



Forum Sanità Futura 2024

POSITION PAPER

INDICE

PREMESSA.....	3
POSSIBILI CONVERGENZE STRATEGICHE E OPERATIVE TRA SISTEMA PUBBLICO E SANITÀ INTEGRATIVA	4
SFIDE E ORIZZONTI PER LA MIGLIORE ATTENZIONE POSSIBILE ALLE PERSONE IN SANITÀ.....	9
SVILUPPO DEI CET, DELLA RICERCA INDIPENDENTE E DEI RAPPORTI IMPRESE-AZIENDE SANITARIE	20
LA DIGITALIZZAZIONE TRA OSPEDALE E TERRITORIO	31
IL PROCESSO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE – TERRITORIO IN LOMBARDIA.....	37

PREMESSA

ECOLE – Enti Confindustriali Lombardi per l'Education promuove all'interno delle attività dell'area di formazione a carattere sanitario il progetto **Forum Sanità Futura 2024**, in collaborazione con la Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia.

Gli obiettivi posti per l'iniziativa del 2024, sono stati quelli di:

- Garantire un rafforzamento della rete interpersonale tra tutti i professionisti attivi all'interno del progetto;
- Coinvolgere i referenti della DG Welfare e delle Direzioni Apicali, individuando tematiche coerenti con le linee guida della programmazione regionale annuale, permettendo un aggiornamento di sistema.

Per raggiungere tali scopi si è deciso di individuare alcuni temi prioritari da cui partire, in continuità con quanto emerso l'anno precedente, realizzando una programmazione annuale di corsi di **Alta Formazione Executive** per professionisti sanitari di aziende pubbliche, private e del territorio.

In particolare i percorsi sviluppati sono stati i seguenti:

1. Possibili convergenze strategiche e operative tra sistema pubblico e sanità integrativa;
2. Sfide e orizzonti per la migliore attenzione possibile alle persone in sanità;
3. Gli sviluppi del procurement nella sanità lombarda;
4. Sviluppo dei CET, della ricerca indipendente e dei rapporti imprese – aziende sanitarie;
5. La digitalizzazione tra ospedale e territorio;
6. Il processo di integrazione ospedale – territorio in Lombardia.

I diversi progetti formativi hanno visto l'alternarsi di docenti universitari, rappresentanti della Dg Welfare/Aria e delegati apicali delle aziende sanitarie. Il coordinamento scientifico dei diversi corsi è stato garantito da:

- Dott. *Cristian Ferraris*, Direttore Organizzazione, sviluppo, marketing e life science, Assolombarda e Direttore Generale, AIOF Lombardia;
- Prof. *Lega Federico*, Professore Ordinario di Economia Politica e Management Sanitario, Università degli Studi di Milano;
- Ing. *Vigano' Gian Luca*, Referente Acquisti SSR, DG Welfare Regione Lombardia;
- Dott. *Scaccabarozzi Sergio*, Vicepresidente, Fondazione Ride2med e Direttore Scientifico, Arithmos;
- Dott. *Nicora Carlo*, Vicepresidente, FIASO;
- Prof.ssa *Sgarbossa Chiara*, Direttore, Osservatorio Sanità Digitale, Politecnico Milano;
- Dott. *Lucchina Carlo* e Dott. *Macchi Luigi*, Comitato Tecnico Scientifico, ECOLE.

A chiusura della programmazione si propongono di seguito i *position paper* redatti dai responsabili scientifici in cui vengono sintetizzati i principali aspetti e le prospettive di miglioramento future rispetto ai temi affrontati nei differenti percorsi. Si specifica che per quanto riguarda il corso "Il processo di integrazione ospedale-territorio in Lombardia", il presente documento è stato elaborato nel corso dei cinque incontri precedenti e discusso con i responsabili Dott. Lucchina Carlo e Dott. Macchi Luigi.

POSSIBILI CONVERGENZE STRATEGICHE E OPERATIVE TRA SISTEMA PUBBLICO E SANITÀ INTEGRATIVA

Ferraris Cristian, Direttore Organizzazione, Sviluppo, Marketing e Life Science, Assolombarda e Direttore Generale, AIOF Lombardia

Lega Federico, Professore Ordinario di Economia Politica e Management Sanitario, Università degli Studi di Milano

Nel dibattito scaturito nel percorso formativo sono emersi i seguenti punti, che vengono qui “consegnati” alla Direzione Welfare di Regione Lombardia per ispirare la propria agenda strategica con riferimento al tema della sanità integrativa quale componente strutturale del SSR, da valorizzare anche tramite un percorso di co-progettazione con gli erogatori pubblici e quelli privati accreditati a contratto e autorizzati che già hanno rapporti costanti con questa “linea di servizio”.

- 1. La sanità integrativa come “area di gestione caratteristica” delle aziende sanitarie pubbliche:** le trasformazioni della società non sono resistibili, ma possono essere indirizzate e guidate nell'interesse della collettività. In questa prospettiva Regione Lombardia potrebbe sviluppare un percorso di politica sanitaria regionale che legittimi la definizione di un mandato per gli ospedali pubblici di sviluppare un'area di attività collegata a servizi e prestazioni contrattualizzate con la sanità integrativa, in analogia con quanto oggi già in corso negli ospedali privati accreditati a contratto, laddove la produzione per committenza del sistema pubblico viene affiancata da una produzione “intermediata”. Tale area di attività si dovrebbe configurare come un'area di gestione caratteristica, ovvero come una linea di lavoro istituzionale da presidiare con adeguata attenzione e risorse, riconosciuta negli assetti organizzativi del POAS e negli schemi di bilancio aziendale. Le ragioni sono molteplici, ma principalmente quella di offrire alla sanità integrativa un sistema di offerta di qualità e senza pressioni strumentali di ordine economico, e al tempo stesso costruire in modo governato in sinergia con le priorità del SSR un “polmone finanziario” a sostegno delle attività LEA. Occorre quindi attivare un tavolo di lavoro regionale per sviluppare una sperimentazione su alcune ASST in *partnership* con fondi/assicurazioni selezionati.
- 2. Un sistema di *intelligence* condiviso per scopi comuni:** SSR e settore sanità integrativa condividono lo scopo ultimo di garantire la migliore risposta al bisogno di salute dei propri assistiti. Entrambi agiscono come terzi paganti e hanno l'interesse comune di evitare eventuali comportamenti opportunistici e distorsivi che possono generarsi nella relazione tra erogatore e fruitore delle prestazioni sanitarie. Entrambi condividono lo scopo ultimo di trasformare il sistema sanitario da reattivo a proattivo, garantendo prima di tutto il mantenimento della salute oltre che la cura del bisogno. La base per impostare una politica sanitaria di medicina di iniziativa e di garanzia di una presa in carico integrata e appropriata è l'analisi del dato. Senza dati trasformabili in informazioni che consentano di avere fotografie e “*film*” adeguati dei consumi non c'è possibilità di sviluppare processi decisionali in grado di affrontare i problemi nella loro interezza. Occorre quindi attivare un tavolo di lavoro per definire come ricomporre i flussi informativi sui consumi sanitari disponibili nel circuito SSR e in quello della sanità integrativa, allo scopo di avere un quadro più completo della domanda e lavorare in *partnership* sul miglioramento dell'appropriatezza e della presa in carico, sulle politiche di medicina di iniziativa e prevenzione e sul contenimento dei possibili fenomeni distorsivi di sovra e sotto-trattamento.

- 3. Cogliere l'opportunità della trasformazione culturale e di competenze favorita dall'apertura alla sanità integrativa:** per essere competitivi nel mercato occorre offrire prodotti di qualità e in grado di generare un'esperienza positiva nel "cliente". La cultura del "servizio" nella sanità pubblica è in forte trasformazione seguendo i principi dell'umanizzazione, ma ancora lontana, spesso, da garantire le attenzioni – a volte anche minime – per migliorare i processi di fruizione delle prestazioni rese. Aprire le aziende sanitarie pubbliche alla sanità integrativa implica consentire in esse, o meglio favorire, lo sviluppo di una funzione di *service design* nella tecnostruttura direzionale. In questa prospettiva, lo sviluppo di competenze specifiche nella tecnostruttura direzionale (a seconda delle circostanze nella gestione operativa, nella qualità, nella direzione sanitaria ecc...) per la modellizzazione del servizio – per arrivare agli standard qualitativi richiesti dalla sanità integrativa – diventa un'opportunità per favorire la disseminazione anche nell'area delle prestazioni LEA la cultura del servizio in tutta l'ASST.
- 4. One SSR per la prevenzione e la cronicità:** il SSR Lombardo ha messo al centro del suo focus di politica sanitaria la prevenzione e la medicina preventiva, predittiva e di precisione. Allo stesso tempo la sanità integrativa, perseguendo la logica del "valore" per il proprio assistito che vede nel mantenimento della sua salute la priorità, ha ampliato il proprio portafoglio di offerta costruendo negli ultimi anni un servizio sempre più orientato a misure e percorsi di prevenzione. I due sistemi si sovrappongono già in alcune aree, generando duplicazioni, ridondanze e spreco di risorse. È quindi improcrastinabile l'attivazione di un confronto sistematico per condividere le scelte operative sui percorsi/pacchetti di prevenzione e per sviluppare una strategia comune sulle politiche di medicina di iniziativa e gestione dei fattori di rischio tra SSR e sanità integrativa. Lo scopo comune del mantenere in salute la popolazione e ritardare la nascita di un bisogno sanitario dovrebbe guidare lo sforzo congiunto per definire un'offerta preventiva integrata tra LEA SSR e quella dei Fondi, Assicurazioni e Welfare Aziendale. Analogamente, al fine di rendere ancora più efficace il lavoro sinergico tra i due pilastri, si potrebbero ingaggiare i Fondi nell'implementare politiche di gestione della cronicità attraverso modelli di presa in carico analoghi a quelli sperimentati in Regione Lombardia, con l'opportunità, per i Fondi, di studiare le prestazioni (e, quindi, lavorare sull'appropriatezza erogativa per i profili di cronicità, singoli o co-morbidi) e ridurre ri-acutizzazioni dovute a una autonoma gestione dei percorsi da parte degli assistiti/pazienti. Il tutto con percorsi di *empowerment* che avrebbero come ulteriore *output* la fidelizzazione degli assistiti. Questo percorso potrebbe essere fatto in collaborazione con gli erogatori convenzionati/convenzionandi e con le cooperative di MMG, valorizzando anche modalità di presa in carico attraverso un tele-monitoraggio che, allo stato, ha ridotto di molto le barriere di ingresso. Sempre sulla scia di un comune lavoro di presa in carico e gestione di ambiti di grande interesse per il SSR, sarebbero da promuovere percorsi di lavoro comune tra Fondi ed erogatori pubblici e privati accreditati a contratto sui temi del disagio giovanile e delle patologie tipiche dell'età evolutiva.
- 5. Elaborare una strategia condivisa con i gatekeeper primari del sistema:** la medicina generale può essere (già è in diversi casi) anello di congiunzione tra sanità integrativa e cittadino. Se la MG si interpreta consapevolmente come punto di riferimento per i propri assistiti nell'orientarne le scelte di fruizione per rispondere al bisogno di salute o alle opportunità della prevenzione, allora la stessa MG può essere l'attore fondamentale nell'aiutare il cittadino a "navigare" nel sistema di offerta in modo appropriato e "consumare" in modo corretto dal punto di vista clinico. In questa prospettiva il SSR potrebbe attivare dei momenti/percorsi formativi e di confronto *ad hoc* per i medici delle cure primarie per aumentare la conoscenza e la consapevolezza di come oggi è

utilizzato il canale della sanità integrativa e per l'elaborazione di politiche e azioni condivise per il suo migliore e appropriato utilizzo integrativo vs. sostitutivo.

- 6. Supportare l'innovazione tecnologica in una logica VBH e patient driven:** nel corso del confronto con i soggetti che hanno partecipato ai lavori del gruppo sulla sanità integrativa è emerso come vi sia un interesse comune alla promozione dell'innovazione tecnologica ma con un approccio che preveda un reale beneficio per i pazienti. Sono quindi da promuovere percorsi di differenziazione tariffaria collegati agli investimenti in tecnologia laddove connessi a capacità organizzative in grado di trasferire i miglioramenti di trattamento direttamente sul paziente. Tale impostazione, che in futuro potrebbe trasferirsi alla ricerca traslazionale – connessa comunque ad alcuni miglioramenti terapeutici – ha il vantaggio di creare un circolo virtuoso che inserisce, nella negoziazione tra terzo pagatore ed erogatore, un elemento di trasparenza e di maggiore raccolta di informazioni su cui costruire fiducia reciproca. In questa prospettiva Regione Lombardia potrebbe studiare alcune esperienze già in atto presso i Fondi coinvolgendoli come *partner* in questo percorso evolutivo dei meccanismi di committenza e *procurement*. Allo stesso tempo Regione potrebbe aprire alla partecipazione alla sanità integrativa i gruppi di competenza già attivi a livello di DG Welfare (es. Commissione HTA), per condividere le strategie e modalità per misurare “il valore al letto del paziente”.
- 7. Allearsi per competere a livello internazionale:** il SSR e i singoli erogatori hanno in molti casi qualità e tecnologia clinica di primo livello mondiale, ma non hanno sufficienti competenze e capacità gestionali per aprirsi alle possibilità di una promozione internazionale del sistema di cura e della salute. In questa prospettiva la sanità integrativa potrebbe diventare un *partner* di sistema nel costruire il sistema di offerta con cui “sedersi al tavolo” del turismo di settore e l'internazionalizzazione degli ecosistemi di salute. I *player* della sanità integrativa con possibilità/capacità di lavorare a livello internazionale potrebbero essere i “mediatori” del SSR attraverso cui costruire i percorsi contrattuali e operativi per portare i pazienti esteri nel Sistema Sanitario Regionale. Costruire una *patient experience customer based* e implementare organizzazioni orientate alla *customer satisfaction* e al cliente sono una “palestra” fondamentale per aprirsi a esperienze internazionali, dove il terzo pagatore è, di norma, un soggetto assicurativo. Anche in questo caso si suggerisce di attivare un tavolo o gruppo di lavoro tra SSR, erogatori e sanità integrativa per verificare possibili sinergie ed economie di scopo nel lavorare congiuntamente sulle opportunità date dal turismo internazionale, spesso guidato e mediato da soggetti che, per loro natura (e nei loro Sistemi Sanitari) intermediano prestazioni e sono sempre alla ricerca del miglior equilibrio qualità/costo. Tale impostazione potrebbe evolvere in un progetto regionale di promozione internazionale del Sistema Sanitario Regionale come sistema, evidenziando le specifiche eccellenze e diventando un punto di riferimento per prestazioni di alta complessità e *technology driven*, mutuando esperienze “paese” già consolidate.

Elenco partecipanti che hanno frequentato il corso in oggetto:

COGNOME	NOME	AZIENDA	RUOLO
BATTISTA	CINZIA	ASST PAPA GIOVANNI XXIII	COLL. AMM.VO PROF.LE SC GESTIONE ACQUISTI
BELUZZI	ANTONIO	FONDAZIONE POLIAMBULANZA	RESPONSABILE PRIVATI, FONDI E ASSICURAZIONI
BUFANO	PIETRO	CASA DI CURA LA MADONNINA	DIRETTORE OPERATIVO
CANGIANO	ALESSANDRO	H SAN RAFFAELE RESNATI	DIRETTORE AMMINISTRATIVO
CENTOLA	VINCENZO	ASST NORD MILANO	DIRETTORE AMMINISTRATIVO
COLCIAGO	ROMINA	AON	HEAD OF STRATEGY HEALTH&BENEFITS
CREPALDI	ROBERTO	FONDAZIONE IRCCS CA'GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO	CONVENZIONE E INCARICHI EXTRA ISTITUZIONALI
CUTTI	SARA	FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO	RESPONSABILE SS GESTIONE OPERATIVA
D'ALOIA	PASQUALINO	OPI MILANO LODI MONZA BRIANZA	PRESIDENTE
DE DONNO	MARIA VITTORIA	POLICLINICO SAN PIETRO	DIRETTORE OPERATIVO
GALLONI	MATTEO	SI SALUTE-UNI SALUTE SERVIZI	RESPONSABILE AREA COMMERCIALE
LURASCHI	LUCA	AUXOLOGICO IRCCS	RESPONSABILE COMMERCIALE - SERVIZIO CONVENZIONI
MANDELLI	MASSIMO	MEDICO DI MEDICINA GENERALE	
MAZZOLI	ROBERTA	FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI	DIRETTORE S.C. CONVENZIONI, LIBERA PROFESSIONE E MARKETING
MELLA	PAOLA	FONDAZIONE CNAO	RESP. AMMINISTRAZIONE CLINICA
MESSINA	LUIGI	FONDAZIONE IRCCS CA'GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO	RESPONSABILE SC GESTIONE OPERATIVA E LIBERA PROFESSIONE
POZZI	GIULIA	IRCCS OSPEDALE GALEAZZI SANT'AMBROGIO	APPLICATION MANAGER
RAIMONDO	ANTONIO	IRCCS MULTIMEDICA	OPERATIONS MANAGER AREA AMBULATORIALE

RIVOLTA	GIUSEPPE ENRICO	MEDICO DI MEDICINA GENERALE	
SABA	ROBERTA	IRCCS FONDAZIONE ISTITUTO NEUROLOGICO NAZIONALE C. MONDINO	MARKETING MANAGER
SANTANA	ADRIANA	IRCCS MULTIMEDICA	REFERENTE AMMINISTRATIVA AREA FONDI SANITARI E CONVENZIONI
SCORZA	ALESSANDRA	ASST SANTI PAOLO E CARLO	COLL. TECNICO PROFESSIONALE SC GESTIONE OPERATIVA
SURRICCHIO	SILVIA	FASI	RESPONSABILE PMO
TAFURI	CHIARA	CDI CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO	ACCOUNT MANAGER SSN & FONDI
VAGHI	PAOLA	ISTITUTI CLINICI ZUCCHI	RESPONSABILE STRATEGICO OUTPATIENT

SFIDE E ORIZZONTI PER LA MIGLIORE ATTENZIONE POSSIBILE ALLE PERSONE IN SANITÀ

Lega Federico, Professore Ordinario di Economia Politica e Management Sanitario, Università degli Studi di Milano

Nel dibattito scaturito nel percorso formativo sono emersi i seguenti punti, che vengono qui "consegnati" alla Direzione Welfare di Regione Lombardia sotto forma di "decalogo" per ispirare la propria agenda strategica con riferimento al tema delle politiche per favorire la migliore attrazione e gestione delle persone nel SSR.

- 1. Occorre attivare una piattaforma comune tra le aziende sanitarie per contrattazione sindacale su materie comuni:** tale piattaforma dovrebbe essere costruita e coordinata da Regione, avere una segreteria stabile e strutturata, un'agenda di lavoro sistematica e sistemica, per poi evolvere in una vera e propria tecnostruttura in grado di svolgere direttamente il lavoro sulla *routine* amministrativa e sulle questioni che interessano tutto il SSR. Non solo per uniformare e standardizzare le pratiche dove opportuno, ma anche e soprattutto per liberare tempo prezioso nelle aziende per fare politiche del personale più attente ai temi emergenti dell'attrazione, della *retention*, della valorizzazione del talento, ecc...
- 2. Proseguire il percorso di attivazione di sistemi di welfare aziendale:** l'obiettivo minimo dovrebbe essere avere attivo in tempi brevi un sistema *welfare* di base comune a tutte le aziende e poi lasciare alle singole realtà il compito dell'integrazione/caratterizzazione legata alle specifiche situazioni di contesto della singola IRCCS/ASST/ATS.
- 3. Sviluppare una politica e strategia strutturale per generare interesse verso il SSR e le aziende sanitarie,** a partire dalle scuole superiori e dentro le università: sviluppare una strategia per generare interesse verso il Servizio Sanitario Regionale (SSR) e le aziende sanitarie significa creare un ponte tra il mondo dell'istruzione e quello della sanità, promuovendo le opportunità offerte dal settore. Questo può includere programmi di orientamento nelle scuole superiori (incontri di orientamento trasversale alle diverse università che presentino le professioni sanitarie, includendo testimonianze di operatori sanitari e studenti di facoltà sanitarie), corsi e laboratori tematici: organizzare *workshop* pratici nelle scuole (es. primo soccorso, educazione alla salute) per coinvolgere gli studenti in attività legate alla sanità; tirocini universitari, giornate a porte aperte (permettere l'accesso alle strutture sanitarie sia per l'attività clinica, sia per quella gestionale) e campagne di comunicazione che mostrino il valore sociale e le innovazioni del SSR. Sarebbe inoltre opportuno offrire borse di studio mirate per corsi di laurea in ambito sanitario o per specializzazioni particolarmente richieste dal SSR. L'obiettivo è attrarre giovani talenti, sensibilizzandoli sull'importanza delle professioni sanitarie e della gestione delle aziende sanitarie, incentivandoli a intraprendere percorsi formativi e professionali in ambito sanitario, contribuendo così al futuro del sistema.
- 4. Attivare specifici percorsi a livello regionale per la valorizzazione del "talento"** già attivo nelle aziende sanitarie (percorsi formativi *ad hoc*, accademia dedicata, riconoscimenti ecc...) e per cogliere precocemente i "talenti" in luce che manifestano o hanno il potenziale per diventare "classe dirigente" del sistema aziendale del SSR. Ad esempio con percorsi come quello offerto nel sistema sanitario pubblico inglese dalla NHS leadership Accademy [Leadership Academy – Better Leaders, Better Care, Brighter Future](#).

5. **Attivare tavoli interaziendali** per aree geografiche (a livello di ATS o inter-ATS per quadranti/aree "metropolitane") o di livello regionale **per ricercare sinergie, coordinare e allineare le politiche** di reclutamento, di carriera e di sistemi incentivanti. La "direzione" del personale potrebbe diventare una funzione strutturata tra livello regionale e livello locale con momenti di "*routine*" definiti per trattare temi di interesse collettivo e per favorire l'armonizzazione delle pratiche e la personalizzazione ove necessaria. Alcune funzioni base (amministrative) potrebbero essere allocate a strutture interaziendali.
6. **Favorire un uso differenziato delle RAR**, almeno in quota parte, per diminuire la percezione che sia una sorta di integrazione stipendiale fissa, quanto piuttosto un riconoscimento di contributi straordinari, oltre che la ricompensa per attività ritenute strategiche dal SSR. Un'ipotesi concreta di lavoro potrebbe essere quella di dedicare parte delle RAR come risorse per avviare e sostenere l'introduzione di piani *welfare* nelle aziende sanitarie pubbliche, anche per aumentarne il potere di acquisto a parità di valore per l'effetto defiscalizzante.
7. **Considerare il settore delle Agenzie per il lavoro come partner strutturale del SSR e costruire un quadro regolamentativo e di politiche comune** per le aziende che devono e vogliono ricorrere a tale canale. Inoltre, il confronto sistematico e strutturato con le Agenzie per il lavoro è un'opportunità per riflettere e affrontare nel modo più efficace possibile alcune tra le sfide più complicate quali:
 - Migliorare l'attrattiva del settore dei servizi alla persona, in particolare per le professioni di OSS e infermieri, ad esempio attenzionando la comunicazione con i giovani, adottando un linguaggio che sia loro familiare;
 - Lavorare sui processi di reclutamento di personale all'estero, in particolare per le posizioni di infermieri e OSS, con attenzione alle problematiche relative all'accoglienza, come l'alloggio e l'integrazione, includendo lingua e usanze sociali, progettando specifici percorsi di affiancamento continui o comunque di durata significativa;
 - Favorire l'uso corretto degli strumenti di somministrazione e dell'appalto per la gestione delle risorse o dei servizi esternalizzati, tenuto conto anche delle difficoltà che potrebbero nascere in seguito alle recenti normative che prevedono in particolare la reintroduzione della penalità in caso di mancata corrispondenza con i parametri del PNRR per determinare la liceità e genuinità dello stesso appalto.

Questa eventuale ma auspicabile attività regolamentativa di Regione Lombardia dovrebbe svilupparsi in coordinamento con le politiche di *procurement*, coinvolgendo gli attori di sistema e quelli aziendali in un percorso tecnico condiviso.

8. **Investire in modo specifico su sistemi di misurazione e percorsi formativi ad hoc per i direttori di struttura complessa/dipartimento, sulla dirigenza e quadri delle professioni sanitarie per il consolidamento della funzione diffusa di "direzione del personale" e di una collegata "cultura del dato"**: nei contesti professionali i "capi" sono direttori del personale chiamati a gestire con competenza e sensibilità l'équipe/squadra tenendo conto delle dinamiche specifiche determinate dal professionalismo e dalla natura/regole del pubblico impiego. I ruoli di *line* non si limitano a supervisionare i processi clinici, ma svolgono una funzione cruciale nel coordinamento delle risorse umane, nella promozione del benessere organizzativo e nello sviluppo delle competenze del personale. Potenziando le loro capacità di *leadership* e *management*, si migliora l'efficacia della direzione diffusa, contribuendo a creare ambienti di lavoro più coesi, motivati e orientati agli obiettivi

strategici della sanità regionale. Questo investimento è fondamentale per affrontare le sfide del cambiamento e dell'innovazione in ambito sanitario. Così come diventa altrettanto fondamentale attivare dentro ogni azienda un costante monitoraggio di alcuni indicatori "chiave" sulle dinamiche strutturali e comportamentali del personale che permettano ai "capi diffusi" e alla funzione centrale di prendere decisioni *data driven* anche e soprattutto, in un orizzonte di prevenzione primaria o secondaria dei rischi psicosociali. In questa prospettiva Regione potrebbe supportare lo sviluppo di un sistema per creare un "cruscotto" base comune a tutte le aziende che sia poi ulteriormente *customizzabile* per ciascuna realtà sanitaria del SSR.

9. **Attivare un tavolo di lavoro regionale specifico sulle professioni sanitarie e sulle opportunità di *task shifting* e *skill mix*:** lo sviluppo delle professioni sanitarie, attraverso i processi formativi di livello universitario e la crescente responsabilizzazione professionale e gestionale nelle aziende richiede una riflessione più attenta, e molto urgente, su quale sia la possibile "intestazione di prestazioni sanitarie" loro attribuibile, ovvero sia quali attività ulteriori potrebbero diventare - per necessità e opportunità - progressivamente di loro competenza esclusiva.
10. **Costruire una metrica del "*diversity*" per dare garanzie ai giovani/dipendenti che le aziende sanitarie sono contesti inclusivi ed equi, sapendo che tali condizioni migliorano la motivazione e in ultima istanza le *performance organizzative*.** Questa metrica permetterà di identificare buone pratiche (ad esempio l'accesso al lavoro agile/impiego in attività di telemedicina per lavoratori fragili o in temporanea difficoltà) e criticità legate alla diversità come la rappresentanza di genere, l'accessibilità per persone con disabilità, e la valorizzazione delle differenze culturali e generazionali. Non va dimenticata l'attenzione anche alla diversità legata a eventi e fasi normative (nascita dei figli, invecchiamento) o non normative (malattia, disabilità di un membro della famiglia, lutti) del ciclo di vita degli individui e delle famiglie. Garantire un contesto lavorativo inclusivo non solo promuove il benessere dei giovani e dei dipendenti, ma rafforza l'attrattiva delle aziende sanitarie come ambienti in cui ciascuno può esprimere il proprio potenziale. La metrica sarà uno strumento fondamentale per la trasparenza e il miglioramento continuo. Infine, da considerare la crescente letteratura (cfr. *Diversity Matters*, su [mckinsey.com](https://www.mckinsey.com)) che dimostra come le aziende maggiormente attente a valorizzare la *diversity* e l'inclusività ottengono anche migliori *performance*, con una *range* di probabilità collocabile tra il 15% ed il 35% che ciò si verifichi.

Elenco partecipanti che hanno frequentato il corso in oggetto:

COGNOME	NOME	AZIENDA	RUOLO
ALBERTI	PATRIZIA	ASST NIGUARDA	DIRETTORE RU
BALSAMO	GABRIELLA	VIDAS	TRAINING AND DEVELOPMENT SPECIALIST
BENINI	FRANCESCO	ICS MAUGERI	HEAD OF HR OPERATIONS
BRAGHERI	STEFANO	AON	DEPUTY CHIEF DEVELOPMENT DIRECTOR ENTI PUBBLICI E SANITÀ PRIVATA
BULGARI	MARIA TERESA	ASST CREMONA	DIRETTORE SC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE
CANZI	LAURA	AREU	DIRETTORE SC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE
CARINI	PAOLA	ATS DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO	DIRETTORE DELLE RISORSE UMANE
CASAZZO	TEODORO	FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO	DIRETTORE SC GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE
CASELLE	DILETTA	IRCCS MULTIMEDICA	DIRETTORE RISORSE UMANE
CATTANEO	ROBERTA	CLINICA POLISPESPECIALISTICA SAN CARLO	RESPONSABILE RU
CHIARAMONTE	DONIKA	FONDAZIONE CNAO	RESPONSABILE RISORSE UMANE E AFFARI LEGALI
COLCIAGO	ROMINA	AON	HEAD OF STRATEGY HEALTH&BENEFITS
DE FILIPPO	MARIALAURA	ASST SETTE LAGHI	DIRETTORE S.C. GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE
DE LUCIA	ANGELA	ASST OVEST MILANESE	COLLABORATORE AMM.VO SC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE
DELL'ACQUA	FRANCO	ASST RHODENSE	RESPONSABILE S.C. RISORSE UMANE
INDELICATO	ELISA	ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA	RESPONSABILE FORMAZIONE E HR//BP
MACCAGNI	LAURA	ATS BRIANZA	DIRETTORE SC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE
MANZONI	EMANUELE	COF LANZO HOSPITAL SPA	RESPONSABILE RISORSE UMANE

MATTIOLI	CARLOTTA	CASA DI CURA VILLA ESPERIA	RESPONSABILE RISORSE UMANE E AFFARI LEGALI
MERIGGI	FEDERICA	IRCCS FONDAZIONE ISTITUTO NEUROLOGICO NAZIONALE C. MONDINO	DIRETTORE U.O. RISORSE UMANE E LEGALE
MERLA	GIORGIA	POLICLINICO SAN PIETRO	COORDINATORE RISORSE UMANE
MOLINARI	VALERIA	VIDAS	RESPONSABILE GESTIONE DEL PERSONALE E SVILUPPO ORGANIZZATIVO
PITTELLA	FRANCESCO	IRCCS POLICLINICO SAN DONATO	DIRETTORE DELLE PROFESSIONI SANITARIE
ROSSO	MATILDE	ASST SANTI PAOLO E CARLO	DIRETTORE SC GESTIONE OPERATIVA
SARTORI	INGRID CATERINA	FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI	RESPONSABILE RISORSE UMANE
VISIOLI	FEDERICA	CDI CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO	HEAD OF PEOPLE & CULTURE
VITALE	BRUNO	UMANA SPA	RESPONSABILE AREA SPECIALISTICA
VIVERIT	LELIO	ASST NORD MILANO	DIRETTORE SC RISORSE UMANE
VOTO	VINCENZO	POLICLINICO SAN MARCO	UFFICIO PERSONALE
ZANINI	ALESSANDRA	ASST PAPA GIOVANNI XXIII	DIRETTORE F.F. SC GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE

GLI SVILUPPI DEL PROCUREMENT NELLA SANITÀ LOMBARDA

Vigano' Gian Luca, Referente Acquisti SSR, DG Welfare Regione Lombardia

Pantera Marco, Direttore Centrale Acquisti, ARIA Lombardia

Colombo Paola, Referente HTA, DG Welfare Regione Lombardia

Il tavolo di lavoro relativo agli sviluppi del *procurement* ha visto coinvolti, nel corso delle giornate formative, diversi professionisti della sanità al fine di consentire un confronto in merito ai diversi focus che sono stati proposti. L'aula, costituita principalmente da Provveditori, Ingegneri Clinici e Farmacisti Ospedalieri ha dialogato su diversi temi, facendo emergere alcuni spunti di miglioramento che si possono riassumere nei seguenti punti principali:

1. **Assetto del sistema Regionale di procurement:** potenziare il percorso già intrapreso di collaborazione tra Soggetto Aggregatore, mercato e Consorzi-Enti sanitari. Alcuni spunti che sono stati analizzati e che andrebbero sviluppati sono i seguenti:
 - Necessità di valutazioni oggettive con strumenti quale HTA in stretta connessione con il *procurement*. Il rilancio dell'HTA a livello nazionale da parte di Agenas può essere una prima apertura per sviluppare un rapporto tra due settori, HTA e *procurement*, che non si sono ancora sufficientemente integrati;
 - Necessità di creazione di tavoli permanenti in DGW di presidio delle merceologie che preveda anche la strutturale collaborazione con il mercato al fine di valutare l'innovazione tecnologica sia dal lato della domanda che dell'offerta, l'andamento delle convenzioni in essere quindi il monitoraggio dell'andamento delle azioni di *procurement* attuate al fine di cogliere le azioni evolutive di miglioramento;
 - Focalizzare ARIA e gli Enti SSR circa l'importanza strategica dell'attività di definizione dei fabbisogni nel ciclo d'acquisto. In tal senso, è auspicabile una partecipazione attiva e tempestiva degli Enti sanitari nella determinazione della stima dei fabbisogni sulla base delle informazioni rese loro disponibili dal Soggetto Aggregatore (es. consumi pregressi, stime effettuate con la collaborazione degli operatori economici) e gli obiettivi operativi degli Enti stessi. Un'ulteriore sviluppo è correlarli con *trend* epidemiologici. Allo stesso modo il soggetto Aggregatore deve incrementare la propria capacità di risposta tempestiva alle esigenze del SSR.
 - Potenziare il sistema a rete e la collaborazione tra ARIA, Consorzi e singoli Enti con la finalità di aumentare le azioni di approvvigionamento svolte in modo aggregato/centralizzato capitalizzando le sinergie tra le competenze tecniche dei professionisti sanitari e quelle giuridico/amministrative delle strutture di *procurement* anche con la finalità di portare a sistema le migliori pratiche e omogeneizzare su scala regionale le azioni di *procurement*. Il sistema di collaborazione deve essere rielaborato e semplificato per trovare attuazione a più larga scala;
 - Aumentare la competenza e l'azione delle singole stazioni appaltanti nel controllo dell'esecuzione dei contratti, dove è necessario un investimento in formazione e sviluppo delle competenze delle figure di RUP-*project manager*

e DEC- gruppo di controllo attraverso un'azione coordinata a livello regionale.

2. Strumenti di procurement innovativo: è necessario sviluppare la cultura del progetto di gara, andando ad approfondire tutti gli strumenti oggi disponibili nel codice dei contratti per assicurare efficienza al sistema prima nell'ordinaria amministrazione (contratti flessibili e con ampia possibilità di scelta e aggiornamento) e poi nella gestione dei grandi progetti, dal territorio ai nuovi ospedali:

- *Value based healthcare*, che insieme all'HTA ha l'obiettivo di valutare gli esiti e i risultati che si vogliono raggiungere per il paziente e per il sistema;
- Partenariati pubblico privato (PPP) e per l'innovazione (PPI), strumenti contrattuali di *partnership* con il privato che si possono applicare in vari settori, dalla telemedicina alle nuove costruzioni;
- Dialogo competitivo, procedura competitiva con negoziazione, SDA come strumenti di semplificazione della gestione dell'appalto e del rapporto con il mercato.

3. Assetti tecnologici e organizzativi rivolti verso il futuro: la sanità è un ambito in continuo mutamento e con la necessità di governare quotidianamente l'innovazione e il progresso tecnologico, con un occhio sempre rivolto alla sostenibilità a 360 gradi. Questo ci porta a dover considerare gli strumenti più opportuni per governare questo continuo cambiamento, che nel *procurement* significa avere a disposizione strumenti contrattuali che possono evolvere con facilità verso modelli nuovi:

- Logistica del farmaco e logistica dei servizi ospedalieri: automazione e digitalizzazione con lo scopo di avere maggiore precisione, qualità e tracciabilità;
- *Green procurement*, al fine di garantire sostenibilità anche ambientale ed energetica in un settore che ha un grande impatto da questo punto di vista;
- Nuovi ospedali, strutture di prossimità sul territorio ed evoluzione degli esistenti;
- Applicazioni di *IA* e *big data* nel *procurement*, per avere strumenti più efficaci a supporto della stima dei fabbisogni e dell'analisi delle specifiche tecniche e dei capitolati di gara;
- Governo delle nuove tecnologie e della sostenibilità della spesa sanitaria: telemedicina, intelligenza artificiale, metaverso, robotica, IoT, realtà aumentata, ricostruzioni 3D, ecc...

Ipotesi di lavoro per il prossimo anno con focus su temi formativi

- Confronto con il mercato, partendo da temi formativi sull'evoluzione tecnologica e proponendo tavoli di confronto più ristretti;
- Sviluppo competenze per RUP (strumenti da project manager) e DEC (strumenti di controllo dell'esecuzione del contratto);
- Approfondimento sul *procurement* innovativo, anche con eventi che coinvolgano altre Regioni;
- Eventi specifici, con l'aiuto del mercato e delle associazioni scientifiche, mirati ad approfondire realizzazioni di tecnologie specifiche (ad esempio

studi su logistica del Farmaco o applicazioni di sostenibilità green a supporto dei tavoli in corso a livello di ATS).

HTA (Health Technology Assessment)

Attualmente la DG Welfare sta implementando la riorganizzazione dell'attività dell'HTA regionale, estendendo ancor di più la partecipazione ai lavori a tutti gli *stakeholder*. Obiettivo generale del programma regionale lombardo di valutazione delle tecnologie sanitarie è facilitare la diffusione e la continua implementazione nella pratica clinica, delle tecnologie più efficaci, sicure ed efficienti in sostituzione o in alternativa a tecnologie meno efficaci, sicure ed efficienti, secondo modalità condivise, trasparenti, monitorabili e verificabili. Il processo di valutazione si applica alle tecnologie innovative, emergenti o a quelle in via di sviluppo che potrebbero avere un impatto sul SSR, ma anche alle tecnologie che modificano o ampliano la loro destinazione d'uso.

In particolare, al fine di identificare le tecnologie sulle quali effettuare attività di prioritizzazione e conseguente valutazione, la UO Polo Ospedaliero, di concerto con la UO Programmazione della DG Welfare, **per tramite del Centro Regionale HTA, prenderà in esame le richieste che perverranno dai principali stakeholder, tra i quali le Reti di Patologia, ATS, ASST, IRCCS pubblici o Privati Accreditati, di concerto o meno ai Produttori di tecnologia, secondo modalità strutturate e formali in tempi monitorati e con risultati sottoposti a consultazione pubblica.** Le richieste potranno pervenire anche dalla Direzione Generale Welfare. Sulla base degli argomenti giudicati prioritari, attraverso un'analisi dalle informazioni recepite mediante le segnalazioni e integrate con verifiche informative da parte del Centro Regionale di HTA, istituito presso la UO polo Ospedaliero, **le ASST/IRCCS afferenti alla Rete Assessment e i referenti delle Reti di patologia, con l'istituzione formale di tavoli tecnici, potranno essere coinvolti nella realizzazione di rapporti tecnici di HTA.**

Al fine di individuare raccomandazioni per l'uso delle tecnologie oggetto di valutazione, **con decreto 10668 del 12 luglio 2024, è stata istituita una Commissione HTA multidisciplinare con il compito di produrre un giudizio di appropriatezza d'uso (*appraisal*) tramite un processo deliberativo informato da evidenze. Le Reti di patologia potranno essere coinvolte nel processo di valutazione e *appraisal*.**

Considerando la continua evoluzione tecnologica, la commissione HTA potrà assumere un ruolo proattivo, valutando autonomamente le nuove tecnologie al fine di proporre soluzioni innovative per il futuro. Tuttavia, la complessità e la vastità delle tematiche attuali e future potranno richiedere il coinvolgimento di esperti esterni. Sarà compito infatti della commissione attivare collaborazioni con professionisti ed esperti del settore, tramite l'istituzione di tavoli di lavoro, al fine di garantire una valutazione integrata e multidisciplinare delle nuove soluzioni tecnologiche.

L'attività del Centro Regionale HTA si integrerà con altre unità operative della DG Welfare, in funzione della tecnologia da valutare. Inoltre, il Centro potrà fornire supporto operativo alla Commissione Apparecchiature Sanitarie ad Alta Tecnologia (ASAT).

L'*output* del processo fornirà informazioni strategiche destinate a diversi attori del sistema sanitario, con particolare riferimento alla DG Welfare e alle sue strutture interne, nonché alle organizzazioni collegate per le attività di *procurement*. Su richiesta della DG Welfare, il monitoraggio dei processi potrà essere supportato dall'Agenzia di Controllo dei Sistemi Socio-Sanitari Lombardi.

La DG Welfare, attraverso il Centro collaborativo di HTA, parteciperà ai Centri collaborativi di Agenas, come indicato nella conclusione della procedura di selezione per l'istituzione dell'Albo dei Centri Collaborativi regionali e dei Soggetti pubblici e privati disponibili a

collaborare al PNHTA DM 2023-2025 (consultabile al link: <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/hta-health-technology-assessment/albo-dei-centri-collaborativi-hta>). Tale collaborazione sarà regolata dall'**Accordo di Collaborazione** ai sensi dell'ex art. 15 della legge n. 241/1990. Questo coinvolgimento riguarderà sia la produzione di *report* a livello nazionale sia l'implementazione di programmi di formazione di base sulla metodologia HTA, in collaborazione con Agenas.

Elenco partecipanti che hanno frequentato il corso in oggetto:

COGNOME	NOME	AZIENDA	RUOLO
APICELLA	SONIA	IRCCS MULTIMEDICA	DIRETTORE ACQUISTI
BASEGGIO	BARBARA	WL GORE & ASSOCIATI	STRATEGIC ACCOUNT MANAGER
CAROTA	KATIUSCIA	FONDAZIONE IRCCS CA'GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO	INGEGNERE CLINICO
CASSOLI	PAOLO	IRCCS CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO	DIRETTORE INGEGNERIA CLINICA
CIAMPA	ANDREA	BECTON DICKINSON ITALIA	FIELD STAKEHOLDERS MANAGER
CRAVERO	SILVIO	ASST FATEBENEFRAPELLI SACCO – MILANO	DIRIGENTE INGEGNERE - RESPONSABILE SS GESTIONE DELLA MANUTENZIONE DELLE APPARECCHIATURE BIOMEDICHE
CREMASCHI	STEFANO	FONDAZIONE ISTITUTO NEUROLOGICO NAZIONALE CASIMIRO MONDINO	STAFF UFFICIO ACQUISTI
DE FILIPPO	WALTER	ASST SETTE LAGHI	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE ESPERTO - UFFICIO GARE
DEL PRETE	CLELIA	COORDINAMENTO ECONOMATO E LOGISTICA	FUNZIONARIO CON RUOLO DI COORDINAMENTO
FUMAGALLI	SARA	ASST PAPA GIOVANNI XXIII	COLL. AMM.VO PROF.LE SC GESTIONE ACQUISTI
GERBAUDO	PAOLA	PHILIPS	STRATEGIC ACCOUNT MANAGER
GIANNICO	GIOVANNI	ICS MAUGERI	DRUGS & MEDICAL DEVICES CATEGORY; PROCUREMENT AND SUPPLY CHAIN DIRECTION
GIARDINA	STEFANO	EDWARDS LIFESCIENCES	DIRECTOR MARKET ACCESS & GOVERNMENT AFFAIRS
JULIARD	MARC	CASA DI CURA LA MADONNINA E H SAN RAFFAELE RESNATI	RESPONSABILE UFFICIO ACQUISTI
LAVINIO	GIULIA	ASST SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	DIRIGENTE AMMVO FILIERA DEL FARMACO - S.C. LOGISTICA E SERVIZI ESTERNALIZZATI

MANSUETO	ANTONELLA	ASST NIGUARDA	REFERENTE - GESTIONE LIQUIDAZIONE FATTURE S. C. FARMACIA
PAPARELLA	ANNALISA	CDI CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO	PROCUREMENT EXPERT
PICCININI	OLIVIA	FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO	DIRETTORE SC GESTIONE ACQUISTI (PROVVEDITORATO-ECONOMATO)
POLITO	MARIA	ASST LARIANA	DIRETTORE SC GESTIONE ACQUISTI
RE	BARBARA	FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI	RESPONSABILE S.S. FARMACOECONOMIA E ACQUISTI
RUSCICA	GIORGIO RICCARDO	FONDAZIONE IRCCS CA'GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO	DIRETTORE SC APPROVVIGIONAMENTI ED ECONOMATO
SCARSO	ANTONIO	ASST G. PINI - CTO	INGEGNERE CLINICO
SOLLAI	PAOLA	ASST SETTE LAGHI	INGEGNERE CLINICO
URBANI	LUCA	ASST BERGAMO EST	DEC
VALLONE	ILARIA	FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI	DIRETTORE S.C. INGEGNERIA CLINICA
ZAGO	ALESSIA	IRCCS MULTIMEDICA	BUYING & PROCUREMENT MANAGER
ZANARDI	ALESSANDRA	ASST PAPA GIOVANNI XXIII	COLL. TECNICO PROF.LE SC INGEGNERIA CLINICA
ZANETTI	GIULIA	H SAN RAFFAELE RESNATI	SUPPLY CHAIN SPECIALIST

SVILUPPO DEI CET, DELLA RICERCA INDIPENDENTE E DEI RAPPORTI IMPRESE-AZIENDE SANITARIE

Nicora Carlo, Vicepresidente, FIASO

Scaccabarozzi Sergio, Vicepresidente, Fondazione Ride2med e Direttore Scientifico, Arithmos

Tedeschi Michele, Coordinatore Segreterie Comitati Etici, Regione Lombardia

La ricerca clinica rappresenta una importante risorsa per il paese e per la regione Lombardia in particolare, in relazione alla sua forza propulsiva e concentrato di competenze. Ben 19 IRCCS (4 pubblici e 15 privati) sono presenti in Lombardia su un totale di 54 a livello nazionale. La Lombardia può inoltre contare su una presenza nel territorio di università prestigiose e di un numero di grandi ospedali (non IRCCS), con grandi competenze e grande coinvolgimento in ricerca clinica. In Lombardia viene condotta oltre il 50% della ricerca clinica italiana sponsorizzata da aziende farmaceutiche.

La ricerca clinica si trova spesso a giocare su un terreno internazionale dove l'efficienza e la competitività hanno un peso importante: per questo si è organizzato un confronto su due mezza giornate dove capire come il ruolo delle imprese possa aiutare lo sviluppo di sistema. Questa iniziativa fa seguito a una giornata dedicata ai comitati etici lombardi e a tre giornate di formazione sulla ricerca indipendente. I partecipanti a questa ultima serie di incontri dedicati alla ricerca clinica sono stati i responsabili di *clinical operations* delle principali aziende farmaceutiche con sede in Lombardia, direttori scientifici di IRCCS, direttori generali delle strutture ospedaliere, presidenti di comitati etici, referenti di *clinical trial center*. Sono state discusse le peculiarità della ricerca clinica in Lombardia e a livello nazionale, i nuovi approcci metodologici (studi decentralizzati), destinati a influenzare in modo decisivo le modalità di gestione degli studi, al pari della possibilità di definire nuovi rapporti di collaborazione tra aziende sanitarie e imprese sponsor. Sono state discusse anche le possibili misure correttive per le criticità individuate, al fine di rendere la ricerca più attrattiva nella regione e affinché la regione rappresenti un modello di *best practice* potenzialmente estendibile a tutto il territorio nazionale.

I temi affrontati sono i seguenti:

- Decentralizzazione degli studi e monitoraggio da remoto;
- Esternalizzazione dei servizi a supporto delle aziende sanitarie;
- Come uniformare procedure e documenti amministrativi;
- Come garantire gli impegni di arruolamento e valorizzare l'attrattività lombarda.

Quanto emerso dal vasto programma di lavoro condotto, si può riassumere in tre grandi macro aree:

1. Formazione;
2. Semplificazione;
3. Organizzazione.

Aspetti inerenti queste tre macro aree si applicano a vario titolo agli attori coinvolti nella ricerca clinica in Lombardia, e alle diverse tipologie di studi clinici condotti: sponsorizzati da aziende farmaceutiche, indipendenti, studi osservazionali nelle varie accezioni.

1. Formazione: la formazione per chi conduce ricerca clinica è cruciale, in relazione alla crescita esponenziale delle conoscenze scientifiche, ma anche in relazione all'evoluzione del contesto regolatorio e metodologico. Il regolamento europeo 536/2014 introduce un nuovo modo di gestione degli aspetti regolatori e nuove modalità di collaborazione tra i ricercatori e centri clinici da un lato e aziende farmaceutiche dall'altro. Vengono introdotti nuovi concetti come gli studi a basso livello di intervento, la ricerca collaborativa e co-sponsorizzata. Con il decreto 30 novembre 2021, viene resa possibile la cessione dei dati degli studi indipendenti. Questo da un lato richiede che gli studi indipendenti vengano condotti con un livello di qualità adeguato da permettere una possibile accettabilità delle autorità regolatorie, dall'altro lato permette, con la cessione a una entità privata, la possibilità per le strutture pubbliche di acquisire delle fonti di finanziamento per ulteriore ricerca indipendente, creando un circolo virtuoso. AIFA ha emanato nell'agosto 2024 una linea guida sugli studi osservazionali e una sugli studi decentralizzati, per i quali sarebbe auspicabile un'adeguata formazione per tutti gli attori coinvolti. Il regolamento europeo 536/2014 ha avuto un lunghissimo periodo di gestazione e implementazione. Se da un lato tale regolamento permette di uniformare le procedure regolatorie per la ricerca clinica a livello europeo, aspetto decisamente positivo, dall'altro in relazione alla complessità e alla necessità di una partecipazione di tutti gli stati membri coinvolti negli studi al processo approvativo, non permette all'Europa di essere competitiva a livello internazionale. L'implementazione del regolamento ha inoltre richiesto il riassetto dei comitati etici a livello nazionale e questo richiede, insieme agli aspetti già citati, un piano di formazione per i membri dei comitati etici stessi. L'evoluzione della tecnologia, della cultura digitale e dell'intelligenza artificiale, sta introducendo nel mondo della ricerca clinica del concetto dei dati sintetici, intesi come dati "artificiali" che però mimano in modo adeguato i dati originali. Le applicazioni potrebbero spaziare da un uso come bracci di confronto in studi randomizzati, a un utilizzo in ambito di RWE, svincolandosi dalle problematiche della *privacy*, a un uso per addestrare sistemi di intelligenza artificiale. Essendo un approccio nuovo, con aspetti tecnici e problematiche metodologiche non pienamente definite, sarebbe auspicabile un programma di formazione per tutti gli operatori coinvolti a vario titolo in ricerca clinica. Le principali iniziative da considerare in relazione agli aspetti formativi sono elencate nel riquadro 1.

Riquadro 1 – aspetti inerenti la formazione

- Promuovere la cultura dell'appropriatezza della documentazione sottomessa e valutata dal comitato etico territoriale (CET), sia per gli aspetti regolatori, metodologici, legali che di completezza e qualità, in modo da consentire la firma del contratto in tempi rapidi (es. *privacy*);
- Favorire la creazione di reti tra i centri che conducono ricerca indipendente (IRCCS, grandi ospedali, ATS) per diffondere tra gli operatori (ricercatori e personale di supporto) la cultura sulla tipologia di studi (non solo ricerca farmacologica ma anche epidemiologica e valutativa) e su aspetti metodologici per l'ideazione e gestione ottimale;

- Promuovere la cultura della qualità metodologica e operativa nella conduzione della ricerca indipendente, anche nell'ottica della sua valorizzazione economica oltre che scientifica, come previsto dal DL 30 novembre 2021;
- Diffondere la conoscenza del DL 30 novembre 2021 tra gli operatori pubblici e privati per favorire la valorizzazione della ricerca indipendente e la creazione di un circolo virtuoso che favorisca il finanziamento della ricerca pubblica;
- Promuovere iniziative di carattere formativo e di confronto di *best practice* sul personale amministrativo delle strutture di ricerca (IRCCS, grandi ospedali, ATS);
- Diffondere tra i clinici ricercatori e il personale amministrativo degli ospedali che conducono ricerca clinica i contenuti delle linee guida AIFA (studi osservazionali e studi decentralizzati) dell'agosto 2024, per darne piena attuazione;
- Promuovere attività formative inerenti la creazione e utilizzo dei "dati sintetici", identificare *best practice* relative alla loro creazione, utilizzo, diffusione;
- Promuovere iniziative di carattere formativo sul personale amministrativo delle strutture di ricerca;
- Formare medici e *study coordinator*, inferimeri di ricerca, formare e sensibilizzare i pazienti.

2. Semplificazione: il regolamento 536/2014 non consente all'Europa di essere attrattiva in termini di tempistiche rispetto ad altre realtà extra EU, pur avendo il pregio di imporre le stesse procedure negli stati membri, portando così un certo livello di uniformità. In questo contesto, la competizione viene portata all'interno dell'Europa, tra i singoli paesi europei, dove alcuni paesi, in primo luogo la Spagna, risultano particolarmente attrattivi, grazie all'adozione nel 2015 di un testo unico che ha portato a una chiarezza procedurale e quindi a una semplificazione. Per questo motivo sono utili iniziative che portino a una semplificazione e a un efficientamento degli aspetti amministrativi. I tempi di revisione dei contratti degli studi clinici interventistici, anche se basati su uno *standard* nazionale, sono oggetto di una revisione da parte del personale amministrativo degli ospedali lunga, sequenziale rispetto all'approvazione etica e regolatoria, a volte oggetto di richieste di modifica non giustificate. Questo comporta dei ritardi, a volte notevoli, per la firma da parte del direttore generale, con il conseguente ritardo nell'attivazione dello studio e la perdita di tempo prezioso per l'arruolamento dei pazienti, rispetto agli altri paesi. Un altro aspetto, sempre legato al contratto, è rappresentato da una revisione interpretativa sugli aspetti di *privacy* da parte del DPO di un determinato ospedale, con conseguente apertura di una discussione che porta via tempo prezioso. I nuovi comitati etici territoriali (CET) si trovano a dover valutare varie tipologie di studi. Se gli studi interventistici con farmaco in termine di documentazione sono ben normati, gli studi osservazionali o altre tipologie di ricerca che giungono all'attenzione del CET, sono oggetto di richiesta di documentazione a volte specifica per ogni comitato etico, rendendo per lo *sponsor* inefficiente e disomogenea la preparazione della documentazione e quindi inefficiente il processo nel suo insieme. Per tale motivo sarebbe auspicabile un accordo tra i CET di regione Lombardia per la definizione di *standard* di documentazione e *check list* valide per tutti. Un aspetto questo auspicabilmente estensibile, come *best practice*, a tutto il territorio nazionale. Sempre in tema di comitati etici, regione Lombardia ha adottato il concetto di un'unica approvazione etica per tutte le tipologie di studi osservazionali. Questo approccio di semplificazione non è adottato da altre regioni, imponendo quindi

revisioni e approvazioni multiple nel caso di studi condotti in più regioni. Un ultimo importante aspetto di semplificazione è relativo alla costruzione del *budget* dello studio. La presenza di tariffari specifici per ogni ospedale, richiede allo *sponsor* di dover adattare il contratto per ogni singolo centro e al personale amministrativo dell'ospedale una revisione secondo il proprio *standard*. Un tariffario *standard* a livello di regione Lombardia permetterebbe di semplificare il processo (almeno all'interno della regione), aggiungendo un aspetto di equità ma soprattutto di trasparenza. Le principali iniziative da considerare in relazione agli aspetti di semplificazione sono elencate nel riquadro 2.

Riquadro 2 – aspetti di semplificazione

- Semplificazione dei processi di valutazione (es. studi osservazionali senza farmaco): attivazione di un percorso di valutazione unica per gli studi osservazionali prospettici non farmacologici in Lombardia, e a livello nazionale, in funzione della richiesta del promotore. Finalizzare un percorso analogo per gli studi interventistici a basso livello di intervento, in parte rientranti in passato negli studi considerati come osservazionali;
- Promuovere l'uniformità della documentazione necessaria alla valutazione dei CET in regione Lombardia tramite delle *check list* già sviluppate, da diffondere e rendere operative. Le *check list* sono state sviluppate per quelle tipologie di studi non ancora normati;
- Finalizzare la proposta di un *template* «Lombardo» di Informativa *Privacy* che contenga ed evidenzi i pochi punti ritenuti indispensabili per essere in *compliance*, o almeno a basso rischio, con la normativa vigente;
- Promuovere attività formative inerenti la creazione e utilizzo dei "dati sintetici", identificare *best practice* relative alla loro creazione, utilizzo, diffusione;
- Definire un tariffario regionale per le procedure e attività inerenti la ricerca clinica;
- Definire modalità operative che portino alla firma del contratto nel corso della valutazione etico/regolatoria, per poter attivare lo studio al più presto dopo tale approvazione in CTIS;
- Promuovere iniziative di confronto tra i DPO delle varie strutture di ricerca, al fine di condividere e rendere operativi approcci sulla *privacy*, nel rispetto di leggi e regolamenti, che tendano a favorire la semplificazione, omogeneizzazione di interpretazione, e velocizzazione delle attività.

3. Organizzazione: la conduzione della ricerca clinica è molto complessa e strettamente normata e richiede nelle strutture ospedaliere (IRCCS e grandi ospedali) adeguate risorse e competenze, inserite in un adeguato contesto organizzativo. I *clinical trial centers* (o *clinical trial offices*), sono le strutture organizzative presenti in alcune strutture (prevalentemente IRCCS) deputate alla gestione operativa degli studi. I volumi di attività gestiti nelle strutture più grandi sono molto ampi, dell'ordine di alcune centinaia di studi di varie tipologie. Le figure professionali operanti nei *clinical trial centers* sono i *data manager*, *study coordinator*, infermieri di ricerca. Tali figure non hanno un riconoscimento professionale, spesso sono precarie e con un inquadramento economico non competitivo. Nei IRCCS tali figure possono far parte della cosiddetta "piramide della ricerca". In relazione a queste caratteristiche, il *turnover* di queste figure è molto elevato e spesso una volta formate, dopo un periodo breve, lasciano la struttura per

muoversi in entità private, aziende farmaceutiche o CRO, in relazione alle condizioni più competitive. Con la pubblicazione delle linee guida nell'agosto 2024 sugli studi decentralizzati, è stata introdotta la possibilità per le aziende farmaceutiche di fornire ai centri clinici delle risorse per il supporto alla gestione degli studi. Il tutto normato per garantire l'indipendenza operativa di queste risorse dall'azienda farmaceutica *sponsor*, gestione che invece è in capo alla struttura operativa dell'ospedale che gestisce lo studio. Questa soluzione è stata adottata in alcune strutture, e potrebbe essere oggetto di una condivisione di *best practice*. I *clinical trial centers* (o *offices*), ove presenti, hanno una struttura organizzativa più o meno centralizzata all'interno della struttura ospedaliera, e con una grande disomogeneità in relazione a dimensioni, struttura, carichi di lavoro, procedure operative *standard*. La mancanza di un *network* formalizzato tra i centri clinici rende difficile uno scambio di informazioni organizzative e operative e di *best practice*. La creazione di un *network*, coordinato dalla regione, avrebbe sicuramente un ruolo positivo nell'accrescere le competenze, l'adeguatezza, la semplificazione (adozione di uno *standard* di procedure operative *standard*, senza che ogni struttura sviluppi le stesse in modo indipendente). Un altro aspetto di condivisione di *best practice* è relativo all'adozione di dotazioni tecnologiche a supporto della ricerca simili se non equivalenti. Questo, insieme all'adozione di un glossario comune per la definizione delle varie tipologie di studio e della fase in cui gli studi si trovano, porterebbe semplificazione e possibilità di condivisione di dati amministrativi, che permetterebbero alla regione di avere un quadro aggiornato delle attività di ricerca in corso in regione, in modo puntuale ed efficiente. L'aspetto di una dotazione informatica comune sarebbe auspicabile anche per i comitati etici (CET) della regione, portando a semplificazione amministrativa e a una maggiore efficienza. Uno degli aspetti che affliggono la ricerca clinica è la difficoltà di arruolamento dei pazienti concordati a inizio studi e contrattualizzati. Sarebbero auspicabili delle misure che permettano una firma in tempi rapidi dei contratti da parte dei direttori generali (idealmente prima dell'approvazione etica e regolatoria, firma *sub iudice* all'approvazione stessa). Altre iniziative potrebbero avere un effetto positivo sulle *performances* nella gestione degli studi e l'attrattività in generale della regione: definire degli obiettivi per le direzioni strategiche degli ospedali, promuovere la creazione di reti di collaborazione su varie tipologie di ricerche tra IRCCS e ospedali, promuovere l'accesso ai dati di RWE, nel rispetto di *standard* adeguati per la tutela della *privacy*, accelerare l'adozione di una cartella clinica elettronica ospedaliera, esplorando nel contempo modalità di accesso ai dati da remoto da parte dei CRA, e a tendere il trasferimento elettronico dei dati nella scheda raccolta dati (CRF) dello studio, portando a migliore qualità e semplificazione. Le principali iniziative da considerare in relazione agli aspetti di organizzazione sono elencate nel riquadro 3.

Riquadro 3 – aspetti legati all'organizzazione

- Favorire la creazione o il potenziamento/efficientamento dei *clinical trial center*, in carico della gestione della ricerca clinica nelle strutture sanitarie;
- Favorire iniziative che portino alla formazione, stabilizzazione e *retention* del personale dei *clinical trial centers*;
- Favorire la creazione di una rete dei *clinical trial centers* lombardi, sotto il coordinamento regionale (come per i comitati etici), per adottare ove possibile *standard* comuni in merito a struttura organizzativa, ruoli, *job descriptions*, procedure operative *standard*, infrastruttura tecnologiche;

- Promuovere la collaborazione tra aziende farmaceutiche e *clinical trial centers* per la finalizzazione di uno *standard* condiviso per la definizione delle varie tipologie di studi (interventistici, osservazionali nelle varie tipologie), e delle fasi dei vari studi (es. ideazione, attivazione, conduzione, *follow-up*, chiusura, pubblicazione ecc...). Questo sarebbe propedeutico a un reale confronto tra le varie strutture e a una mappatura dell'attività regionale;
- Definire e diffondere degli *standard* contrattuali per il personale assegnato e pagato dalle aziende farmaceutiche *sponsor*, sulla base dei contratti già definiti e attuati da alcune realtà (identificare e applicare a livello regionale delle *best practice*);
- Utilizzo di una piattaforma informatica analoga tra i CET Lombardi in modo da potere uniformare modalità di lavoro e processi amministrativi: ad oggi 5 CET hanno condiviso questa proposta;
- Promuovere lo sviluppo di un sistema di indicatori della attività dei CET, non solo quantitativi (già in essere), ma anche qualitativi (es. tempo tra la presa in carico di uno studio e la valutazione da parte del CET, tempo tra la valutazione di uno studio e l'invio del verbale al promotore, esito della prima valutazione da parte del CET, tempo tra la prima valutazione e la valutazione finale, esito delle valutazioni finali, tipologia di motivi per la riserva/sospensione dello studio). Questo anche per favorire l'uniformità di approccio tra i CET di regione Lombardia;
- Definire degli *standard* procedurali e amministrativi per evitare disomogeneità che porta a ritardi e inefficienza (evitare documenti centro specifici);
- Definire indicatori per direzioni strategiche delle strutture sanitarie che vadano oltre il numero degli studi attivati (esempio tempi firma contratto, pazienti arruolati rispetto ai previsti, ecc...);
- Definire a livello degli ospedali delle modalità che permettano dei percorsi dedicati ai pazienti che partecipano agli studi clinici, per agevolare la loro partecipazione e per eventualmente contribuire alla riduzione delle liste d'attesa dei pazienti in generale;
- Promuove e velocizzare l'adozione della cartella clinica elettronica, al fine di permettere l'accesso ai CRA ai *source document* da remoto, adottare possibili iniziative di trasferimento di dati elettronici da cartella ospedaliera a CRF, favorire l'uso dei dati nell'ambito di studi di RWE;
- Definire una "*data governance*" regionale per l'accessibilità dei dati a fini di ricerca, sia per aspetti di fattibilità e arruolamento, che per studi osservazionali e di RWE;
- Promuovere la cultura della attrattività nelle strutture che fanno ricerca, affinché rendano visibili le loro potenzialità in termini di arruolamento, affidabilità, qualità, efficienza;
- Utilizzo delle reti per favorire la collaborazione nella gestione di ricerche indipendenti nelle varie tipologie, compresi gli studi di RWE;
- Utilizzare le reti anche per sperimentare forme innovative di gestione di studi indipendenti, quali studi di *outcome*, i *patients journey studies*, la creazione e utilizzo di "dati sintetici";

- Favorire la collaborazione virtuosa tra centri clinici e aziende farmaceutiche attivando iniziative che si configurano come studi collaborativi e studi co-sponsorizzati come previsto dal regolamento europeo sulla ricerca clinica (RU 536/2014). Questo definendo anche degli *standard* contrattuali, che regolamentino gli aspetti operativi e di responsabilità di tali tipologie di studi;
- Promuovere su scala nazionale, nell'ottica della *best practice*, del risultato di iniziative attivate con successo in regione Lombardia.

Elenco partecipanti che hanno frequentato il corso in oggetto:

COGNOME	NOME	AZIENDA	RUOLO
ADOLFI	GIORGIA	ASST OSPEDALI CIVILI DI BRESCIA	COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE DEL CLINICAL TRIAL CENTER
ALBANESI	DONATELLA	SEGRETERIA TECNICO SCIENTIFICA CET LOMBARDIA 4	RESPONSABILE COORDINAMENTO SCIENTIFICO
ALI	MARCO	CDI CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO	RESEARCH OPERATIONS MANAGER CONSULTANT
AMOROSO	MARIANGELA	SANOFI	COUNTRY MEDICAL LEAD & MEDICAL HEAD SPECIALTY CARE
BARCO	BARBARA	IRCCS MULTIMEDICA	SENIOR DATA MANAGER
BARILI	EMILIA	FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NEUROLOGICO NAZIONALE C. MONDINO	DIREZIONE SCIENTIFICA
BERETTA	MORENA	ASST FATEBENEFRAPELLI SACCO – MILANO	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE - INCARICO DI FUNZIONE "COORDINATORE UFFICIO RICERCA"
BERGAMASCHI	ROBERTO	FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NEUROLOGICO NAZIONALE C. MONDINO	DIRETTORE SCIENTIFICO
BERNARDI	ALESSIA	VICEPRESIDENTE CET 6	
BEVILACQUA	LIANA	DIRIGENTE BIOLOGO TRIAL OFFICE AZIENDALE	ASST OVEST MILANESE
BLANDINI	FABIO	IRCCS CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO	DIRETTORE SCIENTIFICO
BOMBARDIERI	EMILIO	HUMANITAS GAVAZZENI BERGAMO	DIRETTORE SCIENTIFICO
BUTTI	FRANCESCO	BOEHRINGER- INGELHEIM	HEAD OF CLINICAL DEVELOPMENT & OPERATIONS

CAMPANARDI	MARIA CHIARA	FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI	SPECIALIZZANDA FARMACIA OSPEDALIERA
CASALI	WALTER	MENARINI GROUP	REGIONAL AFFAIRS & ACCESS MANAGER
CERRUTI MICLET	ELENA	IRCCS HUMANITAS	SEGRETERIA CET LOMBARDIA 5
CHIUDINELLI	LORENZO	ASST PAPA GIOVANNI XXIII, BERGAMO	INGEGNERE BIOMEDICO PRESSO SC RICERCA CLINICA, SVILUPPO E INNOVAZIONE
CURIONI	CARLO	ASST LECCO	REFERENTE QUALIFICATO SPERIMENTAZIONI CLINICHE
DE GASPERI	ANDREA	VICEPRESIDENTE CET 1	
DEGL'INNOCENTI	DEBORA	ASST SANTI PAOLO E CARLO	RESPONSABILE UFFICIO TRIAL CLINICI E GRANT OFFICE
DELL'ORTO	SILVIA	FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO	PERSONALE SS CLINICAL TRIAL CENTER - DIREZIONE SCIENTIFICA
DETTI	SERENA	SEGRETERIA CET 2	
FATTORE	CINZIA	FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NEUROLOGICO NAZIONALE C. MONDINO	FARMACOLOGO CLINICAL TRIAL CENTER
FERRARI	ALESSANDRA	IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO	PROJECT MANAGER / CLINICAL RESEARCH COORDINATOR
FIGARELLI	MAURIZIA	FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI	DIRETTORE AMMINISTRATIVO
FULCO	DIEGO	NETFORLEGAL	AVVOCATO
GALBUSERA	ELENA	J&J INNOVATIVE MEDICINE	GCO DIRECTOR ITALY
GALDI	ANNA MARIA	ASTRAZENECA	SENIOR DIRECTOR SMM ONCOLOGY HEAD
GHISINI	RAFFAELLA	ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA	CLINICAL TRIALS REGULATORY AFFAIRS MANAGER
GIURLANDA	VINCENZO	IRCCS OSPEDALE SAN RAFFAELE	RESPONSABILE SEGRETERIA TECNICO SCIENTIFICA CET LOMBARDIA 1

LANZA	VALENTINA LUISA	BRISTOL MYERS SQUIBB	CLINICAL OPERATIONS MANAGER
LITTA MODIGNANI	GIULIA	SANOFI	SITE ENGAGEMENT LEAD
LOMASTRO	ROSA	ASTRAZENECA	DIRECTOR, SITE MANAGEMENT & MONITORING
LONGHI	MARCO	FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI	FARMACISTA
LORINI	MONIA MARIA BEATRICE	ASST PAPA GIOVANNI XXIII	DIRETTORE
MAGGIONI	PAOLA	HUMANITASA GAVAZZENI	RESPONSABILE UFFICIO SPERIMENTAZIONI CLINICHE
MAISOLA	PAOLA	IRCCS ISTITUTO CLINICO HUMANITAS	QA
MANCINO	MONICA	IRCCS MULTIMEDECA	DATA MANAGER
MANTOVANI	RENATO	CET LOMBARDIA 5	PRESIDENTE CET LOMBARDIA 5
MASSACESI	FEDERICA	FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO	RESPONSABILE SEGR. TECNICO SCIENTIFICA AMM.VA CET LOMBARDIA 3
MIGONE DE AMICIS	AGOSTINO	LCA STUDIO LEGALE	AVVOCATO
PASSONI	GIANFRANCO	BAYER	SITE MANAGEMENT ITALY
RE	SIMONA	ROCHE	COUNTRY LEADER - GLOBAL CLINICAL OPERATIONS
RIELA	ILARIA	ASST GAETANO PINI CTO	COORDINATOR RESEARCH UNIT
RIZZO	CRISTINA	ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI DI MILANO	SEGRETERIA COMITATO ETICO
RIVA	ELISABETTA	VICEPRESIDENTE CET 4	
RONZULLI	DOMINIQUE	FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI MILANO	REFERENTE S.S. CLINICAL TRIAL CENTER
RUFFINO	ERNESTO	FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI	DIRIGENTE FARMACISTA
RUNGGALDIER	EVA J	NOVARTIS	COUNTRY HEAD STUDY & SITE OPERATIONS

SCUDELLER	LUIGIA	IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO DI PAVIA	RESPONSABILE SSA GRANT OFFICE, TITO E DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA
SESSA	MARCO	CET L1	PRESIDENTE
SORANNO	CLARA	ASST SETTE LAGHI	DIRIGENTE FARMACISTA
STIRPARO	GIUSEPPE	AREU - AGENZIA REGIONALE EMERGENZA URGENZA	DIRIGENTE MEDICO
TEDESCHI	MICHELE	REGIONE LOMBARDIA	COORDINATORE SEGRETERIE COMITATI ETICI
TORRI	VALTER	ISTITUTO MARIO NEGRI' IRCCS MILANO	CAPO DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA CLINICA
TOZZI	ROSSANA	IRCCS OSPEDALE SAN RAFFAELE	RESPONSABILE UFFICIO START UP CLINICAL TRIAL
TRATTA	ELENA	ASST SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	DIRIGENTE FARMACISTA C/O CLINICAL TRIAL CENTER
TROMBETTI	TIZIANA	SANOFI	STRATEGY AND INNOVATION TEAM LEADER
VAN DER SCHOOT	MICHELE	FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NEUROLOGICO NAZIONALE C. MONDINO	GRANT OFFICE
VERCESI	LAVINIA	FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO
XHANI	MARIO	HUMANITAS SAN PIO X MILANO	STUDY COORDINATOR SPERIMENTAZIONI CLINICHE

LA DIGITALIZZAZIONE TRA OSPEDALE E TERRITORIO

Sgarbossa Chiara, Direttore, Osservatorio Sanità Digitale, Politecnico di Milano

De Cesare Deborah, Direttore, Osservatorio Sanità Digitale, Politecnico di Milano

La Telemedicina in Regione Lombardia: dalla strategia alle azioni prioritarie per il futuro

La Telemedicina ha un ruolo strategico nelle riforme e negli investimenti previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per il potenziamento della sanità territoriale e dell'assistenza domiciliare. Gli interventi della Missione 6-Componente 1 del PNRR per la Telemedicina si concentrano su due aspetti chiave: lo sviluppo delle infrastrutture e la definizione dei modelli organizzativi attraverso cui i servizi dovranno essere erogati. A Regione Lombardia è stata affidata la gestione della gara per la realizzazione dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina, che comprende i servizi minimi: Televisita, Teleconsulto, Teleassistenza e Telemonitoraggio (base – livello 1 - e avanzato – livello 2). La Regione ha poi declinato il “**Modello organizzativo della Telemedicina**” (DGR 1475/2023), nel quale viene definito il piano strategico per la diffusione omogenea dei servizi minimi di Telemedicina, al fine di abilitare e rendere sostenibili modelli di assistenza da remoto.

La Telemedicina, a sua volta, concorre alla realizzazione del **Piano strategico di Sanità Digitale** della Regione, insieme ad altri ambiti di innovazione (cartella clinica elettronica, fascicolo sanitario elettronico, CUP, ecc...) e con questi condivide la necessità di identificare dapprima un **modello organizzativo condiviso con tutti i professionisti coinvolti** nei processi sociosanitari. L'obiettivo regionale è rendere la telemedicina uno strumento per facilitare l'accesso alle cure al cittadino, migliorare la collaborazione multidisciplinare tra professionisti e creare nuovi *setting* assistenziali.

La fase attuativa del piano strategico regionale prevede l'implementazione e la diffusione della Telemedicina in contesti professionali e ambiti sociosanitari sempre maggiori ed è costituita da interventi volti a fornire:

- Una **Infrastruttura Regionale di Telemedicina**, unica e centralizzata a livello regionale, integrata con i principali sistemi informativi locali e nazionali, per l'erogazione dei **servizi minimi** di Televisita, Teleconsulto, Teleassistenza e Telemonitoraggio;
- **Scenari di applicazione** definiti che facilitino l'attuazione dei servizi di Telemedicina, standardizzando la modalità di erogazione nei differenti contesti sociosanitari e *setting* di cura, dettagliando il ruolo degli **attori coinvolti** con la relativa **matrice di responsabilità**;
- La strutturazione di un **modello organizzativo** in cui la Telemedicina venga gestita non solo come innovazione tecnologica a favore dei professionisti, ma come strumento per ridisegnare i percorsi di diagnosi, cura, prevenzione e riabilitazione e che faciliti la **collaborazione multiprofessionale**.

La **condivisione** di scenari di applicazione della telemedicina con gli **stakeholder** permette di evidenziare e indirizzare alcune finalità prioritarie di utilizzo dei servizi di televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio che possono concorrere al raggiungimento di obiettivi assistenziali, organizzativi e di sostenibilità, dettati a livello nazionale, regionale o locale. Per raggiungere tali obiettivi, oltre alle azioni attualmente in corso sulle infrastrutture tecnologiche, è necessario investire su diversi fronti:

- 1. Gestire il cambiamento in modo graduale e strutturato:** è fondamentale affrontare il cambiamento organizzativo e tecnologico con un approccio graduale e strutturato, partendo con progetti pilota che includano sperimentazioni su casi reali per testare l'efficacia dei sistemi di telemedicina e valutarne l'impatto operativo e clinico. Questo approccio consente di identificare in modo più preciso le criticità e le esigenze di miglioramento. Parallelamente, è necessario sviluppare e standardizzare a livello regionale le modalità per garantire la continuità operativa dei processi, anche in condizioni malfunzionamenti dei sistemi. Un aspetto essenziale è l'implementazione di sistemi di *alert* avanzati per notificare i clinici in tempo reale quando i sistemi di Telemedicina sono attivi o quando, al contrario, presentano problemi tecnici o di accessibilità. Inoltre, è opportuno predisporre piani di *back-up* che assicurino la continuità del servizio anche in caso di interruzioni;
- 2. Prevedere ulteriori finanziamenti oltre a quelli previsti dal PNRR:** l'infrastruttura tecnologica per l'erogazione di servizi di telemedicina richiede un investimento costante, non solo per garantire i servizi minimi previsti dal PNRR, ma anche per espandere l'offerta con nuovi servizi più avanzati ad oggi non presenti (es. Teleriabilitazione). È fondamentale prevedere ulteriori finanziamenti per l'adeguamento continuo dei sistemi tecnologici e delle piattaforme digitali, inclusa l'integrazione con sistemi sanitari esistenti e per la formazione del personale;
- 3. Rimborso delle prestazioni di Telemonitoraggio e Teleconsulto:** per favorire l'adozione dei servizi di Telemedicina è cruciale definire meccanismi di remunerazione chiari ed equi per le prestazioni erogate. A tal fine, è necessario condurre studi di valutazione costo-efficacia per dimostrare il valore economico e clinico delle prestazioni di Telemonitoraggio e Teleconsulto rispetto ai metodi tradizionali. La remunerazione deve considerare anche l'impatto positivo sulla salute dei pazienti, favorendo così un modello di Sanità più orientato al valore;
- 4. Sviluppare una nuova cultura del dato sanitario:** è fondamentale promuovere una maggiore consapevolezza sul valore dei dati sanitari tra tutti i professionisti del settore, indipendentemente dal livello o ruolo ricoperto. Ciò significa sensibilizzare medici, infermieri, operatori sanitari, direzioni strategiche, referenti regionali, ecc... sull'importanza di raccogliere, analizzare e utilizzare i dati in modo responsabile e strategico. L'obiettivo è far comprendere come i dati possano supportare decisioni cliniche migliori, ottimizzare i processi operativi e migliorare gli esiti per i pazienti. Questa trasformazione culturale richiede programmi di formazione dedicati, campagne di sensibilizzazione e il coinvolgimento diretto dei professionisti nella creazione di un ambiente in cui il dato venga percepito come un *asset* strategico;
- 5. Definire una governance appropriata del dato:** per garantire una gestione efficace e sicura dei dati sanitari, è necessario definire regole, processi e strutture organizzative adeguate. Una *governance* solida deve prevedere politiche chiare per la protezione della *privacy*, la sicurezza informatica e l'accesso ai dati, bilanciando al contempo la necessità di trasparenza e di interoperabilità tra i sistemi. Inoltre, è cruciale adottare *standard* condivisi a livello regionale e nazionale che consentano di integrare e scambiare informazioni in modo fluido tra le diverse realtà sanitarie, evitando frammentazioni e inefficienze. La *governance* del dato deve essere supportata da strumenti tecnologici avanzati e da un monitoraggio costante per adattarsi a nuovi scenari e normative;
- 6. Sviluppare competenze specifiche tra i professionisti sanitari e i cittadini:** il successo della diffusione della Telemedicina dipende in gran parte dalle competenze delle

persone che interagiscono con gli strumenti digitali. I professionisti sanitari devono essere formati non solo per utilizzare tecnologie avanzate, ma anche per interpretare e applicare i dati in modo etico e responsabile. Allo stesso tempo, è importante educare i cittadini affinché comprendano il valore del digitale per la propria salute, utilizzino consapevolmente le soluzioni digitali e collaborino nel processo di gestione del proprio percorso di cura. Questo richiede programmi di formazione personalizzati, piattaforme *user-friendly* e un supporto continuo per superare le barriere digitali;

- 7. Favorire una collaborazione sempre più stretta tra i diversi stakeholder del Sistema Sanitario Regionale:** la *partnership* tra gli attori pubblici e privati del settore sanitario è essenziale per tradurre la trasformazione digitale in benefici concreti per i pazienti e per il sistema. Una collaborazione efficace può favorire la condivisione di risorse, competenze e *best practice*, accelerando l'adozione di soluzioni innovative. È quindi opportuno proseguire il dialogo tra le parti, già avviato in Regione, attraverso tavoli di lavoro permanenti e piattaforme di coordinamento, promuovendo al contempo un approccio sistemico alla pianificazione e alla valutazione delle iniziative digitali. Un monitoraggio continuo e condiviso degli impatti delle innovazioni implementate permette di correggere eventuali criticità e di migliorare costantemente i risultati raggiunti.

La Telemedicina rappresenta una leva strategica importante per trasformare il sistema sanitario in modo sostenibile e innovativo, rispondendo alle sfide di accessibilità, efficienza e qualità dell'assistenza. La sua piena attuazione richiede un approccio integrato che combini l'implementazione tecnologica con un cambiamento culturale e organizzativo profondo, coinvolgendo tutti gli attori del sistema. Solo attraverso un investimento coordinato sulle diverse aree sopra citate sarà possibile realizzare modelli di cura innovativi che migliorino l'esperienza dei pazienti e valorizzino il contributo dei professionisti, garantendo al contempo un uso efficace delle risorse.

Elenco partecipanti che hanno frequentato il corso in oggetto:

COGNOME	NOME	AZIENDA	RUOLO
ACERBI	FRANCESCA	FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NEUROLOGICO NAZIONALE C. MONDINO	DIRETTORE ICT
ANNUNZIATA	FRANCESCO	ASST SANTI PAOLO E CARLO	DIRIGENTE ANALISTA SC SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI
ARIGHI	ANDREA	FONDAZIONE IRCCS CA'GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO	DIRIGENTE MEDICO SC NEUROLOGIA
BARNI	MATTIA	FARMACIA BARNI	FARMACISTA E ASSISTENTE DI DIREZIONE PRESSO L'UFFICIO DELLA VICEPRESIDENZA E ASSESSORATO AL BILANCIO E FINANZE DI REGIONE LOMBARDIA
BOZZA	GAIA	MEDICO DI MEDICINA GENERALE	
CAIELLI	GIORGIO	ASST OVEST MILANESE	ASST OVEST MILANESE
CARLOMAGNO	GIUSEPPINA	IRCCS SAN GERARDO DI MONZA	DIRIGENTE GESTIONE OPERATIVA
CASALI	WALTER	MENARINI GROUP	REGIONAL AFFAIRS & ACCESS MANAGER
CATTANEO	MATTEO	FARMACIA CATTANEO E ASSOCIAZIONE CHIMICA FARMACEUTICA LOMBARDA FRA TITOLARI DI FARMACIA	TITOLARE DI FARMACIA E CONSIGLIERE
DEL BELLO	GRETA	MEDICO DI MEDICINA GENERALE	
DI CHIO	SILVIA	ASST FATEBENEFRAPELLI SACCO – MILANO	ASST FATEBENEFRAPELLI SACCO – MILANO
FABBRICA	DAVIDE	MEDICO DI MEDICINA GENERALE	

FILIPPINI	AURELIO	OPI VARESE	PRESIDENTE ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI VARESE
FINOTELLO	ALICE	IRCCS MULTIMEDICA	GRANT OFFICE
GARAVAGLIA	GIULIA	ASST GAETANO PINI-CTO	DIRIGENTE INGEGNERE RESPONSABILE SS GESTIONE CRONICITÀ E PERCORSI INTEGRATI, IN STAFF ALLA DIREZIONE SOCIO SANITARIA
GELMETTI	ANDREA	FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO	DIRETTORE SC SISTEMI INFORMATIVI
IANNONE	GIANLUCA	AB MEDICA	TELEMEDICINE STRATEGIC DEVELOPMENT MANAGER
LANCINI	ANGELA	ASST SPEDALI CIVILI	U.O. SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI
LETTIERI	SALVATORE	WL GORE & ASSOCIATI	MPD PROVIDER SALES TEAM LEADER, EMEA CLUSTER SOUTH
LUDI	SIMONA	ASST NORD MILANO	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO TERRITORIALE
MANGIATORDI	MARISA	POLICLINICO SAN PIETRO	VICE DIRETTORE OPERATIVO
MANNELLA	GABRIELE	SAIM	LIBERO PROFESSIONISTA INFERMIERE
MARCHETTI	DANIELE	ASST PAPA GIOVANNI XXIII	DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI
MONTI	MASSIMO	MEDICO DI MEDICINA GENERALE	
PALLAVICINI	FEDERICA	MEDICO DI MEDICINA GENERALE	
PANI	CARLA	CDI CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO	CDI CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO
PATRINI	MICHELE	MEDICO DI MEDICINA GENERALE	
PELLEGRINO	ANTONIO	ASST LECCO	DIRETTORE S.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA P.O. LECCO
POETA	ROBERTO	FONDAZIONE POLIAMBULANZA	RESPONSABILE SISTEMI INFORMATIVI

SCIVOLETTO	GIORGIO	BIANALISI	REFERENTE SANITARIO
TONDINI	CARLO ALBERTO	ASST PAPA GIOVANNI XXIII	DIRETTORE SC ONCOLOGIA
VITALE	BRUNO	UMANA SPA	RESPONSABILE AREA SPECIALISTICA
ZANONI	MAURIZIO	MENARINI RICERCHE	REGIONAL AFFAIR &ACCESS MANAGER

IL PROCESSO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE – TERRITORIO IN LOMBARDIA

Lucchina Carlo, Comitato Tecnico Scientifico, ECOLE

Macchi Luigi, Comitato Tecnico Scientifico, ECOLE

Metodo di lavoro

Attraverso la partecipazione mirata di un target comprendente Direzioni Sanitarie, Direzioni Sociosanitarie, Direttori di Distretto, MMG, Infermieri e Farmacisti Territoriali, è stato possibile valorizzare le esperienze condotte in diverse realtà regionali avviando un confronto sui risultati raggiunti dalle diverse aziende, evidenziando sia *best practices*, sia emergenti aspetti di criticità sulle seguenti tematiche:

- Situazione epidemiologica e di contesto lombardo/ Stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori come strumento di analisi dei bisogni;
- *Équipe* multifunzionali e componenti delle *équipe*;
- Organizzazione delle Case di Comunità;
- Ruolo COT;
- Organizzazione e ruolo ADI;
- Coinvolgimento delle Associazioni di Malati e di Volontariato;
- Monitoraggio e Controllo di Sistema;
- Ruolo di AREU.

I sei incontri sono stati calendarizzati mensilmente a partire da maggio sino a dicembre e grazie al coordinamento del Dott. Lucchina Carlo e Dott. Luigi Macchi sono stati fin da subito finalizzati alla raccolta di proposte e idee sui temi descritti da poter fornire alla DG e Assessorato Welfare di Regione Lombardia.

I confronti tra i partecipanti sono stati volti soprattutto ad evidenziare eventuali proposte pratiche operative nella logica di concorrere allo sviluppo del sistema sociosanitario lombardo, contribuendo quindi a restituire al sistema delle proposte di implementazione concrete, prodotte come esito del percorso formativo.

I partecipanti hanno elaborato il presente documento che viene posto all'attenzione dei decisori regionali per ogni loro valutazione al fine di tenerne conto, qualora se ne condividono i contenuti, nell'elaborazione delle linee strategiche, nelle direttive rivolte alle strutture sanitarie, sociosanitarie pubbliche e private accreditate, associazioni di categoria, dei malati e altro ancora.

Nel corso del primo incontro/confronto si è concordato l'**obiettivo** del percorso formativo, vale a dire il tema della **presa in carico degli over 65 anni malati cronici, anche al fine di evitare accessi impropri in pronto soccorso** soprattutto per patologie riconducibili a ricoveri potenzialmente evitabili (ad esempio: Scompensio Cardiaco, BPCO, Disturbi Cognitivi, Complicanze del Diabete, Infezioni del tratto urinario). Sono stati inoltre definiti gli argomenti da affrontare per descrivere come raggiungere l'obiettivo.

A tale scopo sono stati costituiti tre gruppi di lavoro, di cui il primo deputato alla definizione dei casi, sintetica descrizione clinica, criteri diagnostici e approcci terapeutici, il secondo alla descrizione e composizione delle *équipe* multi professionali, organizzazione delle case

di comunità, modalità operative della COT e il terzo all'esplicitazione dell'ADI, Sanità Digitale, Liste d'attesa, AREU, ACSS-volontariato e monitoraggio.

I relatori sono stati gli stessi iscritti al Forum e ciò al fine di dare senso concreto all'idea di valorizzare le esperienze poste all'attenzione dei presenti, sia per i casi virtuosi che per le criticità emerse o presenti.

Un notevole contributo è stato fornito dai diversi Dirigenti Regionali che hanno partecipato al Forum, stante la ricca documentazione trasmessa e la loro testimonianza, utile ai frequentanti sia per evitare proposte già contenute in diversi documenti regionali, che di ricominciare sempre "da zero" senza tenere in considerazione il lavoro già svolto.

RUOLO DI ATS

Al fine di dare piena attuazione all'art.6 punto 3 della LR 33/2009, circa l'analisi della domanda di salute del proprio territorio e dunque per procedere a rendere disponibili strumenti per reperire dati che consentano una programmazione che permetta la presa in carico degli over 65 anni per le patologie di cui all'obiettivo del documento, è necessario che le ATS, in modo uniforme su tutto il territorio regionale, si dotino, qualora non già fatto, di portali che contengano dati necessari alla valutazione dello stato di salute e ai bisogni sanitari e sociosanitari della popolazione a cui si fa riferimento.

Le recenti indicazioni regionali su come procedere a rendere uniforme il ruolo di ATS, oltre che sulla formazione del personale che sarà addetto alla gestione dei portali di ATS, va nella direzione che i partecipanti al Forum auspicano vivamente.

L'esempio portato all'attenzione dei partecipanti è stato riferito all'ATS Città Metropolitana che si è dotata di portali, in parte sono *open access* e in parte riservati.

Open access:

- <https://portalestatosalute.ats-milano.it/>
- Portali riservati;
- Portale Inferenze;
- Portale Mercurio.

Il **portale** Stato di Salute è uno strumento che consente di accedere a informazioni aggiornate sullo stato di salute e sui consumi di prestazioni sanitarie della popolazione residente nei 195 Comuni della ATS della Città Metropolitana di Milano.

Vengono resi disponibili due portali distinti che hanno finalità complementari, ma consentono di avere informazioni per Comune, per ASST e per ATS.

Nella sezione relativa allo "Stato di Salute della popolazione" sono reperibili informazioni sulla demografia, ospedalizzazione, principali patologie croniche, mortalità per causa e incidenza di tumori. Nella sezione "accesso alle prestazioni sanitarie" si trovano invece informazioni relative all'accesso alle prestazioni sanitarie di tutti i cittadini residenti nella ATS Milano Città Metropolitana: in quali ospedali i residenti di un comune si riferiscono per farsi ricoverare, accedere al pronto soccorso, ricevere una prestazione ambulatoriale o acquistare un farmaco.

Dall'esempio portato dal Direttore del Distretto Castanese dell'ASST Ovest Legnano sempre tratto dal portale di ATS Milano è possibile avere dati relativi a un determinato anno di ricerca relativi a:

- Popolazione totale distretto;
- Popolazione over 65 distretto;
- Popolazione over 65 per singolo comune;
- Numero assoluto totale malattie croniche distretto;
- Numero assoluto di pz affetti da patologie croniche;
- Numero assoluto di affetti per patologie croniche over 65;
- Numero per distretto over 65;
- Per singolo comune;
- Per fasce di età (65-69; 70-74; 75-79; > o =85).

Sulla base del percorso individuato di presa in carico (quali visite e prestazioni, quale percorso) sarà inoltre possibile verificare dove solitamente la popolazione residente, divisa anche per fasce di età, in un determinato distretto/comune si reca per quelle prestazioni per ipotizzare il volume di prestazioni, anche sulla base dell'offerta di servizi di quello specifico territorio.

Ad esempio dal portale stato di salute di ATS Milano si evidenzia che è possibile conoscere dati, sempre per aree di interesse (Comuni, Distretti, ASST) relative a specialistica, ricoveri (raggruppamenti per diagnosi), Pronto Soccorso (per codici di priorità) per farmaci.

Inoltre ATS Città Metropolitana dispone di un nuovo **Portale Profili territoriali di salute (Inferenze)** che si pone l'obiettivo principale di implementare un sistema di valutazione e monitoraggio della qualità dell'assistenza sanitaria erogata, con particolare attenzione all'integrazione tra assistenza territoriale e assistenza ospedaliera, con riferimento all'introduzione della recente legge di riforma dell'assistenza sanitaria territoriale (DM 77/2022).

È un sistema informativo dinamico per rispondere alle istanze delle direzioni organizzando le informazioni di 800 indicatori normalmente utilizzati nella sanità pubblica in profili di salute (aggregati sintetico di indicatori):

- Tumori;
- Malattie croniche;
- Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) - Complessivo;
- Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) - Area Prevenzione;
- Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) - Area Distrettuale;
- Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) - Area Ospedaliera.

È suddiviso nei due macro argomenti:

- Assistenza sociosanitaria (prevenzione, integrazione ospedale territorio, assistenza ospedaliera...);
- Popolazione e tessuto urbano (demografia, caratteristiche socio economiche della popolazione, fattori di rischio, esposizioni ambientali...).

Dallo stesso portale inferenze di ATS Milano è possibile avere indicazioni rapide e immediate su:

- Come va il distretto rispetto a un particolare indicatore, rispetto a una media di riferimento;

- Quali aree sono più critiche e quali vanno meglio;
- Aggiungere informazioni su indicatori relativi allo «Stato dell'arte» sulla qualità dell'assistenza sanitaria relativa alla presa in carico del paziente;
- Andamento dell'indicatore nel tempo (Stabile, Peggiora, Migliora);
- Valori di riferimento con ASST e ATS;
- Mappe per vedere se vi è omogeneità nei diversi distretti.

Sempre ATS Città Metropolitana dispone di un **portale "Mercurio"** in grado di fornire una serie di indicatori per sintetizzare le attività delle **AFT dei Distretti** in relazione a:

- Carico assistenziale (assistiti over 65, stranieri, con esenzioni, diabetici, brocopneumatici, con almeno una condizione cronica...);
- Prevenzione (vaccinazioni, screening...);
- Ricoveri (ricoveri ordinari, potenzialmente inappropriati, ripetuti, per BPCO (50-74 anni) x 10000, per diabete (35-74 anni));
- Prestazioni ambulatoriali (prestazioni ambulatoriali prescritte, visite specialistiche, risonanze...);
- Farmaceutica (spesa media per assistito, antibiotici prescritti...);
- Pronto soccorso (numero di accessi in PS per assistito, accessi in emergenza, accessi per codice bianco, verde...).

È così possibile aggiungere ulteriori informazioni sullo stato dell'arte nel distretto e usare gli indicatori a disposizione come strumento di lavoro con i MMG/PLS del territorio.

In relazione ai dati che a livello regionale ARIA mette a disposizione dei Direttori di Distretto e delle Direzioni il *Tableau Server - digital information hub: dashboard* relative ai dati di SGDT, delle Cure Domiciliari e la recente *dashboard benchlearning data driven*, potrebbe essere opportuno una migliore definizione dei rapporti tra le ATS al fine di favorire una azione sempre più integrata.

Si ritiene infine opportuno che le ATS nella loro funzione di analisi della domanda di salute del proprio territorio e nella logica di dare concreto adempimento alle indicazioni contenute nel DM 77/2022 circa la stratificazione della popolazione, diventino riferimento di tutte le strutture accreditate con il SSR del caso attraverso individuazione di procedure o convenzioni che permettano di fornire dati epidemiologici necessari alla programmazione dell'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie da parte delle strutture deputate a svolgere tali funzioni.

Per ciò che concerne la funzione di ATS nell'analisi dei bisogni sanitari, sociosanitari e nella valutazione dei risultati ottenuti, si ritiene che l'esperienza di ATS Città Metropolitana sia sempre più da valorizzare e da diffondere su tutto il territorio regionale:

- 1° step: Al compimento del 65° anno di età l'ATS invia a ASST le persone da prendere in carico. Quest'ultima attraverso il coinvolgimento delle cure primarie, del PUA o della rete territoriale e le farmacie, o ancora a mezzo delle strutture organizzative che verranno meglio individuate, invia l'elenco stratificato ai MMG;
- 2° step: L'MMG, qualora non si sia già attivato, prende in carico i soggetti di cui all'obbiettivo avvalendosi di personale amministrativo;
- 3° step: in collaborazione con l'IFeC si provvederà a seguire e monitorare le condizioni di salute della persona presa in carico.

ÉQUIPE MULTIPROFESSIONALE

Definizione e sua composizione

L'*équipe* multiprofessionale è costituita da un gruppo di professionisti della salute che lavorano insieme per fornire cure integrate e personalizzate ai pazienti, capace di rispondere ai loro bisogni sanitari, sociosanitari e sociali in senso olistico. La sua composizione può includere:

- Medici di Medicina Generale (MMG);
- Medici Specialisti;
- Infermieri e personale infermieristico;
- Farmacisti;
- Assistenti Sociali;
- Fisioterapisti e altri terapisti;
- Psicologi e professionisti del benessere;
- Rappresentanti di associazioni dei malati.

Come individuare il personale da coinvolgere

L'individuazione del personale da coinvolgere deve considerare competenze, esperienze e capacità di lavoro in *team*. Ciascun membro dell'*équipe* multiprofessionale deve essere in grado di comunicare agevolmente con il resto della squadra anche utilizzando piattaforme *ad hoc* condivise.

In particolare la funzione sarà quella di monitorare e gestire i pazienti affetti da patologie croniche in stretta collaborazione tra i diversi membri dell'*équipe*, attraverso:

- Piattaforma unica con cartella condivisa alla quale possano afferire e contribuire tutti i membri dell'*équipe* multiprofessionale;
- Telemedicina;
- Telesorveglianza;
- Stesura dei Piani Assistenziali Integrati e Piani Riabilitativi Integrati;
- Mantenimento di un rapporto costante con le CdC.

L'integrazione dei componenti dell'*équipe* multiprofessionale sarà assicurata dal Direttore Socio Sanitario, il quale si avvarrà del Direttore di Distretto quale responsabile del coordinamento delle risorse e dei servizi erogati sul territorio anche per il tramite del Direttore delle Professioni Sanitarie.

I Direttori Socio Sanitari e i Direttori di Distretto collaboreranno con il Direttore del Dipartimento delle cure primarie nell'elaborazione delle strategie di assistenza primaria, anche nella logica di favorire una rivisitazione delle stesse in stretta collaborazione con i MMG all'interno del comitato aziendale della medicina generale. L'integrazione dovrà essere garantita sia dal Coordinamento che dall'utilizzo di strumenti comuni, come la scala di valutazione multidimensionale e riunioni periodiche, sia per la componente organizzativa delle attività in concerto con il Direttore di Distretto, che per l'analisi dei casi e relativa pianificazione degli interventi. Sarà necessario integrare alcuni infermieri ADI accreditati con le ASST e gli infermieri degli studi medici.

Per rendere operativo il significato di operare in *équipe* multi professionale si porta ad esempio una proposta che riguarda la presa in carico della Cronicità.

Ogni patologia cronica ha un processo ospedale – territorio di solito regolato da PDTA-R (o linee guida) redatto dalle società mediche accreditate e che sarebbe opportuno declinare in ambito regionale (per alcune patologie anche neurologiche questo è già stato fatto o si sta facendo). Il PDTA-R è essenziale per una corretta presa in carico del paziente integrata fra ospedale e territorio.

Si stanno delineando ma vanno maggiormente precisati due diversi modelli di presa in carico che possono tra loro integrarsi e a cui è possibile aggiungere un terzo:

- 1) **Presa in Carico (PIC) classica o di base (PICaB)** da parte delle aggregazioni dei MMG. Può funzionare per complessità basse e patologie comuni (diabete, ipertensione, scompenso, BPCO ecc...). Richiede stesura del PAI e disponibilità del polo ospedaliero di riferimento legato da accordo di "avvalimento";
- 2) **Presa in Carico Specialistica di II° Livello (PICaS)** che riguarda alcune patologie croniche ma con livello elevato di contenuto specialistico. Può riguardare alcune patologie neurologiche (tipo PK, SM, SLA, etc), oncologiche, ematologiche, reumatologiche ecc. **Il livello di PIC è Ospedaliero e corrisponde di fatto ai Percorsi Interni di PIC che già si stanno sperimentando.**

Anche in questi casi è necessaria la stesura di un PAI. Non è escludibile anche una **ospedalizzazione-DOM** come sopra descritta quando il paziente diventa completamente dipendente. Essendo un PIC anche con dimensione multispecialistica, il PAI deve tenere conto dell'intervento di altri specialisti previsti dal PDTA. In Alcune patologie la PICaS diventa anche multidimensionale (dimensione socio-sanitaria, ambientale e sociale).

- 3) **Presa in carico multidimensionale (PICaM)** che riguarda quelle patologie croniche (prevalentemente di ambito psichiatrico e neurologico) in cui gli aspetti puramente sanitari di presa in carico si affiancano a necessità dimensionali ulteriori quali il coinvolgimento dei familiari e dei *care-givers*, gli aspetti di tipo socio-sanitario (RSA Aperta, CDI ecc..., C-DOM ecc...), i bisogni sociali (adattamento al lavoro, agli ambienti sociali, rischio di ritiro e di povertà ecc...). Oltre alle patologie psichiatriche anche alcune patologie neurologiche nelle diverse fasi evolutive comportano la stessa multidimensionalità del problema. Ospedale, Distretto ed Enti Locali integrati con il Terzo Settore sia *profit* che *no-profit*, sono gli attori di un PDTA (vedi sempre PDTA demenza) complesso con molte variabili e dimensioni che può essere efficacemente gestito con sistemi quali il **Budget di Salute** (già sperimentato appunto per la patologia psichiatrica in prevalenza) la cui gestione complessiva nelle sue componenti sanitaria, socio-sanitaria e sociale può essere affidata al *case manager* presente in CDC.

In tutti questi casi è cruciale avere una **piattaforma dati personali, sanitari e sociali condivisa** fra i diversi "nodi" coinvolti nella Presa in Carico di cui si rimanda ai portali di ATS. **In tutti i casi è fondamentale la figura del Case Manager** oltre che del *Clinical Manager*, il cui costo (attualmente non rimborsato da nessuna tariffa) può essere appunto rimborsato come sotto specificato da *Budget* di Percorso o da una funzione di percorso cronicità.

Tutti i modelli di PIC possono integrarsi con modalità di continuità assistenziale tipo C-DOM ovvero UCP-DOM). La remunerazione della PIC se deve realizzare un PDTA non può essere prevista a rimborso di prestazione secondo nomenclatore.

Deve essere previsto un Rimborso a Percorso (**Budget di Percorso**) ai soggetti erogatori (Enti Ospedalieri o Aggregazioni di MMG); vale a dire che si può continuare a prestazione ma **con l'integrazione di una "funzione"** commisurata alla effettiva realizzazione del PDTA che

oggi con il semplice rimborso a tariffa è spesso impossibile realizzare (vedi PDTA demenze recentemente approvato da Regione Lombardia).

RUOLO, FUNZIONI E COMPITI DEI MMG

Riprendendo quanto scritto in AIR 2024 per la Medicina Generale, evidenziando i principali temi espressi, ci sembra giusto richiamare quanto dichiarato nella Missione 6 del PNRR e ribadito nelle Regole 2024 (di cui alla DGR 1827/2024), il Medico di Medicina Generale è porta di accesso e primo contatto delle persone, della famiglia e della comunità con il Servizio Sanitario e il Medico di Assistenza Primaria del ruolo unico a ciclo di scelta (di seguito MMG), nel contesto in cui opera, in forza del **rapporto di fiducia** con il proprio assistito, promuove la medicina di **prossimità**, assicura le **prestazioni di primo livello** e si prende cura della **cronicità** e delle **cure domiciliari** in favore dei suoi assistiti.

Il MMG si **integra funzionalmente** con altri attori del sistema socio-sanitario regionale presenti nelle articolazioni organizzative coordinate dal Distretto (ASST) in cui si collocano le Case della Comunità (CdC), gli Ospedali di Comunità (OdC), le Centrali Operative Territoriali (COT), e che costituiscono il Polo Territoriale delle ASST. La complessità dell'offerta delle Cure Primarie, che si compone di attività domiciliare e ambulatoriale, è arricchita dalla **Presa in Carico**, oggi assicurata anche per il tramite delle società cooperative e costituisce un tassello centrale del programma delle attività territoriali, di cui alle specifiche previsioni normative sopra rassegnate. L'integrazione del Sistema delle Cure Primarie con gli altri componenti l'*équipe* multidisciplinare presenti nel Distretto dovrà trovare un meccanismo facilitante per la sua realizzazione mediante:

- Le **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)**;
- L'armonizzazione dell'assetto organizzativo attuale della Medicina Generale (**supporto all'attività di Studio e Forme associative**) in logica di AFT, dando così attuazione al Decreto Ministeriale della Salute 23 maggio 2022, n. 77 e al profilo del Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria.

Risulta quindi necessario lavorare sul collegamento funzionale tra medico di medicina generale e altri attori presenti nel sistema socio-sanitario regionale. Per far questo è necessario partire dai punti forti di fiduciarità, prossimità, presa in carico della cronicità, domiciliarietà, lavorando principalmente sulla valorizzazione di questi aspetti caratteristici della figura professionale.

Preliminarmente risulta fondamentale stabilire il perimetro di azione delle Forme associative e delle AFT, uniformando i comportamenti nelle diverse ASST e Distretti. Per questo è necessario siano definite le linee di indirizzo per la stesura di un modello comune di regolamento di AFT (incluse le prime indicazioni in ordine al fabbisogno formativo/informativo dei Referenti di AFT).

Risulta altresì importante porre l'attenzione sulle Forme associative della Medicina Generale denominate, a seguito degli AAIRR 2022 e 2023, Forme associative Avanzate (FAA). In particolare, si fa riferimento all'importanza organizzativa delle medesime che le rende capaci di sperimentare per prime linee di attività innovative, rendendole ossatura fondamentale per le stesse AFT.

Si riconosce nel modello di offerta integrata di servizi socio-sanitari la funzione degli Ambulatori Socio-Sanitari Territoriali di cui all'art. 10, comma 11 quater della l.r. 33/2009 come modificata dalla l.r. n. 22/2021, identificabili anche con gli studi di MMG in FAA ad

una o due sedi e/o forme miste (secondo l'attuale assetto organizzativo delle Cure Primarie presente in AIR 2023). La distribuzione capillare sul territorio delle FAA contribuisce, in una logica di prossimità, a strutturare le sedi *spoke* e a collegarle alla Casa di Comunità (*hub*), così come previsto dall'Art. 9 comma 1 dell'ACN vigente.

Sarà quindi necessario definire a livello regionale le differenze tra AFT e FAA, prevedendo ruoli, funzioni, compiti e regole di ingaggio differenti per obiettivi differenti. Nell'ottica di sussidiarietà le FAA potranno essere sedi fisiche, operative e ossatura fondamentale per il funzionamento delle AFT, garantendo gli strumenti per il raggiungimento di obiettivi di popolazione e di sistema. Le AFT potranno diventare reti funzionali utili a raggiungere obiettivi di popolazione, garantendo non solo la continuità ma anche un modello di sostenibilità della professione per i professionisti che ne fanno parte.

Personale e forme associative

Su questo fronte, l'esperienza europea insegna come sia possibile rendere sostenibile un carico di assistiti nettamente maggiore, mettendo in atto le necessarie misure organizzative. Solo una parte di medici di famiglia dispone della collaborazione di un infermiere o di personale amministrativo e, anche quando ciò avviene, è sempre relativo a collaborazioni *part time* o a personale condiviso con colleghi.

In prospettiva ciascun medico dovrebbe essere affiancato da un amministrativo e da un infermiere e i Medici di Medicina Generale dovrebbero lavorare ordinariamente in gruppo, essendo la modalità di lavoro singolo esclusivamente da riservare a particolari situazioni socio geografiche, che ne rendessero indispensabile l'attuazione. In tal senso i medici, mantenendo il loro rapporto individuale con il SSN, dovrebbero avvalersi della collaborazione di società di servizi, in grado di curare l'organizzazione degli studi, implementare i servizi di telemedicina e tele-monitoraggio e offrire specifici *standard* di qualità organizzativa.

Queste condizioni consentirebbero ai medici di gestire un maggior numero di assistiti e di offrire, anche sulla base di accordi regionali e aziendali più omogenei, un'attività misurabile per volumi di attività, soprattutto in termini di qualità dei servizi e risultati. A conferma degli accordi nazionali e regionali, si ricorda la maggior disponibilità di orari di aperture degli ambulatori medici, di visite domiciliari, con possibilità che l'assistito in caso di bisogno possa nell'arco della giornata (08.00-20.00) avere sempre un punto di riferimento.

Va inoltre ricordato il ruolo dei **centri servizi delle cooperative** dei medici di famiglia nella presa in carico dei pazienti cronici: gli esiti positivi in termini di riduzione dei ricoveri ospedalieri e degli accessi al PS sono peraltro stati ben evidenziati dal documento dell'Agenas a seguito dell'analisi del modello e risultati raggiunti a 5 anni dall'avvio della LR 23/2015.

Integrazione di *équipe* attraverso l'infrastruttura informatica e digitale

Una delle criticità presenti nell'integrazione di *équipe* è data dalla grande difficoltà di interscambio di informazioni tra i diversi attori del sistema, spesso limitate a contatti telefonici, tramite documenti cartacei o tramite piattaforme ogni volta differenti.

Spesso il Medico di Medicina Generale si trova a gestire i bisogni complessi del proprio assistito su oltre 10 portali differenti*. Tali portali hanno credenziali e modalità di accesso differenti e richiedono la ripetizione dei dati clinici, anagrafici e assistenziali del proprio assistito. Ciò comporta un enorme dispendio di tempo ed energie, con il progressivo

passaggio da una burocrazia di tipo cartaceo ad una burocrazia di tipo digitale. Per ultimo è utile segnalare che questi portali non sono pensati per l'accesso da parte del personale di supporto del medico (amministrativo e infermieristico).

Riteniamo fondamentale **uniformare questi gestionali** con la predisposizione di un portale unico di accesso per i bisogni complessi degli assistiti con la possibilità che questo portale possa integrarsi in modo interoperabile con le cartelle cliniche/schede sanitarie dei medici di medicina generale e che possa garantire l'integrazione anche con le figure amministrative e infermieristiche presenti negli studi dei medici.

Vale la pena di segnalare come i dati clinici dei pazienti vengano, ad oggi, ancora inseriti manualmente dal medico nelle schede sanitarie informatizzate, compito tipicamente da affidare a personale amministrativo, sebbene, in una logica di transizione digitale, la necessità di procedere in questo modo appaia incredibilmente obsoleta. Anche in questo caso è utile una **riorganizzazione del sistema informatico** che consenta, anche ai privati accreditati oltre che alle strutture pubbliche, il caricamento strutturato degli esami diagnostici e di laboratorio, in modo tale che questi possano essere sincronizzati con le cartelle cliniche dei medici. A riguardo si ritiene opportuno segnalare che tali principi devono essere ricompresi nell'evoluzione dell'FSE (FSE 2.0).

***a titolo di esempio:** protesica maggiore; protesica minore; ADI e voucher; ADP; PIPP; vaccinazioni; segnalazione malattie infettive; collaborazione con IFeC; INPS; INAIL e portale collaborativo differente per ogni ATS.

Case della comunità

Riguardo questo aspetto rimangono ancora molti temi aperti che possono essere sviluppati e implementati. Partendo da alcune domande: cosa può fare la casa di comunità per il MMG? Cosa può fare il MMG per la casa di comunità? E cosa può fare la casa di comunità per i pazienti?

Alla luce di quanto espresso nelle righe precedenti il collegamento con la casa di comunità dovrà essere di tipo funzionale, garantendo quindi la prossimità sul territorio e valorizzando l'organizzazione funzionale degli attori presenti sul territorio, compreso il medico di medicina generale.

Le attività legate alla casa di comunità dovranno inoltre essere necessariamente non riconducibili al rapporto fiduciario, ma legate a obiettivi di popolazione e di sanità di iniziativa, come ad esempio vaccinazioni, valutazioni multidimensionali e multiprofessionali, presa in carico, consulti programmati con gli altri attori del territorio, coordinamento in ambito di assistenza territoriale con le figure deputate all'intercettazione dei bisogni (assistenti sociali, IFeC, psicologi, ecc), coordinamento in ambito di attività domiciliare, ecc...

Il rapporto tra MMG e Specialisti si propone avvenga anche attraverso agende appositamente dedicate e con la telemedicina come di seguito descritto. I rapporti con gli IFeC, soprattutto in relazione ai MMG che possono avvalersi di un proprio infermiere di studio, sarà in una logica di riconoscimento delle specifiche autonomie e ambiti professionali, di interrelazione e integrazione multiprofessionale.

La previsione di una casa della comunità ogni 50.000 abitanti è un'opportunità che potrebbe rappresentare il punto di riferimento per più medicine di gruppo insistenti sul territorio, mantenendo la maggior parte a livello territoriale secondo il modello

organizzativo sopra descritto, in una logica di prossimità. Alcune case della comunità, secondo il principio della sussidiarietà orizzontale, potrebbero essere gestite anche dalle **cooperative dei medici di famiglia**. La presenza sul territorio di strutture dei medici di famiglia associati in gruppo e la loro gestione organizzativa da parte di cooperative di medici, possono garantire agli assistiti un **punto di accesso e di riferimento noto, comodo ed efficace**. Non dimentichiamo ad esempio le esperienze dei centri servizi e delle cooperative quale legante e moltiplicatore dell'offerta della medicina generale.

Comunicazione tra Professionisti

L'uso di sistemi informatici e banche dati facilita la condivisione di informazioni cruciali per la continuità delle cure e quindi dovrebbe favorire la comunicazione tra professionisti, anche attraverso la creazione di una piattaforma condivisa per una gestione di cartella clinica con vari aspetti (diario clinico, anagrafica, dati essenziali, terapia cronica, esenzioni, PAI).

Telemedicina e Diagnostica di Primo Livello

La telemedicina dovrebbe rappresentare una delle attività di maggior rilievo all'interno delle CDC, non essendo realisticamente ipotizzabile la costituzione diffusa di poliambulatori in presenza fisica ove si eccettuino un numero ristretto di specialità di base e le attività di pertinenza consultoriale.

Le attività, che potrebbero essere previste anche in modalità *spoke* laddove si realizzano strutture di medicina di gruppo che lo consentano, dovrebbero comprendere sia attività di televisita in presenza del paziente, sia di teleconsulto con presenza anche del medico di medicina generale e le stesse strutture potrebbero essere utilizzate anche per la consultazione diretta tra MMG e medico specialista, ove non sia necessaria la presenza diretta dell'assistito.

Nella CDC andrebbe prevista la presenza di un centro prelievi, non escludendo la possibilità di postazioni POCT per attività estemporanee e di *screening* o mirate alla gestione della cronicità, qualora l'organizzazione lo preveda.

L'attività dei MMG nella diagnostica rapida dovrebbe essere riconosciuta sia per quanto riguarda lo svolgimento all'interno delle CDC che per quanto riguarda l'attività svolta negli studi o a domicilio.

Gli studi organizzati dei medici di medicina generale potrebbero rappresentare dei terminali di fondamentale importanza per la **gestione di interventi di telemedicina e di diagnostica di primo livello**, declinati sia in termini di rapporto con la medicina specialistica ospedaliera, sia in termini di tele-monitoraggio domiciliare, ai fini della presa in carico della cronicità. Peraltro per il *follow-up* dei malati cronici, la nostra proposta, da valutare da parte dei decisori regionali, è di togliere le relative prestazioni dal Cup ordinario, creando un'area specifica (come per le prestazioni per i ricoverati) con agende dedicate dove i prescrittori secondo criteri di necessità e urgenza possano prenotare le prestazioni.

Anche in questo caso si richiama la necessità di disporre, per la gestione del sistema, di centri servizi quali quelli utilizzati dalle cooperative dei MMG per il tele-monitoraggio e per la gestione della cronicità sin dai tempi della sperimentazione CReG. Tali esperienze dovrebbero uscire da una gestione a "progetto" per essere messi a sistema in stretta collaborazione con i Distretti e con le Case della Comunità.

Inoltre i MMG così organizzati potrebbero avere un ruolo di rilievo negli interventi di prevenzione primaria, oltre che di vaccinoprofilassi, attraverso l'adesione a iniziative che si pongono come obiettivo la promozione della salute della popolazione, attraverso campagne informative rivolte ai singoli assistiti circa la correzione ad esempio di errati stili di vita.

Così come attivo sarà il coinvolgimento dei MMG nelle campagne di *screening* non solo per la prevenzione di patologie oncologiche. La logica sarà dunque quella di un "assistenza proattiva dell'individuo dalle fasi di prevenzione sino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa".

Anche in questo senso si inserisce l'attività di elaborazione e monitoraggio dei Piani Assistenziali Integrati. La disponibilità dei dati derivanti dalla stratificazione della popolazione per analisi dei bisogni di cui ai portali descritti nella parte relativa al ruolo di ATS, dovrebbe facilitare la presa in carico e il monitoraggio degli over 65enni come da obiettivo del presente documento.

Ancora il MMG attraverso l'IFeC e il PUA, potrà relazionarsi con i servizi sociali dei Comuni, trasferendo le loro problematiche rilevate nella propria attività assistenziale, ciò considerato il ruolo degli Assistenti sociali dei Comuni stessi, a supporto nei casi di vulnerabilità sociale.

Ospedale di Comunità

L'ODC dovrebbe avere una propria dotazione organica per garantire l'assistenza medica nella copertura oraria prevista dal PNRR. È e sarà il luogo che consente al MMG di mantenere una continuità di rapporto con i propri assistiti ricoverati garantendo l'interazione con il personale medico e infermieristico dedicato.

Formazione

Crediamo che la vera integrazione possa realizzarsi formandosi insieme e quindi creando percorsi, anche solo in parte condivisi tra i diversi professionisti del territorio. Peraltro nei corsi di formazione integrati tra i diversi professionisti, vi è da considerare ad esempio l'ipotesi di percorsi comuni: sia per i corsi di formazione dei MMG che degli IFeC.

Attualmente all'interno del polo territoriale di ASST è presente la formazione dei Medici di Medicina Generale, degli infermieri di famiglia e comunità e, affiancati al polo territoriale, sono in essere percorsi di formazione per direttori di distretto e per l'attività della domiciliarità.

La possibilità di creare sinergie all'interno di questi percorsi formativi potrà portare i professionisti a conoscersi, a collaborare e a creare legami professionali; durante il tutoraggio pratico, durante lo svolgimento di alcuni aspetti teorici oppure durante la predisposizione di *project work*.

Ruolo, Funzioni e compiti dei Medici Specialisti

I medici specialisti contribuiscono, anche all'interno degli ambulatori presenti nelle case di comunità a:

- Diagnosi e trattamento delle patologie specifiche;
- Collaborazione con l'*équipe* per l'elaborazione di Piani Assistenziali;
- Erogazione di prestazioni dedicando 'slot' riservati ai pazienti cronici, in accordo al PAI redatto dal MMG;
- Stesura dei piani assistenziali individuali riferiti alle prese in carico ospedaliere;
- Formazione e aggiornamento continuo del personale.

I rapporti con i componenti l'*équipe* multiprofessionale a partire dai MMG e IFeC, dovrà avvenire come già descritto e grazie a formali accordi aziendali soprattutto tra DS e DSS. Si ribadisce l'importanza dell'accordo funzionale tra i dipartimenti e i medici specialisti convenzionati

Ruolo, Funzioni e compiti dell'IFeC

L'IFeC in coerenza con gli orientamenti europei e con i dispositivi normati nazionali e regionali è figura di grande rilievo nel panorama sanitario per le competenze assegnate in ambito familiare e comunitario per la promozione della salute e la gestione della cronicità e fragilità sul territorio.

L'IFeC promuove l'educazione sanitaria, coinvolgendo attivamente la popolazione e collaborando con tutti gli attori sanitari, sociosanitari e sociali interessati allo sviluppo di comunità resilienti e ambienti favorevoli alla salute.

L'IFeC svolge attività di informazione e comunicazione, sia a livello individuale che di gruppo e offre supporto e consulenza per favorire comportamenti positivi, responsabilizzando sia gli individui che la collettività. Lavora in stretta collaborazione con le reti sociosanitarie, le risorse della comunità e l'*équipe* multiprofessionale.

Quanto sopra, in riferimento anche ad un documento redatto dalla dott.ssa Anna Maria Bona, e ai fini del raggiungimento del nostro obiettivo, considerando i livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali di cui alla tabella 2 del DM 77/2022 a cui si fa riferimento l'IFeC, provvede a:

- **I° livello** – Persona in salute: assicura interventi di promozione della salute e interventi di prevenzione primaria e di profilassi generale e specifica;
- **II° livello** – Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo: stante la stratificazione del rischio così come derivanti dai portali di ATS, assume un'azione proattiva intervenendo in stretta integrazione con il MMG a dare indicazioni correttive su errati stili di vita;
- **III° livello** – Persona con complessità clinico assistenziale media, presenza di cronicità iniziale prevalentemente mono patologica: anche in questo caso dai dati derivanti dalla stratificazione dai portali ATS, presidia e facilita i percorsi nei diversi servizi sempre in stretta integrazione con il MMG, orientando gli assistiti verso l'effettuazione di accertamenti periodici;
- **IV° livello** - Persona con complessità clinico assistenziale medio alta con o senza fragilità sociale, con patologia singola complessa o patologie multiple e condizione di salute complessa, supporto attivo e orientamento al malato, presa in carico multiprofessionale con supporto attivo e orientamento alla persona: in questo caso l'IFeC pianifica ed eroga interventi assistenziali personalizzati alla persona e alla famiglia, allertando attraverso il PUA i servizi sociali dei Comuni, anche avvalendosi delle consulenze specifiche. Inoltre L'IFeC promuove l'aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi, verifica e monitora i risultati di salute, con i componenti l'*équipe* multiprofessionale prevedendo percorsi nell'ambito dei servizi territoriali sanitari, sociosanitari residenziali e semiresidenziali, con rapporti con la COT;
- **V° livello** – Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale: pianifica visite domiciliari aggiuntive (si rimanda a capitolo riguardante l'ADI) concorda con MMG, visite domiciliari, attiva la consulenza degli specialisti, si rapporta con la COT;

- **VI° livello** – Persona con patologia terminale, ADI: programma visite domiciliari in relazione al bisogno, monitora i parametri vitali, mantiene stretti rapporti con MMG, Specialisti e COT.

Elaborazione dei Piani Assistenziali Integrati, dei Piani Riabilitativi Integrati, ecc

Ad opera di tutta l'*équipe*, a seconda dei bisogni rilevati da ciascun membro e che vanno condivisi.

LA RETE DELLE FARMACIE

Le farmacie, grazie alla loro capillare diffusione sul territorio lombardo e stante l'elevato accesso di persone che quotidianamente usufruiscono delle loro prestazioni, rappresentano un *asset* strategico del sistema sanitario sul territorio ed è auspicabile una sempre maggiore integrazione che le porti a diventare sempre di più una vera e propria emanazione funzionale del sistema sanitario anche in un'ottica di "Casa della Salute allargata".

Le attività che le farmacie già svolgono o che potrebbero svolgere in futuro comprendono:

- Prestazioni di telemedicina;
- Operazioni di scelta e revoca del medico;
- Prenotazioni CUP;
- Gestione logistica dei *kit* per lo *screening* del tumore al colon retto;
- Vaccinazioni (al momento influenza e Covid);
- Ricognizione terapeutica;
- Aderenza terapeutica;
- Telemonitoraggio (gestione logistica dei *device* e formazione al paziente);
- Televisita (messa a disposizione di postazioni e strumenti);
- Campagne di prevenzione e informazione sui corretti stili di vita;
- Campagne di informazione sul corretto utilizzo delle risorse del sistema sanitario.

Telemedicina

In Lombardia più di 2.000 farmacie offrono prestazioni di telemedicina. Le prestazioni sono naturalmente refertate da medici specialisti operanti presso i fornitori di servizi di telemedicina. Ad oggi, tutti i *provider* di servizi di telemedicina utilizzati dalle farmacie lombarde sono accreditati presso la Regione. Le strumentazioni utilizzate sono certificate e sottoposte a verifiche periodiche.

Nel 2023 sono stati effettuate in regime privato:

- 34112 holter cardiaci;
- 52418 ecg;
- 24279 holter pressori.

La maggior parte di queste prestazioni sono state effettuate su richiesta del medico di medicina generale o dello specialista. Dal mese di giugno 2024 in Lombardia è attiva una sperimentazione per prestazioni di telemedicina a carico del sistema sanitario nell'ambito della "farmacia dei servizi".

Malgrado la sperimentazione in atto i numeri delle prestazioni effettuate a carico del sistema sanitario sono molto inferiori rispetto a quelle eseguite in regime privato anche se

una quota importante dei pazienti rientrerebbe nelle categorie ammesse nella sperimentazione (presenza di esenzione per patologia cardiovascolare).

Questo fenomeno si traduce in un enorme potenziale "inespresso" da parte delle farmacie e in una spesa importante (ed evitabile) da parte di molti cittadini.

La principale motivazione per questo scarso ricorso alla "telemedicina in convenzione" è probabilmente correlata alla particolare modalità prescrittiva delle prestazioni erogabili a carico del sistema sanitario da parte delle farmacie: il promemoria della ricetta dematerializzata non è utilizzabile (se non per la prestazione a pagamento), la prescrizione su ricettario RUR (ricetta rossa) non è utilizzabile (se non per la prestazione a pagamento). L'unica forma di prescrizione per effettuare la prestazione in convenzione è una ricetta bianca redatta "a mano" dal medico di medicina generale attestante l'esenzione per una patologia cardiovascolare.

Questa particolare modalità prescrittiva di fatto limita l'accesso alla prestazione in regime convenzionato nelle farmacie solo ai pazienti per i quali il medico di medicina generale ha stabilito a priori l'esecuzione in farmacia compilando la ricetta bianca. Di fatto la maggior parte dei pazienti in possesso di promemoria di ricetta dematerializzata oppure di ricetta rossa si recano comunque in farmacia per comodità di accesso e per i tempi di attesa ridotti (in genere la prestazione è erogabile il giorno stesso o entro uno o due giorni) ed eseguono la prestazione a pagamento.

Una semplificazione delle modalità prescrittive che permetta alle farmacie di accettare anche le ricette rosse oppure i promemoria di ricetta dematerializzate permetterebbe al paziente di scegliere dove effettuare l'esame in base alle proprie preferenze, alla disponibilità temporale e non ultimo alla distanza: si pensi alle valli o alle zone remote della regione in cui sono comunque presenti le farmacie. Nello scenario attuale un paziente in possesso di promemoria di ricetta dematerializzata deve scegliere se effettuare la prestazione a pagamento nella farmacia a pochi chilometri da casa oppure spostarsi nella più vicina struttura convenzionata magari a diverse decine di chilometri per effettuare la prestazione in convenzione (nel caso degli *holter* il viaggio sarebbe doppio a causa della necessità di rimuovere lo strumento il giorno successivo).

È auspicabile che questi ostacoli vengano rimossi e che la telemedicina in convenzione venga resa strutturale al termine della sperimentazione prevista per il 31 dicembre 2024. Si potrebbero inoltre ipotizzare delle agende preferenziali per i pazienti cronici che necessitano di programmare le prestazioni di telemedicina anche con l'utilizzo di piattaforme di prenotazione regionali come già avviene ad esempio per le vaccinazioni.

Le farmacie auspicano che tutte le refertazioni in futuro convergano sul fascicolo sanitario elettronico e a tale scopo tutte le prestazioni di telemedicina in convenzione transitano sulla piattaforma nazionale Dottorfarma di Promofarma, attualmente utilizzata solo per la rendicontazione ma che in futuro potrebbe fungere da collegamento tra le piattaforme dei provider di telemedicina e il fascicolo sanitario elettronico.

Collaborazione con medici e strutture sanitarie

La collaborazione e la sinergia tra i farmacisti e gli altri professionisti sanitari e in particolare con i medici di medicina generale è fondamentale per definire spazi di manovra condivisi che permettano a tutti i professionisti di operare nell'interesse dei cittadini. Come esempio pratico di collaborazione si può citare l'ormai decennale collaborazione della SIMG

(Società Italiana di Medicina Generale e della Cure Primarie) con il *network* nazionale di farmacie indipendenti Apoteca Natura.

La collaborazione con SIMG ha permesso di strutturare dei percorsi formativi destinati ai farmacisti con l'obiettivo di gestire al meglio le più frequenti "patologie minori" (quelle gestibili nell'ambito dell'automedicazione) definendo contestualmente delle "red flag" in presenza delle quali il paziente deve essere invitato a rivolgersi al proprio medico curante. Stante le positive esperienze condotte dalle farmacie in campagne di prevenzioni quali "Ci sta a cuore il tuo cuore" iniziata nel 2012 e ancora oggi attiva, è auspicabile che per le patologie oggetto dell'obiettivo del presente documento, siano predisposti dai componenti l'*équipe* multiprofessionale e quindi anche dai farmacisti materiali divulgativi circa i corretti stili di vita, da distribuire nelle diverse farmacie. Analogamente e vista anche in questo caso la positiva esperienza derivante dallo studio CV Previtale guidato dall'IRCCS Centro Cardiologico Monzino, la disponibilità delle farmacie di essere per talune iniziative poste quale punto di riferimento delle attività concordate all'interno dell'*équipe* multiprofessionale è ritenuta di rilievo e da perseguire.

Il denominatore comune dovrà essere la collaborazione sinergica tra i diversi operatori sanitari con regole chiare e definite, che permetterebbe una maggiore efficienza del sistema con risparmio di tempo, risorse e un miglioramento della qualità del servizio al cittadino.

Un modello simile basato su:

- Formazione specifica;
- Definizione *red flag*;
- Definizione protocollo di gestione.

potrebbe ad esempio essere utilizzato per la gestione specifica delle patologie minori nel paziente cronico e in particolare nell'attivazione di allerte precoci nel caso in cui emergano dei segnali di allarme (*red flag*) specifici per il paziente cronico e chiaramente definiti a priori in sinergia con i medici. In ogni caso l'integrazione del farmacista nell'*équipe* multiprofessionale permetterà una maggiore e migliore collaborazione con i MMG in presenza di accertamenti che rilevano parametri abnormi, evitando un aumento del consumo sanitario e comunque di effettuare accertamenti che abbiano evidenza in medicina e che siano strettamente correlati alla patologia da investigare o monitorare.

Campagne di formazione e informazione permanenti

Il sistema delle farmacie in virtù dell'elevato numero di contatti giornalieri con i cittadini (800.000 ingressi al giorno) e della diffusione capillare sul territorio rappresenta un sistema ideale per veicolare campagne di formazione su prevenzione e corretti stili di vita.

In quest'ottica sarebbero auspicabili anche interventi di formazione sulle nuove generazioni in quanto i giovani di oggi saranno gli anziani e i potenziali pazienti cronici del futuro. Campagne di sensibilizzazione strutturate nelle scuole potrebbero giocare un ruolo "indiretto" nella sensibilizzazione in termini di prevenzione nelle generazioni dei genitori degli alunni stessi. I farmacisti in collaborazione con medici e infermieri potrebbero partecipare a questo tipo di attività nelle scuole dei rispettivi territori.

Come modello replicabile di una simile attività si può citare la collaborazione delle farmacie Apoteca Natura con ISDE (Associazione Italiana Medici per l'Ambiente) che si è

concretizzata in una serie di incontri nelle scuole tenuti dai medici di ISDE insieme ai farmacisti con lo scopo di sensibilizzare le nuove generazioni sulla relazione tra ambiente e salute. Un'ulteriore attività di sensibilizzazione potrebbe essere una campagna permanente di informazione sul corretto ricorso alle strutture del sistema sanitario.

La farmacia rappresenta luogo di facile fruizione per questo tipo di attività anche in termini di punto di distribuzione di materiale informativo regionale. Il materiale utilizzato in queste campagne dovrebbe essere redatto in diverse lingue con lo scopo di abbattere le barriere linguistiche (e culturali) che sempre più spesso gli operatori sanitari incontrano nello svolgimento della loro professione.

Ruolo degli Assistenti Sociali dei Comuni (Condivisione degli interventi nell'ambito della Conferenza dei Sindaci, del Collegio dei Sindaci, delle Assemblee dei Sindaci di Distretto, Piani di Zona, ecc...)

Gli Assistenti Sociali facilitano l'integrazione con:

- Supporto nei casi di vulnerabilità sociale;
- Collaborazione nelle Conferenze dei Sindaci e Piani di Zona;
- Presenza in casa della Comunità da concordare con Sindaci a conferma delle indicazioni regionali;
- Declinazione dell'operatività e delle funzioni anche in coerenza gli accordi di programma del triennio 2025-2027.

Ruolo di altri professionisti della salute e non, componenti l'équipe

Come contenuto nel DM 77/22 e nei diversi dispositivi normativi regionali, l'auspicio è che siano sempre più coinvolti altri professionisti, come nutrizionisti e terapisti occupazionali, per una cura olistica, oltre che i professionisti appartenenti alle componenti tecniche e amministrative.

COT – Centrali Operative Territoriali

Le COT, per le specifiche caratteristiche che le assimilano a un Centro Servizi, potrebbero insistere su una popolazione anche più vasta dei 100.000 abitanti previsti, allo scopo di ottimizzare risorse umane e tecnologia e potrebbero avvalersi dell'esperienza maturata e delle strutture che stanno attualmente gestendo la PIC, in primo luogo le cooperative dei medici di medicina generale.

È evidente come l'attività delle cooperative dei medici di medicina generale abbia dato impulso alla definizione delle centrali operative territoriali, menzionate nelle linee di sviluppo. Tuttavia l'esperienza lombarda della presa in carico della cronicità, considerata anche da Agenas come particolarmente significativa, come i tentativi di affidare le centrali operative agli erogatori, pubblici e privati, abbiano prodotto scarsi volumi di presa in carico, al contrario di quanto è avvenuto per le centrali gestite dalle cooperative di MMG. Di questo andrebbe tenuto conto nella stesura del riordino della nostra sanità territoriale.

La COT, per garantire le funzioni di cui al DM 77/22 deve utilizzare modalità formalizzate di comunicazione con i professionisti della salute che operano nel Distretto e nello specifico nelle Case della Comunità (CdC), nelle Unità di Continuità Assistenziale (UCA), nelle Cure Domiciliari (C-DOM), nelle residenze/centri diurni, nelle strutture ospedaliere, nelle altre strutture territoriali (es. SERD, NOA), con gli MMG/PLS, con gli Enti Locali e Comunali oltre

che con il NEA 116117. Al tempo stesso, la COT attiva canali di comunicazione con altre COT di altre ASST di Regione Lombardia e con COT e Strutture Ospedaliere di altre Regioni italiane al fine di fornire un'adeguata risposta ai bisogni di cittadini residenti ma, momentaneamente, collocati al di fuori del territorio di appartenenza.

Per assicurare il supporto informativo, organizzativo e logistico delle transizioni dei pazienti da un *setting* di assistenza all'altro, la COT si farà carico delle necessità espresse dal professionista del *setting* di provenienza, contattando e attivando il/i servizio/i necessario/i alla definizione del *setting* di destinazione, dando il giusto supporto ai processi necessari, tra cui anche il processo di valutazione del *setting* (UVM), tracciando, monitorando e registrando la transizione e il suo esito.

La COT coordina le transizioni che coinvolgono i diversi *setting* per i casi gestiti all'interno del proprio ambito territoriale e può interfacciarsi anche con altre COT di altri Distretti o altre ASST. Nello specifico, la COT funzionerà da facilitatore per il collegamento di professionisti che operano in *setting* e servizi differenti, favorendo la tempestività e l'appropriatezza delle prestazioni erogate al cittadino.

Modello Transitional Care Centrale Operativa Territoriale

Il modello *Transitional Care* della COT prevede tre tipologie di transizioni all'interno delle quali rientrano i diversi *setting* di destinazione del territorio di ASST Nord Milano:

- Transizione Ospedale – Territorio (gestita da COT di prossimità);
- Transizione Territorio – Ospedale (gestita da COT di prossimità);
- Transizione Territorio – Territorio (gestita da COT di coordinamento).

Al fine di gestire i suddetti processi di transizione nell'ottica della presa in carico complessiva e dell'indirizzamento dell'utente al *setting* di destinazione più appropriato e pertinente, la COT di coordinamento e le COT di prossimità lavorano in stretta sinergia, specializzandosi ognuna in un modello di transizione specifica così da poter fornire risposte complete, veloci e risolutive. Qualsiasi professionista necessiti o ritenga opportuno attivare la COT, indipendentemente dalla tipologia di transizione, dovrà trasmettere all'indirizzo mail la "Scheda Unica di Attivazione della COT" (SU), compilata in tutti i suoi campi. Tale scheda prevede, a cura del professionista richiedente, la compilazione dell'anagrafica paziente, l'individuazione del bisogno sociale, sanitario o assistenziale e riporta il motivo dell'attivazione della COT che, se necessario, potrà richiedere ulteriori specifiche al fine di individuare il corretto *setting* di destinazione. La richiesta di attivazione viene sempre avanzata alla COT di coordinamento che, a seconda del *setting* individuato, attiva le COT di prossimità. Per quanto riguarda i modelli di transizione "Ospedale – Territorio" e "Territorio – Territorio", la COT raccoglie tutte le informazioni necessarie al fine di classificare il bisogno della persona come MONO – professionale (presa in carico che coinvolge un singolo professionista) o come MULTI – professionale (presa in carico che coinvolge più professionisti di discipline differenti).

Focus UVM Decisionale

Solo nel caso in cui si riscontri un bisogno di tipo MULTI – professionale, la COT programmerà un'UVM DECISIONALE convocando i professionisti coinvolti, o potenzialmente coinvolti, nella presa in carico. La UVM, che ha il fine di favorire il confronto tra i professionisti e l'individuazione del *setting* di cura più adeguato e l'individuazione del *case manager*, può essere svolta in presenza oppure da remoto. Sarà il *case manager* responsabile del caso, a

valutare la necessità di un'eventuale e ulteriore UVM con altri e diversi professionisti. Se ritenuto necessario, la programmazione dell'UVM verrà effettuata dalla COT con la convocazione dei professionisti identificati dal *case manager* e prontamente comunicati alla COT stessa. Le transizioni Territorio-Ospedale non prevedono la convocazione di UVM.

Il ruolo della COT nella Transizione Ospedale – Territorio

La struttura ospedaliera (ASST, IRCCS, Privati accreditati) esprime il bisogno di continuità delle cure per un paziente ricoverato per il quale, alla dimissione, si prevede la necessità di supporto sanitario/sociale evidenziato tramite l'utilizzo di scale di valutazione. La COT coordina, traccia, monitora e interviene proattivamente per garantire il buon esito della transizione.

Fase 1 – Identificazione del bisogno e avvio del processo. In questa fase sarà cura della struttura richiedente:

- Individuare il più precocemente possibile (non oltre le 48 ore dal ricovero) il bisogno di prosecuzione delle cure dopo la dimissione;
- Attivare la COT di coordinamento tramite la SU in tempo utile per l'attivazione del *setting* successivo.

La COT di Prossimità che coordina la transizione:

- Raccoglie il bisogno espresso dalla Struttura richiedente visionando la SU;
- Visualizza la SU e classifica il bisogno come MONO o MULTI professionale. In caso di quest'ultimo, convoca UVM DECISIONALE.

Fase 2 – Identificazione del *setting* di destinazione e coordinamento della transizione. A seguito della valutazione effettuata, anche da parte dell'UVM, viene formulata una proposta di *setting* di destinazione.

La COT di prossimità che coordina la transizione:

- Supporta l'individuazione del *setting* di destinazione più appropriato e/o interagisce con altre COT o altre strutture ospedaliere per farlo. Il supporto all'individuazione avviene in modo diretto in caso di bisogno MONO professionale, e a seguito di UVM decisionale in caso di bisogno MULTI professionale. Nel caso in cui venga svolta l'UVM decisionale, dovrà necessariamente essere identificato il *Case Manager*;
- Prende contatto con la struttura e/o servizio territoriale individuato e i relativi professionisti coinvolti intra/extra ASST NM per pianificare e organizzare il momento della dimissione e la transizione verso il *setting* individuato;
- Mantiene aggiornato il *Case Manager* e tutti i professionisti coinvolti nella transizione;
- Registra le informazioni compilando *Dataset*, SGDT (profilo dimissioni protette) e verbale UVM inviandolo a tutti i convocati.

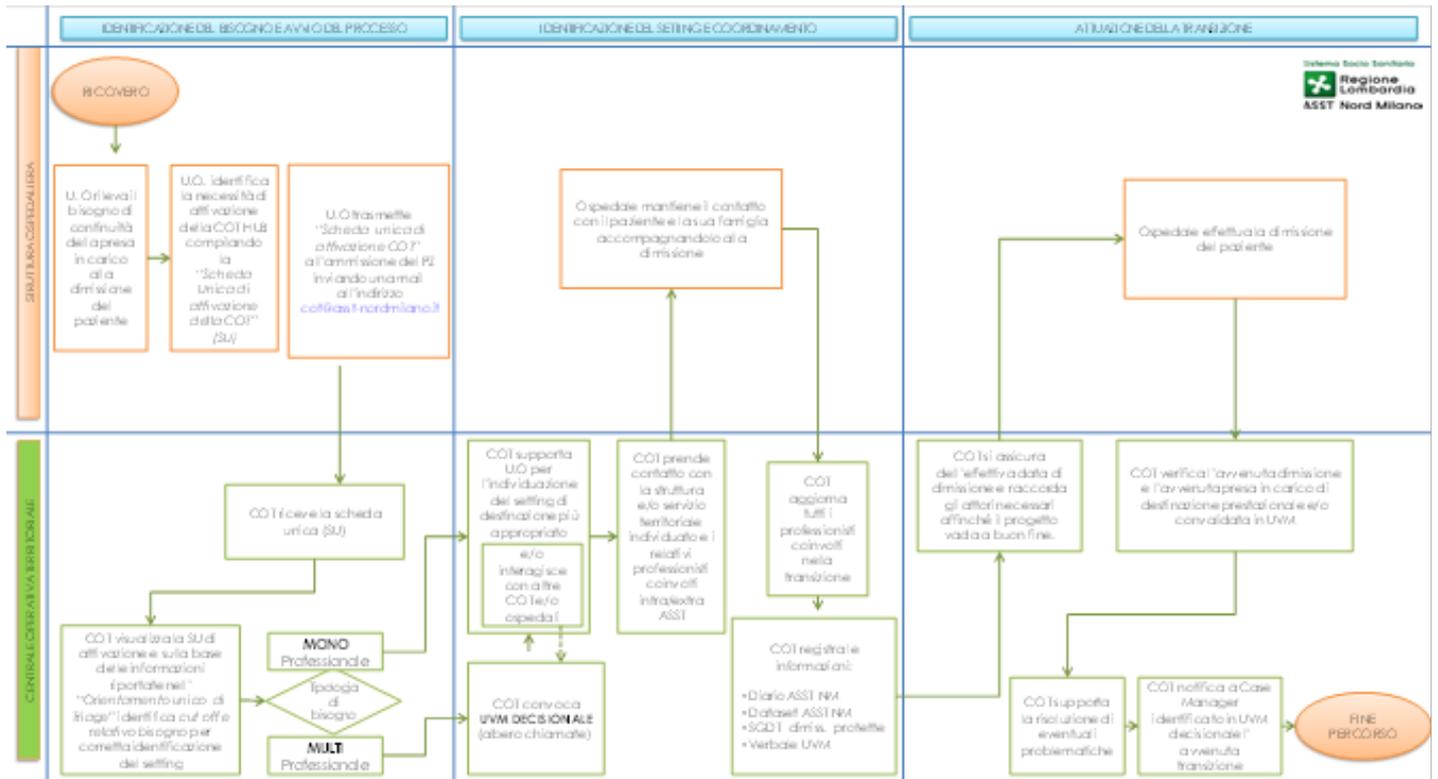
L'UO/Struttura Ospedaliera:

- Mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia accompagnandolo alla dimissione.

Fase 3 – Attuazione della transizione

La COT di prossimità che coordina la transizione:

- Si assicura dell'effettiva data di dimissione, pone in raccordo gli attori coinvolti e attiva i servizi necessari a garanzia del buon fine del progetto di cura;
- Verifica l'avvenuta dimissione e l'avvenuta presa in carico da parte della struttura di destinazione prestazionale e/o convalidata in UVM;
- Supporta la risoluzione di eventuali problematiche;
- Notifica a tutti gli attori coinvolti l'avvenuta transizione.



Il ruolo della COT nella Transizione Territorio – Ospedale

Il territorio, rappresentato dai suoi diversi setting, potrebbe esprimere il bisogno di un ricovero ospedaliero (ammissione protetta) non a carattere di urgenza, ma programmabile.

Fase 1 – Identificazione del bisogno e avvio del processo

Il medico richiedente/attivatore del processo (MMG, Specialista ambulatoriale previa raccordo con MMG, UCA):

- Identifica il bisogno di un utente di effettuare un accesso ospedaliero programmabile (escluse urgenze);
- Attiva la COT di coordinamento tramite l'invio della SU allegando, se opportuno, impegnativa SSN.

La COT di prossimità che coordina la transizione:

- Riceve la SU ed effettua eventuale confronto con il medico attivatore per integrare informazioni sul caso;
- A seguito dell'analisi di tutte le informazioni ricevute identifica la tipologia di richiesta dividendole in richiesta di ricovero ospedaliero programmabile o prenotazione visita specialistica/esame strumentale su agende dedicate (PIC);
- In caso di richiesta per ricovero ospedaliero trasmette la richiesta al *Bed Manager* Aziendale.

Fase 2 – Identificazione del *setting* di destinazione e coordinamento della transizione

In caso di richiesta di ricovero ospedaliero:

Il *Bed Manager* aziendale:

- Riceve dalla COT di prossimità la richiesta di ricovero ospedaliero programmabile per un assistito;
- Identifica la struttura di destinazione e ne comunica i riferimenti alla COT.

La COT di prossimità che coordina la transizione:

- Riceve dal *Bed Manager* i riferimenti della struttura ospedaliera/UO identificata;
- Trasmette documentazione alla struttura individuata;
- Una volta ricevuta conferma da parte della struttura ospedaliera/UO propone al medico richiedente la struttura individuata e la data del possibile ingresso. In caso di diniego da parte della struttura ospedaliera/UO, la COT contatta nuovamente il *Bed Manager* per ricominciare il processo;
- A seguito di conferma da parte del medico richiedente, conferma la data di ricovero alla Struttura ospedaliera/UO.

Il Medico richiedente/attivatore:

- Riceve dalla COT proposta di struttura ospedaliera/UO individuata con possibile data di ricovero;
- Mantiene contatto con il paziente e la sua famiglia;
- Procedo a confermare o annullare la proposta di ricovero alla COT.

In caso di richiesta di Prenotazione per visita specialistica/esame strumentale, la COT di prossimità che coordina la transizione:

- Accede alle agende dedicate tramite portale GP ++ ed effettua la prenotazione della visita specialistica/esame strumentale;
- Informa della data e sede di appuntamento il medico richiedente.

Fase 3 – Attuazione della transizione

Il Medico richiedente/attivatore:

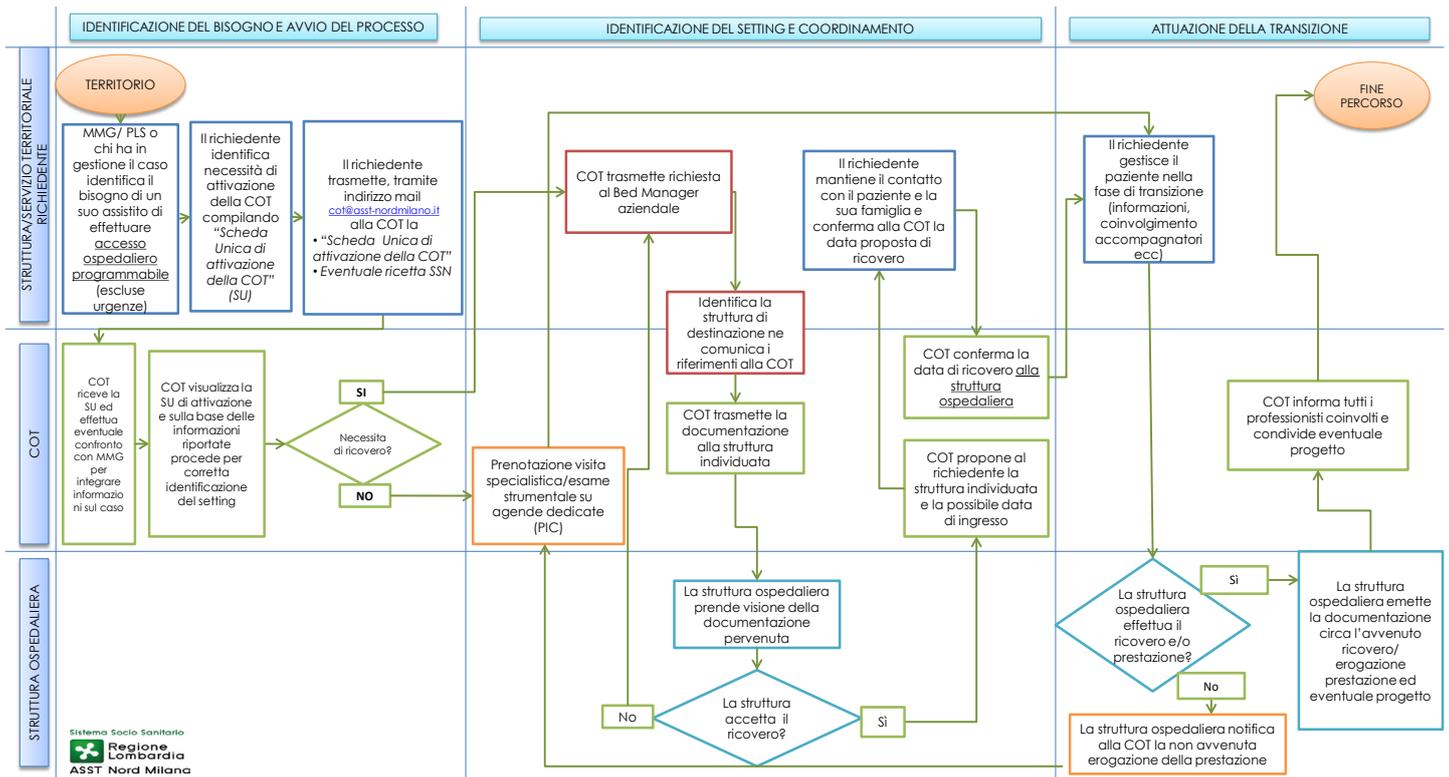
- Gestisce il paziente nella fase di transizione (informazioni, coinvolgimenti, trasporto ecc...).

La Struttura Ospedaliera/UO:

- Effettua il ricovero o la prestazione;
- Emette la documentazione di avvenuto ricovero/erogazione prestazione ed eventuale nuovo progetto;
- Informa la COT in caso di non erogazione della prestazione o mancato ricovero.

La COT di prossimità che coordina la transizione:

- Informa tutti i professionisti coinvolti e condivide eventuale progetto;
- Traccia e registra il buon esito della transizione verso la Struttura Ospedaliera/UO individuata;
- Nei casi di non erogazione della prestazione o mancato ricovero, in accordo con il Medico attivatore, riprogramma un nuovo appuntamento o riattiva il processo per il ricovero.



Il ruolo della COT nella Transizione Territorio – Territorio

Nel corso di questa transizione si evince la necessità di assecondare un bisogno sanitario di nuova manifestazione per un paziente che risiede in una struttura:

- A valenza sociale (dormitorio, comunità alloggio);
- Struttura sociosanitaria (RSA, Residenzialità per disabili, ecc...);

- Domicilio (C-DOM, SAD).

La presa in carico di questa necessità esisterà in una transizione verso:

- Un'integrazione di presa in carico con servizi aggiuntivi (transizione tra servizi/attivazione percorsi);
- Una transazione verso struttura sanitaria o altra sociosanitaria territoriale (transizione tra *setting*).

Fase 1 – Identificazione del bisogno e avvio del processo

Il richiedente/attivatore del processo (MMG/PLS, Medico Specialista ambulatoriale e Servizi sociali/sociosanitari previo contatto con MMG/PLS, UCA):

- Individua il bisogno di modificare o integrare il *setting* aziendale prevedendo un'ulteriore presa in carico sanitaria pianificabile non a carattere emergenziale;
- Attiva la COT di coordinamento attraverso la trasmissione della SU.

La COT di coordinamento:

- Visualizza le informazioni riportate all'interno della SU e, sulla base di quelle, distingue la tipologia di bisogno in MONO o MULTI professionale. In caso di quest'ultimo convoca UVM decisionale.

Fase 2 – Identificazione del *setting* di destinazione e coordinamento della transizione

A seguito della valutazione effettuata, anche da parte dell'UVM, viene formulata una proposta di *setting* di destinazione appropriata in termini di prossimità e di bisogni clinico - assistenziali ravveduti.

La COT di coordinamento:

- Supporta l'individuazione del *setting* di destinazione più appropriato. Il supporto all'individuazione avviene in modo diretto in caso di bisogno MONO professionale, e a seguito di UVM decisionale in caso di bisogno MULTI professionale;
- Nel caso in cui venga svolta l'UVM decisionale, dovrà necessariamente essere identificato il *Case Manager*;
- Prende contatto con la struttura e/o servizio territoriale individuato e i relativi professionisti coinvolti intra/extra ASST NM, esplora la possibilità di presa in carico del bisogno emerso e trasmette le schede idonee per la valutazione clinica;
- Mantiene aggiornato il *Case Manager* e tutti i professionisti coinvolti nella transizione;
- Propone al richiedente il possibile *setting* e la data di presa in carico proposta;
- Conferma l'appuntamento alla struttura/servizio territoriale di destinazione.

Il richiedente/attivatore:

- Compila le schede idonee per la valutazione clinica da parte delle strutture, ricevute dalla COT;
- Mantiene contatto con paziente e la sua famiglia;
- Conferma l'appuntamento alla COT.

La Struttura/Servizio di destinazione:

- Riceve le schede idonee di valutazione da parte della COT;
- Valuta l'idoneità del paziente;
- Fornisce la data di presa in carico.

Fase 3 – Attuazione della transizione

Il richiedente/attivatore:

- Gestisce il paziente nella fase di transizione dal domicilio al *setting* di destinazione.

La Struttura/Servizio di destinazione:

- Prende in carico il paziente e mantiene contatto con il paziente e la sua famiglia;
- In caso di non avvenuta erogazione la comunica tempestivamente alla COT.

La COT di coordinamento:

- Attiva tutti gli attori per la corretta presa in carico del paziente e, in casi imprevisti, si attiva proattivamente con il servizio/struttura di destinazione;
- Organizza e monitora la transizione e verifica che l'accesso alla struttura/domicilio sia avvenuto secondo quanto programmato;
- Informa tutti i professionisti coinvolti della presa in carico da parte della struttura/servizio territoriale di destinazione o notifica in caso di non avvenuta prestazione;
- In caso di non avvenuta erogazione, riprogramma, insieme al richiedente, un nuovo appuntamento.

Focus integrazione NEA 116 117/COT

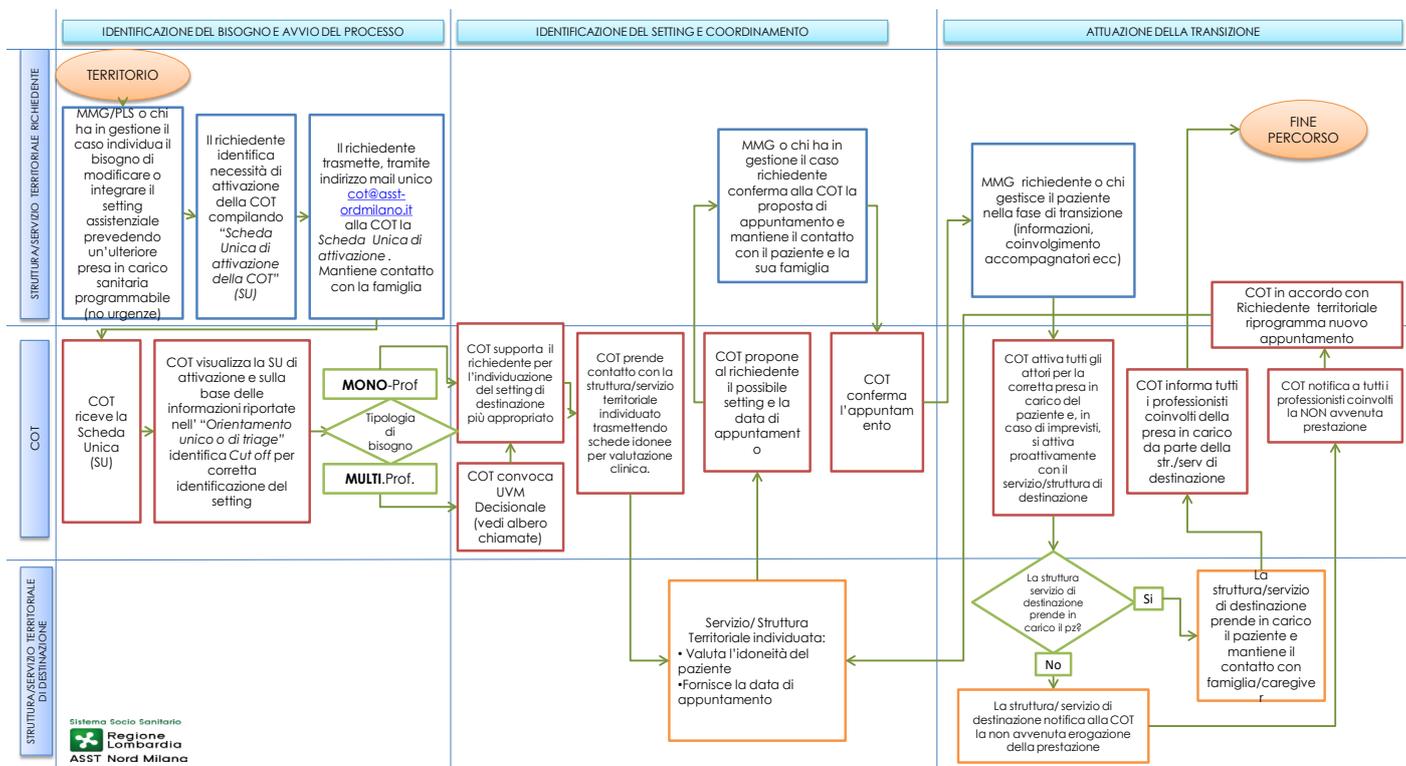
La COT di coordinamento, che opera in *back office* ed è attivabile unicamente da strutture/istituzioni e non dai cittadini, si avvale dell'integrazione e della sinergia con il NEA 116 117 per ricondurre un potenziale bisogno espresso dagli utenti alla corretta territorialità con l'obiettivo primario di evitare il ricorso improprio alla Rete dell'Emergenza/Urgenza.

I potenziali bisogni, che non hanno carattere di urgenza, sono stati classificati in due macro-categorie:

- Bisogni informativi;
- Bisogni prestazionali/erogativi.

I bisogni informativi vengono gestiti prioritariamente dal NEA 116 117. Nei casi di richiesta di informazioni specifiche, NEA 116 117 devia alla COT di coordinamento. Tutte le richieste riconducibili a bisogni prestazionali/erogativi, previa compilazione di una scheda di *triage* semplificata, vengono deviate alla COT di coordinamento per approfondimento della valutazione e attivazione dei servizi necessari. Le richieste, siano esse di tipo informativo che prestazionale/erogativo, possono essere inviate alla COT di coordinamento in qualsiasi momento della giornata indipendentemente dall'orario di apertura. Se la richiesta pervenisse in orario notturno, questa verrebbe processata l'indomani. La COT, nell'ottica dell'integrazione territoriale, inoltra le richieste di bisogni prestazionali/erogativi ai PUA delle Case di Comunità competenti per residenza/domicilio sanitario dell'utente. Lo scambio dei dati e delle informazioni necessarie alla risposta al bisogno manifestato, nelle more della

complessa integrazione dei sistemi informativi (SGDT/NEA 116 117), è svolto attraverso l'invio da parte del NEA 116 117 di e-mail criptate la cui lettura è possibile solo con un sistema di doppia autenticazione.



Il ruolo della COT nel coordinamento e monitoraggio della Salute a Domicilio – Telemonitoraggio e/o Telecontrollo

La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria consentendo l'erogazione di servizi a distanza attraverso l'utilizzo di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione. Il "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare", approvate con DM 29 Aprile 2022, definisce il ruolo della COT nel coordinamento dei servizi di telemedicina, tra i quali anche il telemonitoraggio e il telecontrollo della salute. Alla luce delle disposizioni normative che definiscono i criteri di organizzazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie, è necessario implementare modelli assistenziali di presa in carico innovativi, basati su un approccio pragmatico sia dal punto di vista tecnologico che organizzativo, nonché rigorosi nella pratica medica e tutela della salute. Il ruolo della Centrale Operativa Territoriale nel coordinamento e monitoraggio della salute a domicilio si riferisce a tutti i processi di cura e di assistenza le cui prestazioni sono erogabili da remoto e rientrano nella fattispecie della telemedicina territoriale.

Questioni aperte:

- Scheda Unica Sintetica di Attivazione COT per modello regionale;
- Integrazione IFeC e Continuità Assistenziale;
- Importanza dell'Istituzione della "guardia infermieristica" nelle CdC;
- Integrazione tra PUA/COT e la rete sociale dei Comuni;

- Integrazione della Specialistica Ambulatoriale nei percorsi territoriali;
- Importanza dell'Istituzione di DRG Territoriali per patologie gestite al fine di rendere visibile e di rendicontare il lavoro degli Infermieri;
- Sviluppo del modello COT di Coordinamento/COT di Prossimità su base regionale per il funzionamento in sinergia tra NEA 116117 e COT.

Case Manager

Il *Case Manager* dovrà essere strettamente correlato alla complessità dei casi clinici e a seguito dell'UVM dovrà essere individuato lo specifico professionista che assume questa funzione per il caso che dovrà gestire. In relazione allo sviluppo di tale figura e alle sue caratteristiche professionali, è consigliabile prevedere un adeguato budget.

PUA

Il Punto Unico di Accesso deve essere dotato di personale adeguatamente formato, sia per i compiti assegnati (non solo per prenotazioni e servizi di natura burocratica) ma soprattutto per meglio orientare il cittadino per rispondere in modo esaustivo alle sue richieste e mantenendo una funzione che faciliti il coordinamento con tutte le figure professionali costituenti l'*équipe* – definendo chiaramente giorni e orari di apertura per massimizzare l'accesso ai servizi.

ADI

Secondo il DPCM 12 gennaio 2017, le cure domiciliari rispondono ai bisogni di persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, garantendo percorsi assistenziali costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico. Fra gli obiettivi, la stabilizzazione del quadro clinico, la gestione integrata di problemi specifici, il rallentamento del declino funzionale e il miglioramento della qualità della vita, al fine di prevenire l'utilizzo inappropriato o intempestivo dell'ospedalizzazione e dell'istituzionalizzazione.

La D.G.R. XI/6867/2022 disciplina le modalità di accesso, i criteri di presa in carico e i requisiti di accreditamento degli enti erogatori relativamente alle Cure Domiciliari. Le Cure Domiciliari di base e le Cure Domiciliari integrate (ADI) si rivolgono a persone residenti in Regione Lombardia, di qualunque età, che necessitano di cure domiciliari.

Come nota la stessa D.G.R. XI/6867/2022 che stabilisce le modalità di attivazione delle Cure Domiciliari, l'attivazione avviene con prescrizione del MMG su ricettario regionale per utenti che necessitano di assistenza/riabilitazione e non possono recarsi presso strutture sanitarie poiché impossibilitati a spostarsi dal domicilio con i comuni mezzi di trasporto. Può essere attivata anche all'esito della dimissione ospedaliera anche da parte del medico ospedaliero. A seguito della richiesta di attivazione descritta, previa verifica dei criteri di accesso e di eventuali incompatibilità, deve essere effettuata, nel rispetto dei tempi previsti, la valutazione multidimensionale (VMD) dei bisogni. La valutazione è, infatti, premessa per la definizione del Progetto individuale di assistenza (PI) e del Piano di Assistenza Individuale (PAI). A seguito della valutazione multidimensionale avviene la presa in carico da parte dell'ente erogatore scelto dal paziente o dalla famiglia. Per semplificare la richiesta di attivazione dell'ADI, la proposta è che questa continui ad essere attivata dal MMG a seguito della dimissione ospedaliera, ma in caso di assistito orfano anche dal medico di distretto. La verifica dei requisiti e dei bisogni sanitari e socioassistenziali

resterebbero di competenza dell' *équipe* di valutazione multidimensionale dell'ASST come previsto dalla normativa vigente.

Si confermano i contenuti della D.G.R. XI/6867/2022 che stabilisce la presa in carico (ossia il tempo che trascorre dalla data del primo contatto alla definizione del PAI) sottolineando che debba avvenire entro le 48 ore anziché 72 ore.

La Cure Domiciliari dovrebbe poter avere durata più lunga di un mese nei casi richiesti, e ciò per evitare una ospedalizzazione evitabile, oppure sarebbe interessante (soprattutto per i casi complessi o a elevata specialità di intervento - II° livello - in dimissione da Ospedale) provare a sperimentare un *setting* domiciliare ulteriore: cioè quello delle **Unità di Cura Specialistiche -DOM**: il paziente viene seguito a domicilio dalla stessa *équipe* (ovvero integrata con C-DOM di base) che lo ha curato in ospedale almeno per i primi 15 giorni/mese. Ovviamente questo richiede un cambio di mentalità e di organizzazione anche per gli ospedali, oltre che introdurre una **tariffazione diversa da quella della C-DOM ordinaria**. In questo caso si potrebbe integrare lo specialista ospedaliero (che va però remunerato *ad hoc*) nei livelli di Cure Domiciliari a più elevata intensità di intervento (ADI I, II e III).

Tra le finalità vi è il prevenire l'utilizzo inappropriato o intempestivo dell'ospedalizzazione e dell'istituzionalizzazione. Tale obiettivo si realizza impiegando, lì dove i bisogni socio assistenziali dell'utente lo richiedano, tutte le figure professionali previste dalla D.G.R. XI/6867/2022. Tra i requisiti di accreditamento per gli enti erogatori, previsti dalla stessa D.G.R. vi è la presenza nell'*équipe* delle Cure Domiciliari del medico specialista Palliativista. Al fine di uniformare su tutto il territorio regionale che tali requisiti siano applicati, si propone di valutare le difficoltà eventualmente presenti che impediscono di garantire la presenza di tale figura professionale.

Per ciò che concerne la prescrizione dei dispositivi protesici semplici (letto ortopedico, materasso antidecubito, sponde laterali, comoda e sedia a rotelle), allo stato attuale è in carico ai medici di medicina generale, quelli complessi (sollevatore, girello) ai medici fisiatristi, quelli relativi all'incontinenza ai medici geriatri o urologi. Nell'ottica di semplificare le richieste e di ridurre i tempi di attesa per la gestione dei malati over 65 anni, non solo per le patologie di cui all'obiettivo, che comunque presentano bisogni assistenziali sempre più complessi, utile sarebbe consentire agli infermieri di famiglia e comunità e agli infermieri delle Cure Domiciliari la prescrizione dei dispositivi protesici semplici e relativi all'incontinenza. In egual misura dovranno essere semplificate le procedure informatiche di prescrizione.

Sarebbe utile far evolvere il ruolo dell'Ente Erogatore Accreditato da mero esecutore di un PAI totalmente predisposto da altri soggetti (UVM, Distretto, COT, CdC, PUA...) a erogatore coinvolto e protagonista di un percorso di cura redatto insieme alla UVM del distretto in ottica di co-responsabilità e integrazione.

L'ente erogatore diventerebbe così co-responsabile della valutazione del paziente, oltre che dell'erogazione della prestazione. Al fine, poi di implementare un modello evolutivo di cure domiciliari, che aumenti la presa in carico di pazienti, si suggeriscono tre interventi di seguito descritti:

1. **Dimissioni protette in Cure Domiciliari**, in primis per facilitare la prosecuzione di alcune terapie a domicilio anziché in ospedale e di fornire un adeguato *training* alla gestione delle terapie. Inoltre si potrebbe migliorare la presa in carico del paziente chirurgico nella fase pre e post operatoria, con l'obiettivo di migliorare

l'assistenza ai pazienti chirurgici (es. Chirurgia Ortopedica, Chirurgia Generale, Cardiochirurgia) attraverso un'integrazione tra fase pre- e post-operatoria. Per essere efficace la presa in carico del paziente a domicilio (prima visita) deve avvenire entro 24 h dalla dimissione al massimo.

2. **L'ospedalizzazione domiciliare e qualifica dei profili di assistenza:** si propone una diversificazione di profili assistenziali a partire da quelli per i pazienti più complessi (oggi abbiamo i cosiddetti "profili autorizzati", decisi e approvati caso per caso) che superino l'approccio prestazionale caratterizzato da "intensità assistenziale", valorizzando la qualità e la necessaria flessibilità delle prestazioni, le condizioni del paziente, la tipologia di patologie, l'integrazione con alcuni supporti tecnologici, terapie o diagnostica domiciliare.
3. **Assistenza domiciliare a pazienti cronici e identificazione di profili per patologia:** si propone di istituire dei profili per patologia cronica, a bassa intensità assistenziale ma di lunga durata, simili alla sorveglianza sanitaria svolta da IFeC o MMG, ma che integrino le prestazioni sanitarie già definite dai LEA, con attività specifiche per i principali profili di patologia (insufficienze cardio respiratorie, quali BPCO, scompenso cardiaco, problemi metabolici come il diabete, ecc...).

Infine si propone di sviluppare le attività ordinarie ADI con alcuni servizi e attività utili a creare valore a beneficio del paziente e del Sistema Sanitario, attraverso la definizione di un set di diagnostica domiciliare di base e la sua tariffazione (es. ECG, Holter, Spirometria) da integrare nei pacchetti e nelle prestazioni di ADI per il monitoraggio del paziente, per il supporto nella verifica dell'aderenza terapeutica e per la prevenzione di riacutizzazioni.

Allo stesso modo l'utilizzo della telemedicina in termini di televisita, teleassistenza e teleriabilitazione nell'ADI consentirebbe di rendere più efficace l'utilizzo del personale sanitario, in particolare infermieristico e fisioterapico, e soprattutto per diverse patologie croniche si potrebbe garantire un miglior raccordo ospedale - medicina territoriale - domicilio.

AREU

Il sistema di accesso attuale

Premesso che molti dei bisogni pervenuti nei PS potrebbero essere gestiti a livello territoriale, comportando benefici sia per il sistema dei PS, che risulterebbe alleggerito di una importante quota di richieste, sia per i pazienti, che troverebbero una risposta appropriata alle proprie necessità senza venire esposti ai tempi di attesa e ai rischi dell'ospedalizzazione.

È importante sottolineare che circa l'80% dei pazienti accede al Pronto Soccorso in autopresentazione, senza aver prima contattato il proprio MMG o la Continuità Assistenziale. È quindi il caso di ricordare che per ridurre l'uso improprio delle risorse destinate all'Emergenza Urgenza, nel gennaio 2022 è stata istituita la Centrale Medica Integrata (CMI), con l'obiettivo di indirizzare le richieste di cure non urgenti verso i servizi della rete territoriale. In questo modo, i pazienti possono accedere a percorsi di presa in carico e trattamento appropriati, ottimizzando l'utilizzo delle risorse sanitarie. La CMI, quando necessario, può organizzare l'invio di un medico a domicilio per una visita nella stessa giornata, tramite l'uso dei Team di Risposta Rapida Domiciliare (TRRD).

Analisi dei Pronto Soccorso

Nel 2023, i Pronto Soccorso hanno registrato l'accesso di 243.951 pazienti con un bisogno di cura a bassa complessità (identificati tramite nuovo codice *triage* in ingresso 4/5 oppure tramite vecchio codice *triage* bianco/verde confermato in dimissione). Per questi pazienti l'accesso in PS avviene nel 13% dei casi mediante ricorso a mezzo di soccorso, nel restante 87% in autopresentazione. Il 76% degli accessi a PS per cure non emergenti avviene in orario diurno (8-20), l'11% nella fascia serale (20-24) e il 13% nelle ore notturne (0-8). Da questi dati emerge la necessità di identificare modalità organizzative che limitino l'autopresentazione al PS dei casi di bassa complessità e che siano attive in particolare in orario diurno.

In sintesi, oltre alla necessità di identificare una modalità di risposta alternativa all'autopresentazione in PS, dai dati emerge la necessità di identificare canali di risposta per i cittadini in età pediatrica e per i cittadini in età geriatrica, anche tramite una gestione pre-ospedaliera capace di prendere in carico il paziente, garantendo il completo percorso clinico-assistenziale.

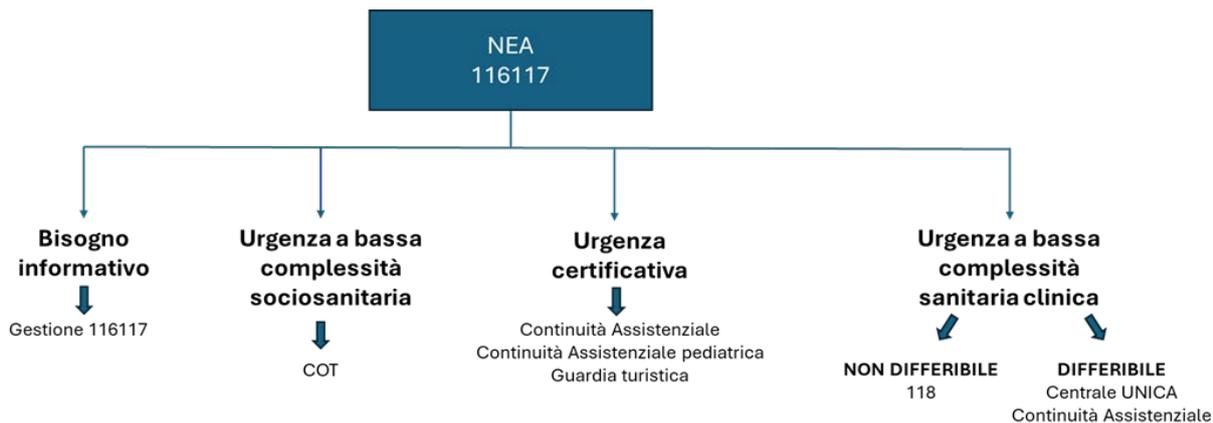
Al fine del raggiungimento del nostro obiettivo per la parte riferita a evitare accessi impropri in PS AREU propone un nuovo modello di offerta: progettazione dell'accesso, orientamento ed erogazione dei servizi.

Fase di riorganizzazione dell'accesso ai servizi NEA 116117 (24/7)

Il NEA (Numero Europeo Armonizzato) 116117 è attivo dal 2020, nel 2023 ha risposto a circa 1.200.000 chiamate, di cui circa 700.000 sono state trasferite ai medici della Continuità Assistenziale e ha tra le sue funzioni il passaggio della chiamata presso la Continuità Assistenziale, aperta in orario notturno e festivo. La centrale operativa 116117 si colloca al centro del contesto organizzativo che prevede la definizione di un nuovo modello della rete di Assistenza Sanitaria Territoriale, secondo le indicazioni del DM n. 77/2022.

Il NEA 116117 garantisce una risposta immediata 24 ore su 24, 7 giorni su 7, attraverso una prima attività di accesso e orientamento. Nella fase di accesso e orientamento, la classificazione dei bisogni che si rivolgono al NEA è la seguente:

- **Bisogno informativo** (informazioni in merito a servizi sanitari e non sanitari e modalità di accesso), con previsione di fornire informazione al chiamante o indirizzare la richiesta per presa in carico alle COT di riferimento;
- **Urgenza a bassa complessità sociosanitaria** (ADI, assistente sociale), con trasferimento del bisogno per presa in carico alle COT di riferimento;
- **Urgenza certificativa/prescrittiva** (certificazione di malattia, certificato di decesso, rinnovo prescrizione di farmaci in terapia cronica) da orientare verso il servizio sanitario più adeguato;
- **Urgenza a bassa complessità sanitaria clinica**, da orientare verso il servizio sanitario più adeguato:
 - o 118 (SOREU) nel caso emergenze/urgenze evolutive;
 - o Centrale UNICA;
 - o Visita domiciliare;
 - o Visita ambulatoriale presso la Continuità Assistenziale che deve collocarsi preferibilmente nelle case di Comunità.



Fase di risposta clinica: setting, modalità di risposta e orari dei servizi territoriali a valle del NEA 116117

A valle del NEA 116117 la Continuità Assistenziale si organizza attraverso una centrale di medici (UNICA) che risponde al bisogno di salute non urgente, come definito da Regione Lombardia tramite DGR N° XII/279 del 15/05/2023. Le centrali UNICA sono dimensionate in funzione al numero di residenti e comunque non più di una per ogni ATS. Queste centrali sostituiscono, potenziandola, l'attività di consulto telefonico che oggi i medici effettuano nelle diverse sedi di Continuità Assistenziale. Presso la centrale UNICA il personale sanitario risponde alle chiamate assegnate dal 116117 per competenza territoriale e, utilizzando la piattaforma informatica dedicata, effettua consulto telefonico ed eventualmente una videochiamata con possibilità di:

- Invio a 118;
- Invio spontaneo in PS;
- Consulto telefonico o video-consulto, associato o meno a prescrizione;
- Invio del paziente in ambulatorio di CA;
- Invio in ambulatorio specialistico (CdC/ Ospedale);
- Invio a COT, tramite 116117, per attivazione ulteriori servizi domiciliari (ADI, IFeC, UCA).

Attualmente sono attive in Regione Lombardia 4 centrali UNICA attive dalle 20.00 alle 08.00 dei giorni feriali e h24 nei giorni prefestivi e festivi; questa progettualità interessa una popolazione di circa 3 milioni e mezzo di cittadini, corrispondente ad oltre un terzo della popolazione lombarda. Resta inteso che i medici che operano nella Continuità Assistenziale, dovranno necessariamente continuare a far parte di tutte le attività concernenti le cure primarie, e dunque operare in stretta integrazione con i MMG avvalendosi del Dipartimento delle Cure primarie, quale struttura deputata al governo di tutto quello che è afferente alle Cure Primarie stesse. La proposta che vede l'attivo coinvolgimento di AREU è dunque di tipo gestionale per 116/117.

Al fine comunque di evitare incomprensioni, e nella logica di favorire sempre una stretta integrazione tra i diversi operatori, si renderà necessario che le ASST e le ATS, attraverso i diversi Direttori, con AREU e con la partecipazione attiva dei referenti delle OOSS mediche, definiscano una procedura che stabilisca ruoli, funzioni e compiti a tutto beneficio del malato. È auspicabile la possibilità di sperimentare l'estensione dell'attività di UNICA in orario diurno feriale.

L'attivazione della COT da parte del NEA 116117: una prospettiva

Sulla base dell'esperienza maturata tramite il progetto di comunicazione tra la CMI e le COT, si propone un modello di integrazione tra il NEA 116117 e le COT. Le richieste provenienti dai cittadini possono avere natura informativa o natura prestazionale/erogativa. Gli operatori laici del NEA 116117 raccoglieranno i dati necessari alla classificazione del tipo di servizio necessario al cittadino (erogativo/informativo) e compileranno una scheda contatto orientando la richiesta per il successivo inoltro alla COT di competenza territoriale per i passaggi di competenza.



Infine, riepilogando in un'ottica coerente con la normativa nazionale e regionale e in linea con l'obiettivo di prendere in carico i pazienti over 65 anni malati cronici, anche al fine di evitare accessi impropri in PS, il sistema prevede i seguenti punti di attenzione e sviluppo:

- Potenziamento della centrale NEA 116117;
- Estensione del modello della centrale UNICA su tutto il territorio regionale;
- Avvio delle progettualità riguardanti l'attivazione di UNICA in orario diurno feriale a valle del NEA, in armonia con lo sviluppo/integrazione futuro della CMI;
- Definizione e potenziamento del collegamento con le COT;
- Armonizzazione e rafforzamento dei sistemi informatici tra i vari attori del sistema, per facilitare la condivisione di informazioni necessarie alla presa in carico dei pazienti;
- Identificazione di un gruppo di lavoro per l'analisi dei flussi informativi, con l'obiettivo di ottimizzare e rendere efficiente l'organizzazione del sistema;
- Elaborazione di procedure tra AREU, ASST, ATS e OOSS mediche sulla Continuità Assistenziale.

INTEGRAZIONE MODELLI ORGANIZZATIVI A RETE E CASE-OSPEDALI DI COMUNITÀ

La proposta è tratta dal contributo da parte dell'Associazione dei Paziente "Codice Viola", e in particolare dal Presidente Piero Rivizzigno.

La Regione Lombardia sta implementando un modello innovativo di integrazione tra ospedali e medicina territoriale. Nel caso di tutte quelle patologie che hanno identificato o stanno per identificare dei centri di riferimento regionali i due pilastri:

Strutture a rete Hub&Spoke

Il modello "Hub&Spoke" permette di centralizzare le competenze in centri di riferimento (*hub*) con capacità avanzate e centri periferici (*spoke*) per cure più basilari. Un esempio è la recente introduzione delle *Pancreas Unit* per la cura del tumore del pancreas:

- 14 Centri *Hub* di alta specializzazione;
- 34 Centri *Spoke* distribuiti capillarmente sul territorio;
- Rete integrata per garantire cure specialistiche e di prossimità.

Case di Comunità come ponte tra ospedali e territorio

- Supporto continuativo di primo livello;
- Gestione delle dimissioni protette;
- Punto di riferimento per l'assistenza post-ospedaliera.

Ruoli di coordinamento

Nel contesto dei meccanismi del coordinamento ospedali-territorio la figura organizzativa del *Case Manager* assume un ruolo chiave. Le figure identificate sono:

- *Case Manager* regionale: coordina e indirizza i pazienti verso le strutture più appropriate;
- *Case Manager Hub*: gestisce i casi complessi nei centri di riferimento;
- *Case Manager Spoke*: coordina le cure sul territorio;
- *Case Manager* delle Case di Comunità: garantisce la continuità assistenziale.

Strumenti chiave

- **Piattaforma digitale di coordinamento**
 - o Gestione integrata della rete di case manager;
 - o Coordinamento tra *Hub*, *Spoke* e Case di Comunità attraverso una gestione integrata della **rete dei Case Manager**;
 - o Monitoraggio dei percorsi assistenziali;
 - o Condivisione delle informazioni cliniche
- **Tecnologie digitali per la comunicazione**
 - o Utilizzo di applicazioni di AI Generativa:
 - personalizzate con contenuti verticali e certificati: linee guida nazionali e internazionali, documenti società scientifiche, dati e documenti AGENAS, delibere regionali, contenuti siti istituzionali ... (LLM + training, sulla falsariga di quanto mostrato nella presentazione del 28.10);

- Produzione video e podcast scientificamente accurati di materiale informativo validato (sulla falsariga di quanto mostrato nella presentazione del 28.10).

Questi contenuti informativi **sono fondamentali per pazienti e familiari**, di fatto soli nella ricerca di **informazioni validate** nella fase di interpretazione dei sintomi, ricerca di centri a fronte di diagnosi di patologie rilevanti, di percorsi diagnostici, di modalità di espletamento di pratiche, modalità di prenotazione visite.

Raccomandazioni operative

1. Integrazione dei PDTA

- Includere formalmente l'integrazione delle Case di Comunità;
- Definire protocolli di comunicazione standardizzati;
- Stabilire criteri chiari per le dimissioni protette.

2. Formazione e Coordinamento

- Programmi di formazione per i *Case Manager*;
- Definizione di protocolli di comunicazione inter-struttura;
- Implementazione di sistemi di monitoraggio delle performance.

3. Comunicazione verso i Pazienti

- Sviluppo di materiale informativo certificato;
- Utilizzo di canali di comunicazione multimediali;
- Supporto all'educazione sanitaria.

L'implementazione di questo modello richiede un investimento iniziale in infrastrutture digitali, ma garantirà nel medio-lungo termine una maggiore efficienza del sistema sanitario regionale e una migliore qualità dell'assistenza per i cittadini lombardi.

Allegato 1 – Best Practice

INDICE

ÉQUIPE MULTIPROFESSIONALE: Progetti di Continuità Ospedale - Territorio ASST Lecco Cardiologia.....	71
COT: Analisi di contesto ASST Nord Milano	73
LA DIMISSIONE DALL'OSPEDALE: Risposte cliniche a bisogni sociali nel sistema della salute di prossimità in Fondazione Poliambulanza di Brescia	74
RISPOSTA ALL'URGENZA A BASSA COMPLESSITÀ – URGENT CARE DEFINIZIONE E PROGETTAZIONE DEI SERVIZI A PARTIRE DALLA CHIAMATA AL NEA 116117 - AREU	87
L'esperienza dell'attivazione della COT da parte della CMI di AREU	94
INTEGRAZIONE INFERMIERE: ADI nel territorio Mantovano.....	95

ÉQUIPE MULTIPROFESSIONALE: Progetti di Continuità Ospedale - Territorio ASST Lecco Cardiologia

A conclusione di quello che potrebbe essere la potenzialità e i benefici per l'assistito del "lavorare insieme in modo integrato" da parte dei componenti l'équipe multiprofessionale, sono di seguito rappresentati esempi positivi esposti nel corso del percorso formativo.

Presso il polo territoriale dell'ASST di Lecco è prevista, a regime, l'attivazione di 4 OdC e 8 CdC. Oltre all'ambulatorio di controllo remoto dei dispositivi cardiaci impiantabili (PM, ICD, Loop Recorder) di continuità Ospedale – Territorio, condivisi tra cardiologia ospedaliera, farmacia, DAPS, distretti territoriali, MMG.

Progetto 1

Telerefertazione tracciati ECG eseguiti c/o la CdC di Introbio e di Olgiate Molgora: L' esame può essere prenotato da qualsiasi sportello CUP aziendale, dietro prescrizione del MMG. L'accettazione viene effettuata anche il giorno stesso presso il PUA della CdC dal personale amministrativo di *front office*, che si occupa anche della stampa dell'elenco degli esami prenotati e delle etichette corrispondenti. Il tracciato viene effettuato dall'IFeC in sede e inviato in automatico al sistema di refertazione MUSE (GE), stesso sistema utilizzato per la refertazione dei tracciati ECG interni all'ospedale. È identificato giornalmente un cardiologo del reparto incaricato della refertazione di tutti i tracciati ECG compresi quelli eseguiti c/o la CdC, che deve avvenire entro la mattina seguente. Il tracciato ECG al momento della refertazione viene automaticamente stampato presso la CdC e ritirato dal paziente dal giorno successivo all'esecuzione. Per ora abbiamo attivato 10 slot per 2 mattine alla settimana all'interno delle 2 CdC, volumi che adegueremo progressivamente alle esigenze dei MMG e dei pazienti, riservando anche un adeguato numero di slot ai pazienti cronici fragili.

Progetto 2

Gestione condivisa cardiologi – MMG dei pazienti dimessi dalla cardiologia per scompenso cardiaco: I pazienti ricoverati per scompenso cardiaco acuto de novo o cronico riacutizzato hanno bisogno di uno stretto *follow up* ambulatoriale particolarmente nei primi 6-12 mesi, finalizzato in primis alla titolazione di farmaci prognosticamente rilevanti, che spesso vengono iniziati durante il ricovero ma vanno aumentati di dose in modo progressivo e sotto attento controllo clinico-laboratoristico (inibitori sistema RAA, gliflozine, beta-bloccanti). Vi è infatti evidenza, in letteratura, che l'utilizzo precoce e in dosi adeguate di questi "4 pilastri" correla con una riduzione delle recidive di ricovero per scompenso cardiaco e della mortalità (STRONG-HF Trial, Lancet 2022). Abbiamo condiviso un progetto con un gruppo pilota di MMG dei distretti della nostra ASST, che prevede visite post-dimissione presso l'ambulatorio ospedaliero dedicato allo scompenso cardiaco a 2 settimane- 3/6 mesi-12 mesi, alternate a controlli ogni 15 giorni dal MMG. Ad ogni valutazione verranno titolate le terapie in presenza di parametri clinici (peso corporeo, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, assenza di congestione polmonare e periferica) ed ematochimici (funzione renale, elettroliti, peptidi natriuretici) stabili e permissivi, secondo schemi condivisi. Abbiamo definito dei criteri di "alert" che prevedono il contatto del cardiologo ospedaliero da parte del MMG, attraverso numero di telefono ed e-mail dedicate nelle ore diurne, da lunedì a venerdì, escludendo i casi urgenti che seguono il percorso abituale (attivazione 112, invio in PS). Abbiamo iniziato un'attività di formazione ECM con i MMG sulle nuove terapie per lo scompenso

cardiaco e la condivisione del percorso in oggetto. Prevederemo incontri di *debriefing* periodici per valutare e adeguare l'andamento del progetto.

Progetto 3

Somministrazione Inclisiran c/o CdC: Le nuove linee guida cardiologiche danno indicazione di classe I al raggiungimento precoce di bassi valori di colesterolo LDL (< 55 mg/dl nel paziente ad alto rischio cardiovascolare, entro 4-6 settimane dopo una sindrome coronarica acuta). Questo richiede terapie farmacologiche spesso di associazione. L'ultima molecola introdotta in pratica clinica è l'Inclisiran, un piccolo RNA interferente (siRNA) che blocca la traduzione della proteina PCSK9 e quindi aumenta l'espressione del recettore per le LDL sulla membrana degli epatociti, riducendo il colesterolo LDL circolante aterogeno. Questo farmaco è molto efficace per quanto riguarda l'aderenza terapeutica grazie a uno schema posologico che prevede una somministrazione sc a 0-3 mesi e poi ogni 6 mesi, oltre che un piano terapeutico AIFA redatto dallo specialista ospedaliero, l'erogazione da parte della farmacia ospedaliera (File F) e la somministrazione da parte di personale sanitario. Per evitare l'afflusso di pazienti in ospedale solo al fine della somministrazione del farmaco, abbiamo definito un percorso dedicato collaborando con la farmacia ospedaliera, i distretti, le IFeC. Brevemente, il farmaco viene prescritto dal cardiologo ospedaliero, che redige la scheda di valutazione/prescrizione sul sito AIFA e provvede alla prescrizione in modalità File F sul programma ARGO, inserendo contestualmente il contatto telefonico del paziente e la sede scelta di somministrazione (CdC). Ricevuta la scheda AIFA inviata dal cardiologo via *e-mail*, la farmacia ordina il farmaco, prepara un pacchetto nominale per il paziente (farmaco + prescrizione File F), contatta l'IFeC via *e-mail* dedicata, invia il pacchetto tramite fattorino c/o la CdC definita in fase di prescrizione. L'IFeC contatta il paziente, programma ed effettua la somministrazione del farmaco, monitora il paziente, registra l'avvenuta somministrazione in ARGO.

COT: Analisi di contesto ASST Nord Milano

Il bacino di utenza dell'ASST Nord Milano è riconducibile alla popolazione residente nei 2 Distretti per un totale di 266.3001 abitanti:

- 1) **Distretto del Parco Nord** che comprende i comuni di:
 - a. Cinisello Balsamo (74.946 abitanti);
 - b. Bresso (26.248 abitanti);
 - c. Cusano Milanino (18.912 abitanti);
 - d. Cormano (20.586 abitanti).
- 2) **Distretto del Parco della Media valle del Lambro** che comprende i comuni di:
 - a. Sesto San Giovanni (78.565 abitanti);
 - b. Cologno Monzese (47.073 abitanti).

In questo territorio l'indice di vecchiaia è più elevato rispetto a quello medio di ATS Città Metropolitana Milano con un'incidenza degli over 65 del 25.2% e dei pazienti cronici del 36% di cui il 50% con due o più patologie croniche. Per rispondere al meglio al contesto rappresentato, si è optato per un modello organizzativo composto da:

- 1 COT di COORDINAMENTO (aziendale) aperta 7/7 giorni (lunedì/domenica) dalle ore 08:00 alle ore 20:00;
- 2 COT di PROSSIMITÀ (distrettuali): aperte 5/7 giorni (lunedì /venerdì) dalle ore 08:00 alle ore 16:00.

che rispondono ad un unico indirizzo *e-mail* e numero telefonico.

LA DIMISSIONE DALL'OSPEDALE: Risposte cliniche a bisogni sociali nel sistema della salute di prossimità in Fondazione Poliambulanza di Brescia

Il Signor Giovanni, 87 anni, vedovo, senza figli, vive in un alloggio protetto di una RSA di provincia. Nessun caregiver presente. Livello di istruzione superiore. È autonomo, si reca regolarmente al Centro Diurno della RSA, ha relazioni costruttive e coerenti con gli altri ospiti, tendenzialmente presenta un tono dell'umore deflesso ma non assume terapia. In anamnesi un pregresso IMA 20 anni prima in terapia e follow up cardiologico. Si reca regolarmente dal proprio Medico di Medicina Generale. Viene portato in PS per caduta accidentale e frattura del femore sinistro.

La Signora Giulia, 97 anni, ipoacusica, fisicamente non autosufficiente ma presente nel tempo e nello spazio. Vive al domicilio con un badante h24. Presente un caregiver (figlio unico, 66enne, iperteso, diabetico, obeso). Dopo un ricovero in Medicina per assenza di posti letto in Geriatria, a causa di episodi di dispnea e una caduta accidentale al domicilio senza conseguenze traumatologiche viene dimessa dopo 5 giorni con necessità di medicazioni.

Il Signor Fabrizio, 69 anni, senza fissa dimora, tessuto sociale assente, patologia psichiatrica non riconosciuta, necessità di ossigenoterapia, monitoraggio dei parametri vitali quotidianamente ed educazione terapeutica per la gestione dell'ossigeno. Condotta in PS dal 118 vittima di una rissa, in stato di agitazione psicofisica, viene dimesso dalla Medicina dopo risoluzione di una polmonite nosocomiale. Vive in strada. Si reca regolarmente in dormitorio, cambiandolo però spesso tra quelli presenti in città.

Il Signor Amnar, 42 anni, straniero regolarizzato. Vive con altri connazionali in un appartamento in un paese dell'hinterland. In Italia da 13 anni ma non parla bene la lingua. Moglie e figli in Pakistan. Vittima di incidente sul lavoro, frattura del bacino. Operato, ricoverato in Terapia Intensiva e poi in Riabilitazione, inizia un percorso riabilitativo ospedaliero con necessità di successivi accessi ambulatoriali.

I 4 casi clinici sopra sintetizzati sono realmente accaduti e la loro presa in carico è tuttora in corso e fotografano come la definizione di "dimissione ospedaliera" possa comprendere e comportare bisogni, risorse e strategie ma anche soluzioni completamente differenti, spesso in una cornice anche informale di gestione grazie alla "fantasia e creatività" degli operatori e al coinvolgimento di servizi, familiari e caregivers.

L'Articolo 32 della Costituzione Italiana recita che la nostra Repubblica "tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti". Tale principio guida la scelta del professionista sanitario in tutti i momenti di cura: dall'accesso al servizio, territoriale od ospedaliero, fino alla dimissione, al trasferimento in altro setting sia questo il proprio domicilio sia una struttura socio-sanitaria. Partendo da tale presupposto, il processo di cura quindi non si conclude con la dimissione ospedaliera ma anzi, da tale "passaggio" spesso inizia un nuovo percorso, clinico, sociale, umano che non coinvolge solo il sanitario inteso come medico specialista, ma anche l'infermiere, l'assistente sociale, il fisioterapista, il logopedista, l'operatore socio-sanitario, lo psicologo, l'assistente sanitario e ogni figura professionale che possa accompagnare il malato.

A questi si aggiungono i caregivers, formali o informali, istituzionali o familiari e il mondo del terzo settore, del volontariato, senza il quale, in questo momento storico e contesto epidemiologico, la rete che sostiene il sistema socio sanitario non esisterebbe. Per chi vive l'ospedale, spesso, coinvolto da una dinamicità tempestosa in termini di tempo, l'idea che la dimissione dal nosocomio possa

concludere l'*iter* diagnostico terapeutico del malato è reale, automatica e talvolta obbligata. In realtà la dimissione rappresenta uno dei momenti di cura più importanti non solo sul piano clinico assistenziale ma nella gestione operativa, umana, sociale e quotidiana della malattia.

In sanità il momento della dimissione ospedaliera è descritto come il passaggio, programmato e concordato, di un paziente dal ricovero in ospedale a un altro *setting*, assistenziale, domiciliare, di cura dove più professionisti, servizi e attori, portatori di interessi (del paziente, ma non sempre è così) dialogano per trovare una soluzione ai bisogni del malato. Le definizioni di "*Persona al centro*" nell'area sociale o di "*Paziente al centro*" nell'area sanitaria sono rappresentazioni sintetiche di un concetto molto più ampio e profondo, che è mutato nel tempo, soprattutto nell'epoca post pandemica COVID-19: le persone non autosufficienti, i loro percorsi esistenziali, i loro progetti di vita, indipendentemente dalla condizione di fragilità o a partire proprio dalla condizione personale di fragilità, sono da considerarsi centro della progettazione e dell'azione dei servizi, che coinvolgono sempre e necessariamente più Enti e Professionisti. Lavorare in sanità oggi significa lavorare "*in salute*": pensare interventi di assistenza in grado di offrire risposte rispettose, capaci di cogliere e di valorizzare le soggettività, di sviluppare relazioni umane, in ottica di rete tra Enti, soprattutto in un territorio come il nostro, lombardo ma più in generale europeo, complesso e articolato in termini di culture, popolazioni e realtà. Essere un professionista sanitario significa affrontare queste nuove sfide, partecipando ai tavoli di progettazione e programmazione coordinata tra Enti del territorio che rappresentano una modalità concreta e operativa per identificare e condividere linee comuni e obiettivi, metodologie di intervento, requisiti tecnici e professionali, modelli organizzativi e procedure condivise, idee e proposte per verificare la capacità di innovazione, strumenti di monitoraggio e verifica, forme di modellizzazione e individuazione di indicatori per la valutazione di impatto di servizi che saranno sempre più richiesti con il mutare delle condizioni sociali, economiche e culturali del nostro territorio.

In questo contesto l'interconnessione tra servizi territoriali e l'ospedale per acuti, anche attraverso strumenti digitali e l'implementazione di figure professionali chiave del processo di integrazione ospedale-territorio, come l'Assistente Sociale, l'Infermiere di Famiglia e Comunità che agiscono attraverso lo strumento della dimissione ospedaliera e il Terzo Settore, rappresenta un valido fattore di accelerazione per la gestione di casi e situazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali sempre più presenti sul territorio, coinvolgendo i Comuni che rappresentano per il cittadino "*la prima porta aperta sulla strada*", nel contesto normativo che evolutivamente nasce dalle Leggi 328/2000 e, prima, 502/1992 e 517/1993, oggi "evoluto" nel D.M. 77/2022. Ciò premesso, uno strumento imprescindibile di interconnessione tra l'ospedale e il territorio è rappresentato dalla dimissione ospedaliera: sviluppare cure domiciliari siano esse all'abitazione del paziente siano invece in altro *setting* di cura, integrate con l'ospedale, consente di attuare e dare contenuto e sostanza alle politiche stabilite a livello Nazionale e Regionale che leggono la complessità del territorio e del cambiamento sociodemografico e incentivano quindi una cura di prossimità.

Sviluppare cure domiciliari, intese anche come semplicemente "*domestiche*" alla propria abitazione, fuori dalle mura ospedaliere, in un contesto extra nosocomiale acuto, significa creare una rete di presidi di *welfare* di prossimità rivolti a individui, famiglie e anziani per fronteggiare e curare le fragilità emerse con la crisi o preesistenti a essa e promuovere il benessere individuale e collettivo. Risulta ormai necessario, oltre che auspicabile, adottare un metodo cooperativo per costruire e coordinare una proposta di servizi che integri offerta pubblica e privata, includendo nell'offerta, insieme alle attività realizzate da soggetti privati, anche le opportunità offerte dagli enti del terzo settore e i contributi che la comunità con le reti di prossimità rende disponibili, ad esempio con Associazioni, Comuni, Gruppi.

L'esperienza maturata negli ultimi anni sulla gestione delle attività territoriali, sia sanitarie sia sociosanitarie da parte di tutti gli Enti sanitari e socio-sanitari e finalmente compreso e deliberato anche dal Legislatore, unitamente allo stretto raccordo con i servizi del territorio, formali e informali, ha reso matura la convinzione che, anche attraverso una gestione direttamente partecipata dello strumento delle cure oltre la dimissione dall'ospedale, che permetterebbe tra l'altro anche una maggior continuità terapeutica tra ospedale e territorio, si possa garantire una migliore e più efficace risposta ai bisogni sanitari dei pazienti acuti nella fase di dimissione. Gli operatori si interrogano su quali siano gli strumenti per una dimissione ospedaliera adeguata.

La necessità di condividere tali osservazioni ha portato alla costituzione di *focus group* condotti settimanalmente nella nostra struttura ospedaliera, al fine di discutere e condividere tutti gli aspetti operativi, di *vision* ma anche quelli emergenziali attraverso le seguenti necessità:

- Risorse (umane, strumentali, economiche, formative);
- Flessibilità: oraria, di approccio, "estetica";
- Adattamento: personale, di gruppo, di struttura;
- Tempo fisico e progettuale;
- Strumenti operativi: come raggiungere il paziente, presenza del *caregiver*, ruolo altri Enti (Comuni, Terzo Settore, ecc.);
- Intelligenza artificiale, nuove tecnologie, telemedicina, teleconsulto;
- Appropriately;
- Informazione ed educazione al paziente, al *caregiver*, agli altri operatori: *de-briefing*;
- Prevenzione e promozione alla e della salute;
- *Leadership* partecipata;
- Equilibrio personale e di gruppo, valorizzazione;
- *Empowerment* e comunità;
- Obiettivi misurabili;
- Solitudine e isolamento;
- Reti formali e informali.

Nell'ultimo biennio, il Legislatore, con la legge di bilancio 2022 (L. 234/2021), ha approvato i sei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) prioritari. Tra questi emerge quello costituito dai "Servizi sociali per le dimissioni protette". I LEPS, come noto, garantiscono l'eguaglianza di accesso alle prestazioni sociali da parte dei cittadini e devono essere garantiti in tutti i comuni, anche in forma associata. La "dimissione protetta" è un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall'ambiente ospedaliero o simile ad un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale.

L'attività volta a garantire le dimissioni protette è individuata fra le azioni prioritarie da attivare in tutti gli ambiti di cura, visto il suo riconoscimento come LEPS e promosso anche dal PNRR, Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza che sta trovando attuazione in questo momento storico.

La "dimissione protetta" è una dimissione da un contesto sanitario che prevede una continuità di assistenza e cure attraverso un programma concordato tra il medico curante, i servizi sociali territoriali dell'azienda sanitaria territoriale di appartenenza e dell'Ente locale. Il paziente può così tornare a casa o essere ricoverato in strutture qualificate pur restando in carico al Servizio Sanitario Nazionale, "seguito" da un'adeguata assistenza sanitaria per un periodo di tempo e, ove necessario, preso in carico dai servizi sociali. In sintesi, è un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall'ambiente ospedaliero o simile a un

ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale. Tale tipo di approccio multidisciplinare di pianificazione della dimissione, sviluppato prima che il paziente sia dimesso, migliora la qualità della vita, l'integrazione fra ospedale e territorio e tra i professionisti socio-sanitari coinvolti nel processo di assistenza e cura, oltre a ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata nei pazienti anziani, disabili e fragili.

Disuguaglianze sociali ed economiche giocano un ruolo importante nell'accesso alle cure dopo la dimissione. I pazienti provenienti da contesti socio-economici svantaggiati hanno spesso meno risorse per accedere alle cure domiciliari o alle tecnologie necessarie per il monitoraggio remoto. Questo può esacerbare le condizioni di salute e aumentare il rischio di riospedalizzazione. Il costo delle riospedalizzazioni rappresenta una parte significativa della spesa sanitaria. In Italia, i costi associati alle riammissioni ospedaliere non pianificate ammontano a miliardi di euro ogni anno. Un adeguato piano di dimissione può ridurre questi costi migliorando la gestione dei pazienti a domicilio e prevenendo complicazioni.

Gli studi mostrano che un piano di dimissione ben strutturato può ridurre i costi sanitari di circa il 10-15%, soprattutto nei casi di malattie croniche complesse come lo scompenso cardiaco e la broncopneumopatia. La dimissione dall'ospedale non è solo un passaggio fisico, ma ha anche un impatto emotivo e psicologico significativo. Molti pazienti, specialmente gli anziani, sperimentano ansia, isolamento o depressione dopo la dimissione. Il supporto psicologico, oltre a quello fisico, è essenziale per garantire che il paziente si adatti bene alla vita fuori dall'ospedale. Coinvolgere la famiglia e i *caregiver* nel processo di dimissione può migliorare significativamente i risultati di salute, assicurando che il paziente riceva l'assistenza necessaria una volta tornato a casa.

La continuità assistenziale tra ospedale e territorio è fondamentale per evitare vuoti di cura. In questo senso, modelli di collaborazione tra servizi sanitari, sociali e terzo settore sono cruciali per garantire un accompagnamento del paziente nel post-ricovero. La dimissione protetta rappresenta un passo decisivo in questa direzione, con la previsione di percorsi di cura condivisi e servizi di assistenza domiciliare che seguano il paziente nel lungo termine. L'integrazione di questi dati epidemiologici e considerazioni evidenzia quanto sia fondamentale un approccio olistico alla dimissione dall'ospedale, con un *focus* sulla continuità delle cure e sulla personalizzazione degli interventi post-dimissione. Migliorare i servizi di assistenza domiciliare e telemedicina, ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle cure e promuovere una collaborazione efficace tra ospedale e territorio sono tutti fattori essenziali per ridurre le riospedalizzazioni e migliorare la qualità della vita dei pazienti, specialmente per le persone più fragili.

L'art. 22 del DPCM 12/01/2017 prevede che il Servizio Sanitario Nazionale garantisca alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. Le cure e l'assistenza domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal DPCM 14/02/2001 – *“Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria”*.

Gli obiettivi delle dimissioni protette sono molteplici:

- Promuovere l'assistenza delle persone fragili e con perdita progressiva di autonomia, attraverso l'intercettazione precoce del bisogno e della iniziale fragilità garantendone la presa in carico sociosanitaria;

- Aumentare il grado di appropriatezza e personalizzazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- Assicurare la continuità dell'assistenza tutelare;
- Favorire il decongestionamento dei Pronto Soccorso liberando risorse economiche, professionali e strumentali che possono essere utilizzate per la risposta al bisogno assistenziale delle persone fragili, contribuendo a rendere più efficiente ed efficace la spesa sanitaria a partire da quella ospedaliera e contribuendo inoltre a ridurre il numero dei ricoveri reiterati presso i presidi ospedalieri;
- Garantire un modello organizzativo gestionale omogeneo, unitario e continuativo nei diversi ambiti territoriali per la gestione integrata e coordinata degli interventi a favore delle persone non autonome che permetta la permanenza più a lungo possibile presso il proprio domicilio;
- Sostenere l'autonomia residua e il miglioramento dei livelli di qualità di vita, incrementando la consapevolezza e la responsabilità delle figure di riferimento della persona fragile, superando la logica assistenziale;
- Uniformare i criteri di valutazione e accesso agli interventi/opportunità a favore delle persone fragili, creando anche nuove sinergie tra il pubblico, il Terzo Settore e il privato sociale volte a sviluppare strategie innovative per implementare e diversificare la rete dei servizi;
- Rafforzare la coesione e l'inclusione sociale delle persone fragili e anziane nella vita della comunità di appartenenza;
- Favorire un approccio multidisciplinare inteso come un processo che coinvolge la continuità assistenziale, l'integrazione con i servizi territoriali e la gestione del paziente nel contesto post-ospedaliero. Questo approccio olistico riconosce che il benessere del paziente non dipende solo dalle cure mediche ricevute in ospedale, ma anche da come vengono gestiti i servizi dopo la dimissione.

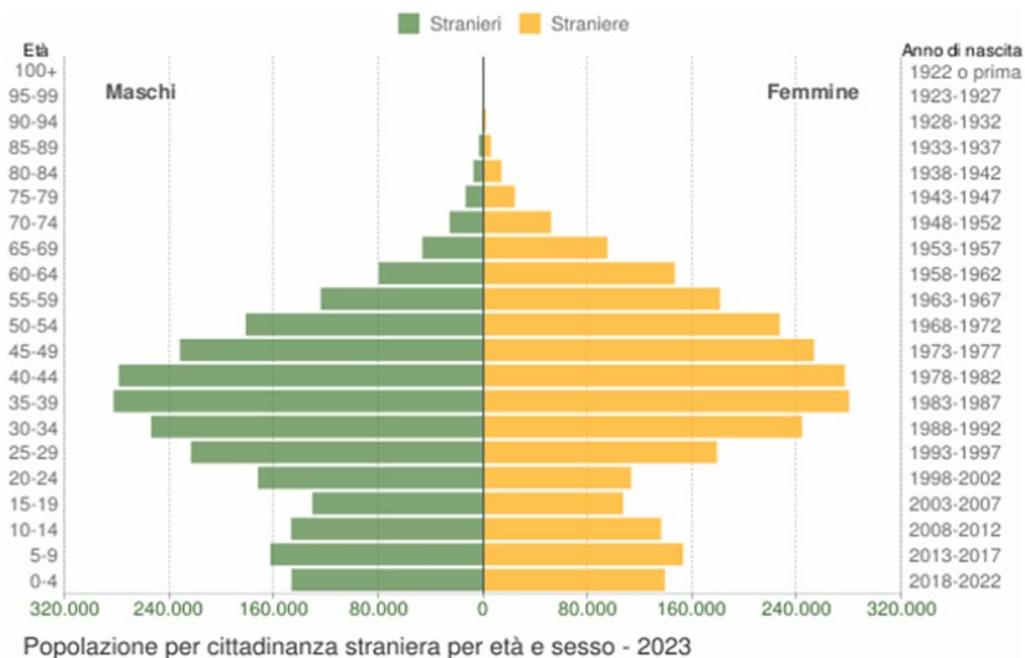
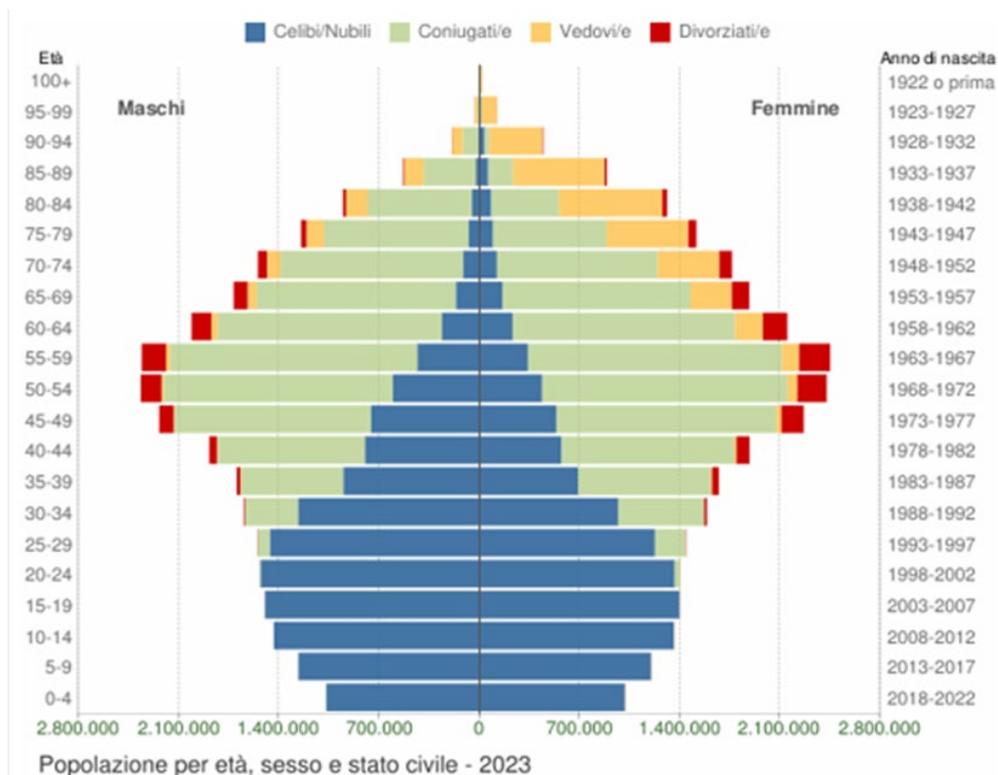
Il *target* di riferimento e quello maggiormente epidemiologicamente rappresentato anche nella pratica clinica e sociale quotidiana è formato da persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità o persone infra sessantacinquenni ad essi assimilabili, residenti sul territorio nazionale, italiane e straniere, non supportate da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per i quali gli interventi sono volti a sostenere il rientro e la permanenza a domicilio a seguito di ricovero ospedaliero o dimissione da una struttura riabilitativa o servizio accreditato. A questi poi si aggiungono casi particolarmente impegnativi dal punto di vista "sociale": dipendenze, situazioni di marginalità, problemi economici, famiglie "allargate".

L'accesso al sostegno a domicilio è subordinato alla valutazione multidimensionale del grado di vulnerabilità che valuta le quattro dimensioni (sanitaria, cognitiva, funzionale e sociale). Ciascun territorio regionale definisce i parametri minimi per l'accesso al servizio, moltiplicando però un panorama già eterogeneo e spesso frammentato che non troverà giovamento dalla prossima "autonomia differenziata" che se sulla carta rappresenta una puntuale soluzione a problemi non recenti, trova nell'applicabilità del quotidiano difficoltà non solo economiche ma soprattutto di divari storici del nostro Paese, pur andando incontro alle peculiarità del territorio.

Il concetto di multidisciplinarietà è spesso ostaggio del tempo ospedaliero, necessariamente veloce, dinamico che si scontra con i tempi del "sociale", del territorio. Tale binomio rappresenta una delle sfide più significative per la sanità del futuro, soprattutto in un contesto ormai non più solo "liquido" come descritto dal filosofo Habermas ma della "post modernità", dove la medicina sta cercando casa nella "personalizzazione" della stessa, navigando tra pazienti che diventano clienti con autodiagnosi "googlolate", app fantasma che accumulano milioni di byte di dati che "vendiamo" a terzi, ma che ormai tutti abbiamo sugli *smartphone*. Gli operatori che si occupano di dimissioni ospedaliera lavorano quotidianamente con questi strumenti e devono considerare il contesto epidemiologico in cui operano, come rappresentato nelle figure 1 e 2. Analizzando i dati

di popolazione per età, sesso e stato civile dell'ISTAT dell'anno 2023, si evidenziano le criticità che ci attendono, note anche alle cronache nazionali: famiglie monocomponente, popolazione sempre più anziana e fragile, sempre meno figli, nemmeno tra gli stranieri.

Figura 1 e 2: dati di popolazione per età, sesso e stato civile (celibi/nubili, coniugati, vedovi, divorziati) e per cittadinanza straniera UE ed extra UE per età e sesso –elaborazione su dati ISTAT al 31/12/2023



Comprendere il contesto locale di riferimento permette a tutti gli attori coinvolti nel processo di dimissione di adottare visioni e strategie comuni.

In particolare, nel contesto locale, la popolazione bresciana si caratterizza, come ormai per molte province italiane, da una sempre maggior percentuale di persone anziane, come dimostra la tabella sottostante (tabella 1) con i dati demografici divisi per distretto della nostra ATS di appartenenza. Dai dati si denota come la quota di persone con età superiore ai 65 anni sia arrivata a sfiorare il 22% della popolazione totale, con specifici distretti in cui raggiungono quote vicine al 25%.

Tabella 1: Indici demografici della popolazione anziana divisi per distretto ATS Brescia (dati al 31/12/2023, fonte: ATS Brescia)

	Distretto											Totale
	Brescia	Brescia Ovest	Brescia Est	Valle Trompia	Sebino-Monte Orfano	Oglio Ovest	Bassa Bresciana Occ.	Bassa Bresciana Cent.	Bassa Bresciana Or.	Garda	Valle Sabbia	
Totale assistiti	216.212	104.225	101.822	114.634	116.150	101.492	55.990	121.774	69.223	129.856	76.441	1.209.819
N° pop. 65 anni e più	53.538	21.966	23.337	38.341	36.311	20.145	12.614	27.613	13.841	31.035	18.005	276.746
%>=65 anni	24,80%	21,10%	22,90%	24,70%	22,70%	19,80%	21,80%	22,70%	20,00%	23,90%	23,60%	22,90%
Indice di vecchiaia	211	164	175	210	174	133	165	180	139	202	182	180
Indice dipendenza degli anziani	40	32	34	39	35	30	33	35	30	37	36	35.3

La nostra popolazione, come quella italiana, si caratterizza per l'aver un indice di vecchiaia medio che si avvicina al 200, ad indicare che gli over 65 rappresentano quasi il doppio dei giovani (intesi come persone sotto i 15 anni) e un indice di dipendenza medio di 35.3.

Considerando l'incremento demografico degli over 65 previsto è logico dedurre che anche questi indicatori siano destinati a crescere, impattando sull'economia della provincia che con sempre maggior difficoltà riuscirà a far fronte ai bisogni sia pensionistici sia assistenziali delle persone anziane, un trend che è nazionale come dimostrano anche i dati ISTAT più recenti. Infatti nella popolazione lombarda si stima che la percentuale di persone over 65 sia destinata a salire, raggiungendo addirittura il 31,5% entro il 2070. Tale incremento si traduce inevitabilmente con un aumento dei pazienti presi in carico dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, come dimostrano anche i più recenti dati sulle liste di attesa per le RSA (22.538 Utenti attendono un posto letto presso le residenze socio sanitarie, dati ATS Brescia al 27/09/2024).

L'incremento dell'età, come noto anche in letteratura, si caratterizza per l'aumento sia delle patologie acute, sia cronico-degenerative, accumulandosi nella stessa persona e portando a un sempre maggior numero di pazienti pluripatologici (tabella 2 e 3).

Tale caratterizzazione ha ripercussioni sulle famiglie, gli stili di vita e le abitudini. L'invecchiamento della popolazione sta portando a un aumento della prevalenza di patologie croniche e comorbidità. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), entro il 2050, circa il 22% della popolazione mondiale sarà composta da persone di età superiore ai 60 anni.

In Italia, nel 2020, oltre il 60% degli anziani aveva almeno una malattia cronica, e circa il 30% viveva con più di una comorbidità. Pazienti anziani e polipatologici sono quelli che più frequentemente necessitano di dimissioni protette, con piani di assistenza domiciliare o strutture residenziali che possono rispondere adeguatamente alle loro esigenze. Le patologie croniche, come il diabete, le malattie cardiovascolari e le malattie respiratorie croniche, rappresentano circa il 75% della spesa sanitaria nei Paesi sviluppati.

Questi pazienti sono particolarmente vulnerabili dopo la dimissione ospedaliera, poiché richiedono continuità di cure, gestione farmacologica, e monitoraggio costante per evitare ricadute e riospedalizzazioni. La dimissione precoce senza un'adeguata preparazione e supporto porta spesso a un alto tasso di riospedalizzazione, che rappresenta un costo aggiuntivo per i sistemi sanitari e una fonte di stress per i pazienti e le loro famiglie. Studi hanno dimostrato che il tasso di riospedalizzazione entro 30 giorni dalla dimissione può raggiungere il 15-20%, con costi sanitari significativi.

Tabella 2: Numero di gruppi di patologie per assistito (dati al 31/12/2023, fonte ATS Brescia)

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 3: Prevalenza presa in carico per gruppi patologici (dati al 31/12/2023, fonte ATS Brescia)

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

Come evidenziato dalle tabelle 2 e 3 sopra descritte, si evince che:

1. Oltre il 20% della popolazione bresciana presenta più di una patologia, con un coinvolgimento maggiore nella fascia di età over 65;
2. Le patologie che principalmente interessano gli over 65 sono malattie che riguardano il sistema cardiovascolare (ipertensione, infarti, ictus), problemi metabolici (diabete, ipercolesterolemia), tumori, malattie dell'apparato digerente, demenze-Alzheimer, insufficienza renale;
3. Le persone affette da patologie croniche sono il 40,8% del totale.

Tale condizione si traduce in un incremento degli accessi per acuzie e contatti con le strutture sanitarie, incremento dell'intensità di cura e peggioramento della qualità di vita con perdita di autonomia che spesso non permette una gestione autonoma della malattia al domicilio da parte di questi pazienti e dei loro *caregiver*/familiari per cause sociali ed economiche.

In quest'ottica si pone il cosiddetto *transitional care*, con l'attivazione di una presa in carico temporanea e di un ritorno protetto al domicilio, per far fronte a problematiche di salute degli anziani con patologie croniche, come peraltro previsto anche dal PNRR. Le cure domiciliari integrate tra ospedale e territorio in un sistema di *welfare* di prossimità che assolve a bisogni non solo clinici ma anche sociali, sono quindi uno strumento cruciale per la gestione post-dimissione dei pazienti con malattie croniche o disabilità. Nel contesto italiano, la diffusione di programmi di assistenza domiciliare è stata promossa negli ultimi anni, anche se con forti differenze regionali.

La telemedicina è un altro strumento in crescita per monitorare i pazienti dopo la dimissione. Durante la pandemia da COVID-19, l'adozione della telemedicina ha permesso di monitorare i pazienti a distanza, riducendo i contatti in ospedale e supportando il sistema di cure a casa. È stato dimostrato che l'uso della telemedicina riduce del 20-30% le riospedalizzazioni per pazienti con insufficienza cardiaca cronica.

In tale contesto, le "*dimissioni protette*" rappresentano pertanto uno strumento indispensabile per garantire la continuità delle cure ai pazienti "*fragili*", affetti da malattie croniche e degenerative ma anche con bisogni sociali e non necessariamente over 65, e rientrano in un piano più generale che favorisce il modello della presa in carico del paziente nell'ambito di un'assistenza integrata e continuativa. In analogia alla maggior parte delle strutture sanitarie territoriali, il servizio deve essere strutturato attraverso un *team* multidisciplinare con assistenti sanitarie, infermiere e assistenti sociali, al fine di garantire la miglior presa in carico e collegamento tra ospedale e territorio.

Il momento delle dimissioni dall'ospedale viene spesso vissuto dai pazienti come un passaggio critico, a seguito del quale si devono affrontare molti disagi: si passa infatti da un'assistenza h24 a un livello assistenziale ridotto nei casi delle dimissioni a domicilio. L'istituzione delle dimissioni cosiddette "*protette*" nasce proprio al fine di assicurare al paziente un percorso di cure anche al di fuori dell'ospedale, attraverso un lavoro integrato tra azienda ospedaliera, servizi delle aziende sanitarie pubbliche territoriali (ex UCAM/EVM) e distretti sociosanitari, allo scopo di garantire una continuità nel processo di cura e assistenza.

I pazienti fragili, ossia coloro che sono affetti da patologie croniche e degenerative o con problematiche socio economiche/abitative, hanno bisogno di essere assistiti anche dopo il termine della degenza ospedaliera. Le dimissioni ospedaliere protette rappresentano quindi il passaggio programmato e concordato di un paziente dal ricovero in ospedale ad un altro *setting* assistenziale. Si applica in accordo con il medico ospedaliero, il paziente e il *caregiver* se presente, e prevedendo un coordinamento tra l'ospedale e i servizi sanitari e sociali del territorio di appartenenza.

Nel 2023, in Fondazione Poliambulanza di Brescia, struttura ospedaliera privata accreditata no profit, con un Pronto Soccorso di II livello da oltre 90.000 accessi/anno e 621 posti letto accreditati ed a contratto, circa 30.000 ricoveri ospedalieri annui e oltre 500.000 prestazioni ambulatoriali, sono state attivati 1.251 percorsi di assistenza domiciliare integrata (ex ADI ora C-DOM) su un totale di 2.615 pazienti gestiti (circa il 50%). Il dato è in crescita nell'ultimo decennio, come visibile dai grafici 1 e 2.

Grafico 1: Andamento segnalazioni dimissioni protette in Poliambulanza (dati al 31/12/2023, fonte Fondazione Poliambulanza)

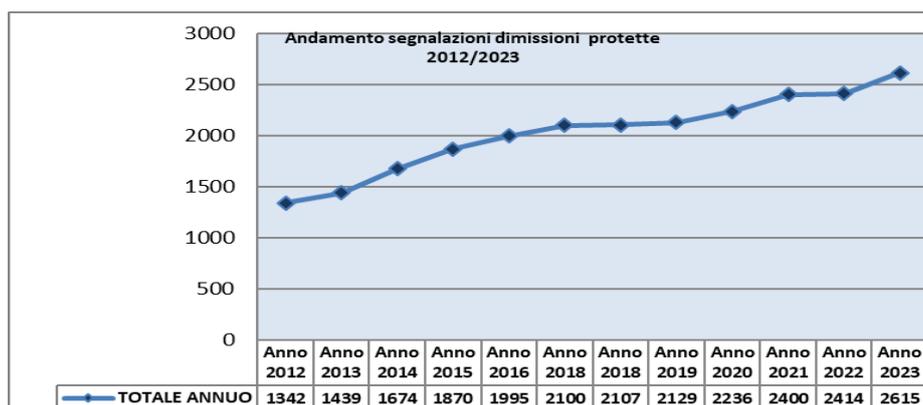
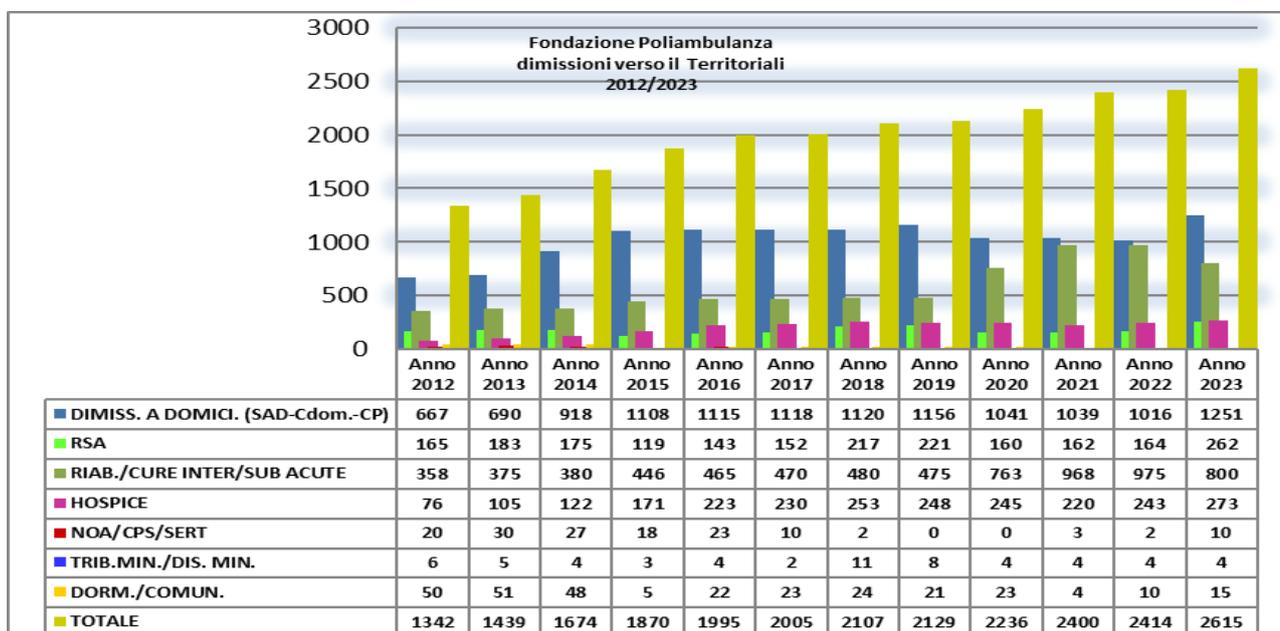


Grafico 2: rete territoriale di supporto attivata dal servizio di dimissioni protette (dati al 31/12/2023, fonte Fondazione Poliambulanza)



Dall'esperienza quotidiana, si evince che le dimissioni protette permettono, attraverso il sostegno dei familiari e dei caregiver, di attivare il trasferimento nelle strutture territoriali più adeguate ad accogliere il paziente alla sua dimissione oppure di migliorare la presa in carico al domicilio con l'attivazione delle Cure Domiciliari nei casi in cui è possibile o dei servizi comunali di competenza.

In seguito alla valutazione della complessità del paziente che emerge tramite una valutazione multidimensionale e multidisciplinare, il servizio attiva varie modalità di dimissione che possono essere:

- Organizzare il rientro al domicilio con l'attivazione di cure domiciliari e delle cure palliative;
- Organizzare ricoveri presso strutture socio sanitarie territoriali;
- Agganciare i servizi territoriali specialistici;
- Attivare tutti i supporti informativi necessari presenti sul territorio.

Tale attività è possibile a seguito di un complesso percorso che si compone di più attori, sia ospedalieri che territoriali: la valutazione del miglior *setting* di dimissione infatti è il risultato di comunicazione continua con le strutture del territorio, i servizi sociali comunali e le associazioni del Terzo Settore che spesso sono già a conoscenza delle criticità che caratterizzano il paziente e offrono ulteriore supporto per la migliore scelta assistenziale. Per i casi a più alta complessità assistenziale, risulta necessaria la collaborazione con le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), i Centri Residenziali Anziani (CRA), i Centri di Riabilitazione, le Cure Intermedie, gli Ospedali di Comunità, le Unità di Cure Subacute e gli *Hospice*. Per i casi di minor complessità assistenziale invece risulta fondamentale mantenere contatti con i medici di medicina generale e le Case di Comunità per l'attivazione dell'infermiere di famiglia e comunità.

I servizi territoriali sono pertanto parte integrante e ampiamente inseriti nel territorio e si intercalano in un contesto fortemente eterogeneo che ha però come scopo comune la presa in carico del paziente anche sul territorio per favorire il suo rientro nell'ambiente di vita nella miglior modalità, in funzione dello stato psicofisico e sociale che caratterizza il paziente e la sua famiglia al fine di garantire una qualità di vita dignitosa e rispondere ai bisogni sanitari, sociosanitari e sociali in coerenza con la definizione di salute di Huber del 2011 intesa come "*capacità dinamica di adattamento e benessere bio-psico-sociale*".

Gli obiettivi di una dimissione ospedaliera pertanto, derivanti dalle politiche complessive, dai valori ispiratori e dalla *mission* di ogni singola struttura, perseguono i seguenti standard e modalità, operative, di attuazione:

Obiettivo	Modalità di attuazione
Garantire assistenza socio-sanitaria a persone non autosufficienti portatrici di diversi livelli di fragilità.	Tramite l'erogazione di prestazioni fornite da professionisti qualificati e costantemente formati, che comprendono appieno il loro ruolo nei confronti di utenti con esigenze particolari.
Monitorare l'evoluzione dei bisogni sociosanitari e assistenziali dell'utente.	Tramite valutazioni multiprofessionali e progetti d'intervento domiciliari.
Assicurare il massimo livello di benessere psicofisico al fine di riabilitare, preservare o rallentare il deterioramento delle abilità residue di un individuo.	Attraverso un approccio professionale multidimensionale, centrato sulla singola persona con i suoi bisogni specifici, da cui derivi un'attenta gestione dinamica del Piano Assistenziale Individuale.
Offrire un livello di assistenza sempre più elevato in termini di qualità e competenza.	Attuando la formazione continua del personale, al fine di sostenere la sua motivazione e rivalutarne la preparazione professionale.

Adeguamento tecnologico e organizzativo dell'attività.	Mediante una scrupolosa valutazione delle condizioni attuali e l'esame di progetti volti a modificare, sostituire o aggiornare l'esistente, con l'obiettivo di migliorare le prestazioni fornite a domicilio, le pratiche degli operatori e le attività amministrative.
--	---

Ciò premesso, è necessario adottare degli strumenti operativi per affrontare la dimissione ospedaliera nella filiera della salute di prossimità, tra esperimenti sociali e realtà clinica, come peraltro previsto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità con gli obiettivi per uno sviluppo sostenibile, riportati in figura 3:

Figura 3. Obiettivi per uno sviluppo sostenibile Organizzazione Mondiale della Sanità



Tali obiettivi, si declinano, a fronte dell'esperienza sul campo vissuta dagli operatori, nelle seguenti strategie operative quotidiane applicabili e misurabili:

- Welfare di prossimità: reti formali e informali;
- Buone prassi: pensare globale, agire locale;
- Peculiarità territoriale: valorizzazione dei servizi e delle realtà presenti a livello locale;
- Indicatori: misurazione del processo e dell'esito;
- Normative (ex DGR 2569/2014, DGR 6867/2022, DM 77/2022, PNRR missione 6);
- Persone (Operatori, Caregivers, Pazienti);
- Ambiente - Cambiamento climatico - Flussi migratori – Società/Modernità liquida (Papa Francesco Enciclica Laudato Sì, 2015, Bauman, 2017).

In conclusione, la dimissione dall'ospedale rappresenta uno strumento di approccio cosiddetto "ecologico-sociale" attraverso la promozione della salute, la capacità di dare risposte operative ai bisogni sociali delle persone e costruire relazioni significative familiari e comunitarie in un contesto nel quale siamo abituati a fornire risposte cliniche a bisogni sociali nel sistema della salute di prossimità.

Migliorare le dimissioni ospedaliere, “protette”, integrate tra l'ospedale ed il territorio, richiede un approccio olistico e multidisciplinare che integri risorse cliniche, sociali e tecnologiche. Gli interventi che si concentrano su una pianificazione anticipata, un'assistenza integrata e un coinvolgimento attivo di famiglia e caregiver, combinati con il supporto della telemedicina e delle cure domiciliari istituzionali, formali e territoriali, garantiscono una transizione sicura ed efficace dall'ospedale alla “casa”, non necessariamente più il proprio domicilio. In questo modo, si migliora la qualità della vita dei pazienti e si riducono le riospedalizzazioni e i costi sanitari.

Riferimenti Bibliografici

1. *Piano Nazionale della Cronicità, Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016.*
2. *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Missione 6 Componente 1.2.1- Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: “Case come primo luogo di cura (ADI)”*
3. *DELIBERAZIONE N° XI / 6867 della Giunta di Regione Lombardia, Seduta del 02/08/2022 “DETERMINAZIONI IN ORDINE ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA IN ATTUAZIONE DELL'INTESA DEL 4 AGOSTO 2021 DI APPROVAZIONE DEI REQUISITI DI ESERCIZIO E ACCREDITAMENTO DELL'ADI, NELL'AMBITO DELLA CORNICE PROGRAMMATICA COSTITUITA DALLA MISSIONE 6 DEL PNRR, DAL DM 77 DEL 23 MAGGIO 2022 RECANTE “MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE”, DAL DM 29 APRILE 2022 DI APPROVAZIONE DELLE LINEE GUIDA ORGANIZZATIVE CONTENENTI IL «MODELLO DIGITALE PER L'ATTUAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE» E NEL PIÙ GENERALE QUADRO DEL POTENZIAMENTO DELLA SANITÀ TERRITORIALE DISPOSTO CON L.R. 22/2021 - (ATTO DA TRASMETTERE AL CONSIGLIO REGIONALE).”*
4. *PIANI DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE DELLE ASST (PPT) – DGR 2089/2024 Analisi delle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche della popolazione di ATS Brescia per distretto (SS Epidemiologia, Giugno 2024)*
5. *Enciclica Laudato Sì, Papa Francesco, 2015*
6. *Il disagio della post-modernità, Zygmunt Nauman, Laterza, ed. 2024*

RISPOSTA ALL'URGENZA A BASSA COMPLESSITÀ – URGENT CARE DEFINIZIONE E PROGETTAZIONE DEI SERVIZI A PARTIRE DALLA CHIAMATA AL NEA 116117 - AREU

Premesse e contesto

Il sistema di Emergenza-Urgenza (E-U) ha il compito di garantire la rapida presa in carico del paziente con condizioni critiche, assicurando il miglior percorso di cura possibile. Tradizionalmente, il luogo di cura principale di questo sistema viene identificato nel Pronto Soccorso (PS). Tuttavia, negli ultimi anni il sistema sta affrontando diverse sfide, tra cui una sempre maggiore richiesta per necessità di salute differibili, dettate anche da un progressivo invecchiamento della popolazione che comporta un aumento delle richieste di carattere sociosanitario. Premesso che molti dei bisogni pervenuti nei PS potrebbero essere gestiti a livello territoriale, comportando benefici sia per il sistema dei PS, che risulterebbe alleggerito di una importante quota di richieste, sia per i pazienti, che troverebbero una risposta appropriata alle proprie necessità senza venire esposti ai tempi di attesa e ai rischi dell'ospedalizzazione.

Al fine di valutare l'evoluzione delle richieste di assistenza pervenute nei PS della Lombardia, L'Agenda Regionale di Emergenza e Urgenza (AREU) ha effettuato un'analisi degli accessi in PS della regione dal 2019 al 2023. Tale analisi ha evidenziato diversi fenomeni, tra cui un aumento dei codici minori, un aumento del tempo di permanenza in Pronto Soccorso e un aumento degli abbandoni prima del completamento del processo diagnostico-terapeutico (Tabella 1). In particolare, nel 2023 sono stati registrati 3.46 milioni di accessi, di cui 2.8 milioni per codici minori (codice bianco e codice verde del vecchio modello di triage).

Tabella 1: analisi indicatori degli accessi in Pronto Soccorso, dal 2019 al 2023

	2019	2020	2021	2022	2023
Codice triage					
Bianco	9.9%	8.6%	8.4%	8.1%	9.0%
Verde	68.7%	66.1%	67.5%	68.7%	71.7%
Giallo	19.0%	21.5%	20.7%	20.0%	17.3%
Rosso	1.9%	2.7%	2.3%	2.2%	1.8%
Abbandono PS	5.0%	4.0%	4.7%	5.6%	6.8%
Tempo permanenza dei pazienti ricoverati (ore)	3.8	5.5	5.8	5.5	5.2
Tempo permanenza dei pazienti dimessi (ore)	2.4	2.4	2.5	2.7	2.7

Questi dati suggeriscono un'evoluzione nell'uso del Pronto Soccorso e dei canali di accesso dell'emergenza pre-ospedaliera, generando molta pressione organizzativa su servizi pensati e progettati per situazioni di emergenza-urgenza non differibili, a scapito di professionisti e pazienti.

Preso atto delle difficoltà nel fornire una risposta adeguata ai nuovi bisogni di assistenza tramite i dipartimenti di Emergenza-Urgenza ospedalieri, serve una collaborazione multidisciplinare per la

costruzione di percorsi alternativi al Pronto Soccorso. Si rende dunque necessario individuare e progettare delle risposte di sistema che siano coerenti con i nuovi bisogni dei pazienti e cittadini, fornendo dei sistemi efficaci ed efficienti di orientamento, che sappiano indirizzare la domanda di salute al miglior servizio, garantendo una risposta appropriata in termini di *timing*, *setting* e risorse.

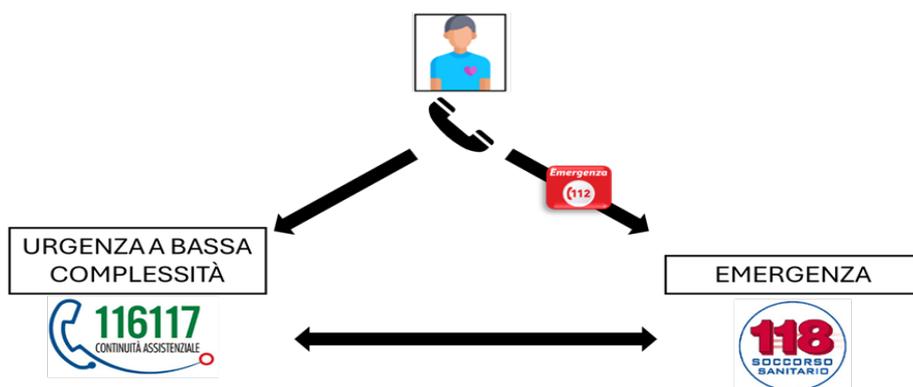
Il sistema di accesso attuale

Attualmente in Regione Lombardia esistono principalmente due sistemi paralleli per le richieste di assistenza sanitaria:

1. **Il sistema 112-118:** per richieste di salute urgenti non differibili;
2. **Il sistema 116117 e il servizio di Continuità Assistenziale:** il Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117 ha la funzione di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura, raccordandosi anche con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza-urgenza e con altri servizi sanitari territoriali. Il NEA si configura come un collettore delle esigenze dell'utente, identificando e stratificando la domanda a bassa complessità assistenziale, indirizzandola verso i servizi più appropriati che la prenderanno poi in carico. Tra le funzioni del NEA, si evidenzia il passaggio della chiamata presso la Continuità Assistenziale, aperta in orario notturno e festivo.

Questi due sistemi lavorano in maniera sinergica e complementare per rispondere a diversi livelli di bisogni (figura 1). Secondo gli *standard* ministeriali, il nuovo criterio di classificazione al *triage* distingue cinque livelli di emergenza-urgenza (tabella 1): l'emergenza in senso stretto (codice 1, rosso), l'urgenza indifferibile (codice 2, arancione), l'urgenza differibile (codice 3, azzurro), l'urgenza minore (codice 4, verde) e la non-urgenza (codice 5, bianco). In particolare, il codice triage azzurro racchiude una categoria di pazienti complessi, con fragilità, non deambulanti e/o non autosufficienti, per i quali sarebbe auspicabile avere un sistema di presa in carico territoriale.

Figura 1: percorsi di presa in carico delle emergenze e urgenze



I livelli di emergenza così definiti si possono raggruppare più ampiamente tra **condizioni a rischio evolutivo** (codice 1,2 e parte del codice 3 del nuovo modello triage) e **condizioni non evolutive/non cliniche** (codice triage 3, 4 e 5) (figura 2), evidenziando la necessità di adottare due diversi percorsi assistenziali.

Tabella 2: nuovo sistema di triage

CODICE DI PRIORITA'	DESCRIZIONE	DEFINIZIONE	TEMPO MASSIMO DI PRESA IN CARICO
1	EMERGENZA	Assenza o rapido deterioramento di uno o più funzioni vitali	IMMEDIATO
2	URGENZA INDIFFERIBILE	Rischio di compromissione delle funzioni vitali Condizione stabile con rischio evolutivo	ENTRO 15 min
3	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiedo più di due risorse	ENTRO 60 min
4	URGENZA MINORE	Condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede fino a due risorse	ENTRO 120 min
5	NON URGENZA	Condizione stabile senza rischio evolutivo, non urgente o di minima rilevanza cliniche che solitamente non richiede risorse	ENTRO 240 min

Figura 2: aree di bisogno assistenziale che giungono in PS, divise in base al codice triage e rischio evolutivo

Aree di bisogno



Ad oggi, i cittadini che hanno un problema di salute in Regione Lombardia si rivolgono ai seguenti servizi:

- **Medico di medicina generale (MMG) e Pediatra di Libera Scelta (PLS)**, che devono garantire una contattabilità idonea a gestire il bisogno del proprio assistito nell'arco della giornata. La risposta avviene dunque durante gli orari di attività ambulatoriale, che non sempre coincidono con l'insorgenza del bisogno di salute del paziente;
- **Ambulatori medici temporanei (AMT)**, strutturati nell'ambito dei Dipartimenti di Cure Primarie, per sopperire alla carenza di medici di medicina generale, qualora non siano disponibili nuovi medici;
- **Continuità Assistenziale**, tramite telefonata al 116117 o in autopresentazione agli ambulatori in orario di apertura;
- **Pronto Soccorso**, accedendo spontaneamente o tramite sistema 118;
- **Ambulatori di Pediatria**, disponibili nei giorni festivi nei Dipartimenti di Cure Primarie.

È importante sottolineare che circa l'80% dei pazienti accede al Pronto Soccorso in autopresentazione, senza aver prima contattato il proprio MMG o la Continuità Assistenziale.

È il caso di ricordare che per ridurre l'uso improprio delle risorse destinate all'Emergenza Urgenza, nel gennaio 2022 è stata istituita la Centrale Medica Integrata (CMI), con l'obiettivo di indirizzare le richieste di cure non urgenti verso i servizi della rete territoriale. In questo modo, i pazienti possono accedere a percorsi di presa in carico e trattamento appropriati, ottimizzando l'utilizzo delle risorse sanitarie. La CMI, quando necessario, può organizzare l'invio di un medico a domicilio per una visita nella stessa giornata, tramite l'uso dei Team di Risposta Rapida Domiciliare (TRRD). Con la Legge Regionale n° 34 del 29 dicembre 2022, sono integrate le funzioni delegate ad AREU dall'art. 16 della LR 33/2009 e, in particolare, viene legittimata la funzione della CMI come strumento per riorientare le chiamate non emergenti urgenti verso i nodi della rete territoriale, attraverso un raccordo con il NEA 116117 e la continuità assistenziale. I medici che effettuano servizio come TRRD sono stati messi a disposizione da ATS Città Metropolitana di Milano e sono stati inviati prevalentemente alla popolazione fragile, difficilmente trasportabile in ospedale, maggiormente esposta ai rischi legati all'ospedalizzazione. Nell'anno 2022 sono stati gestiti 8.680 pazienti con un'età media di 63 anni e sono state erogate 1.359 visite domiciliari a utenti con età media di 70 anni.

Analisi dati

Per classificare e dimensionare la domanda di salute urgente a bassa complessità, sono stati presi in esame, con riferimento all'anno 2023, i dati:

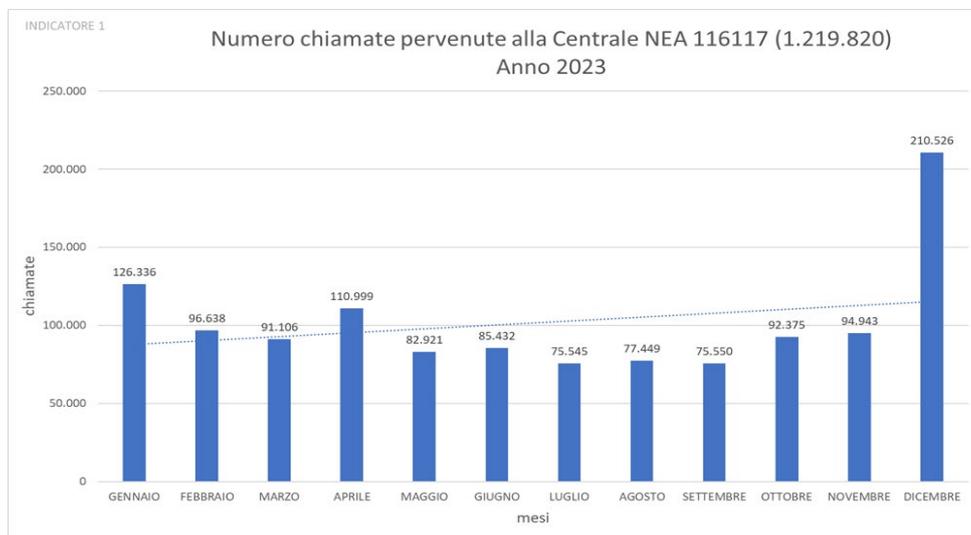
- Delle chiamate ricevute dalla centrale NEA 116117;
- Delle chiamate ricevute dalle SOREU e classificate come non urgenti;
- Degli accessi ai Pronto Soccorso.

Chiamate al NEA 1161117

Nell'anno 2023 la centrale NEA 116117 ha ricevuto 1.219.820 chiamate (figura 3) per accesso a cure a bassa complessità, delle quali oltre 700.000 sono state gestite mediante inoltro alla centrale UNICA o postazioni di CA (figura 6). Da un'analisi delle chiamate risulta che la richiesta non si distribuisce in modo uniforme, ma mostra dei picchi in determinati periodi e orari, oltre che in base al territorio di afferenza.

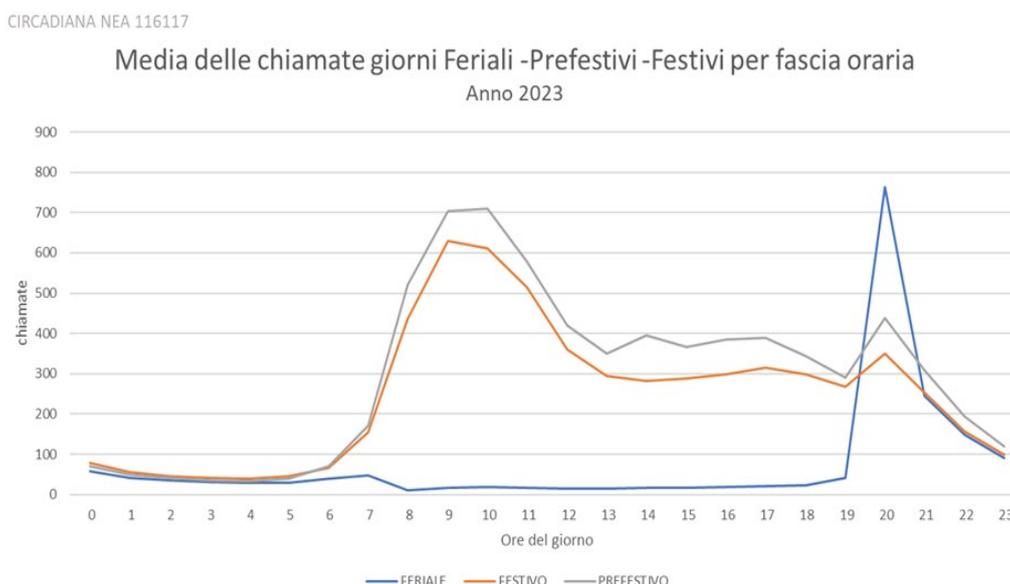
In particolare, si osserva un aumento significativo delle chiamate pervenute nei mesi di gennaio, aprile e dicembre (Tabella 3). Questi mesi sono caratterizzati dalla presenza di festività che tendono a far crescere la domanda di assistenza, in assenza di una risposta che di norma viene fornita dai Medici di Medicina Generale. Inoltre, il picco di dicembre-gennaio può essere attribuibile anche all'andamento stagionale dell'influenza e delle sindromi respiratorie, che tipicamente raggiunge il suo massimo durante questo periodo.

Tabella 3: andamento mensile delle richieste pervenute al 116117



Come evidenziato dall'analisi oraria delle chiamate (Tabella 4), è presente una differenza tra giorni feriali e festivi/prefestivi. Durante i giorni feriali è presente un picco di attività serale tra le 19.00 e le 21.00, seguito da una riduzione significativa tra le ore 23.00 e le ore 06.00 del mattino. Nei giorni festivi e prefestivi, l'attività si mantiene costantemente elevata, mostrando un picco mattutino tra le ore 8.00 e le 12.00, seguito da un più contenuto picco serale delle chiamate, per poi calare durante le ore notturne.

Tabella 4: media oraria delle chiamate al 116117, suddiviso per giorni feriali, festivi e prefestivi



L'attività, inoltre, varia in funzione del territorio di competenza, con alcune sedi che registrano un volume d'attività più intenso, anche in funzione della densità di popolazione (Figura 3).

Figura 3: distribuzione territoriale delle chiamate al 116117, suddivise per ATS di appartenenza

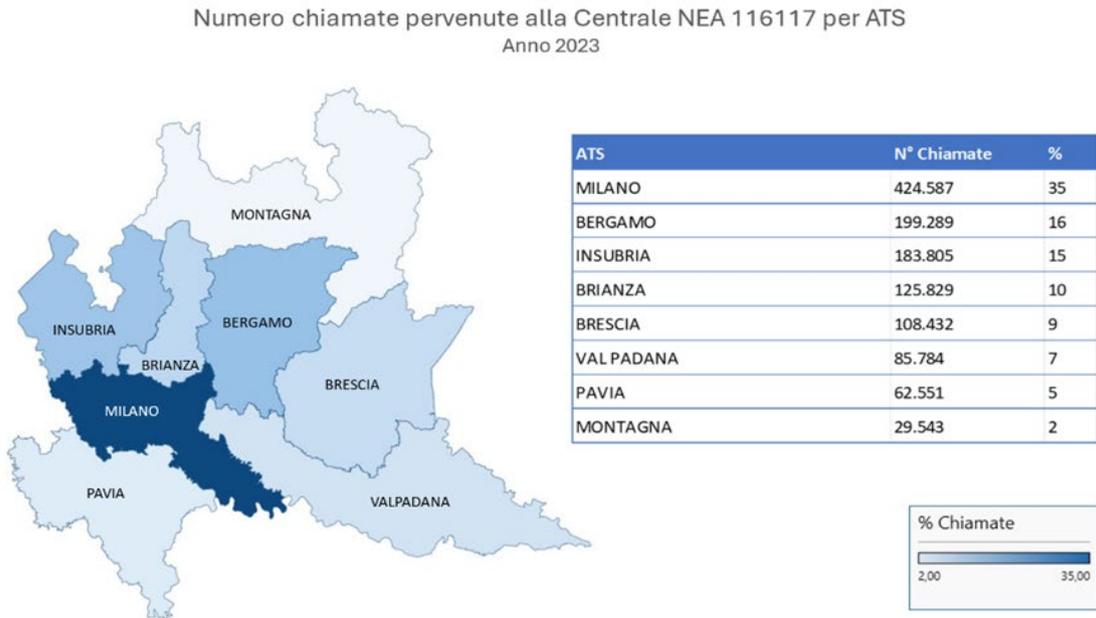
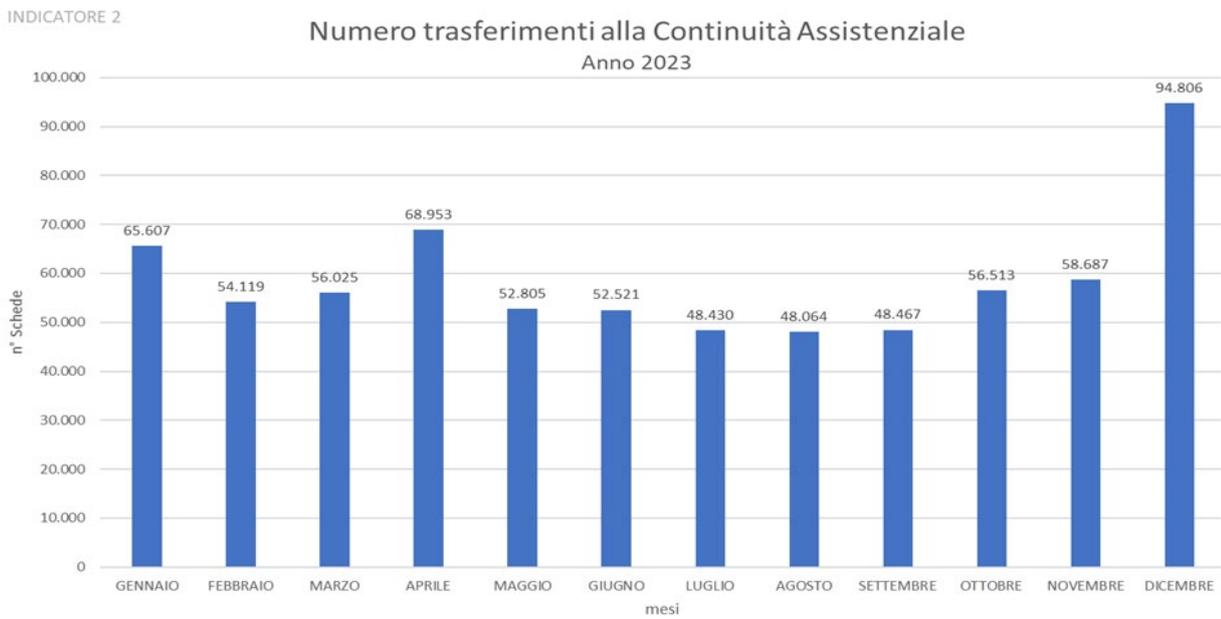


Tabella 5: Numero di chiamate trasferite dal 116117 alla Continuità Assistenziale



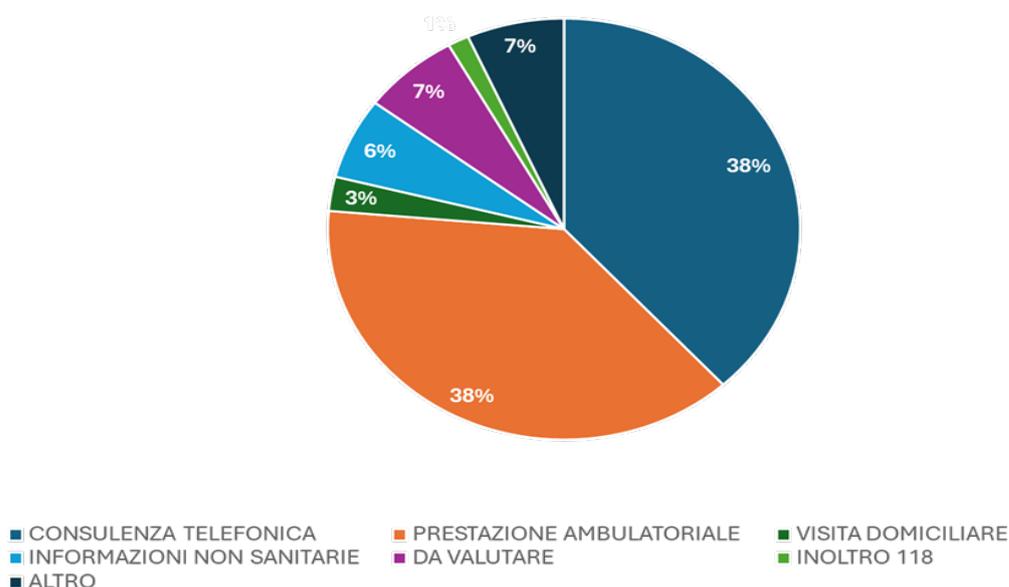
Sebbene le prestazioni di Continuità Assistenziale rispondano principalmente alle esigenze della popolazione attiva, una quota rilevante delle richieste (22%) è riferibile alla popolazione anziana (Tabella 5).

Figura 4: Suddivisione delle chiamate gestite dalla Continuità Assistenziale per fascia di età



Analizzando gli esiti delle schede di CA (Figura 5), il 38% delle chiamate esita in una consulenza telefonica tramite la continuità assistenziale, il 38% richiede una valutazione ambulatoriale presso la Continuità Assistenziale, mentre circa l'1% delle chiamate (14.550 schede) viene inoltrato al 118 per problemi non differibili.

Figura 5: esiti delle schede CA nel 2023



Chiamate alle Sale operative Regionali Emergenza Urgenza (SOREU)

Nel 2023, Le SOREU hanno ricevuto 1.202.068 chiamate, delle quali 264.056 classificate come non emergenti (codici bianchi e verdi del filtro SOREU), gestite mediante invio in Centrale Medica Integrata (8.170), trasferimento a 116117 negli orari di attività della Continuità Assistenziale (20.922) e mediante trasporto in Pronto Soccorso. Circa il 20% dei casi esita inoltre in un rifiuto del trasporto.

L'esperienza dell'attivazione della COT da parte della CMI di AREU

L'attuale scenario di sviluppo ed evoluzione del sistema sociosanitario, unito all'esperienza dell'emergenza COVID-19, ha determinato la necessità di potenziare un modello assistenziale infermieristico orientato alla famiglia e alla comunità, capace di garantire una risposta tempestiva in collaborazione con tutti i servizi sanitari, sociosanitari e sociali ai bisogni della popolazione.

A tale scopo, AREU e le ASST della Città Metropolitana di Milano nel 2022 hanno iniziato un progetto sperimentale al fine di creare una connessione coordinata tra la Centrale Medica Integrata e la centrale UNICA con le COT attive nella città di Milano. Questo progetto pilota vede il raccordo tra i diversi servizi presenti sul territorio, portando la risposta al bisogno di cura direttamente al domicilio del paziente, tramite l'intervento dei medici del TRRD o degli Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFeC). Infatti, come definito dal DM 77 e dalla DGR N° XII / 2588 del 21/06/2024, tra le funzioni della COT viene identificata la gestione delle segnalazioni che arrivano dai diversi servizi/professionisti (compresa la rete di emergenza urgenza pre-ospedaliera e il 116117) sui casi complessi e cronici che necessitano supporto nella transizione tra i vari *setting* assistenziali, attivando le funzioni deputate all'erogazione dei servizi.

Nel dettaglio, il progetto prevede che l'utente fragile che contatta il sistema di emergenza tramite 112/118 per un bisogno sanitario non urgente venga gestito dalla CMI di AREU. Se ritenuto necessario, riceve visita domiciliare da parte del Medico del TRRD, per garantire un inquadramento diagnostico e la prescrizione di eventuali approfondimenti e trattamenti necessari. Trattandosi di un intervento urgente, la lettura degli esiti degli esami eventualmente prescritti e qualsiasi eventuale provvedimento clinico conseguente avverrà secondo la valutazione del medico di medicina generale del paziente, che viene messo al corrente dell'intervento mediante trasmissione del referto steso dal TRRD via SMS (quando il numero di cellulare del MMG è presente nell'anagrafica in uso ad AREU). Il TRRD di norma effettua anche una chiamata al MMG per informarlo dell'intervento. Ogni successivo contatto con il MMG del paziente per eventuali aggiornamenti rispetto alle valutazioni e/o interventi che si reputa opportuno attivare vengono affidati all'IFeC o alla COT di competenza.

Il Medico di CMI o di TRRD contatterà il NEA 116117, che a sua volta invierà la segnalazione alla COT di competenza territoriale; la COT valuterà la richiesta ricevuta ed identificherà la risorsa che meglio può rispondere alle necessità segnalate.

INTEGRAZIONE INFERMIERE: ADI nel territorio Mantovano

La figura dell'infermiere libero professionista svolge un ruolo cruciale nell'ottimizzazione dei percorsi di assistenza sanitaria. Operando in forma di studio associato con altri professionisti infermieri e non in forma singola, contribuisce attivamente a garantire un valido supporto all'attività ospedaliera.

Come opera?

In particolare, l'infermiere libero professionista collabora in sinergia con le strutture ospedaliere, specialmente nelle dimissioni protette, per rispondere ai bisogni assistenziali della persona anche al di fuori dell'ospedale, assicurando non solo il monitoraggio post-ospedaliero ma specialmente una continuità nelle cure. La formula di studio associato consente di gestire in modo efficace il carico di lavoro e i bisogni dei pazienti grazie alla collaborazione con cooperative sociali e altre realtà del territorio, assicurando la gestione burocratica e amministrativa internamente allo studio. In questo modo, si è in grado di rispondere tempestivamente alle necessità assistenziali dei pazienti, con una presa in carico completa che avviene entro 72 ore dalla richiesta (come stabilito dalla D.G.R. XI/6867/2022, garantendo un'assistenza domiciliare continua e qualificata.

Come ci si interfaccia con il territorio e gli enti territoriali?

Nel contesto dell'integrazione ospedale-territorio nel mantovano, l'infermiere libero professionista integra attività di assistenza domiciliare (ADI) con un ampio spettro di servizi sul territorio. In particolare collabora con:

- Medici di medicina generale;
- Centri prelievi;
- Coinvolgimento attivo degli enti locali, tra cui i Comuni e i Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD).

Questa rete di collaborazione interprofessionale e interistituzionale consente di garantire continuità assistenziale, monitoraggio delle condizioni di salute dei pazienti, riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso, gestione delle cronicità e prevenzione delle complicanze. Un altro aspetto distintivo del modello di lavoro è la possibilità di fornire assistenza domiciliare 24 ore su 24, 7 giorni su 7, con un sistema di connessione continua con la Centrale Operativa Territoriale (COT), punto nevralgico per lo smistamento delle attività sanitarie sul territorio.

Un aspetto fondamentale dell'interazione fra collaboratori e infermieri in associazione è la presa in carico regolamentata dalla **D.G.R. XI/6867/2022**, che disciplina l'accesso all'assistenza domiciliare per i pazienti che non possono recarsi presso strutture sanitarie. L'assistenza domiciliare può essere attivata tramite **prescrizione del medico di medicina generale (MMG) o del pediatra di libera scelta (PLS)**, utilizzando il ricettario regionale per pazienti che necessitano di assistenza e/o riabilitazione, garantendo così un'adeguata risposta alle esigenze sanitarie dei pazienti più fragili.

Questa regolamentazione consente di integrare perfettamente i servizi sanitari, migliorando l'accesso alle cure per coloro che, a causa delle loro condizioni fisiche o cliniche, non sono in grado di accedere a strutture sanitarie.

In più, la possibilità di creare accordi e rapporti di lavoro in convenzione con ATS Val Padana o qualsiasi ATS di riferimento. Collaborazione garantita e valutata tramite requisiti base utili da ambo le parti (ATS e infermieri di studio associato o liberi professionisti).

Assistenza territoriale tramite ATS tutelata e garantita grazie alla Legge Regione Lombardia n. 23/2015, art. 10, comma 10, che, nell'ambito del "Sistema delle cure primarie" governato dalle ATS territorialmente competenti, istituisce il servizio dell'infermiere di famiglia e delle professioni sanitarie, inteso come servizio infermieristico e delle professioni sanitarie singolo o associato a disposizione del cittadino, dei medici di cure primarie e delle autonomie locali. Il suo utilizzo è cruciale per le collaborazioni dirette con ATS di riferimento del territorio, valutandone anche la sua attuazione esternamente alla regione Lombardia.

Come si interfaccia con i pazienti?

Questo modello operativo consente di attivare connessioni dirette con i servizi di sanità di carattere socio-sanitario, migliorando l'accesso a cure integrate e personalizzate, che rispondono non solo alle esigenze sanitarie, ma anche ai bisogni sociali dei pazienti. Questo approccio non solo facilita la deospedalizzazione e migliora la qualità della vita dei pazienti, ma favorisce anche una gestione più efficace e sostenibile delle risorse sanitarie e sociali sul territorio. L'infermiere territoriale, infatti, svolge un ruolo fondamentale come primo punto di riferimento e di fiducia per le famiglie e per i cittadini, offrendo loro un contatto diretto e immediato. Questo rapporto di fiducia consente di instaurare percorsi assistenziali più fluidi e tempestivi, garantendo che i bisogni dei pazienti vengano presi in carico in maniera puntuale e personalizzata. Grazie alla vicinanza e alla continuità del rapporto con i pazienti, gli infermieri territoriali riescono a comprendere meglio le loro esigenze, anticipando i problemi e facilitando un'assistenza che va oltre la semplice prestazione sanitaria, ma che include anche un supporto psicologico e sociale. Inoltre, questo modello facilita una gestione più umanizzata e mirata delle cure, rispondendo così ai bisogni complessi e multidimensionali delle persone. In sintesi, l'infermiere libero professionista, attraverso la sua attività in studio associato e la stretta collaborazione con il territorio e con i vari attori del sistema sanitario, rappresenta un elemento fondamentale nella rete di assistenza sanitaria e sociale, migliorando la qualità della vita dei pazienti e ottimizzando l'uso delle risorse sanitarie.

Elenco partecipanti che hanno contribuito attivamente alla stesura del documento in oggetto:

COGNOME	NOME	AZIENDA	RUOLO
AGUZZI	GIOVANNI	CDI CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO	HEAD OF BUSSINESS CONTROLLING, PROCUREMENT & HEALTHCARE PLANNING
BERARDINELLI	CRISTIANA	FONDAZIONE IRCCS CA'GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO	DIRIGENTE MEDICO DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
BERGAMIN	LAURA CARLA	ASST OVEST MILANESE	DIRETTORE DI DISTRETTO
BIFFI	ANDREA ANTONIO	MULTIMEDECA	RESPONSABILE ADI
BODINA	ANNALISA GIULIETTA	AREU	DIRETTORE SC DIREZIONE MEDICO-ORGANIZZATIVA
BOSONE	DANIELE	IRCCS FONDAZIONE ISTITUTO NEUROLOGICO NAZIONALE C. MONDINO	DIRETTORE SANITARIO
BRUNORI	STEFANIA	VIVISOL – EROGATORE ADI ACCREDITATO	COORDINATORE ADI
CATTANEO	MATTEO	FARMACIA CATTANEO S.N.C.	TITOLARE DI FARMACIA
CAVALLO	ILARIA	MEDICO DI MEDICINA GENERALE	
COSI	MATTEO	FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO	BED MANAGER
CROCE	ELIA	FONDAZIONE POLIAMBULANZA	RESPONSABILE AMBULATORI ESTERNI - DIREZIONE SANITARIA
DE CANI	ROBERTO	VIVISOL – EROGATORE ADI ACCREDITATO	COORDINATORE ADI
DE GIORGIO	DOMENICA	AREU	SC AFFARI GENERALI E LEGALI
DE' MAITI	ALESSANDRA	ASST SANTI PAOLO E CARLO	DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE SS INTEGRAZIONE ATTIVITA' SANITARIE E MEDICINA DI INIZIATIVA
DE SIMONI	LUCA	MEDICASA – EROGATORE ADI ACCREDITATO	COORDINATORE ADI
DE VECCHI BERNARDELLI	MICOL	CLINICA SAN CARLO	DIRETTORE SANITARIO FF

DI MEO	SIMONETTA	ASST SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	DIRETTORE S.C. DISTRETTO BRESCIA OVEST
FILIPPINI	AURELIO	OPI VARESE	PRESIDENTE ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI VARESE
GELMETTI	MARCO MICHELE	AREU	DIRETTORE DI DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
LAURIA PANTANO	CLAUDIA	FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI	DIRIGENTE FARMACISTA
LUTI	CRISTINA	ISTITUTI CLINICI ZUCCHI	DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO (CARATE BRIANZA)
MANGIACAVALLI	BARBARA	ASST NORD MILANO	DIRETTORE SOCIO SANITARIO
MANNELLA	GABRIELE	SAIM	LIBERO PROFESSIONISTA INFERMIERE
MARCHETTI	DANIELE	ASST PAPA GIOVANNI XXIII	DIRIGENTE DELLA DAPSS
MUFFOLINI	PIERGIORGIO	MEDICO DI MEDICINA GENERALE	
PASTORE	UMBERTO DONATO	FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI	BED MANAGEMENT
PEDRINI	PAOLA	MEDICO DI MEDICINA GENERALE	
PESCHI	GIANLUCA	ASST LECCO	DIRETTORE SOCIO SANITARIO
RENNELLA	SALVATORE	POLICLINICO SAN MARCO	INFERMIERE - REFERENTE ADI
RIVIZZIGNO	PIERO	CODICE VIOLA	PRESIDENTE
ROLANDI	MARIA LAURA	MEDICO DI MEDICINA GENERALE	
ROSSI	LAURA	MEDICO DI MEDICINA GENERALE	
RUBINO	ALESSANDRO	MEDICO DI MEDICINA GENERALE	
SCIVOLETTO	GIORGIO	COORDINAMENTO CLINICO	BIANALISI
TOSCANI	GIORGIA	MEDICO DI MEDICINA GENERALE	
TURRINI	MATTIA	ASST SETTE LAGHI	DIRIGENTE DAPSS