalità del presente avviso è quella di individuare una rete;
- "Nati per leggere" è un programma promosso dall'Associazione Culturale Pediatri, l'Associazione Italiana Biblioteche e il Centro per la Salute del Bambino. Il programma è presente in tutto il territorio nazionale.

L'obiettivo del programma "Nati per leggere" è promuovere la lettura in famiglia fin dalla vita prenatale, perché leggere con continuità ai bambini e alle bambine ha una positiva influenza sul loro sviluppo intellettuale, linguistico, emotivo e relazionale con effetti significativi per tutta la vita adulta. Le attività sono gratuite e si attivano in collaborazione tra professionisti socio-sanitari, bibliotecari e volontari.

La rete tra le diverse realtà ha permesso nel tempo di favorire e sostenere la buona pratica della lettura condivisa in diversi *setting* e momenti.

## **PROGRAMMAZIONE TRIENNALE – Obiettivi e indicatori**

### **Sostegno alla genitorialità e percorso nascita:**

- Rafforzamento delle attività di sostegno alla genitorialità, con particolare attenzione ai "Primi 1000 giorni di vita";
- Implementazione di percorsi a sostegno delle donne straniere con particolare attenzione al percorso nascita;
- Formazione e sensibilizzazione delle educatrici di nidi e/o scuole dell'infanzia sul tema della prevenzione degli incidenti domestici nella fascia 0-4 anni;
- Potenziamento delle azioni di prevenzione per le situazioni familiari di maggiore fragilità, anche attraverso il progetto di Home Visiting ad integrazione del "supporto universale" garantito a tutte le puerpere (aggiornamento protocollo);
- Potenziamento delle attività del Centro di mediazione Familiare con interventi di Coordinazione Genitoriale;
- Progetti di prevenzione e sostegno per adolescenti fragili (Bando Regionale "#Up-Percorsi per crescere alla grande").

### **Tutela dei minori:**

- Rinnovo del Protocollo d'Intesa tra Ambiti e consultori ASST per la gestione dei casi di Tutela Minori, al fine di garantire anche interventi psicologici e psicoterapeutici previsti dai LEA nell'ambito della Tutela dei Minori, in collaborazione con il Servizio Sociale comunale attraverso le equipe integrate;
- Partecipazione al Tavolo Provinciale per l'Affido familiare, attraverso il Centro Affidi di ASST.

### **Servizi informativi ed educativi:**

- Interventi educativi e preventivi in rete con le istituzioni scolastiche e agenzie del territorio;
- Avvio dell'attività dei Centri per la Famiglia, c/o la CdC di Via Corsica, la CdC di Ospitaletto e la CdC di Rezzato in partenariato con gli Ambiti e gli Enti del Terzo Settore e partecipazione al percorso formativo congiunto, organizzato da ATS.

Gli indicatori sono riportati nei singoli progetti e saranno oggetto di valutazione annuale.

## **OBIETTIVI SPECIFICI PER DISTRETTO**

### **Distretto Brescia**

- Potenziamento dell'attività del Centro per la Famiglia, c/o la CdC di Via Corsica, in partenariato con Ambito 1 ed Enti del Terzo Settore (La Vela, ADL a Zavidovici, Il Chiaro del Bosco) e partecipazione al percorso formativo congiunto, organizzato da ATS (autunno 2024);
- Collaborazione tra le biblioteche del Comune di Brescia, i servizi per l'infanzia del Comune di Brescia, ATS e ASST Spedali Civili che si concretizza in diverse azioni rivolte alle famiglie, ad esempio incontri di formazione, presentazione del programma durante i corsi per gestanti e genitori, letture per le famiglie.

### **Distretti Brescia Est e Brescia Ovest**

Analogamente al Distretto Brescia è previsto il potenziamento dei Centri per la Famiglia con le sedi rispettivamente presso le CdC di Flero e Ospitaletto.

| AREA DI INTERVENTO                                                                                                   |                                                                           | AREA MATERNO INFANTILE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                      |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|--------------|
|                                                                                                                      |                                                                           | CRONOGRAMMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                      |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
|                                                                                                                      |                                                                           | 2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                     |                              | 2025                                                 |               |              | 2026        |              |               | 2027         |             |              |               |              |
| AZIONI                                                                                                               | RISORSE                                                                   | RESPONSABILITÀ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | IV TRIMESTRE                                                                                                                                                                                                        | I TRIMESTRE                  | II TRIMESTRE                                         | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE |
|                                                                                                                      |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Integrazione al progetto "A casa dopo il parto." Percorsi specifici di "home visiting" per il riconoscimento precoce della vulnerabilità nel dopo parto con monitoraggio delle attività e delle eventuali criticità | Equipe Consulitori familiari | DAPSS Dirigente Coordinamento Attività Consultoriali |               | x            | x           | x            | x             | x            | x           | x            | x             | x            |
| Formazione personale coinvolto                                                                                       | DAPSS, Servizio formazione                                                | DAPSS Dirigente Coordinamento Attività Consultoriali                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | x                                                                                                                                                                                                                   |                              |                                                      |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
| Adozione formale protocollo Home Visiting                                                                            | Servizio Qualità                                                          | DAPSS Dirigente Coordinamento Attività Consultoriali                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                     |                              | x                                                    |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
| Aggiornamento periodico dei protocolli                                                                               | Gruppo di lavoro che ha elaborato i protocolli                            | DAPSS Dirigente Coordinamento Attività Consultoriali                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                      |               | x            |             |              |               |              |             |              | x             |              |
| Valutazione periodica indicatori previsti dai protocolli                                                             | Equipe Consulitori Familiari Servizio Qualità                             | DAPSS, Dirigente Coordinamento Attività Consultoriali                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                      | x             |              |             |              |               | x            |             |              |               | x            |
| Consolidamento e monitoraggio dell'utilizzo dell' "Agenda Percorso Nascita Web"                                      | Equipe Consulitori familiari                                              | DAPSS Dirigente Coordinamento Attività Consultoriali                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | x                                                                                                                                                                                                                   | x                            | x                                                    | x             | x            | x           | x            | x             | x            | x           | x            | x             | x            |
| Rinnovo del Protocollo d'intesa tra Ambiti e consultori ASST per la gestione dei casi di Tutela Minori               | Dirigente Coordinamento Attività Consultoriali, responsabili Ambito e ASC | Dirigente Coordinamento Attività Consultoriali                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | x                                                                                                                                                                                                                   |                              |                                                      |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
| Partecipazione al Tavolo Provinciale per l'Affido familiare                                                          | Referente Centro Affidi ASST                                              | Dirigente Coordinamento Attività Consultoriali                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | x                                                                                                                                                                                                                   |                              | x                                                    |               |              |             |              |               | x            |             |              |               | x            |
| Potenziamento delle attività del Centro di mediazione Familiare con interventi di Coordinazione Genitoriale          | Assistenti sociali e psicologi consultoriali appositamente formati        | Dirigente Coordinamento Attività Consultoriali                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | x                                                                                                                                                                                                                   | x                            | x                                                    | x             | x            | x           | x            | x             | x            | x           | x            | x             | x            |
| Progetti di prevenzione e sostegno per adolescenti fragili (Bando Regionale "Up-Percorsi per crescere alla grande"); | Assistenti sociali e psicologi consultoriali                              | Dirigente Coordinamento Attività Consultoriali                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                     | x                            | x                                                    | x             | x            | x           | x            | x             | x            | x           | x            | x             | x            |
| Avvio dell'attività dei Centri per la Famiglia                                                                       | Community manager, responsabili di progetto, partner                      | Dirigente Coordinamento Attività Consultoriali                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | x                                                                                                                                                                                                                   | x                            |                                                      |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
|                                                                                                                      |                                                                           | Dirigente Coordinamento Attività Consultoriali; responsabili di progetto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | x                                                                                                                                                                                                                   | x                            |                                                      |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
| <b>AREE DI INTEGRAZIONE CON I PIANI DI ZONA/AMBITI TERRITORIALI</b>                                                  |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                      |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
| <b>COLLEGAMENTO PDZ AMBITI TERRITORIALI 1, 2, 3, 4</b>                                                               |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                      |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
| LEPS DI RIFERIMENTO                                                                                                  |                                                                           | <p>Sviluppo sub investimento - linea di attività 1.1. Progetto P.I.P.P.I. sostegno alle famiglie vulnerabili - Programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione - Avviso 1/2022 Next Generation EU;</p> <p>Potenziamento dei rapporti con la Neuropsichiatria<br/>Programma "Nati per leggere"</p> <p>Prevenzione incidenti domestici 0-6 Percorsi formativi/educativi educatrici inidi e scuole dell'infanzia<br/>Integrazione servizi sociali Comunali e di Ambito per la presa in carico di vulnerabilità nel percorso nascita</p> |                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                      |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
| Prevenzione dell'allontanamento familiare (PIPI) - Legge n.234/2021, comma 170                                       |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                      |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |
| Offerta integrata di interventi e servizi - D.Lgs. n.147/2017 art. 23 comma 54                                       |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                      |               |              |             |              |               |              |             |              |               |              |

## 5 INTEGRAZIONE TRA PPT E PDZ

Considerata la necessità di consolidare la declinazione degli obiettivi regionali in modelli organizzativi aziendali, una più dettagliata descrizione su base distrettuale rappresenta un obiettivo programmato per l'anno 2025. L'approvazione dei PdZ da parte degli Ambiti, con cui stanno proseguendo proficue relazioni collaborative, e del presente documento, già frutto di costruttivi confronti a livello distrettuale, rappresentano i presupposti per tradurre operativamente la gestione dei processi verso gli specifici bisogni del territorio.

Le progettualità descritte nel documento sono state oggetto di condivisione con gli Ambiti che, in una logica di risposte integrate ai bisogni di salute della popolazione, hanno declinato i propri contributi nelle aree progettuali specifiche, armonizzandoli con i percorsi in capo all'ASST.

## 6 MONITORAGGIO DEL PIANO E RENDICONTAZIONE

In ogni sezione del documento sono stati inseriti i cronoprogrammi con dettaglio delle azioni e dei tempi di misurazione. Con cadenza almeno semestrale sarà programmata, a cura della Direzione Socio Sanitaria, la condivisione dello stato di avanzamento del Piano, sulla scorta della lettura ragionata dei dati di attività dei singoli percorsi, predisposta dalle competenti articolazioni aziendali.

Sarà inoltre indispensabile un periodico aggiornamento del PPT per allineare gli obiettivi previsti alle indicazioni regionali, all'evoluzione dei bisogni della popolazione e dei processi di integrazione territoriali.

## 7 IL PROCESSO DI SVILUPPO E APPROVAZIONE DEL PIANO

Durante il percorso di elaborazione del presente documento sono stati mantenuti confronti collaborativi con ATS Brescia e con gli Ambiti Territoriali.

Nello specifico:

- In data 14 novembre 2024 è stata effettuata un'analisi condivisa dei contenuti dei PPT e PDZ nella Cabina di regia integrata di ATS;
- In data 26 novembre 2024 si è riunita la Cabina Integrata di ASST Spedali Civili, a cui è stato presentato nel dettaglio il PPT;
- In data 10 dicembre 2024 la bozza del PPT è stata condivisa con le Organizzazioni Sindacali;
- In data 16 dicembre 2024 il documento è stato presentato al Collegio di Direzione di ASST Spedali Civili;
- In data 16 dicembre 2024 la Conferenza dei Sindaci di ASST Spedali Civili ha espresso parere obbligatorio in merito al contenuto del documento.

Il PPT viene approvato con Decreto aziendale.

## 8 GRUPPO DI LAVORO

Il presente documento è stato redatto da:

- Direttori di Distretto: Giulia Arcari, Simonetta Di Meo, Antonio Licordari, Claudio Marcantoni
- Medici di Distretto: Giulia Colarieti, Erika Ottani, Giuseppe Pellegrino
- Staff Area amministrativa: Anna Fulgenzi
- Referente integrazione con gli Ambiti: Consuelo Silvestri

Hanno collaborato alla redazione:

- Direttori/Referenti Dipartimenti di Prevenzione, Cure Primarie, Salute Mentale e Dipendenze: Deborha Pezzola, Elena Belli, Antonio Vita
- Responsabili Servizi Consultori, Disabilità, Psicologia Clinica, Centro Malattie Rare: Silvana Pavan, Paola Facchetti, Maria Angela Abrami, Maria Soldo
- Dirigente e Coordinatrice DAPSS: Luigia Soldati, Fernanda Maturilli
- Coordinatrice Servizio Aziendale Ammissioni Dimissioni Protette: Daniela Orizio
- Medici in formazione specialistica: Gloria Valimberti
- Responsabile Osservatorio Epidemiologico di ATS Brescia: Giovanni Maifredi

## 9 ELENCO DEGLI ACRONIMI

- ACN: Accordo Collettivo Nazionale
- ADI: Assistenza Domiciliare Integrata
- ADL: Associazione Ambasciata della Democrazia Locale
- ADP: l'Assistenza Domiciliare Programmata
- ADP: Ammissioni-Dimissioni Protette
- AFA: Attività Fisica Adattata
- AFT: Aggregazioni Funzionali Territoriali
- AIR: Accordo Integrativo Regionale
- AO: Azienda Ospedaliera
- AS: Assistente Sociale
- ASST: Azienda Socio-Sanitaria Territoriale
- ATS: Agenzia Tutela Salute
- BDA: Banda Dati Assistito
- BIC: Bassa Intensità Chirurgica
- C-Dom: Cure Domiciliari
- CA: Continuità Assistenziale
- CCND: Centro Cocaina e Nuove Dipendenze
- CdC: Casa di Comunità
- CDCA: Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare
- CDCD: Centri per Deficit Cognitivi e Demenze
- CDD: Centro Diurno Disabili
- CDI: Centro Diurno Integrato
- COT: Centrale Operativa Territoriale
- CPS: Centro PsicoSociale
- CSS: Comunità-alloggio Socio-Sanitarie
- CTT: Centri per il trattamento del tabagismo
- CVC: Catetere Venoso Centrale
- CVI: Centro Vita Indipendente
- DAMA: Disabled Advanced Medical Assistance
- DAPSS: Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie
- DGR: Deliberazioni della Giunta regionale della Lombardia
- DH: Day-Hospital
- D.Lgs.: Decreto Legislativo
- DSM-D: Dipartimento di salute Mentale e delle Dipendenze
- DM: Decreto Ministeriale
- EFA: Esercizio fisico adattato
- ETS: Enti del Terzo Settore
- EVM: Equipe Valutazione Multidimensionale
- GAP: Gioco d'Azzardo Patologico
- HCV: Hepatitis C Virus
- IFeC: Infermiere di Famiglia e Comunità
- ILI: Influenza Like Illness
- IRT: Infrastruttura Regionale di Telemedicina
- LEA: Livelli Essenziali di Assistenza
- LR: Legge Regionale
- MAC: Macroattività Ambulatoriale ad Alta Complessità Assistenziale
- MCA: Medici di Continuità Assistenziale

- MMG: Medico di Medicina Generale
- MTS: Malattie a Trasmissione Sessuale
- NEA: Numero Europeo Armonizzato
- NOA: Nucleo Operativo Alcologia
- NORT: Nucleo Operativo Tossicodipendenze
- OdC: Ospedale di Comunità
- P-SDA: Procedura Sistema Documentale Aziendale
- PAI: Piano di Assistenza Individuale
- PanFlu: Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale
- PDTA: Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale
- PdZ: Piano Di Zona
- PEG: Gastrostomia Endoscopica Percutanea
- PLS: Pediatra Libera Scelta
- PO: Presidio Ospedaliero
- POAS: Piano di Organizzazione Aziendale Strategico
- POL: Piano Operativo Locale
- PPT: Piano di sviluppo del Polo Territoriale
- PRP: Piano Regionale Prevenzione
- PRSS: Programma Regionale Sviluppo Sostenibile
- PS: Pronto Soccorso
- PSD: Progetto di Sorveglianza Domiciliare
- PUA: Punto Unico di Accesso
- RSA: Residenze Sanitarie Assistenziali
- RSD: Residenze Sanitarie per Disabili
- SAD: Servizio di Assistenza Domiciliare
- SASHA: Support and Advice System for Health Administrators
- SC: Struttura Complessa
- SerD: Servizio per le Dipendenze
- SGDT: Sistema Gestione Digitale Territorio
- SIA: Servizi Informativi Aziendali
- SPS: Scuole che Promuovono Salute
- SS: Struttura Semplice
- SSD: Struttura Semplice Dipartimentale
- SSR: Sistema Sanitario Regionale
- SST: Servizi Sociali Territoriali
- UCP-Dom: Unità Cure Palliative Domiciliari
- UCAM: Unità di Continuità Assistenziale Multidimensionale
- UEPE: Uffici di Esecuzione Penale Esterna
- UdO: Unità di Offerta
- UO: Unità Operativa
- UONPIA: Unità Operativa NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
- USSM: Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni
- UVA: Unità Valutazione Alzheimer
- WHP: Workplace Health Promotion

## 10 RIFERIMENTI NORMATIVI

- DGR XII/2089/2024 *“Approvazione delle linee di indirizzo per i piani di sviluppo del polo territoriale delle ASST (PPT) ai sensi dell’art. 7 c. 17 della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 - testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”*;
- DPCM del 12 gennaio 2017 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*;
- DM della Salute del 12 marzo 2019 *“Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria.”*;
- Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità Ex DM 17 luglio 2020 n. 77. Documento AGENAS 10.09.2020
- Legge 30 dicembre 2021, n. 234; *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024*;
- DM 29.04.2022 *“Approvazione linee guida organizzative contenenti il “Modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare;”*
- Decreto 23 maggio 2022, n. 77 - *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*;
- Decreto 21 settembre 2022 - *Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio*;
- D.G.R 1475/2023 PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) – MISSIONE 6, COMPONENTE 1, SUB-INVESTIMENTO 1.2.3.2. *“SERVIZI DI TELEMEDICINA” – MODELLO ORGANIZZATIVO DI DIFFUSIONE DEI SERVIZI DI TELEMEDICINA*;
- Legge 22 dicembre 2021, n. 227, *Delega al Governo in materia di disabilità*;
- D.Lgs. 15 marzo 2024, n. 29 - *Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33*;
- Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) italiano approvato con decisione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, come modificato con decisione del Consiglio ECOFIN dell'8 dicembre 2023 e in particolare la Missione 6;
- LR n. 25 del 6 dicembre 2022 *“Politiche di welfare sociale regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all’inclusione sociale di tutte le persone con disabilità”*;
- LR 30 dicembre 2009, n. 33 *“Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”*, così come modificata dalla legge regionale di riforma del 14 dicembre 2021, n. 22 *“Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”*;
- DGR XI/6760/2022 *“Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77 “regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale””*;
- DGR XI/7592/2022 *“Attuazione del DM 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” – Documento regionale di programmazione dell’assistenza territoriale (primo provvedimento)”*;
- DGR XI/7758/2022 *“Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l’anno 2023”*;
- DGR XII/1518/2023 *“Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2023 – 2027 - approvazione della proposta da trasmettere al consiglio regionale”*;
- DGR XII/1827/2024 *“Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del Sistema Sanitario Regionale per l’anno 2024”*;
- DGR XII/1518/2023: Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2023-2027 – Approvazione della proposta da trasmettere al Consiglio Regionale.