



Decreto n. 784 del 20/12/2024

OGGETTO: Approvazione del Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) di ASST Valcamonica, Distretto Vallecamonica Sebino, 2025/2027, ai sensi della LR n.22/2021 e della DGR n.XII/2089/2024.

IL DIRETTORE GENERALE

nella persona del Dott. Corrado Scolari

Acquisiti i pareri:

del Direttore Sanitario: Dr. Jean Pierre Ramponi

del Direttore Amministrativo: Avv. Gabriele Ceresetti

del Direttore Socio-Sanitario: Dott. Luca Maffei



L'anno 2024, giorno e mese sopraindicati:

CON I POTERI di cui all'art.3 del D.Lgs n.502/1992, così come risulta modificato con D.Lgs n.517/1993 e con D.Lgs n.229/1999 ed in virtù della formale legittimazione intervenuta con DGR n.XII/1623 del 21.12.2023, in attuazione delle LLRR n.33/2009 e 23/2015;

Rilevato che il Responsabile del procedimento riferisce quanto segue:

PREMESSO che:

- con DGR n.X/4498/2015 si costituiva, ai sensi della LR n.23/2015, l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) della Valcamonica, con sede in Breno (Bs), Via Nissolina, n.2, con decorrenza dall'1.1.2016;

- con decreto ASL n.1140/2015 si prendeva atto, ad ogni conseguente effetto, della costituzione a partire dall'1.1.2016 dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) della Valcamonica avente autonoma personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica;

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

STABILITO che le ASST approvano entro il 31.12.2024 i Piani di Sviluppo del Polo Territoriale per la programmazione triennale 2025/2027, declinati su base distrettuale, secondo l'iter di cui all'art.7 co.17 ter della suddetta LR;

RICHIAMATI i provvedimenti regionali concernenti le linee programmatiche per il potenziamento dell'assistenza territoriale:

- la DGR XI/6760/2022 "Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n.77 "regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale";

- la DGR XI/7592/2022 "Attuazione del DM 23 maggio 2022, n.77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" - Documento regionale di programmazione dell'assistenza territoriale (primo provvedimento);

- la DGR XI/7758/2022 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023";

- la DGR XII/1518/2023 "Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2023 - 2027- approvazione della proposta da trasmettere al consiglio regionale";

- la DGR XII/1827/2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2024";

RICHIAMATE in particolare:

- la DGR XII/1827/2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del



SSR per l'anno 2024", Allegato 6, "Attori, Organizzazione e processi", 6.1 " Piano di sviluppo del Polo Territoriale" che ha programmato l'adozione entro il 31 marzo 2024 "di specifiche linee Guida per le ASST ai fini della stesura dei Piani di Sviluppo del Polo Territoriale da parte delle ASST sotto la regia delle ATS quali driver per l'attuazione del processo di community building a livello territoriale funzionale a concorrere all'attuazione della nuova sanità territoriale prevista dal DM 77/2022, attraverso la definizione dei temi prioritari del primo triennio di programmazione dei PPT 2025/2027 nel quadro degli indirizzi del PRSS e del PSRR in corso di approvazione e degli altri strumenti di programmazione regionale in ambito sanitario";

- la DGR XII/2089/2024 "Approvazione delle linee di indirizzo per i Piani di Sviluppo del Polo Territoriale delle ASST (PPT) ai sensi dell'art.7 co.17 della legge regionale 30 dicembre 2009, n.33: "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità", così come modificata dalla Legge regionale di riforma del 14 dicembre 2021, n.22, in attuazione della DGR XII/1827/2024.

PRESO ATTO che le linee di indirizzo orientano la programmazione del Polo Territoriale di ASST anche attraverso l'integrazione sociosanitaria e sociale, prevedendo azioni trasversali a garanzia dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e dei livelli essenziali delle prestazioni sociali;

VISTA la comunicazione registrata al prot. ASST al n.18531/24 il 23.7.2024, con cui la Direzione Strategica di quest'ASST ha istituito un gruppo di lavoro per la redazione del documento "Gruppo progetto per l'elaborazione del Piano di Sviluppo del Polo Territoriale 2025/2027", coordinato dal Direttore Sociosanitario, promuovendo una metodologia di lavoro partecipativa che ha coinvolto, oltre ai professionisti di ASST, anche operatori delegati di ATS Montagna, ATSP Valcamonica, nonché alcuni MMG;

DATO ATTO che la proposta di Piano di Sviluppo del Polo Territoriale 2025/2027 è stata condivisa:

- con il Collegio di Direzione in data 15.11.2024;
 - con le Organizzazioni Sindacali in data 28.11.2024;
 - con la Cabina di regia di ATS Montagna in data 2.12.2024;
 - con la Cabina di Regia Integrata di ASST Valcamonica, allargata alle Associazioni di Volontariato e agli Enti del Terzo Settore in data 4.12.2024;
- e non sono pervenute osservazioni;

PRESO ATTO del parere favorevole espresso dalla Conferenza dei Sindaci nella seduta del 28.11.2024, il cui verbale è agli atti della Direzione Generale;

PRESO ATTO altresì della comunicazione di ATS Montagna, registrata al prot.ASST al n.32344/24 il 13.12.2024, con cui il Direttore Socio Sanitario esprime parere favorevole al documento;

RITENUTO di approvare l'allegato "Piano di sviluppo del Polo Territoriale di ASST Valcamonica, Distretto Vallecmonica Sebino (PPT) 2025/2027", quale strumento grazie al quale viene garantita l'integrazione delle prestazioni e delle funzioni sanitarie e sociosanitarie distrettuali con quelle sociali, a supporto del potenziamento della funzione territoriale, con l'obiettivo di sviluppare i Servizi territoriali in un'ottica di prossimità e integrazione tra le Strutture presenti, facilitando la risposta ai bisogni di salute e favorendo la partecipazione attiva dei cittadini;

CONSTATATO che il presente provvedimento non comporta oneri a carico dell'Azienda;

ACQUISITI:

- la proposta del Responsabile del procedimento a seguito di formale istruttoria;
- il parere tecnico favorevole del Dirigente Responsabile della SC "Distretto di Vallecmonica-Sebino";



ACQUISITI, per quanto di competenza, i pareri favorevoli dei Direttori Sanitario, Amministrativo e Socio-Sanitario;

D E C R E T A

di prendere atto di quanto in premessa descritto e conseguentemente:

1 - di approvare l'Allegato "Piano di Sviluppo del Polo Territoriale di ASST Valcamonica (PPT), Distretto Vallecamonica Sebino 2025/2027", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che si compone del documento principale e di n.19 schede progetto da attuare nel triennio 2025-2027;

2 - di trasmettere il PPT approvato, comprensivo degli allegati, alla DG Welfare di Regione Lombardia e ad ATS Montagna;

3 - di dare atto che dall'adozione del presente atto non discendono oneri finanziari a carico dell'Azienda;

4 - di incaricare per gli adempimenti conseguenti al presente provvedimento la Struttura proponente del presente atto;

5 - di dare atto che il presente provvedimento è sottoposto al controllo del Collegio Sindacale, in conformità ai contenuti dell'art.3-ter del D.Lgs n.502/1992 e smi e dell'art.12, co.14, della LR n.33/2009;

6 - di disporre, a cura del Servizio Affari Generali e Legali, la pubblicazione all'Albo on-line - sezione Pubblicità legale - ai sensi dell'art.17, co.6, della LR n.33/2009, e dell'art.32 della L. n.69/2009, ed in conformità alle disposizioni ed ai provvedimenti nazionali e europei in materia di protezione dei dati personali.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Corrado Scolari)

**OGGETTO: APPROVAZIONE DEL PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE (PPT)
2025/2027 DI ASST VALCAMONICA**

ATTESTAZIONE DI COMPLETEZZA DELL'ISTRUTTORIA

Il Responsabile del procedimento attesta la completezza dell'istruttoria relativa alla proposta di decreto sopra citato.

Data, 19/12/2024

**IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
BARCELLINI GIUSEPPINA**

firma elettronica apposta ai sensi del
D.Lgs n.82 del 7 marzo 2005

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA

Il Dirigente/Responsabile/Referente dell'UO/Ufficio/Servizio attesta la regolarità tecnica e la legittimità della proposta di decreto sopra citato.

Data, 19/12/2024

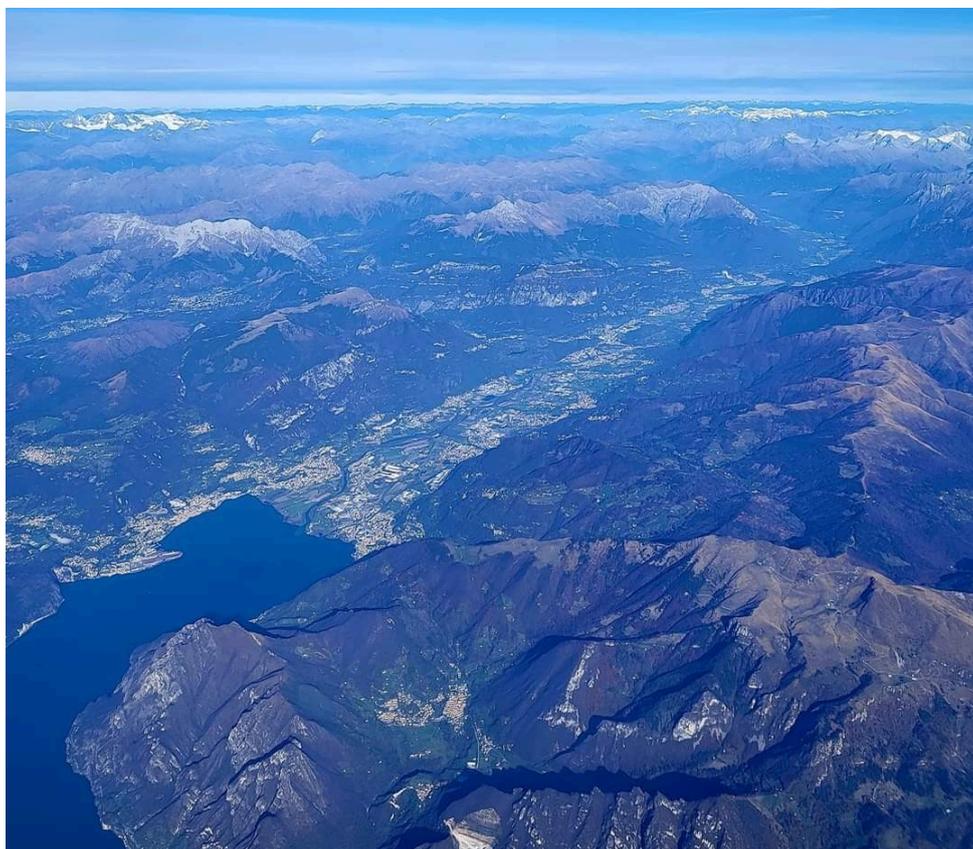
**IL DIRIGENTE/RESPONSABILE/REFERENTE UO/UFFICIO/SERVIZIO
BARCELLINI GIUSEPPINA**

firma elettronica apposta ai sensi del
D.Lgs n.82 del 7 marzo 2005



PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE 2025/2027

ASST VALCAMONICA Distretto Vallecamonica Sebino



(in attuazione DGR XII/2089 del 25/03/2024)

**INDICE**

1 INTRODUZIONE E OBIETTIVI DEL PIANO.....	4
1.1 RACCORDO DEL PIANO CON LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE TERRITORIALE.....	4
2 ANALISI DEL CONTESTO DEL TERRITORIO DI ASST VALCAMONICA E BISOGNI DI SALUTE EMERGENTI.....	5
2.1 L'ASST VALCAMONICA.....	5
2.2 ATTORI ISTITUZIONALI.....	10
2.3 CONTESTO GEOGRAFICO.....	12
2.4 DEMOGRAFIA.....	13
2.5 INDICATORI SOCIO-ECONOMICI E CONTESTO OCCUPAZIONALE.....	16
2.6 LA RETE D'OFFERTA SOCIOSANITARIA, SOCIOASSISTENZIALE, SOCIALE E D'ISTRUZIONE.....	17
2.7 INDICATORI E BISOGNI DI SALUTE.....	21
3 PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE E DEFINIZIONE DEI PROGETTI.....	29
3.1 VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE INTEGRATA.....	30
3.2 CONTINUITÀ ASSISTENZIALE NEI DIFFERENTI SETTING ASSISTENZIALI.....	31
3.3 CURE DOMICILIARI.....	36
3.4 PERCORSI DI INTEGRAZIONE TERRITORIALE CON LE CURE PRIMARIE.....	36
3.5 PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE.....	39
3.6 LO SVILUPPO DELLA TELEMEDICINA.....	43
3.7 LA PRESA IN CARICO DEI CRONICI E FRAGILI.....	44
3.8 CRONOPROGRAMMA E MONITORAGGIO DEL PIANO.....	48
3.9 RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI.....	48
3.10 ALLEGATI (SCHEDE DI SINTESI DEI PROGETTI).....	49



La Azienda Socio Sanitaria Territoriale con periodicità triennale, tramite la direzione sociosanitaria e i direttori di distretto, sentita la conferenza dei sindaci che esprime parere obbligatorio, e attuando idonee procedure di consultazione delle associazioni di volontariato, di altri soggetti del terzo settore e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative presenti nel territorio, predispose il piano di sviluppo del polo territoriale con specifica e analitica declinazione e dettaglio su base distrettuale. Il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale definisce la domanda di salute territoriale, la programmazione e progettazione dei servizi erogativi, assicurando l'integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con quelle sanitarie e sociosanitarie distrettuali.

Legge Regionale 14 dicembre 2021, n. 22



1 INTRODUZIONE E OBIETTIVI DEL PIANO

La ASST Valcamonica predispone il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) 2025/2027 al fine di programmare i Servizi delle Case di Comunità e di migliorare la continuità dell'assistenza al cittadino, in risposta alla domanda di salute territoriale, secondo quanto disposto dalla Legge Regionale 22/21 art. 7 comma 17 ter., in conformità alle Linee di indirizzo per i Piani di sviluppo del Polo territoriale, di cui alla DGR XII / 2089 del 2024.

Il PPT è lo strumento grazie al quale viene garantita l'integrazione delle prestazioni e delle funzioni sanitarie e sociosanitarie distrettuali con quelle sociali, a supporto del potenziamento della funzione territoriale e con un raccordo funzionale tra Polo Ospedaliero, Polo Territoriale e Servizi Sociali dei Comuni, anche grazie alla condivisione di obiettivi comuni nel Piano di Zona, in rete con gli altri attori territoriali quali, ad esempio, gli Enti del Terzo Settore e le Associazioni di Volontariato.

Per il tramite dell'organizzazione distrettuale il Polo Territoriale eroga prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, di diagnosi, di cura e riabilitazione a media e bassa complessità, di cure intermedie e garantisce le funzioni e le prestazioni medico-legali, in una logica di sistema e di integrazione delle funzioni e delle risorse attraverso la presa in carico integrata.

L'ASST Valcamonica, tramite l'elaborazione di questo documento, si pone l'*obiettivo* di sviluppare i Servizi territoriali in un'ottica di prossimità e integrazione tra le Strutture presenti, facilitando la risposta ai bisogni di salute e favorendo la partecipazione attiva dei cittadini, affinché si realizzi il modello di presa in carico della medicina d'iniziativa, che "va verso" il cittadino prima che le patologie insorgano o si aggravino e non lo aspetta in ospedale.

Per la stesura del documento si è scelta una metodologia partecipativa di lavoro di scrittura a più mani, in collaborazione anche con professionisti referenti di ATS Montagna, dell'Azienda territoriale per i Servizi alla Persona, nonché alcuni MMG. Tali professionisti, partendo dalle risorse già a disposizione o da implementare (strutturali, tecnologiche e di personale), hanno pensato allo sviluppo del Polo territoriale di ASST nel prossimo triennio, e alle integrazioni possibili con Enti Locali ed Enti e Istituzioni del Terzo Settore, declinando nel concreto almeno un progetto per ogni tematica.

1.1 RACCORDO DEL PIANO CON LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE TERRITORIALE

Gli indirizzi regionali per la stesura del Piano di Zona e del Piano di sviluppo del Polo Territoriale danno precise indicazioni rispetto alla necessità che i due documenti abbiano dei significativi elementi di integrazione e che il percorso di stesura sia quanto più possibile condiviso. Sul territorio della Valle Camonica vi è sempre stata una partecipazione attiva da parte degli operatori dell'ASST al processo di elaborazione del Piano di Zona, pertanto il percorso di definizione dei due piani non ha necessitato di forzature, ma la partecipazione vicendevole degli operatori degli enti coinvolti direttamente nei due percorsi è stata la naturale evoluzione di una collaborazione fattiva già esistente.

Per la definizione del PPT la metodologia di lavoro si è definita attraverso la costituzione di sette gruppi composti da operatori di ASST, ATS, ATSP nonché alcuni MMG che hanno lavorato su differenti tematiche e proposto progetti declinati in schede specifiche allegate al presente documento. Le tematiche individuate sono state: analisi del contesto e bisogni di salute, valutazione multidimensionale integrata, continuità assistenziale nei diversi setting assistenziali, percorsi di integrazione territoriale con le Cure Primarie, prevenzione e promozione della salute, lo sviluppo della telemedicina e la presa in carico dei cronici e fragili.



Per la definizione del Piano di Zona, al fine di favorire la ricomposizione delle risorse e degli interventi, è stato scelto di lavorare su quattro aree tematiche che sono: abitare, lavoro, giovani e mobilità. Ad ogni area corrisponde un laboratorio, coordinato da un tecnico, da cui si creeranno gruppi di lavoro, che potranno anche dare vita a progettazioni congiunte tra più aree tematiche, a seconda delle esigenze riscontrate.

Alcune delle schede progetto presentate nel PPT troveranno un collegamento con le progettualità che verranno sviluppate all'interno del Piano di Zona.

2 ANALISI DEL CONTESTO DEL TERRITORIO DI ASST VALCAMONICA E BISOGNI DI SALUTE EMERGENTI

2.1 L'ASST VALCAMONICA

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Valcamonica (in applicazione della L. R. n. 23 del 11/08/2015) è attiva a far data dal 01/01/2016 (DGR n. X/4498/2015) nell'ambito del Sistema Sociosanitario Lombardo (SSL), afferisce all'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Montagna ed è dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Ha sede legale in via Nissolina n. 2 – 25043 Breno (BS).

La mission dell'ASST della Valcamonica è quella della tutela sanitaria e sociosanitaria della popolazione attraverso l'erogazione di prestazioni specialistiche, di media o elevata complessità, nel rispetto della dignità della persona, del suo bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza, in coerenza con i principi e gli obiettivi espressi nei Piani Sanitari Nazionale e Regionale.

L'ambito territoriale di competenza comprende 41 Comuni, con una popolazione residente alla data del 1.1.2024 di 98.208 abitanti ed una superficie totale di 1.321,44 Km².

In riferimento al dettato del Decreto ministeriale n.70/2015 il territorio della Valcamonica rappresenta un'enclave geograficamente svantaggiata in territorio montano.

Il Polo Ospedaliero, con i due Ospedali di Edolo e Esine, è di fatto l'unico centro di erogazione per prestazioni sia in regime di urgenza che in regime di acuzie.

L'ospedale di Esine è lo stabilimento più importante per offerta di specialità, numero di posti letto e centralità geografica ed è anche sede Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze: ambulatori, centro diurno, comunità residenziale e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza.

E' dotato inoltre di Dipartimento di Emergenza ed Accettazione (DEA) di I livello, Servizio di Emodinamica, Stroke unit e Breast Unit come spoke di Brescia.

L'ospedale di Edolo è il secondo stabilimento e riveste caratteristiche di ospedale di base di area montana.



Dati al 12/11/2024 - posti letto

STABILIMENTO /DIPARTIMENTO/ UO/ 03027401 stabilimento ospedaliero ESINE	POSTI LETTO/TECNICI ATTIVATI							
	ORDINARI	DAY HOSPITAL	DAY SURGERY	TECNICI/ CULLE	ORDINARI	DAY HOSPITAL	DAY SURGERY	TECNICI/ CULLE
DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA								
CHIRURGIA GENERALE	24	1	1	1	19	1	1	1
CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA E MICROCHIRURGIA	8	0	1	0	7	0	1	0
UROLOGIA	6	0	1	0	4	0	1	0
ORL	10	0	2	0	8	0	2	0
OCULISTICA	1	0	1	1	0	0	1	1
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	30	0	1	2	30	0	1	2
DIPARTIMENTO AREA MEDICA								
MEDICINA INTERNA	49	1	0	8	42	1	0	8
ONCOEMATOLOGIA	0	0	0	8	0	0	0	8
CARDIOLOGIA	19	1	0	0	19	1	0	0
UNITA' DI CURA CORONARICA	6	0	0	0	6	0	0	0
PNEUMOLOGIA	19	1	0	1	19	1	0	1
NEFROLOGIA E DIALISI	0	0	0	17	0	0	0	17
ATTIVITA' DI DIALISI AD ASSISTENZA LIMITATA (CAL DARFO)	0	0	0	6	0	0	0	6
SUB ACUTE	0	0	0	9	0	0	0	9
DIPARTIMENTO AREA NEUROSCIENZE								
NEUROLOGIA	6	0	0	0	6	0	0	0
RIABILITAZIONE SPECIALISTICA	27	0	0	0	19	0	0	0
DIREZIONE SOCIO SANITARIA								
CURE PALLIATIVE	0	0	0	8	0	0	0	8
DIPARTIMENTO AREA DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE								
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	21	0	2	2	21	0	2	2
PEDIATRIA	17	1	0	1	17	1	0	1
NEONATOLOGIA	0	0	0	10	0	0	0	10
DIPARTIMENTO AREA EMERGENZA URGENZA								
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	6	0	0	0	6	0	0	0
PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	0	0	0	0	0	0	0	0
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE								
PSICHIATRIA	10	0	0	0	10	0	0	0
STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA (SRP1)	0	0	0	10	0	0	0	10
CENTRO PSICO SOCIALE CENTRO DIURNO (CPS/CD)	0	0	0	10	0	0	0	10
TOTALE	259	5	9	94	233	5	9	94
03027402 stabilimento ospedaliero EDOLO								
DIPARTIMENTO AREA EMERGENZA URGENZA								
PRONTO SOCCORSO	0	0	0	0	0	0	0	0
DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA								
CHIRURGIA GENERALE	13	0	1	1	2	0	1	1
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	13	0	1	1	7	0	1	1
DIPARTIMENTO AREA MEDICA								
MEDICINA GENERALE	22	0	0	0	22	0	0	0
SUB ACUTE				5				5
ATTIVITA' DI DIALISI AD ASSISTENZA LIMITATA (CAL)	0	0	0	6	0	0	0	6
DIPARTIMENTO AREA NEUROSCIENZE								
RIABILITAZIONE GENERALE E GERIATRICA	13	1	0	1	0	1	0	1
TOTALE	61	1	2	14	31	1	2	14
TOTALE GENERALE	320	6	11	108	264	6	11	108

**Capacità di offerta ospedaliera**

La capacità di offerta riportata nel sinottico di seguito è relativa all'anno 2023. Di seguito i controvalori economici sono mostrati con confronto annuale più ampio.

Anno 2023 - numero ricoveri e prestazioni ambulatoriali

	<i>ricoveri/prestazioni</i>
pazienti ricoverati	
<i>ordinari e diurni</i>	10243
<i>subacuti</i>	138
<i>hospice</i>	204
Pazienti in Pronto soccorso	
<i>dimessi</i>	35698
<i>ricoverati</i>	5082
prestazioni ambulatoriali	
<i>clinica e diagnostica (escluso pronto soccorso)</i>	373004
<i>laboratorio</i>	1034487
<i>cure domiciliari</i>	3400

Fonte dati: flusso SDO, flusso 28/SAN, flusso 6/SAN, flusso Cure Palliative

Il Polo Territoriale eroga per il tramite dell'organizzazione distrettuale:

- prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, di diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, nonché le cure intermedie e garantisce le prestazioni medico legali;
- eroga prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali territoriali e domiciliari in base ai livelli di intensità di cura in una logica di sistema e di integrazione con modalità di presa in carico di persone in condizioni di fragilità e cronicità.

Al Polo Territoriale, secondo l'articolazione in un unico Distretto, afferiscono:

- gli Ospedali di Comunità di Esine e Edolo
- le 8 Case di Comunità
- la Centrale Operativa Territoriale COT

Considerato che le due sedi del Presidio Ospedaliero non posseggono le risorse e le competenze per alcune specialità di II e III livello, per motivi di contiguità geografica e di afferenza della popolazione, il centro di riferimento hub è stato individuato negli Spedali Civili di Brescia (facenti parte della omonima ASST), in una visione "hub&spoke" che l'Azienda intende confermare e ulteriormente sviluppare. Entrambi i presidi ospedalieri, infatti, già funzionalmente integrati fra loro, trovano servizi di II livello negli Spedali Civili che sono il presidio di riferimento per le prestazioni di alta specialità e per le attività di formazione di base e continua. È altresì negli obiettivi strategici l'ulteriore sviluppo di accordi di collaborazione con la ASST della Valtellina e dell'Alto Lario, ASST di Bergamo Est e, per continuità geografica, il rafforzamento delle forme di sinergia con ASST Franciacorta, anche attraverso l'implementazione del dipartimento interaziendale dei servizi, così come previsto dal POAS. La pluralità di questi rapporti, che si sostanziano nell'integrazione di attività direttamente organizzate dall'ASST con altre assicurate da altri enti, rende l'organizzazione e la gestione delle attività cliniche più articolata, e meglio rispondente alla collocazione geografica dell'ASST Valcamonica, che confina con 6 Distretti di 5 differenti ASST (Distretto Valle Sabbia di ASST Garda, Distretto Valle Trompia di ASST Spedali Civili, Distretto Sebino e Monte Orfano di ASST Franciacorta in provincia di Brescia, Distretto della Valle Cavallina Monte Bronzone - Basso Sebino, Alto Sebino e Distretto della Valle Seriana, Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve di ASST Bergamo Est in provincia di Bergamo, Distretto Alta Valle di ASST Valtellina e Alto Lario in provincia di Sondrio) e con la provincia autonoma di Trento.



Come già descritto in precedenza la popolazione residente presso la ASST Valcamonica è di 98.208 ab. Di seguito si riporta nella tabella i dati di afferenza di popolazione a ogni casa di comunità; è opportuno sottolineare una possibile variabilità dell'utenza conseguente ai flussi turistici che interessano alcune aree della Valle in specifici periodi dell'anno, sia per motivi legati alle caratteristiche naturalistiche del territorio, nonché a interesse di tipo culturale ed artistico.

Popolazione afferente per ogni CdC

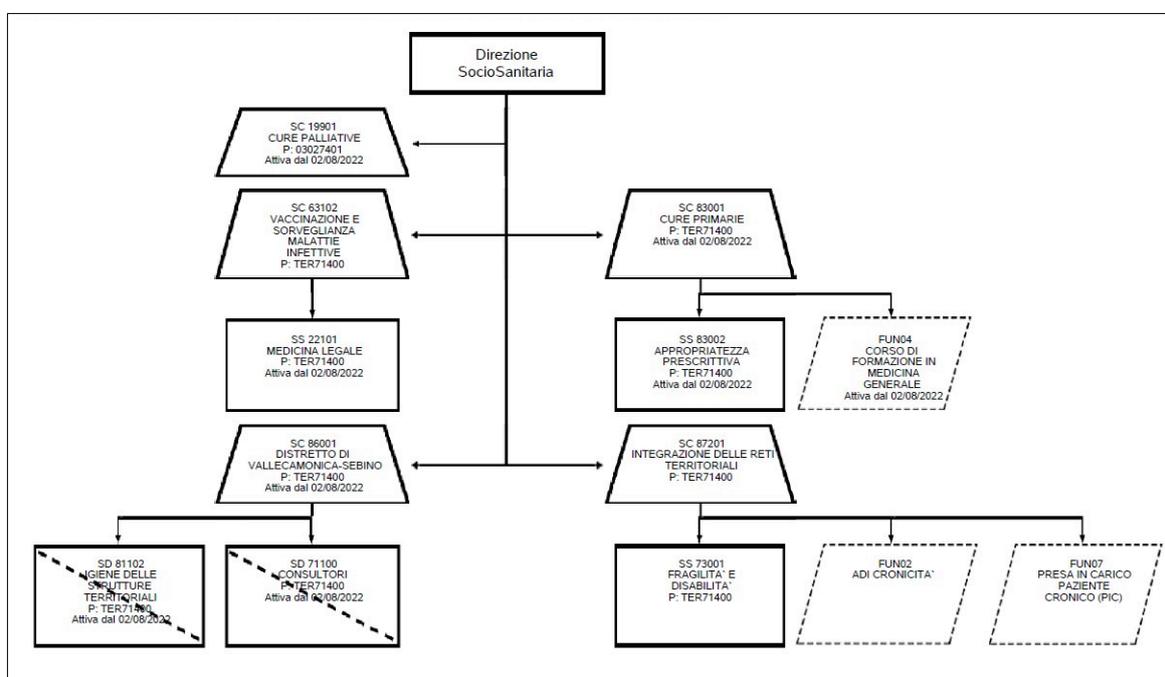
CdC Ponte di Legno	5.366
CdC Edolo	10.977
CdC Cedegolo	12.539
CdC Breno	12.511
CdC Ossimo	4.243
CdC Berzo Inferiore	16.067
CdC Darfo	15.787
CdC Pisogne	20.718
Totale Popolazione	98.208





Col fine di garantire al paziente il percorso di cura più appropriato nell'ambito della rete sociosanitaria provinciale, in un'ottica di utilizzo ottimale delle risorse presenti per il lavoro in rete, sono state siglate collaborazioni con Strutture di alta specializzazione per specifiche aree cliniche.

Il passaggio dall'idea di curare la malattia all'idea di farsi carico della persona, inoltre, determina la necessità di introdurre un diverso modello di trattamento delle patologie che ponga al centro la persona e il prendersi cura. In tale ottica la ASST della Valcamonica, secondo l'impostazione fornita dalla LR n.22/2021, intende assicurare una stretta connessione tra le attività ospedaliere e quelle territoriali, da svilupparsi secondo gli indirizzi nazionali e regionali, assicurando una rete di collegamenti tra le unità ospedaliere, i medici di famiglia, i pediatri di libera scelta, i Comuni, le Farmacie e tutte le risorse presenti sul territorio per implementare ed attivare quanto appena descritto. Tale processo avviene in accordo ed in piena collaborazione con l'ATS della Montagna, con particolare riguardo alle azioni di analisi epidemiologica, di valutazione dei risultati e di collaborazione per le azioni di prevenzione primaria e secondaria.



Le azioni di governance del Polo Territoriale nel corso del triennio 2022-2024 che si sta per concludere sono state fortemente incentrate nella implementazione delle strutture/attività dettate dalle due linee di sviluppo del SSN e da quello Regionale.

Il PNRR con la misura 6 Salute ha introdotto importanti linee di sviluppo, in particolare il potenziamento dell'assistenza territoriale mediante l'implementazione di strutture di prossimità e l'evoluzione dei processi di cura avvalendosi anche della telemedicina. Il DM 77/2022 definisce gli standard qualitativi e gestionali di tali strutture nel territorio.

Contestualmente la Legge di riforma del Sistema Sanitario Regionale – L. 22/2021- affronta la revisione del sistema sanitario regionale articolato in ATS e ASST che, in quanto gestori di servizi, vedono una importante evoluzione con il ripristino dei Distretti nella nuova dimensione prevista dal DM 77/2022, ossia quale luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali.

Alla luce di queste preliminari linee tracciate dal sistema, l'ASST Valcamonica ha ridefinito il modello organizzativo attraverso il nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico, che ha visto quali principali innovazioni strategiche la creazione del Distretto Socio-Sanitario Vallecamonica Sebino, per



consentire una maggiore integrazione tra i diversi servizi e rafforzare la capacità del sistema di intercettare i nuovi bisogni emergenti del territorio, garantendo una risposta appropriata e servizi realmente efficaci e di prossimità.

Dall'01/01/2024 è inoltre avvenuto il passaggio del Dipartimento Cure Primarie da ATS Montagna all'ASST affidando l'organizzazione della medicina generale alle ASST.

Sono state avviate le procedure per il reclutamento del personale necessario all'implementazione delle strutture territoriali (Case di Comunità - CDC, Centrale Operativa Territoriale-COT e Ospedali di Comunità-ODC) che procederà parallelamente alla attivazione delle medesime.

Rispetto all'offerta territoriale, che era già omogeneamente distribuita lungo l'asse della Valle, è stata mantenuta alta l'attenzione al miglioramento dei Servizi, sia in termini di prestazioni erogate che di innovazione dei processi di cura previsti dalle normative regionali e dalla lettura dei bisogni emergenti, soprattutto rispetto all'incidenza delle patologie croniche e alla prevenzione delle stesse.

Entro il 2026 è prevista la completa ristrutturazione e costruzione delle nuove strutture secondo quanto previsto dal PNRR. In questa direzione e secondo la scansione temporale determinata da Regione Lombardia attraverso gli obiettivi aziendali annuali, si è di fatto già dato avvio alle attività previste nelle nuove strutture, anche mediante la riorganizzazione dei processi di lavoro e con progetti sperimentali di collaborazione con i medici di medicina generale, l'Azienda Territoriale dei Servizi alla Persona di Valcamonica e con il Terzo Settore.

Sono stati costituiti e attivati gli Organismi che presiedono le relazioni istituzionali con gli Enti Locali – Conferenza dei Sindaci, Consiglio di Rappresentanza e Assemblea Distrettuale - e gli strumenti di integrazione operativa con i Piani di Zona mediante istituzione della Cabina di Regia integrata di ASST.

2.2 ATTORI ISTITUZIONALI

CONFERENZA E ASSEMBLEE DEI SINDACI

Oltre al Collegio dei Sindaci, la L.R 33/2009, così come modificata dalla L.R. 22/2021, prevede i seguenti organismi assembleari dei Sindaci.

La composizione, le funzioni e le modalità di funzionamento di questi organismi sono disciplinati dal Regolamento di Regione Lombardia DGR 6762 del 25/07/2022).

- **CONFERENZA DEI SINDACI** (riferimento istituzionale dell'ASST)
è composta dai Sindaci (o loro delegati - comunque appartenenti al Consiglio o alla Giunta Comunale) dei Comuni compresi nel territorio delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), La Conferenza svolge le seguenti funzioni:
 1. formula nell'ambito della programmazione territoriale dell'ASST di competenza, proposte per l'organizzazione della rete di offerta territoriale e dell'attività socio-sanitaria e socio-assistenziale, con l'espressione di un parere sulle linee guida per l'integrazione socio-sanitaria e sociale; partecipa inoltre alla definizione dei piani socio-sanitari territoriali;
 2. individua i sindaci o loro delegati, comunque appartenenti al Consiglio o alla Giunta comunale, che compongono il collegio dei sindaci;
 3. partecipa alla verifica dello stato di attuazione dei programmi e dei progetti di competenza delle ASST;
 4. promuove l'integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con le funzioni e le prestazioni dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria, anche favorendo la costituzione tra i comuni di enti o soggetti aventi personalità giuridica;



5. esprime il proprio parere sulla finalizzazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie;
 6. elegge al suo interno il consiglio di rappresentanza dei sindaci, di cui si avvale per l'esercizio delle sue funzioni;
 7. propone al direttore generale il nominativo di persona qualificata, non dipendente dal servizio sanitario, per ricoprire il ruolo di responsabile dell'UPT;
 8. esprime parere obbligatorio sul piano di sviluppo del Polo Territoriale (PPT) predisposto dall'ASST che definisce la domanda di salute territoriale, la programmazione e progettazione dei servizi erogativi, assicurando l'integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con quelle sanitarie e sociosanitarie distrettuali.
- **CONSIGLIO DI RAPPRESENTANZA DEI SINDACI** (riferimento istituzionale dell'ASST)
è composto da 5 membri eletti dalla Conferenza (Presidente, Vicepresidente e altri 3 componenti eletti), ed è l'organismo di cui si avvale la Conferenza dei Sindaci per l'esercizio delle proprie funzioni.
 - **ASSEMBLEA DEI SINDACI DEL DISTRETTO** (riferimento istituzionale dell'ASST)
 1. è composta dai Sindaci (o loro delegati - comunque appartenenti al Consiglio o alla Giunta Comunale) dei Comuni compresi nel territorio del Distretto delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), L'Assemblea, nel territorio di propria competenza, provvede a:
 2. verificare l'applicazione della programmazione territoriale e dei progetti di area sanitaria e sociosanitaria posti in essere nel territorio del Distretto ASST;
 3. contribuire ai processi di integrazione delle attività sociosanitarie con gli interventi socioassistenziali degli ambiti sociali territoriali;
 4. formulare proposte e pareri, per il tramite del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci, alla Conferenza dei Sindaci dandone comunicazione anche al Direttore Generale dell'ASST, in ordine alle linee di indirizzo e di programmazione distrettuale dei servizi sociosanitari e di integrazione con la programmazione sociale territoriale;
 5. contribuire a definire modalità di coordinamento tra Piani di Zona afferenti allo stesso territorio per la costruzione di un sistema integrato di analisi del bisogno territoriale e l'individuazione di potenziali progettazioni condivise per la programmazione sociale di zona e il suo aggiornamento.
 6. l'assemblea dei sindaci del distretto svolge altresì le funzioni del comitato dei sindaci del distretto di cui all'articolo 3 quater del D.lgs. 502/1992 ai sensi dell'art.20 comma 5 della l.r. n. 33/2009.

COMUNITÀ MONTANA DI VALLE CAMONICA

Con Decreto del Presidente della Giunta Regionale 26.06.2009 n. 6491, è costituita la Comunità Montana di Valle Camonica tra i Comuni di Angolo Terme, Artogne, Berzo Demo, Berzo Inferiore, Bienno, Borno, Braone, Breno, Capo di Ponte, Cedegolo, Cervenno, Ceto, Cevo, Cimbergo, Civate, Camuno, Corteno Golgi, Darfo Boario Terme, Edolo, Esine, Gianico, Incudine, Losine, Lozio, Malegno, Malonno, Monno, Niardo, Ono S. Pietro, Ossimo, Paisco Loveno, Paspardo, Pian Camuno, Piancogno, Ponte di Legno, Prestine, Savio dell'Adamello, Sello, Sonico, Temù, Vezza d'Oglio, Vione, componenti la zona omogenea n. 5, di cui all'art. 2 della L.r. 19/08. Nel 2016 il Comune di Prestine è stato unito a quello di Bienno.



La Comunità Montana di Valle Camonica:

- ha autonomia statutaria ed ha sede nel Comune di Breno. Ha un proprio gonfalone e uno stemma denominato “l’aquila e il cervo”. La Comunità Montana di Valle Camonica ha come patrono San Siro.
- in aderenza ai principi dello Statuto d’Autonomia della Lombardia, che riconosce la specificità del territorio montano, ha per fine essenziale la tutela, la valorizzazione e lo sviluppo delle zone montane e la promozione dell’esercizio associato delle funzioni comunali.
- nell’elaborazione e nell’attuazione dei propri indirizzi, piani e programmi, sollecita e ricerca la partecipazione dei Comuni, dei cittadini e delle forze sociali, politiche, economiche e culturali operanti sul territorio.
- armonizza e realizza i propri obiettivi attraverso la formulazione e l’attuazione del piano pluriennale di sviluppo socio-economico e dei piani pluriennali di opere ed interventi; tali strumenti hanno durata rispettivamente decennale e triennale.

Nel 2007 è stata costituita l’Azienda Territoriale per i Servizi alla Persona (ATSP) con sede a Breno, che rappresenta l’ente strumentale individuato dai 41 comuni del territorio della Valle Camonica per l’esercizio delle politiche sociali in forma associata. Più in generale ha il compito di gestire, su mandato degli Enti Locali, i servizi prevalentemente di carattere sociale dedicati alla persona e negli anni ha attivato progressivamente nuovi interventi e progetti, in risposta ai bisogni via via emergenti dal territorio.

2.3 CONTESTO GEOGRAFICO

La Valle Camonica, situata nella zona nord-orientale della Lombardia, è la più estesa fra le valli della Regione e fra le maggiori vallate delle Alpi Centrali. Si sviluppa per circa 90 Km di lunghezza dal Passo del Tonale (m 1833 s.l.m.) alla Corna Trenta Passi (presso Pisogne, sul Lago d’Iseo), con una superficie di 1.305,19 chilometri quadrati.

Da Brescia, l’accesso al territorio avviene sia tramite la Ferrovia Brescia-Iseo-Edolo che la SS 510, che dal capoluogo conduce fino all’abitato di Pian Camuno. La SS42 del Tonale e della Mendola collega il comprensorio a Bergamo e a Bolzano, rispettivamente dalla Val Cavallina e dal Passo del Tonale, costituendo inoltre una connessione con le reti autostradali A4 Milano-Venezia e A22 Modena-Brennero. Il collegamento con la Valtellina è costituito dalla SS39 del Passo dell’Aprica. Tale posizione geografica, come esplicitato anche nel sottocapitolo precedente, caratterizza notevolmente la risposta ai bisogni di salute della popolazione residente nei servizi dell’ASST Valcamonica.

In Valcamonica si evidenzia un doppio fenomeno di polarizzazione demografico-abitativa. Gli abitanti si sono, infatti, spostati dai versanti e dalle valli laterali, dove si localizzano tradizionalmente i centri storici, verso il fondovalle, dove si concentrano le attività produttive, i principali servizi, il trasporto pubblico locale (TPL) e i luoghi della grande distribuzione commerciale. Dal punto di vista dei servizi di welfare di base (istruzione e sanità), l’area della Valcamonica si caratterizza per una presenza di buona qualità, seppur non sempre capillare.

La ridotta accessibilità è una delle maggiori criticità. Da un lato, l’infrastruttura ferroviaria offre un servizio limitato e poco utilizzato da residenti e visitatori, benché le stazioni siano facilmente raggiungibili dai centri urbani di fondovalle. Dall’altro lato, manca un sistema integrato ferro/trasporto pubblico nel fondovalle, e sono carenti i collegamenti con le valli laterali.

Gran parte del trasporto sociale è affidato al Terzo settore e al volontariato, anch’esso soggetto a invecchiamento ed indebolimento. La difficoltà nell’utilizzo del trasporto pubblico ha come conseguenza l’utilizzo diffuso del veicolo privato, con elevati fenomeni di congestionamento del traffico ed inquinamento dell’aria.



I gruppi maggiormente svantaggiati sono i giovani (in calo), gli anziani soli (in crescita) – soprattutto nell’alta valle – e gli adulti separati; a essi vanno aggiunte le donne, particolarmente interessate dai problemi legati alla conciliazione famiglia-lavoro. Gli attori locali segnalano, inoltre, come il pendolarismo riduca la qualità di vita di chi decide di restare a vivere in valle, mentre per gli studenti universitari spostarsi risulta particolarmente difficoltoso e costoso. Viene, dunque, in particolare, sottolineato come tema cruciale l’abbandono della valle da parte dei giovani che si spostano per motivi di studio e lavoro verso mete maggiormente attrattive¹.

Inoltre, si evidenzia anche come i comuni si strutturino frequentemente in numerose frazioni, in condizioni particolarmente critiche perché con una popolazione anziana elevata, poco raggiungibili e con un’accessibilità molto limitata ai servizi essenziali. Rispetto a questo tema, si sottolinea tuttavia come la Valcamonica, come vedremo in seguito, possa contare su numerosi punti di erogazione dei servizi sociosanitari, soprattutto su un ricchissimo tessuto cooperativo ed associativo che fornisce cure ed assistenza, dando risposta soprattutto alle esigenze legate alla cronicità.

2.4 DEMOGRAFIA ²

La popolazione della Valle Camonica al 1 gennaio 2024 è pari a 98.208 residenti.

L’analisi relativa all’anno 2023 indica la presenza di un numero di nati largamente inferiore rispetto ai decessi; tuttavia i movimenti migratori da altri comuni e dall’estero permettono di mantenere invariata la numerosità della popolazione residente. Il limitato numero di nati incide profondamente sulla struttura della popolazione, determinandone un continuo invecchiamento.

Tuttavia quello che l’analisi dei dati ci racconta va molto oltre la percezione comune sull’invecchiamento della popolazione. Per due aspetti: in primo luogo, per la dimensione dell’invecchiamento della popolazione, con l’allungarsi della vita e il calo della natalità e, in secondo luogo, per la rapidità delle trasformazioni. Secondo lo scenario mediano delle previsioni dell’Istat, infatti, fra meno di vent’anni, la popolazione della Valcamonica dovrebbe essere pari a 100.073 residenti, in aumento dell’1,9% rispetto al 1° gennaio 2024.

La percentuale di popolazione straniera sulla popolazione residente in Valle Camonica si assesta sul valore del 7,96%, con la più alta percentuale di stranieri nel Comune di Darfo B.T. (15% circa), valore simile alle zone a forte urbanizzazione, mentre nella maggior parte dei comuni la percentuale resta ben al di sotto del valore medio.

Il dato centrale dell’evoluzione demografica è la trasformazione della composizione della popolazione, considerato che, nelle previsioni dell’Istat tra il 2024 e il 2042 relative alla provincia di Brescia, lo scarto della popolazione è modesto e positivo, peraltro in controtendenza con il dato nazionale. Ma, guardando alle classi di età, diminuiscono i giovani con meno di 15 anni, si riduce la parte attiva della popolazione (15-64 anni) e aumentano gli anziani over 65. In valore assoluto, sempre assumendo lo scenario di previsione mediano dell’Istat, i giovani under 15 diminuirebbero di oltre il 7%, la parte centrale della popolazione, da 15 a 64 anni, si contrarrebbe di circa il -10%, mentre gli over 65 aumenterebbero di quasi il +40,5%.

La tabella seguente permette di valutare l’andamento della popolazione nel corso dell’ultimo anno, evidenziando da un lato i nuovi iscritti (nati, iscritti da altri comuni, dall’estero), dall’altra i cancellati (deceduti, migrati, altri movimenti). Il saldo naturale rappresenta la differenza tra il numero di iscritti per nascita e il numero di cancellati per decesso, mentre il saldo migratorio rappresenta la differenza tra i

1 L’AGENDA STRATEGICA DELLA VALCAMONICA a cura del gruppo di lavoro del DASTU, Politecnico di Milano Settembre 2023

2 Fonte dati: ISTAT - aggiornamento al 01.01.2024.

Elaborazione tabelle e grafici: ATS Montagna, SS Epidemiologia, settembre 2024.

Elaborazioni statistiche: Senza rete, Ricerca commissionata da CISL Pensionati e CISL Brescia, realizzata da Elio Montanari. Settembre 20024



nuovi iscritti e i cancellati.

Il saldo naturale in Vallecamonica è negativo, ma è compensato da un saldo migratorio positivo che garantisce il mantenimento delle dimensioni della popolazione nell'anno.

Secondo le stime ISTAT, entro dieci anni in quattro comuni su cinque è atteso un calo di popolazione, quota che sale a nove su dieci nelle zone rurali. Ciò si deve alla bassa natalità, ma anche a livelli migratori sfavorevoli per alcune realtà territoriali, laddove è più forte tanto l'emigrazione per l'estero, quanto quella per l'interno. A livello nazionale, si valuta che in un decennio i comuni delle zone rurali possano nel complesso registrare una riduzione della popolazione pari al 5,5%. Per i 1.060 comuni che ricadono nelle aree interne, tra i quali i 41 Comuni della Valcamonica, la condizione demografica risulta ancor più sfavorevole, con una stima della riduzione della popolazione quasi doppia.

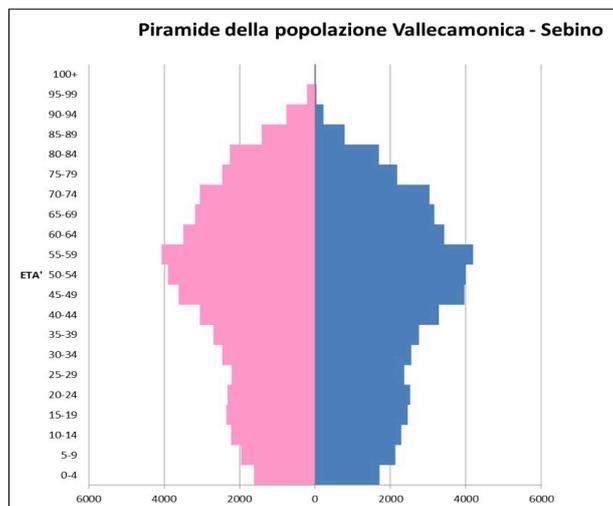
	VALLECAMONICA - SEBINO
Popolazione al 1 gennaio	98018
Nati	641
Morti	1146
Saldo naturale	-505
Iscritti da Altri Comuni	2769
Iscritti da Estero	661
Cancellati per altri Comuni	2601
Cancellati per estero	229
Saldo Migratorio	600
Altri movimenti	-83
Popolazione al 31 dicembre	98030

Elaborazione ATS-Montagna su dati Istat aggiornati al 01/01/2023

Il tasso di mortalità grezzo è pari a 11,7 per 1000, mentre il tasso di natalità è circa la metà, pari a 6,6 per 1000. Il confronto dei tassi indica una chiara denatalità a livello del territorio.

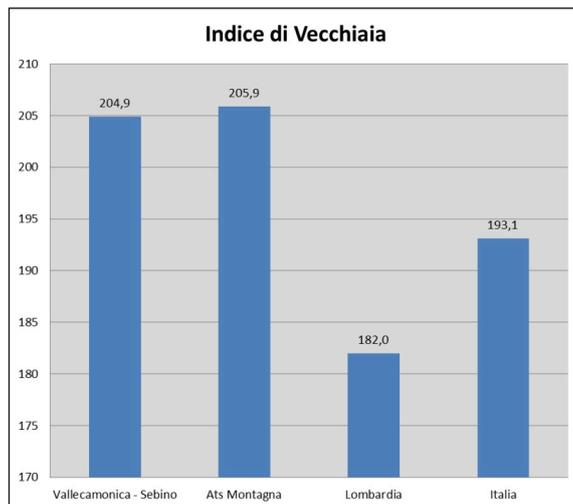
L'età media è di 46 anni, 45 per la popolazione di sesso maschile e 48 per quella femminile. Da segnalare il dato relativo alla quota percentuale di over 80, che rappresenta il 7,7% della popolazione, e si posiziona al di sopra della media provinciale di 7,2%, preceduta solo dagli Ambiti territoriali di Brescia (8,9%) e Valtrompia (7,8%).

Osservando la distribuzione della popolazione per sesso e per età, ad intervalli di 5 anni, risulta evidente la denatalità registrata a partire dagli anni '70 del secolo scorso.

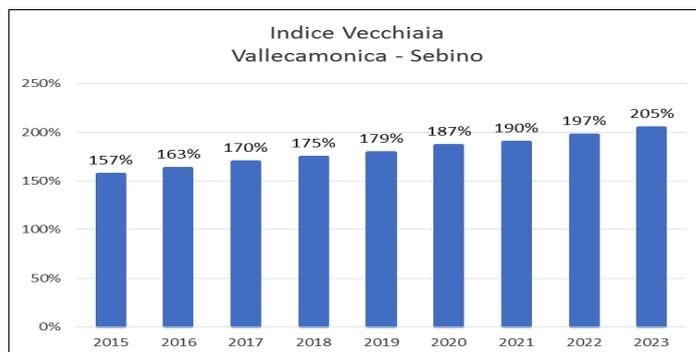




L'indice di vecchiaia è pari a 204,9, superiore sia rispetto alla media regionale che a quella nazionale. Il dato rappresenta il rapporto percentuale fra il numero dei residenti di 65 anni e oltre (anziani) ed il numero dei residenti con meno di 15 anni (giovani), indicando che vi sono circa 205 residenti anziani ogni 100 residenti giovani.



L'andamento dell'indice di vecchiaia dal 2015 al 2023 vede un incremento di quasi 50 punti percentuali e si stima che nei prossimi vent'anni in provincia di Brescia raddoppierà il numero dei grandi anziani.



Nella tabella che segue possiamo osservare l'indice di vecchiaia per i territori afferenti a ciascuna Casa di Comunità dell'ASST Valcamonica³.

Casa di Comunità	Indice di vecchiaia
CdC Ossimo	306,65
CdC Cedegolo	270,61
CdC Edolo	238,56
CdC Ponte di Legno	238,24
CdC Breno	216,84
CdC Pisogne	189,72
CdC Berzo Inferiore	185,60
CdC Darfo	183,66

Risulta importante lo scostamento tra la CdC con l'indice maggiore, che si trova in territorio montano e con bassa densità abitativa, a fronte dell'indice relativo alla CdC di Darfo, posizionata geograficamente



in bassa valle, dove l'indice si attesta al di sotto della media sia della Valcamonica che del territorio di ATS Montagna, seppur in linea con la media regionale.

Ai fini dell'analisi dei bisogni di salute della popolazione, si ritiene utile richiamare il Piano Integrato Locale per la promozione della salute 2024 (PIL) di ATS Montagna, il cui obiettivo è quello di sviluppare programmi integrati con le politiche intersettoriali generanti confronti sempre più attuali, tenendo conto dell'evoluzione del contesto epidemiologico, sociale ed economico al fine di promuovere e migliorare sia la salute individuale che quella collettiva attraverso interventi sostenibili basati sulle migliori evidenze scientifiche di efficacia.

La progettazione dei programmi di intervento, infatti, si deve basare sull'equità e sul contrasto delle disuguaglianze, in un contesto quale quello post pandemico che ha avuto molti impatti sia sulla salute, in senso globale, sia sulle politiche sociali ed economiche. La valutazione dei determinanti di salute, intesi quali elementi in grado di influenzare lo stato di salute di un individuo e di una comunità, consente di aprire spazi di riflessione per la ricerca di strategie efficaci per il contrasto alle disuguaglianze di salute, che devono diventare parte integrante di politiche condivise nel territorio.

2.5 INDICATORI SOCIO-ECONOMICI E CONTESTO OCCUPAZIONALE

Un'analisi condotta a fine luglio 2021 da Regione Lombardia, in collaborazione con il Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche dell'Università degli Studi di Milano e con Polis Lombardia, ha evidenziato che la povertà è un fenomeno multidimensionale, la cui misurazione non può limitarsi alla disponibilità di reddito familiare o individuale. Altri bisogni, non-monetari, impattano sulla capacità individuale di accedere ad alcuni servizi, di raggiungere i propri obiettivi e di partecipare attivamente alla vita sociale. Intercettare i nuovi vulnerabili oggi, quando hanno bisogno di ascolto e di aiuto per ri-orientare lo stile di vita (all'interno di luoghi conviviali, non stigmatizzanti), non comporta l'erogazione di contributi, ma predisposizione di risorse-tempo di operatori professionali e volontari.

Affrontare questo problema richiede di innovare il modo di lavorare consolidato dei servizi, muoversi in modo proattivo e inventivo all'interno di un contesto, promuovere un avvicinamento di chi può essere portatore di risorse.

Con riferimento alla struttura economica della valle, la manifattura assorbe ancora il numero maggiore di addetti, con più di 7.500 unità nel 2019 (dati ASIA 2019), mentre i settori commerciale, delle costruzioni e ricettivo registrano, a confronto con i dati delle altre aree interne, il numero maggiore di addetti per abitante.

Tra le attività industriali prevalenti si rilevano la metallurgia e la siderurgia che appaiono, però, in difficoltà, soprattutto nei segmenti meno specializzati e qualificati delle filiere produttive. Il ridimensionamento produttivo ha prodotto numerose aree dismesse, per un totale di circa 700mila metri quadrati.

L'industria, in particolare, lamenta la mancanza di manodopera specializzata e di giovani adeguatamente formati, oltre ad uno svantaggio di tipo logistico.

Lo sviluppo industriale è andato di pari passo con la produzione di energia. Lungo la valle, grazie alla presenza dell'Oglio e dei suoi affluenti, si localizzano numerosi impianti idroelettrici, relativi sia a piccole, sia a grandi derivazioni. Fra le forme economiche emergenti, alcuni recenti cambiamenti nell'assetto economico e climatico hanno portato alla diffusione della produzione vitivinicola. Oggi il 76% della superficie coltivata è dedicata alla viticoltura ed è presente un consorzio IGT, cui fanno capo 13 delle 21 aziende presenti sul territorio.

Il turismo non si può considerare al momento un'attività economica prevalente, sebbene i dati relativi agli addetti nel settore turistico siano in crescita e il numero di offerte su portali (quali ad esempio Airbnb) riportino valori superiori alla media in alcuni comuni dell'alta valle. Da sottolineare che nel perimetro dell'area interna ricade il sito World Heritage - UNESCO Arte Rupestre della Valcamonica (Rock



Drawings in Valcamonica), nominato primo sito italiano Patrimonio Mondiale nel 1979 ed elemento centrale nel riconoscimento della forte identità camuna, assieme al ghiacciaio dell'Adamello, altro importante recapito turistico (fonte "L'agenda strategica della Valcamonica" a cura del gruppo di lavoro del DASTU, Politecnico di Milano Settembre 2023).

I dati relativi ai redditi e alle principali variabili IRPEF su base comunale (anno 2022) indicano che il numero dei contribuenti totale in Valle Camonica è di n. 73.684, per un reddito imponibile complessivo di € 1.544.711.767.

La fascia di reddito più popolata sul territorio è quella tra €15.000 e €26.000 con 24.845 cittadini per un ammontare complessivo di € 510.925.493. La seconda fascia di reddito con il maggior numero di contribuenti è la fascia tra € 26.000 e € 55.000 con n. 8.310 cittadini, per un ammontare complessivo pari a € 617.862.837. La terza fascia di reddito con il maggior numero di contribuenti è la fascia minima tra € 0 e €10.000, con un numero totale di contribuenti pari a n.16.999. La fascia di reddito massima, oltre € 120.000, vede un n. totale di n. 538 persone residenti sul territorio della Valle.

Interessante è il dato relativo al reddito dato da pensione che vede destinatari un numero di cittadini totale pari a 26.419, che rispetto al reddito imponibile complessivo della Valle Camonica rappresenta il 30,55%. Il reddito da lavoro dipendente e assimilati rappresenta il 57% e il reddito da lavoro autonomo il 3,38%.

2.6 LA RETE D'OFFERTA SOCIOSANITARIA, SOCIOASSISTENZIALE, SOCIALE E D'ISTRUZIONE

Passando in esame l'intera rete dei Servizi sociosanitari, la Vallecamonica vede la presenza di circa 60 medici di famiglia e circa 10 pediatri libera scelta, un Polo Ospedaliero con le sedi di Edolo e Esine e un Polo Territoriale, rappresentato dalle Case di Comunità di Pisogne, Darfo, Ossimo, Breno, Berzo Inferiore (di prossima apertura), Cedegolo, Edolo e Ponte di Legno e dai due Ospedali di Comunità in fase di costruzione, che saranno attivati nel corso del 2026. Gli Ambulatori di Continuità Assistenziale, 4 in totale, sono presenti nei Comuni di Pianborno, Pisogne, Edolo e Ponte di Legno.

Sul territorio è presente una rete di circa 140 erogatori, tra cui 14 RSA e 9 Centri Diurni Integrati. Gli Enti accreditati per erogazione di Cure Domiciliari sono 15, mentre sono 5 gli erogatori di Cure Palliative Domiciliari. Sono altresì presenti un Hospice a gestione pubblica (ASST) e uno privato accreditato e un RSD.



In tabella è riportato uno schema riassuntivo delle RSA presenti sul territorio della Valcamonica e dei posti letto autorizzati e accreditati per ciascuna Struttura, con il numero di utenti in lista d'attesa. Nel merito si segnala che le liste d'attesa scorrono molto lentamente e di conseguenza il tempo di attesa per un nuovo ingresso senza criteri di priorità è di circa 6/12 mesi.

RESIDENZA SANITARIO ASSISTENZIALE	SEDE	N° POSTI LETTO				N° UTENTI IN LISTA D'ATTESA PER INGRESSO IN STRUTTURA	
		AUTORIZZATI	ACCREDITATI	A CONTRATTO	DI CUI ALZHEIMER	MASCHI	FEMMINE
RSA LUCIA LORENZETTI	Via Franzoni 11 25040 Artogne	30	30	30	//	34	94
RSA BEATO INNOCENZO	Viale XXIV Maggio 18 25040 Berzo Inferiore	62	62	36	//	17	31
RSA FONDAZIONE VILLA MONSIGNOR DAMIANO ZANI	Via Pradelli 7 25040 Bienno	80	80	42	//	41	89
RSA CAV. PAOLO RIVADOSSI	Via Milano, 20/B 25042 Bomo	74	70	54	//	46	43
RSA FONDAZIONE ENTE CELERI ONLUS	Via Taglierini 25 25043 Breno	70	65	55	//	48	103
RSA FONDAZIONE FRATELLI BONA ONLUS	Via G. Marconi 3 25044 Capo di Ponte	57	40	40	//	50	81
RSA RESIDENZA ANGELO MAJ FONDAZIONE ONLUS	Via G. Galilei 16 25041 Darfo Boario Terme	107	103	76	19	80	186
RSA FONDAZIONE CASA DI SOGGIORNO PER ANZIANI D.GIAMBONI ONLUS	Piazza Nicolini 1 25048 Edolo	77	72	72	//	49	101
RSA NINJ BECCAGUTTI	Via Chiosi 3/B 25040 Esine	81	81	54	//	47	86
RSA RESIDENZA PER ANZIANI VILLA W.A.MOZART	Viale dei Castagni 2 25040 Lozio	47	47	43	//	15	28
RSA DON G.FERRAGLIO	Via Ferraglio 8 25040 Malonno	100	100	90	20	68	157
RSA FONDAZIONE GIOVANNINA RIZZIERI ONLUS	Via Nazionale 45 25052 Piancogno	80	67	67	20	78	145
RSA FONDAZIONE ONLUS SANTA MARIA DELLA NEVE	Via Romanino 18 25055 Pisogne	98	90	90	20	121	194
RSA FONDAZIONE GIACOMO CARETTONI ONLUS	Via Roma 25056 Ponte di Legno	82	61	41	//	15	22

Fonte: ATS Montagna - aggiornamento settembre 2024

Di seguito si riportano gli elenchi, suddivisi per tipologia di Unità d'Offerta.

CDI	Fondazione Villa Monsignor Damiano Zani Bienno
	Fondazione Monsignor Giacomo Carettoni Onlus Ponte di Legno
	Fondazione ONLUS Santa Maria della Neve Pisogne
	Fondazione Giovannina Rizzieri ONLUS Piancogno
	Nini Calzoni Niardo
	Don Giovanni Ferraglio Malonno
	CDI La Rondine – Malegno
	Ninj Beccagutti Esine
	Residenza Angelo Maj Fondazione ONLUS Darfo Boario Terme



C-DOM	Resana – Piancogno (BS)
	Cure Domiciliari- Piancogno (BS)
	Cure Domiciliari-Edolo
	Fondazione Giovannina Rizzieri -Cure Domiciliari Piancogno
	ADI Beccagutti Esine
	Cooperativa Sociale Sebina Società Cooperativa Onlus
	ADIC Assistenza Domiciliare Integrata Caretoni Ponte di Legno
	C-DOM Fondazione Santa Maria della Neve Onlus Pisogne
	AQUA S.R.L. Breno
	Nuovi Orizzonti Darfo Boario Terme
	C-DOM Studio Socio-Sanitario SRL Le Valli Darfo Boario Terme
	ADI Angelo Maj Darfo Boario Terme
	La Salute Ceto
	Adicom Breno
Don Giuseppe Figaroli Bienno	

Unità di Cure Palliative Domiciliari	Cooperativa Sociale Sebina Società Cooperativa-Onlus
	Fondazione Onlus Ninj Beccagutti Esine
	UOC UCP-Domiciliare Esine
	UCP DOM Studio Socio-Sanitario SRL Le Valli Darfo Boario Terme
	UCPDOM AQUA Breno

Relativamente alle UdO per pazienti con disabilità sono disponibili i dati aggiornati al 31.12.2023⁴ dei posti disponibili per le differenti strutture:

RSD: 16 posti autorizzati, accreditati e a contratto (saturazione 94%) - 1 Struttura

CSS: 40 posti autorizzati, accreditati e a contratto (saturazione 100%) - 4 Strutture

CDD: 106 posti autorizzati e accreditati, di cui 104 a contratto (saturazione 35%) - 4 Strutture

Sono inoltre presenti due Unità d'Offerta sperimentali di cui alla DGR 3239/12 - Riabilitazione per minori con disabilità "Spazio autismo", che nel 2023 aveva in carico 53 persone, 2 Strutture del tipo Casa Alloggio per persone con disabilità e 4 Servizi formazione e autonomia (SFA).

RSD	RSD L'Abbraccio
CSS	CSS L'Agape Malegno
	Il Cardo Edolo
	La Fragola Darfo Boario Terme
	Arcobaleno Darfo Boario Terme
CDD	CDD Il Gomitolo Malegno
	Il Cardo Edolo
	Aprimondo Darfo Boario Terme
	Arcobaleno Breno
Comunità alloggio per persone con disabilità	Mosella Festa Edolo
	Arcobaleno Breno
Alloggi per l'autonomia	In Cammino Darfo Boario Terme
	Casa Mika Malonno
Servizi Formazione e Autonomia – SFA	La Tela Malegno
	Servizio di Formazione all'autonomia – Edolo
	Servizio di Formazione all'autonomia – Darfo Boario Terme
	Arcobaleno – Breno



I Consultori Familiari sono 5, dei quali 3 pubblici (Darfo B.T., Breno e Edolo) e 2 privati accreditati (“Il Girasole” a Pisogne e “G. Tovini” a Breno); sono stati inoltre finanziati due progetti sperimentali del Centro per la famiglia, tramite risorse individuate da Regione Lombardia nel Fondo nazionale per le politiche della famiglia (DGR XII/1507/2023)

In Vallecamonica, relativamente alle Strutture dell’Area della Salute Mentale, sono presenti 1 Comunità Protetta a Media Assistenza e 1 Comunità Protetta ad Alta Assistenza gestiti dalla Cooperativa Sociale Si Può, 1 Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza di ASST e 2 Centri Diurni (di cui uno di ASST e uno gestito dalla Cooperativa Sociale Si Può), oltre ai CPS, alla Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza e al Servizio di Psicologia dell’ASST.

Strutture psichiatriche	Darfo Boario Terme Comunità Protetta a Media assistenza Si Può
	Esine Centro diurno -ASST Valcamonica
	Darfo Boario Terme Centro diurno Si Può
	Darfo Boario Terme Comunità Protetta ad Alta assistenza Si Può
	Esine Servizio di psicologia -ASST Valcamonica
	Esine Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza NPIA -ASST Valcamonica
	Edolo Centro Psico Sociale CPS -ASST Valcamonica
	Darfo Boario Terme Centro Psico Sociale CPS -ASST Valcamonica
	Esine Comunità Riabilitativa ad Alta assistenza CRA -ASST Valcamonica
	Esine Centro Psico Sociale CPS -ASST Valcamonica

Sono 3 invece le Comunità riabilitative per le tossicodipendenze, 1 SMI e 2 SERD accreditati.

Comunità per tossicodipendenti	Comunità Exodus di Sonico – Casa di Enzino
	Comunità di Civate Camuno
	Comunità di Capo di Ponte
SERT - SMI	SMI Servizio Multidisciplinare Integrato Il Mago di Oz Pisogne
	SerT Sede distaccata Cedegolo -ASST Valcamonica
	SerT Sede principale Darfo Boario Terme -ASST Valcamonica

Sono inoltre presenti sul territorio di Darfo B.T. le Terme di Boario che, dalla seconda metà dell’Ottocento con il Casino Boario divennero luogo di cura, e che oggi rappresentano un nuovo modello di benessere termale che, valorizzando le caratteristiche curative delle acque presenti, propone nel contempo anche un nuovo modo di vivere le terme in chiave più turistica. L’eccellenza delle acque termali è stata confermata nel 2010, quando il CERAM (Centro di Ricerca Acque Minerali) riconosce alle quattro acque delle Terme di Boario il “Premio Europeo Qualità Acque Minerali”.

Oggi le Terme di Boario sono conosciute come luogo di erogazione di cure termali anche in convenzione con il SSN e con cui l’ASST ha stipulato un contratto per l’erogazione di prestazioni di idrokinesiterapia a carattere riabilitativo.

In base alle direttive nazionali e regionali anche questo settore potrebbe risultare strategico per la Valle ed integrarsi ulteriormente con i servizi presenti sulla rete territoriale di ASST.

Enti Formativi e di Ricerca

Relativamente alla presenza di Servizi a sostegno della famiglia nella gestione dell’importante funzione educativa, oltreché strumenti per la conciliazione familiare e di facilitazione di ingresso o permanenza della donna nel mondo del lavoro, in particolare nella fase della prima infanzia, sono presenti 15 unità



d'offerta (Asili nido, Micro-nidi, Nidi famiglia e Centri prima infanzia).

Sono inoltre presenti 12 Istituti Comprensivi, per un totale di 94 scuole dei 3 ordini (infanzia, primaria, e secondaria di primo grado), e 7 Istituti di Istruzione Superiore di II grado tra scuole statali, paritarie e Centri di Formazione Professionale.

Rispetto alla scelta della scuola superiore di II grado si registra che la metà degli studenti italiani scelgono il Liceo (55%) contro il 31% dei tecnici e il 12% dei professionali; in Vallecamonica, su 803 iscritti alle scuole superiori, 332 (41,3%) sono iscritti a Istituti tecnici e 334 (41,6%) a Licei. Quasi il 13% (n. 102) sono gli iscritti agli Istituti professionali, mentre il 4,3% (n.35) sono iscritti a formazioni di tipo professionale.

L'ASST ha stipulato delle convenzioni con l'Università degli Studi di Brescia per i tirocini delle Scuole di Specializzazioni Mediche, ed è sede del Corso di Laurea in Infermieristica. Inoltre è sede del Polo Formativo per i Medici di Medicina Generale.

A Edolo è inoltre presente un centro Universitario d'eccellenza "Università della Montagna", sede distaccata dell'Università degli Studi di Milano, un innovativo centro di formazione e di ricerca, specializzato nello studio e nell'analisi delle complessità del territorio montano, che nasce da un lungo percorso frutto della collaborazione tra gli enti territoriali (Comune di Edolo, Consorzio dei Comuni B.I.M. di Valle Camonica, Provincia di Brescia, Unione dei Comuni Alpi Orobie Bresciane e Comunità Montana di Valle Camonica) e l'Università degli Studi di Milano. Qui è attivo dal 1996 il corso di Laurea in "Valorizzazione e tutela dell'ambiente e del territorio montano". Sempre a Edolo è nato nel 2006 il "Centro di Studi Applicati per la Gestione Sostenibile e la Difesa della Montagna (Ge.S.Di.Mont)" dell'Università degli Studi di Milano, con il compito di coordinare e sviluppare attività di ricerca scientifica applicata inerente al territorio montano nel suo insieme. Queste due anime, di formazione e di ricerca, operano insieme con lo scopo di sviluppare e valorizzare i territori montani, rappresentando anche per ASST un prezioso punto di riferimento.

2.7 INDICATORI E BISOGNI DI SALUTE

Registro Mortalità di ATS della Montagna

Viene di seguito preso in esame lo stato di salute e di benessere della popolazione, tramite l'analisi degli indicatori del Registro Mortalità di ATS della Montagna, nel quale sono registrate le cause di morte di tutti i deceduti residenti nel territorio, aggiornato al 31.12.2023.

Cause di morte	Tot.	Tassi grezzi per 100.000	Tassi standardizzati per 100.000
Mortalità generale	1017	1037,4	793,7
Mortalità cardiovascolare	271	276,4	205,9
Mortalità oncologica	336	342,8	269,4
Suicidi	7	7,1	6,4

Nei circa mille decessi relativi all'anno 2023, la prima causa di morte in Vallecamonica è rappresentata dalla mortalità oncologica, seguita dalla mortalità cardiovascolare. Sono inoltre disponibili i dati relativi ai suicidi, che rappresentano l'1,4% del totale dei decessi.

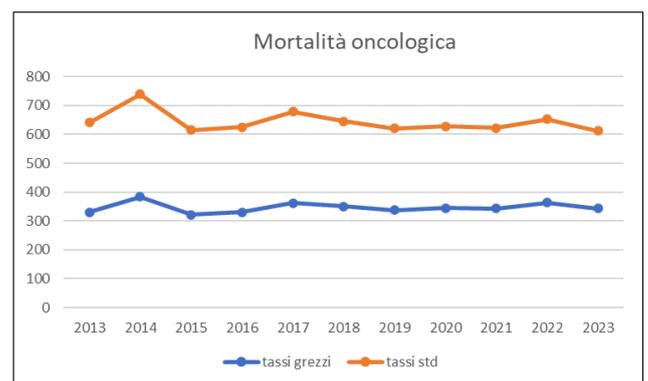
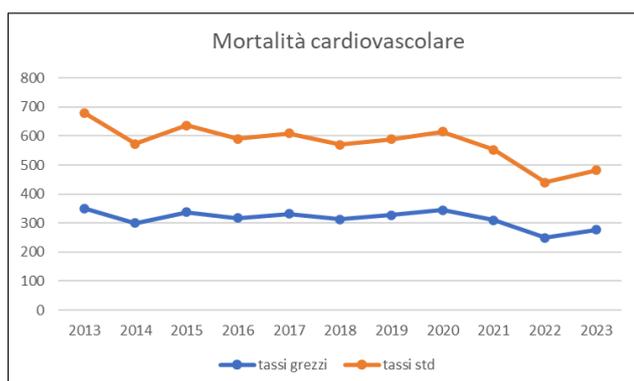
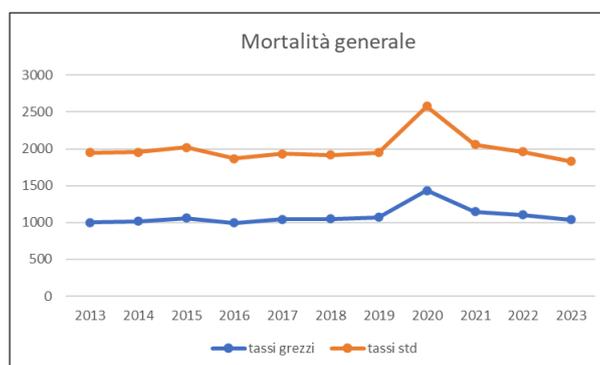
I dati sono stati elaborati in termini di numero dei decessi registrati, tassi grezzi e tassi standardizzati per 100.000. Il tasso di mortalità grezzo è il rapporto tra il numero dei decessi e la popolazione di riferimento. Il tasso di mortalità standardizzato rappresenta il valore che avrebbe assunto il tasso grezzo se la popolazione in studio avesse avuto una distribuzione per età uguale a quella della popolazione di riferimento.



Volendo analizzare il tasso di mortalità sulla popolazione residente al 01.01.2024, si osservano lievi variazioni tra i territori di competenza delle differenti case di Comunità, come rappresentato nella tabella che segue:

CdC	Tasso
CdC Ponte di Legno	2,50%
CdC Edolo	1,79%
CdC Cedegolo	1,88%
CdC Breno	1,72%
CdC Ossimo	2,73%
CdC Berzo Inferiore	1,42%
CdC Darfo	1,58%
CdC Pisogne	1,22%
Totale Popolazione	1,66%

I grafici che seguono riportano l'andamento temporale dei tassi grezzi e standardizzati per la mortalità generale, oncologica e cardiovascolare.



La mortalità generale si mantiene costante negli anni; è evidente il picco registrato nel 2020 in occasione della pandemia. La mortalità oncologica si mantiene costante negli anni e non ha subito variazioni significative in occasione della pandemia. La mortalità cardiovascolare registra invece un calo a partire dal 2021.



Registro Tumori

Regione Lombardia ha recentemente istituito il “Registro Tumori della Regione Lombardia”, di cui fa parte anche quello di ATS della Montagna, istituito nel 2015 con copertura della casistica dal 2014 al 2019 per tutte le sedi tumorali e fino al 2021 per i tumori della mammella e del colon-retto. Riporta inoltre il numero di nuove diagnosi di tumore registrate nell’anno solare di riferimento.

Il Registro calcola inoltre indicatori, tra i quali: i tassi di incidenza grezzi (rapporto tra il numero di soggetti con nuova diagnosi di tumore e popolazione di riferimento) e i tassi standardizzati (valore che avrebbe assunto il tasso grezzo se la popolazione in studio avesse avuto una distribuzione per età uguale a quella della popolazione di riferimento).

Di seguito si trovano i dati relativi a tutte le sedi tumorali, presentati in termini di numero dei casi registrati, tassi di incidenza grezzi e standardizzati per 100.000.

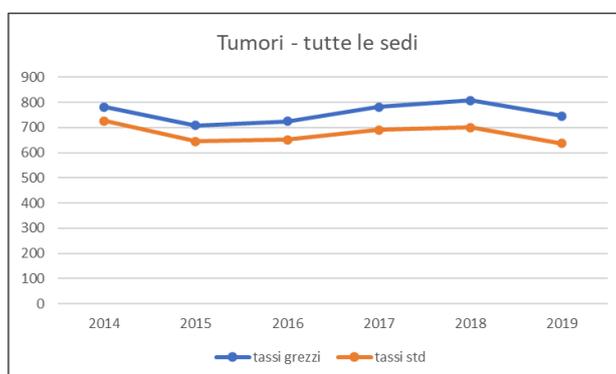
SEDI	Casistica 2014-2019	Tassi di incidenza grezzi per 100.000	Tassi di incidenza standardizzati per 100.000
Tutte	4499	745,1	663,1
Mammella	588	97,4*	86,9*
Polmone	499	82,6	72,8
Prostata	472	78,2	70
Colon e retto	433	71,7	62,9
Fegato	279	46,2	40,4
Vescica urinaria	246	40,7	36

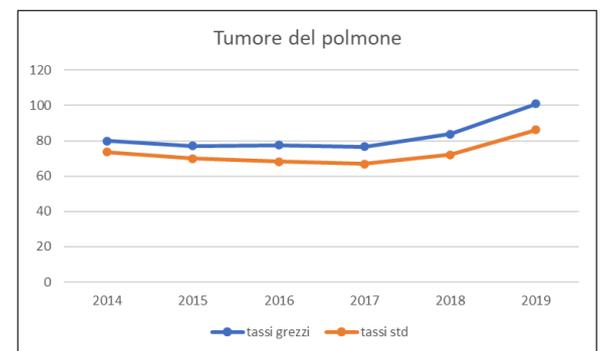
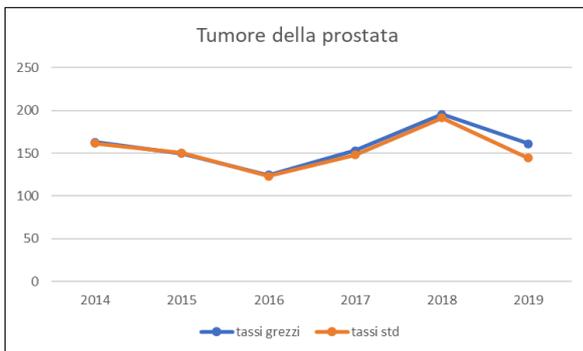
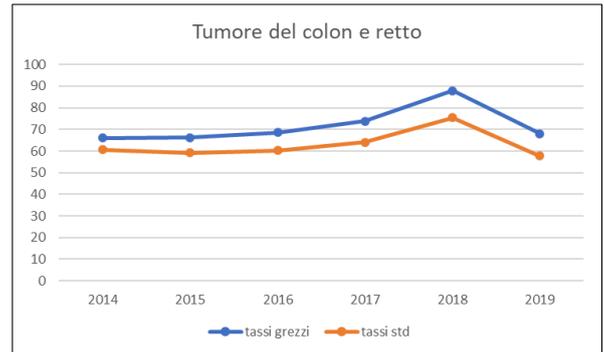
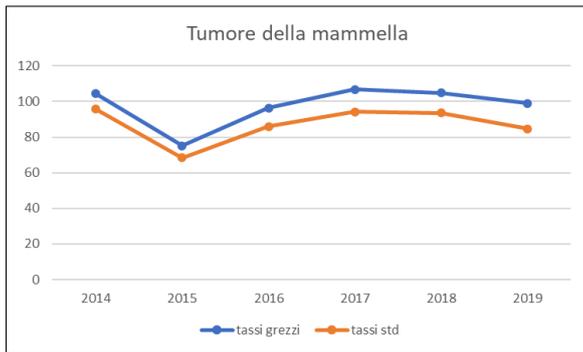
*calcolato su tutta la popolazione (maschi e femmine)

Mediamente in Vallecamonica sono diagnosticati ogni anno 750 casi di nuovi tumori. Il tasso grezzo di incidenza, calcolato sul periodo 2014-19 è pari a 745 per 100.000, mentre il tasso standardizzato è pari a 663 per 100.000.

I tumori più frequenti sono il tumore della mammella con circa 98 nuovi casi all’anno, il tumore del colon e retto con circa 83 nuovi casi all’anno, il tumore del polmone con circa 77 nuove diagnosi annuali e il tumore della prostata con circa 72 nuove diagnosi annuali.

La distribuzione per comune evidenzia tassi di incidenza simili, senza identificare zone a maggiore rischio. In generale, si assiste a una tendenza a un lieve calo delle malattie oncologiche, ad eccezione del tumore del polmone.





Eventi cardiocerebrovascolari

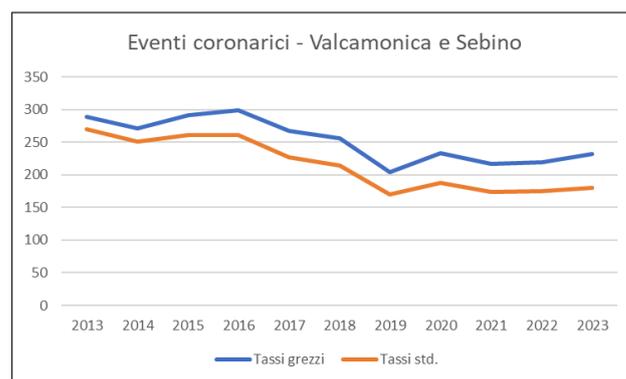
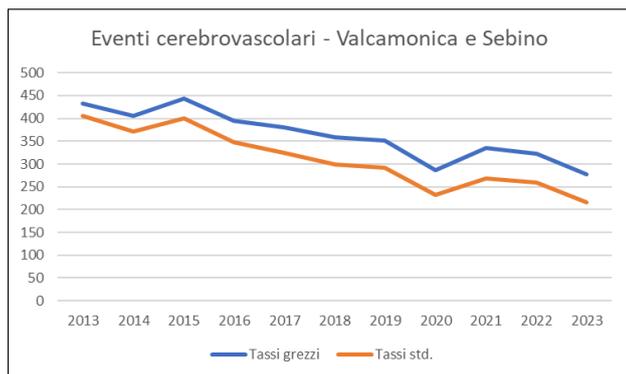
Il Registro degli eventi cardio-cerebro-vascolari di ATS della Montagna registra nella popolazione residente gli eventi coronarici (malattie ischemiche del cuore, tra cui principalmente l'infarto acuto del miocardio) e gli eventi cerebrovascolari (malattie cerebrovascolari, tra cui principalmente l'ictus ischemico) con aggiornamento fino al 2023.

Il Registro calcola inoltre indicatori, tra i quali i tassi di attacco annuali.

Il tasso di attacco grezzo è dato dalla somma dei nuovi casi di malattia e di recidive (soggetti sopravvissuti a un episodio di malattia che ne subiscono un altro dopo una finestra temporale di 28 giorni) in una determinata popolazione in un intervallo di tempo stabilito. Differisce dal tasso di incidenza perché, oltre ai nuovi casi, contempla le recidive.

Il tasso di attacco standardizzato rappresenta invece il valore che avrebbe assunto il tasso di attacco grezzo se la popolazione in studio avesse avuto una distribuzione per età uguale a quella della popolazione di riferimento.

I dati di seguito presentati sono relativi al 2023 quando si sono verificati 228 casi di eventi coronarici e 272 casi di eventi cerebrovascolari. La casistica comprende anche le recidive dopo 28 giorni dal primo evento. Rispetto all'andamento temporale degli eventi registrati, si osserva una generale tendenza alla diminuzione negli ultimi anni, come anche evidenziato anche dai dati relativi alla mortalità.



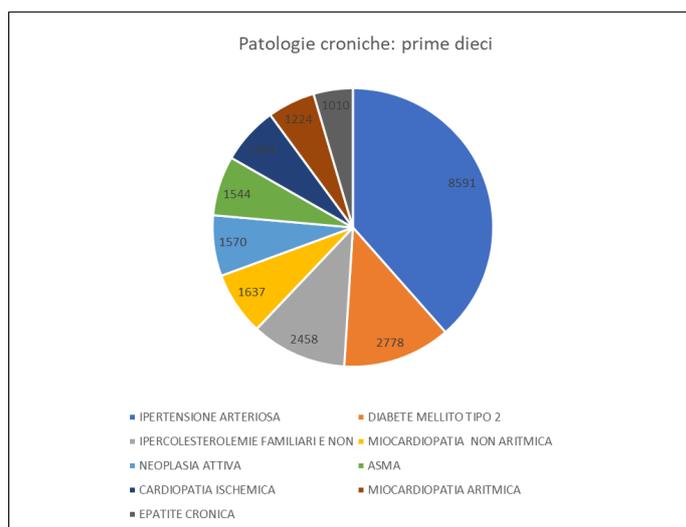
Patologie croniche

L'identificazione con la stratificazione dei malati cronici presenti nel territorio dell'ATS, secondo la DGR n. X/6164 del 30/01/2017, è uno strumento che permette la definizione di programmi di promozione della salute mirati e personalizzati. In particolare, l'attivazione ed implementazione di percorsi di promozione dell'attività fisica specifici e approcci di tipo counseling ed empowerment agli stili di vita salutari sono utili per la prevenzione dell'insorgenza di complicanze in pazienti già cronici.

La classificazione e l'identificazione dei malati cronici è effettuata a partire dalla Banca Dati Assistito (BDA) e dal modello regionale di classificazione della cronicità; i soggetti vengono raggruppati sulla base dei seguenti elementi:

- la patologia principale e i consumi sanitari;
- la presenza di eventuali elementi di fragilità sociosanitaria;
- il livello di complessità, definito in base al numero delle comorbidità o alla presenza di particolari condizioni di fragilità.

Nel territorio della Vallecamonica sono presenti 32.978 pazienti cronici, con un tasso grezzo pari a 33.640,7 per 100.000 abitanti.



Le patologie croniche più frequenti afferiscono al gruppo delle malattie cardiovascolari/sindrome metabolica (ipertensione arteriosa, diabete mellito di tipo 2, ipercolesterolemie, miocardiopatie non aritmiche) che colpiscono circa il 16% della popolazione, seguite dalle neoplasie attive che riguardano circa l'1,6% della popolazione. Le neoplasie in follow-up sono presenti nella misura dello 0,7% circa. Nella BDA compare inoltre la voce "tumori" che raccoglie la casistica oncologica che non rientra nei criteri identificati per la costruzione delle altre due classi di patologia oncologica.



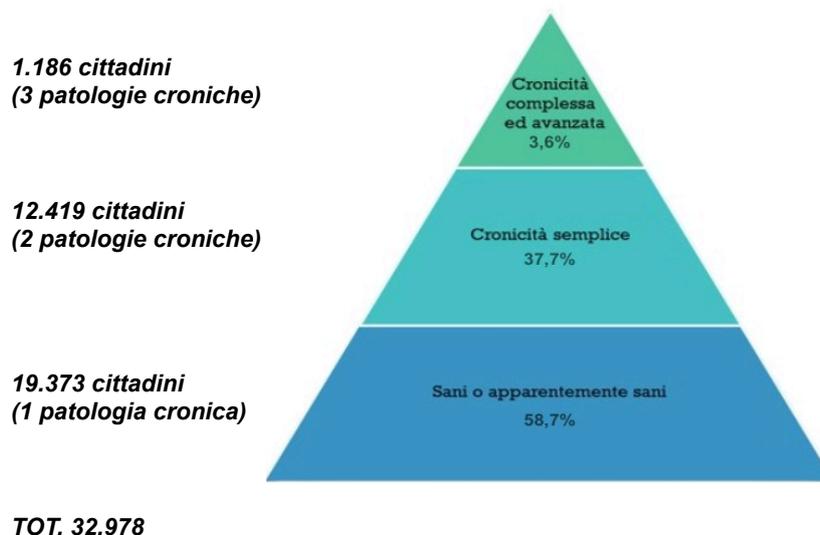
La tabella che segue presenta la distribuzione del livello di complessità dei pazienti cronici.

Il livello 1 rappresenta il livello con 3 o più patologie, il livello 2 rappresenta i pazienti portatori di 2 patologie croniche e il livello 3 rappresenta il gruppo di pazienti affetti da una sola patologia cronica. Il livello più frequente è quello meno complesso, pari a circa il 59% dei cronici, seguito dal livello intermedio dove si colloca circa il 38% della popolazione in esame.

I pazienti affetti da 3 o più patologie sono il 3,6% dei cronici.

Livello complessità	Soggetti	Tasso grezzo (x 100.000 ab.)	Frequenza sul totale dei cronici
1	1186	1209,8	3,6
2	12419	12668,6	37,7
3	19373	19762,3	58,7
Tutti i livelli	32978	33640,7	100,0

Di seguito viene rappresentata la stratificazione della popolazione dei pazienti cronici della Valle Camonica in base al bisogno.



Andando a rilevare il dato sul numero delle esenzioni, al 30.04.2024 sono stati individuate 51.750 esenzioni per patologia e i soggetti con almeno una esenzione sono 33.039.

Si identificano inoltre 74 soggetti con esenzione per patologia senza assegnazione di alcun MMG.



La tabella che segue riporta il numero di soggetti raggruppati in base all'esenzione posseduta, oltre ai tassi, calcolati su tutta la popolazione residente, e la frequenza, espressa in termini di numero di esenzioni per singola patologia sul totale delle esenzioni.

elenco patologie	Soggetti *un soggetto potrebbe avere più esenzioni	Tasso grezzo (x 100.000 ab.)	Frequenza sul totale delle esenzioni
IPERTENSIONE ESSENZIALE	16580	16913	32%
DIABETE MELLITO	7023	7164	14%
SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGNI E DA TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO	4764	4860	9%
CARDIOPATIA IPERTENSIVA	2860	2917	6%
ALTRE FORME DI CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA	2300	2346	4%
IPOTIROIDISMO ACQUISITO	1937	1976	4%
ARITMIE CARDIACHE	1259	1284	2%
ASMA	1247	1272	2%
IPERCOLESTEROLEMIA PURA	977	997	2%
IPERLIPIDEMIA MISTA	711	725	1%
GLAUCOMA AD ANGOLO APERTO	709	723	1%
IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO	666	679	1%
EPILESSIA	565	576	1%
ARTRITE REUMATOIDE	523	534	1%
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	498	508	1%
DEPRESSIONE MAGGIORE, EPISODIO RICORRENTE	484	494	1%
DISPOSITIVO CARDIACO POSTCHIRURGICO IN SITU	421	429	1%
MALATTIA CELIACA	417	425	1%
GOZZO TOSSICO DIFFUSO	411	419	1%
EPATITE VIRALE B CRONICA SENZA MENZIONE DI COMA EPATICO, SENZA MENZIONE DI EPATITE DELTA	275	281	1%
ALTRE PATOLOGIE	7483	7633	14%

Popolazione infantile⁵

Grazie ai programmi di sorveglianza di popolazione sugli stili di vita e lo stato di attuazione dei programmi di intervento per modificare i comportamenti a rischio, sono disponibili alcune informazioni utili sull'andamento delle malattie o dei fattori di rischio e sull'influenza dei determinanti di salute, per identificare le priorità sulle quali è necessario intervenire rispetto alla popolazione infantile.

Le principali sorveglianze disponibili sono suddivise su specifiche fasce d'età:

- OKkio alla salute: sistema di sorveglianza nazionale sul sovrappeso e l'obesità e i fattori di rischio correlati nei bambini della scuola primaria (8-9 anni). L'obiettivo principale è descrivere la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, delle abitudini alimentari, dei livelli di attività fisica svolte dai bambini e delle attività scolastiche favorevoli la sana nutrizione e l'esercizio fisico, al fine di orientare la realizzazione di iniziative utili ed efficaci per il miglioramento delle condizioni di vita e di salute dei bambini della scuola primaria.
- HBSC (Health Behaviour in School-ages Children): studio multicentrico internazionale svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS e pensato per approfondire lo stato di salute dei giovani, i loro comportamenti, gli stili di vita e il loro contesto sociale. HBSC rivolge la sua attenzione a un campione di ragazzi in età scolare: 11, 13 e 15 anni.

L'obesità infantile è un'emergenza di sanità pubblica nei Paesi industrializzati e in forte crescita

⁵ Fonte: Il piano integrato locale per la promozione della salute 2024 – ATS della Montagna.



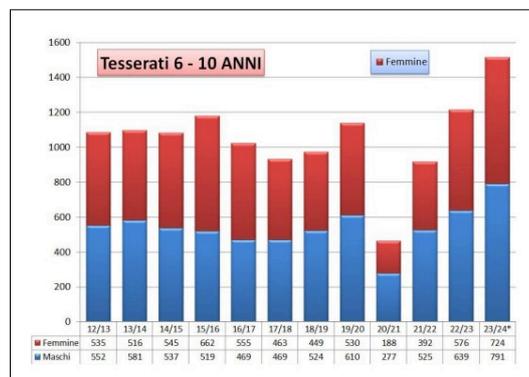
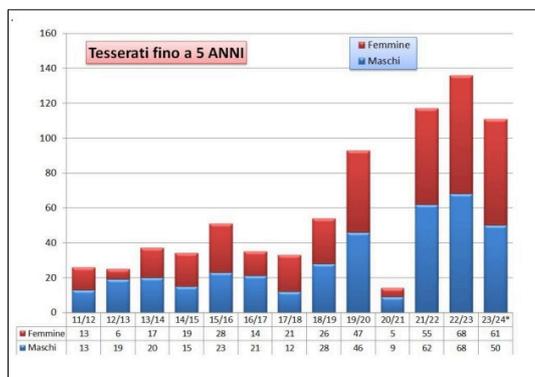
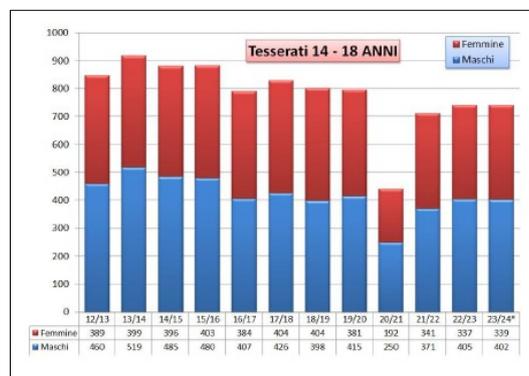
economica; intervenire precocemente sui fattori di rischio modificabili, quali l'alimentazione e l'attività fisica, significa non solo rendere i bambini più sani, ma fornire loro "strumenti di salute" per l'età adulta, contribuendo così alla prevenzione dell'insorgenza di malattie cronic-degenerative.

I dati della sorveglianza OKkio alla Salute 2019 indicano che tra i bambini lombardi lo 0.7% risulta in condizioni di obesità grave, il 4% risulta obeso, il 17.6% sovrappeso; complessivamente quindi il 22.3% dei bambini presenta un eccesso ponderale.

Tuttavia nel territorio di ATS Montagna, secondo la rilevazione effettuata, si registrano valori inferiori rispetto alla media nazionale sia per quanto riguarda il sovrappeso che l'obesità, che si attestano rispettivamente al 15,1% e al 4,8%.⁶

La rilevazione dei dati dell'anno scolastico 2022/2023 sul consumo delle merende e degli snack salutari a scuola evidenzia un calo della copertura rispetto all'anno precedente delle scuole dell'ATS Montagna che propongono la "merenda sana". Nell'ambito territoriale della Valcamonica, nel 100% degli Istituti scolastici superiori di secondo grado sono presenti distributori vending, di cui l'80% è in linea con la promozione di snack salutari. Relativamente all'attività fisica, fattore determinante per mantenere o migliorare lo stato di salute dell'individuo poiché in grado di ridurre il rischio di molte malattie cronic-degenerative, l'OMS raccomanda per bambini e adolescenti l'esecuzione di almeno 60 minuti al giorno di attività fisica ad intensità moderata/vigorosa. La rilevazione relativa al territorio ATS Montagna evidenzia che il 22.6% dei maschi e il 26.7% delle femmine sono inattivi.

Grazie alla collaborazione intercorsa con il CSI Vallecamonica in merito al progetto "Io Gioco lo Valgo" è stato possibile monitorare l'adesione agli sport della popolazione della Vallecamonica nelle diverse fasce d'età e la prevalenza per genere. Il monitoraggio mette in evidenza l'adesione agli sport dagli anni 2011/2012 ad oggi. Si evince un costante aumento della popolazione che fa sport nei vari anni, ad eccezione del brusco calo di adesione dal 2020/2021 legato alla pandemia.



6 Sovrappeso e obesità per ATS (%) nei bambini di 8-9 anni che frequentano la 3ª primaria. OKkio alla Salute 2019



3 PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE E DEFINIZIONE DEI PROGETTI

Alla luce delle attività attribuite al Polo Territoriale e dell'analisi del contesto elaborata nel capitolo che precede, si è delineata una strategia che sviluppa i Servizi Territoriali attraverso i tre perni su cui viene disegnata la nuova Salute di prossimità in una logica "One Health".

- **Potenziamento delle Alleanze tra gli attori della Rete dei Servizi**

E' necessario che le parti in causa potenzino il reciproco riconoscimento e sostengano il valore della collaborazione, per garantire una efficace ed efficiente integrazione tra l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale, l'Agenzia per la Tutela della Salute, le Autonomie Locali (Comuni, Comunità Montana, Ufficio di Piano, ecc.), il sistema di Cure Primarie, il Terzo Settore e gli Enti Formativi.

La progettazione condivisa dei nuovi Punti Unici di Accesso (PUA), la definizione di nuove piattaforme di supporto per i diversi soggetti coinvolti, come la Centrale Operativa Territoriale (COT), sono gli strumenti utili a supportare le attività congiunte e favorire l'integrazione del sistema sociosanitario e assistenziale, anche attraverso l'introduzione di logiche e strumenti di Community Building ovvero la valorizzazione e il riconoscimento delle reti informali di comunità.

- **Valorizzazione dei Professionisti Sanitari, Sociosanitari e Sociali**

Vengono proposti e progettati nuovi modelli per migliorare gli esiti di salute dei pazienti. Fra le raccomandazioni della strategia perseguita vi sono programmi innovativi che riportano al centro la persona e che sono in grado di valutare il percorso assistenziale e terapeutico nella sua complessità.

Componenti indispensabili per disegnare una risposta a un bisogno complesso sono la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità: è necessario favorire una nuova metodologia di lavoro, basata sulla comunicazione e sulla messa in comune delle informazioni relative agli utenti, attraverso strumenti innovativi condivisi, che consenta ai diversi professionisti coinvolti di comunicare fra loro in tempo reale e di collaborare al fine di umanizzare l'assistenza e le cure, tenendo conto del benessere della persona e della sua famiglia.

A questo si affianca la necessità di un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili, la valorizzazione delle competenze e la certificazione delle stesse.

- **Nuovi Luoghi per la prevenzione, la cura e l'assistenza integrata**

Per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale sono necessari luoghi che consentano al cittadino di rimanere al proprio domicilio, ricevendo le cure più idonee, oppure rivolgendosi alle Case di Comunità (CdC) per ricevere un'assistenza appropriata e integrata, piuttosto che ricorrere al pronto soccorso. Lo sviluppo della rete è ciò che caratterizza il modello che vede l'attivazione delle Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità e la COT. All'interno di queste strutture un ruolo centrale è rappresentato dagli MMG e dai PLS, che oltre a essere presenti in queste strutture con la loro attività ambulatoriale, sono un punto di riferimento non solo per i loro assistiti, per i quali hanno il fondamentale ruolo di "curante" e case manager clinico, ma anche per gli operatori presenti, con i quali lavorano in equipe non solamente nella presa in carico del paziente, ma anche nelle azioni di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, nonché di promozione della salute.

Anche l'Infermiere di Famiglia e Comunità svolge un ruolo strategico in particolare nel creare un ponte tra professionisti della salute e utenti.

Nelle Case di Comunità la persona può trovare risposta sociosanitaria ma anche socio-assistenziale, attraverso l'interazione professionale tra gli operatori della CdC e tutta la rete dentro cui la persona si trova, che può essere coinvolta o attivata per affrontare le difficoltà che si presentano, non dimenticando il ruolo di attore protagonista che ha la persona e gli eventuali caregiver nel promuovere la sua salute.



Negli Ospedali di Comunità si garantiranno le "degenze assistenziali" a conduzione infermieristica e ad accesso diretto, in forte collaborazione con gli MMG e gli specialisti delle diverse unità operative dei presidi ospedalieri e la COT, che si occuperà di attivare e presidiare i percorsi di transizione da un setting di cura a un altro.

Occorre poi annoverare il domicilio, la casa come primo luogo di cura, così come definito nel DM 77/2021, oltre agli ambiti territoriali, scolastici e di comunità, che rappresentano i principali contesti di pre-intervento, se opportunamente identificati e segnalati alla rete che è preposta alla prevenzione.

Considerata tale riorganizzazione, a supporto dei servizi da implementare ci sarà entro il 2026 il completo sviluppo di tutte le strutture territoriali previste dal PNRR (CdC, OdC e COT) ed in particolare per le Case di Comunità il modello individuato è quello previsto dal DM 77/ 2021 Hub e Spoke indicando, anche per la loro posizione e progettualità strutturale, 3 CdC hub e 5 CdC spoke, come segue:

- CdC hub di Darfo Boario Terme a cui afferirà la CdC spoke di Pisogne (unica ad oggi fuori dal finanziamento PNRR)
- CdC hub di Breno a cui afferiranno le CdC di Berzo Inferiore e Ossimo
- CdC hub di Cedegolo a cui afferiranno le CdC spoke di Edolo e Ponte di Legno.

Le progettualità previste all'interno del PPT pertanto si svilupperanno nel prossimo triennio attraverso un preciso cronoprogramma, definito nelle schede progetto di ciascuna area.

3.1 VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE INTEGRATA

L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) è un'equipe multi professionale, a composizione variabile, in grado di leggere le esigenze di persone e, quando possibile, del loro nucleo familiare, che presentano situazioni problematiche complesse, in cui è inscindibile il bisogno sanitario da quello sociale.

La procedura di valutazione multidimensionale, multidisciplinare e multi professionale è propedeutica e ineludibile alla definizione del Progetto Individuale, per la presa in carico integrata dell'utente e per il suo accesso alla rete dei servizi socio-assistenziali e sociosanitari.

L'obiettivo generale che si intende perseguire attraverso la Valutazione Multidimensionale consiste nell'individuare e nell'offrire alla persona con fragilità la risposta più appropriata in riferimento alle sue esigenze, nel rispetto del consenso e della libertà di scelta.

L'UVM deve essere composto adeguatamente per affrontare le molteplici e complesse problematiche che possono manifestarsi, prevede quindi la partecipazione obbligatoria delle seguenti figure:

- assistente Sociale del Comune di residenza;
- psicologo ASST;
- altri Operatori Sanitari ASST (es. Infermiere, Fisioterapista, Assistente Sociale)
- persona fragile e famiglia di appartenenza;

Può essere integrata, fin da subito o in altre fasi nella definizione del progetto individuale, da altre figure legate alla valutazione del singolo caso:

- medico di medicina generale o pediatra di libera scelta di riferimento dell'assistito;
- medico specialista e/o altre figure professionali specifiche rispetto alle patologie prevalenti nel quadro delle condizioni di salute psicofisiche del paziente;
- rappresentante della scuola;
- altri soggetti pubblici/privati che hanno un ruolo nel progetto di vita.

Nella fase di definizione del Progetto Individuale, sulla base del bisogno prevalente e della tipologia di percorso concordata, l'UVM individua il Case Manager come figura di riferimento, che coordina i soggetti partecipanti al Progetto Individuale in termini di connessione e regia, per favorire la persona e la famiglia nel collegamento con il sistema dei servizi; è individuato per competenze e può cambiare in relazione al mutamento dei bisogni, alle fasi di vita o alle fasi di attuazione del progetto di vita.



L'importanza essenziale della Valutazione Multidimensionale è rappresentata da una modalità di lavoro che si costituisce sui bisogni complessi della persona, quelli quindi che derivano da una molteplicità di problemi appartenenti ad aree di salute diverse, chiamando in causa differenti professionalità, le quali insieme elaborano e propongono un progetto assistenziale e riabilitativo individualizzato.

L'attività dell'UVM si può definire come una porta di accesso per i bisogni complessi alla rete integrata dei servizi, con la funzione di strumento per il monitoraggio costante dei bisogni del territorio con cui si possono progettare e realizzare interventi ad hoc. Assicura la realizzazione degli obiettivi facendo filtro sugli accessi ai servizi, trovando la migliore soluzione assistenziale e nello stesso tempo gestire il budget, in quanto chi partecipa all'UVM deve assumere decisioni che comportano costi in termini di risorse.

A tutto ciò si aggiungono altri obiettivi che potenzialmente l'UVM può contribuire a raggiungere:

- mantenere il più possibile l'autonomia della persona presso il proprio domicilio;
- favorire, in seguito a un periodo di permanenza in strutture residenziali, il rientro nell'ambiente di origine e il miglioramento della qualità della vita nei servizi residenziali, semi residenziali e domiciliari;
- promuovere le azioni necessarie per il miglioramento dell'utilizzo delle risorse territoriali e per un'ottimizzazione della spesa sociosanitaria.

Compito fondamentale dell'UVM, è, quindi, collegare il singolo soggetto con i suoi molteplici bisogni, alla frammentazione delle discipline e dei servizi, attraverso una rete intuitiva, comunicativa e prestazionale, efficace ed efficiente.

Rispetto alla presente progettualità si rimanda alle schede 1 e 2, allegare al documento:

- 1 - Procedura UVM, approccio bio psico sociale
- 2 - PUA: luogo dell'integrazione

3.2 CONTINUITÀ ASSISTENZIALE NEI DIFFERENTI SETTING ASSISTENZIALI

La continuità assistenziale è il processo dove, individuati i bisogni del paziente, viene prestata assistenza continuativa da un livello o setting di cura ad un altro sia esso domicilio, ospedale o altro setting, e rappresenta il contesto ideale, nel quale un paziente riceve un'assistenza sanitaria e sociosanitaria coordinata e senza interruzioni.

L'adozione del DM 23 maggio 2022 n.77, la cui attuazione impegna le Regioni nel ridisegnare i percorsi ospedale-territorio in particolare per le persone fragili, con patologie cronico-degenerative e/o non autosufficienti, e in situazione di vulnerabilità sociale, rende necessario armonizzare il nuovo disegno dell'assistenza territoriale con l'organizzazione dei processi ospedalieri, dei percorsi per il potenziamento dell'assistenza domiciliare e con quelli ospedale-territorio, con particolare attenzione alle persone con bisogni di salute più complessi.

La Centrale Operativa Territoriale (COT) costituisce, nella più ampia riorganizzazione dei servizi Sociosanitari Territoriali, un importante anello di connessione per la transizione di setting.

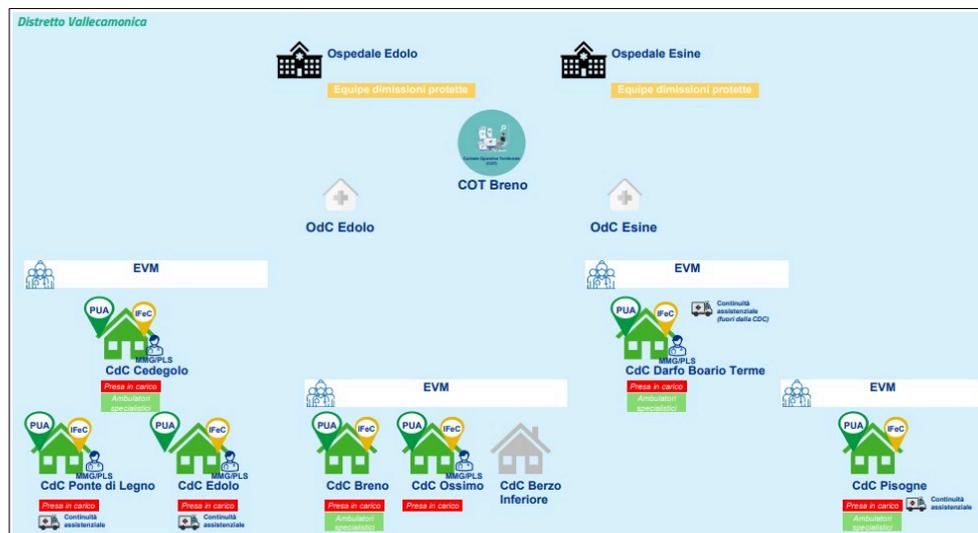
L'elemento centrale del processi di continuità assistenziale è la *presa in carico* del paziente dall'inizio fino al completamento del suo percorso di salute, senza soluzione di continuità nel ricevere l'assistenza dai vari soggetti coinvolti nel processo di cura.

Appare pertanto fondamentale la definizione delle relazioni funzionali, sia tra le diverse realtà organizzative che all'interno delle stesse, al fine di combinare le esigenze di appropriatezza, qualità, efficienza ed efficacia operativa dei differenti setting coinvolti nella transitional care, affinché siano soddisfatte sia l'appropriatezza clinico-assistenziale che quella organizzativa, con risposte adeguate ai bisogni rilevati.

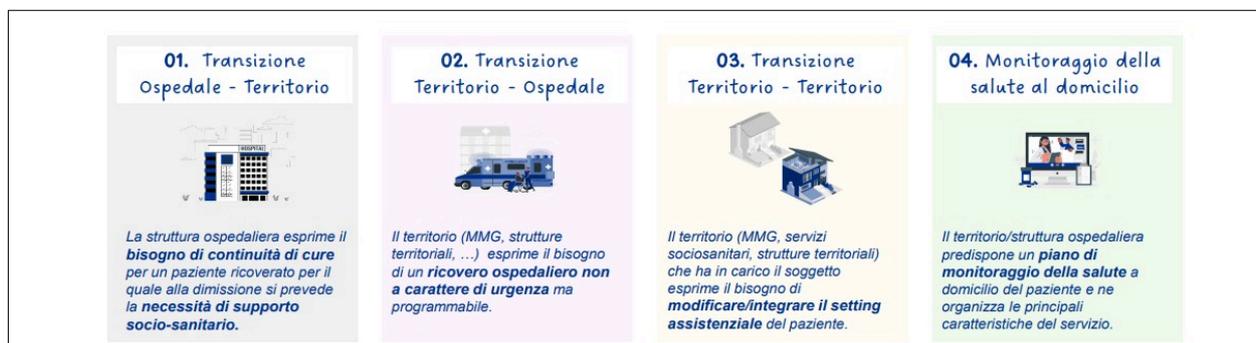
Infine è basilare che il modello organizzativo abbia *al centro il paziente*, per il quale deve essere



progettato il miglior percorso di cura e di assistenza in relazione ai bisogni, che può essere garantito solo da adeguate competenze multidisciplinari, sia professionali che organizzative, anche tramite l'utilizzo di strumenti di valutazione condivisi.



Considerato l'assetto organizzativo territoriale dell'ASST Valcamonica, rappresentato nell'immagine, è possibile individuare i setting assistenziali la cui transizione è in capo al Polo Territoriale, suddivisibili nelle 4 categorie di seguito schematizzate.



Modello organizzativo territoriale – COT e Telemedicina - U.O. Sistemi Informativi e Sanità Digitale Direzione Generale Welfare Regione Lombardia 2024.

Volendo descrivere i percorsi di continuità assistenziale attualmente attivi presso l'ASST Valcamonica, si è pensato di differenziarli nelle due aree dell'ammissione e della dimissione protetta. Costituisce un settore a sé il monitoraggio al domicilio, per il quale si rimanda al capitolo 3.5 Sviluppo della Telemedicina.



Si riporta in tabella uno schema riassuntivo dei percorsi e del Servizio che gestisce la transitional care (Case manager):

DIMISSIONE PROTETTA					
Setting inviante	Setting ricevente/di destinazione	Tipologia di pz	Case manager	Note	
Degenze del Polo Ospedaliero	UUOO riabilitative o subacuti interne	Residente	UUOO inviante		
		Non residente			
	Cure Palliative	Residente	UUOO inviante tramite consulenza interna	Dimissioni protette (PRIAMO)	*l'UDO residenziale o domiciliare viene scelto dal paziente
		Non residente			
	UUOO riabilitative o subacuti esterne o cure intermedie	Residente	Dimissioni protette (PRIAMO)	Dimissioni protette	
		Non residente			
RSA o altra UdO sociosanitaria residenziale	Residente	Dimissioni protette	Dimissioni protette		
	Non residente				
Domicilio per attivazione servizio sociosanitario o presa in carico territoriale (IFeC)	Residente	COT	COT	Invia a COT del territorio di competenza	
	Non residente				
SPDC	UdO del DSMD	Residente	AS del DSMD		
		Non residente			
PS	Servizio sociosanitario al domicilio o Presa in carico territoriale (IFeC)	Residente	COT	Invia a COT del territorio di competenza	
		Non residente			
AMMISSIONE					
* di competenza solo per pazienti residenti nel territorio di ASST Valcamonica					
Setting inviante	Setting di destinazione	Case manager		Note	
Degenze del Polo Ospedaliero di altra ASST	Servizio sociosanitario al domicilio o Presa in carico territoriale (IFeC)	COT	COT	*l'UDO viene scelto dal paziente	
	Cure Palliative			*l'UDO residenziale o domiciliare viene scelto dal paziente	
	Cure subacute, postacute, intermedie				
	RSA o altra UdO sociosanitaria				
Territorio (Servizio sociale comunale, MMG, RSA, DAMA...)	Degenze del Polo Ospedaliero Valcamonica	COT	COT		
	Servizio sociosanitario al domicilio				
Polo Ospedaliero di altra ASST	Degenze del Polo Ospedaliero Valcamonica	UO ricevente			
Qualsiasi	DSMD	AS del DSMD			



Ruolo e funzioni della COT

Secondo il Decreto Ministeriale del 23 maggio 2022, n. 77 recante le indicazioni in merito a modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN e le successive determinazioni nazionali e regionali (e.g. DGR XI/6760 e DGR 7592/2022), la Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge una funzione di supporto in back office al coordinamento della presa in carico di assistiti fragili e cronici e di raccordo tra i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali. Più specificamente, la COT nella fase iniziale e fino alla messa a sistema di tutti gli applicativi finanziati dal PNRR svolge 3 funzioni principali:

- gestisce le segnalazioni che arrivano dai diversi servizi/professionisti (dimissioni ospedaliere, strutture intermedie, strutture residenziali, riabilitazione, MMG, rete emergenza urgenza pre-ospedaliera - CMI, UNICA, 116117) sui casi complessi/fragili e cronici che necessitano supporto nella transizione tra i vari livelli e setting assistenziali, attivando le funzioni deputate all'erogazione dei servizi (sia nel flusso dall'ospedale verso le strutture territoriali o il domicilio, sia nel flusso dal territorio verso le strutture intermedie o l'ospedale di comunità);
- favorisce il rispetto dei tempi massimi di permanenza nei setting di cura, agevolando i processi di transizione dei pazienti verso altri servizi (es. cure domiciliari, cure intermedie, riabilitazione ed RSA) facilitando agli erogatori la dimissione per tempo, grazie alla transizione programmata verso altri servizi (es. Cure Domiciliari o RSA).
- supporta nell'identificazione del setting più adatto per ciascun caso, attiva il percorso di transizione e monitora l'offerta disponibile (ricovero, cure intermedie, C-DOM e CP-DOM) prenotando o attivando direttamente il servizio;

In ASST Valcamonica l'assetto organizzativo previsto è rivolto a realizzare pienamente la funzione valutativa per l'identificazione del setting più appropriato in risposta ai bisogni del paziente, così come la gestione delle segnalazioni che arrivano dai diversi servizi/professionisti, come specificato nelle tabelle. Relativamente al percorso di **dimissione protetta o presidiata dei pazienti fragili**, gestendo il passaggio del paziente dall'ospedale per acuti verso strutture riabilitative, delle cure intermedie o socio-sanitarie, oppure l'attivazione di Cure Domiciliari, anche mediante l'attivazione dell'IFeC della CdC di riferimento, creando sempre un raccordo con il MMG, questo deve essere completamente integrato nelle attività della COT, sia rispetto alla gestione dell'intero percorso (oggi spezzettato tra valutazione e attivazioni successive alla dimissione) sia per quanto riguarda l'équipe del Servizio, dal momento che attualmente dipende gerarchicamente da altra struttura aziendale (SC IRT), seppur in forte collegamento funzionale con la Centrale Operativa.

Questo passaggio deve avvenire nel corso del triennio 2024 - 2026, con adeguata riorganizzazione operativa e di personale, tenuto conto altresì che il Polo Ospedaliero ha 2 sedi (Esine e Edolo) e che la presenza degli operatori nella sede ospedaliera resta di fondamentale importanza per la qualità del Servizio.

Un'altra attività che, come previsto dalla normativa verrà sviluppata all'interno della COT, è il **Centro Servizi per la presa in carico del Paziente Cronico**. L'attività si sostanzia nell'attivazione di interventi in favore di pazienti cronici in carico all'ASST o ai MMG in forma singola, così come previsti dai Progetti Individuali o dai Piani Assistenziali Individuali.

Nel concreto gli operatori hanno il compito di interfacciarsi con i servizi e le funzioni necessarie per prenotare le prestazioni previste nel piano e gestire il contatto con il paziente/caregiver in caso di disdette/modifiche degli appuntamenti, facilitare la relazione tra MMG e Medico Specialista laddove necessario e monitorare l'effettivo attuarsi del percorso.

Per l'implementazione della gestione della transizione di setting in collaborazione con la rete dell'emergenza urgenza pre-ospedaliera - CMI, UNICA, 116117, si attendono indicazioni regionali e la



messa a disposizione di un software integrato con AREU.

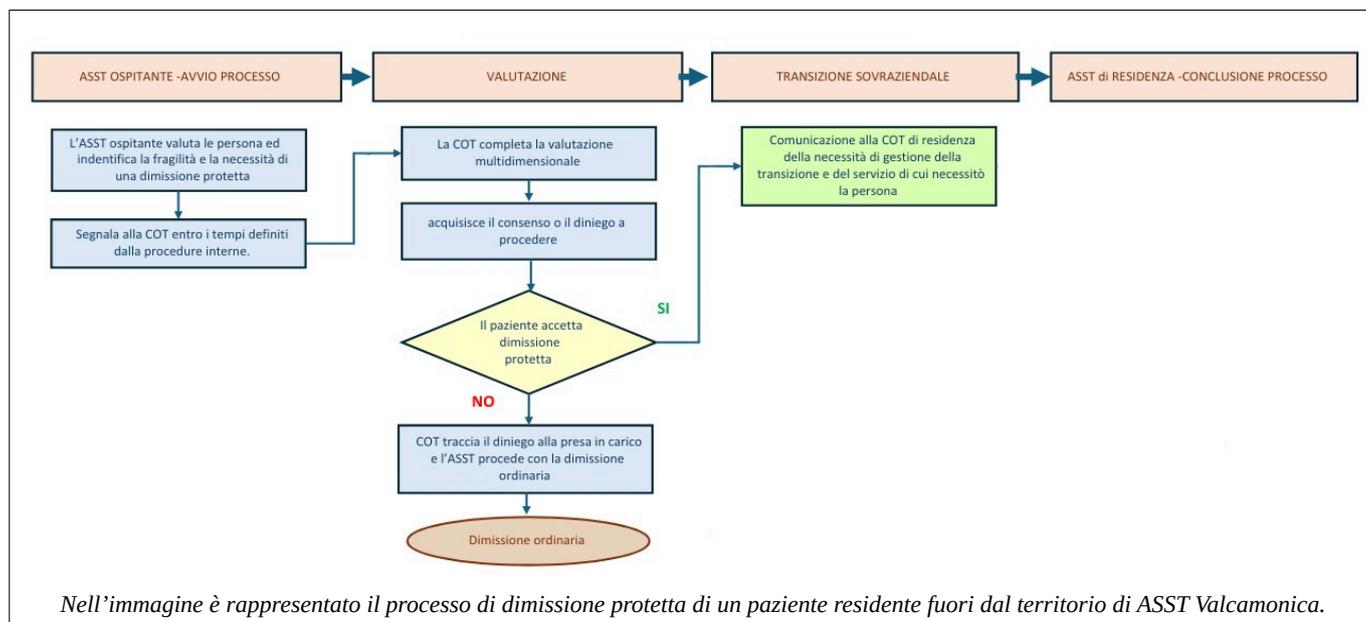
Si è inoltre in attesa della messa a sistema di un applicativo regionale che possa consentire l'implementazione della funzione di gestione e monitoraggio dei tempi massimi di permanenza nei setting di cura, agevolando i processi di transizione dei pazienti verso altri servizi (es. cure domiciliari, cure intermedie, riabilitazione ed RSA) facilitando agli erogatori la dimissione per tempo, grazie alla transizione programmata verso altri servizi (es. Cure Domiciliari o RSA).

Interconnessione tra COT di differenti ASST

L'ASST della Valcamonica è in grado di soddisfare gran parte delle richieste dei propri cittadini. Si ritiene tuttavia di evidenziare come i lunghi confini con territori di competenza di differenti ASST ed ATS vedano l'ASST Valcamonica particolarmente soggetta a mobilità attiva e in minima parte anche passiva. Sono infatti presenti sul territorio delle province di Bergamo, Brescia e Sondrio numerose strutture per acuti, e non è infrequente che la popolazione possa essere accolta in strutture che afferiscono ad ASST diverse da quella del territorio di residenza, configurandosi quindi la necessità che siano definite delle linee d'azione condivise per la gestione delle transizioni a livello sovra aziendale.

L'attenzione posta a questa particolare caratteristica dell'utenza che si rivolge ai nostri servizi, oltre che alla possibilità che i cittadini nostri residenti vengano presi in carico da Enti differenti dal nostro, è esplicitata anche nelle tabelle sopra riportate, nelle quali il percorso di transitional care viene definito sulla scorta della residenza o meno del paziente nel territorio di competenza dell'ASST Valcamonica.

La logica della presa in carico della cronicità e della fragilità, che vede nella COT l'elemento di snodo, non può prescindere dalla definizione di un percorso unico e definito tra COT di territori differenti, che sarà certamente facilitato grazie alle funzionalità di tracciamento previste per il SGDT. In attesa della messa a disposizione di tale funzionalità, il passaggio di informazioni ai fini della transizione non solo tra setting di cura ma tra differenti organizzazioni viene garantito con invio via e-mail alla COT di riferimento dell'ASST competente dei dati del paziente e delle informazioni necessarie ai fini della presa in carico.



Rispetto alla presente progettualità si rimanda alla scheda allegata al documento:

3 - Procedura aziendale di Continuità Assistenziale nei differenti setting assistenziali



3.3 CURE DOMICILIARI

L'ASST, in quanto titolare della funzione di valutazione del bisogno di cure domiciliari, ha condotto in collaborazione con gli erogatori accreditati il percorso di adeguamento del sistema erogativo ai nuovi standard della DGR XI/6867/2022.

A supporto del lavoro di cura al domicilio per raggiungere l'obiettivo da PNRR del 10% di presa in carico della popolazione over 65 anni, l'ASST ha attivato le modalità di presa in carico attraverso i percorsi di assistenza domiciliare programmata/sorveglianza da parte delle IFeC delle CDC e l'accreditamento come gestore C-Dom. Il Distretto inoltre sta lavorando in stretta sinergia con le AFT della medicina generale per implementare la presa in carico domiciliare mediante ADP.

Nel nostro territorio sono accreditati 9 erogatori per la misura della RSA Aperta, tuttavia le risorse sono limitate rispetto al bisogno rilevato e il budget annuale a disposizione viene generalmente eroso nei primi mesi dell'anno.

Relativamente alle Cure Palliative Domiciliari, attività che rientra tra quelle concorrenti al raggiungimento del target PNRR del 10%, la Rete Locale sta programmando le attività secondo quanto indicato nelle regole di gestione del SSR 2024, e in particolare è programmata una formazione sui criteri di valutazione dei bisogni per la presa in carica precoce; i corsi saranno rivolti a tutti i professionisti che a vario titolo sono coinvolti nella fase di transizione delle condizioni di salute del malato cronico, complesso e fragile, verso bisogni di cure palliative.

La novità più significativa nell'ambito del potenziamento delle cure domiciliari è stata senza dubbio l'introduzione degli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC), professionista chiamato a garantire riequilibrio e integrazione tra i diversi setting di cura nel contesto di vita delle persone.

L'IFeC è la figura che promuove e costruisce relazioni tra i servizi (sanitari, ospedalieri, territoriali, ecc.) e tra le persone (care giver e MMG, ad esempio), e agevola il necessario "passaggio di consegne" all'interno del sistema (apertura di ambulatori infermieristici sul territorio, degenze di transizione a gestione infermieristica, etc.).

L'approccio olistico di assistenza alla persona nel suo ambiente di vita caratterizza la presa in carico da parte degli infermieri di famiglia e Comunità, coinvolgendo in modo attivo tutti i soggetti della società civile (famiglie, MMG, assistenti sociali, ecc.). Per questo l'intercettazione del bisogno deve avvenire non solo in ambito ospedaliero (quando la complessità ha ormai raggiunto un difficile intervento socio-assistenziale e sociosanitario e spesso in fase di dimissione), ma ancor prima delle sue espressioni più acute.

In linea con le indicazioni di cui alla DGR 2089/2024, verranno implementate delle rilevazioni di customer satisfaction sulla presa in carico delle IFeC e per il progetto IFeR (descritto in una delle schede progetto). Inoltre viene monitorato il dato relativo a SAD comunale, gestito da Servizio Sociale Comunale, secondo quanto definito nel Piano di Zona 2025/2027, il cui lavoro di redazione è stato svolto in maniera integrata da SST e ATSP di Vallecamonica.

3.4 PERCORSI DI INTEGRAZIONE TERRITORIALE CON LE CURE PRIMARIE

In attuazione della DGR 25 marzo 2024 - n. XII/2089 APPROVAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO PER I PIANI DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE DELLE ASST (PPT); della nota di Regione Lombardia del 25.09.23 "Indicazioni e linee guida per l'inserimento delle Cure Primarie all'interno delle ASST, con particolare riguardo all'operatività e ai processi organizzativi ed erogativi a livello dei distretti", in coerenza con i contenuti delle pre intese sugli Accordi Integrativi Regionali per la medicina generale (DGR 3243 del 21 ottobre 2024) e per la pediatria di famiglia (DGR 3242 del 21 ottobre 2024), al fine di garantire la continuità dell'assistenza e l'integrazione con la rete dei servizi del Polo Territoriale, le Cure Primarie partecipano alla elaborazione di protocolli riferiti ai seguenti processi:



- ✓ Dimissioni protette
- ✓ Integrazione tra IFeC, MMG, personale di studio MMG
- ✓ Integrazione tra MMG, PLS, Specialisti, Ambiti Sociali Territoriali e associazionismo.

Nel contesto del PPT 2025-2027 ed in riferimento ai processi di integrazione le Cure Primarie intendono proporre delle progettualità che qualificano l'attività di assistenza domiciliare resa dal **MMG, personale di studio del MMG e IFeC**, prevedendo l'ulteriore evoluzione con l'implementazione dei servizi di telemedicina.

L'attività programmata al domicilio si articola nelle seguenti attività:

- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)
- Percorso di Sorveglianza Domiciliare (PSD)

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Obiettivo:

Fornire un'assistenza completa e multidisciplinare a pazienti con bisogni sanitari complessi direttamente al loro domicilio.

L'attività viene attivata a seguito di:

- dimissioni protette
- ADI-CDOM

Tale setting di assistenza rientra nel più ampio tema "Continuità assistenziale nei diversi setting assistenziali".

Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)

Obiettivo:

Offrire un'assistenza domiciliare regolare e pianificata per pazienti con bisogni sanitari meno complessi ma continuativi.

L'attività viene attivata nelle seguenti situazioni:

- Impossibilità permanente a deambulare
- Impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni
- Impossibilità per gravi patologie
- Condizione di fragilità sociale del paziente
- Prevenzione complicanze ondate di calore (secondo indicazioni regionali)
- aumento incidenza ILI (PANFLU)

Progetto Sorveglianza Domiciliare

Obiettivo:

migliorare la qualità delle cure domiciliari per i pazienti over 65, assicurando un monitoraggio continuo e un'assistenza tempestiva da parte del medico di assistenza primaria e dell'infermiere di studio e dell'IFeC.

Il PSD si rivolge ai pazienti cronici/fragili over 65 anni con le seguenti caratteristiche:

- bassa complessità assistenziale
- con bisogni sanitari e sociosanitari, in difficoltà ad accedere all'ambulatorio del MMG a causa delle loro condizioni cliniche/logistiche.



Il percorso può essere attivato:

- dal MMG;
- dagli IFeC d'intesa e con conferma del MMG dell'assistito, nell'ambito della programmazione distrettuale.

La sorveglianza ha cadenza non superiore a un mese(di regola 1 max 2 accessi).

L'ulteriore evoluzione prevede l'implementazione dei servizi di Telemedicina.

Integrazione tra MMG, PLS, Specialisti, Ambiti Sociali Territoriali e associazionismo

I processi di integrazione dei MMG/PLS con gli specialisti ospedalieri riguardano la costituzione e condivisione di Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) che fungano da linee guida per ottimizzare la continuità e prossimità di cura del paziente.

I PDTA finora condivisi riguardano:

- La vita dopo la rianimazione (proposto dalla UO Rianimazione)
- Osteoporosi (proposto da UO ortopedia, fisioterapia, riabilitazione)
- Scemenso Cardiaco (proposto da UO medicina Generale)
- Piede diabetico (proposto dalla UO Diabetologia).

Per la Pediatria di famiglia il PDTA riguarda "Individuazione precoce dei disturbi del neurosviluppo (Autismo e ADHD), proposto dalla UO Neurospichiatria infantile.

Revisione del modello di presa in carico del paziente cronico e fragile in attuazione della DGR XII/1827 del 31/01/2024.

La presenza degli MMG e dei PLS all'interno delle Case di Comunità è uno degli elementi cardine previsti dalla normativa. La possibilità che questi professionisti si integrino con gli operatori delle CdC permette non soltanto una presa in carico complessiva del paziente, ma anche la possibilità di un'intercettazione precoce dei bisogni delle persone che vi accedono. Al tal fine, all'equipe afferente alle Case di Comunità si aggiunge la figura dello psicologo di base e di comunità, come previsto dalla Legge Regionale n. 1. Tra le finalità perseguite da questa figura professionale vi è "l'offerta di un supporto psicologico tempestivo, diffuso e di prossimità, nonché il sostegno e l'integrazione dell'azione dei medici di medicina generale (MMG), dei pediatri di libera scelta (PLS) e dei professionisti della salute mentale e della prevenzione nell'intercettare e rispondere ai bisogni assistenziali di base di natura psicologica dei cittadini lombardi, favorendo lo stato di salute bio-psico-sociale."

UNICA

A fronte del costante incremento nell'ultimo decennio del numero di richieste di soccorso che giungono al sistema di emergenza urgenza extra-ospedaliera, pari al 30% (incremento medio del 3% anno) e considerato il sovraffollamento dei PS di Regione Lombardia, è necessario mettere in atto strategie di contenimento e orientamento degli accessi non urgenti alle cure territoriali.

Per rispondere a questa criticità è in programma anche presso l'ASST Valcamonica la riorganizzazione della Continuità Assistenziale (ex guardia medica) con l'avvio di un nuovo servizio a favore dei cittadini: la Centrale UNICA

Tale modello prevede che tutti i cittadini che necessitano di assistenza sanitaria non urgente negli orari non coperti dal proprio Medico di medicina generale, o ne fossero privi, contattino il numero unico 116117.

Componendolo, si viene reindirizzati alla Centrale UNI.CA dove risponderanno gli stessi medici di Continuità assistenziale, i quali vaglieranno le richieste e potranno eventualmente risolverle senza far spostare il paziente, avvalendosi anche della videochiamata, ed effettuare direttamente anche prescrizioni dematerializzate.

Con l'introduzione del nuovo modello organizzativo non sarà più possibile presentarsi in autonomia nelle



sedi della C.A., ma l'assistito verrà indirizzato direttamente dalla Centrale UNI.CA, solo nel caso necessitasse di visita in presenza, all'ambulatorio di Continuità Assistenziale attivo più prossimo. Alla Centrale UNI.CA spetterà anche decidere se attivare una visita domiciliare.

Il numero unico 116117 è attivabile tutti i giorni dalle 19.00 alle 8.00 della mattina seguente e prefestivi e festivi H24

Gli obiettivi del nuovo modello sono di migliorare l'efficienza organizzativa della Continuità Assistenziale (CA), migliorare le capacità diagnostiche e ridurre il sovraffollamento del Pronto Soccorso, considerato che la metà degli accessi ai PS si potrebbero gestire al di fuori del dipartimento di Emergenza-Urgenza, essendo casistica a medio-bassa intensità relativa a traumatologia minore, problematiche mono specialistiche e problematiche mediche acute non urgenti; inoltre tale riorganizzazione mira a favorire l'assistenza domiciliare, in particolare per i pazienti che presentano fragilità;

La sperimentazione avviata da ATS della Montagna nel territorio della Valtellina lo scorso anno ha fornito dati incoraggianti sull'utilizzo di questa nuova modalità di accesso alla continuità assistenziale. La centrale ha consentito quindi di rispondere a migliaia di richieste provenienti dal territorio, senza la necessità di spostamenti da parte dell'utenza.

Con questa modalità operativo-organizzativa, le sedi di CA verranno sgravate dalla funzione di primo filtraggio telefonico e presa in carico: i medici potranno così concentrare l'attività per le prestazioni ritenute necessarie.

Il medico di CA potrà erogare consulenza telefonica con l'eventuale supporto di videochiamata, visita medica ambulatoriale o domiciliare, prescrizioni farmaceutiche per una terapia non differibile e per coprire un ciclo di terapia non superiore a 48/72 ore, certificazione di malattia per i lavoratori turnisti limitatamente ai giorni coincidenti con le aperture della Continuità Assistenziale.

Non potrà erogare ripetizioni di ricette in terapie croniche, trascrizioni su ricettario S.S.N. di prescrizioni di altri medici, certificati per attività sportiva, prescrizione di esami diagnostici, strumentali e di visite specialistiche, certificazioni per riammissione a scuola/asilo nido.

Rispetto alla presente progettualità si rimanda alle schede 4, 5, 6 e 7, allegate al documento:

4 - Percorso di Sorveglianza Domiciliare

5 - Evoluzione ed integrazione del Servizio di C.A. verso il modello UNICA/NEA nel territorio di ASST Valcamonica

6 - Psicologo di base e di Comunità

7 - Integrazione tra MMG, PLS, Specialisti, Servizi Socio sanitari territoriali

3.5 PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Il passaggio dall'idea di curare la malattia all'idea di farsi carico della persona determina la necessità di introdurre un diverso modello di trattamento delle patologie che ponga al centro la persona e il prendersi cura. Tale processo avviene in accordo ed in piena collaborazione con l'ATS della Montagna, con particolare riguardo alle azioni di analisi epidemiologica, di valutazione dei risultati e ovviamente di collaborazione per le azioni di prevenzione primaria e secondaria.

Proprio con questo intento, la L.R. 22/2021 introduce la realizzazione del Dipartimento Funzionale di Prevenzione, che viene inserita nel polo territoriale delle ASST e opera in coordinamento con il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) della ATS.

Nell'ambito delle sue funzioni di raccordo con la ATS, il DIPS di ASST persegue il raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi definiti nell'ambito della programmazione, tramite l'erogazione dei servizi di prevenzione, in particolare in ambito di screening e vaccinazioni, sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive e la presa in carico delle patologie croniche.

Le strutture organizzative coinvolte nel Dipartimento e che sono pertanto chiamate alla programmazione



del PPT sono il Distretto di Vallecamonica-Sebino, la Struttura Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive, la Direzione Medica di Presidio, le Strutture di Pediatria, e Ostetricia e Ginecologia, Psichiatria, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), l'Anatomia Patologica, la Radiologia Diagnostica e le Cure Primarie, la Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva, il Servizio Territoriale Dipendenze (SERD) e i Consultori.

La promozione alla salute ha un ruolo fondamentale per incentivare comportamenti salutari nei cittadini attraverso azioni rivolte all'intero ciclo di vita, a partire dalla nascita fino all'età avanzata, diversificando interventi di prevenzione e di promozione delle competenze finalizzati alla tutela della salute individuale e comunitaria. Lo sviluppo di programmi integrati con le politiche intersettoriali rappresenta la strada maestra, riconoscendo l'importanza di sviluppare interventi sostenibili basati sulle migliori evidenze scientifiche e di efficacia. Con la riforma e la riorganizzazione del SSR si è prevista la territorializzazione dei servizi erogati al cittadino attraverso i Distretti, le Case di Comunità, gli ospedali di comunità, luoghi di prossimità con il cittadino ove attivare azioni di promozione alla salute individuali e di gruppo.

In linea con quanto definito dalla dgr 2089/2023 le azioni di promozione della salute in essere e future verranno sviluppate utilizzando un approccio orientato ad accrescere il livello di health literacy ed empowerment dei singoli e delle comunità locali integrandolo con le azioni di sistema già in essere in parte nel territorio che vedono nei programmi Regionali quei contenitori di possibile sviluppo di politiche integrate. Le case di comunità diverranno sempre più luoghi di prossimità con il cittadino ove costruire alleanze che consentano di mettere in capo una strategia caratterizzata dalla multi professionalità e interdisciplinarietà nella presa in carico della salute dell'individuo e della sua comunità di riferimento. L'aggancio al singolo individuo per innescare ove necessario processi di cambiamento caratterizzeranno una qualità dei servizi più umana e con una appropriatezza di prestazione in linea con quanto definito dalla letteratura.

L'attività di sensibilizzazione nelle Case di Comunità e nel territorio

Oltre alla collaborazione con ATS e le associazioni del territorio nell'ambito della Campagna Ottobre in Rosa per lo sviluppo dell'iniziativa "Uniti per la prevenzione" ormai consolidate negli anni, la promozione della health literacy nella popolazione ha visto nello scorso giugno la realizzazione della "Prima Settimana della Prevenzione e Promozione della Salute in Vallecamonica dal 3 al 8 giugno 2024: una serie di incontri, seminari, visite e servizi che hanno posto l'accento su quattro differenti aree tematiche e coinvolto a 360° la Valle.

L'obiettivo di avvicinare i cittadini ai servizi delle Case di Comunità e alle diverse iniziative territoriali ha consentito di far avvicinare la popolazione ai nuovi percorsi di cura integrati Ospedale – Territorio, che sempre più verranno implementati per rispondere ai bisogni degli stessi." Iniziative sviluppate per sottolineare il ruolo delle Case di Comunità: un luogo, di facile accesso, in cui potersi rivolgere per ottenere assistenza di prossimità.

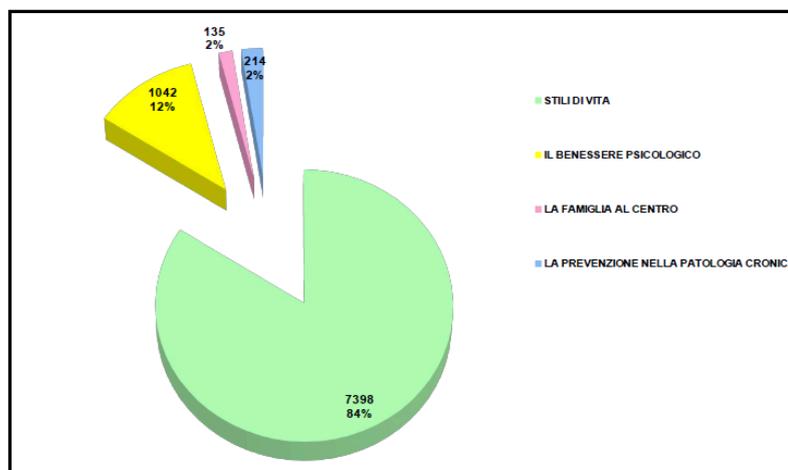
I Percorsi Stili di Vita (l'area con maggiore partecipazione) hanno registrato un numero complessivo di accessi pari a 7398, con un gradimento particolare per la prevenzione al mercato con oltre 1200 adesioni e prevenzione cardiovascolare presso i centri commerciali con quasi 1000 cittadini coinvolti; a seguire l'attività di vaccinazione e counseling vaccinale con oltre 380 adesioni. Il progetto "Peer-corsi senza fumo" ha totalizzato 1520 studenti delle scuole secondarie di secondo grado. Infine, molto apprezzata la prevenzione negli ambulatori degli MMG/PDF con 2560 pazienti informati.

I Percorsi relativi al Benessere Psicologico hanno totalizzato oltre 1000 accessi, molto apprezzata l'attività di sensibilizzazione ed informazione sugli effetti delle sostanze psicoattive nelle scuole con 660 studenti coinvolti. Anche lo sportello relativo al disagio psicologico nell'adolescente ha riscontrato oltre 280 accessi.



I Percorsi relativi alla Famiglia al Centro hanno visto 135 adesioni. Molto apprezzato il seminario tenuto dalla polizia stradale sulla sicurezza in auto e l'iniziativa rivolta al sostegno dei caregivers e degli operatori sanitari dal titolo "La cura di chi cura".

I Percorsi di prevenzione nella patologia cronica, infine, hanno registrato un buon gradimento con 214 adesioni, sia nella partecipazione ai convegni, sia alle iniziative specifiche che si sono tenute all'interno dei nostri presidi ospedalieri.



I percorsi sviluppati hanno avuto come riferimenti i programmi già in essere.

Durante il periodo estivo, inoltre, si sono sperimentati diverse iniziative di prossimità territoriale che potrebbero definirsi come PUA - Punti unici di accesso Itineranti sviluppati dalle diverse Case di Comunità per la prevenzione cardiovascolare che ha visto oltre n.530 accessi



Nella tabella di seguito riportata si delinea lo stato dell'arte delle azioni di promozione alla salute in essere e la programmazione del prossimo triennio partendo dall'esistente e valutando le coperture attuali e l'impatto delle azioni sviluppate per migliorare il collegamento tra il sistema sociosanitario, i cittadini e i vari interlocutori coinvolti.

POZ	AREA DI INTERVENTO	STATO DELL'ARTE	PROGRAMMAZIONE TRIENNALE	RACCORDI INTERNI E ESTERNI/COLLABORAZIONI
Interventi connessi alle politiche per il lavoro	PROMOZIONE DELLA SALUTE NEL LUOGO DI LAVORO	- Programma WHP: adesione di tutte le sedi - Aziende aderenti sul territorio n.34 - Formazione sul Counseling Motivazionale Breve ai Medici Competenti, copertura 78%	Collaborazione con ATS: - nella promozione del programma WHP alle aziende con operatori con bassa qualifica in raccordo con ASST - supporto alle aziende WHP per percorsi di continuità nella presa in carico per la disassuefazione da tabacco/GAP	GRUPPO DI LAVORO TRASVERSALE DEL WHP SERD
Interventi per la Famiglia	PROMOZIONE DELLA SALUTE AREA CONSULTORIALE (1000 giorni, Salute sessuale adolescenti)	Linea di attività in essere- I Primi Mille Giorni di Vita - mamme libere dal fumo MLF, in raccordo con l'ambulatorio gravidanza a termine (donne gravide fumatrici 7% del totale) - accompagnamento alla nascita e del benessere dopo il parto (copertura 89%; il 36% hanno presentato elementi di fragilità a cui sono seguiti nell'80% colloqui clinici di approfondimento, il restante 20% aiuto di natura prettamente psicologica) - home visiting (in raccordo con ambulatorio infermieristico neonatale "Latte e Coccole" presso l'unità operativa di pediatria-funzione ponte) - promozione allattamento al seno (copertura 74% dimesse con allattamento esclusivo) corsi per competenze genitoriali (sicurezza, massaggio neonatale etc) - iniziative promozione alla lettura programma Nati Per Leggere - promozione del baby Pit Stop - Formazione operatori consultoriali secondo le indicazioni della DGR 1141 Linea di attività in essere-Salute sessuale e adolescenti Spazio adolescenti: - attività di consulenze sociali, psicologiche e ostetrico-ginecologiche in raccordo con l'attività di Peer Education (n. 335 accessi di adolescenti tra i 14 e 20 anni) e attivazione gruppi genitori/figli target (11-13 anni). in raccordo con SS Urologia e Scuole prevenzione al maschile nei Consultori (progetto pilota).	- Incontro di raccordo e supervisione da parte del CTT per lo sviluppo del progetto MLF adeguamento del sistema di registrazione dei dati - Home visiting: implementazione attività e attivazione pensare positivo ?? baby pit stop per piano olimpico - Formazione Nati per Leggere alle ostetriche del consultorio - Prevenzione al maschile per l'adolescente - In raccordo con i consultori, attivazione della prevenzione delle intossicazioni acute/incidenti domestici nei servizi vaccinali (MPR 13/mese) - Consolidamento della formazione in linea con la DGR 1141 agli operatori consultoriali - Consolidamento delle linee di attività con particolare attenzione all'equità - Implementazione attività grupale a supporto della genitorialità e in ordine ai temi dell'affettività e sessualità	
Politiche giovanili e per i minori	PROMOZIONE DELLA SALUTE NEL SETTING SCUOLA	- Collaborazione delle iniziative promosse dalla Rete Scuole che Promuovono Salute e da ATS - Partecipazione alle formazioni Regionali sui programmi validati (LST, UNPLUGGED, PEER EDUCATION) - Collaborazione nella gestione del protocollo somministrazione farmaci a scuola <u>Copertura as 23-24:</u> RETE SPS 84% (adesione al 31/12/2023) LST PRIMARIA 11% LST SECONDARIA 53% UNPLUGGED 33% PEER 83% PIEDIBUS 39%	- Partecipazione di un operatore alla cabina di regia della Rete SPS a seguito del nuovo accordo di rete - Collaborazione nella Formazione docenti per i programmi regionali LST e Unplugged - Aggiornamento delle linee di attività di Peer Education in relazione alle indicazioni regionali - Raccordo con la Scuola in Ospedale - Avvio della gestione del protocollo somministrazione farmaci	
Interventi per la Famiglia Anziani Interventi a favore delle persone con disabilità	PROMOZIONE ATTIVITA' FISICA E MOVIMENTO NELLE COMUNITA' LOCALI	- Partecipazione operatori ASST al Laboratorio Permanenti per la Promozione di attività fisica e movimento di ATS - Partecipazione alle formazioni regionali: attività fisica e movimento 2024 incidenti domestici 2024 - Iniziative di sensibilizzazione dei caregiver nella prevenzione incidenti domestici area anziani ad opera degli IfEC. <u>Copertura:</u> GDC 24%	- Avvio Laboratori Permanenti per la Promozione di attività fisica e movimento in raccordo con laboratorio ATS - Aggiornamento censimento georeferenziato dell'offerta di attività fisica adattata (AFA) rivolta alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie - Aggiornamento del cronico da parte delle IfEC per la partecipazione ai gruppi di cammino presenti e attivazione di GDC dedicati - Promozione dell'attività fisica nel paziente reumatologico (AFA) con prescrizione dello specialista in Casa di Comunità - Attivazione di programmi strutturati per la prevenzione degli incidenti domestici area anziani in collaborazione con ATS e gli ambiti territoriali - Promozione attraverso il CMB effettuato dalle IfEC della brochure per la gestione del farmaco all'interno delle attività di prevenzione degli incidenti domestici in accordo con il Dipartimento Farmaceutico di ATS - Collaborazione progetto "Du pass Du cicale" con CSI e ATS	
Politiche giovanili e per i minori Interventi per la Famiglia	PREVENZIONE DIPENDENZE E MALATTIE INFETTIVE	Realizzate iniziative di sensibilizzazione in materia di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive rivolte ai giovani nell'ambito della Peer Education Piano Locale GAP: collaborazione con ATS e Piani di Zona nella sensibilizzazione della promozione e conoscenza del fenomeno (Ottobre in Rosa, programmi regionali, settimana della prevenzione)	Promozione di iniziative di sensibilizzazione in materia di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio - in raccordo con Case di Comunità e SerD - Avvio di sportelli di ascolto psicologico nelle CDC (Ponte di Legno e Pisogne) - Avvio ambulatorio tabaccologico, stili di vita, nelle CDC (Ponte di Legno e Pisogne)	
	SSR COUNSELING MOTIVAZIONALE BREVE PER CAMBIAMENTO STILI DI VITA	Sviluppate diverse edizioni ad opera di ATS - Copertura formazione Counseling Motivazionale Breve: MMG: 91% PDF: 70% IFEC:63%	- Consolidamento dell'offerta di formazione e partecipazione formazioni regionali	Collaborazione con ATS Dipartimento funzionale di prevenzione in raccordo con i servizi Ufficio formazione dell'asst

Rispetto alla presente progettualità si rimanda alle schede 8, 9, 10, 11 e 12, allegata al documento:
 8 - Prevenzione delle Intossicazioni Acute ed Incidenti Domestici
 9 - La promozione di stile di vita sano: ruolo del MMG
 10 - Il counseling motivazionale breve in Consultorio
 11 - Prevenzione dei comportamenti di addiction e promozione della disassuefazione tabaccologica
 12 - Prevenzione al maschile in adolescenza



3.6 LO SVILUPPO DELLA TELEMEDICINA

Attraverso l'utilizzo di strumenti tecnologici avanzati e processi di digitalizzazione si vuole perseguire l'obiettivo di utilizzare la tecnologia per avvicinare il servizio all'utente, accorciare i tempi di risposta, coprire un ventaglio più ampio di bisogni multidimensionali e collegare in modo ancora più stretto il territorio alla rete dell'assistenza.

Per Telemedicina si intende l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria tramite il ricorso a tecnologie innovative di informazione e comunicazione in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente, oppure due professionisti, non si trovano nello stesso luogo. Considerata come uno degli obiettivi strategici del PRSS, la diffusione dei servizi di Telemedicina (Televisita, Teleconsulto, Teleassistenza e Telemonitoraggio) che favoriscono un'assistenza integrata lungo tutto il percorso di prevenzione non può quindi prescindere dalla creazione di un ecosistema di sanità digitale in grado di garantire una rete di assistenza di prossimità sempre più capillare efficace ed efficiente, innovando il portafoglio di servizi a disposizione di cittadini e operatori grazie all'introduzione di moderne soluzioni tecnologiche, al fine di semplificare le attività da parte dei professionisti sanitari nell'ottica di promuovere un miglioramento continuo della qualità del servizio offerto agli assistiti e della soddisfazione degli operatori.

Tra i servizi assistenziali che la telemedicina può offrire vi sono:

Servizio di Televisita.

La Televisita è definita come un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un caregiver. La televisita è prevalentemente applicata alle attività di controllo di pazienti la cui diagnosi sia già stata formulata nel corso di visita in presenza.

Servizio di Teleconsulto.

Il Teleconsulto è definito come un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per confrontarsi, anche tramite videochiamata, sulla situazione clinica di un paziente basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video disponibili relativi al caso specifico.

Servizio di Teleassistenza.

La Teleassistenza è un atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria e si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e paziente/caregiver per mezzo di una videochiamata, alla quale si può all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati, referti o immagini (Accordo 17 dicembre 2020 (rep. atti n°215/CSR))

Servizio di Telemonitoraggio.

Il Telemonitoraggio è definito come una modalità operativa della Telemedicina che permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente. Sono previste due diverse tipologie di Telemonitoraggio che differiscono tra loro per le categorie di pazienti presi in carico e le tipologie di dispositivi medici utilizzati per la rilevazione dei parametri clinici di interesse:

- Servizio di Telemonitoraggio di livello 1: Servizio orientato prevalentemente alla gestione di soggetti con patologie croniche, dettagliate nelle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina (DM del 30 settembre 2022), con l'esigenza di monitorare le patologie in modalità integrata e trasversale. Per il Telemonitoraggio di livello 1 vengono principalmente utilizzati dispositivi medici che vengono forniti ai pazienti dalle strutture sanitarie regionali per un periodo di tempo predefinito;
- Servizio di Telemonitoraggio di livello 2: Servizio orientato alla gestione di pazienti ad alta complessità che necessitano di monitoraggio da parte di personale specialistico, attraverso soluzioni



tecnologiche specifiche e disegnate sul soggetto preso in carico. Per il Telemonitoraggio di livello 2, oltre ai dispositivi indossabili, vengono utilizzati dispositivi medici impiantabili. Il servizio di Telemonitoraggio di livello 2 si distingue da quello di livello 1 in quanto si basa sull'utilizzo di piattaforme software specialistiche prodotte da Società terze che comunicano direttamente con dispositivi assegnati o impiantati sul paziente, permettono l'acquisizione strutturata dei dati oggetto di monitoraggio, anche in modalità continua, e dispongono di funzionalità applicative evolute e consolidate già in uso da parte degli operatori del rispettivo ambito specialistico.

Sul territorio della Valle Camonica è già stata attivata lo scorso anno una sperimentazione di telemedicina denominata progetto Arnica e coordinata da ATS della Montagna, per la telerefertazione in ambito cardiologico, attraverso la stipula di specifico accordo tra la AFT dei Medici di Medicina Generale di Darfo Boario Terme, ATS della Montagna e ASST della Valcamonica. In tale progetto pazienti con specifiche caratteristiche, dimessi dalla SC Cardiologia e preventivamente valutati dal cardiologo, vengono inviati nella Casa di Comunità di Darfo Boario Terme, dove viene effettuato un ECG da MMG e telerefertato dal cardiologo.

Rispetto alla presente progettualità si rimanda alle schede 13,14, 15, 16 e 17, allegate al documento 13 - Lo sviluppo della telemedicina: televisita per la presa in carico e il follow up delle donne gravide affette da diabete gestazionale

14 - Telemonitoraggio con LOOP RECORDER

15 - Teleconsulto in ambito emocoagulativo

16 - IFeR – Infermiere di famiglia e presa in carico integrata del paziente con patologia reumatologica in terapia con farmaci biotecnologici

17 - Scompenso cardiaco: presa in carico pazienti sul territorio

3.7 LA PRESA IN CARICO DEI CRONICI E FRAGILI

La DGR n. XII/1827/24 (Regole 2024) ha previsto, per il 2024, una revisione del modello di presa in carico così come definito nelle DD.G.R. n. X/6164/17 e X/6551/17 e successivamente richiamato nelle DD.G.R. n. XI/1046/2018, n. XI/1591/2019, n. XI/1906/2019.

Nel nuovo modello l'MMG/PLS rappresenta il soggetto centrale della presa in carico del paziente cronico (PIC), prevedendo altresì per i pazienti "complessi" la gestione completa del percorso di cura da parte degli specialisti ospedalieri.

Le linee di indirizzo per i piani di sviluppo del polo territoriale dell'ASST (PPT) DGR XII/2089 del 25/03/2024 richiedono che la PIC possa essere intesa come un'assunzione di responsabilità proattiva da parte del SSR nei confronti del paziente cronico.

Regione Lombardia con DGR n. XII/2755 del 15/07/2024 "Evoluzione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della dgr n. XII/1827 del 31 gennaio 2024" si auspica che, con la presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili, si intercettino precocemente i bisogni dei pazienti orientandoli verso servizi appropriati che vedano la rete dei servizi pubblici o privati accreditati collaborare con gli MMG/PLS. La normativa prospetta due scenari futuri per l'MMG/PLS ossia l'adesione alle cooperative oppure l'utilizzo del centro servizi dell'ASST di riferimento. Fondamentale è la formazione degli MMG/PLS, sia inerente la gestione della presa in carico che l'utilizzo di Sistema Gestionale Digitale del Territorio; tale formazione verrà proposta da Regione Lombardia.

Il nuovo modello prevede come possibili effetti positivi della PIC il contenimento delle liste d'attesa, la riduzione degli accessi impropri al PS e la riduzione del tasso di ospedalizzazione dei pazienti cronici/fragili.

L'accordo integrativo Regionale (AIR) 2024 descrive l'offerta delle Cure Primarie, che si compone di attività domiciliare e ambulatoriale, e che è arricchita dalla Presa in Carico, oggi assicurata anche per il tramite delle società cooperative, e che costituisce un tassello centrale del programma delle attività



territoriali. Il governo clinico prevede un progetto di partecipazione attiva agli obiettivi di miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili che comporta la stesura di almeno 15 PAI attivi per il Medico con massimale a 1.500 o almeno 10 con massimale a 1.000.

Attualmente la presa in carico dei pazienti cronici in ASST Valcamonica, in base a quanto normato nelle DD.GR n. X/6164/17 e X/6551/17 e s.m., è gestita dagli MMG in Cooperativa e dai servizi dell'ASST dedicati alla Presa In Carico (PIC).

Per quanto riguarda l'ASST che, a partire dall'anno 2018, ha assunto il ruolo di Ente Gestore, la PIC è gestita dal centro servizi con sede presso la Casa di Comunità di Darfo e da un'infermiera case manager che ha il compito di supportare i clinical manager aziendali. Presso il centro servizi opera una figura amministrativa dedicata alle prenotazioni delle prestazioni inserite nei PAI, utilizzando la piattaforma aziendale che mette a disposizione prestazioni dedicate alla PIC in base al fabbisogno.

I pazienti in carico all'ASST attualmente sono n.74, per i quali Regione Lombardia chiede alle ASST di assicurare la continuità del percorso fintanto che non sarà avviata la presa in carico da parte del MMG/PLS, verso il quale il paziente dovrà essere successivamente reindirizzato, in modo da assicurare la nuova arruolabilità del cittadino da parte del proprio Medico.

Nel territorio sono presenti n.59 MMG e n.8 PLS; i Medici che operano in Cooperativa sono n.31 suddivisi in tre Cooperative ovvero n. 24 con "Valcura Coop. Medici di Famiglia scr", n.4 con "I.M.L Cooperativa Iniziativa Medica Lombarda scpa" e n.3 con "Medici Insubria Soc. Coop.".

Dall'analisi dei dati ricevuta da ARIA spa al 30/06/2024, inerenti le prese in carico da parte degli MMG e dell'ASST, risultano validi n. 7864 PAI totali.

Il totale dei pazienti cronici per il territorio Asst Valcamonica ammonta a n.39.101.

Regione Lombardia pone l'obiettivo di Prese in Carico del 15% e parametrando tale target all'ultimo quadrimestre 2024, l'obiettivo risulta pari a n.1955 PAI.

Per i pazienti cronici complessi, sono stati implementati PDTA specifici per patologia:

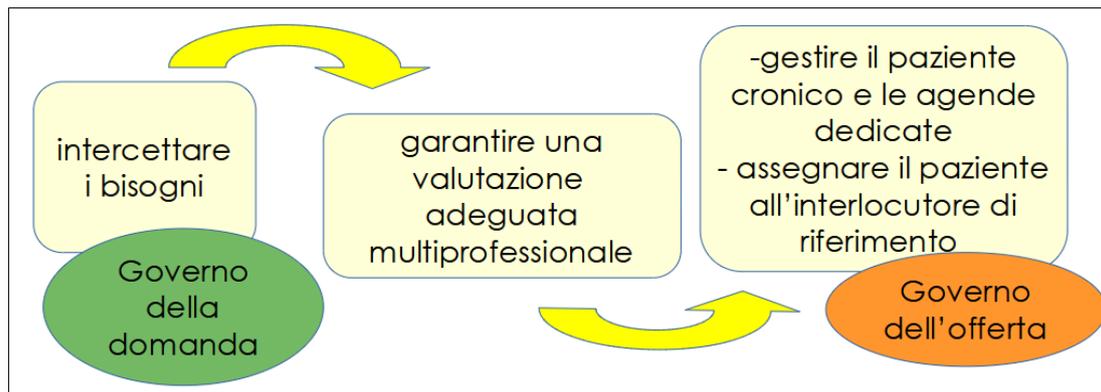
- Progetto IFeR: presa in carico pz reumatologico
- Gestione percorso piede diabetico
- Progetto PIRS (Paziente Infetto nelle Residenze Sanitarie)
- Osteoporosi
- Scopenso cardiaco

Per supportare tali percorsi sono stati attivati anche servizi digitali di telemedicina:

- Teleconsulto reumatologico
- Rinnovo piano terapeutici (Medicina Interna, Cardiologia, Reumatologia, Diabetologia, Ortopedia)
- Teleconsulto terapia. Anticoagulante
- Screening nutrizionale paziente oncologico

Il percorso di presa in carico del paziente cronico non può prescindere dall'analisi dei bisogni del territorio e da una modalità di intercettazione degli stessi che coinvolga tutti gli attori del sistema sociosanitario.

Quando il bisogno di assistenza e cura viene raccolto dal personale presente nelle diverse sedi della rete territoriale (Case di Comunità, Presidi Ospedalieri, Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta, Unità d'Offerta del territorio, Servizi Sociali Comunali) il paziente deve essere indirizzato ad un'equipe multidisciplinare che si occupi di effettuare la valutazione sociosanitaria e predisporre una progettualità per il paziente, ai fini della gestione della sua cronicità e l'assegnazione all'interlocutore di riferimento presente nella rete d'offerta territoriale, come si evince dal grafico sottoriportato.



E' importante sottolineare la rilevanza dell'arruolamento proattivo da parte del MMG verso i propri assistiti, della valutazione clinica del paziente, della garanzia dell'aderenza terapeutica tramite la pianificazione delle prestazioni e del corretto supporto ai cittadini cronici e fragili che richiedono continuità nell'azione di prevenzione e cura.

Inoltre, al fine di intercettare i bisogni dei pazienti più fragili è fondamentale la collaborazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, con i quali è necessario strutturare percorsi e modalità di segnalazione dei pazienti con maggiori necessità di assistenza (vedasi scheda progetto "Integrazione tra MMG, PLS, Specialisti, Servizi Socio Sanitari Territoriali").

I percorsi da intraprendere nel triennio 2025-2027 riguardano le patologie croniche più diffuse quali il diabete mellito, lo scompenso cardiaco e le malattie reumatologiche per le quali sono già attivi progetti sperimentali che dovranno essere consolidati e strutturati (vedasi schede progetto allegate).

E' necessario definire inizialmente le rispettive competenze degli MMG/PLS e degli specialisti in materia di PIC, andando ad assegnare il paziente rispettivamente agli uni o agli altri, in base a criteri che definiscano sino a che livello di complessità la patologia sia o meno gestibile dalle Cure Primarie sul territorio. Per la patologia diabetica, ad esempio, verrà implementato un progetto che prevede l'arruolamento da parte dell'MMG di pazienti cronici affetti da diabete mellito di tipo 2 con i seguenti criteri di inclusione: sola dieta ipoglicidica, in terapia con metformina o in terapia con ipoglicizzante orale monomolecola. Nel progetto è prevista la collaborazione tra MMG e specialista nella prima fase di valutazione tramite teleconsulto per stabilire il percorso di monitoraggio più idoneo per il paziente. Successivamente l'MMG prenderà in carico il paziente predisponendo il PAI e riducendo gli accessi dei pazienti presso gli ambulatori specialistici (vedasi scheda progetto "Il paziente diabetico: presa in carico da parte del MMG").

E' importante sottolineare che la cronicità è difficilmente gestibile dagli specialisti a causa principalmente di due punti critici rappresentati dalle lunghe liste d'attesa e dalla carenza di personale medico specializzato; la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, per alcune patologie, può rappresentare un giusto compromesso in grado di farsi carico del malato e di segnalarlo allo specialista di riferimento nel caso di riacutizzazione della patologia. A tal proposito è stato implementato il progetto "IFeR Infermiere di Famiglia e Reumatologia" (vedasi scheda progetto 16 - IFeR – Infermiere di famiglia e presa in carico integrata del paziente con patologia reumatologica in terapia con farmaci biotecnologici) che si pone i seguenti obiettivi:

1. la verifica dell'adeguatezza farmacologica in base allo stato di malattia del malato e la buona tollerabilità del trattamento
2. l'identificazione di complicanze di malattia e conseguentemente la riduzione di accessi impropri in PS/ricoveri ospedalieri
3. la riduzione di visite ambulatoriali e conseguentemente dei tempi di attesa per valutazione reumatologica, liberando slot per i pazienti che necessitano di visita specialistica.

Lo Scompenso Cardiaco Cronico é una tra le principali patologie a cui sono associati alti tassi di



ospedalizzazione, mortalità, morbilità nel mondo, con conseguenti ricadute sull'aspettativa e sulla qualità di vita delle persone. A tal proposito tra i progetti allo studio e in fase di implementazione per il PPT 2025-2027 verrà inserita una proposta rivolta ai pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco, di primo riscontro o a seguito di riacutizzazione. In tale progetto dopo iniziale stabilizzazione clinica e dimissione del paziente al domicilio, è previsto un follow-up presso la Casa di Comunità ad opera dell'MMG affiancato dall'infermiere della CdC per dare continuità agli interventi educativi volti a migliorare l'aderenza terapeutica, la gestione dei sintomi e la qualità di vita (vedasi scheda progetto "Scompenso cardiaco: presa in carico paziente sul territorio").

Il paziente giovane: l'emergenza delle psicopatologie

Secondo il report "Global Mental Health" (Patel et al., 2013), il 75% dei disturbi mentali si manifesta in maniera sintomatologicamente evidente entro i 25 anni. Inoltre il 78% dei bambini che ricevono una diagnosi di disturbo mentale durante l'infanzia è a rischio per lo sviluppo di disturbi psicopatologici più gravi nelle fasi di vita successive. Da questi dati emerge chiaramente come sia fondamentale concentrare molti degli sforzi di una politica di prevenzione sulla fascia d'età infantile e adolescenziale.

A questo si aggiunga che l'aumento dei casi di minori con psicopatologie è cresciuto in maniera così significativa nell'ultimo decennio, da prefigurare a livello regionale e nazionale una vera emergenza sanitaria, a fronte della quale i servizi attualmente disponibili devono essere potenziati. Si rende necessario programmare risposte maggiormente appropriate, strutturando una rete di servizi ambulatoriali, residenziali e ospedalieri a differente livello assistenziale, che possano dare risposte adeguate a questo tipo di pazienti e alle loro famiglie. I servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, anche prima della pandemia Covid, hanno registrato da parte di minori e famiglie un vertiginoso aumento di richieste di aiuto correlate a molteplici forme di psicopatologia, con caratteristiche di presentazione molto acuta e abbassamento dell'età d'esordio.

Da qui la necessità, sostenuta a più voci, di individuare precocemente i disturbi psicopatologici gravi con esordio in epoca adolescenziale, al fine di un trattamento precoce. L'intervento precoce, infatti, garantisce un minore rischio di cronicizzazione del disturbo, minori tassi di disabilità e compromissione del funzionamento generale, sociale e lavorativo e minore ricorso al ricovero ospedaliero. Il mancato intervento, o un setting di cura non appropriato, nei casi di disturbi psicopatologici gravi, si correla ad un rischio aumentato di progressiva perdita delle abilità cognitive e sociali che, a loro volta, offrono un terreno fertile ad un ulteriore peggioramento sintomatologico e comportamentale.

Per rispondere a questo bisogno e nell'ottica di favorire una presa in carico sempre più appropriata, viene aperto il Centro Diurno per Adolescenti, che va ad integrare le strutture del territorio dedicate alla salute mentale in età evolutiva.

Il Centro Diurno si rivolge ai giovani pazienti in carico alla Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, che necessitano di una presa in carico specialistica e per i quali non è sufficiente un approccio a carattere ambulatoriale, ma su cui si vogliono strutturare interventi specifici; è prevista inoltre l'attivazione di interventi a valenza preventiva.

Si ritiene importante sottolineare che la fascia di età giovanile è stata individuata quale target significativo su cui progettare gli interventi del prossimo triennio, sia su tematiche differenti del PPT quali la prevenzione e la presa in carico delle fragilità, che nel Piano di Zona, dove la modalità di redazione del documento ha visto la suddivisione del lavoro in 4 aree tematiche, di cui una proprio dedicata ai giovani.

Come precisato nel capitolo, rispetto alla presente progettualità si rimanda alle schede, allegate al documento:

16 - IFeR – Infermiere di famiglia e presa in carico integrata del paziente con patologia reumatologica in terapia con farmaci biotecnologici



17 - Scompenso cardiaco: presa in carico pazienti sul territorio

18 - Il paziente diabetico: presa in carico da parte dell'MMG

19 - CENTRO DIURNO: luogo/non luogo per adolescenti con psicopatologia

3.8 CRONOPROGRAMMA E MONITORAGGIO DEL PIANO

Il PPT ha durata triennale, secondo le tempistiche definite nelle schede progetto, ma gli esiti intermedi delle azioni intraprese saranno valutati annualmente. Oltre ai monitoraggi operativi interni, verrà predisposta una relazione annuale delle progettualità e dei servizi attivati che verrà condivisa a livello di Cabina di Regia di ASST.

3.9 RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI

- Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n.77: “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza territoriale del Servizio sanitario nazionale”
- Legge Regionale 14 dicembre 2021, n.22: “Modifiche al Titolo I e la Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n.33 (Testo unico della leggi regionali in materia di sanità)”
- Piano Sociosanitario Regione Lombardia 2024-2028
- DGR n. XI/6760 del 25 luglio 2022: “Approvazione del Modello Organizzativo e dei criteri di accreditamento per l’applicazione del Decreto 23 maggio 2022, n.77 regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”
- DGR n. XI/7592 del 15 dicembre 2022: “Attuazione del DM 23 maggio 2022, n.77 regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale – documento regionale di programmazione dell’assistenza territoriale (primo provvedimento)”
- DGR n. XII/1827 del 31 gennaio 2024: “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2024
- DGR N. XII/2966 del 05 agosto 2024: “Ulteriori determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2024”
- DGR N.XII/2089 del 25 marzo 2024: “Approvazione delle linee di indirizzo per i piani di sviluppo del polo territoriale delle ASST (PPT) ai sensi della LR 30/12/2009, n.33 Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità, così come modificata dalla LR di riforma del 14 dicembre 2021, n. 22, in attuazione della DGR XII/1827/2024”
- DGR n. XII/2588 del 21 giugno 2024 ad oggetto: “Determinazioni in ordine al modello di funzionamento delle Centrali operative territoriali (COT)”
- DGR n. XII/2755 del 15 luglio 2024: “Evoluzione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della DGR n. XII/1827 del 31 gennaio 2024
- ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale entrato in vigore il 04/04/2024
- DGR n. XII/3243 del 21 ottobre 2024: “Approvazione della preintesa sull’accordo integrativo regionale Medicina generale anno 2024”
- ACN per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di libera scelta entrato in vigore il 25/07/2024
- DGR n. XII/3242 del 21 ottobre 2024: “Approvazione della preintesa sull’accordo integrativo regionale per la Pediatria di libera scelta valido per l’anno 2024”
- Documento AGENAS, aprile 2024: “Linee di indirizzo per l’attuazione del modello organizzativo delle case di comunità hub”
- Documento AGENAS, settembre 2023: “Linee di indirizzo Infermiere di famiglia o comunità”
- DGR n. XII/430 del 12 giugno 2023: “PNRR - missione 6 Salute componente 1- investimento 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1-assistenza domiciliare-approvazione Piano operativo regionale”
- DGR n. XII/2562 del 17 giugno 2024: “PNRR missione 6 – componente 1 e componente 2 e PNC – presa d’atto degli esiti del tavolo istituzionale del contratto istituzionale di sviluppo sulle rimodulazioni al Piano operativo regionale Il rimodulazione – approvazione dell’aggiornamento del Piano operativo regionale”



- DGR n. XII/1475 del 04 dicembre 2023: “PNRR – missione 6 componente1, sub-investimento 1.2.3.2 servizi di telemedicina – modello organizzativo di diffusione dei servizi di telemedicina”
- Decreto Direttore Generale ASST Valcamonica n. 668 del 31 ottobre 2024: “Presenza d’atto della DGR n. XII/3237/2024 del 21.10.2024 ad oggetto Aggiornamento del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024 dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Valcamonica
- A cura di Valeria TOZZI e Francesco LONGO, Management della Cronicità – logiche aziendali per gestire i nuovi setting sanitari finanziati dal PNRR, Egea Spa, Milano luglio 2023
- L’Agenda strategica della Valcamonica” a cura del gruppo di lavoro del DASTU, Politecnico di Milano Settembre 2023

3.10 ALLEGATI (SCHEDE DI SINTESI DEI PROGETTI)

AREA TEMATICA	N.	TITOLO PROGETTO	REFERENTE	RISULTATO ATTESO
Valutazione multidimensionale integrata	1	Procedura UVM, approccio bio psico sociale	ATSP DI VALLE CAMONICA	Ci si attende l’aumento di situazioni valutate e prese in carico in modo integrato e quindi più rispondente ai complessi bisogni di salute dei cittadini. INDICATORE: n° di valutazioni che vedono la partecipazione dell’as comunale/n° complessivo valutazioni effettuate nell’anno, prevedendo una percentuale incrementale negli anni successivi pari a: • almeno il 50% nell’anno 2025 • 75% nel 2026 • 100% nel 2027
	2	PUA: luogo dell’integrazione	SC DISTRETTO DI VALLECAMONICA SEBINO	Presenza di 8 PUA, da attivarsi in linea con l’apertura delle CdC, operativi come da progetto
Continuità assistenziale nei differenti setting assistenziali	3	Procedura aziendale di Continuità Assistenziale nei differenti setting assistenziali	COT	Redazione documento in cui siano definiti tempi e responsabilità per la gestione dei passaggi di setting, in una logica di nella logica di percorso (ammissione/dimissione)
Cure Domiciliari e Percorsi di integrazione territoriale con le Cure Primarie	4	Percorso di Sorveglianza Domiciliare	SC CURE PRIMARIE (per PSD) SC INTEGRAZIONE DELLE RETI TERRITORIALI (per monitoraggio target PNRR)	Aumento della copertura assistenziale, riduzione delle ospedalizzazioni, implementazione della telemedicina per il monitoraggio a distanza. Raggiungimento del target PNRR sulla presa in carico degli over 65, così come definito nel DM 77/2022.
Percorsi di integrazione territoriale con le Cure Primarie	5	Evoluzione ed integrazione del Servizio di C.A. verso il modello UNICA/NEA nel territorio di ASST Valcamonica	SC DISTRETTO DI VALLECAMONICA SEBINO SC CURE PRIMARIE	Evoluzione della CA con l’avvio di modello integrato centrale UNICA/NEA a favore dei cittadini.
	6	Psicologo di base e di Comunità	SSD PSICOLOGIA	Messa a sistema del servizio di Psicologo di Base nelle Case di Comunità del territorio
	7	Integrazione tra MMG, PLS, Specialisti, Servizi Socio Sanitari Territoriali	SC CURE PRIMARIE	Definizione dei PDTA su pazienti cornici identificati a garanzia di una presa in carico integrata tra medici specialisti ospedalieri, MMG, PLS e operatori dei servizi sociosanitari



AREA TEMATICA	N.	TITOLO PROGETTO	REFERENTE	RISULTATO ATTESO
Prevenzione e promozione della salute	8	Prevenzione delle Intossicazioni Acute e degli Incidenti Domestici	SC VACCINAZIONI E SORVEGLIANZA MALATTIE INFETTIVE	Sensibilizzare e fornire informazioni ai genitori e a tutti gli adulti che si occupano del bambino sulla prevenzione degli incidenti in casa e sull'opportunità di riorganizzare al meglio l'ambiente domestico seguendo le tappe di sviluppo del bambino.
	9	La promozione di stile di vita sano: ruolo del MMG	SC CURE PRIMARIE	Gestione dei fattori di rischio modificabili e dei fattori di rischio intermedi per ridurre l'incidenza delle malattie croniche.
	10	Il counseling motivazionale breve in Consultorio	SD CONSULTORI	Invio al Centro del trattamento del Tabagismo delle donne fumatrici mediate appuntamento telefonico al n. 0364 540236
	11	Prevenzione dei comportamenti di addiction e promozione della disassuefazione tabaccologica	SSD SERVIZIO TERRITORIALE DIPENDENZE (SERD)	Incremento delle prestazioni SERD rispetto agli accessi 2023*: CdC Ponte di legno >4% del totale prestazione per residenti alta Valcamonica – CdC Pisogne >8% per residenti bassa Valcamonica, alto Sebino e territori limitrofi in provincia di BG
	12	Prevenzione al maschile in adolescenza	SD CONSULTORI	Sensibilizzazione rispetto al tema della prevenzione al maschile. Raccolta informazioni in merito agli atteggiamenti degli adolescenti del territorio sui temi trattati. Favorire l'accesso ai servizi dedicati alla salute dei cittadini in giovane età
Sviluppo della telemedicina	13	Lo sviluppo della telemedicina: televisita per la presa in carico e il follow up delle donne gravide affette da diabete gestazionale	SS DIABETOLOGIA	Miglior compliance della paziente in termini di aderenza terapeutica e di rispetto degli appuntamenti di follow up. Monitoraggio continuativo e costante da parte dello specialista con possibilità di riscontro precoce di alterazione glicemiche da attenzionare con esami o visite di approfondimento.
	14	Telemonitoraggio con LOOP RECORDER	SC CADIOLOGIA	Diagnosi di cardiopatia aritmogena. Monitoraggio costante del paziente con riconoscimento precoce dei sintomi di patologia acuta cardiovascolare
	15	Teleconsulto in ambito emocoagulativo	SC LABORATORIO ANALISI	Migliore e più efficace presa in carico del paziente con indirizzamento dei casi più complessi verso servizi appropriati (ad esempio Centro Emostasi e di secondo livello). Tracciabilità della prestazione e fruizione immediata del referto medico visibile sul FSE
Sviluppo della telemedicina e Presa in carico dei cronici e fragili	16	IFeR – Infermiere di famiglia e presa in carico integrata del paziente con patologia reumatologica in terapia con farmaci biotecnologici	SS REUMATOLOGIA e CI IFeC	<ul style="list-style-type: none"> • Identificazione tempestiva di complicanze di malattia e conseguentemente la riduzione di accessi impropri in PS/ricoveri ospedalieri • Riduzione di visite ambulatoriali e conseguentemente dei tempi di attesa per valutazione reumatologica • Riduzione dei costi diretti ed indiretti di malattia.
	17	Scompenso cardiaco: presa in carico pazienti sul territorio	SC INTEGRAZIONE DELLE RETI TERRITORIALI	Riduzione di accessi impropri in PS/ricoveri ospedalieri
Presa in carico dei cronici e fragili	18	Il paziente diabetico: presa in carico da parte del MMG	SC CURE PRIMARIE	Incremento presa in carico della tipologia di pazienti diabetici destinatari del progetto da parte di MMG Riduzione accessi presso gli ambulatori di diabetologia da parte dei pazienti non complessi Incremento delle consulenze tra MMG e specialisti
	19	CENTRO DIURNO: luogo/non luogo per adolescenti con psicopatologia	SC NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA	Apertura di un Centro Diurno di NP/IA



RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano per la collaborazione nella redazione del presente Piano:

- Per ASST Valcamonica:
Francesca Andreoli, Ornella Baisini, Giuseppina Barcellini, Irene Benaglio, Gabriella Bertoni, Daniela Caminada, Francesca Cremaschini, Giacomo Deste, Samantha Fabiani, Carolina Feriti, Francesco Ferrè, Simona Figaroli, Clara Ghidini, Patrizia Laffranchini, Chiara Lascioli, Giacomina Macri, Alberto Madureri, Erica Martinazzoli, Paola Martinelli, Sonia Mattioli, Ambra Mosconi, Roberto Opizzi, Sandro Poggio, Francesco Rinaldi, Barbara Rinaldi, Mariangela Rizzieri, Francesco Romellini, Michele Squassina, Isabella Angela Vita Voglioso, Giuliana Zanini.
- Per MMG/PLS Ambiti Valcamonica:
Alba Baccanelli, Sergio Salvatore De Giacomi, Giulia Ducoli, Linda Gallinelli
- Per ATS Montagna:
Stefania Bellesi, Francesco Caravello, Roberta Domenighini, Fanetti Anna Clara, Silvia Pedretti, Michela Regazzoli.
- Per ATSP di Valcamonica:
Gloria Bellini, Roberta Ferrari, Sara Orsignola

Il presente Piano è stato sottoposto, prima dell'approvazione, al seguente iter:

- approvazione della Conferenza dei Sindaci di ASST Valcamonica in data 28/11/2024;
- condivisione con le Organizzazioni Sindacali Confederali di Brescia e Coord. RSU Aziendale in data 28/11/2024;
- presentato alla Cabina di Regia di ATS Montagna in data 02/12/2024;
- presentato alla Cabina di Regia di ASST Valcamonica, allargata ai membri del gruppo progetto aziendale PPT, alle Associazioni di Volontariato e agli Enti del Terzo Settore territoriali in data 04/12/2024.

 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Valcamonica</p>	<p align="center">PPT 2025/2027</p> <p align="center">SCHEDA DI SINTESI PROGETTO</p>	<p align="center">M PPT 001</p> <p align="center">Rev. 00</p> <p align="center">Pag. 1 di 2</p> <p align="center">10/09/2024</p>
---	---	---

SCHEDA PROGETTO N° 1 AREA TEMATICA Valutazione multidimensionale integrata

TITOLO	Procedura UVM, approccio bio psico sociale
RAZIONALE	Da circa 6 mesi è operativa una collaborazione con ATSP che ha portato alla sperimentazione di una modalità condivisa per l'attivazione dell'UVM per il progetto di vita e dell'EVM per le misure regionali nell'area della disabilità. Tale sperimentazione ha permesso di individuare nel PUA il luogo dove il cittadino può rivolgersi per l'attivazione della valutazione.
DESCRIZIONE	Si intende approvare e sperimentare una nuova procedura che partendo dall'esperienza definisca tempi, modi, attori dell'UVM in un'ottica integrata e di coprogettazione con l'ATSP, terzo settore, associazionismo, rappresentanti dei pazienti. Questo al fine di garantire uniformità ed interventi integrati sul territorio nell'attività di valutazione multidimensionale per la presa in carico per fornire risposte appropriate al bisogno e razionalizzare le risorse. Si intende inoltre fornire attraverso l'UVM una valutazione e una presa in carico a tutti i cittadini fragili ampliando l'attuale organizzazione che ne prevede l'attivazione solo per specifiche categorie di pazienti.
DESTINATARI	Cittadini fragili residenti in Valcamonica.
AMBITO DI APPLICAZIONE	La nuova procedura si applicherà a tutti i cittadini residenti in Valcamonica che presentino per se stessi o un familiare bisogni sanitari, sociosanitari e sociali integrati.
CASE MANAGER/ REFERENTE	ATSP della Vallecamonica
ENTI/ATTORI COINVOLTI	<ul style="list-style-type: none"> • ASST: SC Distretto, SC IRT, DSMD, SC Cure Primarie (MMG e PIS) • ATSP • rappresentanti del terzo settore • rappresentanti dell'associazionismo • rappresentanti della scuola
RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE	Risorse umane degli enti coinvolti
RISULTATO ATTESO	<p>Ci si attende l'aumento di situazioni valutate e prese in carico in modo integrato e quindi più rispondente ai complessi bisogni di salute dei cittadini.</p> <p>INDICATORE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • n° di valutazioni che vedono la partecipazione dell'AS comunale/n° complessivo valutazioni effettuate nell'anno, prevedendo una percentuale incrementale negli anni successivi pari a: <ul style="list-style-type: none"> – almeno il 50% nell'anno 2025 – 75% nel 2026 – 100% nel 2027

TEMPISTICHE

INIZIO 01/01/2025

FINE 31/12/2027

Mod./ASST

CRONOPROGRAMMA

FASI DEL PROGETTO	2025		2026		2027	
	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem
Definizione del gruppo di lavoro, degli obiettivi, tempi e modalità di lavoro	x					
Analisi dell'attuale funzionamento dell'UVM e EVM (potenzialità e criticità)	x					
Analisi di esperienze simili di altri territori	x					
Definizione bozza procedura (attenzione a definire anche strumenti di raccolta dei dati ed indicatori che permettano una verifica del raggiungimento degli obiettivi)		x				
Condivisione Bozza con gli enti di appartenenza		x				
Approvazione della procedura		x				
Informativa e addestramento degli operatori coinvolti			x			
Sperimentazione della procedura			x	x		
Analisi dei dati raccolti e valutazione dei risultati					x	x

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Valcamonica</p>	<p align="center">PPT 2025/2027</p> <p align="center">SCHEDA DI SINTESI PROGETTO</p>	<p align="center">M PPT 001</p> <p align="center">Rev. 00</p> <p align="center">Pag. 1 di 2</p> <p align="center">10/09/2024</p>
--	---	---

SCHEDA PROGETTO N° 2 AREA TEMATICA Valutazione multidimensionale integrata

TITOLO	PUA: luogo dell'integrazione
RAZIONALE	Il Punto Unico di Accesso sito all'interno di ogni Casa di Comunità rappresenta il luogo dell'accoglienza del cittadino con i suoi bisogni, desideri e aspettative. La persona vi trova un'equipe multidisciplinare integrata (IFeC, Assistente sociale, amministrativi) in grado di orientarla ed accompagnarla all'interno della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali in un'ottica di riduzione della frammentazione e di prossimità.
DESCRIZIONE	Secondo modalità integrate – assicurate dall'integrazione dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari nel Punto Unico di Accesso (PUA) si intende garantire un processo dinamico ed interdisciplinare attraverso il quale viene identificata la natura e l'entità dei problemi di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale di una persona, nonché le risorse disponibili. Diventa quindi sede dell'UVM
DESTINATARI	Cittadini residenti in Valcamonica
AMBITO DI APPLICAZIONE	Si intende garantire all'interno di ogni CdC un PUA realmente integrato che preveda la presenza di operatori dell'area sanitaria e sociale
CASE MANAGER/ REFERENTE	ASST SC DISTRETTO
ENTI/ATTORI COINVOLTI	<ul style="list-style-type: none"> • ASST • ATSP • rappresentanti del terzo settore • rappresentanti dell'associazionismo • rappresentanti della scuola
RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • Risorse umane degli enti coinvolti • Risorse strutturali: CdC
RISULTATO ATTESO	Presenza di 8 PUA operativi come da progetto

TEMPISTICHE

INIZIO 01/01/2025

FINE 31/12/2027

CRONOPROGRAMMA

FASI DEL PROGETTO	2025		2026		2027	
	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem
Analisi organizzativa dei processi di integrazione presenti, rispetto al ruolo comunale	x					
Definizione delle attività dei PUA e dei livelli di integrazione con le altre eventuali equipe valutative esistenti e funzionanti	x	x				
Attivazione percorsi formativi/informativi grazie ai quali gli operatori dei PUA (di ASST e ATSP) recupereranno le informazioni integrate da fornire agli utenti	x	x	x	x	x	x
Progettazione e realizzazione di campagne informative presso gli utenti (anche attraverso l'utilizzo del web, sociale, ecc)	x	x				
Attivazione Tavolo di Sistema tra ASST, ATSP e ATS (che curerà la Progettazione del percorso e la relativa Formazione) per lo sviluppo di un Sistema Informatizzato Integrato tra ATSP ed ASST).		x				
Monitoraggio			x	x		
Ampliamento delle attività dei PUA se valutato opportuno				x	x	x

 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Valcamonica</p>	<p align="center">PPT 2025/2027</p> <p align="center">SCHEDA DI SINTESI PROGETTO</p>	<p align="center">M PPT 001</p> <p align="center">Rev. 00</p> <p align="center">Pag. 1 di 2</p> <p align="center">10/09/2024</p>
---	---	---

SCHEDA PROGETTO N° 3 AREA TEMATICA: Continuità assistenziale

TITOLO	Procedura aziendale di Continuità Assistenziale nei differenti setting assistenziali
RAZIONALE	Sono vigenti numerosi documenti di ASST che descrivono i percorsi di continuità assistenziale, suddivisi tra loro sulla base del setting inviante. Tali protocolli presentano modalità comuni e punti di intersezione, tuttavia mancano di analogia procedurale e presentano disomogeneità nella modalità di gestione del paziente.
DESCRIZIONE	Il progetto di redazione del nuovo documento intende definire le modalità di gestione dei passaggi nella logica di percorso (ammissione/dimissione) e non in base al setting inviante o ricevente.
DESTINATARI	Operatori e Servizi coinvolti
AMBITO DI APPLICAZIONE	<p>Transitional care del paziente nel passaggio tra le strutture ospedaliere e i seguenti ambiti assistenziali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • domicilio con attivazione delle cure domiciliari (ADI, RSA aperta, Cure Palliative) • cure Intermedie • ospedale di Comunità • Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani o per disabili RSD/CSS • CDI/CDD • strutture/servizi/progetti per pazienti psichiatrici.
CASE MANAGER/ REFERENTE	COT
ENTI/ATTORI COINVOLTI	<ul style="list-style-type: none"> • Polo ospedaliero • Polo territoriale • Udo sociosanitarie del territorio • COT di altre ASST • MMG/PLS • ATSP
RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • Tecnologiche: completa implementazione dei software di gestione dei Servizi del polo territoriale e integrazione con CMI/UNICA, Sistemi esterni all'ASST (sociale dei Comuni, applicativi nazionali – FSE/INPS/ecc..) • Umane (tempo lavoro per partecipazione/gestione dei tavoli multidisciplinari intra-extraziendali)
RISULTATO ATTESO	Redazione documento in cui siano definiti tempi e responsabilità per la gestione dei passaggi di setting, in una logica di nella logica di percorso (ammissione/dimissione)

TEMPISTICHE

INIZIO: 01/01/2025

FINE: 31/12/2027

Mod./ASST

CRONOPROGRAMMA

FASI DEL PROGETTO	2025		2026		2027	
	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem
Ricognizione percorsi esistenti e formalizzati in documenti	X					
Pianificazione implementazione delle attività COT per percorsi intra ed extra aziendali		X				
Definizione dei percorsi sulla scorta dell'implementazione delle attività della COT intra ed extra aziendali			X			
Condivisione procedura con gli Attori ed Enti coinvolti				X		
Fase di sperimentazione dei percorsi condivisi e azioni di miglioramento					X	
Consolidamento dei percorsi definiti e condivisi						X

INDICATORI

- Numero di progetti individualizzati attivati finalizzati ad assicurare la continuità assistenziale / numero di valutazioni effettuate per dimissioni/ammissioni protette con raccordo della COT.

- Definizione di un protocollo/procedura, secondo il timing definito nella scheda progetto, in cui vengono descritti tempi e responsabilità dei passaggi assistenziali tra le strutture ospedaliere e gli ambiti assistenziali così come definiti nelle Linee di indirizzo di cui alla DGR XII/2089¹ del 2024, sia in fase di ammissione che di dimissione protetta, per assicurare la Transitional Care.

¹ Pag. 6 dell'Allegato alla DGR 2089/2024 - APPROVAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO PER I PIANI DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE DELLE ASST (PPT) AI SENSI DELL'ART. 7 C. 17 DELLA LEGGE REGIONALE 30 DICEMBRE 2009, N. 33 "TESTO UNICO DELLE LEGGI REGIONALI IN MATERIA DI SANITÀ", COSÌ COME MODIFICATA DALLA LEGGE REGIONALE DI RIFORMA DEL 14 DICEMBRE 2021, N. 22, IN ATTUAZIONE DELLA DGR XII/1827/2024- "...è necessario procedere alla revisione/elaborazione di specifici protocolli quali strumenti per assicurare un fluido passaggio assistenziale tra le strutture ospedaliere e i seguenti ambiti assistenziali: o al domicilio con attivazione delle cure domiciliari (ADI, RSA aperta, Cure Palliative), o in Cure Intermedie, o in Ospedale di Comunità, o in Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani o per disabili RSD/CSS, o in CDI/CDD o in strutture/servizi/progetti per pazienti psichiatrici."

SCHEDA PROGETTO N°4 AREA TEMATICA Cure domiciliari e Percorsi di integrazione territoriale con le Cure primarie

TITOLO	Percorso di Sorveglianza Domiciliare
RAZIONALE	<p>La casa come primo luogo di cura viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale. Le cure domiciliari, nelle sue forme previste nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato.</p> <p>Il DM 77 del 2021 fissa al 10% lo standard organizzativo relativamente alla popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente (PNRR – Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.1 – Assistenza domiciliare).</p> <p>Concorrono al traguardo del target le ASST attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'attivazione della rete delle unità d'offerta pubbliche e private accreditate per l'erogazione di cure domiciliari, all'esito della valutazione multidimensionale di primo (triage) e/o secondo (VAOR) livello, nel rispetto della libera scelta dell'ente gestore da parte della famiglia; - la partecipazione attiva al progetto di sorveglianza domiciliare da erogare a favore delle persone over 65 anni in condizione di cronicità che faticano a raggiungere l'ambulatorio del MMG e che richiedono un monitoraggio costante, da attuarsi attraverso l'integrazione del MMG, il proprio personale di studio, gli IFeC e le UCA. Il progetto coinvolge quindi i MMG con il loro personale di studio, gli IFeC e le UCA nell'ambito e in allineamento al modello organizzativo delle sedi hub e spoke delle Case di Comunità costituenti articolazioni organizzative incardinate nelle ASST.
DESCRIZIONE	<p>Il progetto prevede il monitoraggio della % di pazienti target in carico e la prosecuzione del Percorso di Sorveglianza Domiciliare (PSD), secondo quanto disposto da Regione con DGR XII/717 del 24 luglio 2023, che prevede la possibilità di attivazione da parte del MMG di accessi al domicilio allo scopo di sorvegliare, monitorare, educare, accompagnare i pazienti over 65 anni con problemi sanitari o con altri bisogni di tipo sociale; tali visite domiciliari possono essere effettuate dal MMG stesso oppure dall'infermiere di studio o dalle IFeC delle CdC.</p>
DESTINATARI	Pazienti over 65 con bisogni sanitari o sociali secondo le linee tracciate dalla dal DM 77 del 2021 e dalla DGR XII/717 del 2023.
AMBITO DI APPLICAZIONE	Prossimità e continuità di cura dei pazienti presso il proprio domicilio con il supporto della rete territoriale.
CASE MANAGER/ REFERENTE	Dr.ssa Isabella Angela Vita Voglioso
ENTI/ATTORI COINVOLTI	MMG, infermiere di studio, IFeC, ATSP, Comuni.
RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE	<p>Le risorse economiche sono definite dal PNRR missione 6.</p> <p>Per il PSD sono quantificabili ad accesso per un importo di euro 18,90€ e per un massimo di 2 accessi al mese.</p> <p>Nel caso in cui il MMG non abbia personale di studio e si avvalga dell'attività dell'IFeC dell'ASST, la prestazione non viene riconosciuta economicamente.</p>
RISULTATO ATTESO	Aumento della copertura assistenziale, riduzione delle ospedalizzazioni, implementazione della telemedicina per il monitoraggio a distanza.

TEMPISTICHE

INIZIO 01/01/2024

FINE 31/12/2027

CRONOPROGRAMMA

FASI DEL PROGETTO	2025		2026		2027	
	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem
Monitoraggio % pazienti over 65 in cure domiciliari, secondo il target incrementale definito da Regione Lombardia	x	x	x	x	x	x
Arruolamento pazienti per PSD	x	x	x	x	x	x
Definizione delle modalità di attivazione dell'IFeC	x					
Condivisione delle modalità di gestione infermieristica		x				
Condivisione del software di gestione			x			
Consolidamento della gestione condivisa				x	x	x

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Valcamonica</p>	<p style="text-align: center;">PPT 2025/2027</p> <p style="text-align: center;">SCHEDA DI SINTESI PROGETTO</p>	<p style="text-align: center;">M PPT 001</p> <p style="text-align: center;">Rev. 00</p> <p style="text-align: center;">Pag. 1 di 2</p> <p style="text-align: center;">10/09/2024</p>
--	---	---

SCHEDA PROGETTO N° 5 AREA TEMATICA Percorsi di integrazione territoriale con le Cure Primarie

TITOLO	Evoluzione ed integrazione del Servizio di C.A. verso il modello UNICA/NEA nel territorio di ASST Valcamonica.
RAZIONALE	La Regione Lombardia intende sviluppare in forma sperimentale progetti di riorganizzazione della Medicina di Continuità Assistenziale attraverso strumenti di telemedicina, ampliando l'esperienza favorevolmente condotta dalla Centrale Medica Integrata (CMI) di AREU, al fine di potenziare la risposta territoriale e di favorire la transizione verso forme innovative di gestione domiciliare dei pazienti fragili che possono beneficiare di interventi (terapia o diagnostica) per problemi acuti non urgenti.
DESCRIZIONE	<p>Il progetto è in linea con gli indirizzi della DG Welfare relativi alla riorganizzazione della continuità assistenziale, che prevedono azioni anche a livello regionale come lo sviluppo di una APP 116117 e di ATS per promuovere una campagna di promozione dell' utilizzo da parte del cittadino del NEA (Numero Europeo Armonizzato) 116117 per problemi acuti non urgenti</p> <p>A livello locale il progetto prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il trasferimento delle chiamate per bisogni sanitari dall'116117 ad una centrale di telemedicina (UNICA), nella quale operano medici di Assistenza Primaria ad attività oraria, che garantiscono, attraverso una piattaforma di telemedicina gestita da AREU, attività di televisita, con possibilità di: - prescrizione dematerializzata di prestazioni ambulatoriali e farmaceutiche; - invio del referto di televisita al cittadino e al MMG; <p>La centrale UNICA potrà inoltre attivare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - visita domiciliare attraverso Team di risposta rapida a domicilio (TRRD) dotati di Point Of Care Test (POCT: ECG, Esami ematici, Ecografia); - visita ambulatoriale da parte di medici di Assistenza Primaria ad attività oraria, presso ambulatori (Case di Comunità) dotati anche di Point Of Care Test (POCT); - attivazione di prestazione infermieristica domiciliare in raccordo con la COT; - invio presso ambulatori specialistici con percorso fast track, attraverso la COT.
DESTINATARI	Pazienti che presentano sintomi riconducibili a problemi acuti non urgenti, che contattano il NEA 116117
AMBITO DI APPLICAZIONE	Continuità assistenziale notturna e nei prefestivi e festivi.
CASE MANAGER/ REFERENTE	Cure Primarie / Distretto
ENTI/ATTORI COINVOLTI	ASST (Cure Primarie, Distretto, COT), AREU, Medici di Assistenza Primaria ad attività oraria
RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE	
RISULTATO ATTESO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Migliorare l'efficienza relativa all'organizzazione attuale della continuità assistenziale. 2. Offrire una soluzione organizzativa innovativa, anche tenuto conto sia della oggettiva difficoltà di reclutamento di professionisti dedicati, sia della necessità di offrire servizi innovativi alla popolazione assistita.

Mod./ASST

3. Potenziare la risposta territoriale e le attività di telemedicina, anche nelle ore diurne (Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77) per ridurre l'utilizzo improprio dei servizi di Emergenza-Urgenza e limitare il sovraffollamento dei PS.
4. Migliorare la qualità di cura

TEMPISTICHE

INIZIO 01/01/2024

FINE 30/06/2026

CRONOPROGRAMMA

FASI DEL PROGETTO	2025		2026		2027	
	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem
Definizione nuova struttura organizzativa della CA in Valcamonica	x					
Formazione operatori coinvolti (tramite AREU)	x					
Predisposizione logistica delle strutture definite (ambulatori, dotazione tecnologica)	x					
Attivazione UNI.CA.		x				
Campagna informativa, anche in collaborazione con ATS		x	x			

SCHEDA PROGETTO N° 6 AREA TEMATICA Percorso di integrazione territoriale con le Cure Primarie

TITOLO	Psicologo di base e di Comunità
RAZIONALE	<p>A partire dalla pandemia da Covid-19 che ha coinvolto l'intera collettività ed ha messo la popolazione intera di fronte a una situazione emergenziale anche dal punto di vista della salute mentale, si è assistito ad un incremento della domanda di supporto psicologico per far fronte all'emergere, sempre più evidente, di vissuti e disagi a cui sono soggetti particolarmente le fasce sensibili come bambini, adolescenti, anziani e persone con disabilità, e ha portato un aumento di problematiche comportamentali ed emotive nella popolazione generale, evidenziando un aumento di disturbi d'ansia e dell'umore.</p> <p>Si è fatta quindi sempre più strada l'idea della necessità di una figura professionale facilmente accessibile e di prossimità che possa accogliere e dare una prima risposta alle necessità psicologiche della popolazione. Nasce la figura dello Psicologo di base e di Comunità, ovvero di un professionista della salute mentale che possa essere "alla portata" di tutti, proprio come il MMG.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il servizio di Psicologia delle cure primarie è stato istituito da Regione Lombardia con la Legge Regionale 25 gennaio 2024, n. 1. L'istituzione del servizio ha tra le proprie finalità "l'offerta di un supporto psicologico tempestivo, diffuso e di prossimità, nonché il sostegno e l'integrazione dell'azione dei medici di medicina generale (MMG), dei pediatri di libera scelta (PLS) e dei professionisti della salute mentale e della prevenzione nell'intercettare e rispondere ai bisogni assistenziali di base di natura psicologica dei cittadini lombardi, favorendo lo stato di salute bio-psico-sociale."</p> <p>Per questa ragione lo psicologo di base è inserito nel distretto socio-sanitario (Case di Comunità) con l'obiettivo di fornire un' assistenza psicologica primaria in collaborazione con medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con gli specialisti ambulatoriali.</p> <p>Grazie all'integrazione in un sistema di cura primario, lo psicologo potrà essere vicino alle realtà di vita dei pazienti, delle famiglie e della comunità, fornendo un primo livello di assistenza psicologica, di qualità, precoce, facilmente accessibile ed integrato con gli altri servizi sanitari, in una visione olistica in cui il benessere mentale si accompagna a quello fisico.</p> <p>Il cardine del lavoro dello psicologo di base è quindi quello di offrire un intervento tempestivo, che consenta:</p> <ul style="list-style-type: none">• un'iniziale valutazione del problema,• una presa in carico rapida (evitando quindi il fenomeno della cronicizzazione dei disturbi) ed un invio ai Servizi di salute Mentale specialistici laddove ve ne sia la necessità. <p>Prevenzione ed intervento precoce rappresentano quindi il fulcro del lavoro dello psicologo di base nelle case di comunità.</p> <p>Il compito dello Psicologo di base è quindi molteplice:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Intercettare precocemente i bisogni psicologici della popolazione;2. Supportare pazienti affetti da patologie organiche (anche nell'ottica

	dell'integrazione ospedale-territorio); 3. Operare in integrazione e sinergia con gli altri servizi sanitari (MMG, PLS, specialisti ambulatoriali) e con i servizi specialistici di salute mentale, dipendenze, consultori...; 4. Offrire uno spazio di ascolto non connotato da stigma e facilmente accessibile.
DESTINATARI	Cittadini della Valcamonica che accedono alle CdC o direttamente o attraverso MMG con un bisogno psicologico
AMBITO DI APPLICAZIONE	
CASE MANAGER/ REFERENTE	SD Psicologia
ENTI/ATTORI COINVOLTI	Psicologi ASST MMG
RISULTATO ATTESO	Attivazione del servizio di Psicologo di Base nelle case di comunità del territorio

TEMPISTICHE

INIZIO _____

FINE _____

CRONOPROGRAMMA

FASI DEL PROGETTO	2025		2026		2027	
	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem
Attivazione dello psicologo di base e di comunità nelle Case di Comunità	x	x	x	x		

SCHEDA PROGETTO N° 7 AREA TEMATICA: Percorsi di integrazione territoriale con le Cure Primarie

TITOLO	Integrazione tra MMG, PLS, Specialisti, Servizi Socio Sanitari Territoriali
RAZIONALE	L'integrazione dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) con gli specialisti ospedalieri e la rete dei servizi territoriali rappresenta un approccio strategico fondamentale per garantire un'assistenza sanitaria più coordinata, efficace e centrata sul paziente. Il processo di integrazione facilita la continuità delle cure, una migliore coordinazione tra i vari livelli di assistenza, accesso più rapido alle visite specialistiche e trattamenti, opportunità di formazione continua e aggiornamento. Il modello integrato propone una visione centrata sul paziente e ottimizza l'uso delle risorse sanitarie.
DESCRIZIONE	I processi di integrazione dei MMG/PLS con gli specialisti ospedalieri riguardano la costituzione e condivisione di Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) che fungano da linee guida per ottimizzare la continuità e prossimità di cura del paziente. I PDTA finora condivisi riguardano: <ul style="list-style-type: none"> • La vita dopo la rianimazione (proposto dalla UO Rianimazione) • Osteoporosi (proposto da UO Ortopedia, fisiatria, riabilitazione) • Scompenso Cardiaco (proposto da UO Medicina Generale) • Piede diabetico (proposto dalla UO Diabetologia). Per la Pediatria di famiglia il PDTA riguarda "Individuazione precoce dei disturbi del neurosviluppo (Autismo e ADHD), proposto dalla UO Neurospichiatria infantile.
DESTINATARI	Tutti i pazienti in generale con particolare riguardo ai pazienti cronici e fragili.
AMBITO DI APPLICAZIONE	Pazienti in cui debba essere applicata e monitorata la continuità di cura a domicilio.
CASE MANAGER/ REFERENTE	Dr.ssa Isabella Angela Vita Voglioso
ENTI/ATTORI COINVOLTI	MMG, PLS, Specialisti ospedalieri, servizi di assistenza territoriali (vedi progetto relativo alle Dimissioni protette)
RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE	Costi legati all'attivazione dei servizi nelle strutture individuate, risorse tecnologiche (es. Telemedicina), risorse umane.
RISULTATO ATTESO	Individuazione di indicatori di processo ed esito, implementazione dei servizi di Telemedicina, presa in carico con continuità di cura soprattutto dei pazienti cronici e/o fragili.

TEMPISTICHE

INIZIO 1/01/2025 FINE 31/12/2026

CRONOPROGRAMMA

FASI DEL PROGETTO	2025		2026		2027	
	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem
Revisione e condivisione dei nuovi PDTA	x	x				
Tavoli di lavoro sullo sviluppo della Telemedicina		x	x			
Formazione		x	x			
Monitoraggio			x	x		

SCHEDA PROGETTO N° 8 AREA TEMATICA Prevenzione e promozione della salute

TITOLO	Prevenzione delle Intossicazioni Acute ed Incidenti Domestici
RAZIONALE	Secondo i dati ISTAT del 2019 tra i bambini piccoli (<6 anni) il 12,9 per mille ha subito un incidente nei tre mesi precedenti l'intervista della Multiscopo. Fino ai 14 anni prevalgono gli incidenti tra i maschi, mentre nelle età successive sono le donne ad essere più coinvolte. In relazione ai dati raccolti dalle SDO nel 2020 il 27,4% dei ricoveri ospedalieri è dovuto a incidenti domestici: per i bambini gli incidenti sono rappresentati da fratture (21,8%), seguite dai traumatismi (17,3%), corpi estranei penetrati in orifizi naturali (14%), ustioni (10%), ferite (9%), avvelenamenti (7,8%).
DESCRIZIONE	Counselling motivazionale breve e consegna di una brochure informativa inerente la Prevenzione delle Intossicazioni Acute ed Incidenti Domestici durante la seduta vaccinale
DESTINATARI	Genitori/famiglia (nonni, zii, etc.) dei bambini di età compresa tra i 13 ed i 15 mesi.
AMBITO DI APPLICAZIONE	Seduta vaccinale, durante la somministrazione della vaccinazione anti Morbillo, Parotite, Rosolia, Varicella e anti Meningococco ACW135Y
CASE MANAGER/ REFERENTE	Medico Igienista, Assistenti Sanitarie
ENTI/ATTORI COINVOLTI	Regione Lombardia, ATS Montagna (Servizio Promozione alla Salute), ASST Valcamonica
RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE	Fornitura di materiale informativo adeguato all'argomento da consegnare ai genitori/famiglie
RISULTATO ATTESO	Sensibilizzare e fornire informazioni ai genitori e a tutti gli adulti che si occupano del bambino sulla prevenzione degli incidenti in casa e sull'opportunità di riorganizzare al meglio l'ambiente domestico seguendo le tappe di sviluppo del bambino.

TEMPISTICHE

INIZIO 01/01/2025 FINE 31/12/2027

CRONOPROGRAMMA

FASI DEL PROGETTO	2025		2026		2027	
	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem
Costituzione gruppo di lavoro per elaborazione progetto	x					
Elaborazione brochure		x				
Fase sperimentale arruolamento genitori e piano di miglioramento			x			
Consolidamento Fase di arruolamento				x		
Misurazione esiti					x	

SCHEDA PROGETTO N° 9 AREA TEMATICA Prevenzione e promozione della salute

TITOLO	La promozione di stile di vita sano: ruolo del MMG
RAZIONALE	<p>Le malattie croniche costituiscono la principale causa di morte quasi in tutto il mondo. Si tratta di un ampio gruppo di malattie, che comprende le cardiopatie, l'ictus, il cancro, il diabete e le malattie respiratorie croniche.</p> <p>In generale, sono malattie che hanno un lungo decorso, pertanto richiedono un'assistenza a lungo termine, ma al contempo presentano diverse opportunità di prevenzione.</p> <p>Alla base delle principali malattie croniche ci sono infatti fattori di rischio comuni e modificabili, come alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica. Queste cause possono generare quelli che vengono definiti fattori di rischio intermedi, ovvero l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'obesità.</p> <p>La lotta alle malattie croniche rappresenta una priorità di salute pubblica. Da qui la necessità di investire nella prevenzione e nel loro controllo. La prevenzione e la promozione di stili di vita sani sono l'arma più valida. Tutti possono ridurre in modo significativo il rischio di sviluppare queste malattie semplicemente adottando abitudini salutari, in particolare evitando il fumo, avere un'alimentazione corretta, limitare il consumo di alcol e svolgere attività fisica regolare.</p> <p>Il Medico di Medicina Generale, essendo spesso il primo punto di contatto nel sistema sanitario, è in una posizione unica per svolgere un ruolo proattivo nella promozione di stili di vita sani, offrendo assistenza continua e personalizzata ai pazienti.</p>
DESCRIZIONE	<p>L'obiettivo del progetto è proporre un vademecum ai MMG da utilizzare per i pazienti affetti da malattie croniche, da ipertensione, da alterata glicemia a digiuno, dislipidemia e obesità.</p> <p>In primis consolidare formazione per tecnica del counseling motivazionale breve per cambiamento stili di vita.</p> <p>Garantire minima formazione per consigli riguardo ad una sana alimentazione e attività fisica. Successivamente proporre materiale informativo per la promozione di adeguato stile di vita (per es. Libretto "Guida ad una sana alimentazione" del progetto WHP di ATS Montagna)</p> <p>Rendere noto alla popolazione tramite i Medici di Medicina Generale della presenza di Gruppi di Cammino e del progetto "Du pass Du ciacole" in collaborazione con CSI e ATS</p>
DESTINATARI	Popolazione generale
AMBITO DI APPLICAZIONE	Ambulatori della Medicina Generale
CASE MANAGER/ REFERENTE	Dipartimento Funzioni di prevenzione
ENTI/ATTORI COINVOLTI	Medico Igienista, Assistenti Sanitari, Medici di Medicina Generale, Cure Primarie
RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE	<p>Corsi per consolidamento della tecnica del counseling motivazionale breve per cambiamento stili di vita.</p> <p>Corsi di formazione per poter fornire consigli per una sana alimentazione e promozione attività fisica.</p>
RISULTATO ATTESO	Gestione migliori dei fattori di rischio modificabili e dei fattori di rischio intermedi per ridurre l'incidenza delle malattie croniche.

TEMPISTICHE

INIZIO FINE

CRONOPROGRAMMA

FASI DEL PROGETTO	2025		2026		2027	
	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem
Costituzione gruppo di lavoro per elaborazione progetto	x					
Formazione MMG			x			
Fase sperimentale azione di prevenzione promozione salute				x		
Consolidamento del progetto					x	
Misurazione popolazione coinvolta						x

SCHEDA PROGETTO N° 10 AREA TEMATICA Prevenzione e promozione della salute

TITOLO	Il counseling motivazionale breve in Consultorio																				
RAZIONALE	<p>Il programma di screening del carcinoma della cervice uterina rappresenta una opportunità per affrontare il tema delle scelte salutari nel target femminile. Il counseling motivazionale breve, cioè l'azione strutturata a sostegno del cambiamento comportamentale, si è imposto per la sua relativa facilità, il basso costo e la grande efficacia. Nel distretto di Vallecamonica è attivo, fin dal 2012 il progetto "Mamme libere da FUMO" (MLF), sviluppato nei setting opportunistici del consultorio e dell'ambulatorio gravidanza a termine. Nel 2023 gli accessi all'ambulatorio gravidanza a termine sono stati 626 di queste le gravide fumatrici sono state n.44 (7%). Considerando che permane la difficoltà di intercettare la donna prima dell'arrivo all'ambulatorio gravidanza a termine, per la grande prevalenza di donne che si rivolgono agli ambulatori privati, si è deciso di valutare la possibilità di promuovere il CMB nel setting del consultorio durante lo screening del cervico carcinoma vista la presenza di personale formato, anticipando così l'epoca della gravidanza. I dati di seguito evidenziati rappresentano la percentuale di donne gravide fumatrici intercettate negli anni con il percorso MLF</p> <div data-bbox="638 1003 1241 1330" data-label="Figure"> <table border="1"> <caption>% Fumatrici</caption> <thead> <tr> <th>anno</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>2015</td><td>9,43</td></tr> <tr><td>2016</td><td>13,83</td></tr> <tr><td>2017</td><td>9,45</td></tr> <tr><td>2018</td><td>8,58</td></tr> <tr><td>2019</td><td>11,24</td></tr> <tr><td>2020</td><td>8,24</td></tr> <tr><td>2021</td><td>9,93</td></tr> <tr><td>2022</td><td>7,10</td></tr> <tr><td>2023</td><td>7,03</td></tr> </tbody> </table> </div> <p>Se consideriamo che l'adesione all'HPV test - Pap test nel nostro distretto risulta essere del 61%, il percorso di screening rappresenta un buon momento per raggiungere una buona percentuale di donne.</p>	anno	%	2015	9,43	2016	13,83	2017	9,45	2018	8,58	2019	11,24	2020	8,24	2021	9,93	2022	7,10	2023	7,03
anno	%																				
2015	9,43																				
2016	13,83																				
2017	9,45																				
2018	8,58																				
2019	11,24																				
2020	8,24																				
2021	9,93																				
2022	7,10																				
2023	7,03																				
DESCRIZIONE	<p>Durante la presa in carico della donna gravida nel percorso del Basso Rischio ostetrico (BRO) e in occasione degli appuntamenti per l'esecuzione dell'HPV TEST - PAP TEST alle donne tra i 25 ed i 64 anni aderenti allo screening del cervico carcinoma, si prevede l'utilizzo dell'approccio motivazionale (CMB) da parte delle ostetriche, al fine di promuovere il sostegno motivazionale alla disassuefazione da tabacco.</p> <p>Il percorso che si attiverà vedrà la collaborazione del Centro per il Trattamento del Tabagismo sia nella parte formativa sul campo degli operatori consultoriali, che per il successivo invio per la presa in carico della donna motivata a intraprendere il percorso di disassuefazione.</p> <p>L'aggancio della donna fumatrice offrire l'opportunità di far conoscere i servizi presenti sul territorio in grado di sostenerla nel percorso di disassuefazione.</p>																				
DESTINATARI	<ul style="list-style-type: none"> • donne gravide nel percorso del Basso Rischio ostetrico (BRO) • donne che aderiscono allo screening del cervicocarcinoma • fumatrici 																				
AMBITO DI APPLICAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • Percorso BRO • sedute HPV TEST - PAP TEST 																				

	<ul style="list-style-type: none"> • programma screening ATS montagna
CASE MANAGER/ REFERENTE	<ul style="list-style-type: none"> • coord. ostetrico Dott.ssa Iolanda Fedriga • ostetrica Clara Ghidini CF Breno
ENTI/ATTORI COINVOLTI	<ul style="list-style-type: none"> • ostetriche consultori • Centro screening di ATS Montagna per la programmazione • donne tra i 25 ed i 64 anni
RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • ostetriche formate per il C.M.B. • formazione delle ostetriche non ancora abilitate al C.M.B. (sede di Darfo) • attivazione FSC nel 2025 per consolidare le competenze in ambito "mamme libere dal fumo": approfondimenti e aggancio al servizio
RISULTATO ATTESO	Invio al Centro del trattamento del Tabagismo delle donne fumatrici mediante appuntamento telefonico al n. 0364 540236

TEMPISTICHE

INIZIO 01/01/2025

FINE 31/12/2027

CRONOPROGRAMMA

FASI DEL PROGETTO	2025		2026		2027	
	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem
Costituzione gruppo di lavoro per elaborazione progetto	x					
Formazione del personale	x					
Elaborazione brochure	x					
Counseling presso il Consultorio Breno		x	x	x	x	x
Counseling presso Consultorio Edolo e Ambulatorio Pisogne			x	x	x	x
Counseling presso Consultorio Darfo					x	x

SCHEDA PROGETTO N° 11 AREA TEMATICA Prevenzione e promozione della salute

TITOLO	Prevenzione dei comportamenti di addiction e promozione della disassuefazione tabaccologica.
RAZIONALE	<p>Gran parte delle patologie degenerative del nostro secolo è influenzata dagli stili di vita. Medici e operatori sanitari forniscono quotidianamente consigli sul fumo di sigaretta, sull'alimentazione, sul peso corporeo e sulla pratica di attività fisica, ma la maggior parte dei pazienti disattende questi suggerimenti. Il tabagismo rappresenta ancora oggi "la prima causa di morte evitabile nei paesi occidentali".</p> <p>Particolare riguardo è rivolto altresì ai comportamenti legati all'uso dei dispositivi digitali e del web. Il confine tra gaming e gambling e' molto labile e la rete, attraverso il gioco online, può facilitare il passaggio al gioco d'azzardo patologico, come ampiamente documentato in letteratura.</p>
DESCRIZIONE	<p>In linea con le Regole di gestione del SSL 2024 (DGR XII/1827 del 2024), con l'obiettivo di potenziare la presa in carico ambulatoriale nell'area delle dipendenze e favorire l'aggancio precoce dei soggetti nelle prime fasi dei comportamenti di addiction, personalizzando l'intervento sulle fasce dei soggetti più giovani dedicando loro luoghi e spazi riservati vengono attivati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - uno Spazio neutro di consulenza psicologica gratuita sulle dipendenze presso due CdC del territorio (Ponte di Legno e Pisogne), rivolto a tutta la popolazione ma, in modo particolare, ad adolescenti, giovani adulti e loro genitori con l'intento di sensibilizzare sui campanelli d'allarme che possono condurre a comportamenti di addiction (sostanze, GAP,...). - un ambulatorio tabaccologico medico/infermieristico presso due CdC del territorio (Ponte di Legno e Pisogne), intervento di prossimità per promuovere un cambiamento negli stili vita con particolare attenzione al tabagismo. <p>E' dimostrato che l'impiego del "Counselling Motivazionale Breve" o "Minimal Advise" (MA) tabaccologico così come il monitoraggio del monossido di carbonio (CO) in espirium, rappresentano strumenti accurati per motivare al trattamento i soggetti dipendenti da nicotina e ottenere risultati di grande efficacia nella disassuefazione sia dal fumo di sigaretta che dai nuovi prodotti elettronici a base di nicotina.</p>
DESTINATARI	Tutta la popolazione del territorio con particolare attenzione agli adolescenti e giovani adulti.
AMBITO DI APPLICAZIONE	Case di Comunità di Ponte di Legno e Pisogne
CASE MANAGER/ REFERENTE	SERD
ENTI/ATTORI COINVOLTI	SERD ASST Valcamonica
RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE	<p>Risorse umane SERD da impiegare nelle due CdC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • n. 2 medici • n. 2 infermieri (necessario implementare l'orario del personale di n. 15 ore settimanali). • n. 2 psicologi (necessario implementare l'orario del personale di n. 15 ore settimanali). <p>Personale da impiegare n. 2 giorni al mese per il primo semestre e se azione efficace da implementare fino a n. 8 giorni al mese (fino a n. 1 accesso alla settimana, per ciascun operatore, presso ciascuna CdC, Ponte di Legno e</p>

	Pisogne). Spazi: <ul style="list-style-type: none"> • n. 1 studio psicologo • n. 1 ambulatorio medico • n. 1 ambulatorio infermieristico n. 2 giorni al mese per il primo semestre e se azione efficace da implementare fino a n. 8 giorni al mese (n. 1 accesso alla settimane presso ciascuna CdC Ponte di Legno e Pisogne).
RISULTATO ATTESO	Incremento delle prestazioni SERD rispetto agli accessi 2023: CdC Ponte di legno >4% del totale prestazione per residenti alta Valcamonica – CdC Pisogne >8% per residenti bassa Valcamonica, alto Sebino e territori limitrofi in provincia di BG

TEMPISTICHE

INIZIO 01/01/2025

FINE 31/12/2027 (messa a regime se efficace)

CRONOPROGRAMMA

FASI DEL PROGETTO	2025		2026		2027	
	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem
Apertura spazio neutro + ambulatorio tabaccologico CdC Ponte di Legno	x					
Valutazione di efficacia dopo 12 mesi			x			
Apertura spazio neutro + ambulatorio tabaccologico CdC Pisogne		x				
Valutazione di efficacia dopo 12 mesi				x		
Consolidamento del servizio nelle CdC se efficace					x	x

SCHEDA PROGETTO N° 12 AREA TEMATICA Prevenzione e promozione della salute

TITOLO	Prevenzione al maschile in adolescenza
RAZIONALE	<p>La prevenzione in andrologia è un'area che andrebbe potenziata e valorizzata, almeno quanto lo è la parte corrispondente femminile. L'attenzione alla salute dell'apparato riproduttore deve riguardare tutti gli uomini, fin dall'adolescenza, e deve essere messa in campo anche e soprattutto prima che i sintomi delle patologie andrologiche si mostrino in tutta la loro espressione, con conseguenze talvolta irreversibili sulla salute sessuale e riproduttiva e quindi anche sulla fertilità futura.</p> <p>Nei giovani le visite di prevenzione consentono di identificare eventuali patologie che il ragazzo non sa di avere (varicocele, fimosi ecc) ma anche l'occasione per insegnare al ragazzo l'autopalpazione del testicolo, che è un modo efficace per poter eseguire una diagnosi precoce su eventuali tumori testicolari.</p> <p>Sulla base di queste premesse l'SD Consultori dell'Asst della Valcamonica, in collaborazione con la SS Urologia, nel corso del 2024 ha attivato un progetto pilota che ha visto interventi di carattere preventivo dedicati ai ragazzi adolescenti di età compresa tra i 14 e i 20 anni. Le azioni previste sono state a) incontri formativi e informativi presso le scuole per i ragazzi delle scuole secondaria di secondo grado aderenti alla Peer Education b) apertura di sessioni gratuite di visite urologiche presso i Consultori nel mese di novembre. La campagna di sensibilizzazione è stata condotta mediante la pubblicazione di materiale informativo diffuso nei punti strategici del territorio anche grazie alla collaborazione dei MMG e PDL che hanno contribuito alla diffusione dell'iniziativa presso i propri ambulatori.</p> <p>Le attività del 2024 sono ancora in fase di realizzazione, ad oggi è possibile affermare che vi è stata in generale una buona adesione alle proposte effettuate.</p>
DESCRIZIONE	<p>Per il triennio 2025-2027 si intende dare continuità al progetto implementando le azioni già iniziate nel 2024 nella logica di favorire l'integrazione tra ospedale, territorio e comunità sui temi di prevenzione della salute sessuale e riproduttiva al maschile, ovvero:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Promuovere una cultura della prevenzione al maschile potenziando la campagna di sensibilizzazione attraverso la diffusione di materiale informativo sia nelle scuole che sul territorio 2. Favorire la partecipazione delle scuole mediante indagini conoscitive e azioni formative/informative rivolte agli studenti degli istituti secondari di secondo grado 3. Facilitare l'accesso dei ragazzi ai luoghi dedicati alla salute e alla prevenzione programmando sessioni gratuite di consulenze e visite destinate ai ragazzi di età compresa tra i 14 e i 20 anni di età presso i Consultori Familiari
DESTINATARI	Ragazzi adolescenti età compresa tra i 14 e i 20 anni
AMBITO DI APPLICAZIONE	Educazione all'affettività e sessualità Prevenzione andrologica Promozione alla salute
CASE MANAGER/ REFERENTE	Dr.ssa Irene Benaglio - Responsabile SD CONSULTORI
ENTI/ATTORI	SD Consultori e SS Urologia

COINVOLTI	MMG E PLS Scuole secondarie di secondo grado
RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE	Risorse professionali (Urologo, Assistente Sanitaria, Psicologi e Assistente Sociale) Materiale per campagna pubblicitaria e informativa
RISULTATO ATTESO	Sensibilizzazione rispetto al tema della prevenzione al maschile. Raccolta informazioni in merito agli atteggiamenti degli adolescenti del territorio sui temi trattati. Favorire l'accesso ai servizi dedicati alla salute dei cittadini in giovane età.

TEMPISTICHE

INIZIO 01/01/2025 FINE 31/12/2027

CRONOPROGRAMMA

FASI DEL PROGETTO	2025		2026		2027	
	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem
Raccolta dati progetto pilota e programmazione nuova progettualità (tavolo SD consultori e SS urologia)	X	X				
Coinvolgimento scuole per le azioni formative e informative presso scuole secondarie di secondo grado		X	X	X	X	
Azione di sensibilizzazione sul territorio (predisposizione e diffusione materiale ad hoc)	X	X	X	X	X	
Apertura sessioni gratuite per adolescenti nei consultori	X	X	X	X	X	X
Elaborazione dati territoriali sul tema prevenzione al maschile in adolescenza (stili cognitivi e stili di vita)			X	X	X	X

	PPT 2025/2027 SCHEDA DI SINTESI PROGETTO	M PPT 001 Rev. 00 Pag. 1 di 2 10/09/2024
---	--	--

SCHEDA PROGETTO N° 13 AREA TEMATICA Sviluppo della telemedicina

TITOLO	Lo sviluppo della telemedicina: televisita per la presa in carico e il follow up delle donne gravide affette da diabete gestazionale
RAZIONALE	<p>Il diabete gestazionale è la condizione clinica più frequente in gravidanza ed è caratterizzato da una intolleranza al glucosio con iperglicemia.</p> <p>Il diabete gestazionale si associa a un aumentato rischio di complicazioni in gravidanza e a un rischio metabolico a lungo termine sia nella madre sia nella progenie.</p> <p>Molto spesso la glicemia si normalizza al termine della gravidanza; tuttavia queste pazienti e la loro progenie presentano un aumentato rischio metabolico (diabete tipo 2) e cardiovascolare.</p> <p>È tuttavia possibile limitare al massimo i pericoli associati al diabete gestazionale con una adeguata alimentazione volta a ridurre l'indice di massa corporea della gestante (idealmente una alimentazione adatta a mantenere un peso nella norma dovrebbe essere iniziata ancor prima del concepimento), un adeguato esercizio fisico e, nei casi più gravi, con il controllo farmacologico della glicemia.</p>
DESCRIZIONE	La paziente gravida, su segnalazione del ginecologo, viene valutata in presenza all'atto della 1° visita dallo specialista diabetologo che formula la diagnosi e imposta percorso terapeutico (follow up) in modalità di televisita informando la paziente e raccogliendo il consenso informato.
DESTINATARI	Donne gravide affette da diabete gestazionale
AMBITO DI APPLICAZIONE	Visite di controllo in epoca gestazionale e nel puerperio
CASE MANAGER/REFERENTE	Dr.ssa Giuseppina Zaltieri (medico specialista in endocrinologia e diabetologia)
ENTI/ATTORI COINVOLTI	Medico ginecologo, medico diabetologo, personale del comparto a supporto dell'attività ambulatoriale, paziente
RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE	Infrastruttura tecnologica: ambulatorio dedicato con monitor dotato di videocamera e microfono, glucometro e strisce reattive in dotazione alla paziente, device che consenta alla paziente di effettuare e ricevere videochiamate
RISULTATO ATTESO	Miglior compliance della paziente in termini di aderenza terapeutica e di rispetto degli appuntamenti di follow up. Monitoraggio continuativo e costante da parte dello specialista con possibilità di riscontro precoce di alterazione glicemiche da attenzionare con esami o visite di approfondimento.

TEMPISTICHE

INIZIO 01/01/2025

FINE 31/12/2027

Mod./ASST

CRONOPROGRAMMA

FASI DEL PROGETTO	2025		2026		2027	
	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem
Individuazione specifici progetti intra-aziendali	x					
Individuazione delle principali macro attività all'interno del processo	x					
Individuazione casella di posta elettronica		x				
Creazione percorsi dedicati e standardizzati		x				
Acquisizione strumenti di telemedicina		x				
Formazione all'utilizzo degli strumenti della telemedicina			x			
Condivisione della procedura				x		
Implementazione procedura e arruolamento pazienti e identificazioni azioni di miglioramento					x	
Consolidamento dei percorsi						x

SCHEDA PROGETTO N° 14 AREA TEMATICA Sviluppo della telemedicina

TITOLO	Telemonitoraggio con LOOP RECORDER
RAZIONALE	Monitoraggio costante del ritmo cardiaco attraverso dispositivi medici impiantabili (loop recorder) in pazienti con disturbi del ritmo cardiaco in assenza di altra diagnosi di malattia.
DESCRIZIONE	In seguito a valutazione ambulatoriale del paziente per sospetta patologia del ritmo cardiaco, si posiziona dispositivo LOOP RECORDER nel sottocute toracico. Il paziente viene informato e formato al corretto utilizzo del dispositivo e alle modalità di segnalazione di eventuali sintomi. La registrazione dell'attività cardiaca viene monitorata a distanza dal personale della SC Cardiologia dell'Ospedale di Esine che rileva tempestivamente eventuali anomalie o segnalazioni su base clinica e procede alla convocazione del paziente a rivalutazione ambulatoriale se necessaria.
DESTINATARI	<ul style="list-style-type: none"> • Pazienti con episodio sincopale dnnd • Pazienti con sospetta cardiopatia aritmogena • Pazienti con ICTUS criptogenetici in sospetta FA
AMBITO DI APPLICAZIONE	Pazienti affetti da cardiopatia aritmogena DNDD
CASE MANAGER/ REFERENTE	Personale sanitario SC Cadiologia (medico e infermiere)
ENTI/ATTORI COINVOLTI	Paziente, personale sanitario SC Cadiologia (medici e infermieri)
RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE	Infrastruttura tecnologica: monitor dedicato alla registrazione da remoto del tracciato del dispositivo impiantabile, LOOP RECORDER.
RISULTATO ATTESO	Diagnosi di cardiopatia aritmogena. Monitoraggio costante del paziente con riconoscimento precoce dei sintomi di patologia acuta cardiovascolare

TEMPISTICHE

INIZIO 01/01/2025

FINE 31/12/2027

CRONOPROGRAMMA

FASI DEL PROGETTO	2025		2026		2027	
	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem
Individuazione specifici progetti intra-aziendali	x					
Individuazione delle principali macro attività all'interno del processo	x					
Individuazione casella di posta elettronica		x				
Creazione percorsi dedicati e standardizzati		x				
Acquisizione strumenti di telemedicina		x				
Formazione all'utilizzo degli strumenti della telemedicina			x			
Condivisione della procedura				x		
Implementazione procedura e arruolamento pazienti e identificazioni azioni di miglioramento					x	
Consolidamento dei percorsi						x

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Valcamonica</p>	<p align="center">PPT 2025/2027</p> <p align="center">SCHEDA DI SINTESI PROGETTO</p>	<p align="center">M PPT 001</p> <p align="center">Rev. 00</p> <p align="center">Pag. 1 di 2</p> <p align="center">10/09/2024</p>
--	---	---

SCHEDA PROGETTO N° 15 AREA TEMATICA Sviluppo della telemedicina

TITOLO	Teleconsulto in ambito emocoagulativo
RAZIONALE	Condivisione di competenze tra MMG e specialista ospedaliero per una presa in carico più efficace ed efficiente del paziente affetto da patologia emocoagulativa.
DESCRIZIONE	Il MMG redige impegnativa per visita emocoagulativa in follow up in modalità di teleconsulto per il suo paziente e invia all'indirizzo di posta elettronica indentificato la richiesta di consulenza con i dati anagrafici del paziente. Il medico di laboratorio recupera dal database lo storico degli esami ematici, ricostruisce il quadro clinico del paziente e redige referto di consulenza emocoagulativa firmandolo digitalmente in modo che compaia sul FSE del paziente e sia visibile anche dal MMG.
DESTINATARI	MMG che hanno in carico pazienti anticoagulati, antiaggregati e con problematiche emocoagulative
AMBITO DI APPLICAZIONE	Gestione sospensioni pre-intervento degli antiaggreganti e dei Doac e dello shift di molecola, miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e supporto all'interpretazione dei test di laboratorio in emocoagulazione.
CASE MANAGER/ REFERENTE	Dr.ssa Roberta Volpi SC Laboratorio Analisi
ENTI/ATTORI COINVOLTI	Medico SC Laboratorio Analisi e MMG
RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE	Casella di posta elettronica dedicata
RISULTATO ATTESO	Migliore e più efficace presa in carico del paziente con indirizzamento dei casi più complessi verso servizi appropriati (ad esempio Centro Emostasi e di secondo livello). Tracciabilità della prestazione e fruizione immediata del referto medico visibile sul FSE

TEMPISTICHE

INIZIO 01/01/2025

FINE 31/12/2027

CRONOPROGRAMMA

FASI DEL PROGETTO	2025		2026		2027	
	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem
Individuazione specifici progetti intra-aziendali	x					
Individuazione delle principali macro attività all'interno del processo	x					
Individuazione casella di posta elettronica		x				
Creazione percorsi dedicati e standardizzati		x				
Acquisizione strumenti di telemedicina		x				
Formazione all'utilizzo degli strumenti della telemedicina			x			
Condivisione della procedura				x		
Implementazione procedura e arruolamento pazienti e identificazioni azioni di miglioramento					x	
Consolidamento dei percorsi						x

SCHEDA PROGETTO N° 16 AREA TEMATICA Sviluppo della telemedicina e Presa in carico dei cronici e fragili

TITOLO	IFeR – Infermiere di famiglia e presa in carico integrata del paziente con patologia reumatologica in terapia con farmaci biotecnologici
RAZIONALE	<p>Le malattie reumatiche comprendono una vasta gamma di patologie croniche e infiammatorie di natura autoimmune che possono interessare l'apparato locomotore ma anche organi e tessuti, per questo vengono definite anche sistemiche e cronico degenerative.</p> <p>Hanno un importante impatto sulla vita della persona che ne è affetta ma anche sulla sua famiglia, sulla qualità di vita, sul benessere percepito e sul ruolo sociale. La precocità della diagnosi, lo stretto follow-up, una efficace gestione sia in termini di compliance per i trattamenti medici e le terapie farmacologiche, sia per quanto riguarda gli stili di vita, sono i principali fattori alla base del successo nel trattamento di queste patologie, con riduzione della probabilità di esiti specifici. I pazienti in remissione hanno una qualità di vita migliore, una maggiore funzionalità fisica e anche una superiore capacità lavorativa.</p> <p>L'assunzione di farmaci biotecnologici permette al paziente di tenere sotto controllo la malattia, facendone scomparire i sintomi (o riducendoli) e permettendo di avere una vita normale; inoltre, con la remissione, scompare anche l'accumulo del danno che può provocare la patologia reumatologica a livello sistemico.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il progetto IFeR è volto alla gestione integrata delle persone con malattia reumatologica e in terapia con farmaci biotecnologici in carico all'ASST Valcamonica.</p> <p>Il paziente reumatologico con malattia in fase stabile esegue follow-up presso ambulatori infermieristici territoriali gestiti dalle IFeC delle CdC, che effettuano la valutazione del malato e degli indici compositi anche attraverso la compilazione di valutazioni validate (l'HAQ e BASDAI). Viene rilevata la conta articolare dal paziente e vengono visionati gli esami ematochimici prescritti secondo il piano terapeutico individuato dallo Specialista; vengono inoltre dispensate presso l'ambulatorio della Casa di Comunità più prossima al domicilio del paziente le terapie (file F) con farmaci biotecnologici o con Jak-inibitori, a cadenza trimestrale. In base al punteggio dei questionari o in seguito al riscontro di sintomi o segni di riacutizzazione di malattia o di complicanze, l'IFeC potrà decidere di inviare tempestivamente il malato alla valutazione del Medico Specialista tramite tele visita, oppure avviare un teleconsulto Specialista/Infermiere.</p>
DESTINATARI	Pazienti con patologia reumatologica in terapia con farmaci biotecnologici
AMBITO DI APPLICAZIONE	Presa in carico pazienti cronici reumatologici
CASE MANAGER/ REFERENTE	Referente del progetto Dr. Mirko Scarsi Case manager dott.ssa Giacomina Macri
ENTI/ATTORI COINVOLTI	Associazione di patologia: ALOMAR, MMG, specialista reumatologo, IFeC e tutte le figure professionali sanitarie e sociali che possono essere attivate in base ai bisogni della persona
RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE	La progettualità ad oggi non ha generato costi differenziali a carico di ASST in quanto è stato gestito con personale già dipendente, mezzi aziendali, PC e smartphone già disponibili.

RISULTATO ATTESO

- Identificazione tempestiva di complicanze di malattia e conseguentemente la riduzione di accessi impropri in PS/ricoveri ospedalieri
- Riduzione di visite ambulatoriali e conseguentemente dei tempi di attesa per valutazione reumatologica
- Riduzione dei costi diretti ed indiretti di malattia.

TEMPISTICHE

INIZIO 01/01/2025

FINE 31/12/2027

CRONOPROGRAMMA

FASI DEL PROGETTO	2025		2026		2027	
	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem
Definizione del gruppo di lavoro, degli obiettivi, tempi e modalità di lavoro	x					
Definizione percorso e strumenti		x				
Inizio fase sperimentale			x			
Azioni di miglioramento e consolidamento del progetto				x		
Applicazione in tutte le CdC					x	
Valutazione esiti						x

SCHEDA PROGETTO N° 17 AREA TEMATICA Sviluppo telemedicina e Presa in carico dei cronici e fragili

TITOLO	Scompenso cardiaco: presa in carico pazienti sul territorio
RAZIONALE	Lo SCC é una tra le principali patologie croniche a cui sono associati alti tassi di ospedalizzazione, mortalità, morbilità nel mondo, con conseguenti ricadute sull'aspettativa e sulla qualità di vita delle persone e conseguente aumento del carico assistenziale ed economico del servizio sanitario.
DESCRIZIONE	<p>Il progetto è rivolto a tutti i pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco, di primo riscontro o a seguito di riacutizzazione.</p> <p>Dal punto di vista medico: dopo iniziale stabilizzazione clinica, con ottimizzazione della terapia il paziente viene dimesso e viene programmato il successivo controllo per la visita di Follow-up che verrà effettuata presso la Casa di Comunità ad opera del MMG.</p> <p>L'MMG che effettua la visita attiva contestualmente il teleconsulto con lo specialista cardiologo con la finalità di modificare la terapia, programmare visita specialistica di controllo o esami strumentali ed eventualmente concordare un ricovero.</p> <p>Dal punto di vista infermieristico viene prevista l'educazione sanitaria nurse-led per le persone con scompenso cardiaco tramite l'infermiere della CdC, che viene attivata alla dimissione del paziente, affinché sia monitorata l'aderenza terapeutica, la gestione dei sintomi e la qualità di vita.</p> <p>Potranno inoltre essere forniti al paziente i device per il telemonitoraggio domiciliare.</p>
DESTINATARI	Pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco, di primo riscontro o a seguito di riacutizzazione
AMBITO DI APPLICAZIONE	Presa in carico pazienti cronici con SCC
CASE MANAGER/ REFERENTE	Dr.ssa Francesca Cremaschini Dott.ssa Patrizia Laffranchini
ENTI/ATTORI COINVOLTI	UO Cardiologia, MMG, Infermieri territoriali del Distretto
RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE	La progettualità ad oggi non ha generato costi differenziali a carico di ASST in quanto è stato gestito con personale già dipendente, mezzi aziendali, PC e smartphone già disponibili. Per la telemedicina: gestionale regionale dedicato
RISULTATO ATTESO	Riduzione di accessi impropri in PS/ricoveri ospedalieri

TEMPISTICHE

INIZIO 01/01/2025

FINE 31/12/2027

CRONOPROGRAMMA

FASI DEL PROGETTO	2025		2026		2027	
	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem
Definizione del gruppo di lavoro, degli obiettivi, tempi e modalità di lavoro	x					
Definizione percorso e strumenti		x				
Inizio fase sperimentale			x			
Azioni di miglioramento e consolidamento del progetto				x		
Applicazione in tutte le CdC					x	
Valutazione esiti						x

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Valcamonica</p>	<p align="center">PPT 2025/2027</p> <p align="center">SCHEDA DI SINTESI PROGETTO</p>	<p align="center">M PPT 001</p> <p align="center">Rev. 00</p> <p align="center">Pag. 1 di 2</p> <p align="center">10/09/2024</p>
--	---	---

SCHEDA PROGETTO N° 18 AREA TEMATICA Presa in carico dei cronici e fragili

TITOLO	Il paziente diabetico: presa in carico da parte del MMG
RAZIONALE	Tra le malattie croniche più diffuse in Italia è sicuramente da inserire il diabete mellito. In ASST Valcamonica i pazienti diabetici sono gestiti dai medici specialisti sia presso i Presidi Ospedalieri che presso le CdC. Con il modello di PIC previsto dalla DGR n. 2755 del 15 luglio 2024 "Evoluzione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o Fragile" il MMG potrà prendere in carico i pazienti diabetici come clinical manager.
DESCRIZIONE	Il progetto prevede l'arruolamento da parte del MMG di pazienti cronici diabetici con i seguenti criteri di inclusione: sola dieta ipoglicidica, in terapia con metformina, in terapia con ipoglimizzante orale monomolecola. Lo specialista identifica tra i pazienti in carico quelli con i criteri di inclusione e ne valuta la stabilità clinica e confermandone i nominativi al MMG. Il MMG prende infine in carico il paziente predisponendo il PAI. Nel progetto il ruolo infermieristico verrà svolto: -dall'infermiera della diabetologia della CdC (qualora presente); -dall'IFeC -dall'infermiere di studio debitamente formata.
DESTINATARI	Pazienti diabetici con sola dieta ipoglicidica, in terapia con metformina, in terapia con ipoglimizzante orale monomolecola
AMBITO DI APPLICAZIONE	Presa in carico pazienti diabetici da parte di MMG aderenti alla PIC
CASE MANAGER/ REFERENTE	MMG da identificare
ENTI/ATTORI COINVOLTI	MMG, Medici diabetologi, Infermiera territoriale/IFEC
RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE	Personale infermieristico territoriale Dotazione postazione di lavoro
RISULTATO ATTESO	Incremento presa in carico della tipologia di pazienti diabetici destinatari del progetto da parte di MMG. Riduzione accessi presso gli ambulatori di diabetologia da parte dei pazienti non complessi. Incremento delle consulenze tra MMG e specialisti.

TEMPISTICHE

INIZIO 01/01/2025

FINE 31/12/2027

Mod./ASST

CRONOPROGRAMMA

FASI DEL PROGETTO	2025		2026		2027	
	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem
Incontro con referenti AFT	x					
Predisposizione procedura e modulistica	x					
Coinvolgimento primi medici che aderiscono alla sperimentazione	x					
Diffusione del progetto a tutti gli MMG interessati		x				
Incremento delle delle prese in carico			x	x	x	x

SCHEDA PROGETTO N° 19 AREA TEMATICA Presa in carico dei cronici e fragili

TITOLO	CENTRO DIURNO: luogo/non luogo per adolescenti con psicopatologia
RAZIONALE	<p>La psicopatologia grave in adolescenza rappresenta una urgenza sia sanitaria che sociale. Negli ultimi anni si è assistito a tutti i livelli ad un aumento di ragazzi e ragazze che accedono alle UONPIA; sono adolescenti fragili, sempre più isolati e soli, arrabbiati, depressi, violenti. La psicopatologia grave in adolescenza comporta l'abbandono scolastico/lavorativo/sociale con chiusura nell'ambiente familiare e/o devianza sociale e messa in atto di dinamiche che si strutturano in circoli viziosi con acuirsi dei conflitti e degli agiti aggressivi e/o distruttivi sia auto che eterodiretti.</p> <p>Il trattamento farmacologico di questi disturbi spesso comporta un carico eccessivo della componente sedativa, che di per sé non è indispensabile per la cura. L'obiettivo del lavoro della SC NPIA dell'ASST della Valcamonica è quello di garantire un processo diagnostico e di presa in carico il più precoce ed efficace possibile al fine di concretizzare interventi di prevenzione secondaria e terziaria, ridurre le conflittualità, accompagnare i ragazzi verso un percorso formativo che poi li metta in grado di avere competenze per inserirsi nel mondo del lavoro, mantenere o cercare di ripristinare un accettabile livello di sociabilità. La rete, nel contesto di vita del ragazzo, rappresenta quindi l'intervento che ha maggiori possibilità di contenere il disturbo ed evitare la cronicizzazione dello stesso. Componente necessaria della rete è il Centro Diurno, potente ponte tra l'intervento sanitario e la reintegrazione scolastico/sociale.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il Centro Diurno (C.D.) è un servizio terapeutico, riabilitativo ed educativo, uno spazio protetto, strutturato ma anche flessibile e aperto al territorio. E' parte integrante della SC di Neuropsichiatria per l'infanzia e l'Adolescenza.</p> <p>Il C.D. garantisce attraverso un'equipe multiprofessionale (medico NPI, Psicologo, Educatore, Terapista della Riabilitazione Psichiatria, Operatore socio sociosanitario e Assistente sociale) interventi personalizzati, integrati ad "alta intensità terapeutica" di natura semiresidenziale nelle condizioni in cui il solo intervento ambulatoriale risulti essere insufficiente (difficoltà nel contesto familiare, rischio o abbandono scolastico, isolamento sociale, in attesa di inserimento in Comunità Terapeutica, in uscita da un percorso residenziale, ecc).</p>
DESTINATARI	<p>Il centro può accogliere 10 adolescenti in età compresa tra 12 e 18 anni in carico ai Servizi di N.P.I.A. e ai Servizi sociali del territorio di residenza, che presentano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • disturbi di personalità • disturbi della condotta • psicosi • sindromi affettive
AMBITO DI APPLICAZIONE	Il Centro si rivolgerà a tutti gli adolescenti con le caratteristiche sopra riportate in carico alle UONPIA
CASE MANAGER/ REFERENTE	Dr. Francesco Rinaldi Direttore SC NPIA ASST della Valcamonica
ENTI/ATTORI COINVOLTI	ATS della Montagna ASST della Valcamonica ATSP della Vallecamonica Terzo settore

	Associazioni di volontariato Associazioni di familiari Associazioni per il tempo libero
RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE	
RISULTATO ATTESO	Riduzione degli inserimento in Comunità Terapeutica Aumento dell'inserimento degli adolescenti in carico al C.D. in realtà del territorio (società sportive, scuole di teatro, canto, ecc) Aumento del benessere percepito da parte dei genitori/familiari

TEMPISTICHE

INIZIO 1° semestre 2025

FINE 31/12/2027

CRONOPROGRAMMA

FASI DEL PROGETTO	2025		2026		2027	
	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem
Predisposizione documentazione, convenzioni con enti esterni per la realizzazione dei progetti personalizzati dei ragazzi/e inseriti nel C.D.	x					
Formazione operatori e volontari	x					
Apertura C.D.	x					
Attività a pieno regime del C.D.		x				
Verifica dei risultati attesi		x				
Ampliamento dei partner			x		x	
Mantenimento e monitoraggio			x	x	x	x