



DECRETO N. 1273

DEL 31/12/2024

OGGETTO: APPROVAZIONE DEL PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE (PPT) DELL'AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DI CREMONA PER IL TRIENNIO 2025-2027.

Struttura proponente: SC AFFARI GENERALI E LEGALI

Responsabile del procedimento: BONFANTI MARIANNA

IL DIRETTORE GENERALE

DOTT. EZIO BELLERI

Acquisito il parere favorevole del
DIRETTORE AMMINISTRATIVO

DOTT. GIANLUCA LEGGIO

Acquisito il parere favorevole del
DIRETTORE SANITARIO F.F.

DR.SSA MARIA LIDIA RAFFAELA SINATRA

Acquisito il parere favorevole del
DIRETTORE SOCIOSANITARIO

DR. ANGELO GARAVAGLIA



RICHIAMATO l'articolo 7 della legge regionale della Regione Lombardia 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità", così come successivamente aggiornata con le legge di riforma del 14 dicembre 2021, n. 22, che sancisce:

- al comma 2, che le Aziende Socio Sanitarie Territoriali " *concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del servizio, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona. Tale attività è volta a garantire la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio, compreso il raccordo con il sistema di cure primarie di cui all'articolo 10 e delle farmacie convenzionate, al fine di tutelare e promuovere la salute fisica e mentale....*";
- al comma 4, che "Le ASST adottano l'organizzazione interna più idonea al soddisfacimento dei bisogni di salute del territorio di riferimento sottoponendola all'approvazione della Giunta regionale e si articolano in due settori aziendali, rispettivamente definiti polo territoriale e polo ospedaliero, che afferiscono direttamente alla direzione generale";
- al comma 11, che "Il settore aziendale polo territoriale delle ASST è articolato in distretti e in dipartimenti a cui afferiscono i presidi territoriali delle stesse ASST che svolgono l'attività di erogazione dei LEA riferibili all'area di attività dell'assistenza distrettuale. Le ASST favoriscono l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie con le funzioni sociali di competenza delle autonomie locali in raccordo con la conferenza dei sindaci sulla base della valutazione dei fabbisogni del territorio elaborati dall'ATS.."
- al comma 17-ter, 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, predispone il piano di sviluppo del polo territoriale (PPT) con specifica e analitica declinazione e dettaglio su base distrettuale. Il PPT definisce la domanda di salute territoriale, la programmazione e progettazione dei servizi erogativi, assicurando l'integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con quelle sanitarie e sociosanitarie distrettuali";

VISTI i seguenti provvedimenti regionali:

- Delibera di Giunta Regionale della Regione Lombardia n. 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 standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale"";
- Delibera di Giunta Regionale della Regione Lombardia n. XI/7558/2022 "Determinazione in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023";
- Delibera di Giunta Regionale della Regione Lombardia n. XI/7592/2022 "Attuazione del DM 23 maggio 2022 n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale" – Documento regionale di programmazione dell'assistenza territoriale (primo provvedimento)";
- Delibera di Giunta Regionale della Regione Lombardia n. XII/1518/2023 "Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2023 – 2027 approvazione della proposta da trasmettere al Consiglio Regionale";



-
- Delibera di Giunta Regionale della Regione Lombardia n. XII/1827/2023 “*Determinazione in ordine agli indirizzi di programmazione del Sistema Sanitario Regionale per l’anno 2024*”;
 - Delibera di Giunta Regionale della Regione Lombardia n. XII/2089/2024 “*Approvazione delle linee di indirizzo per i piani di sviluppo del polo territoriale delle ASST (PPT) ai sensi dell’art. 7 c. 17 della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”, così come modificata dalla legge regionale di riforma del 14 dicembre 2021, n. 22, in attuazione della DGR XII/1827/2024*”, con la quale è stato individuato il contenuto essenziale del PPT 2025-2027, nel rispetto delle fonti normative di riferimento e coerentemente agli indirizzi programmatori;

DATO ATTO, pertanto che, ai sensi della normativa sopra citata, le ASST approvano, entro il 31 dicembre 2024, i Piani di Sviluppo del Polo Territoriale per il triennio 2025 – 2027, sotto la regia di ATS, aventi ad oggetto la programmazione territoriale declinata per Distretto, con indicazione delle azioni che concorrono a garantire che ogni livello di assistenza incroci correttamente la risposta dei bisogni di riferimento del proprio territorio;

RICORDATO che ai sensi della legge regionale n. 22/2021 sopra richiamata, ogni ASST ha articolato il proprio territorio in distretti coincidenti con uno o più ambiti sociali territoriali di riferimento per i Piani di zona e che, con decreto del Direttore Generale n. 150 del 29/03/2022, l’ASST di Cremona ha istituito il Distretto Cremonese corrispondente con l’ambito sociale territoriale di Cremona;

ATTESO che si è provveduto alla predisposizione del Piano di Sviluppo del Polo Territoriale per il triennio 2025-2027 attraverso un iter procedurale che, conformemente alle linee guida ed alle indicazioni regionali sopra richiamate, ha comportato:

- in una prima fase (giugno / settembre 2024): l’attivazione, secondo lo strumento della co-progettazione, di focus-group propedeutici; lo svolgimento di indagini e la raccolta di dati esitati in un’attenta analisi delle caratteristiche del territorio e dei bisogni (sanitari, sociosanitari e sociali) dei cittadini residenti; l’effettuazione di un’attenta ed approfondita attività di individuazione delle criticità e delle fragilità in materia di tutela della salute, di prevenzione e di gestione di situazioni di disagio; l’elaborazione e la pianificazione di nuove progettualità per affrontare la rapida e costante evoluzione dei bisogni;
- in una seconda fase (ottobre / dicembre 2024): l’organizzazione di workshop con tutti gli stakeholder per armonizzare la stesura del PPT nel rispetto delle diverse finalità ed allineando le diverse aree di intervento; la descrizione accurata delle attività in essere e delle progettualità previste all’interno dell’Azienda e l’integrazione con le Amministrazioni Comunali e con le Associazioni e gli Enti del Terzo Settore; l’individuazione di un linguaggio accessibile per consentire un’agevole consultazione del PPT da parte dei cittadini e dei professionisti e la definizione di obiettivi con indicatori di monitoraggio e tempi di misurazione;

DATO ATTO che la predisposizione del PPT si è fondata:

- sulla progettazione partecipata: sono stati coinvolti tutti i principali stakeholder (Distretto, Cure Primarie, professionisti dei servizi infermieristici territoriali, professionisti della salute mentale, Enti del Terzo Settore, ATS, servizi comunali, ec..) e le persone interessate ovvero impattate dal Piano;



-
- sull'interessamento di un'ampia pluralità di attori che ha consentito l'ottenimento di una collaborazione che ha favorito un dialogo aperto e costruttivo tra i partecipanti;
 - sull'innovazione: nel processo di individuazione delle modalità da porre in essere e degli strumenti di cui disporre per soddisfare i bisogni dei cittadini è emersa la necessità di introdurre l'utilizzo di strumenti messi a disposizione dell'innovazione tecnologica, in particolare la telemedicina;

VISTA la proposta di Piano di Sviluppo del Polo Territoriale per il triennio 2025-2027 rassegnata dal Direttore Socio Sanitario di concerto con il Direttore del Distretto Cremonese e con il Direttore del Distretto Oglio Po Casalasco/Viadanese ed allegata al presente provvedimento del quale costituisce parte integrante e sostanziale;

DATO ATTO che sono stati attivati appositi tavoli di consultazione che hanno provveduto ad analizzare la proposta di PPT:

- Tavolo Permanente di Consultazione in data 28 novembre 2024;
- Cabina di Regia Integrata in data 12 dicembre 2024;

DATO ATTO, altresì che, la proposta di PPT è stata presentata in seno alla Conferenza dei Sindaci dell'ASST di Cremona nella riunione del 16 dicembre 2024 e che la stessa ha espresso parere favorevole;

RITENUTO, pertanto, di approvare la proposta del Piano di Sviluppo del Polo Territoriale per il triennio 2025 – 2027;

PRESO ATTO dell'attestazione resa dal Responsabile del procedimento in ordine alla regolarità tecnica del presente provvedimento;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario f.f. e del Direttore Sociosanitario;

DECRETA

1. di approvare il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale per il triennio 2025 – 2027, in ottemperanza a quanto stabilito dall'articolo 7, comma 17-ter della legge regionale della Regione Lombardia 30 dicembre 2009, n.33, allegato al presente provvedimento del quale costituisce sua parte integrante e sostanziale;
2. di dare atto che dall'adozione del presente provvedimento non derivano oneri a carico del bilancio aziendale;
3. di dare atto che il presente provvedimento è immediatamente esecutivo ai sensi dell'art.17, comma 6, della legge regionale della Regione Lombardia 30 dicembre 2009, n. 33.

IL DIRETTORE GENERALE

DOTT. EZIO BELLERI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE 2025-2027

INDICE

1. INTRODUZIONE AL PIANO DI SVILUPPO TERRITORIALE DELL'ASST CREMONA	4
2. GLOSSARIO	6
3. ANALISI DEL CONTESTO	8
3.1 DOMANDA DI SALUTE E BISOGNI SOCIALI DEL TERRITORIO	8
3.2 I SERVIZI E LE RISORSE DELLA RETE TERRITORIALE DI ASST CREMONA.....	16
3.3 FUNZIONI E ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE DI ASST CREMONA.....	24
4. PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE	30
5. AREE DI INTERVENTO	37
5.1 AREA DELLE CURE PRIMARIE	37
5.2 AREA DELLA DISABILITÀ.....	39
5.3 AREA DELLA DOMICILIARITÀ E DELLA PRESA IN CARICO	43
5.4 AREA DELLA FAMIGLIA E DELLA TUTELA DEI MINORI.....	47
5.5 AREA DELLA PREVENZIONE	51
5.6 AREA DELLA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE	53
5.7 AREA DEI SERVIZI DISTRETTUALI	57
6. VALUTAZIONE DEGLI INDICATORI E DEGLI OBIETTIVI DEL PPT E RENDICONTAZIONE	61
7. PROCESSO DI IMPLEMENTAZIONE DEL PPT E SUA REVISIONE	65
8. RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	67
NORMATIVA	67
SITOGRAFIA	70
BIBLIOGRAFIA.....	71
ALLEGATI	72
SCHEDA AREA DELLE CURE PRIMARIE.....	72
SCHEDA AREA DISABILITÀ.....	80
SCHEDA AREA DOMICILIARITÀ E PRESA IN CARICO	86

SCHEDA AREA DELLA FAMIGLIA E DELLA TUTELA DEI MINORI	95
SCHEDA AREA PREVENZIONE	120
SCHEDA AREA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE.....	132
SCHEDA AREA DEI SERVIZI DISTRETTUALI.....	149

1. INTRODUZIONE AL PIANO DI SVILUPPO TERRITORIALE DELL'ASST CREMONA

I Piani di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT), desiderano rispondere dal punto di vista organizzativo alle mancate integrazioni delle molteplici strutture e servizi già esistenti sul territorio ma in difficile dialogo tra loro. La Deliberazione della Giunta Regionale (DGR) 2089/2024 di Regione Lombardia del marzo scorso ha fornito indirizzi per la stesura dei PPT, declinati su base distrettuale, in capo alle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) in concerto con i Piani di Zona dei Comuni.

Prima di addentrarci nello sviluppo del presente Piano che desidera operare una sinergia fattiva e concreta tra la sfera sanitaria, quella sociosanitaria e quella sociale, al servizio della popolazione della Provincia di Cremona, appare doveroso formulare una breve premessa di contesto. La sezione del Piano dedicata all'analisi dei bisogni sociosanitari ne rileva il costante ed inarrestabile aumento, in conseguenza di molteplici fattori, tra i quali quelli di maggior rilievo sono costituiti dall'*inverno demografico* – rappresentato da una piramide quasi rovesciata – anziani su giovani – dall'emigrazione dei giovani cittadini di Cremona e della scarsa alfabetizzazione su corretti e sani stili di vita e promozione della salute, rappresentata da screening spesso deserti.

Eppure, Cremona con la sua Provincia è una terra ricchissima di risorse che può ricollocarsi in rilancio del proprio territorio: insieme ai determinanti sanitari della salute (genetica, accesso alle cure, stili di vita), l'Organizzazione Mondiale della Salute chiama anche determinanti il lavoro, l'ambiente e le relazioni di comunità.

Cremona e Provincia con i suoi 353.537 cittadini, conserva uno straordinario patrimonio di risorse artistiche, culturali, agroalimentari, gastronomiche. La liuteria è diventata Patrimonio dell'Unesco e stabilisce un flusso di contro emigrazione, perché in questa città gli artisti vengono a formarsi. Date le bellezze artistiche della città, Cremona diventa una perla del turismo: vi sono percorsi organizzati per i Musei Civici, il Sistema Museale "Cremona Musei" ed i rapporti con l'Associazione Culturale e con Enti e Istituzioni per la realizzazione di attività ed eventi culturali. Tra queste istituzioni, la Fondazione Museo del Violino Antonio Stradivari Cremona, la Fondazione Teatro Ponchielli, il Conservatorio Claudio Monteverdi di Cremona e la Fondazione Stauffer.

Da qualche anno Cremona si sta trasformando in città universitaria grazie alla presenza delle sedi dell'Università degli studi di Pavia, del Politecnico di Milano, dell'Università degli Studi di Brescia e dell'Università Cattolica del Sacro Cuore.

La Città e la Provincia stanno collaborando con Regione Lombardia per rafforzare la comunicazione e la promozione integrata delle proprie attrazioni, posizionandosi come una meta che combina cultura, bellezza naturale (i percorsi lungo il fiume Po) e tradizioni enogastronomiche. Anche il Casalasco, con Casalmaggiore e gli altri comuni sono ricchi di risorse economiche legate all'agricoltura ed all'industria locale oltre che di beni culturali, castelli ed edifici religiosi di grande pregio ed interesse.

I dati indicano nel 2024 un incremento del 14% della presenza di turisti rispetto al 2023 ed i primi tre mesi del 2024 hanno registrato un aumento del 26% dei pernottamenti nelle strutture alberghiere rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.

Riguardo all'economia, Cremona e Provincia sono a vocazione prevalentemente agricola, tendenza che sta riemergendo con i progetti "*Greening the Economy with Agriculture*": la Green Economy continua a vedere un trend in salita e può rappresentare una vera occasione di investimento e reddito per la Provincia di Cremona. Tra le industrie, quella dolciaria è tra le migliori d'Italia, riconosciuta d'eccellenza nel mondo. Anche qui il riposizionamento di queste attività può rappresentare una fonte di benessere economico in recupero.

La Provincia di Cremona nel 2024 si è collocata al secondo posto in Italia sul versante della sicurezza sociale, guadagnando 11 posizioni rispetto allo scorso anno ed ha raggiunto la 25esima posizione per la qualità della vita resa. La graduatoria è stata costruita considerando 107 territori e nove diversi ambiti di riferimento.

Questi dati sono stati raccolti nell'ambito di una ricerca condotta dall'Università "La Sapienza" di Roma e pubblicati sul quotidiano "Il Corriere della Sera".

Questa premessa è volta ad indicare ed a disegnare alcune possibili soluzioni di *Welfare* per il Piano di Sviluppo Territoriale nel quale una delle maggiori preoccupazioni consiste nel reperimento dei fondi: se le risorse del territorio sono così importanti e posizionanti Città e Provincia, intrecciando l'ecosistema produttivo con quello dei servizi l'ASST Cremona ed i Comuni del territorio potranno far fronte alle sfide richieste in risposta ai bisogni sanitari, sociosanitari e sociali. Per favorire il rilancio economico, è dunque necessario un lavoro di coordinamento tra enti pubblici e privati.

I Distretti (due nel caso dell'ASST Cremona) erogano i servizi sanitari e sociosanitari, declinati nelle sette aree qui menzionate: l'Area della Disabilità, l'Area della Prevenzione, l'Area delle Cure Primarie, l'Area della Domiciliarità e presa in Carico, l'Area della Salute Mentale e delle Dipendenze, l'Area della Famiglia e della Tutela ai Minori, l'Area dei Servizi Distrettuali.

Questo PPT è stato ideato e redatto in chiave di progettazione partecipata, modalità essenziale per ridisegnare i servizi: gli stakeholder principali sono stati coinvolti (Distretto, Responsabili delle Cure Primarie, Professionisti dei Servizi Infermieristici Territoriali, Professionisti della Salute Mentale, Enti del Terzo Settore, ATS, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Servizi Comunali, Volontariato e Associazionismo) così come le persone interessate o impattate dal Piano. La co-progettazione si basa sul principio in relazione al quale coloro che saranno attori nell'ambito dei Servizi devono contribuire al processo programmatico e decisionale.

Si è pertanto lavorato secondo il principio dell'inclusività, coinvolgendo una pluralità di attori, di professionisti e di organizzazioni, nell'ambito di una collaborazione che ha favorito un dialogo aperto e costruttivo tra i partecipanti, sull'adattabilità, con l'intenzione di valutare le priorità emergenti dei diversi gruppi, sanitario e sociale.

Si è lavorato in squadra sull'innovazione, considerando i bisogni dei cittadini e dei professionisti coinvolti ma anche l'entità delle risorse e l'impatto delle innovazioni tecnologiche, come quelle offerte dalla telemedicina e dall'intelligenza artificiale.

In prospettiva la co-progettazione dovrà estendersi anche ai cittadini per consentire loro di sentirsi protagonisti e co-autori delle trasformazioni e favorire lo sviluppo di un vero e proprio patto di fiducia tra la popolazione e le istituzioni. Già oggi, in ogni caso, la voce dei cittadini è presente e viene tenuta in debita considerazione mediante gli strumenti di misurazione della qualità percepita dei servizi.

Questo PPT è in accordo con tutti gli obiettivi di sviluppo sostenibile (*Sustainable Development Goals*) dell'agenda delle Nazioni Unite 2030, riferimento necessario per la promozione del benessere delle Persone, delle Comunità e dei Territori che abitiamo.



2. GLOSSARIO

ACN – Accordo Collettivo Nazionale

ADHD – Attention Deficit and Hyperactivity Disorder

ADI – Assistenza Domiciliare Integrata

ADP – Assistenza Domiciliare Programmata

AFA – Attività Fisica Adattata

AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale

AIR – Accordi Integrativi Regionali

ALER – Aziende Lombarde per l'Edilizia Residenziale Pubblica

ASST – Aziende Socio-Sanitarie Territoriali

ATS – Agenzia di Tutela della Salute

BPCO – Broncopneumopatia cronica ostruttiva

BRO – Basso Rischio Ostetrico

C-DOM – Cure Domiciliari

CA – Continuità Assistenziale

CCE – Cartella Clinica Elettronica

CdC – Case della Comunità

CDCD – Centri per Deficit Cognitivi e Demenze

CDD – Centri Diurni Disabili

CDI – Centri Diurni Integrati

CeDAP – Certificati di Assistenza al Parto

CHAT – Checklist for Autism in Toddlers

ConCaSS – Consorzio Casalasco Servizi Sociali

COT – Centrale Operativa Territoriale

CPAP – Continuous Positive Airway Pressure

CPS – Centro Psico Sociale

CReSc – Chronic Related Score

CSE – Centri Socio-Educativi

CSI – Cartella Sociale Integrata

CSS – Comunità Socio-Sanitarie

CSV – Centri di Servizio per il Volontariato

CVI – Centri per la Vita Indipendente

DAMA – Disabled Advanced Medical Assistance

DCP – Dipartimento Cure Primarie

DESI – Digital Economy and Society Index

DFP – Dipartimento Funzionale Di Prevenzione

DGR – Deliberazione Giunta Regionale

DIPS – Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria

DNA – Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione

DSA – Disturbi Specifici dell'Apprendimento

DSMD – Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze

DSS – Distretto Socio Sanitario

EBM – Evidence Based Medicine

EE – Età Evolutiva

EFA – Esercizio Fisico Adattato

ETS – Ente Terzo Settore

EVM – Equipe di Valutazione Multidimensionale

FNA – Fondo per la Non Autosufficienza

FSE – Fascicolo Sanitario Elettronico

FSR – Fondo Sanitario Regionale

GAP – Gioco d'Azzardo Patologico

GAP – Gioco d'Azzardo Patologico

GPDR – General Data Protection Regulation

IAN – Incontri di accompagnamento alla nascita

ICA – Infezioni Correlate all'Assistenza

IFeC – Infermiere di Famiglia e Comunità

IFO – Incarichi di Funzione

IST – Infezioni Sessualmente Trasmesse

LEA – Livelli Essenziali di Assistenza

LEPS – Livelli Essenziali Prestazioni Sociali

MAP – Medici di Assistenza Primaria

MCNT – Malattie Croniche Non Trasmissibili

MCQ – Miglioramento Continuo della Qualità

MEF – Ministero Economia e delle Finanze

MIA – Movimento Incontro Ascolto

MMG – Medico Medicina Generale

NAD – Nutrizione Artificiale Domiciliare

NANP – Neuropsichiatria infantile e adolescenza non autistici e non psichiatrici

NFA – Nucleo Funzionale Autismo

NPI – Neuropsichiatria Infantile

NUE – Numero Unico europeo per le Emergenze

OCSM – Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale

OdC – Ospedale di Comunità

PAI – Piano Assistenziale Individualizzato

PdF – Pediatria di Famiglia

PDTA – Percorsi Diagnostici, Terapeutici e Assistenziali

PDZ – Piano di Zona

PI – Progetto Individualizzato

PIC – Presa in Carico del paziente

PLS – Pediatra di Libera Scelta

PNPV – Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale

PNRR – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

POAS – Piano di Organizzazione Aziendale Strategico

PPT – Piani di Sviluppo dei Poli Territoriali

PrEP – Profilassi Pre-Esposizione

PSD – Progetto di Sorveglianza Domiciliare

PUA – Punti Unici di Accesso

PUC – Progetti di Utilità Collettiva

RL – Regione Lombardia

ROI – Return Of Investment

RSA – Residenze Sanitarie Assistenziali

RSD – Residenze Sanitarie per Disabili

RUNTS – Registro Unico Nazionale del Terzo Settore

SAD – Servizio Assistenza Domiciliare

SAI – Sistema Accoglienza Integrazione

SASHA – Support and Advice System for Health Admin

SC – Struttura Complessa

SDO – Schede di Dimissione Ospedaliera

SDQ – Questionario Disagio Pre-adolescenziale/Adolescenziale

SerD – Servizio per le Dipendenze

SGDT – Sistema di Gestione Digitale del Territorio

SINPIA – Società Italiana Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza

SIPRL – Sistema Informativo Psichiatria Regione Lombardia

SPDC – Servizio Psichiatrico Diagnosi E Cura

SSN – Sistema Sanitario Nazionale

UCAD – Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali

UCP-DOM – Unità di Cure Palliative Domiciliari

UDO – Unità di Offerta

UONPIA – Unità Operativa Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza

UOP – Unità Operative Psichiatria

UPG – Ufficio di Protezione Giuridica

URP – Ufficio Relazioni con il Pubblico

UVA – Unità Valutazione Alzheimer

UVM – Unità Valutazione Multidimensionale

VRS – Virus Respiratorio Sinciziale

WHP – Workplace Health Promotion

WIN4ASD – Web Italian Network for Autism Spectrum Disorder

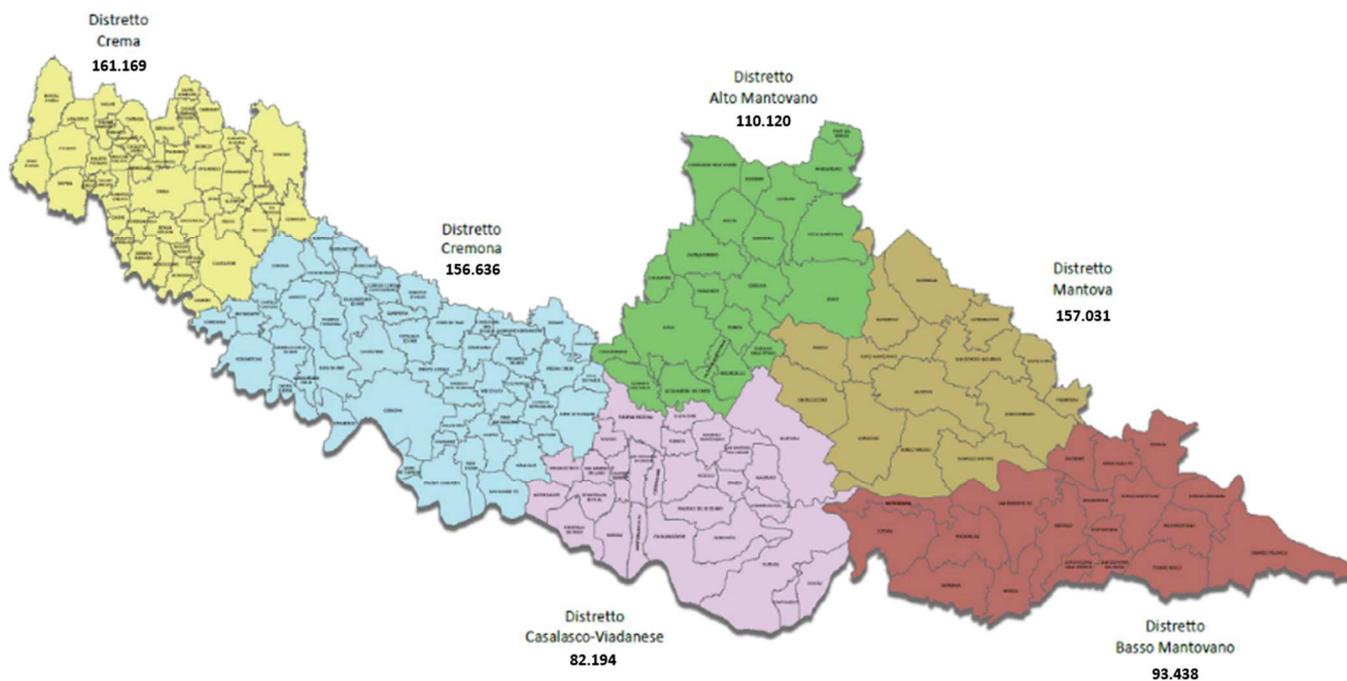
3. ANALISI DEL CONTESTO

Caratteristiche demografiche ed epidemiologiche della popolazione afferente all'intero territorio di ATS Val Padana ed ai singoli Distretti

3.1 DOMANDA DI SALUTE E BISOGNI SOCIALI DEL TERRITORIO

L'analisi di un contesto sociosanitario territoriale è un'azione complessa e rappresenta la prima fase dalla quale partire per elaborare scelte coerenti ed innovative. La lettura e l'interpretazione dei dati di riferimento permettono di individuare le priorità e le criticità da affrontare e di delineare l'evoluzione della domanda di salute e dei bisogni del territorio. I primi indicatori utili riguardano le caratteristiche della composizione della popolazione.

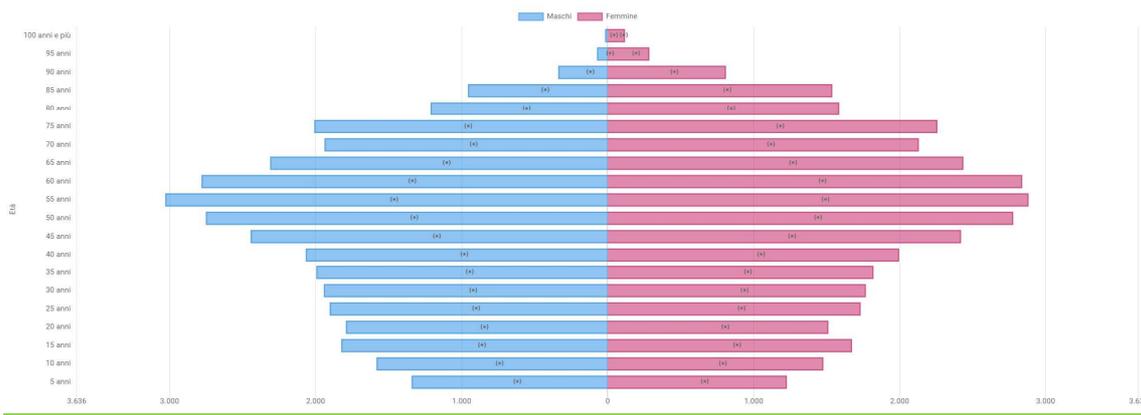
La provincia di Cremona conta 353.537 persone con una rappresentazione sostanzialmente omogenea tra i due sessi principali (178.213 femmine e 175.324 maschi).



Numero abitanti suddivisi per Distretto di residenza, 01/01/2024

Italia, regioni, province

Territorio: Cremona, Frequenza: Annuale, Indicatore: Popolazione al 1° gennaio, Stato civile: Totale, Tempo: 2024

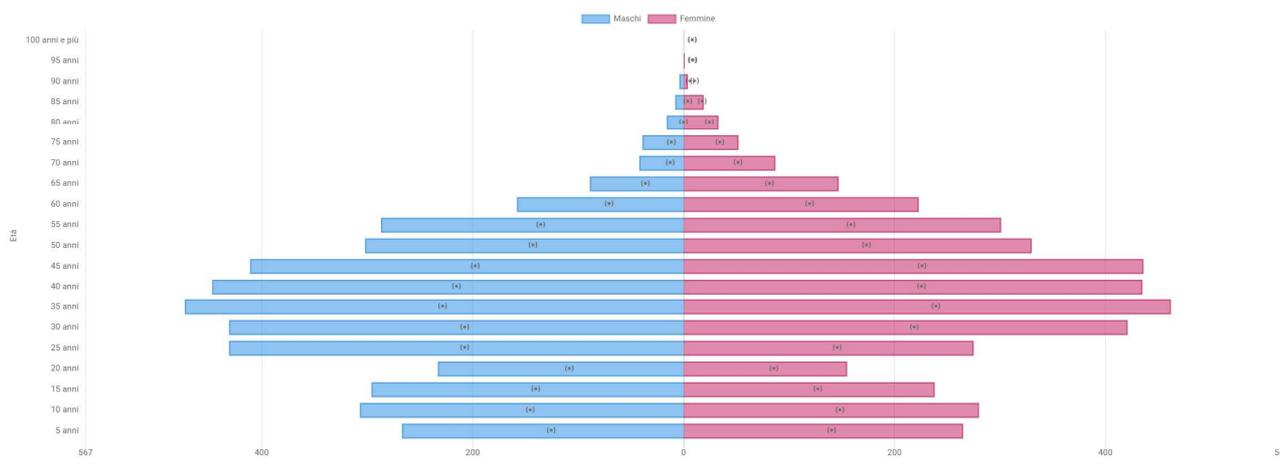


Popolazione Provincia di Cremona per genere e fascia d'età; fonte dati ISTAT 01 gennaio 2024

La struttura per età della popolazione residente mostra la configurazione classica che si riscontra nei Paesi Occidentali, ovvero una minore rappresentatività della popolazione nelle fasce estreme, a fronte di una maggiore presenza di popolazione nelle fasce centrali.

stranieri residenti nella provincia di CR

Frequenza: Annuale, Territorio: Cremona, Indicatore: Popolazione al 1° gennaio, Tempo: 2024



Cittadini Stranieri Provincia di Cremona; fonte ISTAT 01 gennaio 2024

La tabella che segue presenta alcuni degli indicatori demografici più rappresentativi della struttura della popolazione confrontati con altri livelli territoriali.

La popolazione di ATS Val Padana è più anziana e presenta un tasso denatalità inferiore rispetto alla media lombarda ed al resto d'Italia, accanto ad una quota consistente di stranieri residenti, che contribuisce, a colmare in parte il ricambio generazionale attenuando gli effetti dell'invecchiamento della popolazione.

INDICATORI	DISTRETTO		ATS VAL PADANA	LOMBARDIA	ITALIA
	CREMONESE	OGLIO PO CASALASCO /VIADANESE			
n° comuni	48	27 (17 area casalasco)	177	1.504	7.901
kmq	867,3	694,3	4.111,8	23.863,1	302.068,3
densità	179,1	117,7	183,8	417,0	194,8
pop tot	155.369	81.693	755.865	9.950.742	58.850.717
pop 0-14 anni	18.615	10.045	93.770	1.276.816	7.334.174
pop 65+	40.588	20.467	186.348	2.327.672	141.77.445
% pop 65+	26,1	25,1	24,7	23,4	24,1
indice di vecchiaia	218,0	203,8	198,7	182,3	193,3
decessi	2.190	1003	9.474	111.930	713.499
nati	976	534	4.823	67.367	392.598
indice di natalità	6,3	6,5	6,4	6,8	6,7
indice di dipendenza	61,6	59,6	58,9	56,8	57,6
saldo naturale	-1214	-469	-4.651	-44.563	-320.901
crescita naturale	-7,8	-5,7	-6,2	-4,5	-5,4
saldo migratorio	898	221	4.386	52.301	141.485
saldo della popolazione	-316	-248	-265	7.738	-179.416
% stranieri	13,4	14,2	12,7	11,7	8,6

Principali indicatori demografici. Anno 2022

Cittadini stranieri

Se si osservano i dati relativi agli stranieri residenti nella Provincia di Cremona, si nota una minor tendenza all'invecchiamento rispetto alla popolazione italiana: si evidenzia infatti come la classe in età lavorativa e in età feconda sia quella più rappresentata, seguita da quella 0-14, con una lieve "strozzatura" delle classi 15-19 e 20-24.

Speranza di vita

Il dato più recente relativo alla speranza di vita (2022), disponibile solo a livello provinciale, mostra per gli abitanti della provincia di Cremona una speranza di vita lievemente inferiore rispetto a quella media della Lombardia, ma superiore rispetto a quella Nazionale.

	Speranza di vita M	Speranza di vita F
Cremona	80.7	84.8
Lombardia	80.8	85.4
Italia	80.5	84.8

Speranza di vita alla nascita

I dati del saldo demografico (il rapporto tra nascite e decessi) in negativo da anni è addirittura raddoppiato rispetto a dieci anni fa: il disavanzo fra nuovi nati e decessi è passato da -942 del 2012 a -2.111 del 2022. Parallelamente si registra una significativa emigrazione di giovani adulti. In un territorio in cui la fascia di popolazione compresa tra gli 0 e i 14 anni rappresenta l'11,9% del totale mentre gli over 65 sono il 25% si presenterà un significativo problema di tenuta non solo ai fini previdenziali: meno bambini, meno scuole, meno giovani nel mondo del lavoro comporteranno difficoltà per le attività produttive di ogni genere e tipologia, dal lavoro intellettuale a quello industriale ed agricolo, dal manifatturiero ai servizi. La tendenza all'invecchiamento è confermata anche dall'andamento del mercato del lavoro e dai dati che riguardano le prestazioni pensionistiche e l'erogazione di ammortizzatori sociali.

Mercato del lavoro

Nel contesto demografico cremonese che rispecchia l'“inverno demografico nazionale”, i dati relativi al mercato del lavoro evidenziano segnali di fragilità che possono avere conseguenze sul sistema sociosanitario. I lavoratori attivi nel cremonese sono 150.681 (42,6% sul totale della popolazione) e i pensionati ben 100.626 (28,4% sul totale della popolazione). Le ore di cassa integrazione autorizzate dall'Inps nel 2023 sono tornate a crescere, passando dalle 257mila del 2022 a 306mila.

Il 2023 pare essere stato l'anno della svolta, ancorché i dati macroeconomici del territorio mostrino una ripresa non ancora in equilibrio. Osserviamo un tasso di occupazione in crescita di quattro punti percentuali rispetto all'anno precedente (nel 2022 era al 65%, nel 2023 al 69%) e quello di disoccupazione risulta più che dimezzato (dal 5,4% al 2,6%). Il saldo tra assunzioni e cessazioni è positivo. Guardando alle tipologie contrattuali lo scenario indica ancora che prevalgono altre forme contrattuali, fermo restando l'importanza del contratto a tempo indeterminato. Nel 2023 sono state 8.717 le assunzioni a tempo indeterminato a fronte di 11.322 cessazioni. Lo scenario per i contratti a tempo indica che ne sono stati attivati 14.835 a fronte di 9.483 cessazioni.

L'occupazione femminile e giovanile rappresenta un vulnus nel mondo del lavoro ed ancora oggi sono necessari urgenti interventi per dar vita a condizioni più eque e gratificanti per le persone.

Rimane infatti il *gap* nell'accesso al lavoro che, sul piano di genere, viene confermato anche dal punto di vista retributivo. Il reddito medio giornaliero delle donne cremonesi impiegate nel settore privato è di 75 euro, per gli uomini tale cifra sale a 106. Nell'ambito delle strutture pubbliche la forbice nella retribuzione di donne (102 euro) e uomini (133 euro) è di circa 30 euro. Nel territorio cremonese vi è una disparità del 30% di retribuzione fra donna e uomo rispetto ai dati Istat del 2023 che indicano una disparità del 20%. Ancor più accentuato è il divario pensionistico: le ex lavoratrici dipendenti percepiscono un importo medio mensile di 1.031 euro contro i 2.051 euro mensili degli uomini. Una disparità confermata in tutti i settori: le pensionate del pubblico in media percepiscono 700 euro in meno (1.670 euro) rispetto ai loro omologhi uomini (2.365 euro), così come per le lavoratrici autonome che, una volta in pensione, percepiscono una media di 801 euro a fronte dei 1.493 euro degli uomini. L'occupazione giovanile ed il superamento del *gap* di genere sia sulle assunzioni, sia sugli stipendi, costituiscono pertanto un punto d'attenzione e di necessario cambiamento che le Associazioni Datoriali, i servizi sociali e comunali devono necessariamente portare avanti.

Il quadro sanitario

L'analisi della distribuzione della prevalenza delle diverse malattie croniche e quindi anche delle principali cause di decesso è di fondamentale importanza non solo per la programmazione delle attività sanitarie in termini di risposta ai bisogni di salute espressi, ma anche per una corretta ed efficace programmazione e pianificazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute.

Per una corretta analisi dei dati occorre premettere che la popolazione 2023 residente nei 65 comuni ricompresi nel territorio della ASST di Cremona è di 192.368 abitanti, mentre la popolazione complessiva dei due distretti (Cremona + Oglio Po Casalasco/Viadanese) è di 238.830 abitanti.

Ai fini di questa analisi si prendono in considerazione i bisogni sanitari relativi alla popolazione dei due Distretti. Alla raccolta ed alla risposta di questi bisogni concorrono, per il distretto Oglio Po Casalasco/Viadanese la somma dei servizi sanitari e sociosanitari erogati dalle due Aziende Socio Sanitarie di Cremona e di Mantova. I rapporti interaziendali sono definiti con apposita convenzione adottata con decreto n° 325 del 5 luglio 2022 in scadenza al 31 dicembre 2024. In sede di rinnovo verranno dettagliati gli accordi integrati tra i piani di sviluppo del polo territoriale delle due ASST ed i Piani di Zona dei diversi Ambiti per portare a compimento il rapporto funzionale ad elevata integrazione e collaborazione tra il territorio casalasco e quello viadanese. La convenzione che verrà adottata sarà parte integrante di questo piano in quanto esplicherà le azioni sinergiche che le due Aziende Sanitarie introdurranno per il potenziamento dell'offerta sociosanitaria e sanitaria nel Distretto.

Il numero totale dei cronici residenti nei due Distretti è di 92.317 pari al 38% della popolazione, lievemente superiore alla media regionale. È tuttavia da tenere presente che sul territorio dell'ASST di Cremona è presente un'elevata quantità di Unità d'Offerta Socio Sanitaria, che rappresenta il 12% di tutti i posti a contratto della Rete Regionale Residenziale per le persone disabili (RSD-CSS) ed il 4,8% dei posti a contratto della Rete Residenziale Regionale per le persone anziane (RSA).

Come atteso, la prevalenza di cronici (il numero di assistiti cronici diviso per la popolazione) cresce con l'età, passando dal 5% dei più giovani al 90% dei soggetti con 75 anni di età o più. Gli assistiti cronici pluri-patologici (Livello 1) costituiscono il 2% del totale degli assistiti, con limitate variazioni di zona (dato aggiornato al 2022, con confronto anche con ATS Val Padana).

	N	0-19 anni	19-64 anni	65-74 anni	75+ anni	Totale
Distretto						
Cremonese	61.845	5%	30%	73%	90%	40%
Oglio Po Casalasco/Viadanese	30.472	6%	28%	70%	89%	37%

Prevalenza di assistiti cronici per fasce d'età

	Livello			Totale
	1	2	3	
Distretto				
Cromonese	2%	15%	22%	39%
Oglio Po Casalasco/Viadanese	2%	14%	21%	37%
ATS VAL PADANA	2%	15%	21%	38%

*Prevalenza di assistiti cronici per livelli di complessità **

*Livello 1: n. patologie croniche: >= 4

Livello 2: n. patologie croniche: 2-3

Livello 3: n. patologie croniche: 1

	Livello			Totale
	1	2	3	
Distretto Cremonese	4%	39%	57%	100%
Oglio Po Casalasco/Viadanese	4%	38%	57%	100%
ATS VAL PADANA	5%	39%	56%	100%

*Distribuzione dei livelli di complessità **

	Cremonese	Oglio Po Casalasco/Viadanese	ATS VAL PADANA
Categoria			
AUTOIMMUNI	2%	2%	3%
BRONCOPATICI	5%	4%	4%
CARDIOPATICI	26%	24%	25%
DIABETICI	8%	8%	7%
ENDOCRINOPATICI	13%	11%	13%
GASTROPATICI	2%	2%	2%
HIV	0%	0%	0%
INSUFFICIENTI RENALI	1%	1%	1%
NEOPLASTICI	8%	7%	7%
NEUROPATICI	2%	2%	2%
TUTTE LE MALATTIE CRONICHE	40%	37%	38%

Prevalenza malattie croniche

Analizzando la prevalenza per grandi gruppi di malattie croniche, le variazioni interzonalari sono sempre comprese in un range di due-tre punti percentuali.

Nel 2022, tra i residenti di ATS Val Padana, sono stati registrati 9.516 decessi, dato in linea con quelli del 2021 e leggermente superiori a quelli degli anni pre-pandemia. Nel Distretto Cremonese e nell'ambito di Casalmaggiore, la causa di morte più frequente è costituita dal complesso delle malattie del sistema cardiocircolatorio (3.344 decessi), seguita dai tumori maligni (2.369 decessi). Infine, 319 persone sono decedute nel 2022 per cause violente (traumatismi o avvelenamenti).

Di seguito si riportano i dati di mortalità suddivisi per Ambito. Il numero assoluto di decessi nel quinquennio 2018-2022 è accompagnato dal tasso ottenuto tramite standardizzazione diretta, per poter confrontare territori con diversa distribuzione per età. L'intervallo di confidenza del tasso permette di valutarne la precisione.

TUTTE LE CAUSE

	ANNI 2018-2022		tassi per 100000 std EU13	
	N° di decessi	Tasso	inf	sup
Casalasco	2432	905.24	868.52	943.29
Cremonese	11358	949.57	931.76	967.68

SISTEMA CIRCOLATORIO

	ANNI 2018-2022		tassi per 100000 std EU13	
	N° di decessi	Tasso	inf	sup
Casalasco	733	254.65	236.11	274.48
Cremonese	3766	294.75	285.24	304.54

APPARATO RESPIRATORIO

	ANNI 2018-2022		tassi per 100000 std EU13	
	N° di decessi	Tasso	inf	sup
Casalasco	247	84.58	74.13	96.32
Cremonese	614	64.73	60.26	69.50

TUTTI I TUMORI

	ANNI 2018-2022		tassi per 100000 std EU13	
	N° di decessi	Tasso	inf	sup
Casalasco	569	237.25	217.64	258.29
Cremonese	2902	265.39	255.61	275.47

TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI

	ANNI 2018-2022		tassi per 100000 std EU13	
	N° di decessi	Tasso	inf	sup
Casalasco	91	37.31	29.74	46.37
Cremonese	364	33.82	30.30	37.67

Le fragilità

Accanto al quadro della cronicità, le fragilità a livello sociale presenti nel territorio sono un'area di intervento su cui il sistema sociosanitario è chiamato a intervenire in modo esteso, con competenze specialistiche e con sistemi di cura che coniugano professionalità tecniche e sensibilità relazionali ed organizzative.

I fenomeni di grave marginalità a Cremona si inseriscono in un contesto caratterizzato da una buona capacità di intercettazione delle situazioni di vulnerabilità da parte del sistema e quindi da una elevata percentuale di assistiti sulla popolazione residente (4,68%).

L'aumento progressivo delle situazioni di fragilità sino ad inizio del 2020 era in linea con l'andamento regionale così come l'incidenza della povertà relativa nell'Ambito sociale di Cremona, nel 2019 il 6,6%. La fascia più colpita da situazioni di grave deprivazione materiale era quella tra i 50 e i 65 anni. Con il prolungarsi della crisi sanitaria e sociale, le condizioni di grave povertà sono aumentate: vi è un aumento delle persone bisognose di un supporto per l'assistenza nei bisogni primari, come quello alimentare, che coinvolge anche famiglie mono-genitoriali con più di tre bambini.

Non sono disponibili dati aggiornati sul territorio, tuttavia è possibile ipotizzare un passaggio nella fragilità di una fascia di popolazione già in stato di precarietà economica, che prima della pandemia riusciva a mantenersi senza il supporto dei Servizi Sociali.

Le richieste più numerose cui hanno fatto fronte le reti istituzionali e quelle del Terzo Settore (CremonAiuta per la Città e numerose altre Associazioni per i restanti Comuni dell'Ambito) hanno riguardato nella prima fase della pandemia (marzo-settembre 2020) soprattutto il sostegno alimentare ed economico. Successivamente è diminuita la richiesta di sostegno alimentare (compensata dai sostegni pubblici) e si è mantenuta quella di aiuto economico abbinata alla richiesta di lavoro.

I dati delle misure emergenziali dei Comuni messe in atto in termini di sostegno economico (buoni spesa, ecc.) evidenziano un elevato numero di richieste provenienti sia da soggetti già in carico, sia da lavoratori precari che si sono trovati senza lavoro e privi di ammortizzatori sociali, come la cassa integrazione ed altre tutele.

La fragilità estrema riguarda bisogni molto diversi fra loro che vanno dalle necessità abitative e di prima accoglienza, determinate da un precario stato economico, a situazioni di vulnerabilità mentale e fisica delle persone che si sono rivolte ai servizi di prima e seconda accoglienza.

Una stima indiretta della fragilità sociale e quindi dei fenomeni di marginalità può derivare dall'analisi del sistema della cartella sociale informatizzata. L'Ambito di Casalmaggiore ha registrato nel 2024 circa 3500 cartelle aperte ed accessibili a tutti i professionisti chiamati a dare risposta; il 23% riguarda persone anziane, il 38% famiglie con minori, il 19% persone con disabilità, mentre il restante 20% si riferisce alla così detta multiutenza.

I dati raccolti dai diversi servizi mostrano una tendenza in linea con quanto registrato a livello inter-distrettuale: seppur l'Ambito Casalasco abbia una popolazione inferiore rispetto a quella del Distretto Cremonese, sono

sempre di più i cittadini in stato di fragilità e precarietà lavorativa ed economica che si rivolgono ai servizi del territorio.

Il servizio inserimenti lavorativi, ad esempio, normalmente connotato per l'attivazione di percorsi di tirocinio rivolti alle persone con disabilità, ha visto un forte incremento di richieste da parte dei servizi sociali anche per persone in uno stato di vulnerabilità (circa il 50% delle prese in carico).

Nel triennio 2021-2023 si è inoltre assistito all'incremento delle emergenze abitative: sono stati infatti attivati 24 progetti di pronto intervento abitativo attraverso convenzioni con strutture diverse.

Infine, se nel corso del triennio in cui era disponibile il reddito di cittadinanza, i beneficiari complessivamente sono stati 432, nei primi 8 mesi di avvio della nuova misura sociale dell'assegno di inclusione, le domande sono state 136 (in 8 mesi si è registrato un numero di domande pari a più del 32% di quelle riferite ai 36 mesi precedenti).

Altro strumento da citare è quello denominato: "Carta dedicata a te", iniziativa per permettere ai cittadini di accedere a servizi e benefici in modo più semplice e veloce: solo nel comune di Casalmaggiore ne hanno beneficiato 170 nuclei famigliari nel corso del mese di settembre 2024.

La misura consiste in un unico contributo economico per nucleo familiare di 500,00 € erogato attraverso carte elettroniche di pagamento, prepagate, per l'acquisto di beni di prima necessità.

Prospettive future

Le caratteristiche demografiche della popolazione (invecchiamento, migrazione e denatalità), il progressivo adattamento delle nuove generazioni all'evoluzione tecnologica (tecnologie digitali, telemedicina e app mediche), la disponibilità di tecnologie mediche sempre più sofisticate (disponibilità diagnostiche, terapeutiche e riabilitative con meccanismi innovativi per il recupero e la stabilizzazione dello stato di malattia) sono le nuove sfide dove le nuove scoperte digitali possono veramente aiutare la sostenibilità del servizio sanitario e sociale. Un'attenzione particolare dovrà essere dedicata alla possibile progressiva riduzione delle risorse disponibili (riduzione del gettito fiscale a causa della progressiva diminuzione della popolazione in età lavorativa). È necessario quindi intervenire proattivamente con una robusta pianificazione strategica su previsioni attendibili dei futuri scenari, in una logica di cooperazione tra i servizi, i dipartimenti, i ruoli e le persone, ingaggiando gli stessi cittadini affinché possano essere promotori di risposte e soluzioni innovative.

3.2 I SERVIZI E LE RISORSE DELLA RETE TERRITORIALE DI ASST CREMONA

La rete territoriale di ASST Cremona comprende servizi e risorse per affrontare sia i bisogni sociosanitari che riguardano la salute, sia le esigenze dei cittadini colpiti da situazioni di povertà e fragilità socioeconomica. In sintesi, rispetto ai primi, il contesto attuale richiede un'evoluzione dalle logiche puramente prestazionali a cure sanitarie adeguate con piani individuali personalizzati. Inoltre, la qualità, l'efficacia e l'efficienza rappresentano punti di attenzione per rinnovare le strutture e le azioni organizzative.

L'obiettivo è quindi quello di delineare delle scelte strategiche ed operative verso:

- modalità di presa in carico, da applicare soprattutto a persone croniche e fragili, che determinano la quota maggioritaria della spesa;
- una calmierazione e convergenza dei consumi per ciascun paziente;
- un accompagnamento proattivo da parte del Servizio Socio Sanitario Regionale a consumi appropriati e sostenibili.

Dobbiamo modificare le condizioni attuali in cui le prescrizioni nel SSN non sono correlate alla capacità produttiva disponibile e il cittadino, senza una guida, si trova alla ricerca della prestazione reperibile, inseguendo le possibilità di accesso ai servizi e ai trattamenti.

Le lunghe liste d'attesa segnalano la presenza di problematiche sottostanti che non possono essere genericamente ricondotte a scarsa produttività. Le lunghe liste di attesa e l'elevata percentuale delle visite ottenute a pagamento possono essere attribuite ad un'elevata e non giustificabile variabilità di assistenza tra pazienti cronici omogenei e tra territori comparabili, a cui si accompagna il fatto che l'entità delle prescrizioni non tiene conto delle agende disponibili nel SSN.

Di particolare rilevanza strategica sarà riuscire a valutare quanti pazienti ricevono più prestazioni del necessario e quanti invece ne ricevono meno, entrando entrambe le categorie nell'inappropriatezza terapeutica ed evitare fenomeni di "doctor-shopping" in modo da velocizzare i tempi di diagnosi, cura ed assistenza.

Le riflessioni devono partire da alcuni punti fermi, dettati dall'osservazione delle criticità esistenti, ma soprattutto dalla ragionevolezza:

- i consumi, tra pazienti omogenei in termini di patologie e stadiazione, devono tendere alla convergenza;
- i volumi ed i mix delle prestazioni prescritte devono essere coerenti con quanto effettivamente erogabile;
- le prestazioni appropriate ed effettivamente disponibili in un arco territoriale e temporale ragionevole devono essere indicate direttamente al cittadino in sede di prescrizione.

Questi passaggi rappresentano una grande rivoluzione di cultura di servizio perché richiedono processi più trasversali tra i silos aziendali e scelte di presa in carico opposte a quelle prestazionali: solo così si potrà attivare un "patient's journey" funzionale, le cui fasi saranno intimamente collegate.

A fronte di risorse certamente scarse, il problema è di programmazione, di governo clinico, ma anche di presa di decisione passando dal focus esclusivo sull'offerta, al governo della domanda, inserendo nuovi sistemi di misurazione. Un esempio concreto: da parte di Regioni ed Aziende è ancora oggi lacunosa la conoscenza dei volumi di prestazioni ambulatoriali ricevute dal singolo paziente in regime privato. In questo senso, l'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico può essere un punto di svolta. È chiaro, comunque, che, senza integrare le numerose prestazioni extra SSN, rimarrà impossibile compiere il primo passo analitico verso una maggior razionalità ed equità, basate sul confronto dei consumi di pazienti omogenei.

L'emergenza pandemica ha avuto un impatto significativo sull'accesso alle prestazioni specialistiche. A fronte di consumi ridotti dovuti agli impatti del Covid-19 sull'operatività delle strutture sanitarie e sulle condizioni di fragilità delle famiglie, i dati relativi al 2021 confermano come la percentuale di prestazioni specialistiche (visite ed esami diagnostici) finanziata attraverso il ricorso a risorse private (*out of pocket* e *intermediate*) sia cresciuta di circa 10 punti percentuali.

Sul versante sociale, la percezione dell'aumento delle situazioni di fragilità accompagnate da disagio psichico, dipendenze ovvero da situazioni di malattia, fa emergere la necessità di una revisione e di un rafforzamento del servizio di accoglienza, che sia in grado di rispondere ai bisogni sempre più diversificati delle persone, in

accordo con la rete multidisciplinare di attori che lavorano per contrastare la marginalità sociale sul territorio in un'ottica di filiera di servizi.

Diverse sono le reti di lavoro e le progettualità presenti sul territorio, attive sul tema marginalità estrema, che intercettano, congiuntamente ai servizi sanitari e sociosanitari, tradizionalmente intesi, le fragilità che insistono sul nostro territorio.

Tra queste ricordiamo:

- DONIAMO ENERGIA progettualità a valenza di Ambito che permette di dare sostegno a situazioni particolari di fragilità economica/sociale attraverso la presentazione di progettualità finalizzate al superamento della situazione di difficoltà temporanea per un passaggio verso l'autonomia.
- BANCA DELL'ACQUA: strumento finanziato dalla Fondazione Banca dell'Acqua (Padania Acque) finalizzato a sostenere le progettualità per il risanamento di morosità incolpevole per la difficoltà del pagamento delle bollette dell'acqua.
- CREMONAIUTA: rete di volontariato costituita nel Comune di Cremona durante il *lockdown* da associazioni del Terzo Settore, organizzazioni di volontariato e singoli cittadini, per sostenere la popolazione in situazione di maggiore difficoltà e supportare le azioni, istituzionali e non solo, volte al contenimento dell'emergenza socio economica affiancata a quella sanitaria.
- GRUPPO DI LAVORO INTER-ISTITUZIONALE PUC: Progetti di Utilità Collettiva: formato da Azienda Sociale Cremonese, Comune di Cremona, Centro Servizi Volontariato, Forum Provinciale del Terzo Settore, in raccordo con il Centro per l'impiego della Provincia di Cremona, per l'implementazione ed il monitoraggio dei Progetti Utili alla Collettività.

Sul territorio del Distretto Cremonese, inoltre, attorno al tema dell'abitare e delle politiche abitative si rilevano innanzitutto reti di tipo istituzionale, cui afferiscono gli Enti proprietari di alloggi destinati a Servizi Abitativi, nello specifico i Comuni dell'Ambito e l'ALER Brescia-Cremona-Mantova, coinvolti anche nel percorso di definizione dei Piani dell'Offerta Abitativa annuali e triennali.

Sempre nell'ambito dei soggetti che hanno a disposizione patrimonio immobiliare destinato alla locazione abitativa, troviamo Fondazione Città di Cremona, realtà con la quale, attraverso il Comune di Cremona, sono state attivate nel tempo collaborazioni volte a rispondere a particolari aree di bisogno legate all'abitare, mediante soluzioni di *housing* sociale per anziani autosufficienti o per nuclei in condizioni di fragilità socioeconomica.

Nei Comuni dell'Ambito vi sono diverse realtà di fondazioni/privato sociale con disponibilità di immobili pronti alla locazione o necessitanti di ristrutturazione: è opportuno cercare di censire anche queste realtà.

Nell'ambito del Terzo Settore sono state sviluppate nel tempo significative collaborazioni che nella città di Cremona si sono polarizzate attorno a due aree di intervento: la cura della dimensione sociale dell'abitare, con particolare riferimento ai contesti condominiali destinati a Servizi Abitativi Pubblici, mediante l'affidamento del servizio Tutor Condominiali ad un ATI di tre cooperative sociali (Cospes, Nazareth, Bessimo), e l'attivazione di servizi di accompagnamento educativo all'interno di alloggi temporanei di *housing* sociale, in collaborazione con diversi soggetti del territorio, prevalentemente cooperative sociali.

Nel territorio Casalasco sono attive reti, misure e progetti a sostegno della fragilità, alcuni a valenza provinciale, altri specifici per il singolo Ambito:

- BANCA DELL'ACQUA: la Fondazione finanzia gli operatori e permette loro di costruire progettualità attraverso lavori socialmente utili, per la restituzione del debito con Padania Acque dovuto a morosità incolpevole da parte dei cittadini. Nel corso del triennio si sono registrate 67 segnalazioni. Le attività sono realizzate tramite convenzioni con il Terzo Settore;
- PATTI SOCIALI PER L'INCLUSIONE: il Consorzio normalmente mette a disposizione dei servizi sociali una quota finalizzata alla costruzione di progetti personalizzati a sostegno delle vulnerabilità per anziani, disabili, povertà e famiglie con minori (circa 80.000€ l'anno);
- AGENZIA PER L'ABITARE: nel contesto del Piano di Zona dell'ambito casalasco viadanese si è avviato un percorso finanziato dalla quota premiale di Regione Lombardia per la costituzione di un'agenzia in grado di supportare tutti i processi sociali educativi e di inclusione legati alla dimensione dell'abitare. Il percorso ha portato la definizione di un modello che è attualmente al vaglio della parte politica. Tale modello prevede l'integrazione con le diverse realtà territoriali in particolare servizi sociali AST, Enti del Terzo Settore, ALER e privati;

- **INSIEME PER L'AUTONOMIA:** nel corso dell'anno si è creata una rete particolarmente strutturata per la creazione di un sistema a sostegno dell'autonomia per donne che hanno intrapreso un percorso di fuoriuscita dalla violenza. In particolare, con il centro antiviolenza, il ConCaSS (Consorzio Casalasco Servizi Sociali) ed il Comune di Casalmaggiore sono stati riqualificati e gestiti quattro minialloggi a disposizione del territorio per sostenere progetti di autonomia anche abitativa. Inoltre, il centro antiviolenza in convenzione con ALER ha avuto accesso ad otto appartamenti per un quinquennio destinati sempre a donne che hanno intrapreso un percorso di fuoriuscita dalla violenza.

Anche sul territorio casalasco-viadanese si sono costituite reti istituzionali, cui afferiscono gli enti proprietari di alloggi destinati a Servizi Abitativi (Comuni e ALER Brescia-Cremona-Mantova) coinvolti anche nel percorso di definizione dei Piani dell'Offerta Abitativa annuali e triennali.

Le ripercussioni della pandemia sulle condizioni socioeconomiche di molte famiglie hanno accelerato dinamiche ed aggravato fenomeni già presenti negli anni precedenti, che portano in alcuni contesti territoriali a parlare di “emergenza casa”, intesa come impossibilità da parte di molte famiglie (soprattutto se di origine straniera) di accedere a Servizi Abitativi Pubblici così come al mercato privato della locazione per il quale non presentano sufficienti garanzie rispetto al reddito, con conseguente rischio di non riuscire a reperire alcuna soluzione abitativa ed incorrere in una condizione di grave pregiudizio.

Rispetto a queste tematiche sembra imprescindibile avviare e consolidare un percorso di confronto tra i diversi soggetti del territorio con l'obiettivo di poter attivare piani, azioni, protocolli finalizzati a garantire maggiore accessibilità alle risorse abitative ed a costruire una responsabilità più condivisa nel prevenire situazioni di emergenza e precarietà abitativa.

In parte collegata a questi aspetti, la dimensione dell'abitare diventa spazio di vita delle persone nel quale provare a sperimentare le potenzialità di servizi di prossimità, nonché chiave di volta per favorire positivi percorsi di ri-acquisizione delle autonomie da parte di singoli e di famiglie accompagnati dai servizi sociali.

Alcuni esempi sono i percorsi di housing sociale mirati a specifici target di utenza (grave marginalità, post-accoglienza comunitaria, post-carcere, anziani autosufficienti, palestra di autonomie per la disabilità, ecc.); i servizi di presidio educativo nei contesti condominiali; i percorsi di accompagnamento di gruppi del territorio tesi a sviluppare di reti capaci di prendersi cura della comunità insieme ai servizi.

Nell'area della non autosufficienza, le reti formali comprendono tutta la filiera dei servizi accreditati e del Terzo Settore che si occupano dell'assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale.

Partendo da questi ultimi è possibile individuare reti differenziate a seconda dei bisogni della persona: Residenze sanitarie assistenziali (RSA) per persone ad alto livello di compromissione; case albergo; minialloggi per anziani; appartamenti protetti; comunità alloggio C.A.S.A. per persone fragili che presentano ancora un sufficiente livello di autonomia ma necessitano di alcuni supporti di protezione.

Nell'ambito della semi-residenzialità sono presenti Centri Diurni Integrati (CDI) per anziani solitamente gestiti da Cooperative o Fondazioni; centri anziani e servizi per anziani di tipo specialistico a carattere diurno gestiti da Associazioni di volontariato specifiche sulla tematica di riferimento (malattia di Alzheimer, parkinsonismo, ecc.).

Il territorio dell'ASST di Cremona è fortunatamente ricco di tali strutture, rispetto ad altre Province Lombarde e soprattutto ad altre Regioni italiane, anche in tema di posti accreditati per i malati di Alzheimer si è ben oltre la percentuale relativa alla popolazione residente (sul territorio dell'Azienda risiede l'1,9% della popolazione lombarda ed è presente il 4,6% dei posti accreditati Alzheimer di tutta la Regione). La tabella che segue mostra la distribuzione delle principali strutture sociosanitarie presenti sul territorio rispetto ai distretti Cremonese e Oglio Po Casalasco/Viadanese (dati forniti da ATS Val Padana)

Tipologia di Unità d'Offerta	nr. UdO e PL sociosanitari	DISTRETTI		TOT. ATS
		Cremonese	Oglio Po Casalasco /Viadanese	
RSA	Num. UdO autorizzate di cui	20	14	87
	Accreditate	20	14	86
	A contratto	20	14	84
	Posti Autorizzati	2.416	1.281	8.014
	Posti Accreditati	2.389	1.221	7.758
	posti Contratto	2.313	1.147	6.957
Misura Residenzialità assistita	Num. UdO a contratto	0	4	11
	Posti letto a contratto	0	37	101
Cure Intermedie	Num. UdO autorizzate di cui	3	2	12
	Accreditate	3	2	12
	A contratto	3	2	12
	Posti Autorizzati	162	129	695
	Posti Accreditati	162	129	686
	Posti Contratto	155	129	668
CDI	Num. UdO autorizzate di cui	16	8	46
	Accreditate	16	8	45
	A contratto	15	6	40
	Posti Autorizzati	396	170	1.002
	Posti Accreditati	396	170	990
	Posti Contratto	345	137	824

Rete delle strutture sociosanitarie nel territorio di ASST Cremona al 31.12.2023

Tipologia Unità d'Offerta	DISTRETTI				ATS Val Padana	
	Cremonese		Oglio Po Casalasco/Viadanese		Numero UdO	Numero Posti
	Numero UdO	Numero Posti	Numero UdO	Numero Posti		
Alloggi protetti per anziani	9	219	2	21	26	418

(Fonte DWH regionale <https://logindwh.serbizi.it>)

Altro grande crocevia di reti formali e informali è rappresentato dal contesto domiciliare in cui si interfacciano servizi altamente specializzati come il SAD comunale che negli anni ha cercato di modificare il proprio assetto influenzato dalle continue sollecitazioni non solo di interventi per pazienti cronici e altamente complessi, ma anche di servizi meno specialistici e più continuativi come l'assistenza privata offerta da cooperative di servizi alla persona, sportelli assistenti familiari, ecc.

La difficile situazione nella quale si trova un sempre crescente numero di cittadini ha portato ad avviare collaborazioni sempre più strutturate con organizzazioni di volontariato del territorio per supporto in accompagnamento, per trasporti a visite mediche, consegna ed accompagnamenti spesa, ecc.

Relativamente all'analisi dei bisogni sarebbe opportuno potenziare e incrementare lo strumento della valutazione multidimensionale integrata con il sociosanitario: se da un lato i dati demografici fanno emergere un innalzamento dell'età media, dall'altro i dati epidemiologici evidenziano il progressivo aumento delle patologie cronico-degenerative con conseguenze molto pesanti sulla rete familiare dei soggetti interessati ed anche sui servizi che si occupano di questo target di popolazione.

Il sistema di valutazione deve consentire di indagare e costruire risposte articolate a bisogni complessi. La strutturazione e lo sviluppo delle Equipe di Valutazione Multidimensionale dei Punti Unici di Accesso (PUA) nel contesto delle Case di Comunità ed in stretto raccordo con la Centrale Operativa Territoriale (COT) distrettuale costituisce un aspetto prioritario.

In secondo luogo, deve essere definito l'intervento di operatori di diversi *setting* di cura da individuare in base ai bisogni rilevati che si interfacciano tra loro (MMG, operatori IFeC/cure domiciliari, medici specialisti ospedalieri o territoriali, assistenti sociali di ASST ma anche del servizio sociale territoriale) al fine di permettere una presa in carico integrata e partecipata.

Infine, la valutazione multidimensionale presuppone la definizione di un progetto assistenziale individuale in cui vengono definiti gli obiettivi da raggiungere e le tipologie di servizi sanitari, sociosanitari e sociali da attivare. Il PUA rappresenta quindi un luogo fisico di integrazione con l'ambito sociale territoriale e presto vedrà anche l'inserimento delle figure del volontariato sociale.

Nell'ottica di una presa in carico integrata, la sfida attuale è quella di costruire connessioni fra reti di diverso livello, che operano su oggetti apparentemente differenti ma che in realtà se connessi fra loro, potrebbero fornire nuove risposte ovvero suggerire approcci differenti ai bisogni.

In riferimento alle macroaree di *policy* "Politiche Giovanili e per i Minori" e "Interventi per la Famiglia" le reti appaiono estremamente ricche ed articolate per dimensioni, composizione e relative dinamiche. Soggetti istituzionali si affiancano ad attori della comunità che a diverso titolo operano nell'ambito della proposta educativa e della presa in carico sociale, sociosanitaria e sanitaria seguendo linee formali ed informali.

Per ciò che riguarda l'ambito dei minori e della famiglia ed in particolare l'area della presa in carico (servizi di tutela minori), sono presenti reti strutturate e consolidate nel tempo che garantiscono il sistema di servizi e di interventi a supporto dell'attività istituzionale.

Si è organizzata una stretta correlazione tra pubblico e privato sociale con l'integrazione fra servizi sociali, educativi, sociosanitari e sanitari che garantisce l'approccio multidisciplinare a bisogni complessi. Le reti sono altamente professionalizzate ed i rapporti sono regolati con strumenti codificati ed inseriti in procedure di affidamento di servizi che regolano il rapporto fra il pubblico e il privato sociale (il sistema di erogazione e di gestione dei servizi), oltre a protocolli istituzionali e di natura tecnico-operativa che regolano il raccordo fra l'ambito socioeducativo ed il sociosanitario, sanitario.

Ad esempio, l'ambito della scuola primaria e, soprattutto, della scuola secondaria di primo grado diventano oggetto di collaborazione per lo sviluppo di progetti ed interventi finalizzati all'aggancio precoce delle situazioni di fragilità individuale e ambientale. Si mira a contenere il rischio di dispersione scolastica e più in generale di disagio scolastico, agendo azioni preventive e sostenendo la scuola nell'implementazione e nel mantenimento della propria funzione inclusiva.

Nell'ambito dell'animazione e sollecitazione dei territori e delle comunità il Terzo Settore e l'Associazione svolgono un ruolo fondamentale, confermando l'alto grado di radicamento nel territorio e la grande capacità di realizzare quel sistema di relazioni che consente poi la costruzione degli interventi.

A Casalmaggiore, tramite il Progetto Centri per la Famiglie sono attivi percorsi educativi rivolti ai genitori organizzati in collaborazione tra Ambito, Nidi e ASST (Consultorio e Pediatri di Libera Scelta).

L'area di servizi per i giovani, nonostante presenti un quadro frammentato, senza una marcata trasversalità e neppure un centro di riferimento ovvero una rete istituzionale specifica.

Esiste piuttosto una serie di connessioni che si muovono in modo orizzontale, fra modalità formali ed informali, attorno ad alcune problematiche di lavoro che collegano l'ambito del sociale, del settore educativo, della cultura, della partecipazione e della mobilità.

Le composizioni sono estremamente eterogenee. Alcune iniziative vedono una presenza significativa della dimensione pubblica con un importante protagonismo da parte:

- delle scuole con alcune iniziative progettuali (un esempio per tutti la rete CPL strutturata a livello provinciale attorno al tema della promozione della cultura e della legalità);
- degli enti pubblici attraverso alcuni percorsi di promozione della partecipazione giovanile, della mobilità (servizio civile europeo e programmi europei di volontariato);
- dell'espressività giovanile.

Certamente la presenza dei servizi di presa in carico sociale e di cura è meno evidente in questo settore. Tuttavia, esiste una forte attenzione al tema dell'adolescenza ed una forte consapevolezza delle problematiche legate alla continuità dei percorsi di cura nella fase di passaggio alla maggiore età ed alla transizione all'età adulta. Con il compimento dei diciotto anni si assiste ad una progressiva, per non dire repentina, ritirata dei sistemi di intervento, dei quali rimane, peraltro non sempre, la continuità della presa in carico delle situazioni più compromesse e già in fase di cronicizzazione.

Volendo elencare le sfide per il futuro si possono evidenziare: il potenziamento della visibilità e del coordinamento di reti ora frammentate e che costituiscono un elemento di debolezza, la riformulazione della questione giovanile considerando il contesto attuale, il riposizionamento nell'agenda locale e la sintonizzazione dei linguaggi assieme all'introduzione di strumenti adeguati e aggiornati.

Per quanto concerne la macroarea di policy della disabilità, sul territorio dell'ASST sono presenti sia reti formalizzate che informali. Tra le prime troviamo:

- Agenzie accreditate e soggetti del Terzo Settore, comprese le maggiori Associazioni di Volontariato, istituzionalmente accreditate per l'erogazione di servizi e progetti sia in regime diurno che residenziale (servizio di presa in carico dei minori e dei giovani adulti con disabilità);
- Centro Diurni Disabili (CDD); Comunità Socio Sanitarie (CSS);
- Residenze Sanitarie per Disabili (RSD);
- Centri Socio Educativi (CSE);
- Servizi di Formazione all'Autonomia;
- Comunità Alloggio Disabili e tutti i progetti individualizzati "voucherizzati".

Tipologia di Unità d'Offerta	nr. UdO e PL sociosanitari	DISTRETTI		TOT. ATS	
		Cremonese	Oglio Po Casalasco /Viadanese		
CDD	Num. UdO autorizzate di cui	6	3	22	
		Accreditate	6	3	22
		A contratto	6	3	22
	Posti Autorizzati	106	55	530	
	Posti Accreditati	106	55	530	
	posti Contratto	106	53	523	
CSS	Num. UdO autorizzate di cui	5	2	20	
		Accreditate	4	2	19
		A contratto	4	2	17
	Posti Autorizzati	48	20	180	
	Posti Accreditati	38	20	170	
	posti Contratto	36	20	148	
RSD	Num. UdO autorizzate di cui	4	2	12	
		Accreditate	4	2	12
		A contratto	4	2	12
	Posti Autorizzati	502	72	827	
	Posti Accreditati	502	72	827	
	Posti Contratto	502	57	812	

Rete delle strutture sociosanitarie (CDD, CSS e RSD) nel territorio di ASST Cremona al 31.12.2023

La rete delle strutture sopra evidenziate registra grosse criticità relative alla saturazione dei posti letto. Si rileva che le RSD del territorio presentano un'elevata mobilità attiva con utenti provenienti da territori al di fuori dell'ATS Val Padana; su 812 posti a contratto solo 483 persone inserite sono residenti sul territorio di ATS Val Padana con circa il 40% dei posti occupato da cittadini residenti in Comuni di altre zone.

Le strutture sociosanitarie hanno registrato negli anni un progressivo aumento di utenza, rappresentata per la maggior parte da persone di età compresa tra 45-64 anni, con alti bisogni di sostegno. Le persone over 65 accolte rappresentano il 16% del totale delle persone inserite nei servizi con una netta prevalenza in RSD.

Tipologia Unità d'Offerta	AMBITO				ATS Val Padana	
	Cremonese		Casalasco		Numero UdO	Numero Posti
	Numero UdO	Numero Posti	Numero UdO	Numero Posti		
Centri SocioEducativi	3	90	2	34	22	504
Servizio Formazione Autonomia	4	65	-	-	16	346
Comunità alloggio disabili	6	56	2	20	23	207

(Fonte AFAM Sociale)

Relativamente alla distribuzione delle strutture nel territorio di ATS Val Padana, la maggiore capienza dei CSE è concentrata negli Ambiti di Mantova, Cremona e Crema, con un numero di iscritti che supera oltre la metà delle persone accolte in totale sul territorio di ATS Val Padana (dato desunto da FSR 2023). I Servizi di Formazione Autonomia con la capienza maggiore si trovano in Provincia di Mantova (210 posti) con un'alta concentrazione sull'Ambito di Mantova; diversamente dai CSE non si rilevano criticità di posti disponibili. Infine, per quanto riguarda le Comunità Alloggio, l'Ambito di Cremona registra la maggiore capienza strutturale, seguita da Mantova e Crema.

Il territorio può inoltre contare anche sulla rete non formalizzata composta prevalentemente da Associazioni di famigliari e persone con disabilità, Associazioni di volontariato, Associazioni sportive, culturali e di tempo libero.

Il loro posizionamento all'interno delle reti del territorio permette di attivare moltissimi servizi indispensabili o accessori alle progettualità più istituzionali quali: orientamento e informazione, trasporti privati, progetti sportivi inclusivi, progetti ricreativi, aggregativi e per il tempo libero e altro.

In questa cornice poliedrica, il confronto con tutti gli interlocutori (sociali, sanitari, educativi, volontari, famiglie e cittadini ecc.) ha evidenziato una serie di bisogni relativamente alla presa in carico, alla definizione e all'attuazione del progetto individualizzato destinato a ciascuna persona con disabilità. In primo luogo, sarebbe opportuno prevedere una maggiore integrazione tra servizi sociali e sanitari (e tra questi e il Terzo Settore) soprattutto nell'accompagnamento ad alcune fasi di passaggio particolarmente delicate e meritevoli di attenzione e bisognerebbe offrire una maggior cura nella transizione dall'infanzia all'età adulta e nella fase di invecchiamento.

Un target da monitorare e gestire con attenzione nel presente e con una visione a lungo termine è rappresentato da bambini e adolescenti. In particolare, per citare una tematica che merita attenzione, nella fascia di popolazione compresa tra i 5 ed i 19 anni che accede a cure sanitarie per patologie croniche un tasso di 12 su mille per la popolazione femminile e di 10,7 per quella maschile presenta infatti un quadro di disabilità di tipo neuropsicologico.

Rilevanti a questo proposito sono anche i dati relativi all'erogazione della misura B1 dall'anno 2020 che registra un marcato incremento di accessi da parte di pazienti minori soprattutto con diagnosi di autismo, tale

aumento è in parte ascrivibile al crescente numero di minori in carico al servizio sociale per servizio di assistenza educativa scolastica

In conclusione, il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale rappresenta uno spazio progettuale per lavorare in un'ottica integrata delineando una composizione di sguardi e prospettive differenti come presupposto imprescindibile per la realizzazione del Progetto di Vita delle persone con disabilità e delle loro famiglie.

I professionisti ed i diversi soggetti coinvolti potranno percorrere una duplice traiettoria: da una parte potranno garantire maggiore individualizzazione ed aderenza ai bisogni ed alle aspettative di ciascuna persona e dall'altra valorizzare la dimensione comunitaria e domiciliare per ritardare l'istituzionalizzazione.

3.3 FUNZIONI E ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE DI ASST CREMONA

In base agli indirizzi normativi, storici e recenti, l'assistenza territoriale è la prima risposta alla complessità di salute del singolo cittadino e dell'intera Comunità e garantisce l'erogazione di servizi accessibili, integrati e centrati sulla persona.

Nei sistemi sociali ed organizzativi, gli attori, le funzioni, i processi e le interconnessioni sono delineati non solo da logiche gestionali ma anche dai sistemi valoriali.

I principi che ispirano l'assistenza territoriale dell'ASST di Cremona sono:

- integrazione e valorizzazione della collaborazione tra sistema sanitario sociosanitario e sociale;
- realizzazione di un sistema integrato di servizi ed interventi sociali ed assistenziali attraverso il coinvolgimento di soggetti istituzionali che garantiscano aiuto concreto alle famiglie;
- attivazione di modalità organizzative innovative di presa in carico della persona cronica e/o fragile;
- promozione di servizi di prossimità, anche nell'ambito della salute mentale, rivolti ad una fascia di popolazione sempre più ampia e trasversale;
- promozione dell'integrazione interdisciplinare, della continuità ospedale territorio, anche attraverso il contributo delle formazioni sussidiarie, delle reti sociali e familiari;
- coinvolgimento di tutti gli attori territoriali, dal mondo del lavoro alle famiglie;
- promozione della salute, educazione a stili di vita sani relativamente a ogni area, in particolare con lo sviluppo di specifici programmi innovativi;
- sostegno di iniziative delle reti di solidarietà familiare, soprattutto nell'ambito della tutela del minore e del suo benessere globale al fine di garantire fin dove possibile la permanenza in famiglia;
- valorizzazione e potenziamento della rete territoriale attraverso l'istituzione dei Distretti, quale investimento sulle reti di prossimità attraverso le case di comunità, gli ospedali di comunità, le Centrali Operative Territoriali (COT);
- potenziamento della presa in carico integrata del cittadino fragile, che prevede l'intesa tecnico operativa tra i servizi sanitari, sociosanitari e sociali per la progettazione di interventi individualizzati;
- utilizzo di strumenti tecnologici quali la telemedicina, la telesorveglianza ed il tele-monitoraggio per potenziare l'attività distrettuale, in particolare l'assistenza domiciliare integrata. Nello specifico, l'uso della telemedicina presuppone l'armonizzazione degli indirizzi e dei modelli di applicazione, alla base dell'interoperabilità dei servizi;
- riorganizzazione delle cure primarie all'interno del contesto aziendale con la valorizzazione del ruolo centrale dei MMG/PLS nei percorsi di continuità assistenziale, in collaborazione con i Medici Specialisti e con gli Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFeC);
- estensione del modello di lavoro in équipe multiprofessionale per l'accoglienza, il sostegno, la gestione e la presa in carico della persona per la definizione di un progetto di salute, che prevede la co-partecipazione della famiglia nell'orientamento ai vari settings di cura (*transitional care*);
- diffusione e sviluppo della conoscenza quale vettore di integrazione tra i professionisti territoriali per affrontare la sfida riorganizzativa in atto;
- allineamento con i Piani di Zona locali per l'attuazione di processi di co-progettazione e gestione tra pubblico, privato sociale e volontariato, al fine di realizzare iniziative di prossimità e progetti necessari al territorio.

Direzione Socio Sanitaria

Passando ad analizzare il sistema istituzionale e organizzativo dell'ASST, la funzione apicale nell'ambito del Polo Territoriale è rappresentata dalla Direzione Socio Sanitaria che è chiamata a svolgere una missione fondamentale: prendersi cura delle persone più vulnerabili ovvero quelle che convivono con fragilità, cronicità o disabilità, garantendo un supporto completo ed integrato, sia all'interno del polo ospedaliero sia nel territorio, attraverso una rete di professionisti che agiscono in stretta collaborazione. Si tratta di un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, di un lavoro di squadra che coinvolge i servizi sociali degli enti locali, con l'obiettivo di offrire all'assistito il massimo sostegno possibile.

In linea con la Legge Regionale n. 22/2021, ogni ASST (Azienda Socio Sanitaria Territoriale) è incaricata di suddividere il proprio territorio in Distretti, che rispecchino gli ambiti sociali locali e che siano pensati per facilitare la gestione dei Piani di Zona. L'ASST di Cremona, con decreto del Direttore Generale n. 150 del 29/03/2022, ha così istituito il Distretto Cremonese, che copre 48 Comuni ed abbraccia una popolazione di circa 156.000 persone.

Per quanto concerne il Distretto Oglio Po Casalasco/Viadanese, in relazione alla particolare situazione del medesimo che insiste sul territorio di due ASST, la relativa istituzione è stata formalizzata con decreto del Direttore Generale dell'ASST di Mantova n. 267 del 29/03/2022; successivamente al fine di garantire il corretto funzionamento di tale peculiare Distretto le due ASST hanno stipulato apposita convenzione che l'ASST di Cremona ha recepito con decreto del Direttore Generale n. 325 del 5/7/2022.

La rete territoriale è molto più di un'organizzazione sociosanitaria: è una comunità al servizio delle persone, un punto di riferimento per chi ha bisogno di assistenza ed un simbolo di solidarietà, presente ed attivo in ogni angolo del territorio.

Distretti

Il Distretto è il cuore pulsante della gestione coordinata della rete dei servizi sociosanitari e sanitari territoriali. La sua missione è ambiziosa e di grande valore per i cittadini: unire ed integrare le diverse unità di offerta, per garantire a ciascuno un accesso equo ai servizi di cui ha bisogno e per monitorare costantemente la qualità delle cure offerte. È una funzione che richiede dedizione e visione, perché ogni servizio, ogni intervento si traduca in una risposta concreta ai bisogni delle persone e perché nessuno sia lasciato indietro. In particolare, il Distretto:

- persegue, nel continuo miglioramento dei servizi offerti, una logica di uniformità nella risposta ai bisogni e di accesso equo ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali, pur valorizzando le specificità e le autonomie proprie del territorio;
- garantisce la continuità e la coerenza degli interventi e dei percorsi di presa in carico delle persone fragili e delle loro famiglie, prestando particolare attenzione alla disabilità;
- promuove l'utilizzo del Progetto di Vita quale strumento per creare percorsi personalizzati ed integrati nell'ottica del budget di salute;
- collabora tramite accordi tecnico-operativi con le aziende sociali e le unità di offerta sociosanitarie territoriali accreditate, al fine modellizzare percorsi di presa in carico dei soggetti cronici, fragili e garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio;
- promuove lo sviluppo di reti sociali con cui le istituzioni si possono relazionare e collaborare per promuovere iniziative di salute, sostegno ed aiuto reciproco con interventi ben coordinati, rivolti a target specifici di popolazione.

Le principali funzioni del Distretto riguardano:

- la programmazione dell'offerta dei servizi ad alta integrazione con la Direzione Strategica ed i Sindaci del territorio;
- il coordinamento e la gestione di servizi sociosanitari afferenti;
- l'erogazione di attività di assistenza primaria e di continuità assistenziale sia ambulatoriale che domiciliare;
- l'integrazione e la collaborazione tra medici di medicina generale, pediatri e specialisti ospedalieri;
- la gestione della presa in carico del paziente cronico, fragile e disabile;
- il coordinamento e l'erogazione dei servizi presenti nelle Case di Comunità, negli Ospedali di Comunità e nelle Centrali Operative Territoriali (Case di Comunità di Soresina e di Cremona e Ospedali di comunità di Cremona e di Soresina);
- l'esercizio delle funzioni igienico sanitarie delle strutture territoriali e la gestione diretta del Consultorio Familiare;
- la promozione di azioni innovative in sinergia con i Dipartimenti aziendali, in particolare con il Dipartimento funzionale delle Cure Primarie ed il Dipartimento funzionale di Prevenzione, sia a livello territoriale che ospedaliero;

- l'attivazione di momenti di consultazione, ascolto ed aggregazione delle Associazioni di volontariato ai fini della co-progettazione e realizzazione di interventi nel rispetto delle reciproche competenze.

Come sopra già evidenziato nelle ASST di Cremona e Mantova è presente una importante peculiarità e cioè la presenza di un Distretto che insiste sul territorio di entrambe le Aziende.

Ai sensi dell'articolo 7 bis, comma 1 bis, della legge regionale n. 33/2009, Regione Lombardia ha assegnato alla ASST di Mantova la responsabilità del Distretto Oglio Po Casalasco/Viadanese, che comprende 27 comuni di cui 17 dell'area del casalasco in Provincia di Cremona e 10 dell'area viadanese in Provincia di Mantova, nel quale risiedono complessivamente 82.193 cittadini.

Pur mantenendo la responsabilità gestionale dei servizi erogati all'interno del Distretto in capo alle rispettive ASST di afferenza, si evidenzia il forte legame funzionale di elevata integrazione e collaborazione con il territorio viadanese. Tale approccio nasce dall'esigenza di dare continuità e sviluppo ai processi di cura favorendo un'integrazione efficace che possa ridurre la frammentazione delle risposte e delle risorse. Si mira a migliorare l'accessibilità ai servizi ed a sviluppare assetti organizzativi tendenti alla medicina di prossimità. Per i cittadini rappresenta un vantaggio la scelta di rafforzare le sinergie tra i servizi sanitari del presidio ospedaliero Oglio Po, i servizi sociosanitari del polo territoriale di Casalmaggiore e di Viadana ed i servizi sociali territoriali.

La struttura territoriale appare solida, ben organizzata e produttiva alla luce delle valutazioni che riguardano diverse aree di gestione e ambiti di attività.

L'ASST di Cremona può vantare un ottimo risultato nella valutazione complessiva della performance in merito all'indicatore di efficacia assistenziale territoriale che si basa su misurazioni dell'efficacia indiretta delle cure primarie, come ad esempio la valutazione dei tassi di ospedalizzazione per patologie croniche ad alta prevalenza (diabete, BPCO, scompenso cardiaco), integrata con rilevazioni sulla capacità di presa in carico sul territorio.

La rilevazione è stata svolta dalla Scuola Sant'Anna di Pisa ed operata attraverso la rappresentazione del bersaglio e del pentagramma con cinque fasce di valutazione (da scarsa performance a performance ottimale). Sono eccellenti anche i risultati ottenuti nell'ambito dell'efficienza della prescrizione farmaceutica. L'indicatore utilizzato monitora l'utilizzo di molecole non coperte da brevetto, che hanno un costo minore rispetto a quelle che hanno ancora la copertura brevettuale (l'utilizzo dei farmaci equivalenti consente di liberare risorse da investire in altre classi di farmaci).

L'ASST di Cremona si è distinta nell'ambito dell'integrazione ospedale-territorio, attività che è stata valutata in relazione alla capacità delle strutture territoriali di prendere in carico l'utente osservando nello specifico la percentuale di ricoveri maggiori di 30 giorni, il tasso di accesso al Pronto Soccorso ed il tasso di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali.

Si sono realizzate performance positive anche nei settori dell'assistenza in età pediatrica e dell'assistenza residenziale, quest'ultima valutata attraverso l'analisi del flusso delle prestazioni residenziali e semiresidenziali. In campo patrimoniale e finanziario secondo gli indicatori di solvibilità e solidità tradizionalmente utilizzati nelle analisi di bilancio, i risultati sono buoni.

Risultati medio-buoni sono stati ottenuti nel campo dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica, che indica il corretto utilizzo dei farmaci in base alle evidenze scientifiche disponibili per il trattamento di una determinata condizione medica e nell'ambito dell'aderenza terapeutica, cioè l'aderenza da parte del paziente rispetto alle indicazioni e prescrizioni terapeutiche fornite dal medico.

Il livello delle attività territoriali e ospedaliere erogate nel settore della salute mentale risulta soddisfacente. Si evidenziano risultati di livello intermedio nell'ambito dei programmi di screening oncologico e nell'adozione della sanità digitale da parte dei cittadini e dei professionisti del settore sanitario.

Si nota una performance migliorabile nella gestione del percorso per l'erogazione della terapia del dolore, il cui indicatore è riferito al consumo territoriale di farmaci oppioidi.

Merita energie e risorse per raggiungere uno standard di qualità superiore l'ambito dell'appropriatezza diagnostica, basata sulla valutazione dei tassi di prestazioni specialistiche ambulatoriali e dei tassi di prestazioni di diagnostica per immagine, come anche la performance relativa alle soglie di chirurgia oncologica ed alla performance dei trattamenti oncologici.

Per il mantenimento dei livelli qualitativamente alti e per il raggiungimento di ulteriori standard d'eccellenza, gioca un ruolo fondamentale la pianificazione strategica del Piano di Zona, che in sinergia con la

programmazione del Piano di sviluppo del Polo Territoriale di ASST promuove un sistema di condivisione delle conoscenze tra gli operatori pubblici, quelli del Terzo Settore e la cittadinanza, finalizzato a migliorare il monitoraggio del territorio e l'efficacia degli interventi. Ragionando su ulteriori modalità per realizzare obiettivi di valore, le azioni che si possono perseguire sono molteplici e la *road-map*, prevede tre *step* fondamentali e concreti per dare slancio alle risorse presenti ed dalla sostenibilità economica: stendere un programma di formazione permanente degli operatori; elaborare un piano di sensibilizzazione e di informazione rivolto soprattutto ai giovani, agli adolescenti ed anche ai bambini; definire procedure di coordinamento territoriale per la condivisione delle opportunità di finanziamento provenienti da risorse europee, nazionali e di fondazioni bancarie per raccordare ed ottimizzare le progettazioni.

Terzo Settore

La composizione del Terzo Settore nel territorio dell'ASST di Cremona si distingue per la sua ampiezza e varietà. Alla data del 7 novembre 2024, sono 514 le organizzazioni iscritte al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS)¹, suddivise in 436 nell'Ambito Cremonese e 78 nell'Ambito Casalasco. La maggioranza è rappresentata da Organizzazioni di Volontariato (221) e da Associazioni di Promozione Sociale (194), mentre risultano meno numerose le Imprese Sociali (66), gli Altri Enti del Terzo Settore (32) e gli Enti Filantropici (1).

Tipologia	Ambito Casalasco	Ambito Cremonese	Totale
ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO	36	185	221
ASSOCIAZIONI DI PROMOZIONE SOCIALE	30	164	194
IMPRESE SOCIALI	7	59	66
ALTRI ENTI DEL TERZO SETTORE	5	27	32
ENTI FILANTROPICI		1	1
Totale	78	436	514

Per ottenere la qualifica di Ente del Terzo Settore (ETS), le organizzazioni devono esercitare esclusivamente o prevalentemente una o più attività di interesse generale finalizzate al perseguimento di obiettivi civici, solidaristici e di utilità sociale. Tali attività, definite dalla normativa vigente, coprono 26 ambiti diversi, dalla sanità all'assistenza, dall'istruzione alla tutela ambientale, dall'housing sociale all'agricoltura sociale ed al commercio equo.

Accanto agli Enti registrati, il territorio ospita numerose altre realtà non formalmente iscritte al RUNTS, ma attive nella comunità grazie al contributo del volontariato. Secondo le stime del CSV Lombardia Sud ETS², si tratta di circa 650 soggetti, tra enti costituiti e gruppi informali, impegnati nel rispondere ai bisogni locali.

L'analisi delle attività³ prevalenti svolte dagli Enti iscritti al RUNTS rivela una forte presenza nel settore dell'assistenza sociale e della protezione civile (35%), delle attività culturali (34%) e sportive-ricreative (34%). Significative sono anche le attività in ambito sanitario (16%), nella tutela ambientale (10%) e nella difesa dei diritti (8%).

In termini di destinatari, emerge che il 12% degli ETS si rivolge alle persone con disabilità, l'11% ai minori, il 9% agli anziani e alle famiglie, mentre l'8% presta servizi alle persone malate o traumatizzate. Un'ampia quota di organizzazioni opera a favore della collettività in generale, mentre un numero più ristretto si dedica a

¹ Il Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS) è il registro telematico istituito presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali in attuazione degli artt. 45 e segg. del Codice del Terzo Settore (Decreto Legislativo 3 luglio 2017, n. 117), per assicurare la piena trasparenza degli Enti del Terzo Settore (ETS) attraverso la pubblicità degli elementi informativi che vi sono iscritti.

² Centro di Servizio per il Volontariato per le provincie di Cremona, Lodi, Mantova e Pavia.

³ La maggior parte degli ETS è coinvolto in più attività.

situazioni di particolare fragilità, come detenuti, persone in difficoltà economica, vittime di violenza, alcol e tossicodipendenti.

Il contesto del Terzo Settore locale rappresenta un pilastro fondamentale per la coesione sociale e per la risposta ai bisogni territoriali. La forte incidenza del volontariato e la diversificazione delle attività dimostrano una grande capacità del territorio di mobilitare risorse umane e progettualità in favore del bene comune. Tuttavia, l'alta percentuale di realtà presenti in relazione al numero di abitanti denota anche una certa frammentazione e quindi la necessità di favorire processi di maggiore integrazione e collaborazione. Da questo punto di vista è fondamentale la relazione con le istituzioni; una recente indagine⁴ condotta dal Forum Provinciale del Terzo Settore⁵ e dal CSV Lombardia Sud in collaborazione con la Fondazione Comunitaria della Provincia di Cremona ha indagato in particolare questo aspetto: è emerso che ben il 76% del campione ha un rapporto di collaborazione con l'ente pubblico, ma solo il 30% partecipa ai lavori della programmazione territoriale e aderisce al Piano di Zona.

La ricchezza di ETS presenti nel territorio dell'ASST può favorire il processo di integrazione sociosanitaria, infatti, il coinvolgimento di questi soggetti può stimolare nuove modalità di apprendimento ed implementazione delle competenze condivise al fine di aumentare la capacità di identificazione dei bisogni ed intercettando precocemente situazioni di disagio, contribuendo al contenimento delle urgenze.

La varietà dei settori di cui si compone il Terzo Settore e la sua prossimità ai cittadini può facilitare l'intervento sui *determinanti modificabili della salute*, ovvero gli stili di vita, la qualità della rete sociale individuale e comunitaria, l'ambiente di vita e di lavoro ed il contesto sociale culturale ed economico, ritenuti dall'OMS (l'Organizzazione Mondiale della Sanità) fondamentali per la promozione e la tutela della salute.

Nella prospettiva di un territorio che co-programma insieme, con una strategia orientata all'amministrazione condivisa, la capacità di flessibilità organizzativa del Terzo Settore e l'accesso a risorse ad esso destinate, potrebbe offrire la possibilità di avviare sperimentazioni, co-costruendo con i Servizi Territoriali, nuove risposte a bisogni sempre più complessi.

Il capitale relazionale e fiduciario che il volontariato porta in dote può favorire alcuni passaggi cruciali relativi all'utilizzo di strumenti digitali di cura. Sappiamo infatti che l'indicatore DESI (*Digital Economy and Society Index*) della Commissione Europea, colloca il nostro Paese in termini di competenze digitali al terz'ultimo posto ciò significa che è necessario un investimento per evitare quel "*digital divide*" che costituisce fonte di diseguaglianze rispetto all'accesso alla cura. Inoltre, questo canale fiduciario può favorire un ruolo di mediazione culturale e linguistica rivolta a migranti.

Assumono particolare importanza i seguenti focus:

Bambini Adolescenti e Giovani

I dati allarmanti di SINPIA (Società Italiana Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) e quelli relativi agli accessi ai servizi sanitari per disturbi, sollecitano la necessità di prendersi cura del benessere emotivo, psicologico, relazionale di bambine e bambini, ragazzi e ragazze nei loro contesti di vita. Le realtà del Terzo Settore (culturali, educative, sportive) diventano quindi luoghi strategici sia per intercettare tempestivamente segnali di disagio, ma anche di sostegno e formazione per i genitori e gli adulti. Attraverso progettazioni congiunte queste realtà del Terzo Settore possono essere utili a supportare la gestione delle situazioni critiche, a sperimentare strumenti di aggancio, relazione e cura, ma soprattutto a costruire luoghi di vita e di socializzazione per gli adolescenti, forme di presidio flessibili, prevalentemente non medicalizzanti, con un approccio di cura centrato sul riconoscimento e la valorizzazione dei bisogni emotivi, educativi e sociali dei ragazzi e delle ragazze.

⁴ "Terzo Settore in Provincia di Cremona - Un'analisi dei bisogni e delle collaborazioni tra organizzazioni di volontariato ed associazioni di promozione sociale." A Cura di centro Studi Sociali – Cremona, Gennaio 2023.

⁵ Forum Provinciale del Terzo Settore di Cremona del Cremonese del Cremasco e del Casalasco.

Migranti

Le realtà associative attente alle problematiche dei migranti sono, in alcuni casi, un riferimento identitario e relazionale per i cittadini con background migrante e spesso mettono in campo attività di assistenza basate sul contributo volontario dei partecipanti, questo ruolo di sostegno merita di essere valorizzato al fine di favorire il superamento di barriere culturali di accesso al welfare pubblico.

In questo senso, le associazioni che si occupano di migranti si sono organizzate anche come terminali solidali complementari del welfare locale, soprattutto per le componenti più fragili ed escluse e lo fanno attraverso forme di mutualismo che derivano dalla condivisione di una medesima origine e condizione biografica e si basa sullo scambio tra pari e sul principio della fiducia reciproca. Gran parte di questi aiuti fluisce infatti tramite canali informali ed in modalità semplici e dirette, come pacchi di viveri, ospitalità, medicinali, piccoli aiuti in denaro, coltette per problemi come malattie ma anche attraverso un importante ruolo sia di facilitazione per l'accesso ai servizi che di mediazione nei territori.

Anziani

Le realtà del Terzo Settore che hanno come destinatari anziani autosufficienti e cronicità interpretano il concetto di "salute" nella dimensione fisica, mentale e sociale. Queste realtà territoriali intervengono nel trasporto sociale, nella promozione di sani e corretti stili di vita e nelle componenti di salute fisica favorendo la prevenzione e/o la gestione delle malattie croniche. Il supporto al benessere mentale dell'anziano comprende il mantenimento delle abilità cognitive, la prevenzione della solitudine, che rappresenta un fattore di rischio per l'insorgere di molte problematiche di salute fisica ed anticipa spesso la depressione ed il disagio psicologico.

Ampio spazio è dedicato al rafforzamento della rete sociale e di supporto dell'anziano, alle interazioni sociali ed alla partecipazione alla vita comunitaria che sono anticorpi per mantenere quelle abilità funzionali che consentono di vivere una vita autonoma. Altro fattore che può essere valorizzato in una forte connessione con i servizi sociosanitari è la capacità del volontariato di accompagnare la dimensione di responsabilizzazione e di autodeterminazione degli anziani. Essere in prima persona capaci di riconoscere le situazioni di rischio e sapere cosa è meglio fare per affrontarle può fare la differenza, ad esempio essere a conoscenza di programmi di cura, di screening delle malattie tipiche della terza età, oppure dell'esistenza dei supporti sociosanitari presenti sul territorio.

Disabilità

Le recenti leggi nazionali e regionali legate al tema della disabilità hanno recepito il contributo che le realtà del Terzo Settore portano avanti da decenni, ovvero lo scardinamento di un modello di cura della persona con disabilità che la veda solo come paziente: la disabilità, infatti, secondo la Convenzione dell'ONU, viene considerata una condizione legata all'esistenza di barriere di varia natura (fisiche, psicologiche, sociali). Quindi non è la disabilità in sé il problema, ma il modo in cui viene gestita in rapporto al territorio ed alla dimensione comunitaria, cioè di relazione con l'altro. Strategico diviene quindi il coinvolgimento di tutti quei soggetti, tra cui le persone con disabilità stesse che appartengono a queste realtà del Terzo Settore, per progettare servizi che garantiscano pari opportunità di accesso e contribuiscano a realizzare progetti flessibili, personalizzati e partecipati.

4. PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE

Programmazione e progettazione triennale 2025/2027

Le società attuali sono caratterizzate da complessità e velocità di cambiamento che creano condizioni sfidanti per le organizzazioni ed i cittadini. Salute, cura e benessere psico-fisico sono determinanti per la stabilità, l'autorealizzazione ed il progresso delle persone a livello individuale e comunitario.

La stesura del Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) è l'occasione per riconfermare la centralità della persona disegnando nuove progettualità, interconnessioni strategiche fra aree di competenza, modelli rispondenti alle aspettative attuali degli operatori e degli utenti ed un accesso equo e sempre più agile ai diversi servizi, promuovendo una *user-experience* in grado di suscitare fiducia, sicurezza e soddisfazione.

Il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT), in relazione a quanto stabilito dall'art. 7 comma 17 ter della L.R. 33/2009, introdotto dalla L.R. 22/2021: "*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*".

Il Piano esplicita le strategie ed i servizi che l'ASST intende organizzare delineando una risposta strutturata alla domanda di salute dei cittadini del proprio territorio, promuovendo una programmazione dei servizi erogativi che integri funzioni e prestazioni sociali con quelle sanitarie e sociosanitarie.

Il Piano è declinato per il territorio della ASST e prevede una strategia sanitaria personalizzata che comprende sia il Distretto Cremonese che una porzione significativa del Distretto Oglio Po Casalasco/Viadanese che come già evidenziato insiste sul territorio dell'ASST di Cremona e dell'ASST di Mantova.

La responsabilità gestionale dei servizi erogati nel Distretto Oglio Po Casalasco/Viadanese rimane in capo alle rispettive ASST di afferenza, come definito con apposita convenzione adottata con decreto n° 325 del 5 luglio 2022 ed in scadenza al 31 dicembre 2024. In sede di rinnovo verranno dettagliati gli accordi integrati tra i Piani di Sviluppo del Polo Territoriale delle due ASST ed i Piani di Zona per portare a compimento il rapporto funzionale ad elevata integrazione e collaborazione tra il territorio casalasco e quello viadanese.

La convenzione che verrà adottata sarà parte integrante del presente piano dato che esplicherà le azioni sinergiche che le due Aziende Sanitarie intendono mettere in campo per il potenziamento dell'offerta sociosanitaria e sanitaria del Distretto.

Si è considerata prioritaria l'esigenza di dare continuità, omogeneità e sviluppo ai processi di cura in una logica di integrazione, riducendo la frammentazione delle risposte e delle unità d'offerta, di migliorare l'accessibilità ai servizi, di sviluppare assetti organizzativi tendenti alla medicina di prossimità, ulteriormente sostenuti dalla realizzazione della Casa di Comunità Casalmaggiore e delle Casa di Comunità di Viadana e Bozzolo, di rafforzare le sinergie tra i servizi sanitari del Presidio Ospedaliero Oglio Po, i servizi sociosanitari del polo territoriale di Casalmaggiore e di Viadana ed i servizi sociali territoriali.

Ruolo fondamentale nel garantire la continuità delle Cure verrà svolto dalla Centrale Operativa Territoriale, quale modello organizzativo che esercita una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie ed ospedaliere. Nello specifico le due Centrali Operative territoriali presenti nel Distretto, COT di Casalmaggiore e COT di Viadana, opereranno in stretto raccordo, regolamentato da specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari, in particolare nel percorso di dimissioni protette.

Nel corso del prossimo triennio sarà cura delle due Direzioni:

- istituire un tavolo di programmazione e di monitoraggio dei livelli di integrazione;
- implementare lo scambio di buone pratiche e la contaminazione di percorsi innovativi tra le tre Case della Comunità.

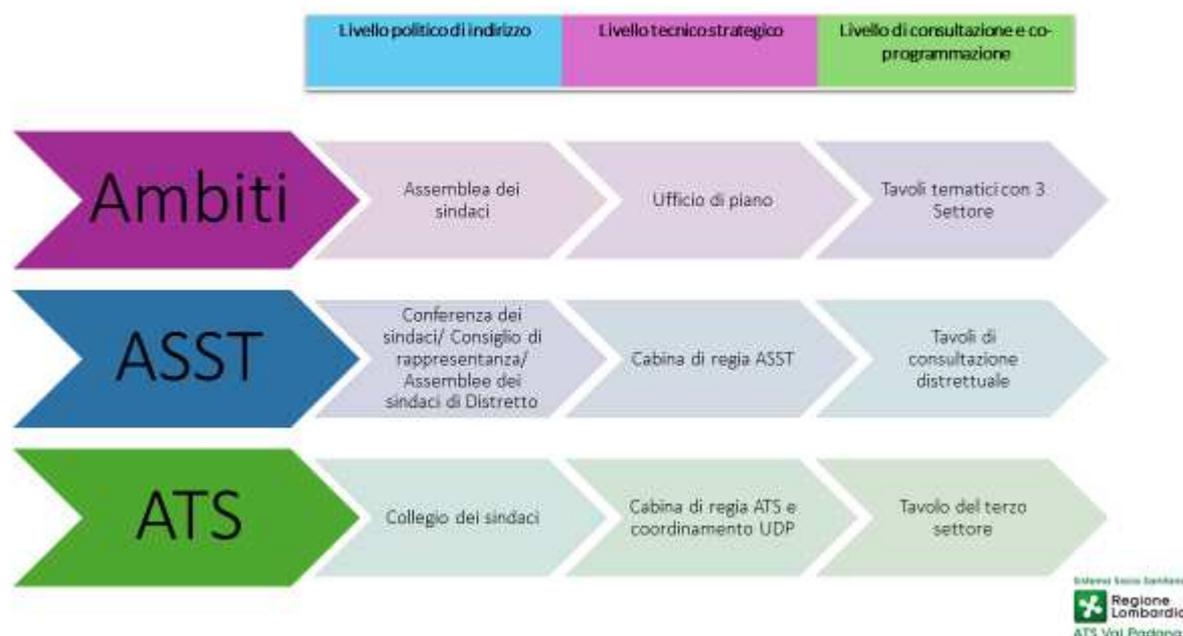
Si sottolinea inoltre che i due Ospedali di Comunità del Distretto (quello di Viadana già attivo e quello di Bozzolo di prossima attivazione) sono deputati all'accoglienza prevalente dei pazienti residenti nel territorio di tutto il Distretto a garanzia dei servizi di prossimità.

Ad oggi l'unico Ospedale di Comunità attivo sconta purtroppo una ridotta recettività a causa delle costanti difficoltà di arruolamento del personale infermieristico.

Il Piano si pone l'obiettivo di affrontare nel triennio 2025/2027 le sfide contemporanee frutto dei cambiamenti demografici e delle necessità sociosanitarie e sociali emergenti legate al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione che richiede modelli di assistenza capaci di rispondere in modo adeguato alle crescenti richieste di cura e supporto per le persone anziane. Parallelamente si mira ad un modello di presa in carico più strutturato dei soggetti cronici con l'obiettivo di garantire loro una qualità di vita ottimale assicurando una continuità di cura efficace. Si valorizza il domicilio come luogo di cura attraverso l'implementazione dei servizi personalizzati in grado di fornire prestazioni sanitarie, sociosanitarie ed assistenziali direttamente nelle abitazioni dei pazienti. Si punta ad un percorso di cura più umano, meno invasivo e più efficace.

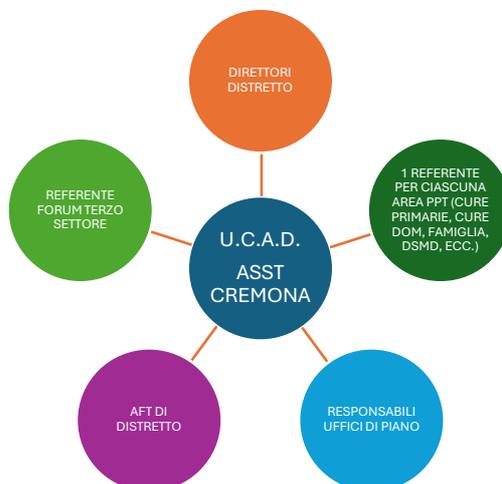
Il sistema è oggi amministrato da una governance complessa e multilivello nella quale i medesimi attori possono abitare spesso più "luoghi", il rischio è pertanto quello di generare frammentazione nella partecipazione ai luoghi decisionali.

Va assunta quindi una continua attenzione al "governo" di questi luoghi, utile a presidiare le modalità di confronto ed i contenuti stessi. È importante garantire un coordinamento "circolare" fra i diversi livelli al fine di preparare al meglio i momenti di discussione e renderli il più possibile efficaci.



Nella consapevolezza della centralità che assume il Distretto/Ambito vanno accompagnati i percorsi di coinvolgimento del livello politico e la partecipazione del Terzo Settore. A tal fine si ritiene opportuna, in via sperimentale, l'attivazione di "tavoli" di integrazione a livello distrettuale, con l'obiettivo di favorire l'integrazione sociosanitaria, nei quali siano presenti il Direttore di Distretto, i Responsabili delle linee di attività prevalenti sul tema (es. responsabile cure domiciliari, responsabile/referente area disabilità, responsabile Consultorio, referente DSMD), il Responsabile dell'Ufficio di Piano, il Direttore della Az./Consorzio per la gestione associata ed infine il Referente del Forum del Terzo Settore, che potrà naturalmente coinvolgere ulteriori referenti in funzione delle diverse tematiche trattate.

I “tavoli” avranno il compito di fornire un contributo tecnico al lavoro di revisione annuale del Piano di Sviluppo del Polo Territoriale, affidato dalla DGR n. XI/7758 del 28 dicembre 2022 alla Cabina di Regia integrata del Polo Territoriale (istituita nella ASST di Cremona con Decreto n° 275 del 22 maggio 2023). Conclusa la fase sperimentale verranno valutate l’opportunità e la necessità di dar vita ad un organismo permanente di “Governo del Distretto” la cui denominazione potrebbe essere “Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali” (U.C.A.D.) nei termini di seguito rappresentati:



ASST di Cremona riconosce il valore delle risorse locali e può contare su un contesto comunitario attivo e coinvolto in cui istituzioni, associazioni e servizi sanitari collaborano in sinergia per rispondere ai bisogni dei cittadini.

Attraverso l'implementazione di politiche mirate ed interventi concretamente attuabili, sarà organizzato un adeguato equilibrio tra i bisogni di salute della popolazione, le risorse assegnate al Servizio Socio Sanitario Regionale e la garanzia di un'assistenza territoriale appropriata e di qualità.

Le Direzioni di Distretto di concerto ed in stretta collaborazione con la Direzione Strategica dell'Azienda hanno curato - e cureranno - lo sviluppo del presente Piano per assicurare il pieno allineamento degli obiettivi aziendali con quelli del Polo Territoriale.

Gli obiettivi strategici perseguiti sono sostanzialmente quattro, trasversali alle diverse fasce della popolazione ed alle diverse fasi della vita:

- analizzare i bisogni di salute e valorizzare l’offerta di servizi per favorire l’inclusione sociale;
- implementare il Distretto inteso come polo della *governance* e dell’attuazione di politiche integrate;
- ricercare la massima appropriatezza dei setting di cura;
- sviluppare e potenziare nuovi strumenti e nuovi servizi di prossimità e di integrazione sociosanitaria.

Come previsto dalle Linee di Indirizzo per la programmazione sociale territoriale definite con DGR 2167/2024 e dalle Linee di Indirizzo per l’elaborazione del Piano di Sviluppo del Polo Territoriale stabilite con DGR 2089/2024, il percorso di elaborazione dei PPT deve essere attuato in una logica di piena armonizzazione con il processo di programmazione dei Piani di Zona in capo agli Ambiti Sociali.

Nella stesura del Piano di sviluppo del Polo Territoriale tale armonizzazione è stata garantita dal lavoro sviluppato all’interno di “*focus group*” coordinati da ATS Val Padana e relativi alle aree di maggiore integrazione:

- Area della disabilità ed autismo;
- Area della salute mentale;
- Area della famiglia e della tutela dei minori;
- Area della presa in carico e della casa come primo luogo di cura;
- Area della prevenzione.

Il raccordo con le organizzazioni del volontariato, raccomandato da Regione Lombardia, è stato attuato sia attraverso incontri specifici con i Responsabili del Forum del Terzo Settore e del Centro Servizi del Volontariato che tradizionalmente rappresenta il mondo dell'associazionismo cremonese negli ambiti di programmazione e di governance, sia all'interno degli organismi consultivi del Distretto Cremonese e di quello Casalasco nei quali il terzo settore è rappresentato in forma permanente.

La condivisione e la co-progettazione sono state inoltre garantite dalla sinergia con gli amministratori locali, con le rappresentanze sindacali territoriali nonché con le Aggregazioni Funzionali Territoriali della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta, prima dell'approvazione in seno alla Cabina di Regia della Conferenza dei Sindaci dell'ASST.

La collaborazione e l'integrazione tra i diversi professionisti del sistema sociosanitario, invece, incontra numerose difficoltà. Le molteplici figure coinvolte nei percorsi di valutazione, presa in carico, diagnosi e cura non riescono ancora a gestire le differenze di natura culturale, relative a visioni ed approcci lavorativi diversi.

Tali elementi, se da un lato rappresentano una ricchezza di prospettive, dall'altro lato costituiscono spesso terreno fertile per incomprensione e barriere comunicative anche a causa della scarsa abitudine dei professionisti al lavoro interdisciplinare. Nel corso degli anni le numerose riforme del sistema sociosanitario, il lungo periodo di transizione per il trasferimento di competenze – e di personale – dalle ATS alle ASST, l'elevato *turn over* delle professioni in tutti i comparti, hanno certamente indebolito e reso più complesse le pratiche di collaborazione stabili e durature in essere all'epoca dei vecchi Distretti sociosanitari.

La scelta di dedicare tempo ed energia alla formazione è fondamentale e diviene una grande opportunità per gli obiettivi di integrazione del prossimo triennio. Ai Direttori di Distretto sarà affidata la responsabilità di organizzare un percorso per sé e per i propri operatori, mirato a consolidare visioni comuni e allineare gli approcci operativi tra i professionisti coinvolti. Il risultato atteso è una maggior consapevolezza del valore di un'impostazione coordinata e la realizzazione di azioni organizzative integrate. Altro tema su cui sviluppare competenze efficaci è la transizione tra cure sanitarie e sociali con un focus ai bisogni legati all'area della fragilità. In particolare, merita una specifica attenzione la fase di passaggio dall'assistenza ai minori a quella per l'età adulta in quanto rappresenta un momento critico che richiede una continuità di cura che preservi la stabilità e il benessere della persona.

Regione Lombardia con DGR 2089/2024 ha individuato alcuni elementi che devono necessariamente essere contenuti nei Piani di sviluppo del Polo Territoriale ed in particolare:

- la definizione delle modalità attraverso cui garantire le valutazioni nella transizione dei setting assistenziali (da Ospedale a Territorio) per il tramite della Centrale Operativa Territoriale (COT) a garanzia della continuità assistenziale;
- la formalizzazione di adeguate e puntuali procedure e protocolli per i trasferimenti del paziente dall'Ospedale al Territorio e viceversa. Al riguardo assume particolare rilevanza la definizione della gestione delle dimissioni protette, nella quale svolgerà un ruolo determinante la Centrale Operativa Territoriale (COT);
- il potenziamento, nell'ambito delle cure domiciliari, dell'Assistenza Domiciliare Integrata e la stabilizzazione/riduzione degli accessi inappropriati al Pronto Soccorso. Si tratta di un ambito nel quale assume grande rilevanza strategica lo sviluppo dell'integrazione tra i diversi attori del Sistema Sanitario, Socio Sanitario e Sociale;
- la definizione, nell'ambito delle Cure Primarie, di protocolli per il coordinamento territoriale e in particolare per l'integrazione tra i Servizi Territoriali, i Medici di medicina generale (MMG), i Pediatri di libera scelta, gli Ambiti Territoriali Sociali, l'Associazionismo, nei quali siano previsti anche momenti formativi aperti alla rete;
- la costruzione, nell'ambito della prevenzione, di un flusso strutturato e aggiornato di informazioni della propria organizzazione e dell'accesso alle diverse attività e iniziative in ambito preventivo, da condividere con la medicina territoriale (MMG/PLS, UDO Sociosanitarie, Farmacie) e con gli altri attori del territorio (Comuni, Aziende, Scuole, Associazioni del terzo settore). In un contesto di grande cambiamento organizzativo l'accesso alle informazioni rappresenta infatti un importantissimo punto

di partenza, in particolare sul tema della prevenzione si aprirebbe uno spazio di collaborazione, nel quale i diversi professionisti possono fungere da utile cassa di risonanza, connettendo contesti e attori sociali differenti, che posso contribuire ad ampliare il perimetro diffusivo della prevenzione stessa;

Il presente Piano si occupa in via prioritaria di intercettare e soddisfare i bisogni dei cittadini più fragili, anche sulla scorta delle indicazioni e degli elementi contenuti nel Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN) che definisce, tra l'altro, le linee di indirizzo per la "stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori come strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla programmazione e alla presa in carico".

Tale modello, utilizzando informazioni relative ai bisogni clinici, assistenziali e sociali della persona, offre gli elementi per identificare i bisogni di ciascun cittadino e tradurli nel Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che rappresenta una guida personalizzata per la gestione del percorso di cura e assistenza.

Il concetto di fragilità è ulteriormente definito dal modello multidimensionale costruito e validato dalla DG Welfare della Regione Lombardia che definisce e misura cinque componenti.

Un cittadino è tanto più fragile:

- quanto maggiore è la sua complessità clinica;
- quanto minore è l'aderenza alle raccomandazioni basate sulle evidenze per la cura delle malattie di cui soffre e per le campagne di prevenzione secondaria dei tumori;
- quanto più ridotta è l'autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane;
- quanto più elevato è il rischio di essere istituzionalizzato in RSA (se è di età ≥ 65 anni);
- se vive in un contesto sociale disagiato.

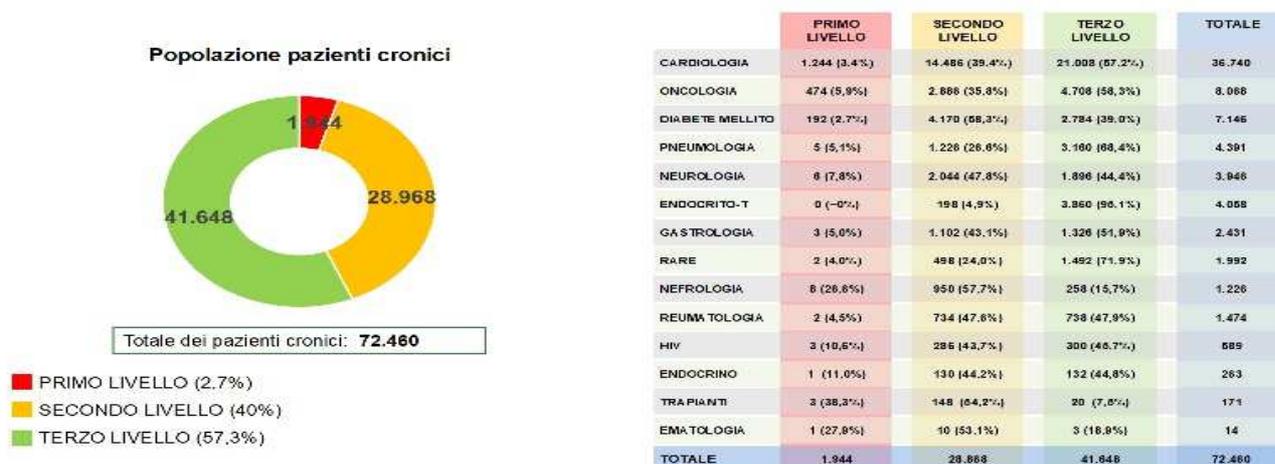
Vale la pena riportare la definizione dei primi due elementi che costituiscono i primi due indicatori perché trattano due aspetti molto importanti in termini di monitoraggio della salute, di prevenzione e criticità da prevenire.

La complessità clinica riguarda delle malattie/condizioni di cui il cittadino è affetto pesate per la mortalità a cinque anni associata a ognuna di esse.

È misurata da un indice validato nel 2019 con l'acronimo CReSc (Chronic Related Score), recentemente aggiornato e rivalidato con il nome CReSc 2.0.

Tale indice, applicato alla popolazione della ASST di Cremona (190.000 abitanti), genera il contenuto della tabella di seguito rappresentata:

I pazienti cronici comuni ASST CREMONA con la nuova BDA dati 2023



*BDA Banca Dati Assistenziale

La mancata aderenza alle raccomandazioni si manifesta nell'insufficiente continuità delle cure territoriali da parte dei pazienti con condizioni croniche rilevanti e nella scarsa partecipazione agli inviti per esami di diagnosi precoce delle patologie più diffuse. Per offrire una sintesi di questa dimensione della fragilità, si analizza l'adesione alle cure di alcune malattie di grande rilevanza per la sanità pubblica ed a specifici esami di screening.

In relazione alle cure, ad esempio:

- il 63% dei pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2 non aderisce alle raccomandazioni delle società di diabetologia per il monitoraggio della malattia sui due controlli annuali dell'emoglobina glicata;
- dal 40% al 61% dei pazienti affetti da malattie croniche rilevanti (ipertensione, dislipidemie e diabete mellito di tipo 2) non ha evidenza di continuità delle cure farmacologiche, ovvero risulta coperto dalla disponibilità del farmaco per meno di 9 mesi rispetto ai 12 mesi di osservazione.

In relazione alla prevenzione secondaria:

- il 42% e il 57% dei cittadini invitati a sottoporsi a esame per la diagnosi precoce del tumore mammario femminile e del colon-retto non aderiva all'invito fino al 2019;
- la netta riduzione della copertura delle campagne di screening registrato durante lo shock pandemico da Covid-19, spiega la ragione per la quale le patologie oncologiche si presentano oggi all'osservazione clinica in uno stadio avanzato con sempre maggior frequenza. Un cittadino è tanto più fragile quanto meno aderisce alle raccomandazioni per il monitoraggio, la cura e la prevenzione delle malattie. Più della metà dei pazienti affetti da diabete, dislipidemia e/o ipertensione, non aderisce ad alcuna raccomandazione.

Queste informazioni di scarso ingaggio dei cittadini nel seguire le prescrizioni mediche e nel partecipare ai cittadini indicano che è necessario lavorare sull'empowerment della popolazione e sulla loro alfabetizzazione medica sugli stili di vita, accanto alla gestione della relazione: professionista sanitario/sociale e paziente/persona.

Il rafforzamento del patto di fiducia tra i cittadini e le istituzioni sanitarie e sociali di aiuto è obiettivo centrale del piano di sviluppo territoriale.

Prevenzione ed accompagnamento dei soggetti fragili sono due obiettivi strategici su cui ASST di Cremona opera con determinazione e con interventi precisi.

Il Piano infatti assegna al Distretto ed alle sue articolazioni il compito di mettere in comunicazione, attraverso l'uso di un unico strumento informatico regionale SGDT, i diversi attori della rete dei servizi socioassistenziali, sociosanitari e sanitari, per la presa in carico proattiva della persona più fragile e accompagnarla a fruire dei setting di cura più appropriati evitando di replicare e sovrapporre interventi di diagnosi e cura.

Per ciascun settore di intervento il risultato atteso sarà pertanto il seguente:

- incremento della partecipazione del cittadino alle campagne di vaccinazione e di screening oltre ai programmi di prevenzione proposti;
- aumento della presa in carico delle persone fragili in particolare degli over 65 (come previsto altresì dagli standard relativi al PNRR);
- aumento dell'aderenza ai protocolli di cura da parte delle persone con una o più malattie croniche;
- riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso (codici bianchi) a favore di accessi sempre più numerosi ai servizi domiciliari ed ambulatoriali offerti presso le Case di Comunità

L'impegno di supportare le persone più fragili ed offrire ai cittadini servizi e trattamenti sempre più accessibili oggi può avvalersi di soluzioni digitali utili per potenziare la velocità di contatto, di comunicazione, di formulazione di diagnosi, di analisi ed elaborazione dati, garantendo la prevenzione, la cura e lo studio di soluzioni innovative per la salute, il benessere psico-fisico e la gestione di problematiche sociali.

Un ruolo di particolare rilevanza per l'attuazione e lo sviluppo del presente Piano verrà esercitato delle attività eseguite nell'ambito della "telemedicina" a favore, in particolare, dei pazienti cronici, dato che tale modalità di erogazione:

- consentirà di rendere i servizi sanitari e sociosanitari più accessibili in un territorio nel quale la prossimità delle Strutture sanitarie e dei servizi erogati è particolarmente limitata oltre che disomogenea;

- eviterà ai pazienti spostamenti onerosi e faticosi ed offrirà strumenti di fondamentale importanza per il monitoraggio in continuo;
- consentirà, anche grazie allo sviluppo di intelligenza artificiale, *machine learning* e dispositivi IoT nel settore sanitario di rendere le diagnosi più precoci, precise e veloci;
- contribuirà a contenere i costi erogativi ed a parità di risorse, ad aumentare il livello quantitativo e qualitativo dei servizi.

5. AREE DI INTERVENTO

5.1 AREA DELLE CURE PRIMARIE

Le Cure Primarie sono la “porta di accesso” al Sistema Sanitario Nazionale per i cittadini, le famiglie e la comunità; rappresentano un’area del sistema connotata da caratteristiche peculiari e significativamente diverse da quelle dell’assistenza ospedaliera, con la quale è imprescindibile l’integrazione.

Il pattern assistenziale caratterizzante le cure primarie è orientato alla “promozione attiva della salute” ed al rafforzamento delle risorse personali e sociali a disposizione dell’individuo, in particolare se affetto da patologie croniche, disabilità e condizioni di fragilità.

Un ruolo determinante nelle cure primarie viene svolto dai Medici del Ruolo unico di Assistenza Primaria (Medici di Medicina Generale e di Continuità Assistenziale) e dai Pediatri di Libera Scelta che operano con il personale infermieristico e le altre figure professionali dei servizi territoriali al fine di garantire la più completa assistenza sanitaria al cittadino, anche in integrazione con i servizi sociali.

In adempimento a quanto previsto dalla legge Regionale 14 dicembre 2021 n. 22, il 1° gennaio 2024 si sono concluse le azioni propedeutiche e la fase transitoria con il definitivo trasferimento delle funzioni e degli operatori del Dipartimento/ Struttura Complessa (SC) Cure Primarie dall’ATS Val Padana all’ASST di Cremona.

La SC Cure Primarie ha la funzione di governare il convenzionamento e l’attività dei sanitari a rapporto convenzionale, assicurando funzioni gestionali, tecniche ed amministrative trasversalmente a tutte le Unità Operative territoriali dell’ASST.

La Struttura contribuisce all’assistenza territoriale, come definita dal Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 n. 77, integrandosi funzionalmente con le altre articolazioni del Polo Territoriale ed in particolare con i Distretti. Con questi ultimi è previsto un modello organizzativo di interazione "a matrice" finalizzato a garantire percorsi di cura integrati ed appropriati, la continuità assistenziale, l’integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale ed il raccordo tra il Polo Territoriale e quello Ospedaliero.

Le prestazioni sanitarie – oggetto della governance della SC Cure Primarie – sono erogate dal personale a rapporto convenzionale, trasferito dall’ATS all’ASST - secondo il principio dell’afferenza territoriale – il 1° gennaio 2024.

I Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria e i Pediatri di Libera Scelta rivestono un ruolo strategico e insostituibile nell’assetto organizzativo e nella erogazione delle prestazioni sanitarie del Polo territoriale, contribuendo ai processi di cura e di presa in carico secondo il criterio della prossimità e della proattività; si evidenzia come – al momento attuale - la nota e diffusa carenza medica non renda possibile, in particolare nelle aree rurali, garantire a tutti i cittadini il “rapporto di fiducia”, la continuità di cura e la prossimità, (caratteristiche della Medicina di Famiglia) ed al contempo assicurare la piena operatività del Servizio di Continuità Assistenziale.

Al 31 ottobre 2024 i medici a rapporto convenzionale risultano:

	Attivi	Titolari	Incarico a tempo determinato
Pediatri di Libera Scelta	18	18	0
Medici di Medicina Generale	113	105	8
Medici di Continuità Assistenziale	41	2	39

Sono presenti quattro forme associative pediatriche, comprendenti 15 pediatri (83%) e 16 forme associative dei Medici di Famiglia (6 delle quali in forma “avanzata”), per un totale di 87 associati (77%).

Il Servizio di Continuità Assistenziale (CA) è svolto presso tre Presidi (uno dei quali allocato presso la Casa di Comunità) a:

- Cremona, ove è prevista la presenza di quattro medici per turno;
- Casalmaggiore ove è prevista la presenza di un medico per turno;
- Soresina ove è prevista la presenza di un medico per turno.

Come previsto dai rispettivi Accordi Collettivi Nazionali, sono costituite le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei Medici di Assistenza Primaria (MAP) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), nello specifico:

- 2 AFT della Pediatria, coincidenti con i Distretti;
- 5 AFT dei MAP (Cremona Est, Cremona Centro 1 e Centro 2, Cremona Ovest e Casalmaggiore).

Le AFT costituiscono il tessuto organizzativo, in forma mono professionale, nel quale i medici convenzionati creano le condizioni funzionali per attuare lo sviluppo dell'assistenza in riferimento a obiettivi di salute e di attività definiti a livello regionale e aziendale.

L'inserimento dei medici convenzionati nel modello di riorganizzazione distrettuale della rete territoriale deve avvenire considerando ed integrando due *driver*:

- il DM 77/2022 che definisce il contesto ed il quadro di riferimento organizzativo (Distretto, Casa di Comunità, Ospedale di Comunità, Centrale Operativa Territoriale);
- l'applicazione di quanto disposto dagli Accordi Collettivi Nazionali ed Integrativi Regionali per la Medicina Generale e la Pediatria di Famiglia in un'ottica di evoluzione verso il nuovo modello territoriale.

In riferimento a quanto premesso, si individua quale macro-obiettivo lo sviluppo ed il consolidamento dell'integrazione della SC Cure Primarie e dei medici convenzionati nel Polo Territoriale dell'ASST, individuando quali sotto-aree:

- l'attuazione del modello di interazione "a matrice" tra i Distretti e la SC Cure Primarie;
- l'assistenza domiciliare programmata erogata del Medico di Medicina Generale anche per il tramite del proprio infermiere di studio e in collaborazione con l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) e con le altre figure professionali;
- la presa in carico del paziente cronico e/o fragile (PIC) con inserimento nei PAI di prestazioni sociali ad integrazione di quelle sanitarie;
- la continuità assistenziale, in particolare la presenza medica H24, 7 giorni/7, presso la Casa di Comunità e la riorganizzazione del Servizio di CA in relazione all'evoluzione dei bisogni sanitari della popolazione e alle indicazioni regionali;
- la continuità assistenziale pediatrica con rimodulazione dell'attività "ambulatoriale pediatrica del sabato" in riferimento a quanto definito nell'Accordo Integrativo Regionale 2024.

Il trasferimento delle Cure Primarie nell'ambito dell'ASST con la conseguente afferenza delle stesse al Polo Territoriale consente di promuovere e realizzare - quale elemento innovativo rispetto al passato - la diretta partecipazione dei medici convenzionati nella definizione delle azioni di sviluppo dell'assistenza territoriale. La co-progettazione e la stesura di protocolli e linee guida, in specifici gruppi di lavoro e/o tavoli tecnici con i Referenti delle AFT e/o "rappresentanti" dei MAP e dei PLS, rappresenta condizione imprescindibile, essendo gli stessi attori nella realizzazione del modello assistenziale distrettuale, nel processo di transizione dalla medicina "di attesa" alla medicina "di iniziativa" e nella integrazione ospedale-territorio.

Essendo i medici a rapporto convenzionale il punto di riferimento dei cittadini per l'erogazione di prestazioni sanitarie di primo livello, la richiesta di consulenze specialistiche, l'attivazione di servizi domiciliari e sociali, gli interventi di prevenzione e promozione della salute, la loro collaborazione con le diverse aree di servizi è decisiva e si attua nel Piano di Sviluppo del Polo Territoriale attraverso poliedriche progettualità che coinvolgono un'ampia tipologia di attori e azioni specifiche per target di persone e di bisogni.

5.2 AREA DELLA DISABILITÀ

La programmazione triennale 2025-2027 per lo sviluppo del polo territoriale si coniuga con l'incentivo all'innovazione previsto dal PNNR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) in particolare per quanto riguarda la Missione 5 (inclusione e coesione) e la Missione 6 (salute). La sfida al cambiamento si presenta in una fase di difficile equilibrio tra le risorse disponibili e l'aumento dei bisogni in un territorio duramente provato dalla pandemia, con una popolazione che vede uno squilibrio demografico più accentuato rispetto alla media nazionale e regionale e che riscontra una condizione di particolare fragilità riguardo alla popolazione giovanile.

Le linee di indirizzo per i Piani di sviluppo del Polo Territoriale delle ASST e per la Programmazione Sociale Territoriale sottolineano la necessità di implementare l'integrazione programmatoria e funzionale tra sociale e socio-sanitario per le linee di intervento regionale afferenti all'area della disabilità.

Gli interventi sanitari, socio-sanitari e sociali devono necessariamente essere realizzati in un'ottica di collaborazione reciproca delle diverse professionalità in équipe funzionali e multi/inter professionali che collegano e coordinano gli interventi che afferiscono a molteplici Strutture e Dipartimenti dell'ASST, ai diversi contesti di cura (ospedale, territorio, domicilio) ed intersecano le nuove articolazioni organizzative della Centrale Operativa Territoriale, Punto Unico Accesso e delle Case della Comunità (DGRXI/6760/2022; DGR XI/6867/2022; DM 77/202).

Il rafforzamento delle équipe funzionali, multiprofessionali e trasversali all'organizzazione per Dipartimenti e Strutture, rappresenta uno strumento prezioso per la sperimentazione di nuovi modelli gestionali. Richiede però un investimento specifico su percorsi formativi strutturati, continuativi e condivisi con gli enti locali e gli altri attori territoriali. La crescita professionale degli operatori richiede programmi di aggiornamento e di *empowerment*, studiati ed organizzati in modo mirato per il miglioramento della qualità degli interventi e per la strutturazione di metodi di lavoro che favoriscono e sostengono la collaborazione con l'utenza e con i familiari. Inoltre, la definizione accurata dei processi, degli obiettivi e dei risultati è indispensabile per supportare il lavoro dei professionisti, aumentarne le competenze e facilitare il dialogo con gli altri soggetti coinvolti.

Significative evoluzioni organizzative sono state introdotte dalla Legge Regionale n. 25/2022, che ha sancito (per la prima volta in Italia) il diritto alla vita indipendente ed all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità.

In linea con tale principio, le attività risultano effettivamente realizzabili, sostenibili ed efficaci se viene rispettato il coinvolgimento della persona disabile, delle famiglie e degli Enti del Terzo Settore, a partire dalle fasi di progettazione e di programmazione.

La vivacità e ricchezza dell'associazionismo locale, pur accentuando i rischi di frammentazione degli interventi, costituisce indubbiamente un punto di forza del territorio. L'efficacia dei servizi e dei programmi dell'area della disabilità dipende, oltre che dagli servizi specialistici socio-sanitari, dalla cultura delle pari opportunità e dell'inclusione presente nel territorio in cui si opera. Importanti alleati per il contrasto alle disuguaglianze, sono gli Enti del Terzo Settore afferente alla ASST di Cremona.

Indispensabile è il collegamento con i servizi sociali territoriali, con i Medici di Medicina Generale/Pediatri Libera Scelta, i Medici Specialisti Ospedalieri, gli Erogatori accreditati, l'ufficio di protezione giuridica.

Tale impostazione ha la finalità di facilitare il confronto tra i servizi dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Cremona e precisamente il Distretto Cremonese, quello Oglio Po Casalasco/Viadanese e gli Ambiti Sociali del Territorio.

L'Area della Disabilità interagisce anche con la Rete di strutture socio-sanitarie differenziate per la tipologia di Unità di offerta presenti sul territorio:

- Centri Diurni per Disabili (CDD);
- Comunità Socio Sanitarie (CSS);
- Residenze Sanitarie per Disabili (RSD).

Come già riportato nel cap. 3, le Residenze Sanitarie per Disabili (RSD) registrano il maggior numero di posti letto (559), dal 2019 al 2023 le persone che hanno beneficiato di queste strutture hanno un'età compresa fra i

45-64 anni con alti bisogni di sostegno (55%) mentre il 16% riguarda persone con più di 65 anni.

Il percorso assistenziale integrato rappresenta il fondamentale obiettivo strategico di un sistema locale sociosanitario e sociale dedicato ai pazienti affetti da disabilità sensoriali, motorie, intellettive e psichiche. Tale percorso, coordinato dalla Struttura Servizi per la Domiciliarità Aziendale, prevede un complesso processo di presa in carico del paziente che integra e pone in interrelazione i percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione al fine di fornire un continuum di cure e di servizi sanitari e sociali durante tutto l'arco di vita.

La SC di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (UONPIA) che si occupa del 20% della popolazione in Età Evolutiva (EE), opera per la disabilità da quando è stata attivata negli anni 70 e, da più di un decennio, all'interno di progetti regionali.

In particolare, l'UONPIA dell'ASST di Cremona è capofila del Progetto (G018) per la Diagnosi Precoce e le Disabilità complesse in ATS Val Padana.

Di grande valore è stato il progetto WIN4ASD (*Web Italian Network for Autism Spectrum Disorder*), per la Segnalazione Precoce dell'Autismo, attuato in via sperimentale dal 2021 in ASST Cremona e successivamente adottato in tutto il territorio di Regione Lombardia (RL).

La segnalazione precoce dell'autismo avviene all'età di 18 mesi a cura dei Pediatri di Libera Scelta, che registrano sulla piattaforma WIN4ASD l'esito dello screening CHAT; successivamente i professionisti delle UONPIA, mediante accesso alla piattaforma, prendono in carico i piccoli pazienti in funzione di precisi criteri di priorità.

Viene utilizzato il test SDQ (Questionario Disagio Pre-adolescenziale/Adolescenziale), eseguito dai Pediatri di libera Scelta nell'ambito del proprio bilancio di salute.

Dal 2022 sono inoltre attivi e finanziati i progetti PERVINCA e AUTINCA per la gestione integrata dell'autismo ed il progetto DIAPASON per la gestione delle acuzie psichiatriche nei soggetti disabili. Tutte le attività per i disabili in età evolutiva sono pianificate e definite dai progetti di Regione Lombardia, ad eccezione della transizione dei pazienti affetti da autismo residenti nel Distretto Oglio Po Casalasco/Viadanese che verrà attivata nel triennio 2025-2027.

Il presente Piano si pone l'obiettivo di implementare il percorso di transizione dei soggetti disabili con disturbo neurologico o del neurosviluppo.

La predisposizione del Progetto di Vita Personalizzato, partecipato e declinato nelle diverse dimensioni di vita, e il Budget di Progetto sono gli strumenti per la presa in carico globale. Tali obiettivi si realizzano attraverso lo sviluppo di modelli per la Valutazione Multidimensionale con funzione propedeutica all'elaborazione del Progetto Individuale, percorso coordinato dalla SC Servizi per la Domiciliarità mediante un gruppo tecnico che comprende molteplici attori: infermieri, educatori sanitari, assistenti sociali, medici specialisti in relazione all'età della persona disabile (pediatra, neuropsichiatra infantile, geriatra, psicologo) ed in stretta connessione con il Servizio Disabilità Psichica (autismo, disabilità e inclusione sociale).

Nella dimensione di integrazione, il Servizio di Disabilità Psichica si pone anch'esso come strumento di cura, di rispetto dei diritti, di promozione dell'inclusione sociale e del benessere delle persone con autismo e disabilità intellettiva. Elabora risposte efficaci, appropriate ed adeguate ai contesti ed ai bisogni complessi, orientando gli interventi sanitari e sociosanitari alla presa in carico integrata, che implica: l'attivazione ed il rafforzamento delle équipes multidisciplinari, la condivisione di strumenti di valutazione e programmazione, il potenziamento della collaborazione con tutti gli attori territoriali attraverso accordi anche formali.

Dalle considerazioni esposte è possibile individuare alcune linee programmatiche di sviluppo funzionali ad una maggiore integrazione sociosanitaria, anche in stretto raccordo con la realizzazione dei Livelli Essenziali Prestazioni Sociali (LEPS) potendosi avvalere anche della presa in carico, con Punti Unici di Accesso (PUA) e valutazione multidimensionale dei bisogni ad opera di équipes multidisciplinari che rappresentano il prerequisito perché i servizi territoriali funzionino come una filiera integrata secondo quanto definito anche dalle linee operative per la programmazione sociale 2025-2027.

La collaborazione tra i servizi di ASST e gli Ambiti di riferimento per una presa in carico integrata delle progettualità rappresenta quindi un punto cardine per la programmazione territoriale. Gli obiettivi prioritari si struttureranno nel seguente modo: attivazione e rafforzamento delle Equipe Multidisciplinari; potenziamento dei rapporti di cooperazione con tutti gli attori territoriali di interesse attraverso accordi anche formali.

Il processo dinamico ed interdisciplinare, attraverso il quale vengono identificate la natura e l'entità dei problemi di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale di una persona e la consistenza delle risorse disponibili, deve trovare applicazione secondo modalità integrate, assicurate anche dalla partecipazione della figura dell'Assistente Sociale dei Comuni all'interno del Punto Unico di Accesso (PUA) presente nelle Case di Comunità.

Tale modello di funzionamento è già stato avviato nella Casa di Comunità di Casalmaggiore in forte sinergia con il CONCASS e verrà esteso nei due Punti Unici di Accesso afferenti al Distretto di Cremona in stretta collaborazione con l'Azienda Sociale Cremona ed il Comune di Cremona.

La garanzia del processo dinamico, interdisciplinare, unico ed integrato attuato nel PUA prevede nel corso del triennio 2025-2027:

- protocolli di coordinamento delle prassi/attività territoriali effettive tra i vari soggetti coinvolti nel sistema integrato (Azienda Socio-Sanitaria Territoriale, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Ambiti Territoriali Sociali, Unità d'Offerta Sociosanitarie e Sociali, Associazionismo/Enti del Terzo Settore ecc.);
- individuazione di percorsi giuridico-amministrativi ed operativo-gestionali per garantire l'effettiva operatività nei tre Punti Unici di Accesso degli assistenti sociali di Ambito (comunali);
- protocolli/procedure operative di Distretto/Ambito per il funzionamento dell'équipe integrata tra ambito territoriale sociale ed ambito sanitario per la valutazione multidimensionale;
- obiettivi di operatività e di *networking* in co-programmazione e co-progettazione con Associazionismo/Enti Terzo Settore al fine di rafforzare la valutazione multidimensionale e l'efficacia delle équipe integrate;
- istruzioni/procedure/linee di semplificazione dell'accesso e della riconoscibilità dell'appropriatezza di ricorso al Punto Unico di Accesso;
- istruzioni/procedure/linee di omogeneizzazione "minima" degli interventi e dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari esigibili attraverso il Punto Unico di Accesso;
- potenziamento della valutazione multidimensionale unificata/integrata e delle definizioni del Progetto di Assistenza Individuale (PAI), redatto tenendo conto dei fabbisogni assistenziali individuati nell'ambito della valutazione multidimensionale unificata;
- formazione comune sulla definizione del Progetto di Vita e sugli strumenti di valutazione e di monitoraggio e percorsi di formazione congiunta in merito alle tematiche afferenti all'area della disabilità e della non autosufficienza (es. valutazione integrata con Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute);
- diritto alla domiciliarità delle cure e dei sostegni socioassistenziali intesa come la possibilità per anziani e disabili di vivere a domicilio (misura B1-Misura B2-Dopo di Noi-Progetti ecc.);
- attenzione alle fasi della *transition* (minore-adulto e adulto-anziano) in cui è divenuta indispensabile la costituzione di équipe che prevedano la presenza di personale medico e sociale;
- coinvolgimento del Terzo Settore e del Volontariato quali portatori di un prezioso contributo alla lettura dei bisogni portando il vissuto delle persone incontrate per co-costruire percorsi e sperimentazioni sostenibili e rispondenti ai bisogni delle persone. Il Terzo Settore impegnato sul territorio dei Distretti di ASST che costituisce già una risposta alla domanda di salute distrettuale, andrà ulteriormente valorizzato a partire dal considerarli "testimoni privilegiati" ed attori in grado di esprimersi in merito alla realizzazione di interventi in quanto esperti dei bisogni e delle esigenze della cittadinanza.

Il monitoraggio semestrale ed annuale degli indicatori ed il confronto con i "portatori d'interesse", giocheranno un ruolo importante nel determinare il buon risultato dei progetti fornendo supporto, informazioni e risorse preziose sia dall'interno che dall'esterno; permettendo di confermare e potenziare gli aspetti positivi, ipotizzando soluzioni per limitare eventuali criticità, in un percorso di sviluppo organizzativo flessibile ma

rispettoso delle competenze professionali, dei bisogni e dei desideri dell'utenza, del contesto di vita, delle dinamiche e degli equilibri delle comunità territoriali.

L'impiego del Sistema di Gestione Digitale Territoriale (SGDT) che ha preso avvio in forma sperimentale nel corso del biennio 2022-2024 seppur non privo di criticità, consente agli operatori sociosanitari di gestire i principali processi assistenziali territoriali (es. supportare la presa in carico multidisciplinare, la gestione e monitoraggio del percorso di cura, ecc.), oltre che di introdurre e diffondere capillarmente i servizi di telemedicina.

Nell'incontro con le persone disabili anche nella nostra realtà affiorano difficoltà nel garantire risposte ai bisogni sanitari e sociosanitari. Molte persone con disabilità incontrano grandi difficoltà nello spostarsi, nel salire su un mezzo di trasporto, nell'accedere ai servizi con gli orari e le modalità convenzionali. I servizi di telemedicina permettono una maggiore flessibilità, una programmazione più elastica, adattandosi meglio alle specifiche necessità di ciascun individuo. La miglior continuità nelle cure e l'accessibilità a una comunicazione fluida tra paziente e medico sono particolarmente utili per le persone con disabilità che richiedono un monitoraggio regolare. In questo modo, le modifiche alla terapia ovvero le variazioni delle condizioni di salute potranno essere gestite. Gli ospedali possono essere ambienti stressanti ed ansiogeni, soprattutto per chi ha disabilità cognitive, sensoriali oppure è affetto da ansia sociale; perciò, la possibilità di rimanere in un ambiente familiare rende la comunicazione con i professionisti sanitari più rilassata e produttiva. Inoltre, dato che non tutti gli specialisti possono essere resi disponibili in diverse località, la telemedicina consente di ampliare la rete di professionisti, offrendo alle persone con disabilità accesso a cure specialistiche di elevatissima qualità.

La telemedicina offre anche una nuova prospettiva su come le cure possono essere rese più accessibili e personalizzate per le persone con disabilità.

La possibilità di eseguire attività di monitoraggio a distanza consente di identificare ed intervenire rapidamente su potenziali problemi. Per le persone con disabilità, questo significa una migliore gestione delle proprie condizioni, evitando complicazioni o deterioramenti che potrebbero richiedere, in seguito, interventi medici maggiormente invasivi oppure da eseguire in regime d'urgenza.

5.3 AREA DELLA DOMICILIARITÀ E DELLA PRESA IN CARICO

L'area della domiciliarità rappresenta l'insieme di interventi di natura sanitaria e sociosanitaria caratterizzati da un orientamento volto alla presa in carico e alla erogazione di servizi di prossimità. La metodologia di approccio è multiprofessionale e multidisciplinare con una tendenza sempre più forte alla co-progettazione degli interventi con gli Enti del Terzo Settore (ETS).

Gli elementi specifici della presa in carico a livello domiciliare sono previsti nel progetto individualizzato (PI) formalizzato con l'utente, la sua famiglia e la sua Comunità, in stretta collaborazione e condivisione con il Medico di Medicina Generale (MMG) e il Pediatra di Libera Scelta (PLS).

La pluralità dei servizi e degli interventi messi in atto nei Distretti dell'ASST di Cremona è finalizzata a garantire la presa in carico complessiva delle persone, determinando condizioni che possano il più possibile agevolarne la realizzazione, ossia: la prossimità delle cure, la continuità assistenziale, la facilitazione dell'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari ed il coinvolgimento della Comunità nei processi di programmazione, monitoraggio e valutazione dei risultati.

La presa in carico e la gestione del bisogno semplice o complesso dell'utente si traduce nell'attivazione di una serie di prestazioni sociosanitarie che implicano, per la loro natura, servizi interni ed esterni all'ASST. Coinvolgendo i diversi comparti sanitari, sociosanitari e sociali, l'impegno è volto a migliorare gli interventi ancora in massima parte frammentati.

L'orientamento verso un modello di policy integrato e trasversale dovrà prevedere il rafforzamento della sinergia tra i Distretti dell'ASST ed il Terzo Settore, procedendo nella Direzione auspicata dalla L.R. 22/2021.

I servizi dell'area della domiciliarità e della presa in carico, in ottemperanza alle disposizioni normative, rispondono al macro-obiettivo declinato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che prevede di aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare sino a prendere in carico, entro la metà del 2026, almeno il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi europee), rispetto all'attuale percentuale di poco inferiore al 5%.

L'area della domiciliarità dell'ASST è rappresentata nell'attuale Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS), approvato con la DGR 6804/2022, dalla Struttura Complessa (SC) Servizi per la Domiciliarità, all'interno della quale vengono programmati e governati i processi ed i percorsi di valutazione ed erogazione relativi alle Cure Domiciliari (C-DOM) ed alle visite specialistiche domiciliari. La Struttura Semplice prevede invece i servizi per la continuità assistenziale e per la fase attuativa del processo erogativo.

Nella nuova articolazione organizzativa del Distretto, quale ente funzionale per la gestione coordinata della rete dei servizi sociosanitari e sanitari territoriali, si inseriscono tutte le attività a sostegno della prossimità che trovano espressione e compimento nelle Case di Comunità finalizzate a promuovere l'integrazione tra le diverse unità d'offerta per l'accesso ai servizi, l'equità nella risposta ai bisogni ed il monitoraggio della qualità dei servizi offerti.

Il coinvolgimento degli ETS nella co-progettazione dei servizi sociosanitari a sostegno della domiciliarità certamente permettere di ottenere una lettura dei bisogni ed un'individuazione dei servizi offerti sempre più in linea con le esigenze del cittadino che ne usufruisce.

Le condizioni di non autosufficienza e/o di fragilità necessitano di interventi domiciliari e/o di dimissioni protette potenziati ed ampliati, in grado di offrire risposte flessibili, tempestive e coordinate con altri servizi a sostegno della domiciliarità. Tra i principali servizi a sostegno della domiciliarità nel territorio di afferenza dell'ASST troviamo le Cure Domiciliari (C-DOM). L'assistenza domiciliare integrata ha visto nel 2023 il riaccreditamento delle Unità d'Offerta con l'ingresso, a novembre dello stesso anno, dell'ASST nella veste di soggetto erogatore.

Con la DGR 6867/2022, Regione Lombardia definisce come riclassificare il sistema di erogazione delle cure domiciliari alla luce delle modifiche introdotte dalla L.R. 22/2021 e dalle innovazioni della medicina territoriale previste dal PNRR. Le Cure Domiciliari hanno come finalità il miglioramento complessivo della qualità di vita di un soggetto fragile che rimanendo presso il proprio domicilio evita di essere sottoposto a ricoveri ospedalieri impropri o precoci e di essere definitivamente inserito in strutture residenziali. Il servizio

offre supporto ai *caregiver* attraverso la formazione sugli interventi assistenziali e sanitari gestibili in autonomia, per creare un continuum nelle cure alla persona. Il Servizio è rivolto a soggetti fragili che per motivi diversi, in via temporanea o permanente, non sono in grado di accedere autonomamente ai servizi ambulatoriali e le prestazioni offerte sono prevalentemente di natura infermieristica, riabilitativa, assistenziale, psico-socioeducativa e specialistica. I Servizi per la Domiciliarità si sviluppano nell'ottica di supportare e garantire la continuità, l'unitarietà degli interventi e dei percorsi di presa in carico delle famiglie e dei loro componenti con fragilità, con particolare attenzione alle persone anziane, disabili, al domicilio.

Le azioni che connotano l'assistenza domiciliare si ispirano ai seguenti principi:

- integrazione e valorizzazione della collaborazione tra sistema sanitario sociosanitario e sociale;
- realizzazione di un sistema integrato di servizi ed interventi sociali ed assistenziali;
- coinvolgimento dei soggetti istituzionali che sono chiamati a fornire risposte ai bisogni dell'assistito al domicilio.

Inoltre, il paziente può beneficiare del potenziamento della presa in carico integrata che prevede l'intesa tecnico operativa tra i servizi sanitari, sociosanitari e sociali per la progettazione di interventi individualizzati.

L'analisi statistica effettuata da ATS Val Padana evidenzia che i cittadini presi in carico negli anni 2022 e 2023 nel territorio dell'ASST hanno rispettato il target regionale, in particolare è stato rilevato un costante incremento dei pazienti presi in carico a livello domiciliare che ad ottobre 2024 erano complessivamente n. 5240 mentre nel 2023 erano n. 4539 e nel 2022 erano n. 3836.

La RSA aperta è una misura innovativa che offre all'utente la possibilità di usufruire di servizi sanitari e sociosanitari utili a sostenere la permanenza al domicilio della persona il più a lungo possibile, rinviando in questo modo la necessità di un eventuale ricovero in una struttura residenziale. Le prestazioni, erogate dalle RSA accreditate aderenti alla misura, si rivolgono a persone residenti in Lombardia iscritte al Servizio Socio Sanitario Regionale che si trovano nelle seguenti condizioni:

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

In entrambi i casi le persone devono disporre di almeno un caregiver familiare e/o professionale che presta assistenza nell'arco della giornata e della settimana. La misura RSA aperta, nell'anno 2023, ha registrato n.372 utenti presi in carico nel Distretto Cremonese e n. 67 utenti presi in carico nell'Ambito Casalasco.

Le Cure Palliative domiciliari, ai sensi della legge 38/2010, sono definite come "l'insieme degli interventi diagnostici, terapeutici ed assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici." Rappresentano un'offerta domiciliare per una presa in carico dei soggetti colpiti da una qualunque malattia inguaribile, non solo tumorale, in fase avanzata e sintomatica.

Sono pertanto assistibili anche i malati affetti da malattie respiratorie, cardiologiche, neurologiche, metaboliche, infettive e post-infettive. Le cure palliative domiciliari prevedono trattamenti multidisciplinari, erogati da operatori appositamente formati e sono caratterizzati da interventi sanitari, sociosanitari, psicologici (prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, psicologico, da aiuto infermieristico-OSS, assistenza tutelare e sostegno spirituale). L'analisi statistica fornita da ATS Val Padana evidenzia che gli assistiti in cure palliative domiciliari sono prevalentemente riconducibili al genere maschile (52%) con un'età media di 79 per le donne e 76,7 per gli uomini, per un totale di n. 215 utenti presi in carico nel Distretto Cremonese e di n. 80 utenti presi in carico nell'Ambito Casalasco nell'anno 2023.

Le richieste di attivazione delle cure palliative domiciliari arrivano per circa il 50% dall'Ospedale/Medico specialista, il 26% viene richiesto dal MMG mentre una piccola parte (11%) viene richiesta direttamente dai familiari spesso tramite il PUA.

Il coinvolgimento delle cure primarie nei percorsi domiciliari trova espressione nell'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) che consiste nella programmazione di visite domiciliari periodiche da parte del Medico

di Medicina Generale ed è rivolta principalmente ai pazienti grandi anziani o disabili gravi. La frequenza programmata delle visite è legata alle caratteristiche della patologia rilevata ed al contesto socio-familiare di supporto e può avere cadenza settimanale, quindicinale o mensile. Nel 2023 il numero di attivazioni di ADP del Distretto Cremonese registra n.1133 pazienti presi in carico in maniera congiunta tra MMG e personale infermieristico distrettuale, a fronte dei 308 in carico nel 2022. Strettamente correlato alla ADP è il Servizio degli Infermieri di Famiglia e Comunità Aziendale. L'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) è il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità. Dispone di conoscenze e competenze specialistiche nell'erogazione di cure infermieristiche complesse, nella promozione della salute, nella prevenzione e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e della comunità, operando all'interno del sistema dell'Assistenza Sanitaria Primaria. L'IFeC è inserito all'interno dei servizi/strutture individuate dalle ASST e garantisce la propria presenza, coerentemente con l'organizzazione Regionale, territoriale e ospedaliera, presso diversi luoghi e contesti: domicilio, sedi ambulatoriali, sedi ed articolazioni dei Comuni, Case di Comunità, Punti Unici di Accesso, Centrali Operative Territoriali, luoghi di vita e socialità locale ove sia possibile agire interventi educativi, di prevenzione, cura ed assistenza). Agisce nell'ambito delle indicazioni strategiche della Direzione Socio Sanitaria e dell'articolazione Distrettuale alla quale afferisce. Opera in stretta sinergia con i servizi territoriali aziendali, la Medicina Generale, la Medicina Specialistica, il Servizio Sociale e tutti i professionisti coinvolti nei setting di riferimento e nel processo di presa in carico, in una logica di riconoscimento delle specifiche autonomie ed ambiti professionali e di interrelazione ed integrazione multiprofessionale. L'Infermiere di Famiglia e Comunità attraverso la prossimità, la proattività e l'approccio multiprofessionale, promuove un'assistenza di natura preventiva, curativa, riabilitativa e palliativa differenziata per bisogno e fascia di età. Gli interventi sono orientati a garantire risposte eque ai bisogni di salute della persona, della sua famiglia e della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento.

Il Progetto di Sorveglianza Domiciliare (PSD) introdotto da Regione Lombardia con DGR 717/2023 ha lo scopo di favorire la presa in carico di persone anziane over 65 in condizioni di cronicità che presentano difficoltà a raggiungere l'ambulatorio e che hanno necessità di un costante monitoraggio domiciliare dei parametri, al fine di prevenire forme di assistenza più complessa (ricorso al Pronto Soccorso ed al ricovero ospedaliero). Il PSD consentirà di sviluppare un nuovo modello di sanità territoriale incentrato sulla prossimità e sulla profonda collaborazione ed interconnessione tra MMG-PLS, infermieri di studio ed IFeC.

L'ASST di Cremona ha dato avvio nel 2023 a tale progettualità, prefiggendosi sostanzialmente due macro-obiettivi:

- la gestione di pazienti a bassa complessità;
- la presa in carico di pazienti con bisogni sanitari e sociosanitari che presentano difficoltà a raggiungere l'ambulatorio del MMG per condizioni cliniche/logistiche.

Muovendosi nel rispetto delle indicazioni fornite dal Piano Nazionale delle Cronicità il nuovo modello di presa in carico di Regione Lombardia descritto nella DGR 2755/2024 garantisce alle persone in condizione di cronicità percorsi di cure meglio rispondenti ai bisogni individuali di salute e si pone l'obiettivo di semplificare al paziente la gestione della patologia e di preservare la sostenibilità generale del sistema.

A partire da luglio 2024, i cittadini con patologie croniche assistiti in Lombardia potranno rivolgersi al proprio MMG per la formulazione del "Piano di Assistenza Individuale" (PAI), di validità annuale, che contiene tutte le prescrizioni necessarie per la corretta e puntuale gestione delle patologie croniche.

La combinazione tra il MMG e la Centrale Operativa Territoriale è una scelta strategica innovativa poiché semplificherà e migliorerà l'accompagnamento del paziente nel percorso di cura, mediante la programmazione delle prestazioni (visite, esami diagnostici ed altre necessità di cura), nell'attuazione dell'intero piano terapeutico.

Questa revisione dovrà dare sempre di più impulso al percorso di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili, intercettando precocemente i loro bisogni, rispondendo alle esigenze sanitarie dovute a fragilità, orientando il paziente e la sua famiglia in modo efficace verso servizi appropriati. Permetterà inoltre di coordinare la rete di diagnosi ed assistenza in collaborazione con il MMG e gli Specialisti di branca, con auspicabili effetti positivi rispetto al contenimento delle liste di attesa, alla riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso e del tasso di ospedalizzazione dei pazienti cronici e/o fragili.

Vista la complessità e la personalizzazione dei servizi, l'area della domiciliarità e della presa incarico può rispondere ai bisogni con nuove logiche organizzative e con una forte capacità a operare in rete con soggetti diversi per tipologia e competenze.

Lo sviluppo di sistemi di telemedicina e di telemonitoraggio, quale leva strategica per mantenere sempre più a lungo i pazienti presso il proprio domicilio a garanzia di una assistenza qualitativamente significativa, ha visto nel 2024 lo sviluppo di un importante progetto in collaborazione con il reparto di Pneumologia della ASST di Cremona che ha permesso di prendere in carico 286 pazienti. Il telemonitoraggio dei parametri ventilatori è rivolto ai pazienti in trattamento ventilatorio invasivo e non invasivo a lungo termine e ai pazienti in CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) affetti da Sindrome della Apnee Ostruttive nel Sonno (OSAS), con l'obiettivo di verificare l'aderenza e l'efficacia del trattamento ventilatorio e rilevare le variazioni dei parametri ventilatori indicativi di un peggioramento clinico latente al fine di attuare un intervento precoce a domicilio, che prevenga gli accessi in Pronto Soccorso e la necessità di ricovero ospedaliero.

La presa in carico può avvenire alla conclusione del ricovero per i pazienti in ventilazione meccanica invasiva e non invasiva a lungo termine, oppure nel setting ambulatoriale per i pazienti adattati alla CPAP per apnee ostruttive notturne nel sonno. Il paziente viene adattato alla ventilazione meccanica ovvero alla CPAP e addestrato all'utilizzo del dispositivo, che viene prescritto e consegnato mediante utilizzo dell'applicativo *Assistant*. Il ventilatore è collegato ad un *Software* (sicuro per la gestione dei dati del paziente su *cloud*) mediante il quale vengono monitorati i parametri di ventilazione, l'aderenza e l'efficacia del trattamento e vengono gestiti interventi per la modifica dei parametri di ventilazione. È prevista un'attività di *case management infermieristico* affinché, successivamente alla dimissione, venga contattato telefonicamente il paziente o il *caregiver* per verificare la presenza di eventuali criticità. Il percorso è strutturato attraverso il passaggio di competenze (*task shifting*) e, pertanto, l'individuazione di problematiche di analisi dei dati viene gestita inizialmente dai tecnici di fisiopatologia e da infermieri con comprovata esperienza in ambito ventilatorio, che successivamente contattano telefonicamente il paziente (teleassistenza) per definire il tipo di intervento.

Il Terzo Settore, in particolare, è estremamente prezioso e gioca un ruolo importante a garanzia di tutti i percorsi a sostegno della domiciliarità affinché siano facilmente accessibili e fruibili da parte soprattutto dei cittadini in condizioni di maggiore fragilità sociale.

La mappatura e la profilazione di tutte le Associazioni presenti sul territorio, per conoscerne e verificarne il livello di competenza e diffusione, sono certamente di particolare rilevanza per comprendere quanto possano contribuire ad arricchire il sistema di welfare comunitario. Il secondo passo concreto deve essere la definizione con gli ETS di accordi tecnico operativi e di collaborazione che sostengano e promuovano il diritto alla cura.

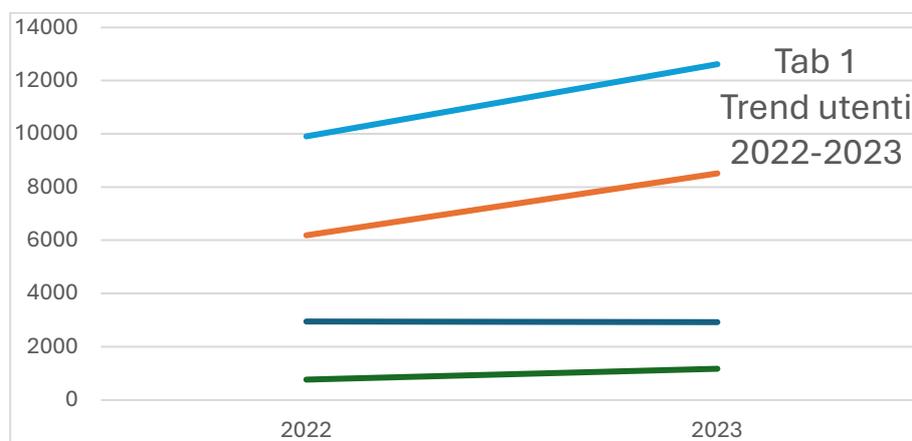
5.4 AREA DELLA FAMIGLIA E DELLA TUTELA DEI MINORI

La Famiglia è una struttura sociale in costante trasformazione per effetto dei sempre più rapidi ed importanti cambiamenti culturali e sociali e riveste un ruolo decisamente centrale nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria.

Purtroppo, dal 2008, il calo delle nascite è un fenomeno sempre più evidente: nel territorio di ATS Val Padana, l'indice di natalità si attesta a 6,4 nati ogni 1.000 abitanti, un dato inferiore alla media regionale e nazionale. La scelta di investire nella valorizzazione e nel potenziamento dei servizi dedicati alla natalità, alla genitorialità ed al sostegno familiare costituisce certamente una la risposta per contrastare la crisi demografica. Solo attraverso un approccio integrato, equo, efficace e sostenibile sarà possibile introdurre un cambiamento positivo e duraturo nelle nostre Comunità.

Il Consultorio Familiare, in quest'ottica, funge da servizio di raccordo tra le diverse realtà che offrono supporto per i singoli individui e le famiglie attraverso percorsi integrati tra area ospedaliera, Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS).

Il Consultorio Familiare è una Struttura organizzata che facilita l'accesso alle prestazioni, persegue l'integrazione dei diversi interventi e garantisce l'efficacia degli aiuti finalizzati alla crescita delle famiglie, al miglioramento della capacità educativa dei genitori ed al sereno sviluppo delle relazioni procreative e familiari. Il Consultorio Familiare promuove interventi mirati di supporto nell'ambito della salute e del benessere psicologico di tutti i componenti del nucleo familiare. I servizi consultoriali sono rivolti alle donne, alla coppia, alle famiglie, ai giovani ed agli adolescenti, e garantiscono un prezioso sostegno che tiene insieme le cure sanitarie e le attività di supporto. La multidisciplinarietà delle aree di intervento del Consultorio Familiare ha la finalità di guardare alla persona in una prospettiva olistica. I servizi consultoriali sono ad accesso diretto, in forma gratuita, definiti "a bassa soglia", cioè visibili e facilmente accessibili, in particolare da soggetti che appartengono ad una popolazione svantaggiata.



Trend Utenti e Consultori - Tabella 1

Le attività del Consultorio Familiare

Tra le azioni rilevanti del Consultorio Familiare vi è il "Percorso nascita". Si tratta di un modello organizzativo ed assistenziale che garantisce l'accompagnamento ed il sostegno alla donna/coppia ed al neonato durante la gravidanza, il travaglio, il parto ed il puerperio, nel contesto del proprio ambiente di vita attraverso prestazioni appropriate ed uniformi su tutto il territorio.

Tali fasi rappresentano un momento cruciale in cui è possibile identificare precocemente situazioni di disagio sociale ed eventuale fragilità, secondo un approccio *equity oriented*.

Diviene soprattutto prioritario potenziare i rapporti con gli attori, le reti, le progettualità e le Associazioni che operano a favore dell'integrazione e dell'inclusione della popolazione straniera per favorire la coesione sociale. Nella società attuale risulta sempre più urgente prendersi cura con risposte specifiche delle donne straniere che, per difficoltà linguistiche e per cultura, non possono fruire appieno del modello di screening e di individuazione precoce del disagio.

Incoraggiare l'accesso ai servizi è un'azione strategica perché agevola la prevenzione del disagio sociale e consente di:

- favorire l'aggancio precoce di donne svantaggiate alle prestazioni sanitarie (vaccinazioni, screening e assistenza perinatale);
- potenziare il raccordo con l'area sociale per l'alfabetizzazione e l'inclusione socio-lavorativa;
- rendere l'offerta dei servizi più attenta ai bisogni specifici dell'utenza, con orari di apertura più flessibili e spazi di accoglienza adeguati, con la presenza di mediatrici linguistico-culturali, con operatori più qualificati all'ascolto ed alla conoscenza di altre culture.

Avvicinando precocemente le persone in situazioni difficili è possibile attivare progetti finalizzati a contrastare l'aumento di casi complessi, caratterizzati da difficoltà sociali, economiche e culturali, spesso legate a situazioni di marginalità oppure alla provenienza da paesi stranieri.

Il bisogno di assistenza non si esaurisce con la nascita, anzi sono particolarmente importanti gli interventi posti in essere nelle prime sei settimane dopo il parto, in particolare la continuità dell'assistenza nei primi mille giorni di vita.

Il Consultorio Familiare si occupa anche della valutazione del benessere emotivo perinatale in modo sistematico e con modalità univoche di rilevazione (domande *Wooley* inserite nell'agenda della gravidanza). La recente revisione del protocollo di continuità assistenziale ospedale-territorio relativo al periodo successivo al parto ha stabilito l'attivazione della risorsa psicologica consultoriale per le consulenze nel corso della degenza, quale ulteriore modalità operativa finalizzata a facilitare la tempestività non solo delle valutazioni, ma anche della presa in carico.

Inoltre, risulta importante elaborare programmi per consolidare il coinvolgimento e la partecipazione attiva del partner nei primi mille giorni, sia nella pratica clinica che nella realizzazione delle azioni protettive e di accompagnamento alla gravidanza.

I Consultori Familiari rappresentano, inoltre, uno dei nodi più significativi della rete che unitamente agli altri servizi presenti sul territorio si occupano della famiglia e delle vicende che intervengono nel ciclo di vita dei suoi componenti, sia in senso preventivo e di promozione del benessere che in un'ottica riparativa. Si è reso, dunque, necessario riattivare i collegamenti tra i reparti ospedalieri che rilevano i fenomeni di disagio, il Servizio Sociale nella sua articolazione ospedaliera, il Servizio Sociale Territoriale ed i Consultori, ridisegnando le modalità di gestione della fase acuta, della presa in carico e della fase preventiva.

In seguito alla pandemia, i dati nazionali attestano un incremento della conflittualità familiare e della violenza di genere. I Consultori Familiari costituiscono anche un nodo della filiera degli interventi attuati dai Centri per la Famiglia, quali nuovi servizi sperimentali che promuovono il ruolo sociale, educativo e il protagonismo della famiglia. La loro integrazione con i Consultori Familiari risulta strategica in quanto permette di offrire alle famiglie risposte sia sociali che sociosanitarie, favorendo la ricomposizione delle risorse del territorio (ad esempio su specifiche tematiche di conciliazione, di supporto ai caregiver, di genitorialità responsiva e positiva, ecc.).

Il quadro istituzionale verso la Famiglia

Con D.G.R. n. 1507/2023, Regione Lombardia ha aggiornato le Linee Guida per la sperimentazione dei Centri per la Famiglia, tenendo conto delle indicazioni contenute nel "Modello condiviso di Centro per le Famiglie" elaborato dal Dipartimento per le Politiche della Famiglia presso il Consiglio dei Ministri ed ha stanziato nuove risorse. Con i nuovi finanziamenti assegnati sono state approvate sul territorio di ATS Val Padana n. 10 progettualità a completa copertura territoriale in cui il Consultorio Familiare, interviene in una fase preventiva. Si occupa infatti di coinvolgere i padri nelle azioni di accompagnamento alla nascita ed alla transizione alla genitorialità nei primi mille giorni e di mantenere il raccordo con le reti territoriali anti-violenza.

I preadolescenti e adolescenti

I Consultori familiari collaborano attivamente con gli altri servizi dell'ASST, con i Servizi sociali dei Comuni e con gli Enti del Terzo Settore per promuovere la presa in carico e per intervenire precocemente nei confronti del disagio emotivo di preadolescenti e adolescenti e per il sostegno alla funzione educativa di genitori e adulti. Da alcuni anni si è evidenziato un aumento della richiesta di accesso ai servizi del DSMD e dei Consultori Familiari da parte di adolescenti in crisi evolutiva e/o con disturbi psicopatologici.

Nel 2021 si è registrato in ambito consultoriale un boom di accessi da parte di adolescenti/giovani nell'area spazio giovani. L'aumento è confermato anche dai dati di diverse indagini nazionali effettuate nel periodo Covid-19. In particolare, sono aumentati dell'84% - rispetto al periodo pre-Covid - gli accessi ai servizi. In particolare, sono aumentati del 147% i casi relativi all'ideazione suicidaria, seguiti da depressione (+115%) e disturbi della condotta alimentare (+ 78%). Il maggiore incremento di accessi è stato osservato in Lombardia con il 100% in più rispetto al periodo pre-Covid.

Il Piano Biennale di Contrasto al Disagio Minorile di cui alla D.G.R. 7499/22, approvato con Decreto Regionale n. 11282 del 26/07/2023, è l'esito di un percorso realizzato in linea con le indicazioni normative regionali (in particolare D.G.R. n. 6761/2022) attraverso azioni integrate tra i Dipartimenti di ATS Val Padana e la fattiva collaborazione con la Prefettura di Cremona, con l'Ufficio Scolastico Territoriale e con i Servizi Sociali degli Ambiti.

L'intervento mira ad individuare gli strumenti operativi flessibili e sinergici finalizzati a costruire dispositivi integrati sul territorio a favore dei minori preadolescenti ed adolescenti che manifestino disagio psico-sociale anche attraverso comportamenti spesso disadattivi o devianti.

In secondo luogo, persegue la finalità di implementare e rafforzare politiche di prevenzione e contrasto al bullismo e cyberbullismo ed alle forme di disagio giovanile che si manifestano con comportamenti devianti (*baby gang*, atti di vandalismo). È previsto in particolare il sostegno psicologico ai minori segnalati alla Prefettura ovvero l'erogazione di servizi di educativa di strada in zone ritenute a rischio, l'accompagnamento ed il sostegno a situazioni di disagio e lo sviluppo di programmi formativi rivolti agli insegnanti affinché possano riconoscere ed individuare i segnali di allarme. Le progettualità sono orientate anche ad azioni preventive per contrastare il disagio, l'abbandono scolastico ed il ritiro sociale. Sono state infine elaborate attività che favoriscono la cittadinanza attiva e la partecipazione dei ragazzi e delle ragazze alla vita di comunità attraverso la progettazione e la realizzazione di attività ricreative.

Altre linee progettuali dell'area adolescenti e giovani sono contenute nella Misura "#UP – Percorsi per crescere alla grande" ai sensi della DGR 7503/2022 e DGR 22/2023, in continuità con la sperimentazione avviata nel 2019. L'intervento intende favorire la centralità e l'effettiva partecipazione della famiglia e dell'adolescente nella definizione del percorso individualizzato.

Sono fondamentali le iniziative prevalentemente educative che, da un lato, permettono risultati positivi in termini di inclusione sociale e dall'altro, rafforzano le modalità di accesso all'istruzione, combattendo il contrasto al fenomeno della dispersione scolastica e sostenendo la transizione dei giovani nel mercato del lavoro.

La Misura, promossa da Regione Lombardia, vede coinvolti adolescenti e giovani (11-25 anni) che necessitano di aiuto nell'affrontare e superare diverse tipologie di difficoltà: disagio psicologico ed evolutivo, isolamento sociale, abbandono scolastico, comportamenti a rischio, delinquenziali, antisociali ed ha inoltre incentivato progetti di educazione tra pari nel setting scolastico ed in co-progettazione con l'associazionismo locale (Apesi, *Youngle*, ecc.) e la collaborazione con i servizi del Dipartimento di Salute Mentale su progetti di accoglienza a bassa soglia non stigmatizzati (Spazio A.Gio, ecc.).

Gli adulti al Consultorio

Nell'eventualità, invece, che un adulto in carico al Consultorio Familiare, in qualunque fase della sua vita, abbia la necessità di un supporto alla gestione di sé e della propria salute, l'Ufficio di Protezione Giuridica (UPG) è in diretto collegamento con il Consultorio Familiare e l'accompagnamento all'Ufficio è normato da chiare direttive e da precise procedure. Esiste una declinazione territoriale dell'UPG presente nei due Distretti.

Conclusioni

La pianificazione garantirà sia il miglioramento continuo dei programmi già esistenti, sia l'avvio di nuovi. Sarà caratterizzata da co-progettazione, integrazione programmatica e funzionale tra attori del sociosanitario ed approcci multidisciplinari a composizione variabile, con momenti dedicati alla formazione congiunta, come leva di empowerment ed applicazione del *know-how* professionale. Si citano alcuni esempi di riferimento che valorizzano il lavoro dell'Area Famiglia svolto interagendo con attori diversi:

- la sinergia con le Cure Primarie, in particolare con i Pediatri di Libera Scelta nell'ambito di laboratori inerenti allo sviluppo di competenze del nucleo familiare a sostegno di sani e corretti stili di vita;
- la collaborazione con gli Ambiti e con l'ATS Val Padana nel "Protocollo d'Intesa per la gestione delle attività di tutela dei minorenni, adozioni nazionali ed internazionali, affido familiare e sostegno delle funzioni genitoriali", con lo scopo di sostenere la famiglia in situazioni di difficoltà nei suoi compiti

di cura dei figli e tutelare, su mandato dell'Autorità Giudiziaria, i minori che si trovano in situazioni familiari inadeguate o pregiudizievoli per la loro crescita.

Guardando al futuro, la tecnologia permetterà servizi sempre più diffusi ed in grado di intercettare bisogni in evoluzione. Oggi particolare attenzione è dedicata all'implementazione dell'uso della cartella informatizzata per rendere tracciabili gli interventi multiprofessionali, raccogliere i dati aggregati e rendere più fluido il percorso dell'utente nei Servizi.

Attualmente le soluzioni digitali e la telemedicina sono impiegate nella gestione di casi specifici, nell'effettuazione di colloqui, negli interventi di sostegno all'allattamento, nella gestione del progetto Incontri di Accompagnamento alla Nascita, da équipe costituite da operatori interni ed esterni all'Azienda (razionalizzazione ed ottimizzazione dei tempi). Il Servizio è impegnato nella definizione di criteri per la selezione di casi che hanno necessità oppure che possono essere avvantaggiati da modalità assistenziali da remoto.

5.5 AREA DELLA PREVENZIONE

Il Dipartimento Funzionale di Prevenzione (DFP) di ASST Cremona, introdotto dalla L.R. 22/2021, opera in coordinamento con il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) di ATS Val Padana e persegue il raggiungimento degli obiettivi strategici ed operativi, definiti nell'ambito della programmazione regionale.

Il Dipartimento proseguirà nel raccordo funzionale con la rete territoriale (Cure Primarie, Distretti, Case di Comunità, Ospedale di Comunità, Consultori, Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze) e con le Strutture Ospedaliere, per lo sviluppo della prevenzione, con le interazioni, i gruppi di lavoro e le attività.

Si adopererà per il consolidamento dei programmi già a regime e per l'avvio di nuovi programmi, con co-progettazione multidisciplinare a composizione variabile e momenti dedicati di formazione congiunta, come leva di empowerment ed implementazione del know-how professionale.

Particolare attenzione sarà posta alla riduzione delle disuguaglianze, sia dal punto di vista dell'offerta che della domanda, in linea con l'approccio *One Health*, per trasformare le caratteristiche sociali e le sfide in opportunità, considerando una pianificazione di politiche regionali e nella cornice della Prevenzione in capo ad ATS Val Padana.

Il Dipartimento copre un bacino di 196.504 abitanti e dall'esame del contesto emergono i seguenti elementi:

- marcati effetti sulla dinamica demografica regionale a seguito della pandemia da Covid-19, con una speranza di vita ridotta a seguito della pandemia. Il maggiore calo dell'aspettativa di vita viene registrato nelle Province di Cremona e Lodi (rispettivamente -4,5 negli uomini e - 2,9 nelle donne. A livello nazionale, la perdita è di 0,8 anni negli uomini e di 0,5 anni nelle donne);
- valori superiori alla media della Lombardia dei tre indici demografici: indice di vecchiaia, indice di dipendenza strutturale totale ed indice di dipendenza strutturale per fascia anziani over 65, con conseguente aumento dell'incidenza delle malattie croniche;
- riduzione del tasso di fecondità che, anche a livello regionale, conferma il trend di riduzione negli anni. Sulla contrazione della natalità in Lombardia ha inciso anche la riduzione delle nascite da genitori stranieri, che si stanno adattando al modello riproduttivo italiano. Il territorio afferente all'ASST Cremona può avvalersi di 1 Punto Nascita pubblico (Presidio Ospedaliero Cremonese) e di 2 consultori pubblici (Cremona e Casalmaggiore, oltre ad una sede secondaria del Consultorio di Cremona ubicata nel Comune di Soresina);
- progressivo invecchiamento della popolazione: entro il 2060 i cittadini over 65 raddoppieranno e saranno praticamente il doppio degli over 15;
- abitudini alimentari scorrette;
- aumento delle malattie da vettori flebotomi, in particolare nell'ambito di una visione *One Health* della salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente. Le malattie trasmesse da insetti e da altri artropodi rappresentano un rischio emergente, soprattutto a causa della globalizzazione e dei cambiamenti climatici.

Alla luce dei dati locali, delle indicazioni contenute nel Piano Regionale di Prevenzione della Lombardia 2021-2025 e nel Profilo di Salute ed equità della popolazione Lombarda, la programmazione per il prossimo triennio tiene conto delle caratteristiche della popolazione, dei bisogni espressi o percepiti e del progressivo invecchiamento, con conseguente aumento dell'incidenza delle malattie croniche.

I fattori di rischio comportamentali determinano a livello mondiale il maggior carico di malattia per patologie croniche. Le malattie cardiovascolari, i tumori, il diabete mellito e le malattie respiratorie croniche, sono associati a un gruppo di fattori di rischio modificabili, ma anche a determinanti impliciti, che riflettono i cambiamenti sociali, economici e culturali quali la globalizzazione, l'urbanizzazione, l'invecchiamento progressivo della popolazione, le politiche ambientali, la povertà.

Nel 2006, l'Italia ha approvato la strategia europea per la prevenzione ed il controllo delle malattie non trasmissibili *Gaining Health*, che si basa sull'idea che per ridurre il carico di malattie croniche che grava sulla popolazione, sia necessario ridurre i principali rischi ed i loro determinanti.

I professionisti della salute, le Aziende Sanitarie, gli Assessorati alla Sanità delle Regioni ed il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali possono operare, fornendo un indirizzo alla popolazione ed un supporto ai diversi responsabili delle politiche che influiscono sulla salute, a livello nazionale, regionale e locale.

In ambito preventivo, pertanto si lavorerà:

- sullo sviluppo di programmi di promozione della salute, condivisi tra Servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali (es. gruppi di cammino, gruppi per smettere di fumare ecc.), anche considerando le situazioni di comorbilità, secondo un approccio integrato tra prevenzione e cura, con offerta di:
- counseling individuale ogniqualvolta se ne presenti l'opportunità per il contrasto al tabagismo ed al consumo di alcool;
- interventi per il contrasto alla scorretta alimentazione, quale fattore di rischio determinante per numerose malattie cronic-degenerative;
- interventi per la promozione dell'esercizio fisico e del movimento;
- sulla promozione della salute, agendo precocemente durante la gravidanza, in fase perinatale e nei primi anni dell'età evolutiva, riducendo i fattori di rischio e promuovendo quelli di protezione, per un beneficio sull'intero corso della vita. Gli effetti ricadono su un'ampia gamma di fattori, tanto fisici e biologici, quanto comportamentali ed emotivi. Gli interventi precoci sono rivolti alla mamma, alla diade mamma-bambino, ai padri ed al nucleo familiare, per creare le condizioni ideali di uno sviluppo armonico. Presso i consultori, l'ospedale, i servizi territoriali ed in aree dedicate della Città, sono presenti spazi dedicati sia al *baby pit stop* (spazi protetti in cui le mamme possono allattare i loro bambini), sia allo sviluppo del programma Nati per Leggere;
- sul coinvolgimento nel programma WHP (*Workplace Health Promotion* - Rete dei luoghi di lavoro che promuovono salute) di aziende caratterizzate da un elevato numero di lavoratori, al fine di facilitare l'adozione di sani e corretti stili di vita (alimentazione salutare, riduzione fumo di tabacco e del consumo di alcol, aumento dell'attività fisica). L'ambiente di lavoro rappresenta un luogo privilegiato, nel quale è possibile raggiungere un numero rilevante di persone appartenenti ad entrambi i generi, alle varie classi di età ed a diversi livelli socioeconomici e culturali e, come tali, caratterizzati da diversi livelli di rischio per malattie croniche e per stili di vita non corretti.

Per rispondere in modo adeguato ai bisogni di salute dei pazienti ed alle aspettative del cittadino, si ritiene utile conoscere il punto di vista dell'utente, le esperienze vissute ed accogliere i suggerimenti proposti.

Il *feed-back* della popolazione è rilevabile attraverso i canali diretti di interfaccia tramite *Customer Satisfaction*, con l'obiettivo di conoscere le aspettative ed il grado di soddisfazione dei cittadini che fruiscono di prestazioni sanitarie in regime di ricovero, ambulatoriale e domiciliare.

È un importante strumento di ascolto dei cittadini, che permette agli operatori di individuare i punti critici dell'organizzazione e di conseguenza indirizzare sforzi ed energie per la progettazione di azioni di miglioramento.

La collaborazione con le Strutture Formazione e Comunicazione aziendali (ASST e ATS), per la formazione e l'informazione di operatori e utenza, anche per il tramite delle Case di Comunità, forniscono gli strumenti per una implementazione della *health literacy*, in merito alle attività di prevenzione e promozione della salute.

L'esperienza della pandemia ha evidenziato l'importanza del coinvolgimento e della collaborazione con le Associazioni di Volontariato, i Comuni ed il Terzo Settore.

Il Dipartimento Funzionale di Prevenzione riconosce il valore sociale e civile del Volontariato, come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo.

Il Terzo Settore svolge una funzione importante nello sviluppo del *welfare* universalistico e radicato nella comunità regionale, con azioni di co-progettazione con i cittadini. Saranno quindi sviluppati e potenziati i rapporti collaborativi finalizzati in particolare a garantire:

- accoglienza;
- ausilio nella gestione dei flussi, sia routinaria, sia in occasione di giornate ad alto flusso di utenza;
- promozione di sani e corretti stili di vita;
- realizzazione di iniziative per incrementare l'adesione alle campagne vaccinali ed a quelle di screening;
- supporto alle persone con fragilità ed emarginazione.

5.6 AREA DELLA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) è un' articolazione organizzativa della ASST di tipo gestionale nella quale operano strutture complesse, semplici a valenza dipartimentale e semplici caratterizzate da specificità affini, complementari ed omogenee.

Il principale e fondante riferimento normativo che definisce i Dipartimenti di Salute Mentale, oggi anche delle Dipendenze, così come oggi li conosciamo, è il Progetto Obiettivo Nazionale “Tutela della salute mentale 1998-2000” che attribuisce alla dimensione dipartimentale la responsabilità della gestione delle risorse ad esso assegnate attraverso il coordinamento tra le articolazioni organizzative che lo compongono. Il Dipartimento si assicura vengano garantiti interventi ordinari e programmati ma anche di emergenza/urgenza, promuove gli interventi preventivi, assicura la presa in carico dei pazienti gravi, la continuità dell'assistenza, la promozione delle attività di Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ), la gestione del sistema informativo, in coerenza con le risorse disponibili e nel rispetto del mandato aziendale.

Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, attraverso i servizi della unità operative che lo compongono, promuove la salute mentale in ogni età della vita, la diagnosi e le cure appropriate dei disturbi mentali, dei disturbi neuropsichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza, dei disturbi da uso di sostanze e degli altri comportamenti di dipendenza, del disagio psicologico individuale e familiare. Svolge attività di prevenzione delle loro conseguenze nella vita personale ma, soprattutto, si adopera affinché si realizzi un'intercettazione precoce del disagio e del disturbo a partire dall'età evolutiva.

I servizi del DSMD di Cremona operano privilegiando la presa in carico attraverso il modello del *case management* consentendo così di rispondere ai bisogni di salute del cittadino che vi affersce attraverso interventi integrati e interdisciplinari.

I servizi del DSMD promuovono la collaborazione tra servizi territoriali, in particolare quelli erogati dagli Enti Locali, dai Medici di Medicina Generale, dai Pediatri di Libera Scelta, dai servizi per tutela dei minori e dall'amministrazione giudiziaria, mediante un'attività integrata che persegue l'obiettivo della salute mentale cercando di ridurre il ricorso al ricovero ospedaliero oppure alle altre forme di intervento e che prevede l'istituzionalizzazione mediante il potenziamento delle attività di cura da erogare sul territorio, comprese quelle al domicilio della persona, tenendo conto delle specifiche condizioni familiari, sociali e territoriali.

Il DSMD opera, inoltre, in stretta connessione con gli attori sociali del territorio e con gli Enti del Terzo Settore, promuovendo prassi operative finalizzate ad una marcata integrazione sociale e di lotta allo stigma.

Le strutture organizzative

Con la Legge Regionale 29 giugno 2016, n. 15: “evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche ai Titoli V e VIII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)” è stato confermato l'affermamento all'area della salute mentale degli ambiti delle dipendenze, della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, della psichiatria, della psicologia e della disabilità psichica.

I servizi del DSMD svolgono attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in raccordo con l'attività degli altri servizi dell'ASST e, per le specificità clinico-organizzative che li contraddistinguono, operano in organica integrazione fra il Polo Ospedaliero e la Rete Territoriale, con il coinvolgimento delle famiglie, il contributo delle formazioni sussidiarie del territorio e l'adozione di modelli socio-sanitari integrati, comunitari, multidisciplinari e proattivi.

Le patologie della sfera neuropsichiatrica e delle dipendenze sono in costante crescita, con un'impennata nella fase post pandemica e rappresentano oggi una quota molto rilevante del *global burden of disease* dell'intera popolazione; è solo il caso di sottolineare che più del 50% dei disturbi neuropsichici dell'adulto si manifesta in età evolutiva ed è dovuto ad eventi morbosi insorti anche molti anni prima della manifestazione del disturbo conclamato.

L' Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza svolge attività di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione nei disturbi neurologici, psichiatrici e neuropsicologici dell'età evolutiva, in particolare nei disturbi del neurosviluppo ed agisce in stretta integrazione con le altre Strutture del Dipartimento, con i Consultori Familiari e con le Strutture dell'area materno-infantile: Pediatria, presso la quale dispone anche di un posto letto di day hospital, e Terapia Intensiva Neonatale, con la quale ha costruito una procedura di follow

up, di durata triennale, relativa al neonato a rischio. È dotata anche di un laboratorio di neurofisiologia per la registrazione degli elettroencefalogrammi.

Le due Unità Operative di Psichiatria rispondono ai bisogni di salute mentale, operando in sinergia con le altre Strutture del Dipartimento, con gli Enti Locali e con la rete sociale per garantire la presa in carico trasversale e la gestione unitaria del percorso di cura della persona affetta da disturbi psichici. Tali attività sono rivolte anche ai soggetti autori di reato sia nella dimensione detentiva che nell'ambito della misura di sicurezza extracarceraria.

Sia la Neuropsichiatria Infantile che la Psichiatria hanno attiva una Convenzione con l'Università di Brescia che consente la frequenza presso la sede di Cremona di medici in formazione specialistica.

L'Unità Operativa Servizio per le Dipendenze opera con metodo multidisciplinare ed assicura le attività di prevenzione, cura e riabilitazione occupandosi delle patologie riferibili all'uso, all'abuso ed alla dipendenza da sostanze psicoattive, allo specifico alcolologico ed alle patologie da dipendenze comportamentali. Nell'ambito di tali servizi sono organizzati percorsi per la tutela dei soggetti colpiti da dipendenza ristretti nella Casa Circondariale di Cremona.

L'attività dell'Unità Operativa di Psicologia Clinica è orientata alla presa in carico dei bisogni clinici di ambito psicologico della popolazione di riferimento, dalla valutazione alla cura, e delle fragilità nell'intero ciclo di vita, anche collaborando con altre Strutture in ambito aziendale, sia dei Dipartimenti ospedalieri che territoriali, promuovendo integrazione e buone prassi anche con il Terzo Settore. Eroga attività adottando modelli di psicologia di comunità, anche nell'ambito scolastico ed interventi integrati con le cure primarie e con le aree specialistiche ospedaliere.

Progettualità peculiari e ambiti di sviluppo nel triennio

In tutte le Strutture del Dipartimento vengono promossi interventi di prevenzione primaria e secondaria, mediante il riconoscimento delle situazioni a rischio, la diagnosi precoce ed il trattamento tempestivo, con la definizione di programmi di cura individualizzati per specifiche tipologie di bisogno.

Tra le progettualità di particolare interesse ed impegno vi sono quelle mirate alle problematiche della fascia adolescenziale e giovanile, di età compresa tra i quattordici ed i venticinque anni, con l'obiettivo di garantire la continuità della presa in carico nell'età di passaggio (denominata *transition*); in tal senso sono stati previsti spazi mirati e progetti di intervento appropriati.

Nello specifico delle persone affette da disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività (*Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, ADHD) sono attivi ambulatori sia in Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza sia in Psichiatria. L'obiettivo è adottare un Piano Diagnostico Terapeutico e Assistenziale che garantisca percorsi di accompagnamento degli utenti valutati e trattati durante l'età evolutiva e con la necessità di proseguire la presa in carico da parte dei servizi dell'area adulti.

Sempre nella fase della *transition* sono previste progettualità che garantiscono l'orientamento delle persone che non hanno ancora disponibile un percorso codificato, come invece accade per chi ha una diagnosi psichiatrica o una diagnosi di autismo. Si tratta di soggetti che, in ragione della propria condizione funzionale necessitano di una continuità nella presa in carico di tipo sociosanitario, sia che si trovino in una condizione di disabilità, sia che si trovino in una condizione di disturbo di neurosviluppo senza disabilità.

Stante la riconosciuta difficoltà ad intercettare gli adolescenti nella "zona grigia" nella quale la patologia non è ancora conclamata o sostenuta da franca sintomatologia ma nella quale il disagio percepito e manifestato rappresenta un'importante sentinella predittiva, in considerazione delle ancora notevoli resistenze ad accedere ai servizi dedicati, sia per i giovani che per le loro famiglie, è stato promosso ed istituito un setting funzionale con una connotazione non istituzionale denominato Spazio A.GIO. Si tratta di una realtà situata in pieno centro cittadino, finalizzata all'intercettazione precoce ed all'accoglienza di adolescenti (età 13-25 anni) in crisi evolutiva e/o con disturbi psicopatologici.

Il progetto prevede di avvicinare i servizi erogativi ai contesti di vita dell'adolescente attraverso una sede fisica de-istituzionalizzata, ma anche attraverso una sede "virtuale" e progettualità esperienziali o laboratoriali in stretto raccordo con le parti sociali del territorio, l'istituzione scolastica e le dimensioni di aggregazione.

Anche nel territorio del Casalasco sono attive progettualità finalizzate all'intercettazione precoce in ambienti esterni alle strutture specialistiche, nell'ambito della Casa di Comunità e con personale specificamente formato.

Nell'ambito delle disabilità complesse e delle persone con disturbi dello spettro autistico viene promossa e realizzata la presa in carico globale e continuativa, a partire dalla diagnosi precoce dai 18 mesi, con la progettualità regionale WIN4ASD (*Web Italian Network for Autism Spectrum Disorder*), che collega i Pediatri di Libera Scelta alle UONPIA, mediante una piattaforma regionale, alla quale vengono inviati i referti degli screening effettuati dai pediatri stessi che sono esitati in: "a rischio autismo". La UONPIA collegata alla piattaforma prende in carico la segnalazione ed inserisce il paziente in un'apposita lista d'attesa, nella quale sono presenti priorità d'accesso differenti, a seconda del rischio di autismo rilevato dal Pediatra nel corso del periodico controllo dello sviluppo.

Gli interventi per l'autismo proseguono con i "Progetti AUTINCA e DIAPASON" ai sensi dei Decreti Regionali n.277/23 e n.278/23: in continuità con le progettualità precedenti e con le iniziative regionali in attuazione del Piano Operativo Regionale Autismo e tramite le precedenti annualità del Fondo Autismo, si è avviato lo sviluppo dei due progetti con una gestione unitaria lungo un arco temporale continuativo.

Per i disturbi specifici dell'Apprendimento (DSA), nella Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza è stato istituito il Nucleo Funzionale DSA nell'ambito del quale è programmato un potenziamento del confronto e del coordinamento con le istituzioni scolastiche del territorio (anche grazie al Progetto denominato Indaco) per l'individuazione precoce dei soggetti a rischio e per una maggiore appropriatezza del ricorso ai servizi specialistici, anche mediante l'istituzione della figura del *case manager* scolastico. Questo ruolo si occupa degli alunni in difficoltà, ancora prima di mandarli dallo specialista, e gestisce la maggior parte delle attività collegate a questo disturbo del neurosviluppo. La finalità perseguita è quella di inviare alle UONPIA piccoli pazienti che abbiano una reale ed effettiva necessità di essere sottoposti ad un adeguato e puntuale percorso diagnostico.

Un ulteriore focus è posto ai soggetti anziani "soli", al fine di coordinare l'intercettazione, la gestione e la presa in carico di soggetti "fragili". L'attività vedrà il coinvolgimento dell'ATS Val Padana che provvederà a raccordare le Unità Operative di Psichiatria con la rete delle Residenze Sanitarie per gli Anziani e quelle per i Disabili (RSA-RSD) per la definizione di un protocollo per la gestione delle persone interessate partendo dalla condivisione di strumenti di assesment.

Nell'ambito dei disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) partendo da quanto già in essere e avviato ai sensi della Legge Regionale 2 del 23 febbraio 2021 "Disposizioni per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e il sostegno a pazienti e alle loro famiglie" e del Piano Regionale Biennale approvato con DGR 7357/22 "Piano Regionale Biennale di attività per il contrasto dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA)" verrà potenziata l'organizzazione e l'attività dell'equipe multiprofessionale che garantisce la diagnosi e la presa in carico delle persone affette da tali disturbi.

Un concreto impegno verrà profuso per garantire l'istituzione del servizio di psicologia delle cure primarie con la finalità di offrire 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), dei professionisti della salute mentale e della prevenzione. La Casa di Comunità sarà ulteriore setting nel quale promuovere l'attività di psicologia di primo livello.

I Servizi per le Dipendenze proseguono le proprie attività nell'ambito dell'Attuazione Piano Locale per il contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) al fine di potenziare l'opportunità di diagnosi precoce, cura e riabilitazione a livello territoriale, in linea con l'assetto organizzativo previsto in ottemperanza a quanto stabilito nell'ambito dei LEA 2017. Gli obiettivi del piano sono: promuovere l'aumento di conoscenze e di competenze finalizzate a sostenere processi di *health literacy* nei diversi target, potenziare l'attività di prevenzione e contrasto al GAP nei setting Scuola, Luoghi di lavoro e Comunità locali, potenziare le opportunità di diagnosi precoce, cura, e riabilitazione del Disturbo da Gioco d'azzardo e delle altre patologie additive emergenti, in particolare nell'ambito delle dipendenze digitali.

La presenza di una qualunque dipendenza rappresenta un fattore di rischio importante poiché influenza i comportamenti, anche sessuali, delle persone, "allontanando" l'attenzione dalla prevenzione. In queste categorie maggiormente a rischio è particolarmente importante ridurre l'incidenza delle infezioni a trasmissione ematica/sexuale attraverso percorsi specifici. In tal senso risulta indispensabile incrementare le

attività di screening delle principali patologie infettive tra gli utenti dei Servizi per le dipendenze ed agire nell'ambito di un più ampio ed articolato spettro di azioni di informazione, sensibilizzazione e prevenzione rivolto alla popolazione generale in stretto raccordo con il Dipartimento funzionale di Prevenzione.

Le Strutture del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze svilupperanno un programma organizzato di attività che tenga conto delle attuali dimensioni territoriali e sociali. I professionisti saranno presenti nelle realtà istituzionali degli ambiti distrettuali e lavoreranno in stretto raccordo con i colleghi delle Case di Comunità, della Centrale Operativa Territoriale (COT), dei Punti Unici di Accesso (PUA) e dell'Ospedale di Comunità (OdC) garantendo la continuità con i servizi sanitari ospedalieri.

Tutti i servizi del Dipartimento hanno sperimentato ed attuano modalità di telemedicina sia in percorsi sperimentali attivati durante la pandemia (Tele-psichiatria, Teleriabilitazione, Tele-alcologia) sia introducendo nella quotidianità del lavoro modalità in remoto per i colloqui specialistici e per altre tipologie di interventi quali attività psicoeducative individuali o di gruppo. Tale modalità erogativa riceverà grande impulso dalla possibilità di utilizzare piattaforme e progetti regionali.

5.7 AREA DEI SERVIZI DISTRETTUALI

L'idea di avvicinare l'organizzazione sanitaria ai reali bisogni dei cittadini attraverso l'istituzione dei Distretti ha iniziato a farsi strada nel dibattito culturale della sanità italiana sin dagli anni '70, ma è con l'avvio del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, con il D.M. 77/2022 ed in particolare, con la L.R. n.22/2021, che le disposizioni normative orientano il sistema verso la deospedalizzazione e lo sviluppo dell'assistenza primaria. Tuttavia, si è ancora lontani da un sistema territoriale consolidato ed il nodo fondamentale appare il rapporto tra l'assistenza primaria, in particolare con il nucleo della stessa, rappresentato dai Medici di Medicina Generale, dai Pediatri di Libera Scelta, dai Medici di Continuità Assistenziale.

La Medicina Generale, infatti, da sempre considerata primo e fondamentale presidio del Distretto, sta rinnovando le proprie modalità operative, scegliendo il lavoro di squadra come sviluppo indispensabile per rispondere ai nuovi bisogni di salute della popolazione.

Il focus organizzativo di risposta ai cittadini e la funzione di integrazione e coordinamento sono svolte dal Distretto, attraverso il governo dei fattori produttivi territoriali ed il potenziamento dell'assistenza territoriale. L'aumento della morbilità e della mortalità derivante da malattie croniche richiede che l'intero servizio sanitario si strutturi e si organizzi per rispondere a questo bisogno, modificando il paradigma sul quale sino ad oggi si era basata la medicina: il paradigma dell'attesa, secondo il quale il sistema si mobilita davvero solo quando il paziente cronico si aggrava e diventa acuto. Ciò significa rinunciare non solo alla prevenzione, alla rimozione dei fattori di rischio, ma anche alla cura adeguata della malattia cronica di base.

Non va poi dimenticato il fattore dei "ricoveri ripetuti", fenomeno patologico che evidenzia una carenza nei processi di continuità assistenziale ospedale-territorio e problema che potrebbe trovare una idonea risposta in una nuova dimensione partecipata e concordata e nella formalizzazione di percorsi di continuità assistenziale: sia la Struttura dimettente che il Distretto che la Medicina Generale stabiliscono in modo concertato una corretta modalità di cura e di presa in carico condivisa del paziente. Purtroppo, non è raro, ancora oggi, che il MMG non sia a conoscenza né del ricovero né della dimissione di un proprio assistito.

Il paradigma dell'iniziativa, invece, è quello che meglio si adatta all'approccio verso la cronicità, perché permette:

- la valutazione dei bisogni della comunità e l'attenzione ai determinanti della salute (compresi quelli socioeconomici, anch'essi alla base delle disuguaglianze nella salute dei malati cronici);
- l'attenzione agli interventi di prevenzione, all'utilizzo di sistemi informativi epidemiologici, alle attività programmate ed agli interventi proattivi (ad esempio: registri di patologia, stratificazione del rischio, richiamo programmato dei pazienti);
- il coinvolgimento e la motivazione degli utenti, l'attività di counselling individuale e di gruppo, l'interazione con le risorse della Comunità: Comuni, Volontariato, gli Enti del Terzo Settore, ecc.

La sanità di iniziativa si adatta con efficacia al percorso di presa in carico a lungo termine, nel quale il valore aggiunto dei processi di cura è rappresentato dalla capacità di presidiare la continuità delle cure e di rispondere alla cronicità attraverso team multiprofessionali in grado di gestire sul territorio poli-patologie e multi-problematicità sanitarie e socioassistenziali, evitando il ricovero ospedaliero.

Continuità delle cure significa centralità della persona, della sua qualità di vita e di quella della famiglia, attraverso percorsi integrati e personalizzati, dimissioni protette e cure intermedie.

Al nuovo concetto di sanità pubblica si connette l'azione di promozione della salute della Comunità, che costituisce, assieme alla continuità delle cure, la nuova missione del Distretto.

In questa logica, è importante promuovere un concetto di valutazione multidimensionale che vada oltre il mero ambito sanitario e che rappresenti il valore prodotto da un ecosistema sanitario e sociale in grado di restare accanto al paziente/cittadino ed alla famiglia.

La multi-professionalità diventa il *modus operandi* del Distretto e ne connota l'identità.

Il Distretto può essere il luogo dove le fragilità e le cronicità vengono intercettate e dove gli effetti di tali processi possano essere affrontati e prevenuti prima che si palesino nell'evento acuto, attraverso le nuove strutture che si configurano come nodi strategici di raccordo della rete:

- Case della Comunità (di seguito CdC);
- Ospedali di Comunità (di seguito OdC);
- Centrali Operative Territoriali (di seguito COT).

Le Case della Comunità sono strutture sanitarie, promotrici di un modello di intervento multidisciplinare, nonché luoghi privilegiati per la progettazione di interventi di carattere sociale e di integrazione sociosanitaria, luogo dove il cittadino può trovare una risposta adeguata alle diverse esigenze sanitarie o sociosanitarie.

In queste strutture, al fine di poter fornire tutti i servizi sanitari di base, il Medico di Medicina Generale ed il Pediatra di Libera Scelta lavorano in équipe, in collaborazione con gli infermieri di famiglia, gli specialisti ambulatoriali e altri professionisti sanitari. La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità rafforza il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale.

Elemento caratterizzante le CdC è l'istituzione al loro interno dei Punti Unici di Accesso (PUA) che rappresentano una modalità organizzativa di accesso unitario ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, in grado di avviare percorsi di risposta appropriati alla complessità dei bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi che troppo spesso rende complesso l'accesso ai servizi. Si configura pertanto come il primo contatto a disposizione della persona, finalizzato ad attuare pari opportunità d'accesso alle informazioni ed ai servizi da parte di coloro che ne abbiano necessità e diritto.

Gli Ospedale di Comunità (OdC) così come definiti dalla normativa ministeriale (DM77/2022) e Regionale (Deliberazione XI/6760 del 25 luglio 2022 e Deliberazione XII/1435 del 27 novembre 2023) si configurano come strutture sanitarie territoriali che svolgono una funzione intermedia tra il domicilio ed il ricovero ospedaliero e si rivolgono prioritariamente al bisogno degli assistiti del Distretto in cui sono situati. L'OdC si propone per pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare). Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio. Può quindi agire in funzione di *step down* ossia di sostegno alle dimissioni ospedaliere o di *step up*, ossia di prevenzione di ricoveri ospedalieri potenzialmente inappropriati. Il modello di funzionamento dell'OdC prevede una stretta interconnessione con la rete ospedaliera e con la rete sociosanitaria del Polo Territoriale tramite un alto livello di interdisciplinarietà al fine di garantire la continuità assistenziale e di rispondere a una cogente esigenza di flessibilità organizzativa tra settings di cura differenti.

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e che dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza. Costituisce il modello organizzativo in grado di facilitare, nella transizione dei pazienti da un setting di cura e assistenza all'altro, le connessioni stabilite con i diversi nodi della rete. Ricerca e consente la soluzione più appropriata nel procedere del paziente da un setting di cura e di vita a un altro. La COT è attivata dagli operatori che si trovano nei diversi nodi del sistema sociosanitario distrettuale e ospedaliero: Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale, Medici Specialisti Ambulatoriali ed altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali, personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali nonché dei servizi sociali. La gestione del *transitional setting* diviene pertanto una funzione cardine della Centrale Operativa Territoriale posta in stretta interconnessione con le strutture di ricovero e cura, tra cui l'OdC, normata da specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari, valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalla COT.

Nel quadro così delineato, dunque, le scelte possono concretamente tendere all'avvio di un processo di profonda riorganizzazione, ovvero riallocazione delle risorse, rimodulazione dello *skill mix* nell'erogare i servizi, sviluppo e diffusione di nuove competenze tecniche e gestionali.

A titolo d'esempio, la telemedicina è un vettore potenzialmente rilevante per riallocare attività, professionisti e trasformare la geografia dei servizi.

Per dare un'immagine concreta, se, in una logica di *one stop service*, i Medici di Medicina Generale (MMG) potessero prenotare un numero pur limitato di teleconsulti con gli specialisti alla presenza del paziente, si risparmierebbero al paziente stesso ed al sistema un numero importante di passaggi amministrativi: prescrizione, prenotazione, refertazione, consegna del referto al clinico richiedente. Questo può diminuire gli accessi totali verso i MMG e gli Specialisti, risparmiando molti passaggi all'utente. Similmente, la telemedicina e in generale la digitalizzazione potrebbero aiutare a programmare gli accessi degli utenti in modo

da ottenere convergenza delle frequenze per patologie simili, appropriatezza nei consumi, maggiore programmabilità per il paziente. *Standard* assistenziali più ordinati potrebbero presumibilmente, implicare un minore consumo complessivo di risorse. Un esempio pratico è quello dei colloqui tra paziente e professionista che non richiedono un esame obiettivo, ma che si traducono, all'atto pratico, nella condivisione di referti e/o nella revisione al margine delle indicazioni terapeutiche nell'ambito di percorsi standardizzabili. Anche in molti di questi casi, digitalizzando la circolazione di documenti e svolgendo un numero maggiore di tele-visite e tele-refertazioni, paziente e sistema potrebbero risparmiare molti passaggi autorizzativi, procedurali e amministrativi intermedi.

La progressiva crescita delle capacità digitali degli utenti del SSN rappresenta una grande opportunità.

Unità di offerta sedi territoriali della Distretto Cremonese e Oglio Po Casalasco Viadanese

Sono riportati di seguito i servizi attivi o di prossima attivazione sul territorio, al momento della stesura del presente documento. Pertanto, quanto riportato non è da intendersi esaustivo rispetto all'offerta sanitaria e socio-sanitaria che nell'arco del triennio l'ASST intende attivare.

Per una descrizione più approfondita delle aree di intervento si rimanda alle specifiche schede.

CASE DI COMUNITÀ:

Distretto Cremonese:

- Casa di Comunità di Cremona – in fase di ristrutturazione con finanziamento PNRR (ultimazione lavori prevista per il 31/5/2025) – attualmente parzialmente attiva nell'immobile oggetto di ristrutturazione;
- Casa di Comunità di Soresina – in fase di ristrutturazione con finanziamento PNRR (ultimazione lavori prevista per il 31/12/2025) – attualmente attiva con ubicazione provvisoria in altro immobile (Nuovo Robbiani).

Distretto Oglio Po Casalasco/Viadanese:

- Casa di Comunità di Casalmaggiore – attiva – non sono previsti interventi con finanziamento PNRR;
- Casa di Comunità di Viadana e Bozzolo – attiva – ubicata nel territorio di competenza dell'ASST di Mantova.

Le Case di Comunità di Cremona Soresina e Casalmaggiore assicurano i seguenti servizi:

	CdC Cremona	CdC Soresina	CdC Casalmaggiore
PUA/Equipe Valutazione Multidimensionale	Servizio Attivo	Servizio Attivo	Servizio Attivo
Infermieri di Famiglia	Servizio Attivo	Servizio Attivo	Servizio Attivo
Assistenza Domiciliare Integrata	Servizio Attivo	Servizio Attivo	Servizio Attivo
Poliambulatorio Specialistico	Servizio non attivo	Servizio Attivo	Servizio Attivo
MMG_PLS	Servizio non attivo	Servizio Attivo	Servizio non attivo
Continuità Assistenziale	Servizio Attivo (sede distaccata)	Servizio Attivo	Servizio Attivo (sede distaccata)
Psicologia di Comunità	Servizio Attivo	Servizio Attivo	Servizio Attivo
Cure Palliative	Servizio Attivo (solo domiciliari)	Servizio Attivo	Servizio Attivo
Punto Prelievi	Non previsto	Servizio Attivo	Servizio Attivo (sede distaccata)
Scelta e Revoca	Servizio Attivo	Non previsto	Servizio Attivo
CUP	Non previsto	Servizio Attivo	Servizio Attivo

Sportello Medicina Legale	Non previsto	Non previsto	Servizio Attivo
Erogazione Protesica e Integrativa	Servizio Attivo	Servizio Attivo	Servizio Attivo
Consultorio Familiare	Servizio Attivo	Servizio Attivo	Servizio Attivo
Attività Vaccinale	Servizio Attivo (sede distaccata)	Servizio Attivo	Servizio Attivo (sede distaccata)

OSPEDALI DI COMUNITÀ

Distretto Cremonese:

- Ospedale di Comunità di Cremona – ristrutturato con finanziamento PNRR – attivo per 20 posti letto;
- Ospedale di Comunità di Soresina – in fase di ristrutturazione con finanziamento PNRR (ultimazione lavori prevista per il 31/12/2025) – attualmente attivo per 20 posti letto con ubicazione provvisoria in altro immobile (Nuovo Robbiani).

Distretto Oglio Po Casalasco/Viadanese:

- Ospedale di Comunità di Viadana – attivo per 14 posti letto;
- Ospedale di Comunità di Bozzolo: in fase di ristrutturazione con finanziamento PNRR – attualmente attivo con 20 posti letto per subacuti.

CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI:

Distretto Cremonese:

- C.O.T. di Cremona – ristrutturata con finanziamento PNRR – attiva;

Distretto Oglio Po Casalasco/Viadanese:

- C.O.T. di Casalmaggiore: non sono previsti interventi con finanziamento PNRR – attiva
- C.O.T. di Viadana: in fase di ristrutturazione con finanziamento PNRR (ultimazione lavori prevista per il 31/12/2024) – attiva.

6. VALUTAZIONE DEGLI INDICATORI E DEGLI OBIETTIVI DEL PPT E RENDICONTAZIONE

Area Cure Primarie

Lo sviluppo ed il consolidamento dell'integrazione dei Medici convenzionati nel Polo Territoriale dell'ASST – in applicazione dei modelli e degli standard previsti dal Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 n. 77 e di quanto disposto nei rispettivi Accordi Collettivi Nazionali (ACN) – si configura come un processo dinamico e interdisciplinare, nel quale risulta imprescindibile la valutazione, sia per il raggiungimento dei risultati attesi, sia per una rimodulazione delle azioni poste in essere per il raggiungimento degli stessi.

Essendo la programmazione, relativa al triennio in oggetto, finalizzata a formalizzare e valorizzare il ruolo dei medici convenzionati nello sviluppo delle strutture di prossimità, nel potenziamento delle cure domiciliari, nell'attuazione della medicina di iniziativa e della continuità assistenziale territoriale, gli obiettivi definiti nella scheda dell'area delle Cure Primarie risultano prevalentemente di carattere organizzativo (produzione di procedure, protocolli, percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali, progettualità) con indicatori quali-quantitativi.

I parametri di riferimento (*benchmark*), considerato quanto premesso, sono rappresentati da *standard* organizzativi previsti dal DM 77/2022 (Case di Comunità hub & spoke con presenza medica H24, 7 giorni su 7), dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ("Casa come primo luogo di cura"), dagli ACN e dagli Accordi Integrativi Regionali (AIR) per la Medicina Generale e la Pediatria di Famiglia.

Anche il contestuale consolidamento del modello di interazione "a matrice" tra le Strutture (Distretti e Cure Primarie) - alle quali afferiscono le funzioni complementari di governance e di operatività/erogazione dei Medici convenzionati - rappresenta un obiettivo di tipo organizzativo con un indicatore di output quantitativo (n° di procedure, indicazioni operative/anno) ed al contempo qualitativo. Il *benchmark* di quest'ultimo è rappresentato dall'attuazione delle indicazioni regionali (in particolare dell'Allegato alla Circolare Regionale n. 37357 del 25/09/2023) e di quanto attribuito al Direttore di Distretto dagli ACN e dagli AIR.

Ad integrazione della periodica analisi delle azioni relative a ciascuna sotto area e del monitoraggio degli indicatori quali-quantitativi (a cadenza annuale, fatto salvo quanto diversamente indicato nella scheda), si prevede la produzione di una relazione sintetica annuale relativa agli esiti intermedi.

Area della Disabilità

La necessità di rappresentare il sistema integrato di interventi e servizi a favore delle persone con disabilità costituisce un primo macro-obiettivo finalizzato alla costruzione di una mappa orientativa delle opportunità esistenti assicurate ai cittadini con disabilità ed alle loro famiglie (ma anche agli insegnanti ed agli operatori dei servizi sanitari e sociali) oltre a creare alleanze tra ambito sanitario, sociosanitario e sociale.

Lo sviluppo e la realizzazione della programmazione triennale, che vede declinati obiettivi ed indicatori nelle singole schede progettuali, vedranno il monitoraggio quali-quantitativo semestrale ed annuale con il coinvolgimento degli Enti Locali ed Associazionismo.

La valutazione in itinere delle progettualità e l'analisi dei questionari di soddisfazione dell'assistito, dei familiari e dei caregiver costituiranno indicatori fondamentali per l'eventuale riorientamento dei progetti.

Saranno oggetto di valutazione periodica: la messa a regime dell'equipe di transizione e di valutazione multidimensionale, di protocolli operativi con Enti Locali ed Associazionismo, l'integrazione interdisciplinare con il contributo delle formazioni sussidiarie, delle reti sociali e famigliari, le intese tecnico operative tra i servizi sanitari, sociosanitari e sociali per la progettazione di interventi individualizzati, nonché l'allineamento con i Piani di Zona Locali per l'attuazione di processi di co-progettazione e gestione tra pubblico, privato sociale e volontariato.

Ad integrazione della periodica analisi delle azioni relative a ciascuna sotto area e del monitoraggio degli indicatori quali-quantitativi, si prevede la produzione di una relazione sintetica annuale relativa agli esiti intermedi.

Area Domiciliarità e presa in carico

La programmazione degli obiettivi e degli interventi dell'area della domiciliarità si orienta verso un utilizzo di nuovi spazi di governance territoriale del sistema sociosanitario al fine di perseguire in modo sistematico

l'integrazione, consolidando la definizione di una filiera integrata di servizi sociali e sanitari per promuovere nel triennio modalità di lavoro congiunte tra Ambiti territoriali, ATS, ASST e gli attori sociali interessati. L'area della domiciliarità, attraverso lo strumento dei percorsi assistenziali personalizzati e lo sviluppo di sistemi di telemedicina, orienta le azioni programmatiche del prossimo triennio verso il consolidamento ed il potenziamento di interventi multidisciplinari aventi l'obiettivo comune di evitare la frammentazione ancora oggi presente nei servizi che vengono offerti ai cittadini. Principale linea programmatica sarà la costituzione di accordi organizzativi con le aziende sociali e le unità d'offerta sociosanitarie territoriali accreditate al fine di uniformare i percorsi di presa in carico dei soggetti cronici e fragili, a garanzia della continuità assistenziale al domicilio. La promozione del SAD in sinergia con gli ambiti sociali, l'introduzione dei LEPS nei piani assistenziali, la definizione di percorsi di presa in carico ed il potenziamento di strumenti di telemonitoraggio e telemedicina, rappresentano certamente i principali obiettivi che troveranno consolidamento nel prossimo triennio. Le azioni programmatiche definite nel corpus dell'area verranno periodicamente analizzate al fine di monitorare lo stato di avanzamento progettuale, identificando, ove necessario, puntuali azioni correttive. Il set di indicatori quali-quantitativi individuati verrà monitorato con cadenza semestrale per la sotto-area della presa in carico dei pazienti cronici, i restanti indicatori verranno invece misurati annualmente.

Area della Famiglia e della Tutela dei Minori

L'area della Famiglia e della Tutela dei Minori è una componente fondamentale dei sistemi di intervento sociale e sanitario, i cui interventi mirati sono essenziali per garantire una crescita sana ed equilibrata dei minori e per sostenere le famiglie, offrendo loro risorse e supporto nei momenti di difficoltà. Il Piano di Sviluppo Triennale per questa area si articola attorno ad obiettivi strategici, incentrati su un approccio integrato e multidisciplinare che coinvolge più attori e più servizi sul territorio e che riguardano ambiti sanitari, sociosanitari e sociali, strettamente interconnessi tra loro, con un focus particolare su alcune aree che risultano cruciali per il benessere delle persone e delle famiglie.

In particolare, l'integrazione di percorsi sociosanitari rappresenta un obiettivo primario, poiché permette di accompagnare le persone nelle diverse fasi della vita, garantendo un supporto continuo e mirato. L'attenzione alle "età critiche" (come la preadolescenza, l'adolescenza, la gravidanza, la neo-genitorialità, la menopausa, ecc.) è strategica per prevenire ed affrontare situazioni di vulnerabilità; quindi, è trattata come un elemento distintivo del Piano attraverso la definizione di protocolli operativi, che coinvolgono non solo l'ASST, ma anche i Servizi Sociali Comunali, il Privato Sociale ed il Terzo Settore, per una gestione coordinata ed efficace dei bisogni.

Un altro obiettivo, legato alla missione del consultorio, si concentra sulla prevenzione del disagio psichico, con l'intento di ridurre i disequilibri, a livello individuale, di coppia e familiare. Trattare separatamente questo aspetto è necessario per affrontare in modo specifico le problematiche psicologiche che possono compromettere la salute mentale delle persone e delle famiglie, intervenendo tempestivamente per prevenire crisi o disagi più gravi.

Infine, in relazione alla tutela e prevenzione della violenza sulle donne, è stato definito un percorso dedicato che parte dal primo contatto della donna con la rete dei servizi e la accompagna mediante un supporto concreto dedicandole una presa in carico personalizzata.

Alcuni indicatori per misurare il raggiungimento di questi obiettivi, attraverso protocolli e revisione delle prassi, saranno l'efficacia della formazione comune ed il livello di riattivazione dei nodi della rete.

Area Prevenzione

Il Dipartimento Funzionale di Prevenzione, nell'ambito delle sue funzioni di raccordo con ATS Val Padana, persegue il raggiungimento degli obiettivi strategici ed operativi definiti. La Promozione della Salute si propone di raggiungere l'uguaglianza nelle condizioni di salute, attraverso la predisposizione e l'attuazione di interventi volti a ridurre le discriminazioni ed offrire a tutti gli individui eguali opportunità e risorse per conseguire il massimo potenziale di salute possibile.

Il piano opererà con sviluppo triennale in co-progettazione multidisciplinare a composizione variabile a seconda delle competenze richieste. Il Dipartimento tramite le sue articolazioni ospedaliere e territoriali agirà per la realizzazione dei seguenti macro-obiettivi sanitari e sociosanitari tra loro interconnessi:

- potenziamento delle attività di prevenzione in ambito sanitario, con particolare attenzione alle patologie croniche ed alle malattie infettive;

- potenziamento delle campagne di screening mediante l'attuazione di strategie anche di carattere comunicativo finalizzate ad incrementare l'adesione dei cittadini;
- potenziamento dell'attività vaccinale riferita alle diverse fasce di età;
- promozione della salute in un'ottica di equità di accesso ai servizi;
- promozione dell'alfabetizzazione del paziente finalizzata allo sviluppo ed all'attuazione di corretti sani stili di vita.

Gli obiettivi e gli indicatori sono declinati in dettaglio nelle singole sotto aree della scheda.

Area Salute Mentale e Dipendenze

In riferimento all'area della salute mentale e dipendenze il piano di sviluppo triennale sarà valutato sulla base del raggiungimento di macro-obiettivi con relativi indicatori, oltre al raggiungimento di obiettivi ed indicatori declinati nelle singole progettualità descritte nella scheda.

I macro-obiettivi sono legati ad ambiti sanitari, sociosanitari e sociali, in stretta sovrapposizione e interconnessione tra loro.

Il primo obiettivo è l'integrazione strutturata di percorsi sociosanitari che accompagnino le persone con maggiori fragilità per tutto il percorso di vita ed in particolare in due fasce di età critiche: quella di transizione dall'età infantile all'età adulta e quella dell'invecchiamento.

Indicatori di tale obiettivo sono la realizzazione di protocolli operativi sia all'interno della ASST sia mediante accordi con l'area dei servizi sociali comunali, con il privato sociale e con il Terzo Settore per la gestione di situazioni complesse, quali le disabilità psichiche (in particolare disturbi dello spettro autistico e del neurosviluppo), le psicosi croniche e le doppie diagnosi.

Un secondo importante macro-obiettivo è legato alla necessità di intercettare precocemente, in un'ottica di medicina proattiva e di iniziativa, condizioni di disagio psicologico che possono poi sfociare in disturbi psicopatologici e/o in dipendenze patologiche.

Gli indicatori da rilevare sono la realizzazione di interventi preventivi e soprattutto la messa in azione di contesti de stigmatizzati e più idonei per intercettare la fascia adolescenti-giovani adulti rispetto ai servizi specialistici quali ad esempio i CPS ed i SerD. La progettualità prevede la realizzazione di interventi nell'ambito delle Case di Comunità e di un contesto dedicato (Spazio A.Gio). L'indicatore per misurare l'andamento delle iniziative poste in essere sarà il numero di persone intercettate nei contesti extra-specialistici attivati.

Altro macro-obiettivo è l'implementazione di progettualità regionali, alcune già consolidate ed altre in fase di programmazione e la partecipazione a bandi con finanziamenti dedicati all'integrazione con l'ambito sociale assieme a Comuni, privato sociale e Terzo Settore. A titolo esemplificativo e non esaustivo si fa riferimento ai progetti relativi a disabilità ed autismo, al gioco d'azzardo patologico, ai disturbi del comportamento alimentare, alla riduzione del danno per grave marginalità, alla fragilità dei titolari e richiedenti protezione internazionale, alla sperimentazione ed all'attuazione di telemedicina.

Indicatori sono il numero di progetti attivati sia di natura più prettamente sociosanitaria sia di taglio più prettamente sociale.

Come ultimo macro-obiettivo si individua l'attivazione di nuove risposte ai bisogni di salute mentale nell'ambito del potenziamento del Polo Territoriale, in riferimento alle Case di Comunità, alle Cure Primarie, alle connessioni con il PUA e con la COT.

Gli indicatori saranno costituiti dalla presenza di psicologi e dalla realizzazione di attività psicologiche all'interno della Casa di Comunità e delle Cure Primarie con attivazione di percorsi specifici e dal numero di persone coinvolte in tali interventi di cura, sostegno ed accompagnamento psicosociale.

La rendicontazione degli obiettivi sopraindicati sarà di tipo quali/quantitativo ed avrà cadenza annuale.

Area Servizi Distrettuali

Il Distretto rappresenta il luogo dove le fragilità e le cronicità vengono intercettate e dove gli effetti di tali condizioni devono essere affrontati e prevenuti prima che si palesino in un evento acuto.

Obiettivo fondamentale del Distretto è operare per concorrere a produrre i valori dell'inclusione, della coesione, della qualità della vita delle persone e delle famiglie delle comunità di riferimento, in una logica di presa in carico dei soggetti cronici e fragili, quindi di una continuità assistenziale fondata su proattività, prossimità, personalizzazione, flessibilità e sostenibilità. Ciò è possibile solo attraverso l'integrazione tra gli attori dell'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale, che vede nelle articolazioni organizzative

territoriali delle Case di Comunità, delle Centrali Operative Territoriali e degli Ospedali di Comunità, che si configurano come nodi strategici di raccordo della rete, luoghi privilegiati di realizzazione di tali valori.

La programmazione triennale, declinata nel Piano di Sviluppo del Polo Territoriale, prevede quindi il consolidamento e l'implementazione di percorsi d'integrazione e collaborazione tra i diversi professionisti del settore sociale e sanitario, sostenuti da un approccio sistemico centrato sulla persona e non più sui servizi, che vede come macro-indicatori la realizzazione di:

- incontri periodici con la Direzione Strategica, i Direttori di Distretto ed i Direttori delle Strutture territoriali per aggiornamento e la condivisione delle progettualità per lo sviluppo dei servizi, oltre che per la diffusione delle interazioni relative alle Case di Comunità;
- protocolli operativi con i servizi sociali degli Ambiti per lo sviluppo di processi di integrazione sociosanitaria all'interno dei Punti Unici di Accesso;
- partecipazione attiva delle Associazioni di Volontariato all'implementazione dei servizi offerti dai Punti Unici di Accesso presenti nelle Case di Comunità;
- definizione ed attuazione di protocolli e/o procedure per assicurare la continuità delle cure.

7. PROCESSO DI IMPLEMENTAZIONE DEL PPT E SUA REVISIONE

L'implementazione del PPT avverrà in continuità rispetto ai progetti già avviati o in fase di avvio.

Per i progetti in fase di ideazione, la realizzazione e l'avvio saranno attuati nell'arco del triennio previsto dal Piano e monitorati annualmente.

Poiché la stesura del Piano ha visto il diretto coinvolgimento e la costante condivisione dei contenuti con tutti gli attori territoriali coinvolti oltre che con gli Enti del Terzo Settore, si procederà anche durante la fase di implementazione ad una costante interlocuzione con gli stessi, al fine di realizzare percorsi utili e favorire il massimo incontro tra la domanda e l'offerta.

La revisione del Piano sarà effettuata, di norma con cadenza annuale e sarà collegata, a titolo esemplificativo e non esaustivo, alle seguenti variabili:

- evoluzione del contesto epidemiologico anche in relazione ad eventi non prevedibili;
- novità annualmente introdotte da Regione Lombardia in ambito sociosanitario;
- partecipazione a nuove progettualità ed a nuovi bandi per la realizzazione di interventi in ambito sociosanitario;

modifiche dei Piani di Zona che rendano necessario un adeguamento del PPT. L'attuazione delle politiche, delle strategie e degli obiettivi contenuti nel Piano è assicurata da un sistema di monitoraggio dei risultati conseguiti, rispetto agli obiettivi fissati e misurati con gli indicatori contenuti nel Piano stesso.

Grande rilevanza avranno il Sistema di Gestione Digitale del Territorio (SGDT) e la Cartella Sociale Integrata (CSI) realizzati per ottenere una graduale integrazione degli interventi eseguiti dai servizi sociali e da quelli sociosanitari e sanitari. L'utilizzo di tali strumenti consentirà di ottenere un grande miglioramento nella gestione e nel trattamento dei flussi informativi delle attività erogate a livello territoriale che costituiscono un imprescindibile strumento di conoscenza sul quale i verrà costruito il welfare a livello distrettuale.

Il monitoraggio sarà assicurato sia dalle strutture aziendali a ciò preposte sia da un gruppo di lavoro interno appositamente costituito che effettuerà, con cadenza annuale, un'attività di monitoraggio degli obiettivi inseriti nelle diverse sezioni, allo scopo di sviluppare un confronto costruttivo sugli esiti delle varie attività e favorire l'integrazione dei diversi atti di programmazione (budget e monitoraggio delle performance aziendali).

Si procederà con l'esecuzione di monitoraggi operativi interni (infrannuali) e con la predisposizione di una relazione annuale relativa alle progettualità ed ai servizi attivati per ciascuna area di intervento, da trasmettere ad ATS Val Padana nel rispetto di scadenze che saranno concordate con l'Agenzia medesima.

A titolo esemplificativo si riporta di seguito la traccia che verrà utilizzata per la trasmissione dei dati, relativi all'Area dei Servizi Distrettuali:

Distretto Oglio Po casalasco-viadanese (area casalasco)		
Progetto	Punto Unico di accesso (PUA)	Centrali Operativa Territoriali (COT)
Indicatore ed esito atteso	<p>Esito atteso: accesso unitario ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, in grado di avviare percorsi di risposta appropriati alla complessità dei bisogni della persona.</p> <p>Indicatore: Numero di valutazioni che vedono la partecipazione dell'Assistente Sociale comunale / numero complessivo di valutazioni effettuate nell'anno, prevedendo una percentuale incrementale negli anni successivi, pari a: almeno il 50% nell'anno 2025, il 75% nel 2026, sino al 100% nel 2027.</p>	<p>Esito atteso: assicurare la continuità assistenziale.</p> <p>Indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - numero di progetti individualizzati attivati / numero di valutazioni effettuate per dimissioni/ammissioni protette con raccordo di COT e CdC; - numero protocolli e/o procedure definiti per assicurare la <i>Transitional Care</i> sul numero di protocolli in co-progettazione con le principali strutture sanitarie e sociosanitarie del territorio, con gli Ambiti e gli altri <i>stakeholders</i> per assicurare un fluido passaggio assistenziale dei pazienti fragili (anziani, disabili, psichiatrici ecc.) tra i diversi settings assistenziali.

	Distretto Cremonese		
Progetto	Punto Unico di accesso (PUA)	Centrali Operativa Territoriali (COT)	Ospedale di Comunità (OdC)
Indicatore ed esito atteso	<p>Esito atteso: accesso unitario ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, in grado di avviare percorsi di risposta appropriati alla complessità dei bisogni della persona.</p> <p>Indicatore: Numero di valutazioni che vedono la partecipazione dell'Assistente sociale comunale / numero complessivo di valutazioni effettuate nell'anno, prevedendo una percentuale incrementale negli anni successivi, pari a: almeno il 50% nell'anno 2025, il 75% nel 2026, sino al 100% nel 2027.</p>	<p>Esito atteso: assicurare la continuità assistenziale.</p> <p>Indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - numero di progetti individualizzati attivati / numero di valutazioni effettuate per dimissioni ed ammissioni protette con raccordo di COT e CdC; - numero protocolli e/o procedure definiti per assicurare la <i>Transitional Care</i> sul numero di protocolli in co-progettazione con le principali Strutture sanitarie e sociosanitarie del territorio, con gli Ambiti e gli altri <i>stakeholders</i> per assicurare un fluido passaggio assistenziale dei pazienti fragili (anziani, disabili, psichiatrici ecc.) tra i diversi settings assistenziali. 	<p>Esito atteso: prevenzione di ricoveri inappropriati in degenze per acuti attraverso l'attivazione di ammissioni protette:</p> <p>Indicatori:</p> <p>Numero di progetti individualizzati attivati / numero di valutazioni effettuate per ammissioni protette con raccordo di COT e CdC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dal domicilio su proposta del MMG (anche su segnalazione da parte dell'IFEC); - da altre Strutture.

8. RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

NORMATIVA

- **LR 22/2021:** “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);
- **DLGS. 227/2022 E L.R. 25/2022:** Deleghe In Materia Di Disabilità;
- **DM 77/2022:** “Nuovi Modelli E Standard Per Lo Sviluppo Dell’assistenza Territoriale Del Servizio Sanitario Nazionale”;
- **DGR XI/6760/2022:** “Approvazione Del Modello Organizzativo E Dei Criteri Di Accredimento Per L’applicazione Del Decreto 23 Maggio 2022 N° 77 Recante La Definizione Di Modelli Standard Per Lo Sviluppo Dell’assistenza Territoriale”;
- **DGR XI/6867/2022:** Determinazioni In Ordine All’assistenza Domiciliare Integrata In Attuazione Dell’intesa Del 4 agosto 2021 Di Approvazione Dei Requisiti Di Esercizio E Accredimento Dell’ADI;
- **DGR XII/715/2023:** Determinazioni In Ordine All’attuazione Della DGR XII/430 Del 12/06/2023 Recante “Pnrr Piano Nazionale Di Ripresa E Resilienza – Missione 6 Salute Componente 1 - Investimento 1.2: Casa Come Primo Luogo Di Cura E Telemedicina Sub-Investimento 1.2.1 – Assistenza Domiciliare - Relativamente All’incremento Del Numero Di Prese In Carico In Cure Domiciliari Di Persone Over 65 Anni;
- **DGR XII/1435/2023:** Ulteriori Determinazioni In Ordine All’attività Dell’ospedale Di Comunità;
- **DGR XII/1827/2024:** Determinazioni In Ordine Agli Indirizzi Di Programmazione Del SSR Per L’anno 2024;
- **DCR XII/395/2024:** Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2024 – 2028;
- **DGR XII/1938/2024:** Integrazione Elenco Delle Prestazioni Non Soggette All’obbligo Di Prenotazione E Notifica Di Cui Alla DGR N. XII/1129 Del 16/10/2023. Ulteriori Determinazioni In Ordine All’attuazione Della L.R. 33/2009 Art. 21 Concernente L’utilizzo Esclusivo Del Sistema Di Prenotazione Regionale Da Parte Delle Strutture Sanitarie Pubbliche E Private Che Erogano Prestazioni Sanitarie Per Conto Del Ssn;
- **DGR XII/2033/2024:** Modifica Del Programma Operativo Regionale A Favore Di Persone Con Gravissima Disabilità E In Condizione Di Non Autosufficienza E Grave Disabilità Approvato Con DGR N. XII/1669/2023 - Fondo Per Le Non Autosufficienze Triennio 2022-2024;
- **DGR XII/2089/2024:** Approvazione Delle Linee Di Indirizzo Per I Piani Di Sviluppo Del Polo Territoriale Delle ASST (PPT);
- **DGR XII/2167/2024:** Approvazione Delle Linee Di Indirizzo Per La Programmazione Sociale Territoriale Per Il Triennio 2025-2027;
- **DGR XII/2405/2024:** Sperimentazione Dei Nuovi Servizi Nella Farmacia Di Comunità – Servizi Di Telemedicina Ed Ulteriori Determinazioni Concernenti Il Piano Attuativo “Riconciliazione Terapia Farmacologica”;
- **DGR XII/2588/2024:** Determinazioni In Ordine Al Modello Di Funzionamento Delle Centrali Operative Territoriali (COT);
- **DGR XII/2750/2024:** Approvazione Del Piano Dei Fabbisogni Di Personale Triennio 2024–2026 Dell’azienda Socio Sanitaria Territoriale Cremona;

- **DGR XII/2755/2024:** Evoluzione Del Percorso Di Presa In Carico Del Paziente Cronico E/O Fragile In Attuazione Della DGR XII/1827 Del 31 gennaio 2024;
- **DGR XII/2765/2024:** Piano Nazionale Di Ripresa E Resilienza (PNRR) – Missione 6, Componente 1, Sub-Investimento 1.2.3.2. “Servizi Di Telemedicina” – Assegnazione Risorse All’agenzia Di Controllo Del Sistema Sociosanitario Lombardo Per L’attivazione Dei Servizi Di Telemedicina;
- **DGR XII/3242/2024:** Approvazione Della Pre intesa Sull’accordo Integrativo Regionale Per La Pediatria Di Libera Scelta Valido Per L’anno 2024;
- **DGR XII/3243/2024:** Approvazione Della Pre intesa Sull’accordo Integrativo Regionale Medicina Generale Anno 2024.

Area della Disabilità

- **DGR XI/6867/2022:** Determinazioni in ordine all’assistenza domiciliare in attuazione dell’intesa del 4 Agosto 2021 di approvazione dei requisiti di esercizio e accreditamento dell’ADI nell’ambito della cornice programmatrice costituita dalla Missione 6 del PNRR, dal DM 77 del 23 maggio 2023 recante “Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”, dal DM 29 aprile 2022 di approvazione delle linee guida organizzative contenenti il “Modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare” e nel più generale Quadro del potenziamento della sanità territoriale disposto con Legge Regionale 22/2021;
- **DGR XII/718/2023:** Determinazioni concernenti la procedura per il riconoscimento di contributi economici per l’acquisto di ausili e protesi per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica;
- **DGR n. 2033 del 18 marzo 2024:** Regione Lombardia ha approvato modifiche al Piano e al Programma operativo regionale FNA 2023 esercizio 2024 relativo alla Misura B1, Misura B2 e Pro. Vi. Si approvano i seguenti allegati, che sostituiscono integralmente quelli di cui alla precedente DGR 1669/2022;
- **DGR XI/1669/2022:** Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al fondo per le Non autosufficienze e triennio 2022-2024. FNA;
- Legge Delega sulla Disabilità n. 227/2022, L.R. 25/2022;
- Legge Delega sulla Non Autosufficienza n. 33/2023;
- Legge quadro 328/2000 per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- **DGR XI/4563/2021** indicante le linee guida per la programmazione zonale 2022 -2024;
- Piano sociosanitario integrato lombardo 2023 – 2027 approvata con DGR XII/1518/2023;
- **D.LGS 117 luglio 2017**, n. 117Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106;
- Convenzione ONU per i diritti delle persone con Disabilità (2006);
- Legge regionale 25/22;
- **DGR VIII/76932/2008** Linee di indirizzo regionali per la neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza;
- Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza Conferenza Stato regioni 25 luglio 2019;
- Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale in età evolutiva Conferenza unificata Stato - Regioni 10 ottobre 2019;
- Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico -adolescenziale (conferenza Stato Regioni, RA248 del 21.12.2017);
- **DGR n. XI3925 del 23.11.20** RL Sviluppo delle reti di Neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza (NPIA)DGR n. XI3373 del 9 luglio 20 RL “Piano regionale per l’infanzia e l’adolescenza”;
- Linee guida per la redazione della certificazione di disabilità in età evolutiva ai fini dell’inclusione scolastica e del profilo di funzionamento tenuto conto della classificazione internazionale delle malattie (ICD) e della classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF) dell’OMS in attuazione dell’art. 5 c. 6 del D. Lgs. 66/2017 “Norme per la promozione

dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità", come modificato dal D. Lgs. 96/2019 "Disposizioni integrative e correttive" al D. Lgs. 66/2017.

Area della Domiciliarità e Presa in Carico

- **DGR 6867/2022:** "Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata in attuazione dell'intesa del 4 agosto 2021 di approvazione dei requisiti di esercizio e accreditamento dell'ADI, nell'ambito della cornice programmatica costituita dalla missione 6 del PNRR, dal DM 77 del 23 maggio 2022 recante "modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale", dal dm 29 aprile 2022 di approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare» e nel più generale quadro del potenziamento della sanità territoriale disposto con L.R. 22/2021 - (atto da trasmettere al consiglio regionale)";
- **DGR 2167/2024:** "Approvazione delle linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 202-2027;
- **DGR 2755/2024:** "Evoluzione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile, attuazione della DGR 1827 del 31 gennaio 2024";
- Legge 234/2021 comma 162 lett. A;
- Legge 234/2021;
- **DGR 6804/2022.**

Area della Prevenzione

- Legge Regionale 22/2021;
- Piano Regionale di Prevenzione della Lombardia 2021-2025;
- **DGR 6278/2022;**
- Allegato A della DGR 6026/2022;
- **DGR 1827/2024** - REGOLE 2024, Allegato 1 e Allegato 4;
- **DGR 2224/2024;**
- Nota regionale 23715/2023;
- Allegato 01 alla DGR 1125/2023;
- Nota regionale 15276/2023;
- **DGR 2966/2024;**
- Nota regionale RL_RLAOOG1_2024_7771/2024;
- **DGR 850/2023;**
- Piano Nazionale di prevenzione vaccinale 2023-25, Presidenza Consiglio dei Ministri prot. DAR 0007918 P-4.37.2.10 del 21/03/2023;
- Piano Regionale Prevenzione Vaccinale Aggiornamento 2024-2025 - DGR 3030/2024.

Area della Salute Mentale e Dipendenze

- **DGR VIII/76932/2008** Linee di indirizzo regionali per la neuropsichiatria
- dell'infanzia e dell'adolescenza;
- Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza
- Conferenza Stato regioni 25 luglio 2019;
- Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale in età evolutiva Conferenza unificata Stato - Regioni 10 ottobre 2019;
- Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico-adolescenziale (conferenza Stato Regioni, RA248 del 21.12.2017);
- **DGR n.XI3925 del 23.11.20** RL Sviluppo delle reti di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA)DGR n.XI3373 del 9 luglio 20 RL "Piano regionale per l'infanzia e l'adolescenza";
- **DPR 309/90** Testo unico sostanze stupefacenti;
- **DM 444/1990** Decreto istituzione SerT;
- **LR 23/2020** Legge regionale Nuovo sistema di intervento sulle dipendenze patologiche.

SITOGRAFIA

Area della Famiglia e della Tutela dei Minori

- www.epicentro.iss.it
- www.saperidoc.it
- www.UNICEF.it
- www.fondazioneonda.it
- www.rcog.org.uk
- www.nice.org.uk
- www.acog.org
- www.salutegov.it
- www.asst-cremona.it
- <https://www.ats-valpadana.it/>
- www.regionelombardia.it
- <https://www.youngle.it/>
- <https://www.comune.cremona.it/>
- <https://www.aziendasocialecr.it/>
- <https://concass.it/>
- <https://www.csvlombardia.it>
- usr.istruzione.lombardia.gov.it
- www.epicentro.iss.it/okkioallasalute
- www.dors.it
- www.scuolapromuovesalute.it

Area della Prevenzione

- https://www.datocms-assets.com/30196/1650621999-unicef_vademecum_2022.pdf
- <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/servizi-e-informazioni/cittadini/salute-e-prevenzione/prevenzione-e-benessere/vaccinazioni>
- <https://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/archivioFakeNewsVaccinazioni.jsp>
- <https://www.wikivaccini.regione.lombardia.it/wps/portal/site/wikivaccini>
- <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/vaccines-and-immunization-what-is-vaccination>
- <https://www.cdc.gov/vaccines-children/reasons/index.htm>
- <https://www.asst-cremona.it/servizi-per-il-cittadino>
- <https://www.youtube.com/c/aziendasociosanitariaterritorialedicremona>
- <https://www.ats-valpadana.it/prevenzione-e-salute>
- <https://www.ats-valpadana.it/promozione-della-salute>

BIBLIOGRAFIA

Area della Famiglia e della Tutela dei Minori

- Ammaniti M., Speranza A. M., Tambelli R., Muscetta S., Lucarelli L., Vismara L., Odorisio F., Cimino S. (2006), *A prevention and promotion intervention program in the field of mother-infant relationship*, in "Infant Mental Health Journal", 27 (1), pp. 70-90;
- Ammaniti M., Cimino S., Trentini C., (2009) *Quando le madri non sono felici. La depressione post-partum*, Il Pensiero Scientifico;
- Anniverno R., Bramante A., Petrilli G., Mencacci C., (2015) *Prevenzione, Diagnosi e Trattamento della psicopatologia perinatale*, O.N.D.A.;
- Della Vedova AM, (2011), *La promozione della salute psichica perinatale*, In Della Vedova A.M., Cristini C. (2011) (a cura di) *La promozione della salute psichica perinatale. Carocci, Roma* Maternità fragile: Studio sull'efficacia di un Modello d'Intervento volto alla prevenzione secondaria del disagio psichico perinatale e alla prevenzione primaria delle disarmonie dello sviluppo infantile. CCM 2012, Ministero della Salute. Regione Liguria; Regione Lazio-Università "Sapienza" di Roma; Regione Lombardia, Università degli Studi di Brescia;
- Matthey S., Della Vedova A.M. A comparison of two measures to screen for emotional health difficulties during the pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 26 Jul 2018;
- Milgrom J., Mendelsohn J., Gemmil A.W. (2011) Does postnatal depression screening work? Throwing out the bathwater, keeping the baby. *Journal of Affective Disorders*", 132, pp. 301-310;
- Milgrom J. (2009), *Treating postnatal depression: a psychological approach for health care practitioners*. John Wiley Sons;
- Murray L. (2011) *La depressione postnatale e i suoi effetti sull'interazione precoce madre-bambino*. In Della Vedova A.M., Cristini C. (2011) (a cura di) *La promozione della salute psichica perinatale*. Carocci, Roma;
- *Esiti Focus Group Piani di Sviluppo del Polo Territoriale-Piani di zona, ATS della Valpadana*.

ALLEGATI

PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE PER LA PROGRAMMAZIONE TRIENNALE 2025/2027

SCHEMA AREA DELLE CURE PRIMARIE

La programmazione – a integrazione di quanto indicato in altre aree relativamente allo sviluppo del Polo territoriale coinvolgente i Medici del Ruolo unico di Assistenza Primaria e i Pediatri di Libera Scelta – prevede l'avvio di ulteriori azioni per consolidare l'integrazione e l'attività dei medici nell'organizzazione distrettuale, finalizzate alla valorizzazione e al rafforzamento dei servizi territoriali, con specifico riferimento:

- allo sviluppo di strutture di prossimità, quali le Case di Comunità;
- al potenziamento delle cure domiciliari;
- alla medicina di iniziativa e di presa in carico;
- all'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale assicurata dai Medici di Assistenza Primaria e dai Pediatri di Libera Scelta.

È prevista – quale azione concomitante – la formalizzazione e il consolidamento del modello organizzativo a matrice tra le Strutture Complesse Distrettuali e Cure Primarie, afferendo alle stesse funzioni complementari di indirizzo e coordinamento dei medici convenzionati.

SVILUPPO E CONSOLIDAMENTO DELL'INTERAZIONE TRA LE SC DISTRETTO CREMONESE – DISTRETTO OGLIO PO CASALASCO VIADANESE E LA SC CURE PRIMARIE

Normativa di riferimento:

In applicazione di quanto previsto dalla Legge Regionale 14 dicembre 2021, n. 22 le funzioni del Dipartimento Cure Primarie dell'ATS sono state trasferite all'ASST, con afferenza al Polo Territoriale della stessa, includendo la governance e la gestione amministrativa del personale a rapporto convenzionale. Nel quadro di quanto definito con successive DGR (n. 7952/2022, 7760/2022, 7758/2022), con la Circolare regionale n. 37353 del 25/09/2023 sono state fornite le indicazioni e le linee guida per l'inserimento delle Cure Primarie nell'ASST, con particolare riguardo all'operatività e ai processi organizzativi ed erogativi a livello distrettuale. Nello specifico viene indicato – tra il Dipartimento Cure Primarie (DCP) e i Distretti - un modello organizzativo “a matrice” che conferisce al DCP il presidio della dimensione tecnico-scientifica (indicazioni, linee guida e di indirizzo per la corretta e omogenea erogazione delle prestazioni nei distretti) e ai Distretti la funzione operativa a livello territoriale (erogazione secondo le indicazioni tecniche fornite e considerando gli obiettivi della Direzione strategica relativi alle attività territoriali). Il modello organizzativo a matrice è finalizzato ad assicurare percorsi di cura integrati e appropriati attraverso la continuità dell'assistenza, il raccordo tra il Polo Territoriale e Ospedaliero, l'integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale. In tale contesto i Medici Convenzionati (i Medici del Ruolo unico di Assistenza Primaria e i Pediatri di Libera Scelta) – “governati” dalla SC Cure Primarie – rappresentano per i Distretti una leva fondamentale e insostituibile nel perseguimento degli obiettivi indicati precedentemente.

Struttura organizzativa:

Nell'ASST di Cremona sono istituiti il Distretto Cremonese (con la rispettiva SC), il Distretto Oglio Po Casalasco Viadanese (territorialmente condiviso con l'ASST di Mantova, alla quale afferisce la relativa SC) e la SC Cure Primarie.

Soggetti coinvolti:

Direttore SC Cure Primarie e Direttori SC Distrettuali, Incarichi di Funzione (IFO) e personale operante nei diversi processi.

Finalità:

La presente programmazione consiste nell'attuazione del modello "a matrice", consolidando e formalizzando quanto già in essere e definendo rispetto ai processi propri delle cure primarie – con specifiche procedure / indicazioni operative – le responsabilità e le funzioni afferenti alla SC Cure Primarie e alle SC Distretto Cremonese e Distretto Oglio Po Casalasco Viadanese. La redazione di tali procedure, in applicazione di linee di indirizzo del Direttore Socio Sanitario, dovrà considerare lo specifico contesto locale e il personale disponibile, in riferimento sia alle indicazioni contenute nell'allegato alla Circolare regionale n. 37353 del 2023 sia alle funzioni conferite al Direttore di Distretto dagli Accordi Collettivi Nazionali e Integrativi Regionali vigenti per la Medicina Generale e la Pediatria di Famiglia.

Destinatari:

Operatori delle SC Cure Primarie, Distretto Cremonese e Distretto Oglio Po Casalasco Viadanese, Medici convenzionati, URP, SC Gestione e sviluppo delle Risorse Umane.

Attività specifiche svolte:

Costituzione Gruppo di Lavoro ed eventuali sottogruppi per la Redazione di procedure e indicazioni operative declinanti le funzioni "centrali" e "distrettuali" relative: alla gestione amministrativa del personale convenzionato e al governo delle attività previste dallo stesso, al Servizio di Continuità Assistenziale, al piano dei controlli, all'appropriatezza prescrittiva, al coordinamento delle attività delle Aggregazioni Funzionali Territoriali, ai procedimenti di contestazione.

Indicatori:

Redazione e diffusione n° documenti (procedure, indicazioni operative) /anno.

Obiettivi:

Produzione e diffusione ≥ 4 documenti / anno, sino a completamento.

ATTIVITÀ PROGRAMMATA DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA NEL SETTING DOMICILIARE**Normativa di riferimento:**

L'Accordo Collettivo Nazionale (art. 43, comma 6, lettera b) tra i compiti del medico del ruolo unico di assistenza primaria prevede "l'assistenza programmata al domicilio dell'assistito, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa, in collegamento se necessario con l'assistenza sociale", nello specifico l'Assistenza Domiciliare Programmata nei confronti dei soggetti non ambulabili (ADP- allegato 8) e l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI, allegato 9). È inoltre compresa (art. 43, comma 6, lettera c) l'assistenza programmata nei confronti di pazienti ospiti di strutture residenziali. In applicazione di quanto disposto con la DGR N° XII/717 del 24.07.2023, è stato avviato il Progetto di Sorveglianza Domiciliare (PSD) destinato agli assistiti over 65 che sono affetti da

patologia cronica stabilizzata, con difficoltà per condizioni cliniche e/o logistiche a raggiungere l'ambulatorio e necessitanti di un monitoraggio costante dei parametri vitali e dell'aderenza terapeutica, nonché di supporto ai caregiver, con cadenza sovrapponibile a quella ambulatoriale (ordinariamente un accesso mensile, massimo 2). Tale attività può essere svolta personalmente dal medico, dal proprio infermiere di studio o delegata all'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC). Tra gli obiettivi vincolanti del PNRR (Missione 6 Salute Componente 1) vi è l'incremento del volume delle prestazioni con assistenza domiciliare con presa in carico del 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni entro il 2026.

Caratteristiche del contesto afferente ad ASST Cremona:

Il numero di residenti nel territorio dell'ASST Cremona over 65 risulta – al 01/01/2024 - pari a 50.001 (40.556 nel Distretto Cremonese e 9.445 nel Distretto Casalasco; dati ISTAT). Nel contesto dell'ASST l'attività domiciliare programmata del medico curante si integra con le prestazioni effettuate dalle Unità di Offerta. Nonostante la quasi totalità dei Medici di Famiglia effettui assistenza domiciliare programmata nelle forme precedentemente descritte, risulta che solo il 50% circa degli stessi rendiconti le prestazioni nel gestionale dedicato (SDG).

Soggetti coinvolti:

Referenti delle AFT di Assistenza Primaria e colleghi afferenti alle stesse, SC Servizi per la Domiciliarità (C-DOM), Cure Primarie, Distretti, Cure Palliative, Team NAD.

Finalità:

La presente azione è finalizzata a incrementare il numero di cittadini over 65 assistiti nel setting domiciliare direttamente dal medico con il proprio personale di studio o attivando – con criteri di appropriatezza – gli IFeC, le C-DOM, le Cure palliative domiciliari e le altre Strutture erogatrici. Ulteriore obiettivo è rappresentato dalla puntuale rendicontazione delle prestazioni effettuate ai fini del monitoraggio e della documentazione della presa in carico nel setting domiciliare.

Destinatari:

Soggetti over 65 affetti da patologie croniche e/o condizioni di fragilità necessitanti di presa in carico domiciliare.

Attività specifiche svolte:

- Costituzione di gruppi di lavoro relativi alle specifiche attività domiciliari;
- Revisione e/o stesura di indicazioni operative con definizione dei criteri di appropriatezza delle prestazioni domiciliari previste dall'ACN;
- Revisione e/o produzione di protocolli e indicazioni operative per l'attivazione delle cure domiciliari (C-DOM), della nutrizione artificiale domiciliare (NAD), delle cure palliative domiciliari;
- Formazione dei medici convenzionati e supporto per l'utilizzo del gestionale SGDT (quando disponibile) per la puntuale e completa rendicontazione dell'attività domiciliare effettuata dagli stessi e la richiesta di prestazioni agli Enti erogatori.

Obiettivi e indicatori:

- Redazione/revisione di protocolli e indicazioni operative;
- Diffusione dei documenti revisionati e/o prodotti;
- Inserimento delle prestazioni domiciliari effettuate dal medico nel gestionale dedicato $\geq 90\%$ nel 2025, = 100% nel 2026;
- Richiesta del medico delle prestazioni domiciliari agli Enti erogatori utilizzando il gestionale SGDT entro il trimestre successivo alla messa a disposizione dello stesso;
- Corsi di formazione accreditati ECM.

Sviluppo di attività di potenziamento:

Utilizzo del telemonitoraggio, con incremento del numero di assistiti in sorveglianza domiciliare (PSD), attuato secondo i criteri della DGR N°XII 715/ del 24/07/2023 e in applicazione di quanto indicato nell'Accordo Integrativo Regionale (AIR) Medicina Generale 2024 (DGR. N. XII/3243 del 21/10/2024).

LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO E/O FRAGILE (PIC) – PRODUZIONE DI PDTA**Normativa di riferimento:**

L'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, all'articolo 4, prevede - con declinazioni a livello regionale - la partecipazione dei Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria alla presa in carico delle persone affette da patologie croniche e la condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). Rientra tra i compiti del medico "la redazione del Piano di assistenza individuale (PAI) del paziente cronico in coerenza con il Piano Nazionale della Cronicità e nel rispetto degli atti di programmazione regionale" (art. 43, comma 6, lettera e).

Con la DGR N° XII/2755 del 15/07/2024, Regione Lombardia ha fornito le indicazioni attuative per l'evoluzione del modello di presa in carico del paziente cronico e/o fragile che prevede come soggetto centrale il Medico di Famiglia, al quale compete l'arruolamento proattivo dei pazienti cronici e/o fragili, sulla base del rapporto di fiducia tra medico e paziente e la stesura del progetto di assistenza individuale integrata (PAI). Il percorso di presa in carico comporta per il medico due possibili scenari: l'adesione alla cooperativa con l'iter già in essere e – se non aderente a cooperativa - l'utilizzo del Centro servizi dell'ASST di riferimento con predisposizione del PAI utilizzando il sistema SGDT (attualmente in fase di implementazione).

Caratteristiche del contesto afferente ad ASST Cremona:

Circa il 25% dei Medici di Famiglia risultano attualmente aderenti a una Cooperativa di servizi e si è in attesa della implementazione del sistema regionale SGDT per la redazione del PAI a cura del medico in forma singola.

Soggetti coinvolti:

Referente aziendale per la PIC, SC Distretti e Cure Primarie, Referenti AFT di Assistenza Primaria e/o loro delegati, Specialisti ospedalieri.

Finalità:

La presente azione di sviluppo è finalizzata a incrementare il numero di pazienti cronici e/o fragili per il raggiungimento degli obiettivi (definiti a livello regionale per il singolo medico, l'AFT e l'ASST) e la produzione di PDTA relativi alle principali patologie croniche, favorendo contestualmente l'integrazione tra specialisti ospedalieri e medici del territorio.

Destinatari:

Residenti nel territorio dell'ASST Cremona affetti da patologia cronica.

Attività specifiche svolte:

- Formazione plenaria in modalità online e/o per singola AFT per l'utilizzo del gestionale SGDT;
- Produzione di PDTA per le principali patologie croniche con gruppi di lavoro composti da Referenti di AFT / singoli medici e specialisti ospedalieri;
- Incontri periodici con i Referenti di AFT per la definizione degli obiettivi di presa in carico e periodico monitoraggio dell'attività.

Indicatori:

- N° eventi formativi realizzati
- N° PDTA prodotti
- N° incontri con referenti di AFT

Obiettivi:

- Formazione medici entro il primo mese successivo all'implementazione delle funzioni di SGDT per gli stessi;
- N° PDTA prodotti \geq 3 anno.

Sviluppo di attività di potenziamento:

Utilizzo della telemedicina in riferimento alle indicazioni del costituendo Gruppo di Lavoro Regionale (AIR Medicina Generale 2024) per la Presa in Carico e l'integrazione delle competenze specialistiche nei processi clinici e socioassistenziali.

PRESENZA MEDICA H24, 7 GIORNI SU 7, PRESSO LA CASA DI COMUNITÀ – RIORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE**Normativa di riferimento:**

Il Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n.77 prevede che l'organizzazione del Distretto garantisca "l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva, infermieri di famiglia o comunità e i presidi specialistici ambulatoriali". Tra i servizi previsti da standard nella Casa di Comunità (CdC) Hub sono compresi la presenza medica H24, 7/7 giorni e la Continuità Assistenziale.

L'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale prevede – tra i compiti essenziali delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) – di "realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, estesa all'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente".

L'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale anno 2023 (DGR N°XII/81 del 03/04/2023), in linea con l'ACN vigente, ha previsto "un nuovo modello organizzativo per la gestione del servizio di continuità assistenziale" in riferimento all'evoluzione dei bisogni della popolazione e al fenomeno della carenza medica determinante "una grande difficoltà nel reperire medici per garantire il servizio".

L'AIR anno 2024 (DGR N. XII/3243 del 21/10/2024), in riferimento a quanto indicato dalla DGR XII/2588 del 21/06/2024 in merito alla riorganizzazione del modello di Continuità Assistenziale, fornisce elementi attuativi.

Caratteristiche del contesto afferente ad ASST Cremona:

Attualmente il Servizio di Continuità Assistenziale nell'ASST di Cremona viene svolto - con attivazione a valle del NEA 116117 - in 3 presidi (Cremona, Casalmaggiore e Soresina; solo quest'ultimo è allocato all'interno della CdC, con presenza nei locali attigui degli studi di due Medici di Famiglia).

Soggetti coinvolti:

Direttori di Distretto e della SC Cure Primarie, AREU, i Coordinatori dei Presidi di Continuità Assistenziale (CA), i Referenti delle AFT di Assistenza Primaria, le Forme associative dei Medici di Assistenza Primaria, l'Organismo Consultivo Distrettuale.

Finalità:

- Allocazione di tutte le sedi di CA presso le CdC;
- Allocazione di studi di Medici e Pediatri di Famiglia nelle CdC;
- Progetto pilota per la realizzazione presso una CdC della presenza medica - H24, 7 giorni/7 – anche con il collegamento funzionale con gli studi dei medici afferenti all'AFT, quali *spoke*.

Destinatari:

I cittadini residenti/domiciliati afferenti territorialmente alla CdC/AFT.

Attività specifiche svolte:

- Trasferimento delle sedi di CA di Cremona e Casalmaggiore terminati i lavori di ristrutturazione;
- Richiesta di manifestazione di interesse ai Medici e Pediatri di Famiglia per allocazione degli studi presso CdC con successivo studio di fattibilità;
- Redazione del progetto per l'esperienza pilota di presenza medica H24, 7/7 giorni, presso una CdC, con gruppo di lavoro comprendente i Coordinatori dei Presidi di CA e i Referenti delle AFT;
- Avvio del progetto pilota per la realizzazione presso una CdC della presenza medica - H24, 7/7 giorni, anche con il collegamento funzionale con gli studi dei medici afferenti all'AFT, quali *spoke*;
- Costituzione di Gruppo di Lavoro con i Direttori di Distretto e SC Cure Primarie (o loro delegati), i Coordinatori dei Presidi di CA e i Referenti delle AFT di Assistenza Primaria per la riorganizzazione locale del Servizio di CA in linea con quanto previsto dall'AIR 2024 e l'eventuale istituzione di Centrale Medica Territoriale.

Obiettivi e indicatori:

- Allocazione delle sedi di CA presso CdC al termine dei lavori di ristrutturazione;
- Costituzione gruppo di lavoro e redazione del progetto pilota per assistenza H24 entro il primo trimestre 2025;
- Avvio della sperimentazione nel 2° semestre 2025;
- Valutazione della sperimentazione a 3 mesi dall'avvio ed eventuale rimodulazione;
- Successiva estensione del progetto alle restanti CdC;
- Costituzione gruppo di lavoro per riorganizzazione del Servizio di CA.

Sviluppo di attività di potenziamento:

Interlocuzione con ASST Crema e Mantova per valutazione collegiale di istituzione della Centrale UNICA a livello provinciale o di ATS in riferimento al documento "RIORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE – Aprile 2023" elaborato dal Dipartimento Cure Primarie di ATS Val Padana e inviato alle ASST di Crema, Cremona e Mantova nel maggio 2024.

“AMBULATORIO PEDIATRIA DI FAMIGLIA AL SABATO” – CONTINUITÀ ASSISTENZIALE PEDIATRICA

Normativa di riferimento:

L'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta vigente (Intesa 25.07.2024) prevede che il pediatra nell'ambito della propria attività (art. 41, comma 5, lettera f) partecipi “alla continuità dell'assistenza coordinando la propria attività individuale con quella degli altri pediatri dell'AFT di riferimento e nell'ambito del modello organizzativo definito dalla Regione per garantire l'h 24”. L'Accordo Integrativo Regionale (AIR) per la Pediatria di Famiglia (PdF) valido per l'anno 2023 (DGR n. XII/946 del 18/09/2023) ha previsto la riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale pediatrica al sabato - in riferimento alle esperienze sviluppate negli anni precedenti in diversi territori regionali – fornendo un modello progettuale “con l'intento di fornire un sistema che intercetti le problematiche di salute dell'utenza afferente ai PdF nelle giornate di sabato, mantenendo le specifiche prerogative di assistenza, di appropriatezza e competenza”. La progettualità prevedeva l'istituzione di una Centrale Telefonica Pediatrica in ATS/ASST attiva a valle del NEA 116117 nei giorni di sabato non festivi (dalle 8.00 alle 18.00) e di Ambulatori Pediatrici Territoriali aperti dalle 14.00 alle 19.00. L'AIR 2024 (DGR N°XII/3242 del 21/10/2024; punto 7) – Continuità Assistenziale Pediatrica (CAP) – indica che dovrà attuarsi la riorganizzazione e il potenziamento del servizio di CAP, in raccordo con quanto previsto nell'AIR dell'annualità precedente e con l'istituzione – di norma una per ATS – di una Centrale Telefonica Pediatrica con le sedi per gli accessi ambulatoriali allocate all'interno delle CdC in coerenza con il PPT.

Caratteristiche del contesto afferente ad ASST Cremona:

Il Dipartimento Cure Primarie dell'ATS Val Padana ha predisposto e condiviso con le OO.SS. e i singoli Pediatri un progetto coerente con il modello regionale (Allegato 4 dell'AIR 2023), non attuato considerati la configurazione territoriale delle province di Cremona e Mantova, il numero di PdF attivi e il loro giudizio di insostenibilità del progetto con l'istituzione della Centrale Telefonica Pediatrica.

Nel comune di Cremona l'attività ambulatoriale dei PdF nella giornata di sabato è iniziata nel 2012 e ripresa – dopo temporanea sospensione, dal 28 febbraio 2020, conseguente alla pandemia da Covid 19 - dal settembre 2022. Ritenendo doveroso proseguire il Servizio riattivato nel 2022, si è provveduto a rimodulare la progettualità in riferimento a quanto in essere con approvazione, per la corrente annualità, da parte della competente Struttura Regionale. Pertanto, attualmente è attivo un Ambulatorio Pediatrico allocato presso una sede di forma associativa pediatrica (nelle more di trasferimento presso la Casa di Comunità), aperto dalle ore 8.00 alle ore 13.00 dei sabati non festivi, con accesso a seguito di contatto telefonico con numero dedicato, presenza di un pediatra e rivolto alla fascia di età 0-14 anni.

Il servizio prevede la presenza di un pediatra coordinatore al quale afferisce il compito della stesura dei turni, dell'invio degli stessi e della reportistica dell'attività alla SC Cure Primarie.

Soggetti coinvolti:

Direttore della SC Distretto Cremonese, SC Cure Primarie e Pediatria Aziendale, Referente dell'AFT pediatrica di Cremona, Pediatra Coordinatore, Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociosanitarie, AREU, Rappresentanti delle OO.SS. della Pediatria di Libera Scelta.

Finalità:

L'azione di sviluppo è finalizzata all'allocazione dell'ambulatorio nella Casa di Comunità (CdC) di Cremona, alla rimodulazione dell'attività con specifico progetto ipotizzando il collegamento telefonico con il NEA 116117 per consulenze telefoniche e accesso ambulatoriale programmato, dotazione di *self help* diagnostico, presenza di infermiere o personale amministrativo a supporto, estensione dell'attività

assistenziale alla fascia 0-18 anni, ampliamento della fascia oraria di attività con presenza di 2 PdF in turno, “potenziamento” nei mesi di maggiore incidenza delle patologie virali.

Destinatari:

Soggetti in età evolutiva (0-18 anni) con bisogni assistenziali non differibili ma non tali da necessitare di valutazione presso il PS pediatrico.

Attività specifiche svolte:

- Allocazione dell’Ambulatorio nella CdC;
- Costituzione del gruppo di lavoro per redazione della progettualità e presentazione del progetto ai PdF - Richiesta disponibilità – Condivisione del progetto con AREU – Verifica disponibilità personale di supporto ASST – Realizzazione logistica informatica.

Obiettivi e indicatori:

- Allocazione ambulatorio pediatrico presso la CdC nel 2025;
- Redazione della progettualità entro il primo trimestre del 2025 e conseguente presentazione dello stesso ai PdF e condivisione nel Comitato Aziendale.

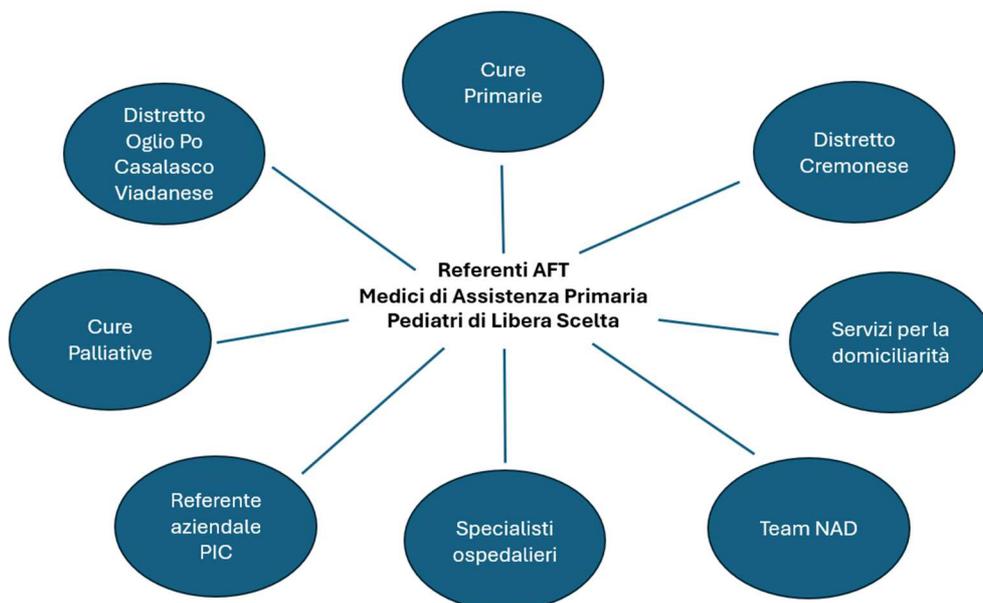
Sviluppo di attività di potenziamento:

- Avvio del progetto a seguito di disponibilità dei PdF e condivisione nel Comitato Aziendale;
- Interlocazione con ASST Crema e Mantova per valutazione di eventuale istituzione della Centrale Telefonica Pediatrica a valenza provinciale o di ATS.

CONCLUSIONI

Quanto illustrato è passibile di modifiche e/o integrazioni in riferimento agli Accordi Integrativi Regionali delle prossime annualità, a eventuali indicazioni nazionali, regionali o aziendali.

INTERRELAZIONI DELL’AREA CURE PRIMARIE



**PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE
PER LA PROGRAMMAZIONE TRIENNALE 2025/2027**

SCHEMA AREA DISABILITÀ

Il concetto di disabilità secondo la nuova classificazione (approvata da quasi tutte le nazioni afferenti all'ONU) è diventato un “termine ombrello” che identifica le difficoltà di funzionamento della persona sia a livello personale sia nella partecipazione sociale. In questa classificazione i fattori biomedici e patologici non sono gli unici presi in considerazione, ma si considera anche l'interazione sociale; l'approccio, così, diventa multiprospettico: biologico, personale, sociale. La stessa terminologia usata è indice di questo cambiamento di prospettiva, in quanto ai termini di menomazione, disabilità e handicap (che attestavano un approccio essenzialmente medicalista) si sostituiscono i termini di Strutture Corporee, Attività e Partecipazione. Di fatto lo standard diventa più complesso, in quanto si considerano anche i fattori sociali, e non più solo quelli organici. La programmazione dell'area della disabilità prevederà sia il consolidamento dei programmi già a regime, sia l'avvio di nuovi, e sarà caratterizzata da coprogettazione, integrazione funzionale tra attori del sociosanitario, sociale e del terzo settore con approccio interdisciplinare. La formazione congiunta costituirà leva di empowerment e implementazione del know-how professionale.

LE NUOVE EQUIPE DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (EVM)

Normativa di riferimento:

Il Decreto Legislativo del 3 maggio 2024, n. 62 “Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato. (24G00079)” dà attuazione all'articolo 1, comma 5, lettere a), b), c), d) e h) della Legge 22 dicembre 2021, n.227, per assicurare alla persona il riconoscimento della propria condizione di disabilità, per rimuovere gli ostacoli e per attivare i sostegni utili al pieno esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, delle libertà e dei diritti civili e sociali nei vari contesti di vita, liberamente scelti. Le disposizioni del decreto n.62 sono finalizzate a garantire, in coerenza con la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, fatta a New York il 13 dicembre 2006, ratificata e resa esecutiva con legge 3 marzo 2009, n.18, l'effettivo e pieno accesso al sistema dei servizi, delle prestazioni, dei supporti, dei benefici e delle agevolazioni, anche attraverso il ricorso all'accomodamento ragionevole e al progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato secondo i principi di autodeterminazione e non discriminazione.

Finalità e attività specifiche svolte:

Il procedimento di valutazione di base mira all'accertamento della disabilità, per il quale il cittadino può fare riferimento alla cura della Commissione medico-legale della ASST, che in considerazione dell'attività della persona, accerterà le necessità di sostegno o di sostegno intensivo nel rispetto dei principi di tempestività, prossimità, efficienza e trasparenza. Il riconoscimento della condizione di disabilità della persona determina l'acquisizione di una tutela proporzionata al livello di disabilità, con priorità per le disabilità che presentano necessità di sostegno intensivo e delle correlate prestazioni previste dalla legge, incluse quelle volte a favorire l'inclusione scolastica, presso le istituzioni della formazione superiore e lavorativa. Al riconoscimento della condizione di disabilità consegue la possibilità della richiesta dell'avvio del procedimento di valutazione multidimensionale, volta a delineare con la persona con disabilità il suo profilo di funzionamento all'interno dei suoi contesti di vita con la finalità di definire, anche in base ai suoi desideri e alle sue aspettative e preferenze, gli obiettivi a cui deve essere diretto il progetto di vita (articoli 17 e 18 della norma). Andranno così a delinearsi i servizi,

gli interventi, le prestazioni e i benefici individuati per migliorare le capacità della persona e la sua inclusione sociale, graduati in «sostegno» e «sostegno intensivo», in ragione della frequenza, della durata e della continuità del sostegno.

Nell'ambito dello sviluppo del Polo Territoriale, il processo dinamico e interdisciplinare per l'identificazione di natura ed entità dei problemi deve trovare applicazione secondo modalità integrate che richiedono di facilitare la costituzione delle équipes di valutazione multidimensionale (EVM) integrate (operatori di ASST e di Ambiti) per progetti quali: Misura B1, Misura B2, Progetti di vita indipendente (PRO-VI), Dopo di NOI.

Altro aspetto di fondamentale importanza, l'integrazione e l'implementazione degli interventi sociali integrativi con gli Ambiti Territoriali (come indicato nel FNA 2023-esercizio 2024 in attuazione alla DGR2033/2024 e s.m.i.).

Caratteristiche del contesto afferente ad ASST Cremona:

Le persone con disabilità coinvolte nella valutazione multidimensionale per accesso alla Misura B1 sono state 236 nel 2023 e 255 nel 2024; 10 le sedute congiunte con ambiti sociali territoriali per Misura B2. Per la Residenzialità assistita, presente con sole 2 strutture per totali 20 posti letto nell'Ambito Casalasco, n.40 sono state le valutazioni. La richiesta di valutazione crescente richiederà di rafforzare e mettere al centro le Équipe di Valutazione Multidimensionali e il loro ruolo di valutazione dei bisogni e potenzialità del destinatario del progetto.

Struttura organizzativa e soggetti coinvolti:

Attualmente le équipes vedono implicati gli Ambiti Comunali con assistenti sociali e amministratori per la protezione giuridica, operatori sanitari e sociosanitari di ASST (infermieri, educatori della SC Servizi per la domiciliarità, geriatri, pediatri, neuropsichiatri infantili, fisioterapisti, psicologi) oltre agli operatori del servizio sociale territoriale ed enti gestori. CPS, UONPIA, assistenza protesica e integrativa, operatori ATS. Sarà da implementare il coinvolgimento dei PLS, MMG, enti del terzo settore, associazioni di utenti e familiari.

Destinatari:

Persone con disabilità, popolazione fragile, fruitori di Misure B1, B2.

Obiettivi e indicatori:

- Facilitare la costituzione delle EVM (Équipe Valutazione Multidimensionale) integrate (operatori di ASST e di Ambiti) e loro coinvolgimento effettivo nel processo di valutazione e presa in carico della persona con disabilità (Misura B1 - Misura B2 - PRO.VI - Dopo di Noi).
- Implementare protocolli operativi e accordi di programma con attenzione alla gestione delle Misure Sanitarie, in particolare la Misura B1 in tutte le fasi di attuazione: dalla valutazione al riconoscimento dei sostegni (contributo economico e voucher).
- Integrazione e implementazione degli interventi sociali integrativi, con gli ambiti Territoriali.
- Attivazione, rafforzamento e incremento numero di Equipe Multidisciplinari EEMM nella Casa di Comunità con personale del PUA, SC Domiciliarità, IFeC, psicologi, Assistenti Sociali della CdC, per consentire una maggiore flessibilità organizzativa e potenzialmente una riduzione dei tempi di risposta all'utenza. Nello specifico l'obiettivo è il seguente: N. EEMM attivate 2025 con integrazione di tipologie professionali > N. EEMM attivate anno 2024.
- Attivazione per ciascun distretto nel 2025 di almeno 1 gruppo di lavoro integrato - area sociosanitaria e area sociale - che declini strumenti di valutazione e di screening per fragilità.
- Incremento della partecipazione alle UVM delle figure sanitarie specialistiche (ad esempio Neuropsichiatri Infantili delle UONPIA), degli MMG e PLS.
- Definizione e condivisione di protocollo che circoscriva percorsi e strumenti per uniformare le modalità di funzionamento all'interno delle Unità di Valutazione Multidisciplinari e

Multidimensionali (UVM) fra ASST e Ambiti. L'obiettivo è l'attivazione del protocollo UVM su tutti i settori coinvolti (100%).

- Formazione degli operatori, realizzazione e/o partecipazione alla formazione condivisa con gli altri partner (numero eventi, partecipanti).

SVILUPPO DEL MODELLO DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO DA PARTE DEL MEDICO DI FAMIGLIA: TRANSIZIONE SOGGETTI DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E ADOLESCENZA NON AUTISTICI E NON PSICHIATRICI (NANP)

Normativa di riferimento:

Si intende operare nell'ambito del Decreto MEF del 6 agosto 2021 e 23 novembre 2021 relativi al PNRR, in particolare alla Missione 6 "Salute", che comprende la Componente M6C1 "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria domiciliare". In particolare, viene affrontata la componente C1.2.2 "Casa come primo luogo di cura", tramite l'implementazione della COT, che prevede un finanziamento dedicato.

Finalità:

Questo intervento è finalizzato alla definizione di un corretto passaggio di cura della maggior parte dei pazienti UONPIA affetti da disturbi neurologici quali epilessia, paralisi, sindromi genetiche polimalformative e così via, o disturbi del neurosviluppo, ovvero disabilità intellettiva, disturbo da deficit di attenzione, disturbo di linguaggio, disturbo di coordinazione, disturbo specifico di apprendimento. Per questi pazienti, a oggi, non sono previsti dopo la UONPIA né un servizio né un medico specifico per la presa in carico, a differenza dei pazienti affetti da autismo, altro disturbo di neurosviluppo, per il quale invece Regione Lombardia ha già definito la presa in carico e il passaggio in cura dalla UONPIA alla psichiatria, così come già accade per gli altri soggetti psichiatrici per i quali sono a disposizione procedure consolidate di passaggio in cura. Ciò non avviene per gli altri disturbi di neurosviluppo e per gli altri disturbi neurologici ed è bene che continui a non avvenire, poiché non sono soggetti che abbiano di norma usufruito della Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile Ambulatoriale per le sue competenze psichiatriche, e tanto meno devono cominciare a farlo da adulti. Ciò non toglie che il MMG, destinatario di questo intervento, vada istruito e attrezzato con sollecitudine riguardo agli invii da fare, alle agenzie sociali presenti sul territorio atte a gestire tali pazienti, agli interventi già fatti. Per queste ragioni si intende mettere a protocollo una pratica già attivata di passaggio in cura dalla UONPIA al MMG, coadiuvata dalle agenzie sociali presenti sul territorio per la gestione di tali pazienti.

L'obiettivo è quello di non abbandonarli con la maggior età e dare nuovo impulso al percorso di presa in carico di questi pazienti cronici e/o fragili, principali destinatari dell'intervento, segnalando fin dai 17/18 anni al MMG i loro bisogni sanitari, scolastici e sociali, orientando il paziente e la sua famiglia in modo efficace verso servizi appropriati, affidandoli al coordinamento del servizio disabilità della rete di servizi di diagnosi e assistenza per adulti, con auspicabili effetti positivi rispetto al contenimento delle liste di attesa, alla riduzione degli accessi impropri al PS e del tasso di ospedalizzazione dei pazienti cronici e/o fragili.

Verranno introdotti in itinere nuovi indicatori per monitorare l'effettiva presa in carico del paziente da parte del MMG o della Cooperativa di medici alla quale egli fa riferimento e l'efficacia del passaggio in cura dopo la UONPIA. A tale monitoraggio potrebbero anche contribuire soggetti del terzo settore, attori fondamentali per la loro vita, nel trasporto sociale, nel sostegno delle loro pratiche e tanto altro.

Struttura organizzativa e soggetti coinvolti:

Destinatario di questo intervento il Medico di Medicina Generale. Sul lato UONPIA, il Responsabile della transizione è ciascun medico coadiuvato dall'assistente sociale case-manager, insieme a tutti gli

operatori coinvolti sul caso dentro e fuori la UONPIA, oltre che dentro e fuori l'ASST, per ottenere il risultato di un'assistenza efficace sia sul versante sanitario sia su quello sociale.

Obiettivi e indicatori:

- Ampliare il più possibile la platea di pazienti UONPIA in transizione ai quali garantire una procedura per la continuità dell'intervento assistenziale clinico e sociale;
- Favorire la collaborazione e la comunicazione tra DSMD e Cure primarie per modalità di lavoro efficaci e condivise;
- Integrare l'innovazione tecnologica con la telemedicina per le riunioni in videoconferenza, al fine di ottimizzare spostamenti e tempistiche;
- Favorire una tempestiva conoscenza e presa in carico dei bisogni, espressi o latenti, sotto il profilo sanitario e sociale, da parte degli operatori coinvolti, al fine di mantenere e attivare gli interventi più adeguati,
- Presenza di risorse del Terzo settore, proponendo loro ulteriori ruoli come quello del monitoraggio dell'avvenuta transizione.

Nello specifico:

- Anno 2025: proseguimento gruppo di lavoro UONPIA-MMG con almeno 4 incontri e produzione report finale;
- Anno 2026: almeno 1 evento formativo congiunto sulla transizione del neurosviluppo e dei pazienti neurologici o sindromici;
- Anno 2027: sottoscrizione protocollo di passaggio presso ufficio qualità e sua applicazione a regime.

Cronoprogramma:

- Anno 2024: esperienze sul campo di *transition* del paziente UONPIA-MMG nell'ambulatorio del MMG e incontri con MMG a riguardo, per presentare l'iniziativa alla loro assemblea e cominciare a incontrare due loro delegati per un gruppo di lavoro UONPIA-MMG;
- Anno 2025: prosecuzione esperienze sul campo di transition del paziente UONPIA-MMG nell'ambulatorio del MMG con produzione report per ogni esperienza; condivisione del lavoro in sede OCSMD; analisi dei report e costruzione di una bozza di protocollo di passaggio a cura del gruppo di lavoro UONPIA-MMG;
- Anno 2026: prosecuzione esperienze sul campo di transition del paziente UONPIA-MMG nell'ambulatorio del MMG con produzione report per ogni esperienza; analisi dei report e confronto della bozza di protocollo di passaggio a cura del gruppo di lavoro UONPIA-MMG con ogni agenzia sociale coinvolta nelle varie esperienze sul campo (per esempio: scuole, servizi sociali territoriali, equipe disabilità ecc.); eventi formativi congiunti sulla transizione del neurosviluppo e dei pazienti neurologici o sindromici;
- Anno 2027: sottoscrizione protocollo di passaggio presso ufficio qualità e sua applicazione a regime, inserita nel ciclo di miglioramento continuo della qualità.

INTERVENTI PER L'INCLUSIONE

Normativa di riferimento:

Importanti risorse del PNNR sono indirizzate a sostenere i percorsi di autonomia delle persone con disabilità; le linee di investimento prevedono l'obiettivo generale di accelerazione del processo di de-istituzionalizzazione, il supporto all'autonomia abitativa, l'accesso al lavoro. La legge 328/2000 ("Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali") prevede che, affinché si ottenga in pieno l'integrazione scolastica, lavorativa, sociale e familiare della persona con disabilità, si predisponga un progetto individuale per ogni persona con disabilità fisica, psichica e/o sensoriale (art 3 legge 104/1992).

Finalità e attività specifiche svolte:

Il Comune, d'intesa con ASST, deve predisporre un progetto individuale indicando gli interventi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali. Lo strumento di lavoro che definisce l'integrazione tra gli interventi rivolti alle persone con disturbi dello spettro autistico e/o disabilità cognitiva è il Progetto di Vita, che consente il monitoraggio nel tempo degli interventi, che necessariamente devono riorganizzarsi e riorientarsi nelle diverse età della vita con il mutare dei bisogni e dei desideri delle persone; al Progetto di Vita si collega il concetto di Budget di Progetto.

I centri per la vita indipendente, così come previsti dalla L.R. 25/2022, devono diventare un punto di riferimento e ad alta integrazione sociosanitaria, per le amministrazioni comunali, ASST, ETS, i cittadini con disabilità e le loro famiglie. Infatti i Centri per la vita indipendente collaborano con i servizi competenti, con la persona con disabilità e con la sua famiglia, per la predisposizione, realizzazione, monitoraggio e verifica del progetto di vita della persona, sostenendola nel suo percorso insieme alla sua rete di relazioni. Collaborano inoltre al censimento di tutte le risorse, opportunità, beni e servizi disponibili pubblici e privati orientando la scelta in funzione del bisogno e facilitazione nell'accesso ai servizi.

Struttura organizzativa e soggetti coinvolti:

ASST Cremona partecipa alla cabina di regia delle progettualità di rete finalizzate all'inclusione sociale e lavorativa delle persone con disabilità (Azioni di rete, Rete Competente, Competenze in rete, ecc).

Referenti: psichiatra CPS tra cui il Responsabile Servizio Disabilità e assistenti sociali.

Tale ruolo permette di lavorare per il raccordo e il coordinamento degli interventi di supporto al benessere e alla qualità della vita delle persone con disabilità.

Destinatari:

I destinatari delle azioni svolte sono i partner delle reti territoriali e gli enti capofila, gli enti del Terzo Settore.

La partecipazione alle reti territoriali permette di collaborare alla selezione delle candidature per bandi e progetti e all'individuazione dei percorsi più appropriati da proporre agli utenti per il supporto alle autonomie e al lavoro, nonché la partecipazione degli utenti dei servizi alle progettualità attive sul territorio per l'inclusione e il tempo libero (per esempio progetto Aut in Cremona, Aut-door del Casalasco, sport integrato, ecc).

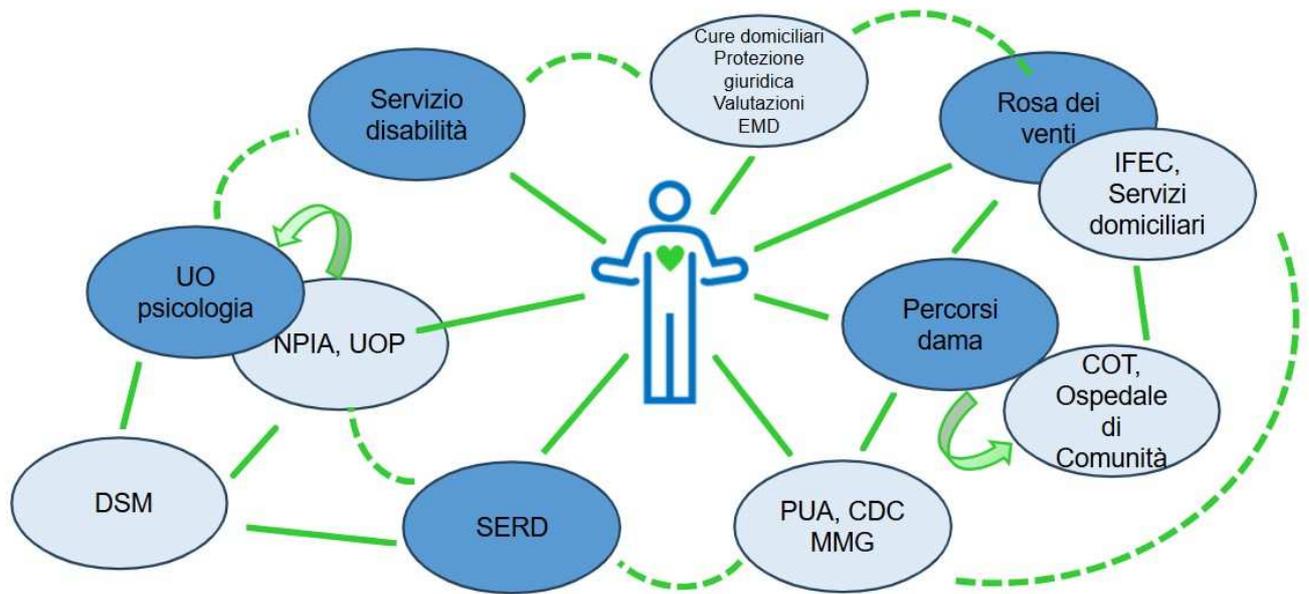
Obiettivi e indicatori:

- collegare le progettualità attivate dai servizi per la salute mentale, dal consultorio e dai servizi sociali territoriali;
- sviluppare e potenziare i rapporti con le associazioni e gli enti del terzo settore. In particolare, il servizio disabilità psichica si propone di stabilire un collegamento stabile e coordinato con il CODIS (coordinamento disabilità) del Forum del Terzo Settore e con il CSV Lombardia Sud e di realizzare e partecipare a eventi di informazione e sensibilizzazione sul tema.

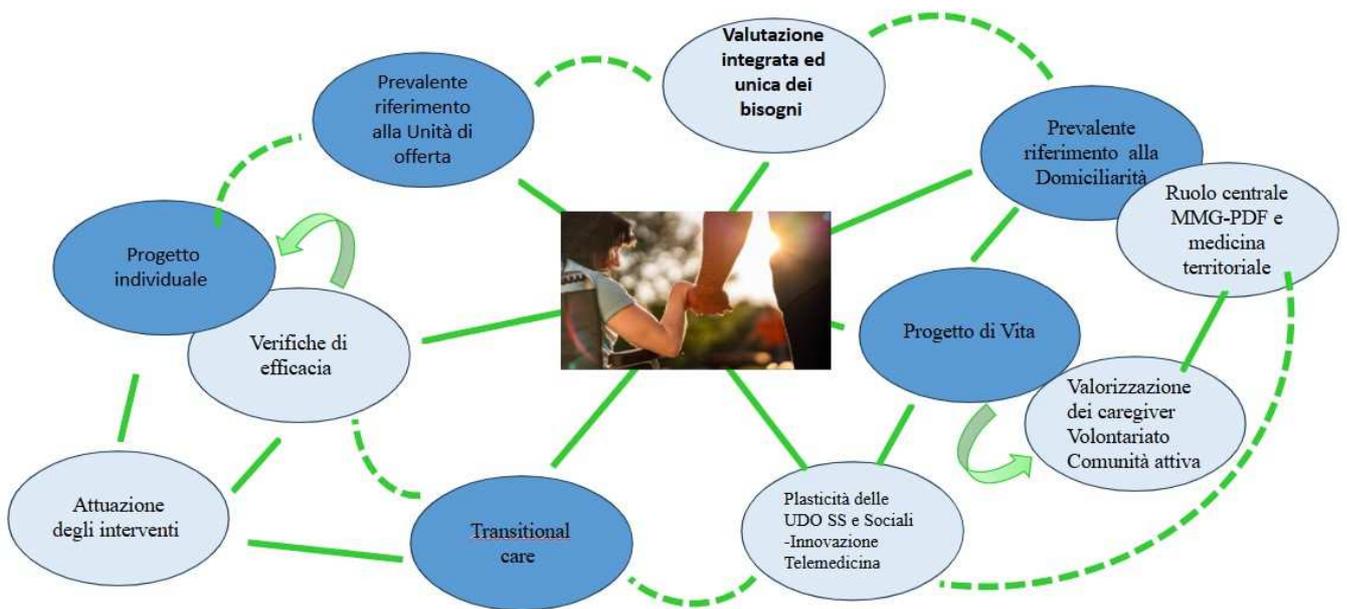
Nello specifico:

- partecipazione agli incontri di Cabina di Regia [atteso: 80% di presenza alle convocazioni];
- partecipazione agli incontri delle équipes operative delle progettualità di rete [atteso: 90% di presenza di almeno un operatore dell'équipe autismo alle convocazioni];
- numero incontri tra servizio disabilità e le associazioni di settore [atteso: 2/anno];
- numero di eventi pubblici realizzati e persone coinvolte [atteso: almeno 2 ogni anno, almeno 50 persone].

INTERVENTI PER L'INCLUSIONE



LE NUOVE EQUIPE DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (EVM)



**PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE
PER LA PROGRAMMAZIONE TRIENNALE 2025/2027**

SCHEMA AREA DOMICILIARITÀ E PRESA IN CARICO

L'area della domiciliarità rappresenta un focus di interesse strategico di integrazione programmatoria a livello sociosanitario nelle linee di indirizzo sia per la programmazione sociale territoriale sia per i piani di sviluppo del polo territoriale delle ASST. L'orientamento verso un modello di policy integrato e trasversale prevede il rafforzamento della sinergia tra ambiti territoriali e ASST e tra ASST e terzo settore, rispondendo in questo modo sempre di più ai cambiamenti organizzativi introdotti dalla riforma sociosanitaria prodotti dalla L.R 22/2021. I servizi di assistenza domiciliare rivolti a cittadini non autosufficienti racchiudono una vasta serie di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali che concorrono al mantenimento presso il proprio domicilio dei cittadini in condizioni di fragilità e non autosufficienza.

La presa in carico precoce a livello domiciliare permette infatti di ridurre i ricoveri ospedalieri e gli accessi impropri al pronto soccorso. Il Ministero della Salute è impegnato a costruire una vera e propria "cultura" della domiciliarità per rendere più sostenibile il sistema sanitario nella sua totalità. Proprio per tale motivo l'obiettivo del PNRR (Missione 6: Casa come primo luogo di Cura) prevede entro il 2025 una presa in carico precisa e puntuale di assistiti ultrasessantacinquenni corrispondente al 10% della popolazione.

L'analisi della geografia dei servizi territoriali orienta la programmazione dell'area della domiciliarità e della presa in carico verso l'orizzonte di una forte integrazione programmatoria e funzionale tra tutti gli attori del sistema sociosanitario territoriale, adottando un approccio multidisciplinare e multiprofessionale supportato da percorsi di formazione congiunta al fine di aumentare il know-how professionale della politica della *Long Term Care*. Gli enti del terzo settore (ETS) sono riconosciuti come componenti essenziali per lo sviluppo e la coesione territoriale, e sono pienamente coinvolti, con diverse forme di collaborazione, nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni. È indispensabile nella programmazione e nelle fasi di integrazione ospedale - territorio la presenza attiva dei fruitori finali attraverso il volontariato e le Associazioni, oltre che delle risorse e professionalità fornite per il tramite degli ETS, che costituiscono, nel contesto attuale di evoluzione del trattamento delle patologie croniche, una risorsa e un'opportunità da considerare per migliorare la cura delle persone fragili. Particolare attenzione sarà posta alla riduzione delle disegualianze, sia dal punto di vista dell'offerta che della domanda, in linea con approccio *One Health*, per trasformare le sfide in opportunità, all'interno di una pianificazione di politiche regionali e nella cornice della Prevenzione in capo ad ATS.

CURE DOMICILIARI C-DOM

Normativa di riferimento:

Le Cure Domiciliari (C-DOM) come descritto nella DGR 6867/2022 si collocano nella rete dei servizi sociosanitari territoriali e garantiscono alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità percorsi assistenziali a domicilio di presa in carico. Rappresentano un servizio a valenza Distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile (si distinguono in Cure Domiciliari di livello base e Cure Domiciliari integrate di I°, II° e III° livello) nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Le Cure Domiciliari si pongono i seguenti macro-obiettivi:

- stabilizzare il quadro clinico della persona a seguito di dimissione ospedaliera;
- garantire la continuità dell'assistenza tra sistema sanitario, sociosanitario e sociale;

- migliorare la qualità della vita, limitando il declino funzionale della persona;
- supportare la famiglia nel lavoro di cura;
- ridurre i ricoveri ospedalieri impropri e il ricorso ai servizi di emergenza/urgenza;
- evitare, laddove possibile, il ricovero definitivo in strutture residenziali.

Destinatari:

Le C-DOM si rivolgono a persone residenti in Regione Lombardia, di qualunque età, che necessitano di cure al domicilio in quanto in situazione di fragilità. Per accedere al servizio devono essere presenti tutte le seguenti condizioni:

- bisogni sanitari e sociosanitari gestibili al domicilio;
- non autosufficienza, parziale o totale, di carattere temporaneo o definitivo;
- impossibilità a deambulare e non trasportabilità, con i comuni mezzi, presso i servizi ambulatoriali territoriali;
- presenza di una rete familiare formale e/o informale di supporto;
- caratteristiche abitative che garantiscono la praticabilità dell'assistenza.

Attività specifiche svolte:

Le Cure Domiciliari fanno parte dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e riguardano specifiche prestazioni e attività, di natura sia sociosanitaria sia sociale a rilievo sanitario, rese in modo integrato al domicilio della persona con bisogni complessi. Sono erogabili le prestazioni:

- Infermieristiche: somministrazione farmaci, prelievi, rilevazione parametri vitali, medicazioni di ulcere e di lesioni da decubito, medicazioni di stomie, di ferite chirurgiche, sostituzione sondino naso-gastrico, educazione sanitaria al caregiver, gestione cateteri vescicali, clisteri evacuativi;
- Riabilitative: fisiokinesiterapia attiva e passiva;
- Assistenziali: aiuto nell'igiene personale e vestizione, aiuto nella mobilizzazione, aiuto tecnico all'infermiere per particolare complessità dell'assistenza, aiuto e assistenza nella deambulazione;
- Psico-socioeducative: attività di supporto alla famiglia/caregiver e accompagnamento nella rete dei servizi. Valutazione delle risorse socio-relazionali del paziente e percorsi di mantenimento delle capacità relazionali e cognitive, attività educative a supporto del caregiver e del nucleo familiare;
- Specialistiche: consulenza del medico fisiatra, geriatra, psicologo.

Sviluppo di attività di potenziamento:

Principale linea programmatica sarà la costituzione di accordi organizzativi con le aziende sociali e le unità di offerta sociosanitarie territoriali accreditate al fine di uniformare i percorsi di presa in carico dei soggetti cronici e fragili, a garanzia della continuità assistenziale al domicilio. Si prevede nel prossimo triennio di perseguire con tutti gli attori del sistema le seguenti azioni:

- Promuovere in sinergia con gli ambiti sociali territoriali l'offerta di SAD, di Residenzialità assistita e di RSA aperta;
- Introdurre i LEPS (livelli essenziali prestazioni sociali) nei PAI;
- Sviluppare una maggiore sensibilizzazione e collaborazione con le AFT, i MMG, i PLS e i medici specialisti territoriali per lo sviluppo delle C-DOM come da target PNRR;
- Collaborare sempre più attivamente con la UO Cure palliative per intercettare precocemente i bisogni di cure palliative in particolare nella persona con patologia non oncologica e prendere in carico e monitorare l'anziano con dolore cronico non oncologico;
- Promuovere l'istituzione dello Psicologo delle C-DOM a sostegno dei bisogni psicologici dell'assistito/caregiver/nucleo familiare di riferimento;
- Integrarsi maggiormente con i servizi offerti dalla farmacia territoriale per garantire l'assistenza protesica maggiore e minore direttamente al domicilio dell'utente;

- Co-progettare e coinvolgere gli Enti del Terzo Settore per sostenere, con gli strumenti tipici degli ETS, il piano assistenziale individualizzato;
- Potenziare, anche con strumenti di teleconsulto e telemedicina, la rete di specialisti ospedalieri/territoriali per la continuità del percorso di cura al domicilio;
- Sviluppo di sistemi di teleriabilitazione.

Diviene inoltre prioritario rafforzare il percorso di dimissioni protette verso il domicilio migliorando la precocità di segnalazione all'inizio del ricovero e la contestuale attivazione delle Cure Domiciliari direttamente dal servizio di dimissione protetta ospedaliero (in seno alla COT) e sviluppare sinergie fra ADI e SAD allo scopo di mantenere la persona il più a lungo possibile presso il proprio domicilio. Il modello assistenziale da realizzare a livello locale non può prescindere da interventi tesi a garantire la specificità e la globalità, nonché l'integrazione sociosanitaria continuativa, che consenta alla persona parzialmente o totalmente non autosufficiente di rimanere il più a lungo possibile nel proprio ambiente abituale di vita evitando ricoveri impropri e/o ritardando lo sradicamento sociale.

Sviluppo dei servizi di telemedicina:

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

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

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

In seguito all'introduzione dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina, integrata al Sistema di Gestione Digitale del Territorio, per quanto riguarda il Polo Territoriale sono state individuate le seguenti progettualità da sviluppare nel prossimo triennio:

- **Televisita:**
 - Visite di controllo specialistiche all'interno delle case di comunità;
 - Visite per rilascio di invalidità, rinnovo patenti, ecc.
- **Teleconsulto:**
 - Teleconsulto fra i MMG/PLS e gli specialisti (che siano integrati nelle case di comunità oppure ospedalieri puri, per le discipline non presenti nelle case di comunità);
 - Teleconsulto fra gli specialisti integrati nelle case di comunità e i MMG/PLS.
- **Teleassistenza e telemonitoraggio:** l'IFeC svolge anche attività di educazione e promozione della salute, offrendo dunque supporto e consulenza al fine di promuovere comportamenti e stili di vita positivi, responsabilizzando gli individui e i loro caregiver. In tale ottica, si può ipotizzare che l'introduzione degli strumenti digitali per la teleassistenza possa consentire di erogare un

supporto a distanza, per esempio monitorando la *compliance* alla terapia e ai corretti stili di vita. Relativamente al telemonitoraggio, inteso di livello 1 per le case di comunità, si può ipotizzare la trasmissione di determinati parametri misurati a domicilio attraverso i dispositivi medici forniti all'assistito.

Obiettivi e indicatori:

- Aumentare il numero di prese in carico domiciliari tramite il potenziamento delle attività EVM/COT/IFeC in collaborazione con MMG.
- Potenziare tramite una costante sensibilizzazione dei MMG/PLS e in coordinamento con le Cure Primarie, l'incremento delle modalità di presa in carico domiciliare degli assistiti (es ADP), anche attraverso una migliore rendicontazione di tali attività.
- Percentuale di Anziani con almeno un accesso per cure domiciliari. Uno dei capitoli più importanti legati alla riforma del sistema dei servizi territoriali (DM77/2022) riguarda l'aumento dell'assistenza al domicilio della popolazione. A tal proposito, risulta fondamentale l'indicatore che misura la percentuale di anziani che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare. Tale misura indica la capacità complessiva di gestione a domicilio espressa dal sistema sanitario. L'obiettivo stabilito nella nuova normativa è del 10% entro il 2026.
- Percentuale di dimissione da ospedale a domicilio ultra75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione: è un indicatore *proxy* di continuità delle cure tra ospedale e territorio, con particolare riferimento alla presa in carico dei pazienti più fragili sul territorio e in particolare al domicilio.
- Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare over 65: L'indicatore misura la percentuale di assistiti in cure domiciliari che hanno, durante il periodo di presa in carico domiciliare, almeno due ricoveri ospedalieri di tipo medico, urgenti. In questo senso l'indicatore può rappresentare una proxy della qualità dell'assistenza domiciliare, in quanto una buona presa in carico domiciliare consente di stabilizzare il paziente, evitando il ricorso al setting ospedaliero.
- Percentuale di assistiti in ADI con almeno un accesso al PS durante la presa in carico domiciliare. L'indicatore misura la percentuale di assistiti in assistenza domiciliare integrata che hanno, durante il periodo di presa in carico domiciliare, almeno un accesso al Pronto Soccorso. In questo senso l'indicatore può rappresentare una proxy della qualità dell'assistenza, in quanto una buona presa in carico domiciliare consente di stabilizzare il paziente, evitando il ricorso urgente al Pronto Soccorso.
- Incremento del SAD e potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare con integrazione dell'assistenza sociale. - N° progetti SAD attivati in integrazione con ASST nel piano assistenziale individualizzato/ N° progetti SAD su casistica analoga senza coinvolgimento della ASST.

Indicatori specifici per lo sviluppo della telemedicina:

- Definizione del modello organizzativo per l'implementazione dei servizi di telemedicina e nomina di un referente entro il 1° semestre 2025;
- Mappatura dei processi attivi e delle relative responsabilità nella gestione dei processi di Telemedicina entro il 2024;
- Attivazione di almeno un progetto di telemonitoraggio nel 2024;
- Attivazione completa dei servizi di Telemedicina in modalità integrata a SGDT dal 2025;
- Gestione incrementale fino al raggiungimento di almeno il 10% dei pazienti cronici nel 2026 tramite servizi di Telemedicina.

Monitoraggio:

La misurazione degli indicatori sopra descritti si prevede con cadenza annuale.

INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ - PROGETTO DI SORVEGLIANZA DOMICILIARE

Normativa di riferimento:

Nella riforma delineata dal PNRR e resa attuativa dal DM 77/2022, è previsto un forte impulso alla domiciliarità e al territorio e in questo senso un ruolo fondamentale è assegnato alla figura dell'infermiere di famiglia e comunità. L'infermiere di famiglia e comunità (IFeC) è la figura che, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona, assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità. L'Infermiere di Famiglia e di Comunità è il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, in possesso di conoscenze e competenze specialistiche nell'area infermieristica delle cure primarie e sanità pubblica. Agisce le competenze nell'erogazione di cure infermieristiche complesse, nella promozione della salute, nella prevenzione e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e della comunità, operando all'interno del sistema dell'Assistenza Sanitaria Primaria. L'Infermiere di Famiglia e Comunità opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione adulta e pediatrica di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. Agisce in autonomia professionale, afferendo ai servizi infermieristici del Distretto di riferimento, in stretto raccordo con i servizi sanitari e sociali e con gli altri professionisti del Servizio Sanitario Nazionale.

Struttura organizzativa e soggetti coinvolti:

L'IFeC è inserito all'interno dei servizi/strutture individuate dalle ASST e garantisce la sua presenza coerentemente con l'organizzazione regionale, territoriale e ospedaliera (domicilio, sedi ambulatoriali, sedi e articolazioni dei Comuni, case di comunità, punti unici di accesso, centrali operative territoriali, luoghi di vita e socialità locale ove sia possibile agire interventi educativi, di prevenzione, cura e assistenza). Agisce nell'ambito delle indicazioni strategiche della Direzione Sociosanitaria e dell'articolazione Distrettuale cui afferisce e opera in stretta sinergia con i servizi territoriali aziendali, la Medicina Generale, Medicina specialistica, il Servizio sociale e tutti i professionisti coinvolti nel setting di riferimento e nel processo di presa in carico. Tutto ciò, in una logica di riconoscimento delle specifiche autonomie e ambiti professionali e di interrelazione e integrazione multiprofessionale. È un professionista appositamente formato, che opera rispondendo ai bisogni di salute, avendo un forte orientamento alla gestione proattiva di quest'ultima.

Inoltre, le competenze dell'Infermiere di famiglia e comunità si esprimono nel ruolo di connettore sistemico della rete sociosanitaria dei percorsi strutturati di presa in carico che vanno dall'ospedale al territorio e viceversa. Sono molteplici gli attori e i setting di cura con cui l'infermiere di famiglia e comunità può interfacciarsi, in particolare: MMG, PLS, erogatori C-DOM, ambulatori infermieristici specialistici e delle altre professioni sanitarie, strutture di ricovero e cura, Centrale Operativa Territoriale per la funzione di *transitional setting*, strutture residenziali e semi-residenziali per anziani e disabili, servizi territoriali (protesica, centro vaccinale, consultori e cure primarie, servizi dipendenze, NPI e salute mentale), servizi comunali, farmacie, scuole, associazioni di volontariato e servizi sociali aziendali e territoriali.

Attività specifiche svolte:

L'intervento dell'IFeC si sviluppa su tre livelli:

- Livello individuale e familiare: attraverso interventi diretti e indiretti che hanno la persona e la famiglia come destinatari;
- Livello di gruppo: attraverso interventi che si rivolgono a gruppi di persone organizzati in funzione di specifici bisogni di salute;
- Livello comunitario: attraverso azioni rivolte alla comunità.

Sviluppo di attività di potenziamento:

La crescente domanda globale di assistenza sanitaria a domicilio, determinata dall'invecchiamento della popolazione e dalle pressioni economiche e sociali per mantenere le persone anziane nelle loro case, evidenzia la necessità di modelli di cura più efficaci e mirati.

- **Infermiere di quartiere:** L'introduzione sperimentale dell'Infermiere di quartiere rappresenta una strategia promettente per affrontare questa sfida, fornendo assistenza personalizzata, continuativa e integrata all'interno della comunità, in stretta collaborazione con tutti gli attori del sistema sociosanitario. Questo progetto, focalizzato sulla popolazione di un quartiere del Distretto di Cremona, mira a sviluppare un approccio sistematico per l'implementazione del ruolo dell'Infermiere di quartiere, definendo obiettivi, interventi, esiti e strumenti di valutazione appropriati. La revisione narrativa della letteratura ha delineato il campo di applicazione dell'Infermiere di quartiere, evidenziando le sue responsabilità nel fornire interventi infermieristici di natura tecnica, terapeutica, di supporto e riabilitativa, nonché nel promuovere la salute e prevenire malattie.
- **Progetto di sorveglianza domiciliare:** Il Progetto di Sorveglianza Domiciliare (PSD) introdotto da Regione Lombardia con DGR 717/2023 ha lo scopo di favorire la presa in carico di persone anziane over 65 in condizioni di cronicità che hanno difficoltà a raggiungere l'ambulatorio e che richiedono un monitoraggio costante dei parametri, al fine di prevenire forme di assistenza più complessa (ricorso al pronto soccorso e ricovero ospedaliero). Il PSD permetterà di sviluppare un nuovo modello di sanità territoriale incentrato sulla profonda collaborazione e interconnessione tra MMG-PLS, infermieri di studio e IFEC, in una logica di integrazione e di prossimità. Tale progettualità si applica sul territorio di competenza della ASST di Cremona e prevede la segnalazione e la presa in carico, per uno stretto monitoraggio, di pazienti fragili e cronici (non già noti ad altri Servizi domiciliari). Questa attività è svolta assicurando la presenza periodica del personale sanitario (MMG-PLS-IFeC-Infermieri di studio) al domicilio dell'assistito non deambulante per garantire:
 - Il monitoraggio dello stato di salute;
 - Il controllo delle condizioni igieniche e ambientali offrendo indicazioni al paziente e ai familiari;
 - indicazioni ai familiari o a chi per essi circa le caratteristiche fisiche e psichiche del singolo paziente;
 - la collaborazione con il personale dei servizi sociali Distrettuali per le necessità del soggetto nei rapporti con la famiglia e con l'ambiente esterno;
 - la predisposizione e l'attivazione di "programmi individuali" con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica.

La DGR 717/2023 ha previsto lo sviluppo del modello del progetto di sorveglianza domiciliare (PSD) sostanzialmente tramite due possibili percorsi: attivazione e intervento dei MMG oppure degli IFeC presenti nelle Case della Comunità, su attivazione o comunque d'intesa con il MMG del paziente. L'accesso al percorso di sorveglianza al domicilio del paziente over 65 anni è riservato a condizioni di fragilità (patologia cronica) ancorché stabilizzata, che necessita di un follow-up con cadenza sovrapponibile a quello ambulatoriale (1 accesso mensile, ed eccezionalmente massimo 2), che non necessita di ADI e che beneficerebbe di un monitoraggio costante dei parametri vitali e dell'aderenza terapeutica, nonché di supporto ai caregiver in funzione di prevenzione. L'attività di sorveglianza prevede la raccolta e registrazione di dati relativi a parametri vitali, aderenza alla terapia e utilizzo di dispositivi, educazione sanitaria, informazioni di carattere sociale da monitorare e correggere in maniera preventiva in quanto potrebbero avere ripercussioni sulla stabilità clinica. In relazione allo sviluppo della piattaforma regionale di Telemedicina è auspicabile, soprattutto per i progetti di sorveglianza domiciliare, introdurre sperimentazioni di telemonitoraggio al fine di poter monitorare attraverso *device* connessi alla piattaforma, i parametri vitali più rilevanti spostando in questo modo l'equilibrio prestazionale verso il polo territoriale.

Obiettivi e indicatori:

Tale progettualità, avviata nel 2023 nella ASST di Cremona si prefigge sostanzialmente due macro-obiettivi:

- La gestione di pazienti a bassa complessità assistenziale (CIA<0,14 e ICA di regola 1 e massimo 2 accessi al mese nel corso del programma di assistenza definito);
- La presa in carico di pazienti con bisogni sanitari e sociosanitari che hanno difficoltà a raggiungere l'ambulatorio del MMG per condizioni cliniche/logistiche.

E nello specifico:

- Aumento incrementale di almeno il 10% annuo del numero di segnalazioni da parte dei MMG;
- Presa in carico da parte degli IFeC del 100% degli utenti segnalati dai nodi della rete territoriale;
- Inserimento del progetto PSD nei PAI da parte dei MMG-PLS.

Monitoraggio:

La misurazione degli indicatori sopra descritti si prevede con cadenza annuale.

PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO**Normativa di riferimento:**

Nel rispetto delle direttive del Piano Nazionale per le cronicità e in continuità con gli "Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità" la Lombardia ha avviato, nel 2017, importanti iniziative per implementare un nuovo modello di presa in carico per i pazienti affetti da patologie croniche e fragilità. Il provvedimento approvato con DGR 2755/2024 ha stabilito chiari ruoli, metodologie operative, risorse e condizioni affinché i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta possano prendersi in carico i pazienti affetti da patologie croniche. Questo nuovo modello è stato progettato con l'obiettivo di fornire cure più appropriate e personalizzate alle persone affette da cronicità, semplificando la gestione della malattia per i pazienti e favorendo la sostenibilità del sistema sanitario nel suo complesso.

A partire da luglio 2024, i cittadini lombardi con malattie croniche potranno contattare il proprio Medico di Medicina Generale (MMG) per avviare il processo di presa in carico.

Attualmente, tale processo è già attuato da quei Medici di Medicina Generale che fanno parte di Cooperative.

Struttura organizzativa e soggetti coinvolti:

Ogni MMG, in base alle esigenze cliniche specifiche del paziente, elaborerà un "Piano di Assistenza Individuale" (PAI) di validità annuale, contenente tutte le prescrizioni necessarie per la gestione delle patologie croniche del paziente. Una delle principali innovazioni di questo nuovo approccio è l'abrogazione del Patto di Cura, che non vincola più il paziente a un determinato Gestore. Il supporto organizzativo è fornito dal Centro Servizi che supporta il paziente lungo il percorso di cura, aiutandolo a programmare visite, esami e altre necessità terapeutiche, affiancandolo quindi nell'attuazione del piano terapeutico completo.

Finalità:

Questa revisione è finalizzata a dare nuovo impulso al percorso di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili, intercettando precocemente i bisogni dei pazienti, rispondendo ai bisogni sanitari e di fragilità, orientando il paziente e la sua famiglia in modo efficace verso servizi appropriati, coordinando la rete di diagnosi e assistenza in collaborazione con il MMG e gli specialisti di branca, con auspicabili effetti

positivi rispetto al contenimento delle liste di attesa, alla riduzione degli accessi impropri al PS e del tasso di ospedalizzazione dei pazienti cronici e/o fragili.

Attività specifiche svolte:

Inizialmente la presa in carico sarà effettuata dai MMG aderenti alle Cooperative, in quanto la stessa prosegue secondo la procedura già in essere, mentre per la presa in carico da parte dei MMG non aderenti ad una Cooperativa, RL metterà successivamente a disposizione la piattaforma regionale della sanità territoriale (SGDT). Successivamente all'integrazione di cui sopra, l'impegno sarà rivolto a individuare le modalità organizzative più idonee per l'effettuazione della presa in carico da parte dei MMG non aderenti a una Cooperativa che dovranno avvalersi del Centro servizi delle ASST di riferimento.

Sviluppo di attività di potenziamento:

Elemento indispensabile per garantire che il percorso di presa in carico sia efficace ed efficiente è la definizione e condivisione di PDTA delle principali patologie croniche tra i MMG e gli specialisti ospedalieri. Questa azione programmatica permetterà di ottimizzare e armonizzare i percorsi di cura dei cronici, all'interno di un modello organizzativo di sanità territoriale che ASST intende implementare sviluppando gli strumenti già costruiti e condivisi, in un'ottica di continuo miglioramento sulla base degli indirizzi del D.M. 77 e delle indicazioni e declinazioni regionali sullo sviluppo del Polo Territoriale. Progettare la Presa in Carico come un'attività di sistema, anche attraverso una governance condivisa e partecipata, porterà vantaggi e alcune opportunità. Tra questi, un maggiore impulso all'utilizzo di sistemi di telemedicina e maggiore coordinamento di alcuni servizi offerti dalle farmacie di servizi presenti in maniera capillare su tutto il territorio. Lo sviluppo di sistemi di telemedicina per la gestione della cronicità prevederà nel prossimo triennio il coinvolgimento della Centrale Operativa Territoriale (COT), che assumerà un ruolo di Centro Servizi per la Telemedicina proprio nell'ambito della presa in carico dei pazienti cronici.

Obiettivi e indicatori:

- Presa in carico di almeno il 15% di pazienti cronici sul totale del numero di assistiti cronici di competenza.
(valutazione semestrale dell'andamento dell'indicatore).
Per questo indicatore è necessario garantire un mix indicativo di complessità così definita: 5% pazienti di livello di complessità I (con più di 3 patologie concomitanti); 40% pazienti di livello di complessità II (con 2-3 patologie concomitanti); 55% pazienti di livello di complessità III (monomorbidi).
- Stesura di tutti i PDTA delle patologie prevalenti a cura del MMG e dello specialista della branca di riferimento entro il 31/12/2025. (valutazione annuale dell'andamento dell'indicatore).

CONCLUSIONI

Le caratteristiche complessive dell'attuale sistema di cure domiciliari dovranno essere sempre più orientate in un'ottica di sostegno alla non autosufficienza, ovvero al "care" e non solamente al "to cure". Il potenziamento dei servizi domiciliari dovrà sempre di più orientarsi nella logica dell'integrazione con i servizi dagli Ambiti territoriali Sociali e con gli ETS, come previsto dalla normativa vigente in materia di programmazione sociale territoriale per il triennio 2025/2027. Il potenziamento dei processi di integrazione sociosanitaria, come sperimentato per esempio per le dimissioni protette, condurrebbe ad un innalzamento quantitativo e qualitativo anche del servizio SAD. L'impegno in questa fase programmatica si dovrà orientare verso la progettazione di una valutazione multidimensionale che sappia intercettare e codificare le reali esigenze di cura dell'assistito, con uno sguardo sempre più orientato alla dimensione olistica che caratterizza ogni individuo, elemento quest'ultimo raggiungibile grazie alla chiave di lettura del bisogno dell'utente offerto dagli ETS e dalla componente sociale. I servizi a sostegno della domiciliarità si dovranno sempre più caratterizzare per il costante e strutturale

coinvolgimento del MMG e degli specialisti prevedendo percorsi di raccordo tra servizi sociali – PUA – COT – presidi sanitari. Questo è importante perché spesso ciò che con l’aggravarsi della co-morbilità, motiva il ricorso alla residenzialità è proprio la mancanza di un intervento territoriale sanitario, che genera un ricorso oneroso al Pronto Soccorso. Promuovere la presa in carico e l’invecchiamento attivo significa promuovere il “processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza per migliorare la qualità della vita degli utenti in carico ai servizi. La complessità dei bisogni legati all’invecchiamento richiede infatti un approccio più integrato che promuova la partecipazione attiva degli anziani alla vita sociale e culturale creando nuove opportunità per questi ultimi, specialmente per coloro che vivono in situazioni di maggiore vulnerabilità.

INTERRELAZIONI DELL’AREA DOMICILIARITÀ E PRESA IN CARICO



**PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE
PER LA PROGRAMMAZIONE TRIENNALE 2025/2027**

**SCHEDA AREA DELLA FAMIGLIA E DELLA TUTELA DEI
MINORI**

L'Area della Famiglia e della Tutela dei Minori opera attraverso una struttura articolata di servizi. Il Consultorio Familiare ha una funzione centrale e le sue azioni fondamentali si sviluppano attraverso:

- Percorso nascita per l'accompagnamento alla maternità;
- Interventi per l'inclusione della popolazione straniera;
- Assistenza a donne straniere;
- Organizzazione di reti per prevenire e organizzare interventi contro la violenza di genere;
- Collaborazione con i centri per la famiglia;
- Programmi per contrastare il disagio giovanile.

La programmazione è caratterizzata da multidisciplinarietà, integrazione fra attori sociosanitari e in particolare da una sinergia fondamentale con le Cure Primarie, nello specifico con i Pediatri di Libera Scelta.

Per la tutela dei minori e il sostegno alle famiglie in difficoltà l'Area collabora attivamente con Ambiti e ATS.

Per garantire la vicinanza alla popolazione e per offrire interventi mirati e diffusi sul territorio, il Servizio è fortemente impegnato nella promozione di soluzioni digitali e nell'organizzazione di programmi che possono essere sviluppati da remoto e che possano agevolare la raccolta dei dati nonché la cura e l'assistenza continuativa delle persone.

PERCORSO NASCITA E PRIMI MILLE GIORNI

Normativa di riferimento:

Il consultorio si inserisce nel percorso di accompagnamento della maternità, definito: "Percorso Nascita E Primi Mille Giorni", che dall'epoca preconcezionale fino al dopo nascita e primi tre anni di vita, si "prende cura" della donna e della sua famiglia.

Alla futura mamma viene offerta assistenza prenatale di base (DGR n. X/7600 del 20 dicembre 2017 «Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sociosanitario per l'esercizio 2018» e, in particolare, il punto 3.10. «La rete per l'assistenza materno-infantile» e la DGR n. XI/268 del 28 giugno 2018 «Rete regionale per l'assistenza materno-neonatale: indirizzi per l'appropriatezza e sicurezza del percorso nascita fisiologico a gestione ostetrica»); sono applicate le indicazioni della "Agenda Della Gravidanza E Percorso BRO - Basso Rischio Ostetrico" - ponendosi nell'ottica di un rafforzamento della Medicina di prossimità e favorendo l'equità e l'appropriatezza delle cure con un approccio sistemico ai bisogni di salute della famiglia.

In linea con la DGR 1141/ 2023 "Linee di intervento per lo sviluppo ed efficientamento del percorso nascita in Lombardia finalizzato a favorire la natalità e la tutela della salute riproduttiva" il programma "A casa insieme" punta a rafforzare e sviluppare l'integrazione tra il settore sanitario, sociosanitario e sociale sui temi della promozione dell'allattamento al seno, anche in collaborazione con ATS attivando il modello "Unicef: Insieme Per L'allattamento: Comunità Amica Dei Bambini".

Nell'ambito del progetto "A casa Insieme" (Pt Concrca 001 Continuità Assistenziale) l'osservazione dell'ostetrica o dell'assistente sanitaria del consultorio, anche al domicilio, permette di intercettare situazioni critiche sia sanitarie sia sociali, che portano alla definizione di programmi personalizzati con l'intervento dell'equipe multiprofessionale e di Enti del Terzo Settore in continuità di assistenza dal punto nascita al territorio.

Caratteristiche del contesto afferente ad ASST Cremona:

Il seguente schema mostra i risultati dell'analisi statistica dei flussi sanitari relativi alle donne residenti nel territorio di ATS Val Padana che hanno partorito nel 2021. È stato analizzato il flusso dei Certificati di Assistenza al Parto (CeDAP) per ottenere il profilo delle donne che hanno partorito sul territorio regionale, mentre il flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) è stato analizzato per quantificare la mobilità extra-ATS (ATS Valpadana SC Osservatorio epidemiologico).

cittadinanza

	territorio di residenza			Totale
	CREMA	CREMONA	MANTOVA	
Cittadinanza Italiana				
N°	747	735	1,391	2,873
Percentuale	70.7	63.6	60.5	63.7
Straniera				
N°	309	420	910	1,639
Percentuale	29.3	36.4	39.5	36.3
Totale				
N°	1,056	1,155	2,301	4,512
Percentuale	100.0	100.0	100.0	100.0

Grande rappresentanza di donne straniere, soprattutto a Mantova

Sistema Sanitario Regionale Lombardia
ATS Val Padana

Struttura organizzativa e soggetti coinvolti:

- Responsabili Consultorio;
- Gruppo di lavoro: ostetriche, psicologi, assistenti sanitari, educatori, assistenti sociali.

Finalità:

- Implementare il modello organizzativo-assistenziale del percorso nascita fisiologico a basso rischio gestito da ostetriche che operano in rete con il medico specialista in ostetricia e ginecologia e con le altre professionalità del Punto Nascita coinvolte nel percorso nascita in caso di complicanze;
- Favorire l'equità, l'appropriatezza e l'eliminazione delle disuguaglianze sociali, sanitarie e sociosanitarie;
- Migliorare la qualità delle cure prenatali per un'esperienza positiva della gravidanza.

Destinatari:

Donne in gravidanza, bambini, nuclei familiari.

Interazioni:

Realizzazione di incontri specifici su temi di salute con donne migranti, progetti SAI (Sistema Accoglienza Integrazione) in collaborazione con CARITAS (Servizi per l'Accoglienza Società Cooperativa Sociale ONLUS) e cooperativa Dharma.

Attività specifiche svolte:

- Nel periodo preconcezionale, diffusione delle informazioni a tutte le persone in età fertile a partire dai giovani sull'importanza della salute preconcezionale e dei fattori che possono metterla a rischio per consentire scelte consapevoli;
- Promozione nelle persone in età fertile di un'alimentazione sana, varia ed equilibrata oltre che sani stili di vita;
- Assistenza alla gravidanza a basso rischio (BRO);
- Incontri di accompagnamento alla nascita (IAN);
- Incontri sulla genitorialità;
- Consulenze psicologiche nel reparto di Ostetricia, favorendo la continuità nella presa in carico sul territorio;
- Assistenza domiciliare nel dopo parto e sostegno all'allattamento;
- Percorsi rivolti a donne straniere in situazione di fragilità, in coprogettazione con Terzo Settore;
- Incontri specifici per i padri sul tema nascita.

Indicatori:

- Numero di visite a domicilio;
- Numero di avvio prime interlocuzioni con associazioni di portatori di interesse (TIN insieme, ecc.) realizzazione di incontri tematici;
- Numero di corsi di formazione per mantenimento della certificazione "Insieme per l'allattamento: Comunità Amica dei bambini e delle bambine" in collaborazione con ATS Valpadana.

Obiettivi:

- Implementazione delle attività al domicilio con aumento del 5% visite al domicilio di ostetrica e/o assistente sanitaria nel dopo parto;
- Avvio interlocuzioni con due incontri/anno con associazioni di portatori di interessi;
- Attivazione di almeno un corso di Formazione secondo il modello delle 20 ore di UNICEF in un anno con prosecuzione azioni inerenti al progetto "Insieme Per L'allattamento: Comunità Amica Dei Bambini e Delle Bambine" in collaborazione con ATS Val Padana;
- Revisione delle azioni con cadenza annuale.

Sviluppo di attività di potenziamento:

Presa in carico secondo il modello regionale "Pensare Positivo", coinvolgimento dei padri e implementazione del raccordo con il territorio nei Centri per le Famiglie.

Risultati attesi:

- Maggiore integrazione Ospedale e Territorio;
- Implementazione attività al domicilio;
- Interazione con Terzo Settore per riconoscimento dei bisogni dei portatori di interesse (TinInsieme, Donne Senza Frontiere, Centri di Aiuto alla Vita).

PERCORSO NASCITA E PRIMI MILLE GIORNI				
POLO OSPEDALIERO		RACCORDO	POLO TERRITORIALE	
		DSS Distretto Socio Sanitario		
ATTIVITÀ	INTERAZIONE	In raccordo con ATS	INTERAZIONE	ATTIVITÀ
<ul style="list-style-type: none"> Assistenza alla gravidanza a basso rischio (BRO) Consulenze psicologiche nel reparto di Ostetricia 	DS Direzione Medica U.O. Ostetricia e Ginecologia UTIN U.O. Pediatria	<ul style="list-style-type: none"> Integrazione per efficientamento percorsi Integrazione e raccordo servizi Linee programmatiche Rete delle Scuole che promuovono la Salute Indirizzi di attuazione Regole di Sistema	DSS Cure Primarie Dipartimento Prevenzione Comunicazione Servizio sociale territoriale Terzo Settore	<ul style="list-style-type: none"> Salute preconcezionale Sani stili di vita Incontri di accompagnamento alla nascita (IAN) Assistenza domiciliare nel dopo parto e sostegno all'allattamento Percorsi rivolti a donne

PREVENZIONE, INTERCETTAZIONE PRECOCE E TRATTAMENTO DEL DISAGIO PSICHICO PERINATALE

Normativa di riferimento:

La promozione del benessere psichico della madre, della coppia e del nucleo familiare sin dall'inizio della gravidanza è un'area di intervento rilevante in tema di salute pubblica; è quindi "un bene collettivo da promuovere e da proteggere" (WHO *Improving early childhood development: WHO Guideline 2020*. Ministero della Salute: Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita, 2019). Il Consultorio assume un ruolo cruciale nella promozione e nella tutela della salute mentale perinatale. È un servizio di prossimità che garantisce e valorizza l'approccio bio-psico-sociale, la multi-professionalità, l'integrazione e il lavoro di rete (Salute mentale perinatale e consultori familiari. Rapporto ISTSAN 2022).

Caratteristiche del contesto afferente ad ASST Cremona:

I risultati dell'indagine condotta dall'ISS (*International Journal of Environmental Research and Public Health* a novembre 2022) su oltre 14.000 donne che hanno eseguito lo screening nel periodo 2019-2022 presso i servizi pubblici territoriali, indicano un aumento delle donne con un rischio di depressione nel periodo perinatale. Si è passati da una percentuale pari all'11,6% nel 2019, al 13,3% nel 2020, fino al 19,5% nel periodo tra gennaio e settembre 2021 e addirittura al 25,5% nel periodo tra novembre 2021 e aprile 2022.

I Consultori ASST garantiscono in modo efficace e continuativo l'attenzione, il supporto e l'ascolto allo stato emotivo della donna attraverso una modalità operativa trasversale alle diverse figure professionali. La

valutazione del benessere emotivo perinatale avviene in modo sistematico e con modalità univoche di rilevazione (domande Wooley inserite nell'agenda della gravidanza). La recente revisione del protocollo di continuità assistenziale ospedale-territorio nel dopo parto ha recepito l'attivazione della risorsa psicologica consultoriale per le consulenze nel corso della degenza, quale ulteriore modalità operativa facilitante la tempestività non solo delle valutazioni ma anche delle prese in carico.

Emergente il tema delle donne straniere che, per difficoltà linguistiche e per cultura, non possono fruire appieno del modello di screening e individuazione precoce del disagio.

L'andamento del fenomeno rispecchia, ad oggi, la tendenza nazionale. Nel corso del triennio verranno perfezionate le azioni necessarie a una raccolta sistematica dei dati afferenti questa sotto area.

Struttura organizzativa e soggetti coinvolti:

- Responsabili Consultorio
- Gruppo di lavoro: ostetriche, psicologi, assistenti sanitari, educatori, assistenti sociali.

Finalità:

- Implementare il modello organizzativo-assistenziale del percorso nascita fisiologico a basso rischio gestito da ostetriche che operano in rete con il medico specialista in ostetricia e ginecologia e con le altre professionalità del Punto Nascita coinvolte nel percorso nascita in caso di complicanze;
- Favorire l'equità, l'appropriatezza e l'eliminazione delle disuguaglianze sociali, sanitarie e sociosanitari;
- Migliorare la qualità delle cure prenatali per un'esperienza positiva della gravidanza.

Destinatari:

Donne in gravidanza, bambini, nuclei familiari.

Attività specifiche svolte:

- La promozione del benessere psichico della madre, della coppia e del nucleo familiare sin dall'inizio della gravidanza;
- La prevenzione del disagio psichico perinatale materno e paterno;
- L'intervento precoce e il trattamento tempestivo del disagio psichico, attraverso anche l'integrazione con i servizi di secondo livello, creando condizioni favorevoli al coinvolgimento dell'utenza straniera.

Interazioni:

ATS della Valpadana, Consultorio UCIPEM

Obiettivi e indicatori:

- Incontri periodici almeno annuali tra servizi per il monitoraggio dei protocolli, finalizzati all'attuazione delle buone prassi sia riguardo alla prevenzione e intercettazione precoce sia alla presa in carico, indicate nel Protocollo Disagio psichico perinatale;
- Ciclo di incontri psico-educazionali/anno (almeno 1) per promuovere il coinvolgimento e la partecipazione attiva dei partner sia nella pratica clinica sia nella realizzazione delle azioni protettive e di accompagnamento alla gravidanza, nel post-parto e nei primi mille giorni;
- Attuazione delle buone prassi indicate nel Protocollo Operativo Disagio psichico perinatale con presa in carico del 100% delle donne inviate dal Punto Nascita;
- Partecipazione di almeno 2 operatori (ostetrica e psicologa) alla formazione regionale "Pensare Positivo" per implementazione attività di assistenza domiciliare nel dopo-parto;
- Attuazione delle buone prassi sia riguardo alla prevenzione e intercettazione precoce sia alla presa in carico indicate nel Protocollo Disagio psichico perinatale stilato in collaborazione con il DSMD, Ostetricia e Ginecologia, Patologia Neonatale e revisionato a giugno 2024 e nel Protocollo "A casa

insieme” che definisce modalità d’integrazione Ospedale-Consultorio per la continuità assistenziale nel dopo-parto;

- Consolidare l’attività di screening estendendo la collaborazione, già avviata, con il Servizio Vaccinazioni, i Pediatri di Libera Scelta e i MMG al fine di favorire l’intercettazione di puerpere, in linea con le indicazioni di ordine clinico, cogliendo la comparsa di eventuali disturbi psichici nel corso del primo anno di vita del bambino, non esclusivamente nei primi mesi;
- Attuazione delle buone prassi indicate nel Protocollo Operativo Disagio psichico perinatale per la presa in carico delle donne positive allo screening in integrazione con il punto nascita e con i servizi di secondo livello, a favore di interventi multiprofessionali integrati e tempestivi;
- Acquisire e attuare nuove modalità di assistenza al domicilio in caso di disagio perinatale (progetto regionale Pensare Positivo);
- Lavoro congiunto con ATS per formulazione di nuove e più efficaci modalità di presa in carico dell’utenza straniera.

La revisione avrà cadenza annuale.

Sviluppo di attività di potenziamento:

Partecipazione di entrambi i Consultori al Progetto Regionale “Pensare Positivo” avviato nel corso del 2024 con attività di formazione.

PREVENZIONE, INTERCETTAZIONE PRECOCE E TRATTAMENTO DEL DISAGIO PSICHICO PERINATALE				
POLO OSPEDALIERO		RACCORDO DSS Distretto Socio Sanitario	POLO TERRITORIALE	
ATTIVITÀ	INTERAZIONE		INTERAZIONE	ATTIVITÀ
<ul style="list-style-type: none"> • Prevenzione e intercettazione precoce che alla presa in carico indicate nel Protocollo Disagio psichico perinatale • A Casa Insieme • Coinvolgimento e la partecipazione attiva dei partner nei primi mille giorni 	DS Direzione Medica SPDC U.O. Ostetricia e Ginecologia UTIN	In raccordo con ATS <ul style="list-style-type: none"> • Integrazione per efficientamento percorsi • Integrazione e raccordo servizi • Linee programmatiche • Formazione su progetti regionali • Formulazione di nuove e più efficaci modalità di presa in carico dell’utenza straniera Indirizzi di attuazione Regole di Sistema	DSS Cure Primarie Dipartimento Prevenzione Servizio Vaccinazioni Casa di Comunità Comunicazione Servizio sociale territoriale UCIPEM Terzo Settore	<ul style="list-style-type: none"> • Coinvolgimento e la partecipazione attiva dei partner nei primi mille giorni • Consolidare l’attività di screening • L’intercettazione di puerpere, in linea con le indicazioni di ordine clinico, cogliendo la comparsa di eventuali disturbi psichici nel corso del primo anno di vita del bambino

PREVENZIONE, INTERCETTAZIONE PRECOCE E PRESA IN CARICO DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA - PROGETTO “STEP BY STEP – NESSUN FUTURO ALLA VIOLENZA”:

I Consultori rappresentano uno dei nodi più significativi della rete che insieme agli altri servizi presenti sul territorio si occupano della famiglia e delle vicende che intervengono nel ciclo di vita dei suoi componenti, sia in senso preventivo di promozione del benessere sia in un’ottica riparativa.

In seguito alla pandemia, i dati nazionali attestano un incremento della conflittualità familiare e della violenza di genere. La stessa pandemia pare aver avuto effetti negativi sul lavoro di rete impostato negli anni precedenti. Si è rilevata la necessità di rafforzare l’integrazione già esistente nella rete di indirizzo interistituzionale territoriale attraverso una progettualità specifica.

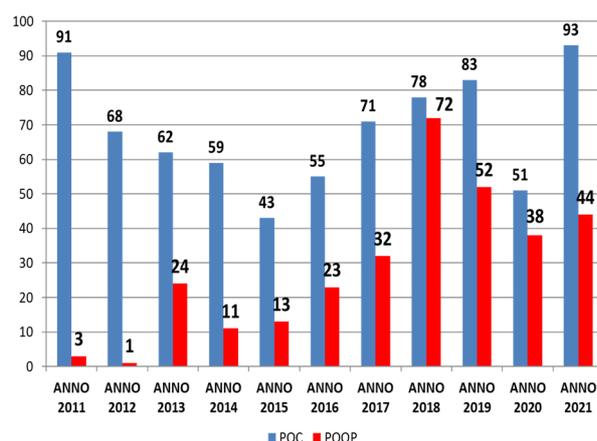
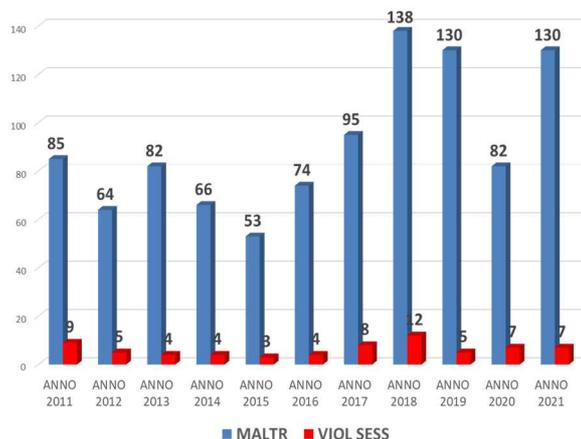
Normativa di riferimento:

- D.G.R. N. XII/2345 del 20 Maggio 2024, così come previsto dal D.D.U.O 9146/2024;
- Costituzione e criteri di accreditamento del Consultorio: L. 405/1975, L. 34/1996, L.R. n. 44 1976, D.P.R. 14 gennaio 1997;
- Ratifica della Convenzione di Istanbul L. n. 77/2013;
- L.R. n. 11/2012 “Interventi di prevenzione, contrasto e sostegno a favore di donne vittime di violenza”;
- Legge n. 77/2013 “La legge 77/2013 di ratifica ed esecuzione della Convenzione di Istanbul e la legge 119/2013 per il contrasto alla violenza di genere”;
- Piano Quadriennale Regionale per le Politiche di Parità e di Prevenzione e Contrasto alla Violenza contro Le Donne 2020-2023 approvato con Delibera n. XI/999 del 25/02/2020 del Consiglio Regionale;
- Deliberazione n. 200 del 14/05/2024 a oggetto: istituzione rete di indirizzo per il contrasto alla violenza di genere e approvazione del regolamento di funzionamento. Preso atto della nota della DG Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità del 20/03/2024 che prevede l’istituzione della “Rete di Indirizzo”;
- Il Protocollo di intesa per la costituzione della Rete territoriale per la prevenzione e il contrasto della violenza contro le donne (giugno 2024).

Caratteristiche del contesto afferente ad ASST Cremona:

Per quanto riguarda la provincia di Cremona, i numeri relativi al cosiddetto “codice rosso” trattati dalla Polizia sono raddoppiati nell’ultimo anno: nel 2023 sono stati trattati 98 fascicoli e l’autorità giudiziaria ha disposto in 22 casi l’adozione di misure cautelari (nel 2022 i fascicoli erano stati 55 e 11 le misure cautelari).

Per quanto riguarda l’ASST di Cremona, relativamente al territorio di competenza, la U.O. Medicina Legale svolge un monitoraggio dei casi di violenza che giungono al PS di Cremona e di Oglio Po. Nel decennio 2011-2021 i casi giunti all’osservazione sono stati complessivamente 1067, di cui 999 casi di violenza/maltrattamento e 68 casi di abuso sessuale.



Accessi al pronto soccorso, fonte Unità Operativa di Medicina Legale 2011-2021

Struttura organizzativa e soggetti coinvolti:

- Responsabili Consultori di Cremona e di Casalmaggiore;
- Referente progetto: Dott.ssa Alessandra Santilli;
- Gruppo di lavoro: operatori Consultoriali (Cremona e Casalmaggiore) e afferenti agli altri servizi territoriali e reparti ospedalieri che possono intercettare e/o prendere in carico donne e minori vittime di violenza; servizi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST di Cremona, reparto Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Pronto soccorso, Medicina Legale, Medicina di genere, Servizio sociale ospedaliero; rete antiviolenza interdistrettuale; Servizi sociali dei comuni, Azienda sociale cremonese e Con.Ca.S.S., Centri Antiviolenza AIDA (Associazione Incontro donne Antiviolenza) e MIA (Movimento Incontro Ascolto), Forze dell'Ordine, Case rifugio.

Finalità:

- Garantire il consolidamento di un sistema territoriale integrato, ovvero della rete antiviolenza, per il riconoscimento, accoglienza e sostegno delle donne vittime di violenza e dei minori;
- Definire percorsi di presa in carico precoce della donna vittima di violenza in maniera integrata tra i diversi servizi interni all'azienda sociosanitaria e con la rete territoriale;
- Condividere modalità di raccolta dati per il monitoraggio del fenomeno e strumenti per la rilevazione e valutazione del "rischio";
- Sensibilizzare la cittadinanza sulla conoscenza delle varie forme di violenza e informare riguardo ai servizi di aiuto esistenti.

Destinatari:

- Della formazione: tutti gli operatori dell'ASST e dei servizi territoriali afferenti alla rete antiviolenza;
- Della sensibilizzazione e informazione: la cittadinanza;
- Degli interventi di presa in carico: donne vittime di violenza e i minori vittime di violenza assistita;

Obiettivi e indicatori:

- Realizzazione di un percorso formativo entro il 2026 finalizzato al monitoraggio dell'integrazione tra servizi ASST con la rete territoriale antiviolenza rispetto al fenomeno della violenza;
- Partecipazione al 100% agli incontri della rete territoriale e della rete di indirizzo promossa da ATS;
- Predisposizione di una scheda per il monitoraggio del fenomeno per uniformità delle modalità di raccolta dati;

- Realizzazione nel 2026 di un evento di sensibilizzazione della popolazione.

Sviluppo di attività di potenziamento:

Studio di fattibilità di “nuove” buone prassi, ad esempio: Pronto Intervento sociale (sul territorio di Casalmaggiore), Pronto Intervento psicologico in emergenza in collegamento con il Pronto Soccorso in orario di chiusura dei Servizi Territoriali.

Risultati attesi:

Ripresa puntuale delle azioni di integrazione previste nel Protocollo Rete Territoriale Antiviolenza.

PREVENZIONE INTERCETTAZIONE PRECOCE E PRESA IN CARICO DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA - PROGETTO “STEP BY STEP – NESSUN FUTURO ALLA VIOLENZA”

POLO OSPEDALIERO		RACCORDO DSS	POLO TERRITORIALE	
ATTIVITÀ	INTERAZIONE	Distretto Socio Sanitario	INTERAZIONE	ATTIVITÀ
<ul style="list-style-type: none"> • Gestione emergenze e acuzie • Degenza in Osservazione Breve Intensiva a scopo cautelativo • Raccolta dati • Attivazione interventi necessari al sostegno e presa in carico della situazione • Consulenze psicologiche e psichiatriche al bisogno 	DS Direzione Medica U.O. Ostetricia e Ginecologia Pediatria Servizi Sociali Ospedalieri NPI SPDC	In raccordo con ATS <ul style="list-style-type: none"> • Integrazione per efficientamento percorsi • Integrazione e raccordo servizi • Linee programmatiche • Interventi formativi e di sensibilizzazione Indirizzi di attuazione Regole di Sistema	DSS Dipartimento Prevenzione Comunicazione Servizio sociale territoriale DSMD Casa di Comunità Terzo Settore Associazionismo Scuole Prefettura Questura Ambiti Territoriali	<ul style="list-style-type: none"> • Interventi di prevenzione, formazione e prevenzione su operatori, rete e cittadinanza • Partecipazione e progettualità e laboratori • Attivazione interventi necessari al sostegno e presa in carico della situazione • Garantire il consolidamento di un sistema territoriale integrato, la rete antiviolenza, per il riconoscimento, accoglienza e sostegno delle donne vittime di violenza e dei minori • definire percorsi di presa in carico precoce della donna vittima di violenza in maniera integrata tra i diversi servizi interni all’azienda sociosanitaria e con la rete territoriale • Condividere modalità di raccolta dati per il monitoraggio del

				fenomeno e strumenti per la rilevazione e valutazione del "rischio"
--	--	--	--	---

SPAZIO GIOVANI

Il servizio dello "Spazio giovani", all'interno dei Consultori familiari, è dedicato alle ragazze e ai ragazzi (singoli, coppie o gruppi) dai 14 ai 25 anni che hanno bisogno di un ambiente riservato in cui parlare e/o avere consulenze o prestazioni sanitarie per problemi legati alla vita affettiva e relazionale, alla sessualità, e in campo ginecologico per la contraccezione e la prevenzione. Vi si accede liberamente, cioè senza la prescrizione del medico di famiglia. Il servizio è gratuito e garantisce la riservatezza.

Il personale (ginecologi, psicologi, ostetriche, assistenti sociali, assistenti sanitari, educatori) ha una formazione specifica per accogliere i giovani e rispondere ai loro problemi, oltre che a fornire loro assistenza.

Normativa di riferimento:

- Costituzione e criteri di accreditamento del Consultorio: L. 405/1975, L. 34/1996, L.R. n. 44 1976, D.P.R. 14 gennaio 1997;
- DM 77/2022, DGR XI/7758/22, DGR XII/1141/2023, Piano Regionale della Prevenzione 2022-2025 e Piano Sociosanitario Integrato Lombardo di cui alla DGR XII/1518/2023, Legge Regionale n. 22/2021;
- DGR 6761/2022 Approvazione dello schema di protocollo d'intesa tra Regione Lombardia, prefettura di Milano, Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia finalizzato allo sviluppo e al consolidamento in ambito scolastico di buone prassi per la prevenzione e il contrasto dei fenomeni legati alle diverse forme di dipendenza (d.p.r. 309/90), a bullismo e cyberbullismo (l. 29 maggio 2017, n. 71);
- Attuazione dgr 6761/2022: definizione delle modalità per la realizzazione di interventi per contrastare il disagio dei minori – dgr. 7499/2022;
- DGR n. 7503 del 15/12/2022, approvazione della misura "Percorsi personalizzati in favore di preadolescenti, adolescenti e giovani in condizione di disagio e delle loro famiglie".

Caratteristiche del contesto afferente ad ASST Cremona:

Il servizio consultoriale, area adolescenti e giovani, ha osservato un incremento degli accessi che conferma i dati nazionali. Le problematiche riportate dai ragazzi, oltre alle fragilità evolutive, comprendono disturbi d'ansia e attacchi di panico, depressione e autolesionismo, idee suicidarie e disturbi della condotta alimentare. A fronte di tale disagio in cui versano gli adolescenti e i giovani adulti, i genitori preoccupati e, a volte impotenti rispetto al malessere dei loro figli, si rivolgono al consultorio giovani per cercare un aiuto e sostegno personale e genitoriale.

Al Consultorio, inoltre, arrivano oggi ragazzi con problematiche sempre più complesse, precedentemente trattate esclusivamente dai Servizi specialistici afferenti al Dipartimento di Salute Mentale, ma che attualmente trovano un primo approdo presso lo Spazio Giovani.

Un tempo il Consultorio era dedicato esclusivamente alla prevenzione ma ora, dato il numero sempre maggiore di richieste, è posto di fronte alla necessità di occuparsi di ragazzi con problematiche multicomponenziali, che richiedono prestazioni specialistiche. Emerge quindi la necessità di progettare interventi *evidence-based* trasversali ai vari Servizi, in ottica di multidisciplinarietà e equità e con uno sguardo innovativo al territorio.

- **CREMONA**

PRESTAZIONI TARIFFATE AREA SPAZIOxGIOVANI 2019-2023

*Tab 1 Consultorio di Cremona - Adolescenti in carico area SpazioxGiovani *2019-2023*

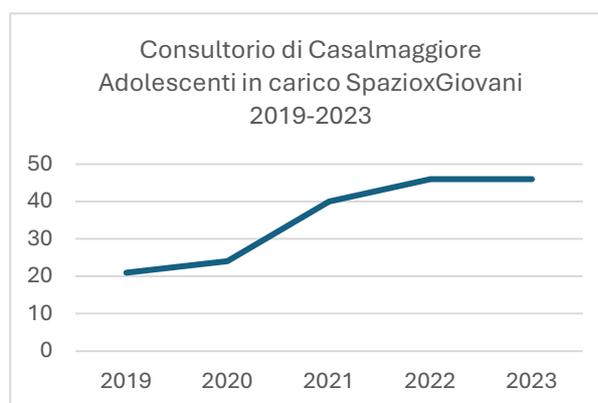
CONSULTORIO	2019	2020	2021	2022	2023
CREMONA	124	122	195	208	196

Tab 2 Consultorio di Cremona - Prestazioni tariffate Spazio giovani (area 45)2019-2023

PRESTAZIONE	2019	2020	2021	2022	2023
COLLOQUIO DI ACCOGLIENZA	82	72	135	107	114
COLLOQUI SUCCESSIVI	707	651	995	1.269	1.323
ATTIVITA' CON ALTRI ENTI IN SEDE/FUORI SEDE	7	17	31	15	34
OSSERVAZIONE/SOMMINISTRAZIONE TEST	0	0	3	1	1
RELAZIONE COMPLESSA	0	0	-	3	-
INCONTRO DI GRUPPO NOMINALE	0	0	-	4	5
TOTALE PRESTAZIONI AREE PSE*	796	740	1.164	1.399	1.477

- **CASALMAGGIORE**

CONSULTORIO	2019	2020	2021	2022	2023
CASALMAGGIORE	21	24	40	46	46



PRESTAZIONE	2019	2020	2021	2022	2023
COLLOQUIO DI ACCOGLIENZA	8	13	22	41	45
COLLOQUII SUCCESSIVI	74	94	75	187	36
ATTIVITÀ CON ALTRI ENTI IN SEDE/FUORI SEDE	5	5	6	11	10
OSSERVAZIONE/SOMMINISTRAZIONE TEST	0	0			-
RELAZIONE COMPLESSA	0	0			
INCONTRO DI GRUPPO NOMINALE	0	0			
TOTALE PRESTAZIONI AREE PSE*	87	112	203	241	191

In conclusione, risulta prioritario quindi ripensare all'organizzazione dei servizi, soprattutto per quanto riguarda l'età della transizione, 14-25 anni.

Le schede seguenti descrivono le progettualità future in ottica di collaborazione con il Terzo Settore, associazionismo locale e di continuità relativi a percorsi di cura ospedale territorio, oltre alle buone prassi e agli strumenti condivisi per una lettura integrata del bisogno.

Struttura organizzativa e soggetti coinvolti:

- Responsabile: Educatore referente Spazio Giovani;
- Gruppo di lavoro e altri soggetti: Psicologi, Assistenti Sanitari, Ostetriche, Educatori, Assistenti Sociali.
- Sono attivi rapporti con i Servizi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST di Cremona, in previsione con Casa di Comunità e con psicologi dell'Unità Funzionale di Psicologia Clinica Aziendale.

Finalità:

- Intercettazione del disagio giovanile;
- Orientamento delle persone verso i diversi Servizi di salute presenti sul territorio, sulla base di richieste o necessità specifiche;
- Prevenzione e sviluppo di azioni di rete
- Promozione della salute e dei corretti stili di vita e dei progetti di contrasto allo stigma,
- Sensibilizzazione della comunità educante sul valore della salute mentale;
- Aumento della consapevolezza rispetto ai comportamenti a rischio.

Destinatari:

Ragazzi in fascia d'età 14-25 (preadolescenti, adolescenti e giovani adulti) nel territorio per lo Spazio Giovani, docenti ed educatori delle Scuole Secondarie di I e II grado, genitori.

Attività specifiche svolte:

Lo Spazio Giovani collabora con altri servizi dell'ASST di Cremona e con Enti e istituzioni del territorio (Enti territoriali, Prefetture, ATS della val Padana, Scuole, Terzo Settore, Ufficio Scolastico Territoriale, associazioni), realizzando progetti di promozione della salute rivolti ai giovani e agli adulti di riferimento (insegnanti, genitori, educatori, allenatori sportivi ecc.). I progetti offerti sono: educazione socioaffettiva, educazione sessuale, prevenzione AIDS e malattie sessualmente trasmesse, educazione alimentare, prevenzione dell'uso di sostanze.

Cremona e Casalmaggiore vedono attivo, dal 2009, il Protocollo **Scuola Spazio di Legalità**: a disposizione della scuola, dei servizi, delle Forze dell'Ordine, in sinergia e con il coordinamento della Prefettura, rappresenta uno strumento per affrontare situazioni complesse di Bullismo e Cyberbullismo.

- **CREMONA**

- **Voucher Adolescenti** (DGR n. 7503 del 15/12/2022) - L'iniziativa promossa da Regione Lombardia intende rispondere in modo flessibile e integrato alle esigenze di adolescenti e giovani (11-25 anni) per supportarli nell'affrontare e superare la propria condizione di disagio, intervenendo anche a sostegno della famiglia per aiutare i genitori a leggere e accogliere i bisogni dei figli e, più in generale, ad accompagnarli nella complessa fase della crescita. Si intende pertanto migliorare l'offerta di servizi dedicati, flessibili e integrati rivolti ai preadolescenti, adolescenti e giovani in condizioni di disagio allo scopo di rafforzarne l'*empowerment*, l'autonomia e l'inclusione sociale;
- Servizio di consulenza on-line **Youngle** - per gli adolescenti e i giovani adulti, attivo da 7 anni, prosegue l'ascolto on line tutti i lunedì dalle 21.00 alle 23.00 da parte dei *peer* con la supervisione degli operatori del consultorio giovani;
- Progetti di **Peer Education** e promozione della salute - L'educazione tra pari si fonda sul riconoscimento e sulla valorizzazione del ruolo centrale che il sistema dei pari assume nell'ambito dei processi evolutivi. I progetti di *Peer Education* saranno portati avanti instaurando interlocuzioni oltre che con gli attori descritti, anche con la Consulta degli studenti (Scuole Secondarie di Secondo Grado) e con la Consulta Universitaria di Cremona;
- **Spazio GxG – Alimenti** - L'obiettivo è la creazione di un gruppo psicoeducazionale in concomitanza all'apertura dello Spazio GXG del giovedì pomeriggio inerente alla prevenzione dei disturbi dell'alimentazione;
- **PeEAT Education** - L'approccio della Peer Education può risultare molto utile nella sensibilizzazione alle principali problematiche legate alla salute mentale (tra questi, i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione), dove il sistema dei pari riesce a farsi portatore di contenuti indispensabili a una crescita armonica. Il progetto sarà realizzato in due fasi, che corrispondono a due annualità e saranno coinvolti i ragazzi della Consulta Giovanile, i rappresentanti di istituto delle scuole secondarie di secondo grado del territorio (ragazzi), i referenti di promozione della salute (docenti);
- **APESI**- Eventi di aggregazione che coinvolgono adolescenti e giovani di ogni età in collaborazione con SERD e la Neuropsichiatria Infantile. La finalità di questa collaborazione è di far risaltare le competenze nel campo della prevenzione, avvicinando gli adolescenti a un concetto di divertimento sano, distribuendo materiale informativo su sostanze, infezioni sessualmente trasmissibili e sugli stati emotivi che sempre più spesso accompagnano la vita dei giovani. Gli scopi del progetto saranno portati avanti con la collaborazione degli studenti del Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria.

Interazione:

- **CREMONA**

Interazioni con cooperative del Terzo Settore per bandi adolescenti (ad esempio Voucher Adolescenti DGR n. 7503 del 15/12/2022), collaborazione con fondazioni su progettualità e finanziamento specifico. Partecipazione al progetto Spazio A.gio con i Servizi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze.

- **CASALMAGGIORE**

Coinvolgimento delle associazioni sportive del territorio che interagiscono quotidianamente e con continuità con il target indicato, con funzione di intercettazione e, se possibile, di gestione del momento critico, avvalendosi della competenza e consulenza dei Servizi pubblici.

Obiettivi e indicatori:

• CREMONA

Voucher Adolescenti (DGR n. 7503 del 15/12/2022)

- Accrescere l'accesso di preadolescenti, adolescenti e giovani a percorsi individualizzati e flessibili in ottica di *empowerment* e inclusione sociale e attivare un numero di voucher maggiore rispetto all'anno precedente;
- Organizzare almeno 2 incontri di supervisione degli educatori aderenti al progetto;
- Attivazione di gruppi di genitori con figli in età target;
- Sostenere i genitori nella gestione della delicata fase di transizione dei figli verso l'età adulta;
- Rafforzare il sistema dei servizi sociali e sociosanitari rivolti a tale fascia di età, promuovendo l'integrazione e accrescendone la capacità di identificare e prendere in carico precocemente le situazioni di fragilità.

Servizio di consulenza on-line *Youngle*

- Presenza di un operatore in chat al 100%;
- Partecipazione degli operatori del Consultorio ad almeno 1 evento formativo;
- Organizzazione di almeno 3 incontri di supervisione dei *peer educator*;
- Intercettazione del disagio giovanile;
- Favorire l'espressione del disagio attraverso una consulenza *peer to peer*;
- Eventuale presa incarico o invio a servizi specialistici;
- Promozione della salute e dei corretti stili di vita.

• CASALMAGGIORE

- Raggiungere il maggior numero di popolazione giovanile possibile anche attraverso mezzi che fanno già parte della cultura giovanile (internet, social, app, ecc.);
- Fornire conoscenza sull'offerta dei servizi favorendo integrazione e collaborazione tra le varie agenzie del territorio;
- Aumentare l'informazione e la formazione rispetto alle tematiche del disagio adolescenziale;
- Sperimentazione di un percorso di accompagnamento psico-educativo alle figure adulte che a vario titolo si esprimono nel ruolo di educatori verso i più giovani (educatori, allenatori, volontari, insegnanti);
- Creare rapporti con figure di riferimento che nella quotidianità si relazionano con questa fascia;
- Incontrare il disagio anche nelle sue forme meno conclamate;
- Fornire supporto ed accompagnamento alle situazioni individuate come fragili;
- Mantenere la collaborazione specifica sull'Area Adolescenti, con CPS, Ser.D, NPI, Ufficio di Piano e Servizio Tutela Minori – Con.Ca. S. S., Casa di Comunità, volto a definire, attuare e monitorare la progettualità relativa a questa fascia d'età;
- Sperimentare una modalità di accoglienza e valutazione per i/le giovani di età compresa fra i 13 e i 25 anni secondo pratiche *evidence based* multidisciplinari fortemente integrate fra i servizi delle cure primarie (Consultorio) e i servizi specialistici (NPIA CPS, Ser.D) al fine di:
 - o Prevenire e agganciare precocemente soggetti a rischio di disagio e fragilità;
 - o Sviluppare azioni di rete;
 - o Promuovere progetti di contrasto allo stigma e di uno stile di vita salutare;
 - o Promuovere un'organizzazione che preveda un aumento di accessibilità ai servizi sulla base dei bisogni percepiti e appropriatezza intercettazione del disagio giovanile.
- Per la sperimentazione, coinvolgimento della comunità e Individuazione del Comune pilota con il quale iniziare un accompagnamento psicoeducativo alle figure adulte quali allenatori di associazioni sportive presenti sul territorio, agenzie educative del Terzo Settore, oratori, enti che incontrano nella quotidianità i ragazzi e le famiglie.

- **Trasversale ai due territori**

Protocollo Scuola Spazio di Legalità

- Rispetto del Protocollo d'Intesa tra ASST, Prefettura ed enti coinvolti con la partecipazione dell'operatore a un numero pari al 75% dei tavoli convocati sul tema
- Attuazione al 100% degli interventi richiesti tramite Protocollo;
- Educare alla democrazia e alla legalità, sottolineando la centralità degli studenti e delle studentesse;
- Favorire una cittadinanza attiva nel rispetto delle regole e nella partecipazione dei ragazzi alla vita civile, sociale, politica ed economica, attraverso la collaborazione tra più istituzioni.

Sviluppo di attività di potenziamento:

- **CREMONA**

Progetti di Peer Education e promozione della salute.

Spazio GxG – AlIMENTI

- Funzionale presa in carico degli utenti, che intervenga in una fase precoce;
- Sostegno agli operatori sanitari che intercettano tali disturbi negli ambulatori del GxG e spesso non sanno come intervenire a riguardo;
- Creazione di interventi di prevenzione e promozione della salute, che incrementino i livelli di percezione del benessere e delle *life skills*;
- Sensibilizzazione della comunità sul valore della salute mentale;
- Formazione a docenti e adulti di riferimento sull'importanza di sani stili di vita come l'alimentazione corretta e sul cogliere precocemente i segnali di disagio.
- Formazione di almeno 1 gruppo di psicoeducazione di ragazzi/genitori/docenti;
- Individuazione di figure referenti per il consultorio;
- Intercettazione precoce dei disturbi in un'ottica sia di prevenzione che di riduzione del danno;
- Facilitazione dell'accesso dei ragazzi in un luogo non stigmatizzato/connotato.

PeEAT Education

- Formazione di almeno 1 gruppo di *Peer Educator*;
- Almeno 2 eventi di ricaduta;
- Almeno 1 incontro per genitori dell'équipe Consultorio;
- Intercettazione precoce dei disturbi in un'ottica sia di prevenzione che di orientamento ai Servizi;
- Promozione della motivazione/interesse per il proprio benessere, tramite la valorizzazione dell'autonomia e dell'assunzione di responsabilità, rinforzando la capacità di stare nel gruppo;
- Sensibilizzazione della comunità sul valore della salute mentale, anche sull'importanza delle vaccinazioni e le buone pratiche inerenti alla donazione degli organi, in collaborazione con l'associazionismo del territorio.
- Si segnala inoltre la partecipazione all'équipe dello Spazio A.Gio (vedi scheda del DSMD).

- **CASALMAGGIORE**

Terminata la fase di sperimentazione che ha coinvolto il Comune di San Giovanni in Croce, si intende proseguire con altri comuni che aderiranno, in collaborazione stretta con il Con.Ca.S.S.

In fase di sperimentazione la figura dell'educatore di plesso per l'intercettazione precoce del disagio minorile.

Risultati attesi:

- Incremento delle attività con gli enti istituzionali coinvolti;
- Incremento delle collaborazioni con il Terzo Settore;
- Spostamento del "luogo di accoglienza del bisogno dei ragazzi", dal Servizio stesso ai luoghi da loro frequentati (attività ricreative, scuole, ecc.);
- Maggior ingaggio e ruolo attivo dei ragazzi nelle progettualità. Lotta allo stigma legato alla scarsa importanza dell'aspetto preventivo nel disagio;

- Stesura di un protocollo d'intesa con i Comuni che aderiranno al progetto.
La revisione avverrà con cadenza annuale.

SPAZIO GIOVANI				
POLO OSPEDALIERO		RACCORDO DSS Distretto Socio Sanitario	POLO TERRITORIALE	
ATTIVITÀ	INTERAZIONE		INTERAZIONE	ATTIVITÀ
<ul style="list-style-type: none"> • Gestione emergenze e acuzie • Consulenze psicologiche e psichiatriche al bisogno • Attivazione di percorsi di assistenza e cura specialistici (IVG, consulenze, ecc.) 	DS Direzione Medica U.O. Ostetricia e Ginecologia Pediatria Servizi Sociali Ospedalieri NPI SPDC	In raccordo con ATS <ul style="list-style-type: none"> • Integrazione per efficientamento percorsi • Integrazione e raccordo servizi • Linee programmatiche • Interventi formativi e di sensibilizzazione Indirizzi di attuazione Regole di Sistema	DSS Dipartimento Prevenzione Comunicazione Servizio sociale territoriale DSMD Casa di Comunità Terzo Settore Associazionismo Scuole Prefettura Questura Ambiti Territoriali	<ul style="list-style-type: none"> • Intercettazione del disagio giovanile • Orientare le persone verso i diversi Servizi di salute presenti sul territorio, sulla base di richieste o necessità specifiche • Promozione della salute e dei corretti stili di vita • Sensibilizzazione della comunità educante sul valore della salute mentale • Aumento della consapevolezza rispetto ai comportamenti a rischio

AREA MINORI – TUTELA E PREVENZIONE – PROTOCOLLO D'INTESA

Il “Protocollo d'intesa per la gestione delle attività di tutela dei minorenni, adozioni nazionali e internazionali, affido familiare e sostegno delle funzioni genitoriali” si inserisce in un processo di revisione delle metodologie di intervento nell'ambito della tutela dei minori. L'esperienza maturata negli anni e le indicazioni normative contenute nelle Linee guida regionali per la promozione dei diritti e delle azioni di tutela dei minori con la loro famiglia (DGR n. X/4821 del 15 febbraio 2016) mettono in luce l'importanza dell'accompagnamento dei Servizi per l'*empowerment* della funzione genitoriale. Gli interventi mirano all'attuazione di un approccio globale e integrato tra le diverse professionalità attraverso la collaborazione degli operatori dell'ASST e degli operatori dei Servizi Tutela Minori e dei

Servizi Sociali dei Comuni. La tutela dei minori deve essere intesa come compito comunitario che coinvolge e valorizza tutte le risorse del territorio, formali e informali.

Normativa di riferimento:

Il Protocollo si basa sul modello di integrazione sociosanitario tra i Servizi, definito dai mandati istituzionali, ai sensi della seguente normativa:

- Legge n. 328/2000 “Legge quadro per il sistema integrato di interventi e servizi sociali”;
- D.P.C.M. 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie”;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7 del Decreto;
- Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” in particolare all'articolo 24 “Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie”;
- Linee di indirizzo nazionali per l'intervento con bambini e famiglie in situazioni di vulnerabilità del 21/12/2017;
- Legge Regionale n. 3 del 12/3/2008 “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale”;
- Legge Regionale n. 33 del 30/12/2009 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”;
- Legge Regionale n. 23 del 11/8/2015 “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità);
- Legge Regionale n. 22 del 14/12/2021 “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)”;
- Linee guida regionali così come espresse nella DGR n. X/4821 del 15 febbraio 2016;
- “Approvazione delle Linee guida per la promozione dei diritti e delle azioni di tutela dei minori con la loro famiglia”;
- Legge sull'affidamento familiare n. 184 del 4 maggio 1983 e successiva modifica con legge n. 149 del 28/03/2001;
- Legge sull'adozione n. 184/83 e successive modifiche;
- Legge n. 134/2021 “Delega al Governo per l'efficienza del processo penale nonché in materia di giustizia riparativa e disposizioni per la celere definizione dei procedimenti giudiziari” – “Riforma Cartabia”) attuata con D. Lgs. 150 del 2022;
- Nuove Linee Guida per l'affidamento familiare approvate in conferenza Stato-Regione 08/03/2024.

Caratteristiche del contesto afferente ad ASST Cremona:

Dal 2019 al 2022 la spesa sociale per l'area famiglia nel territorio della Agenzia di Tutela della salute della Val Padana ha avuto un incremento del 14% (fonte DHW regionale) arrivando a un costo di € 37.646.116, seconda come spesa all'area disabilità. Nell'anno 2022, le voci di costo più importanti sono da ricondursi ai servizi per la prima infanzia (che coprono un investimento di quasi 14 milioni di euro, il 36,5% sull'area minori e famiglia). Gli onerosi interventi riconducibili all'area della tutela minori (inserimenti in comunità, affidi e pronto intervento) costano € 11.176.323,00, ai quali si sommano ulteriori 3 milioni per il sostegno al domicilio e circa ulteriori 2 milioni per la gestione di questi percorsi (servizi tutela minori, affidi e spazi neutri) superando, così, i 16 milioni di euro.

Risulta sempre più evidente l'importanza di agire con interventi di prevenzione e promozione del benessere individuale e familiare, per i quali la specifica spesa, pari a € 406.402,00, appare più contenuta. Il continuo aumento della spesa nell'area Tutela minori rimanda a un aumento esponenziale delle segnalazioni che pervengono dall'Autorità Giudiziaria come evidenziano i Servizi Tutela Minori e i Servizi Socio Sanitari ASST.

Tale scenario implica la necessità di definire Protocolli e formalizzazioni che prevedano procedure operative chiare e condivise capaci di guidare il lavoro di professionisti afferenti a molteplici Istituzioni.

Struttura organizzativa e soggetti coinvolti:

Per quanto riguarda l'area consultoriale:

- I responsabili delle attività sono i responsabili dei Consulenti di Cremona e Casalmaggiore;
- Gli operatori che lavorano in ambito Tutela Minori sono gli Psicologi e gli Assistenti Sociali, che svolgono le attività su incarico della Procura, del Tribunale Ordinario e del Tribunale per i Minorenni di Brescia, in affiancamento agli operatori dei Servizi sociali del Comune di Cremona, Azienda Sociale Cremonese e Consorzio Casalasco dei Servizi Sociali. Nell'attività sono inoltre coinvolti gli operatori dei Servizi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST di Cremona. Altri Servizi saranno coinvolti nell'attuazione del Protocollo (Pediatria, servizio sociale ospedaliero, ecc.).

Finalità:

Le attività relative alla tutela dei minori sono mirate al singolo, ai genitori, al nucleo familiare e al loro contesto socio relazionale e ambientale.

L'area della tutela dei minori richiede che gli operatori mettano in atto interventi riconducibili ai seguenti aspetti: prevenzione, rilevazione, segnalazione, protezione, valutazione e intervento.

Destinatari:

Destinatari degli interventi sono i minori e le loro famiglie in situazione di vulnerabilità e/o a rischio di pregiudizio, per le quali può essere richiesta un'indagine preliminare all'assunzione di eventuali provvedimenti giudiziari, oppure interessati da provvedimenti della Magistratura nell'area civile, penale, amministrativa, nonché le famiglie che affrontano l'esperienza dell'adozione nazionale e internazionale e dell'affidamento familiare.

La collaborazione tra i Servizi Socio Sanitari e Sanitari dell'ASST e gli Enti Locali è prevista, a scopo preventivo, anche per le situazioni di famiglie multiproblematiche che potrebbero esitare in situazioni di reale pregiudizio per i minori presenti.

Attività specifiche svolte:

In base alla complessità e alla specificità delle diverse tipologie di azioni a tutela dei minori, si differenziano specifici percorsi di intervento in relazione alla presenza o all'ipotesi di reato:

- percorso di intervento nelle situazioni riguardanti la tutela dei minori in caso di maltrattamento fisico (aggressioni, punizioni corporali, gravi attentati all'integrità fisica), psicologico, patologia delle cure (trascuratezza, negligenza, incuria, discoria, ipercura) e violenza assistita;
- percorso di intervento nelle situazioni di abuso sessuale o sospetto tale;
- percorso di intervento nelle situazioni relative a minori che hanno commesso reato;
- percorso di intervento nelle situazioni di separazione conflittuale della coppia genitoriale;
- percorso per l'adozione nazionale e internazionale, in linea con i contenuti del Protocollo; sottoscritto dalle ASST di Crema, Cremona e Mantova e dall'ATS della Val Padana con il Tribunale per i Minorenni di Brescia, in data 20 febbraio 2017;

Interazioni:

Il Protocollo di Intesa è siglato tra l'Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana, l'ASST di Cremona, il Comune di Cremona, l'Azienda Sociale del Cremonese e il Consorzio Casalasco dei Servizi Sociali ed è finalizzato all'individuazione degli ambiti di intervento e delle competenze degli Enti sottoscrittori e dei principali accordi per la collaborazione e l'integrazione operativa a tutela dei minori e a sostegno delle loro famiglie.

Obiettivi e indicatori:

- Partecipazione di tutti gli operatori aziendali a tutti i tavoli dell'ATS della Valpadana (100%);
- Adozione del Protocollo da parte di ASST di Cremona;
- Adozione dell'Accordo Tecnico Operativo da parte di ASST Cremona;

- Sostegno alla famiglia in situazioni di difficoltà nei suoi compiti di cura dei figli, in qualità di protagonista delle possibili soluzioni, considerate come opportunità, superando la sola applicazione degli istituti giuridici di protezione e rappresentanza dei minori;
- Tutela, su mandato dell’Autorità Giudiziaria, di minori che si trovano in situazioni familiari inadeguate o pregiudizievoli per la loro crescita, favorendo il rispetto dei loro diritti e il recupero delle risorse educative e familiari. Laddove ciò non sia possibile, verranno individuate risorse di sostegno o di sostituzione del nucleo familiare di origine, in grado di rispondere ai bisogni evolutivi dei minori.

La revisione avrà cadenza annuale.

Sviluppo di attività di potenziamento:

Grazie alla creazione di momenti di incontro quali i Tavoli Tecnici e la definizione dell’Accordo tecnico operativo, che regolamerà l’attività dei Servizi coinvolti, saranno approfondite tematiche specifiche, relativamente, ad esempio, al confronto e qualificazione del sistema di offerta esistente di Comunità Educative e/o Terapeutiche.

Nel contesto dei Tavoli Tecnici Territoriali possono essere inoltre riprese e affrontate alcune tematiche già trattate in altri contesti specificatamente dedicati (ad esempio il raccordo e l’integrazione con linee di *policy* trasversali: violenza di genere, violenza assistita, misure a favore dei minori e delle loro famiglie, penale minorile, situazioni contraddistinte da alta conflittualità genitoriale, ecc.).

Risultati attesi:

- Maggior integrazione tra i Servizi e definizione delle competenze di ognuno;
- Continuità del processo di sostegno al nucleo familiare in un *continuum* tra prevenzione e presa in carico;
- Dare uniformità ed evitare frammentazioni e disparità negli interventi in materia di tutela minori.

Nello specifico della prevenzione sia delle situazioni di disagio infantile sia di violenza di genere e assistita, si inserisce il Progetto condiviso con gli Uffici di Piano dei due distretti, con il consultorio privato accreditato UCIPEM e le cooperative del Terzo Settore.

AREA MINORI – TUTELA E PREVENZIONE – PROTOCOLLO D’INTESA				
POLO OSPEDALIERO		RACCORDO DSS Distretto Socio Sanitario	POLO TERRITORIALE	
ATTIVITÀ	INTERAZIONE		INTERAZIONE	ATTIVITÀ
<ul style="list-style-type: none"> • Parto in anonimato • Abbandono neonato • Abuso sessuale o maltrattamento grave • Maltrattamento fisico (aggressioni, punizioni corporali, gravi attentati all’integrità) 	DS Direzione Medica SPDC Pediatria Neuropsichiatria Infantile Pronto Soccorso U.O. Ostetricia e Ginecologia	In raccordo con ATS <ul style="list-style-type: none"> • Tavolo interistituzionale sulla materia • Integrazione per efficientamento percorsi • Integrazione e raccordo servizi • Linee programmatiche • Perfezionamento e monitoraggio dell’Accordo Tecnico Operativo in materia di Tutela Minori In raccordo con Autorità	DSS Cure Primarie Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze MMG/PLS Dipartimento Prevenzione Servizio Vaccinazioni Casa di Comunità Comunicazione	<ul style="list-style-type: none"> • Situazioni relative a minori autori di reato • Situazioni di separazione conflittuale della coppia genitoriale • Adozione nazionale ed internazionale • Valutazione della coppia/famiglia

fisica), psicologico, patologia delle cure (trascuratezza, negligenza, incuria, discuria, ipercura) e violenza assistita • Coinvolgimento e la partecipazione attiva dei partner nei primi mille giorni		Giudiziarie • Raccordo continuativo su riforme e aggiornamenti normativi • Gestione integrata dei casi interessati da provvedimenti Indirizzi di attuazione Regole di Sistema	Servizio sociale territoriale UCIPEM Terzo Settore Tribunali Ordinari Tribunali Minorenni Procure presso i Tribunali Forze dell'Ordine con funzione di Polizia Giudiziaria Équipe Tutela Minori Uffici di Piano Centri Antiviolenza Forze dell'Ordine Prefetture	affidataria
--	--	--	--	-------------

PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Il Consultorio Familiare è il setting opportunistico che consente di integrare la promozione della salute nella vita quotidiana delle persone, avendo come riferimento i documenti programmatici dell'OMS "Salute 2020", "Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile", il Programma nazionale "Guadagnare salute - rendere facili scelte salutari" (DPCM maggio 2007, il PNP 2020-2025, il PRP 2021- 2025 e il Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2027).

Al fine di prevenire e migliorare la qualità della vita della popolazione, aumentare gli anni in buona salute e ridurre la mortalità prevenibile, è fondamentale agire tramite una *partnership* intersettoriale tra l'ASST e tutti gli stakeholders interessati, accompagnandoli nella realizzazione di azioni a favore della famiglia, vista come luogo fondamentale dove sviluppare fattori protettivi.

Alla luce del nuovo scenario organizzativo del SSR lombardo, le azioni di programmazione tengono conto del principio della libera e consapevole scelta delle famiglie nell'accesso ai servizi e del principio di garantire un approccio *one health* finalizzato ad assicurare a livello globale la protezione e la promozione della salute, tenendo conto dell'importanza di tutelare la famiglia come luogo fondamentale dove sviluppare un corretto stile di vita.

Per intercettare precocemente situazioni connotate da fragilità individuale e familiare, è possibile orchestrare interventi in chiave preventiva, come l'attivazione di percorsi di sostegno alla genitorialità e il rinforzo delle loro competenze educative, anche mediante un confronto tra pari in contesti gruppal e azioni di supporto nei primi anni di vita del bambino.

A tal fine risulta necessario aumentare il grado di coinvolgimento dei soggetti del Terzo Settore negli interventi a valenza sociosanitaria, attraverso la co-programmazione e la co-progettazione; la logica è quella della costruzione di filiere di intervento che, attraverso il lavoro di rete tra Enti e soggetti diversi,

garantiscono la presa in carico appropriata delle famiglie e dei minori. Sia il PPT che i Piani di Zona, quali documenti di indirizzo, sottolineano il necessario coinvolgimento del Terzo Settore sia nella parte programmatica sia in quella attuativa degli interventi destinati alle famiglie, definendo non solo l'attivazione di strategie volte all'individuazione, al sostegno e alla valorizzazione delle risorse formali, informali e del Terzo Settore, ma anche gli strumenti e le strategie di co-progettazione per un *welfare* di prossimità.

Normativa di riferimento:

- D.G.R. 14 febbraio 2022 n. XI/5955, con cui si realizzano azioni e interventi diversificati e integrati a favore delle famiglie in un'ottica preventiva, di promozione e di accompagnamento;
- D.G.R. n. 1507/2023, con cui Regione Lombardia ha aggiornato le Linee guida per la sperimentazione dei Centri per la famiglia, tenendo conto delle indicazioni contenute nel "Modello condiviso di Centro per le famiglie" elaborato dal Dipartimento per le Politiche della Famiglia presso il Consiglio dei Ministri e stanziato nuove risorse;
- Deliberazione n. 243 del 5 giugno 2024 di ATS della Valpadana, che ha ammesso in graduatoria il progetto "Hug – Centro Per Le Famiglie Ambito Territoriale Di Cremona";
- Deliberazione N° XI / 5955 Seduta del 14/02/2022 Approvazione Linee Guida Per La Sperimentazione Dei Centri Per La Famiglia In Tutto Il Territorio Regionale In Attuazione della Dgr 5392/2021;
- D.G.R. 2315 del 28.10.2019 Regione Lombardia, con le risorse del Fondo per le Politiche della Famiglia annualità 2019.

Caratteristiche del contesto afferente ad ASST Cremona:

I Consultori Familiari costituiscono un nodo della filiera degli interventi che promuovono il ruolo sociale, educativo e il protagonismo della famiglia. La risposta integrata dei Consultori con gli altri protagonisti territoriali risulta strategica in quanto permette di offrire alle famiglie risposte sia sociali sia socio-sanitarie, favorendo la ricomposizione delle risorse del territorio (ad esempio su specifiche tematiche quali conciliazione, supporto ai caregiver, genitorialità responsiva e positiva, ecc.)

Fondamentale promuovere azioni in cui diversi attori istituzionali convergono per costruire interventi volti a sostenere il benessere e l'*empowerment* delle famiglie, promuovendo la loro partecipazione attiva. La logica degli interventi è caratterizzata dalla valorizzazione delle risorse territoriali, dal lavoro di rete attraverso l'integrazione con i servizi esistenti, gli enti e le associazioni locali al fine di potenziarne la capacità di intercettare i diversi bisogni delle famiglie e offrire una risposta flessibile e integrata.

Ad esempio, l'evoluzione del modello lombardo dei Centri per la Famiglia prevede che questi diventino luoghi facilmente accessibili e capillarmente diffusi sul territorio e che possano rappresentare uno spazio sociale per le famiglie nella loro universalità, dove stimolare partecipazione, cittadinanza attiva, promuovere la conciliazione famiglia-lavoro e rafforzare i legami. Svolgono, quindi, una funzione preventiva, socioeducativa e promozionale rispetto ad altre funzioni prevalentemente orientate verso la cura, l'assistenza, il trattamento, che sono di competenza di altri soggetti della rete dei servizi.

Di seguito alcuni dati raccolti da ATS Valpadana riferiti alla sperimentazione dei Centri per la Famiglia ai sensi della DGR 5955/22 che vede coinvolti 5 Enti capofila: Comune di Mantova, Comune di Crema, Comune di Ostiglia, Cooperativa CSA e Azienda Speciale Consortile Oglio Po:

- Gli sportelli di ascolto e orientamento hanno raggiunto complessivamente n. 3.616 utenti (coppie, famiglie, giovani, genitori single ecc.);
- Le iniziative formative e informative hanno visto partecipare n. 1.857 destinatari (genitori, figure parentali ed educative, giovani) e raccolto migliaia di visualizzazioni e partecipazioni sulle piattaforme online;
- Attività laboratoriali e attività di gruppo a sostegno della genitorialità, totale famiglie raggiunte 725 (genitori e figli, singoli genitori, nonni, figure parentali).

Struttura organizzativa e soggetti coinvolti:

- Responsabile: Responsabili Consultorio, ostetriche, psicologi, assistenti sanitari, educatori, assistenti sociali;
- Su alcune linee di progetto è prevista la partecipazione dei Pediatri di Libera Scelta, afferenti al Dipartimento Cure Primarie;
- Su altre azioni progettuali è prevista la collaborazione del Comune di Cremona, in specifico il Settore Politiche Educative e l'Azienda Sociale Cremonese e Consorzio Casalasco dei Servizi Sociali.

Finalità:

Promozione del *welfare* di comunità facilitando percorsi di prossimità e reciprocità familiare anche mediante l'attivazione di risorse informali; la mission è l'utilizzo di strumenti per facilitare e accompagnare processi di sensibilizzazione, coinvolgimento e partecipazione attiva di singoli cittadini, gruppi, associazioni familiari/di volontariato nello sviluppo di policy e programmi sociali su base territoriale, favorendo la promozione delle risorse delle famiglie, ma soprattutto la connessione sempre più ampia con il territorio di riferimento e le realtà che possono offrire risposte alle necessità emergenti.

Destinatari:

Nuclei familiari.

Specifiche attività svolte:

- Progetto HUG (Cremona): il progetto prevede, all'interno del Centro per le Famiglie, lo sviluppo di interventi a favore della genitorialità in particolare dei padri, già avviati in Consultorio nell'ambito degli incontri all'accompagnamento alla nascita e alla genitorialità nei primi mille giorni. Il progetto prevede l'individuazione di "papà-peer" anche all'esterno del contesto consultoriale, con la realizzazione di incontri di gruppo a sostegno in particolare del ruolo paterno; come linea di potenziamento si prevede l'implementazione degli incontri di gruppo, individuando problematiche specifiche come la condizione di separazione;
- Collaborazione con le Politiche Educative del Comune di Cremona: il progetto 0-6 anni si propone di garantire lo stato di benessere fisico e psicologico del bambino; in tale ottica la collaborazione si propone di sostenere la sua socialità verso coetanei e adulti, stimolare le sue capacità cognitive e relazionali, favorendo lo sviluppo autonomo del bambino secondo i suoi ritmi e le sue esigenze. Tale obiettivo sarà implementato garantendo la partecipazione alle iniziative del gruppo familiare;
- Collaborazione con il Dipartimento Cure Primarie, in particolare con i Pediatri di Libera Scelta: la linea progettuale proposta è il rinforzo delle competenze di vita di genitori e ragazzi segnalati dai pediatri di libera scelta, sui temi della prevenzione, promozione della salute e corretti stili di vita e sviluppo delle *life skills*, nello specifico sul target 0-11 anni. Il primo step è la costruzione di un gruppo di lavoro tra Consultorio e Cure primarie, in particolare con i pediatri di libera scelta. Tale rete può costituire uno snodo primario per azioni di sistema preventive e un punto di contatto importante per il progetto e la diffusione delle iniziative a esso correlate.

Interazioni:

Partner di progetto sono: Comune di Cremona, Azienda Sociale del Cremonese, il Comune di Soresina e l'Istituto Comprensivo "Bertesi", il Consorzio Sol.co Cremona Società Cooperativa Sociale. A sua volta il Comune di Cremona è presente con le Politiche Sociali come Settore che assume la titolarità e la regia complessiva del progetto; il Settore Politiche Educative, responsabile per l'attuazione delle attività previste solo Polo per l'Infanzia "Hack-Montalcini" e il Consorzio Solco.

Obiettivi e indicatori:**Progetto HUG**

- Realizzazione di un primo ciclo di incontri con la co-conduzione inizialmente di educatore e psicologo;

- Organizzazione di almeno un percorso per i papà-peer;
- Promuovere la qualità delle relazioni familiari come contesto che favorisce lo sviluppo psicofisico sano dei figli, dalla gravidanza e nei primi mille giorni;
- Promuovere il coinvolgimento dei padri in un'ottica di *co-parenting* per un'equa distribuzione dei compiti di cura all'interno della coppia genitoriale;
- Prevenire e/o intercettare precocemente situazioni a rischio di conflittualità elevata o violenza familiare.

Collaborazione con le Politiche Educative del Comune di Cremona

- Organizzazione di almeno un incontro tematico nelle scuole rispetto all'utilizzo del digitale e/o dell'outdoor;
- Organizzazione di almeno un incontro con la partecipazione degli insegnanti per la costruzione del manifesto pedagogico scolastico;
- Organizzazione di almeno un evento per la partecipazione alla terza edizione de "Il Tempo dell'Infanzia" (fascia target 0-11 anni);
- Promozione della salute nei primi anni di vita del bambino;
- Sostegno alle principali azioni preventive che possono essere adottate dai nuclei familiari nella primissima fase della vita;
- *Empowerment* delle famiglie e valorizzazione delle loro risorse, superando la prospettiva che vede i servizi pubblici come meri erogatori di prestazioni giungendo, invece, a progettualità in grado di promuovere il benessere delle famiglie attraverso forme di coprogettazione e coinvolgimento attivo di queste.

Sviluppo di attività di potenziamento:

Collaborazione con il Dipartimento Cure Primarie, in particolare con i Pediatri di Libera Scelta:

- Organizzazione di almeno 3 incontri con i pediatri di raccordo operativo;
- Riduzione del *drop-out* dei genitori agli incontri inferiore al 50% dei partecipanti;
- Formazione di gruppi di genitori partecipanti con almeno 20 persone;
- Sostegno allo sviluppo di sani stili di vita;
- Facilitazione della lettura dei primi segnali di disagio;
- Orientamento ai Servizi.

Risultati attesi:

- Creazione di una rete stabile di collaborazione a supporto delle competenze di vita delle famiglie;
- Sostegno all'equa distribuzione dei compiti di cura nell'ambito della famiglia promuovendo approcci informali non legati ad una visione strettamente sociosanitaria;
- Costruzione di una visione dei Servizi nei cittadini e nelle famiglie come punto di riferimento stabile e continuativo nel tempo.

❖ PER IL DISTRETTO CASALASCO VIADANESE:

Il progetto "**Traiettorie di futuro**" con capofila l'Azienda Speciale Consortile Oglio Po è un'iniziativa molto importante.

Si riceve un forte segnale dai servizi territoriali, educativi e scolastici riguardo all'aumento delle seguenti criticità:

- disagio, non da ultimo quello psichico dei minori;
- disabilità certificate, comprese le difficoltà di apprendimento;
- complessità che le famiglie – con loro i servizi – faticano a gestire;
- bisogni educativi speciali: non una vera e propria disabilità, ma reale ostacolo alla piena realizzazione dell'individuo.

Le principali forme di disagio riguardano i disturbi dell'umore fino a manifestazioni depressive e fobiche (incrementatesi considerevolmente a causa della pandemia), i disturbi della condotta (importante anche

quella alimentare), le difficoltà relazionali interne alla famiglia e nel gruppo dei pari che conducono a forme di ritiro sociale, bullismo/cyberbullismo; l'autolesionismo, i tentativi suicidari, oltre agli episodi di vandalismo e abuso di sostanze segnalati dalle Amministrazioni.

Per quanto riguarda la collaborazione con il Dipartimento Cure Primarie, in particolare con i Pediatri di Libera Scelta, la linea progettuale proposta è il rinforzo delle competenze di vita di genitori e ragazzi da loro segnalati, sui temi della prevenzione, promozione della salute e corretti stili di vita e sviluppo delle *life skills*, in particolare sul target 0-11 anni. Il primo *step* è la costruzione di un gruppo di lavoro tra Consultorio e Cure primarie, in specifico con i Pediatri di Libera Scelta. Tale rete può costituire uno snodo primario per azioni di sistema preventive e un punto di contatto importante per il progetto e la diffusione delle iniziative a esso correlato.

Il progetto “**familiarizzare**”, centri per le famiglie dell'ambito Oglio Po, prevede la definizione di un hub nel comune di Viadana e di 6 sportelli distribuiti sul territorio; ogni sportello fornisce consulenza e orientamento di base e promuove attività integrative quali: incontri genitori e figli adolescenti, gruppi di mutuo aiuto, interventi di promozione artistica, sostegno alla solidarietà familiare ecc...È attivo e anche un sito dedicato con le informazioni principali dei servizi offerti dal territorio (www.familiarizzare.it).

Interazioni:

Partner di progetto sono: Comune di Casalmaggiore, Consorzio Casalasco Servizi Sociali, Azienda Speciale Consortile denominata Azienda Speciale Consortile “Oglio Po”, ForMattArt, Istituto comprensivo Diotti, Istituto Comprensivo Vanoni, ASCOOP, Centro di Consulenza Familiare Viadana, Parrocchia di S. Pietro con sede legale Viadana (MN) e Gruppo parrocchiale informale di famiglie “Ohana crescere insieme”.

Obiettivi e sviluppo di attività di potenziamento:

Collaborazione con il Dipartimento Cure Primarie, in particolare con i Pediatri di Libera Scelta con le seguenti progettualità:

- Organizzazione di almeno 3 incontri con i pediatri di raccordo operativo;
- Riduzione del *drop-out* dei genitori agli incontri inferiore al 50% dei partecipanti;
- Formazione di gruppi di genitori partecipanti con almeno 20 persone;
- Sostegno allo sviluppo di sani stili di vita;
- Facilitazione della lettura dei primi segnali di disagio;
- Orientamento ai Servizi;

PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

POLO OSPEDALIERO		RACCORDO DSS Distretto Socio Sanitario	POLO TERRITORIALE	
ATTIVITÀ	INTERAZIONE		INTERAZIONE	ATTIVITÀ
<ul style="list-style-type: none"> • Gestione emergenze e acuzie segnalate • Raccolta dati 	DS Direzione Medica Pediatria Servizi Sociali Ospedalieri NPI	In raccordo con ATS <ul style="list-style-type: none"> • Integrazione per efficientamento percorsi • Integrazione e raccordo servizi • Linee programmatiche • Interventi formativi e di sensibilizzazione Indirizzi di attuazione Regole di Sistema	DSS Dipartimento Prevenzione Comunicazione Servizio sociale territoriale DSMD Casa di Comunità Terzo Settore Associazionismo Scuole Ambiti Territoriali	<ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione e progettualità e laboratori • Attivazione interventi necessari al sostegno e presa in carico della situazione • Promozione del welfare di comunità facilitando percorsi di prossimità e reciprocità familiare anche mediante l'attivazione di risorse informali • Utilizzo di strumenti per facilitare e accompagnare processi di sensibilizzazione, e partecipazione attiva di singoli cittadini, gruppi, associazioni familiari/di volontariato nello sviluppo di policy e programmi sociali • Favorire la promozione delle risorse delle famiglie, soprattutto la connessione con il territorio di riferimento e le emergenti.

**PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE
PER LA PROGRAMMAZIONE TRIENNALE 2025/2027**

SCHEMA AREA PREVENZIONE

Il Dipartimento Funzionale di Prevenzione (DFP) di ASST Cremona, istituito dalla L.R. 22/2021, opera in stretta collaborazione con il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) di ATS, perseguendo gli obiettivi strategici e operativi definiti nell'ambito della programmazione regionale. Il DFP continuerà a mantenere il coordinamento con la rete territoriale (Cure Primarie, Distretti, Case di Comunità, Ospedale di Comunità, Consultori, Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze) e le strutture ospedaliere, con l'obiettivo di sviluppare attività di prevenzione. Ciò avverrà attraverso interazioni, gruppi di lavoro e iniziative specifiche, come descritto nelle singole sotto aree che seguono.

Il Dipartimento si concentrerà sul consolidamento dei programmi già operativi, sull'avvio di nuovi progetti, adottando un approccio di co-progettazione multidisciplinare con composizioni variabili e momenti di formazione congiunta, strumenti fondamentali per favorire l'empowerment e l'implementazione delle competenze professionali.

Un'attenzione particolare sarà riservata alla riduzione delle disuguaglianze, sia in termini di offerta sia di domanda, seguendo l'approccio One Health, che punta a trasformare le caratteristiche sociali e le sfide in opportunità, nell'ambito di una pianificazione delle politiche regionali e all'interno della cornice della Prevenzione di ATS.

Alla luce dei dati locali, delle indicazioni contenute nel Piano Regionale di Prevenzione della Lombardia 2021-2025 e nel Profilo di Salute ed Equità della Popolazione Lombarda, la programmazione per il prossimo triennio terrà conto delle caratteristiche demografiche, dei bisogni espressi e percepiti e dell'invecchiamento progressivo della popolazione, con l'aumento dell'incidenza delle malattie croniche.

In conformità con la DGR 6278/2022 e l'Allegato A della DGR 6026/2022, il Dipartimento Funzionale di Prevenzione articola le proprie attività in quattro sotto aree:

1. Screening;
2. Malattie infettive e infezioni sessualmente trasmesse;
3. Promozione della salute e home-visiting;
4. Vaccinazioni e sorveglianza delle malattie infettive.

SCREENING

Caratteristiche del contesto afferente ad ASST Cremona:

L'implementazione di programmi di screening organizzati sul territorio, aumenta per definizione l'equità dell'offerta di diagnosi precoce oncologica, riducendo le disuguaglianze nell'accesso ai servizi. Ciò si ottiene tramite l'aumento della copertura con l'invito attivo, con l'offerta di percorsi diagnostico-terapeutici gratuiti e con l'implementazione di strategie di ingaggio mirate.

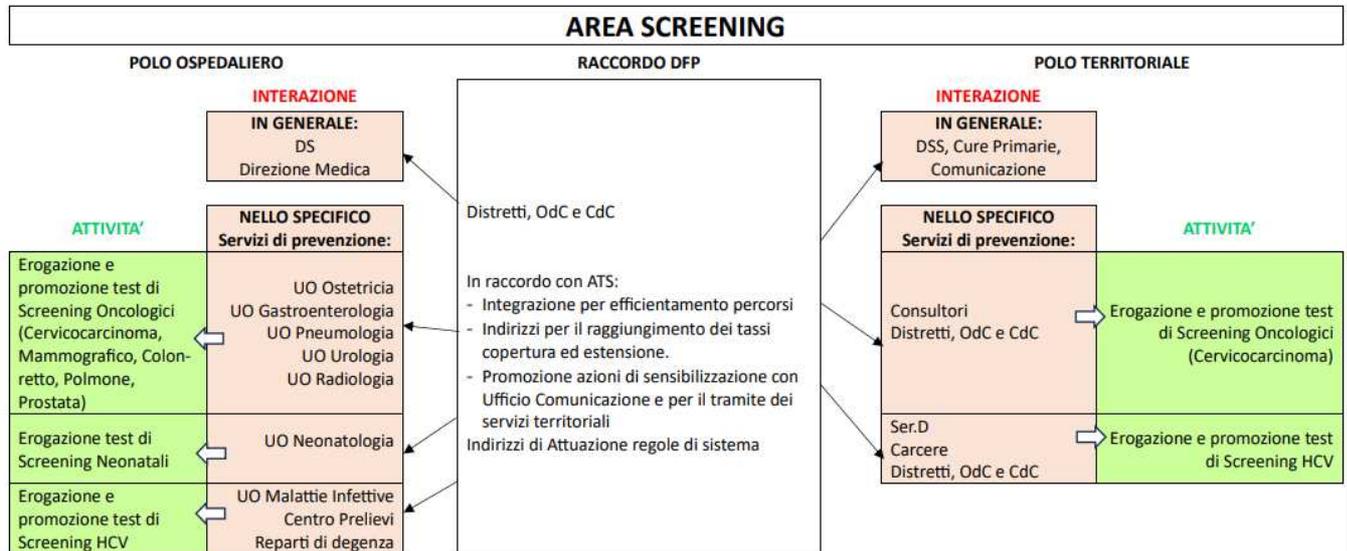
A causa e a seguito della pandemia, i dati sulle adesioni al programma di screening sono stati in forte calo.

È disponibile un report di profilazione della popolazione non aderente agli screening oncologici in Regione Lombardia, relativamente alla provincia di Cremona e Mantova (2019), dal quale emerge una popolazione non aderente caratterizzata da patologie croniche gravi, patologie psichiatriche, dipendenze da sostanze, non abituale alla frequentazione di altri servizi sanitari e spesso cittadinanza non italiana.

Le offerte attuali di screening per la popolazione sono:

- Offerta attiva di programmi organizzati di screening oncologici, in collaborazione con ATS, per la diagnosi precoce del cancro mammario, del colon-retto, della cervice uterina;
- Offerta attiva di screening infettivologico per l'epatite C (HCV), con estensione dei setting opportunistici di offerta.

Attività, interazioni e gruppi di lavoro:



Obiettivi:

- Screening mammografico: invito attivo con appuntamento prefissato e sollecito per la fascia 45-74 (nate tra 1950 e 1979) (estensione > 95%, copertura per test 50-69 > 60%);
- Screening colorettole: invito attivo e sollecito per la fascia 50-74 (nati tra 1950 e 1974) (estensione > 95%, copertura per test 50-69 anni > 50%);
- Screening cervicale:
 Invito attivo con appuntamento prefissato e sollecito della popolazione femminile non vaccinata per papilloma (HPV) di età tra i 25 e 29 anni per pap-test (prevista estensione > 95% a tutte le non vaccinate nate tra il 1995 e il 1999). Invito attivo con appuntamento prefissato e sollecito della popolazione femminile di età tra i 30 e 64 anni per HPV test (prevista estensione > 95% almeno per le donne nate tra 1960 e il 1978). Permane fondamentale l'offerta attiva della vaccinazione anti-HPV alle venticinquenni al momento dell'invito e dell'esecuzione del pap-test;
- Screening HCV: prosecuzione attività nel 2024, con invito attivo delle coorti 1969-1989. Le ASST continuano con l'offerta opportunistica nei centri prelievi, CUP, centri vaccinali, SERD e carceri. Le ATS continuano con l'offerta attiva tramite lettera di invito.
- Attualità di date e orari di accesso sia alla prevenzione, sia agli screening.

Indicatori:

- Percentuali di adesione e coperture da Data Governance;
- Siti Internet aggiornati.

Sviluppo di attività di potenziamento:

- Implementazione di programmi di screening organizzati sul territorio per l'equità dell'offerta di diagnosi precoce oncologica e conseguente riduzione delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi, tramite l'aumento della copertura con l'invito attivo, l'offerta di percorsi diagnostico-terapeutici gratuiti e l'implementazione di strategie di ingaggio mirate;
- Attivazione percorso pilota dello screening della prostata da novembre 2024 con dosaggio dell'antigene prostatico (PSA) gratuito per gli over 50 (target indicativo maschi 50-74 anni);

- Supporto nel percorso di efficientamento della intercomunicabilità dei sistemi informatici nell'ambito degli screening oncologici per la diagnosi precoce del cancro mammario, del colon-retto e della cervice uterina;
- Estensione degli scenari di promozione e offerta opportunistica per lo screening infettivologico per HCV;
- Screening polmone: attivazione percorso pilota con target indicativo fumatori 55-75 anni, coordinando i progetti già esistenti sul territorio.

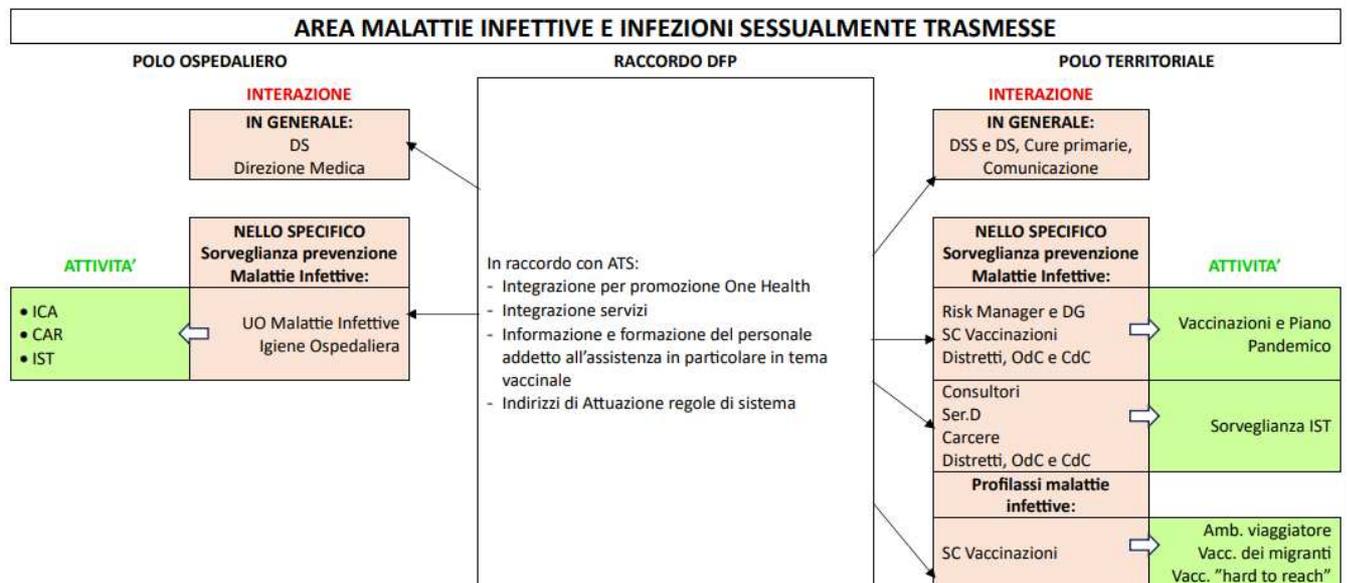
MALATTIE INFETTIVE E INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE

Caratteristiche del contesto afferente ad ASST Cremona:

Si conferma la centralità dell'analisi dei dati, nel raccordo funzionale per le attività di prevenzione; in tal senso sono previsti:

- La prosecuzione degli incontri di Data Governance con tutti gli enti del sistema;
- L'aggiornamento del Piano Pandemico Influenzale, per contenere fenomeni epidemici, alla luce dei dati epidemiologici e di quanto sull'applicativo SASHA - *Support and Advice System for Health Administrators*, Sistema regionale di monitoraggio del piano pandemico;
- La Sorveglianza malattie infettive, infezioni correlate all'assistenza (ICA) e antimicrobico resistenza, in sinergia con ATS, con il Comitato Igiene Ospedaliera e con la UO Malattie Infettive: prosegue il rapporto collaborativo, per i soggetti esposti a rischio infettivo, prevenibile con i vaccini e per i cronici.

Attività, interazioni e gruppi di lavoro:



Obiettivi:

Evidenza dell'aggiornamento del Piano Pandemico Influenzale.

Indicatori:

Secondo quanto di volta in volta definito centralmente, in base ai livelli di allerta del portale SASHA per il PIANO PANDEMICO.

PROMOZIONE DELLA SALUTE E HOME-VISITING

Attività specifiche svolte:

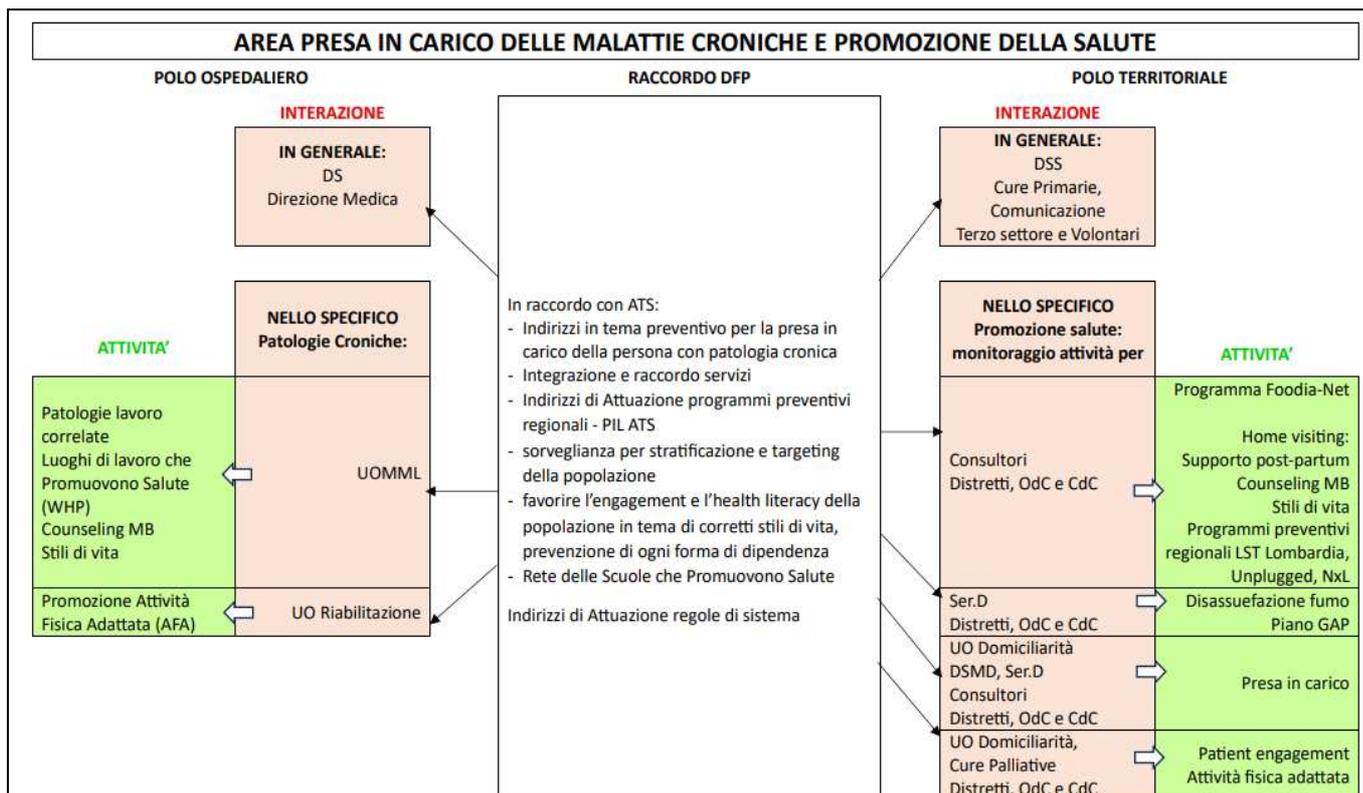
In ambito preventivo, proseguiranno le attività di coordinamento funzionale, in sinergia con ATS e con la rete territoriale, per fare leva sui determinanti di salute e limitare i principali fattori di rischio, con approccio condiviso tra Servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali. Saranno sviluppati i seguenti programmi trasversali di prevenzione, promozione della salute e home-visiting (es. gruppi di cammino, gruppi per la disassuefazione dal fumo, ecc.) finalizzati alla riduzione del rischio per malattie croniche non trasmissibili (MCNT):

- Presso i consultori, l'ospedale e altri servizi territoriali tra cui i centri vaccinali, vi sono spazi dedicati sia al *baby pit stop* accreditati UNICEF (spazi protetti in cui le mamme possono allattare i loro bambini), sia allo sviluppo del programma Nati per Leggere; nell'ambito del Percorso Nascita e del progetto salute nei primi 1000 giorni di vita, viene organizzata la MARATONA NATI PER LEGGERE con coinvolgimento attivo, oltre che dei consueti servizi consultoriali, della UO Ostetricia con la "Lettura alla pance", dei Servizi Vaccinali con "Lecture ad alta voce nel post-vaccinale", delle UO di Neuropsichiatria Infantile con "Lecture per tutti con i simboli" e "Lecture in lingua con i simboli".
- Approccio integrato tra prevenzione e cura nell'ambito della presa in carico delle persone affette da patologia, considerando le situazioni di multi-patologia, con offerta di counseling individuale anche in contesti opportunistici, per il contrasto del tabagismo e del consumo di alcool.
- Promozione di sana alimentazione e attività fisica.
- Attivazione di interventi strutturati di esercizio fisico - Attività Fisica Adattata (AFA) - per le persone già affette da patologia, in collaborazione con Medici di Medicina Generale e specialisti di ASST Cremona con prosecuzione delle attività del Laboratorio di Promozione dell'attività fisica e movimento, a composizione multidisciplinare e multiprofessionale (Dipartimento Funzionale di Prevenzione, Distretto Cremonese, Referenti Case di Comunità di Cremona e Casalmaggiore, Medicina Sportiva, Coordinatore dei Fisioterapisti, Rappresentante dei Medici di Medicina Generale, Rappresentante degli specialisti ospedalieri, Direttore Distretto Casalasco-Viadanese, ATS Val Padana - Promozione della Salute e Prevenzione fattori di rischio comportamentali, componenti aggiuntivi a geometria variabile).

Promozione della *health literacy* in contesto opportunistico e fin dai corsi di accompagnamento alla nascita che rappresentano l'occasione per condividere paure e dubbi, cercare rassicurazioni, raccogliere indicazioni aggiornate su pratiche salutari in gravidanza a vantaggio della salute e del benessere di mamma e bambino. La gravidanza rappresenta un momento potenzialmente molto favorevole, per intervenire e sostenere il cambiamento dei comportamenti della madre, e in generale dei futuri genitori, in una direzione più sana, ad esempio in merito a:

- o disassuefazione dal fumo e alcoolici;
 - o sostegno dell'allattamento materno e contrasto alla malnutrizione;
 - o prevenzione e riconoscimento precoce della depressione;
 - o stile di vita attivo;
 - o dieta equilibrata;
 - o alfabetizzazione vaccinale.
- Percorsi congiunti Scuola-Salute in raccordo con ATS e loro catalogo della Salute a Scuola – "Progettare in Rete": prosegue la promozione della salute, il benessere e la cultura della sicurezza e della legalità all'interno del sistema educativo di istruzione e formazione. Alla base vi è una visione integrata, continuativa e a medio/lungo termine, secondo i principi dell'azione intersettoriale e della pianificazione partecipata, in coerenza con le norme e i programmi nazionali. Lo sviluppo di programmi intersettoriali sono volti ad accrescere le capacità personali in termini di:

- *life skills*: auto efficacia e resilienza degli individui nei contesti di vita (scuola) e di lavoro, con particolare attenzione ai gruppi vulnerabili;
- corretta alimentazione;
- malattie sessualmente trasmesse;
- benessere e relazioni;
- affettività e sessualità;
- relazioni e prevenzione del bullismo;
- prevenzione degli incidenti domestici;
- *unplugged* per le dipendenze;
- *peer to peer*.
- Piani Integrati Locali;
- Piani locali Gioco d'azzardo patologico (GAP);
- Salute nei luoghi di lavoro (WHP), identificata dall'OMS come una delle strategie efficaci nell'ambito delle politiche di promozione della salute e diminuzione delle assenze dal lavoro. Prosegue il coinvolgimento nel programma "WHP - Rete dei luoghi di lavoro che promuovono salute" al fine di facilitare l'adozione di stili di vita sani (alimentazione salutare, riduzione fumo di tabacco e consumo di alcol, aumento attività fisica, adesione agli screening, vaccinazioni, ecc.):
 - promozione della ginnastica posturale e pause attive per dipendenti ASST Cremona; già attivo anche il progetto FAI LE SCALE;
 - Progetto "Ansia, se la conosci puoi gestirla";
 - Monitoraggio copertura vaccinale per Morbillo e rosolia per dipendenti ASST Cremona come da nota regionale 15276 del 19/04/2023;
 - Vaccinazione stagionale per influenza e Covid;
 - Promozione dell'adesione agli screening in ambito WHP con ATS Val Padana e Medicina del Lavoro di ASST Cremona;
 - Sana alimentazione nelle mense e distributori automatici;
 - Disassuefazione dal fumo;
 - Riattivazione dello sportello d'ascolto con lo psicologo del lavoro.



Obiettivi e indicatori:

- Implementazione della Rete di Scuole che promuovono salute, per favorire un processo orientato non solo alla prevenzione ma alla creazione, nella comunità e nei suoi membri, di competenze trasversali da parte degli allievi (*life skills training program, unplugged*, educazione fra pari, co-progettazione, *policy* scolastiche) sul miglioramento del benessere psicofisico, come raccomandato dall'OMS nel suo approccio globale alla salute nelle Scuole;
- Favorire il raccordo organizzativo con ATS;
- Raccordo nelle azioni comunicative alla popolazione, secondo le indicazioni regionali;
- Implementazione della rete dei Luoghi di Lavoro che promuovono salute (WHP);
- Creazione di un elenco di strutture aderenti al progetto Attività Fisica Adattata (AFA) ed Esercizio Fisico Adattato (EFA);
- Incremento di disponibilità oraria negli istituti aderenti alla Rete di Scuole che promuovono salute;
- Avvio di almeno due buone pratiche nell'ambito del programma WHP;
- Verifica del numero di strutture aderenti al progetto AFA/EFA;
- Presenza di punti informativi fisici con informazioni di date e orari di accesso alla prevenzione per l'offerta di informazioni al cittadino e al professionista.

Sviluppo di attività di potenziamento:

- Promozione della *health literacy* con proseguimento della raccolta dati tramite *survey* ai genitori;
- Pianificazione vaccinale presso il Servizio del medico Competente aziendale nell'ambito della salute nei luoghi di lavoro;
- Mantenimento di percorsi nell'ambito dei Luoghi di Lavoro che promuovono salute, per il coinvolgimento delle ASST all'adozione di interventi che promuovono sani stili di vita (ginnastica posturale per i dipendenti, piatto della salute nelle mense per favorire l'adozione competente e consapevole di comportamenti alimentari salutari, ricette della salute, ambienti liberi da fumo);

- Contrasto alla malnutrizione intesa come non adeguato stato di nutrizione per cui carenza, eccesso o squilibrio energetico, proteico e di altri nutrienti, causa di effetti avversi misurabili a livello di tessuti/corporatura (forma/taglia e composizione corporea), funzionamento ed esito clinico;
- Nell'ambito della maratona Nati per Leggere con il supporto del servizio Comunale Piccola Biblioteca, si procederà al coinvolgimento anche dei servizi ospedalieri e della Casa Circondariale con la collaborazione delle associazioni di volontariato.

VACCINAZIONI E SORVEGLIANZA MALATTIE INFETTIVE

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), le malattie infettive, nonostante la loro riduzione a livello globale, rappresentano sei delle prime dieci cause di morte nei Paesi a basso reddito. In Italia, grazie ai programmi vaccinali in atto da anni, la maggior parte delle malattie prevenibili da vaccino è sotto controllo, o mostra una tendenza dell'incidenza in netto calo. Rimangono comunque un importante problema di sanità pubblica.

Alla luce dei dati epidemiologici, dell'andamento delle malattie infettive, del rinnovamento del Sistema di Sorveglianza delle Malattie Infettive e dell'implementazione di piani di emergenza, è necessario considerare prioritariamente le disuguaglianze di ogni territorio: la concezione di interventi volti a contrastare i meccanismi che espongono le frange più vulnerabili della popolazione a un maggior rischio di infezione è di importanza fondamentale per contenere lo scoppio di epidemie virali e l'insorgenza di nuovi focolai e ondate.

Caratteristiche del contesto afferente ad ASST Cremona:

Nel contesto lombardo, le coperture vaccinali hanno raggiunto una percentuale alta, con la necessità di identificare correttamente le principali fasce di popolazione non aderenti alla vaccinazione. Il percorso di analisi dei determinanti delle singole patologie non può, però, essere elaborato senza una analisi della *Hesitancy*.

L'esperienza vissuta nel corso della pandemia ha evidenziato l'importanza dell'offerta vaccinale in termini di capillarità, equità e prossimità, con il coinvolgimento non solo di centri e HUB vaccinali, Case di Comunità, Ospedali Di Comunità e tutti gli attori dello scenario sociosanitario, ma anche delle Cure primarie, con i medici di medicina generale/pediatri di libera scelta, delle farmacie e delle Unità di Offerta Socio Sanitaria (UDOSS).

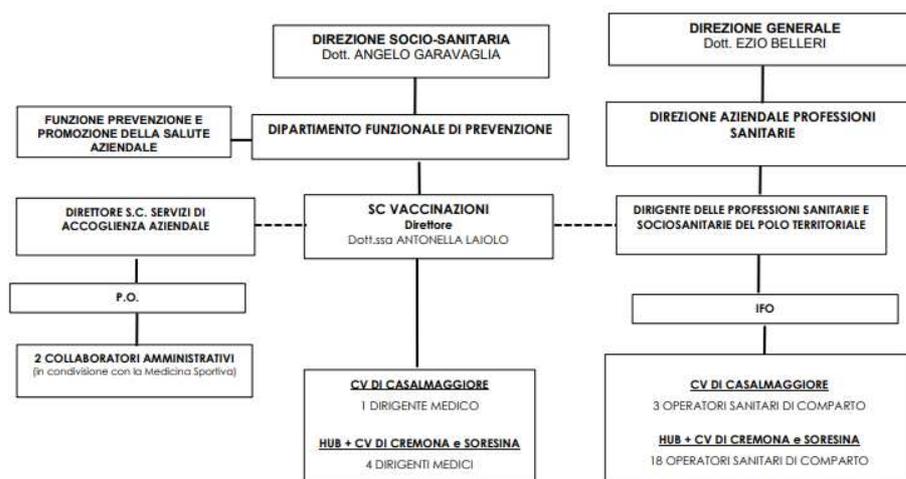
Struttura organizzativa:

La SC Vaccinazioni ASST Cremona consta di **4 punti vaccinali: 3 centri vaccinali (CV) e 1 HUB**, che svolgono le seguenti attività:

- **3 CV per le vaccinazioni di routine:**
 - Vaccinazioni dei livelli essenziali di assistenza (LEA)/obbligatorie dell'infanzia e dell'adolescenza;
 - Richiami dell'adulto;
 - Vaccinazioni dei migranti;
 - Vaccinazioni dei fragili/patologici;
 - Vaccinazioni delle gravide e delle donne in età fertile;
 - Vaccinazione in post-esposizione;
 - Vaccinazioni in co-pagamento;
 - Vaccinazioni del viaggiatore con offerta dimensionata ai bisogni del proprio territorio;
 - Campagna di promozione vaccinale secondo le direttive di Governance ministeriali, regionali e di ATS;
 - Sedute di recupero per migliorare le coperture vaccinali su mandato regionale e/o di ATS;

- Front-office per l'evasione delle richieste dell'utenza, risposta telefonica e alle e-mail quotidiana, servizio *reminder* e *recall*;
 - Back-office per inviti e solleciti per le sedute vaccinali offerte attivamente; controllo ordinario di scorte, ordini e materiali; movimenti demografici (cambi di residenza, verifiche con il Comune) e inserimento immigrati; statistiche e rendicontazioni; percorsi di recupero dell'inadempienza; distribuzione vaccini alle UDOSS, ai reparti e ai medici del territorio; interventi di promozione della salute alla popolazione.
- **1 HUB** con le seguenti attività, a capacità produttiva variabile secondo le esigenze, la stagionalità i fattori epidemiologici e le direttive regionali:
 - Campagna anti-Covid;
 - Campagna antinfluenzale;
 - Vaccinazioni destagionalizzate Anti-pneumococco e anti-zoster, con estensione dell'offerta secondo indicazioni regionali;
 - Campagna antivaiolo delle scimmie;
 - Presa in carico vaccinale dei patologici;
 - Distribuzione vaccini per le somministrazioni da parte di Medici di Medicina Generale, equipe domiciliari, carcere, reparti ASST;
 - Formazione.

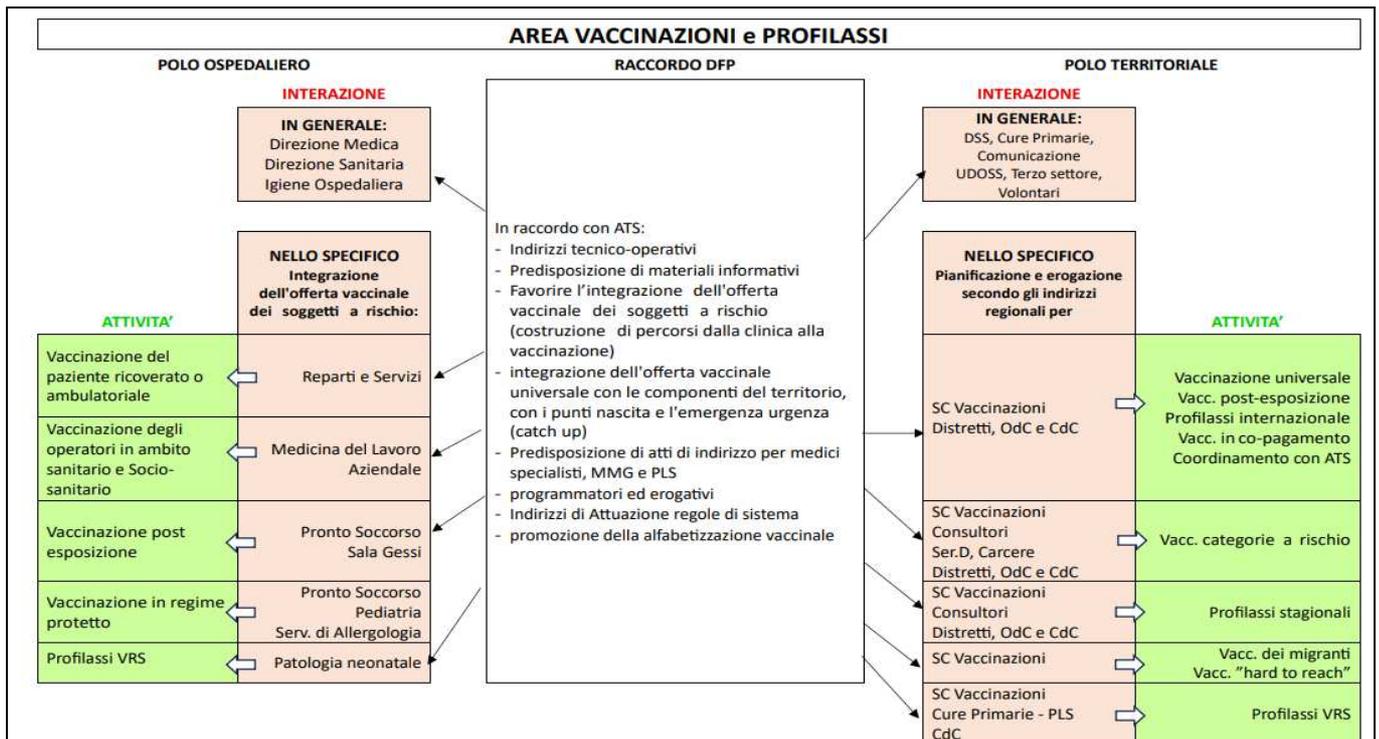
Organigramma:



Coperture vaccinali dell'infanzia e dell'adolescenza:

	% copertura	cut-off	MEDIA regionale
3° dose ESAVALENTE ai 24 mesi di vita	95,9	95	
3° dose PNEUMOCOCCO ai 24 mesi di vita	93	95	94
1° dose MORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA ai 24 mesi di vita	96,3	95	
1° dose VARICELLA ai 24 mesi di vita	95,8	95	
1° dose MENINGOCOCCO C ai 24 mesi di vita	95,6	95	
4° dose DIFTO-TETANO-PERTOSSE-POLIO ai 6 anni di vita	92,3	95	89,7

Attività, interazioni e gruppi di lavoro:



Finalità:

Nel prossimo triennio proseguirà l'attività vaccinale e si prospettano nel breve termine, come da DGR 2966/24 e da PL18 e PSSR1.15:

- Miglioramento delle coperture vaccinali per le Vaccinazioni LEA dell'infanzia e dell'adolescenza, obbligatorie e facoltative raccomandate;
- Promozione e supporto alla destagionalizzazione dell'offerta di vaccino anti-zoster e anti-pneumococco (come da DGR 1025 del 02/10/23), con preparazione/aggiornamento di materiale informativo (poster e brochure e sito ASST) in collaborazione con la Comunicazione ASST e ATS;
- Avvio della profilassi passiva per il Virus Respiratorio Sinciziale (VRS) come da Nota regionale RL_RLAOOG1_2024_7771 del 10/09/24 e secondo le modalità e i criteri definiti dalla Commissione Vaccini Regionale (di cui fa parte il Direttore della SC Vaccinazioni), in sinergia con Pediatria-Nido, Cure primarie e Pediatri di Libera Scelta.
Sarà fondamentale a tale scopo, la sinergia con l'Ostetricia e i Consultori dal punto di vista della promozione e con il Nido e i Pediatri di Libera Scelta per la somministrazione della profilassi;
- Promozione della profilassi vaccinale in gravidanza ed età fertile, in sinergia con i Consultori e la Ginecologia;
- Promozione della immunizzazione contro il papilloma, in collaborazione con Ostetricia e Consultori, con preparazione e aggiornamento di materiale informativo (poster, brochure e sito ASST), in collaborazione con la Comunicazione ASST e ATS;
- Promozione delle vaccinazioni ai fragili, come da DGR 1827 del 31/01/24, in raccordo con i reparti specialistici dell'Ospedale e attivazione dell'offerta vaccinale in Ospedale di Comunità;
- Promozione della alfabetizzazione vaccinale e avvio del progetto pilota di *survey* ai genitori, sulle vaccinazioni, in collaborazione con la Comunicazione aziendale, la Qualità Aziendale, le Cure Primarie e la Pediatria Aziendale e i Consultori;
- Partnership con Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, per tramite delle Cure primarie, per l'informazione, la promozione e l'erogazione vaccinale;
- In collaborazione con ATS, promozione delle vaccinazioni fuori dei setting istituzionali (centri vaccinali) per il raggiungimento della popolazione esitante e della popolazione *hard to reach*.

Nello specifico in tale ambito:

- ridefinizione del percorso per la presa in carico vaccinale dei migranti;
- progetto pilota per la prevenzione sanitaria (vaccinazioni e screening) rivolte alla popolazione carceraria nel territorio di ASST Cremona.
- Gestione dei percorsi di recupero dell'inadempienza vaccinale;
- Pubblicazione delle agende sul sistema unico di prenotazione per il counselling e le vaccinazioni per i viaggiatori internazionali di cui alla DGR 850/2023, con offerta dimensionata ai bisogni del proprio territorio;
- Attivazione del nuovo software vaccinale, che racchiude le funzionalità dei due software utilizzati finora, con formazione del proprio personale dedicato alle vaccinazioni e facilitazione per la formazione del personale della medicina di famiglia;
- Prosecuzione della campagna Anti Sars-Cov2: piano di contrasto al Covid con rispetto dei target temporali, allocazione e monitoraggio della saturazione degli slot secondo le indicazioni della DGvax;
- Prosecuzione della campagna antinfluenzale, rivolta all'intera popolazione, con le priorità definite da Ministero e DGvax e promozione volta al miglioramento delle percentuali di copertura vaccinale degli over 60, dei fragili, delle gravide/puerpere e dei bambini;

A tal fine sono previste:

- Formazione degli operatori e informazione dell'utenza, presso le Case di Comunità di ASST Cremona e l'Ospedale di Comunità;
- Vaccinazioni Antinfluenzali eseguite da ASST al di fuori dei setting istituzionali per il raggiungimento della popolazione esitante e della popolazione *hard to reach* che comprende le somministrazioni in carcere;
- Promozione e decentramento delle somministrazioni ai fragili, in raccordo con i reparti specialistici dell'Ospedale e con attivazione dell'offerta vaccinale nelle Case di Comunità e Ospedale di Comunità;
- Continuità dell'offerta vaccinale con azioni organizzative e di sensibilizzazione per il paziente cronico con l'obiettivo che l'offerta vaccinale sia inclusa nei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI);
- Distribuzione fiale agli erogatori esterni;
- Formazione e supporto formativo/tecnico del personale coinvolto sia intraziendale, sia territoriale e delle UDOSS.

Obiettivi e indicatori:

- Data Governance trimestrali: proseguiranno gli incontri come da punto 1.1.2.1 della DGR 2966/24;
- Percentuali di Copertura come da Portale Tableau e Portale vaccinale Regionale (SIAVR/ARVAX);
- Siti Internet aggiornati con attualità di date e orari di accesso alla prevenzione, date e orari di accesso ai centri vaccinali;
- Vaccinazioni e campagne vaccinali antinfluenzale e Covid;
- Attivazione dell'offerta vaccinale nelle case di comunità
 - Standard atteso: $\geq 90\%$ delle case di comunità;
- Punti di offerta di prossimità della vaccinazione antinfluenzale, crescenti dal 2024 al 2026, comprensivi delle Case di Comunità
 - Standard atteso: numero punti di vaccinazione di prossimità, anche in collaborazione con Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta, aumentati per ogni campagna antinfluenzale;
- Vaccinazioni antinfluenzali eseguite da ASST al di fuori dei setting istituzionali per il raggiungimento della popolazione esitante e della popolazione *hard to reach*, crescenti dal 2024 al 2026
 - Standard atteso evidenza di un programma per la vaccinazione degli *hard to reach*;

- Continuità dell'offerta vaccinale per il paziente cronico dimesso dall'ospedale, con verifica che nei piani assistenziali individualizzati dei medici del territorio sia presente l'offerta vaccinale standard;
- Standard atteso: evidenza di verifica a campione, di almeno 50 PAI/anno del proprio territorio con inserimento delle vaccinazioni e conseguenti azioni organizzative e di sensibilizzazione.

Si riporta l'obiettivo di copertura vaccinale per i vaccini previsti dal Calendario Vaccinale che saranno oggetto di costante rivalutazione e aggiornamento da parte della Cabina di Regia di monitoraggio del PNPV e sulla base delle esigenze di Sanità Pubblica.

Fascia di età*	Vaccinazione	Obiettivo di copertura vaccinale
A 12 mesi	Ciclo completo di rotavirus	≥90%
A 24 mesi	3° dose di difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B, Hib	≥95%
	Ciclo completo di meningococco B	≥90%
	1° dose di meningococco ACWY	≥90%
	1° dose di varicella	≥95%
	1° dose di morbillo, parotite, e rosolia	≥95%
A 6 anni	Ciclo completo di pneumococco coniugato (PCV)	≥95%
	4° dose difterite, tetano, pertosse, poliomielite	≥95%
	2° dose di morbillo, parotite e rosolia	≥95%
A 15 anni	2° dose di varicella	≥95%
	Richiamo meningococco ACWY	≥95%
	Ciclo completo di HPV	≥95%
	5° dose di Difterite, Tetano, Pertosse, Poliomielite	≥90%
	2° dose di Morbillo Parotite Rosolia (recuperi)	≥95%
A 65 anni	2° dose di Varicella (recuperi)	≥95%
	Herpes Zoster	≥50%
>= 65 anni	Pneumococco	≥75%
	Influenza	≥75%**

Fonte: Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023-25

Sviluppo di attività di potenziamento:

- Avvio della profilassi attiva per il virus respiratorio sinciziale secondo le modalità e i criteri definiti da Regione in sinergia con Cure primarie, Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta e Case di Comunità;
- Decentramento delle somministrazioni vaccinali ai fragili, come da DGR 1827 del 31/01/24, in raccordo con i reparti specialistici dell'Ospedale e attivazione dell'offerta vaccinale nelle Case di Comunità, Ospedale di Comunità e Casa Circondariale;
- Sperimentazioni dell'utilizzo del teleconsulto per le vaccinazioni internazionali;
- Digitalizzazione della cartella vaccinale con dematerializzazione ed efficientamento dell'archiviazione.

RESPONSABILE DI AZIONE:

- Direttore Dipartimento Funzionale di Prevenzione ASST;
- Direttore SC Vaccinazioni e Sorveglianza malattie Infettive ASST.

GRUPPO DI LAVORO ASST:

- Responsabile Funzione Prevenzione e Promozione della Salute;
- IFO – coordinatore delle professioni sanitarie;
- Responsabili e operatori del polo territoriale e del polo ospedaliero, secondo progettualità e ambiti di competenza.

ALTRI SOGGETTI COINVOLTI:

Associazioni del terzo settore, Comunicazione aziendale.

PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE PER LA PROGRAMMAZIONE TRIENNALE 2025/2027

SCHEMA AREA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

La programmazione per l'area della salute mentale e delle dipendenze prevede sia il consolidamento di progetti già attivi con le opportune modifiche in relazione a patologie in costante evoluzione, sia l'avvio di nuove progettualità per nuovi bisogni di salute mentale.

La salute mentale non può prescindere dal contesto di vita e sociale ed è pertanto centrale operare in stretta sinergia con i diversi attori sanitari, sociosanitari e sociali. L'integrazione ospedale-territorio è già fortemente connaturata alla storia della Psichiatria e della Neuropsichiatria Infantile, ma anche l'integrazione sociale è consolidata, pur necessitando di nuovi percorsi, in considerazione dell'evoluzione sociale e dei cambiamenti quantitativi e qualitativi delle manifestazioni psicopatologiche.

La programmazione si concentra sull'attenzione alle fasce più fragili, in particolare da un lato agli adolescenti e dall'altro agli anziani, con il comune obiettivo di intercettare precocemente il disagio adolescenziale e le problematiche psichiche e sociali legate all'invecchiamento.

PERCORSI DI INTEGRAZIONE TRA PSICHIATRIA E LA RETE DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI

Normativa di riferimento:

La DGR 1827/24 prevede tematiche di carattere clinico-organizzativo che coinvolgono e impegnano le attività territoriali della UOP e sono relative alla definizione di percorsi di integrazione tra DSMD e la rete residenziale per anziani e per persone con disabilità con problematiche di disturbi del comportamento.

La casistica in oggetto è qualificata da soggetti che, a prescindere dell'orientamento diagnostico, presentano, anche temporaneamente, problemi di aggressività auto o etero diretta, che necessitano di un trattamento psicofarmacologico e/o di intervento assistenziale intensivo e/o la consulenza specialistica psichiatrica, quali azioni di supporto agli interventi di contenimento relazionale e educativo.

Struttura organizzativa e soggetti coinvolti:

In funzione dell'appropriatezza dei ricoveri in SPDC e della garanzia del turn over nell'utilizzo dei posti letto, nonché di ottimizzare procedure di inserimento in RSD-RSA di soggetti seguiti sul territorio, si è avviato un tavolo di lavoro tra ATS Val Padana/ASST-UOP Cremona/Fondazione Istituto Vismara-De Petri Onlus di San Bassano che prevede entro fine anno 2024 di definire uno specifico percorso diretto a condividere strumenti di valutazione dell'assessment del paziente disabile e/o psichiatrico e anziano e i passaggi necessari al suo inserimento e alla gestione in struttura, garantendo una risposta integrata tra i servizi residenziali territoriali per la disabilità e i servizi ospedalieri e territoriali afferenti ai Dipartimenti di salute mentale e delle dipendenze.

Il gruppo di lavoro che si è costituito comprende rappresentanti della SS Salute Mentale e delle Dipendenze di ATS Val Padana, Operatori della UO Psichiatria ASST Cremona e rappresentanti della Fondazione Istituto Vismara-De Petri.

Finalità:

Le finalità perseguite vengono di seguito sintetizzate:

- garantire a pazienti anziani e/o con disabilità e problematiche di disturbi del comportamento la continuità dell'intervento assistenziale;

- favorire la collaborazione e la comunicazione tra ATS, ASST-DSMD e servizi della rete territoriale mediante modalità di lavoro efficaci e condivise;
- favorire una tempestiva conoscenza e presa in carico di situazioni “compromesse” sotto il profilo sanitario e sociale, da parte degli operatori coinvolti, al fine di attivare gli interventi più adeguati;
- ottimizzare e rendere appropriato l’uso delle risorse disponibili nel territorio, anche sviluppando nuovi modelli di gestione.

Obiettivi e indicatori:

Entro fine 2024 verrà redatto un documento in forma di “PROTOCOLLO PILOTA PER LE DIMISSIONI ED AMMISSIONI PROTETTE DI ANZIANI E PERSONE CON DISABILITÀ E CON PROBLEMATICHE DI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO”, prevedendo la successiva condivisione, attraverso le funzioni dell’OCSMD, anche con il DSMD dell’ASST di Crema e Mantova e con gli altri stakeholders territoriali.

L’obiettivo del Protocollo Pilota è garantire l’integrazione tra DSMD e la rete residenziale per anziani e per persone con disabilità con problematiche di disturbi del comportamento al fine di raggiungere una corretta collocazione in struttura residenziale, ridurre il ricorso a ricoveri impropri in SPDC e favorire la collaborazione nella gestione dei soggetti con tali problematiche, in carico ai Servizi psichiatrici territoriali.

Nello specifico:

- Anno 2025: realizzazione di almeno 1 evento formativo da realizzare a cura di ASST-DSMD entro maggio 2025; realizzazione di 1 evento formativo a cura di ATS entro dicembre 2025 per restituzione risultati protocollo pilota; proseguimento tavolo lavoro condiviso con almeno 4 incontri e produzione report finale; presentazione di almeno 1 progetto innovativo condiviso.
- Anno 2026: coinvolgimento di almeno 1 altro Ente gestore delle strutture residenziali; attuazione progetto innovativo e diffusione risultati.
- Anno 2027: messa a regime del percorso con applicazione a tutti gli Enti gestori operanti nel territorio ASST Cremona; messa a sistema del progetto innovativo.

Cronoprogramma:

- Gennaio 2025: condivisione del lavoro in sede OCSMD; completamento gruppo di lavoro ASST-DSMD.
- Anno 2025: applicazione, monitoraggio e valutazione risultati del Protocollo; eventi formativi per condivisione e allineamento del personale ASST-DSMD e Fondazione Vismara in merito ai contenuti del Protocollo e all’assessment dei soggetti; revisione del Protocollo entro fine 2025 con l’accompagnamento di ATS VP; proposte per nuovi modelli di gestione integrata ASST-DSMD/rete residenziale/altri ETS in affiancamento con ATS (ad es. integrazione con altri servizi residenziali, *co-housing*, telemedicina).
- Anno 2026: ampliamento utilizzo Protocollo ad altri enti della rete residenziale RSA-RSD afferente ASST Cremona; monitoraggio e valutazione protocollo; sperimentazione proposte nuovi progetti assistenziali.
- Anno 2027: messa a regime del percorso e proseguimento sperimentazione, mantenimento ciclo miglioramento continuo (PDCA).

MISURE A FAVORE DI SOGGETTI CON DISTURBI PSICHIATRICI E ANZIANI CON DISAGIO PSICHICO, IN CONDIZIONI DI SOLITUDINE E ISOLAMENTO

Normativa di riferimento:

La collaborazione iniziata nel 2024 tra UO Psichiatria e rappresentanti del Servizio Sociale del Comune di Cremona, realizzata tramite una regolare condivisione e discussione di casi comuni e/o la reciproca segnalazione di situazioni sociosanitarie “sconosciute” a uno dei due Servizi, ha fatto emergere

l'esistenza di una fascia di popolazione che vive in condizioni di solitudine e isolamento, siano essi soggetti con disturbi psichiatrici e/o soggetti anziani con disagio psichico necessitanti di interventi sanitari o sociali per lo più in regime di urgenza.

Il dato osservazionale ha condotto alla proposta di sviluppare un percorso condiviso che trova sostegno nelle regole di sistema di Regione Lombardia per il 2024 (DGR 1827/2024), con particolare riferimento all'area anziani-interventi sociosanitari (Allegato 5 DGR 1827), all'area famiglia e solidarietà sociale, disabilità e pari opportunità (Allegato 12, interventi a valere sulla missione 5 componente 2 del PNRR, integrazione con le reti di offerta sociale del territorio-PdZ) e all'area attori, organizzazione e processi (Allegato 6, sviluppo della nuova sanità territoriale espressa dal PNRR-Missione 6-componenti M6C1 e M6C2, nonché dal DM 77/2022).

Caratteristiche del contesto afferente ad ASST Cremona:

Nel Rapporto Epidemiologico Annuale Lombardia – REAL (2023), tra le 35 malattie/condizioni selezionate dal modello CReSc 2.0 quale *score* sulla cronicità, sono state individuate per la prima volta condizioni legate alla salute mentale (quali disturbo depressivo, disturbo bipolare, disturbo schizofrenico) che presentano un elevato carico sul SSR perfettamente sovrapponibile ad altre condizioni cliniche. Anche i dati epidemiologici forniti da UOC Osservatorio epidemiologico e UOC Raccordo con il sistema sociale di ATS Val Padana, nonché quelli ricavati dal Sistema Informativo Psichiatria Regione Lombardia (SIPRL) relativi al territorio dell'ASST di Cremona fanno emergere informazioni significative, quali:

- la speranza di vita della popolazione nella provincia di Cremona è inferiore al resto della Lombardia e dell'Italia, sia per donne che uomini;
- sul territorio dell'ATS VP sono presenti circa 170.000 assistiti cronici;
- la popolazione anziana (=> 65 anni) residente nel territorio di ATS VP è circa il 25 % dei cittadini, l'indice di vecchiaia è di 187 per ATS Val Padana (sopra la media regionale di 170) e per la provincia di Cremona raggiunge un valore ancora maggiore pari a 208;
- i dati relativi agli accessi ai servizi psichiatrici registrano un'utenza maggiormente appartenente alla fascia d'età 45-65, a seguire 30-44 e over 65;
- lo stato di salute per fascia di età 45-65 anni e over 65 evidenzia che le malattie psichiatriche nel Distretto di Cremona rimangono le più elevate nell'ambito di ATS Val Padana.

Con tali premesse, si propone un piano di sviluppo territoriale con l'obiettivo di definire un percorso di precoce presa in carico sociosanitaria e sociale di soggetti con disturbi psichiatrici e anziani con disagio psichico, in condizioni di isolamento e solitudine.

Obiettivi e indicatori:

- costituzione di un gruppo multidisciplinare, trasversale, con operatori appartenenti ai Servizi sanitari e sociali, che co-progetti e co-programmi interventi di intercettazione precoce delle situazioni di marginalità, con il coinvolgimento di ETS. Ciò potrebbe consentire di ridurre il ricorso a interventi in urgenza e a inappropriati ricoveri in SPDC e costruire una rete informale di aiuto attraverso il coinvolgimento del volontariato;
- fornire risposte ai bisogni sanitari e sociali del paziente anziano e con grave disturbo psichiatrico e/o i caregiver, in condizioni di solitudine, isolamento e marginalità, orientando verso servizi appropriati;
- coordinare la rete di cura e assistenza dai Servizi Sociali ospedalieri ai Servizi sociosanitari territoriali e ai Servizi Sociali comunali, per favorire l'attivazione di percorsi di tutela dei soggetti fragili (ad es. percorso di tutela giuridica, richieste di invalidità civile, accesso a benefici, ecc.);
- monitorare al domicilio costruendo una rete, per il tramite delle funzioni afferenti al Distretto, di raccordo con Cure primarie/COT/CdC/OdC/IFeC/Servizi specialistici;
- condivisione del percorso di integrazione con la rete residenziale per individuare percorsi di inserimento mirati (RSA/RSD),

- sviluppare collaborazioni con ETS per progettualità condivise relative all'area abitare (ad es. co-housing, housing sociale).

Nello specifico:

- Anno 2025: creazione di un sistema di raccolta dati condiviso, report finale attività gruppo di lavoro trasversale, realizzazione degli eventi del percorso formativo, monitoraggio e riduzione interventi clinici in urgenza e riduzione ricoveri inappropriati in SPDC.
- Anno 2026: report finale di attività del gruppo di lavoro, presentazione di almeno 1 progetto innovativo in co-progettazione.
- Anno 2027: report finale di attività del gruppo di lavoro e dell'andamento del progetto innovativo.

Cronoprogramma:

- Anno 2025: formalizzazione gruppo di lavoro ASST-DSMD e Comune di Cremona, raccolta e sistematizzazione dati relativi alla popolazione interessata nella Città di Cremona e contestuale gestione casi, progressivo coinvolgimento Azienda sociale Cremonese, Consorzio Comunale Casalasco, Responsabili Distretti ed ETS, definizione di un percorso condiviso, percorso formativo ovvero realizzazione di 1 evento formativo di allineamento del gruppo di lavoro (GdM) ed evento di presentazione lavoro con ATS VP/Direzione ASST Cremona/Collegio dei Sindaci.
- Anno 2026: proseguimento coordinamento gruppo lavoro e gestione casi, revisione del percorso e proposta di almeno 1 progetto innovativo.
- Anno 2027: proseguimento coordinamento gruppo di lavoro e gestione casi, attuazione progetto innovativo e diffusione risultati.

DISABILITÀ PSICHICA E DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

Normativa di riferimento:

Nella realizzazione del Piano Operativo Regionale Autismo (DGR n. 5415 del 25 ottobre 2021) sono intervenute progettualità a valenza ministeriale (oggi denominati Autinca e Diapason) che concorrono all'implementazione delle attività previste dal piano stesso.

Struttura organizzativa e soggetti coinvolti:

I servizi della UO di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza e la UO di Psichiatria in collaborazione e in rete con i servizi per la fragilità e domiciliarità (Consultorio, Centrale Operativa Territoriale, Punto Unico di Accesso, Cure Domiciliari), lavorano in raccordo con i servizi sociali dei territori (servizio disabilità del Comune di Cremona e dei comuni afferenti all'Azienda Sociale Cremonese e del Consorzio Casalasco Servizi Sociali). Con gli enti erogatori di prestazioni (enti sociosanitari territoriali, terzo settore), si sono impegnati nella riorganizzazione degli interventi rivolti alle persone con disturbo dello spettro autistico e alle loro famiglie, costituendo équipe specialistiche. Nella ASST il lavoro si sviluppa trasversalmente tra i diversi componenti attraverso il NFA nucleo funzionale autismo per l'età evolutiva e il nucleo di coordinamento del Servizio Disabilità Psichica che comprende anche le due realtà funzionali presenti nel Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze - l'équipe autismo adulti e l'équipe di transizione autismo.

Finalità:

Il funzionamento delle équipe specialistiche è finalizzato a garantire interventi efficaci per la diagnosi e il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nonché per la pianificazione del progetto di vita.

Destinatari:

Gli interventi sono rivolti alle persone con disturbi dello spettro autistico e alle loro famiglie, a partire dalla loro presa in carico iniziale (in età evolutiva). Infatti, si pone particolare attenzione alla diagnosi precoce, fin dal bilancio di salute dei pediatri a 18 mesi. Particolare attenzione viene posta anche al monitoraggio nella età di transizione (16-18 anni), realizzando una proposta di un percorso di accompagnamento verso i servizi per l'età adulta.

Attività specifiche svolte:

Per la diagnosi precoce i pediatri segnalano sulla piattaforma regionale win4asd i casi a rischio a 18 mesi e i NPI collegati effettuano la presa in carico, in fast track entro 10 gg. Per la realizzazione del progetto di vita della persona è attiva da tempo una specifica progettualità denominata "Zero30" (nome di fantasia che coinvolge comunque solo adulti) che vede la collaborazione tra i professionisti della ASST con Fondazione Istituti Ospedalieri di Sospiro e con Caritas Cremonese.

Il Servizio Disabilità Psichica svolge l'attività con interventi peculiari volti a garantire i benefici di legge che consentano la realizzazione del diritto alla cura, alla cittadinanza e alla realizzazione sociale delle persone affette da specifici disturbi. Si impegna a collaborare alla valutazione multidimensionale dei bisogni e delle risorse per le persone con disabilità intellettiva, coordinando gli interventi dei servizi specialistici anche per le certificazioni ai fini di Invalidità civile, legge 104, legge 68; assicura la partecipazione alle équipe integrate per la legge 112 ("dopo di noi"); verifica l'idoneità all'erogazione da parte di ATS Valpadana dei sostegni al lavoro di cura della famiglia per la disabilità gravissima (Misura B1 e Voucher Autismo); coordina le équipe specialistiche per l'autismo degli adulti e dei minori; si collega con i servizi per la disabilità dei servizi sociali territoriali.

Obiettivi e indicatori:

La programmazione triennale ha come obiettivo l'ottimizzazione e il consolidamento delle attività avviate e la progressiva ulteriore implementazione del Piano regionale Autismo e delle Linee Guida Istituto Superiore di Sanità. Lo sviluppo del piano vuole arricchire anche l'offerta alle famiglie affinché si sentano concretamente prese in carico e accompagnate nella gestione della persona affetta da disabilità psichica riducendo il ricorso improprio ai servizi sanitari e limitando il rischio di dipendenza istituzionale.

Diviene necessario, in tal senso, stabilizzare o avviare (dove non presente) la collaborazione con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta nonché con i diversi specialisti che intervengono nelle condizioni di comorbidità.

È inoltre in previsione la definizione e formalizzazione delle modalità di collegamento con la Centrale Operativa Territoriale, i servizi presenti nelle Case della Comunità e i Punti Unici di Accesso con l'obiettivo di rendere maggiormente performante il percorso "Rosa dei Venti" (organizzazione e accompagnamento alle prestazioni ambulatoriali e di *day hospital* per persone con disabilità) e auspicando nella realizzazione del percorso DAMA (*Disabled Advanced Medical Assistance*) nei Presidi Ospedalieri; le azioni mirano a favorire l'integrazione tra ospedale e territorio.

Con riferimento all'irrinunciabile valore apportato dal Terzo Settore, verrà ulteriormente sviluppata l'integrazione con le realtà territoriali di riferimento.

Nello specifico saranno valutati:

- Funzionamento del nucleo di coordinamento del Servizio Disabilità Psichica (numerosità, frequenza, verbali);
- Implementazione dell'équipe funzionale integrata coinvolgendo anche i rappresentanti di MMG e PLS, servizio sociale territoriale, enti gestori, enti del terzo settore, associazioni di utenti e familiari;

- Monitoraggio dell'attività ordinaria con particolare attenzione all'intercettazione della popolazione non in grado di avvicinarsi ai servizi (misurare il target);
- Realizzazione e/o partecipazione alla formazione condivisa con gli altri partner (numero eventi, partecipanti);
- Realizzazione di laboratori psicoeducativi e di incontri rivolti alle famiglie realizzati dall'équipe integrata per progetto "Zero30".

DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

I Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) sono ormai da considerarsi un'epidemia sociale. Sempre di più e sempre prima: l'età di esordio è stabilizzata tra i 10 e i 30 anni con età media di 17 anni ma crescente è l'abbassamento dell'età di esordio. I gruppi ad alto rischio di sviluppare i DNA sono gli adolescenti e i pazienti con una o più delle seguenti caratteristiche: BMI basso o elevato, preoccupazioni per il peso e le forme corporee, sintomi dispeptici, problemi psicologici. Chi sta sviluppando un disturbo dell'alimentazione fa fatica a riconoscerlo, spesso lo nega o lo minimizza. Tanti altri "sintomi" se conosciuti possono orientare a capirlo. Il ritardo nella formulazione della diagnosi può avere pesanti ripercussioni sulla storia naturale del disturbo con gravi conseguenze sia a livello fisico sia psicologico. Più precocemente si inizia un trattamento maggiori saranno le possibilità di successo. Intercettare il disagio giovanile può evitare la cronicizzazione del disturbo in età adulta.

Normativa di riferimento:

A sostegno della cura e della lotta al fenomeno dei DNA, Regione Lombardia ha approvato la Legge Regionale 23 febbraio 2021 D.G.R. n. 7357/22 decreto n.433 del 29/06/2023 "Disposizioni per la prevenzione e per la cura dei DNA e il sostegno ai pazienti e alle loro famiglie".

Struttura organizzativa e soggetti coinvolti:

Con l'approvazione del Piano Biennale Locale di contrasto ai DNA è stato possibile realizzare un ambulatorio DNA di primo livello che si occupa di accogliere le richieste pervenute, di effettuare una valutazione medica e psicopatologica e di prendere in carico il paziente dal punto di vista medico, psicologico, educativo e nutrizionale. Le situazioni più gravi e che necessitano di percorsi di ricovero o residenziali verranno inviate a un centro di secondo livello. All'interno della ATS Valpadana è stato individuato come hub per eventuali ricoveri il centro di Borgo Mantovano afferente alla ASST di Mantova.

L'équipe DNA della ASST di Cremona è attualmente formata dalla Dott.ssa Francesca Giannetti, Psichiatra Responsabile Ambulatorio DNA, dal Dott. Giacomo Piccini, neuropsichiatra infantile, dalla Dott.ssa Lupi Alessandra, Psicologa/Psicoterapeuta e dalla Dott.ssa Camilla Grossi, Dietista. Ambulatorio necessario perché in linea con le indicazioni normative regionali attiva e potenzia il Piano Locale di contrasto ai disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione.

Destinatari:

Si rivolge a tutti coloro che hanno il sospetto della presenza o di un esordio di DNA.

Attività specifiche volte:

Il trattamento si articola con una prima visita psichiatrica o neuropsichiatrica infantile e una successiva visita psicologica e nutrizionale finalizzata all'inquadramento diagnostico e alla presa in carico successiva. La strutturazione di un'équipe dedicata e multiprofessionale supera anche il problema della transizione tra età minore ed età adulta, garantendo una continuità del percorso di cura e presa in carico. L'accesso si caratterizza per una bassa soglia, in quanto non richiede impegnative, è gratuito ed è prenotabile attraverso una mail dedicata (disturbi.alimentazione@asst-cremona.it).

Obiettivi e indicatori:

- aumento delle competenze degli operatori sulla valutazione e presa in carico del paziente con DNA (attraverso pianificazione di interventi formativi della rete destinati alla presa in carico, diagnosi, trattamento e riabilitazione dell'utenza in oggetto, secondo le indicazioni della letteratura EMB);
- applicazione del PDTA regionale in fase di uscita;
- pubblicizzazione sui canali social aziendali e sulle testate locali (Informazione e sensibilizzazione della popolazione generale, con particolare attenzione al mondo scolastico attraverso il coinvolgimento della rete delle associazioni di utenti e familiari);
- collaborazione con MMG e PLS e realtà associazionistiche locali (Lady Tramp) al fine di rilevare segnali di esordio;
- progettazione e avvio nel 2025 di due progetti di intercettazione precoce e sensibilizzazione della popolazione presso il Consultorio di Cremona, in collaborazione con l'équipe DNA. I progetti coinvolgeranno gli utenti (ragazzi e genitori) dello Spazio Giovani in forma laboratoriale e utilizzando la metodologia della *Peer Education*, con l'obiettivo di riuscire a intercettare precocemente il disagio giovanile in merito a tali disturbi per evitare un loro aggravamento e/o cronicizzazione;
- attraverso la telemedicina sarà garantita assistenza e monitoraggio dei pazienti a distanza.

Nello specifico, sono stati individuati i seguenti indicatori:

- definitiva strutturazione e formazione dell'équipe;
- numero di persone che accedono al servizio;
- numero di invii a centro di secondo livello rapportato al numero di prese in carico;
- iniziative sul territorio e coinvolgimento degli altri attori territoriali;
- numero di visite effettuate con teleconsulto.

Risultati attesi:

Lo scopo è quello di diventare un riferimento territoriale per un disturbo per il quale sino ad oggi vi era una forte migrazione ad altri territori limitrofi, in quanto il servizio pubblico non aveva una équipe formata e dedicata.

PIANO GAP (GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO)**Normativa di riferimento:**

Il Piano Locale per il contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico è un progetto di informazione, sensibilizzazione e presa in carico di persone con problemi di gioco d'azzardo, i cui ultimi riferimenti normativi si basano sulla D.G.R. 80/2023.

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo ha presentato repentini cambiamenti delle sue caratteristiche e manifestazioni. È migrato prevalentemente dalle classiche sale slot alla realtà online (con particolare esplosione delle scommesse sportive), dove si sovrappone e spesso si innesta su altri comportamenti potenzialmente additivi: videogiochi, social media, shopping e *trading* online.

Finalità:

Gli obiettivi del piano sono di promuovere l'aumento di conoscenze e di competenze finalizzate a sostenere processi di *health literacy* nei diversi target, potenziare l'attività di prevenzione e contrasto al GAP nei setting Scuola, Luoghi di lavoro e Comunità locali, potenziare le opportunità di diagnosi precoce, cura, e riabilitazione del Disturbo da Gioco d'azzardo.

Interazioni:

Il piano attuato da ASST è in connessione con i piani attivati dai territori (Comuni e Privato sociale) che hanno un obiettivo di informazione e intercettazione del fenomeno, con invio ai servizi specialistici. In questo processo saranno ulteriormente attivati percorsi di formazione comune tra i diversi operatori della rete sociosanitaria, dei servizi sociali comunali, del privato sociale e dell'associazionismo.

Il piano è inoltre in collegamento e connessione con le Scuole e con progettualità specifiche avanzate dalle scuole sul tema.

Struttura organizzativa e soggetti coinvolti:

La progettualità di questo piano ha consentito al nostro Servizio un'approfondita formazione specifica con i necessari aggiornamenti stanti i rapidi cambiamenti del fenomeno e la strutturazione di una micro-équipe multiprofessionale dedicata all'interno del Servizio che prende in carico persone con disturbo da gioco d'azzardo e anche i loro familiari e opera nel territorio per interventi di sensibilizzazione e intercettazione precoce, stante il forte delta tra numero stimato di giocatori problematici e giocatori patologici (stimati questi ultimi tra il 1.5 % e il 3 % della popolazione) da un lato e persone che si rivolgono al servizio specialistico dall'altro.

Il progetto è portato avanti da un'équipe multiprofessionale che contempla la figura del Responsabile del SerD Roberto Poli, psichiatra, della assistente sociale Cristina Bassini e della psicologa Tiziana Manigrasso.

Obiettivi e indicatori:

Per colmare il divario tra il bisogno e le difficoltà di accesso al servizio saranno attivate modalità proattive di intercettazione, con spostamento dal servizio specialistico ad altri contesti sia istituzionali sia informali, per superare le barriere legate alla stigmatizzazione del contesto di cura del SerD. Saranno inoltre attivate modalità interattive anche sul web e percorsi di presa in carico attraverso percorsi di telemedicina per consentire una maggior fruibilità da parte dei giovani, offrendo percorsi individuali e di gruppo online.

Saranno ulteriormente potenziati i percorsi di prevenzione specifica all'interno della Casa Circondariale, considerato che la popolazione carceraria presenta come noto un elevatissimo tasso di dipendenze da sostanze, ma anche di dipendenze comportamentali e del gioco d'azzardo nello specifico.

Nello specifico, sono stati individuati i seguenti indicatori:

- numero di persone prese in carico dal servizio per gioco d'azzardo;
- numero di nuovi accessi al servizio per gioco d'azzardo e altre dipendenze comportamentali;
- iniziative formative congiunte con gli altri attori territoriali;
- eventi di sensibilizzazione sul territorio.

Risultati attesi:

I risultati attesi sono di un incremento dell'intercettazione di giocatori problematici per una presa in carico al fine di ridurre le conseguenze spesso drammatiche derivanti dal gioco d'azzardo e di una maggiore consapevolezza nella popolazione dei rischi legati all'azzardo classico e alle altre nuove dipendenze.

PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE DELLE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE (IST) E INTERVENTI DI RIDUZIONE DEL DANNO**Normativa di riferimento:**

Nell'ambito delle infezioni sessualmente trasmesse appare fondamentale sia un programma di informazione e sensibilizzazione in un'ottica di prevenzione primaria sia un programma di screening attuato anche con modalità proattive, come da indicazioni nello specifico per il virus dell'epatite C nella

DGR n. XI/5830 del 29/12/2022 “Determinazioni in merito al programma regionale di screening per l’eliminazione del virus HCV”. Nell’ambito degli interventi di riduzione del danno, legati alla marginalità sociale estrema che portano anche problematiche sanitarie e infettivologiche, il riferimento normativo è la D.d.s. 22 marzo 2024 - n. 4788 della D.G. Famiglia, solidarietà sociale, disabilità e pari opportunità “Percorsi di prevenzione e limitazione dei rischi nei luoghi di aggregazione e di divertimento giovanile e di contrasto al disagio di giovani e adulti a rischio di marginalità, attraverso interventi di aggancio, riduzione del danno e inclusione sociale – Biennio 2024/2026”.

Struttura organizzativa e soggetti coinvolti:

Il Centro IST nella ASST di Cremona è allocato nel Servizio Dipendenze, in stretta connessione e sinergia con il reparto di Malattie Infettive e con il Dipartimento di Prevenzione. La presenza all’interno del SerD deriva storicamente dalla pandemia HIV che trovava nei tossicodipendenti un serbatoio importante, ma rimane tuttora coerente rispetto al rischio infettivo di una qualunque dipendenza poiché l’uso di sostanze influenza i comportamenti, anche sessuali, delle persone, “allontanando” l’attenzione dalla prevenzione.

Nella fase post-pandemica, inoltre, si è assistito a un incremento delle infezioni sessualmente trasmesse nei giovani per i quali sono necessari sia interventi informativi di prevenzione che azioni proattive di screening e diagnosi precoce.

Sull’epatite C vi è in corso a livello nazionale e regionale un forte investimento in quanto, data l’altissima efficacia dell’attuale terapia farmacologica a fronte di scarsi effetti collaterali, è raggiungibile l’obiettivo dell’eradicazione della patologia entro il 2030 come prefissato dall’OMS.

La struttura organizzativa prevede un’équipe che vede la presenza della Dr.ssa Antonia Cielo, medico igienista referente del progetto, della Dott.ssa Chiara Mondini, Dott.ssa Sara Cavagnoli, Dott.ssa Paola Pinotti, del Dott. Antonelli Alessandro e del Dott. Olzi Diego.

Finalità:

La finalità del progetto è quindi quella di attuare percorsi orientati e specifici per la diagnosi precoce e la sensibilizzazione verso comportamenti di prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili

Destinatari:

Sono destinatari del progetto

- Utenti afferenti al Servizio Dipendenze;
- Popolazione generale, con particolare attenzione alle fasce d’età più giovani.

Attività specifiche svolte:

Il progetto integra in un’ottica di sistema, interventi specifici di incremento delle attività di screening delle principali patologie infettive tra gli utenti tipici dei Servizi per le dipendenze, e, in parallelo, azioni di prevenzione con diffusione, informazione, sensibilizzazione, anche attraverso l’esecuzione in ambito territoriale di test di screening rivolti alla popolazione generale, con particolare attenzione per le fasce d’età più giovani.

La declinazione delle attività prevede:

- Esecuzione di esami diagnostici attraverso prelievo ematico per gli Utenti afferenti al Servizio Dipendenze;
- Esecuzione di test di screening rapidi (salivari o *finger-stick*) nei servizi territoriali e durante gli eventi di socializzazione;
- Predisposizione di Brochure formative e informative da distribuire nel corso della partecipazione a eventi sociali e ricreativi sul territorio.

Sono in fase finale di definizione una serie di progetti di integrazione territoriale con le principali realtà sociali e del terzo settore che prevedono la diffusione di attività informativa e di screening.

È inoltre di recente attivazione l'ambulatorio PrEP, ossia profilassi pre-esposizione per il rischio di contrarre HIV. Tale ambulatorio è stato attivato anche a seguito di sollecitazioni e confronti che vi sono stati con Associazioni sensibili sul tema e in particolare con ARCI e Arcigay

Nell'ambito delle attività di prevenzione si inseriscono alcune progettualità che hanno un respiro più ampio ma che intersecano anche le azioni inerenti alle infezioni sessualmente trasmesse:

- Progetto Fast Track City: adesione a una rete internazionale volta alla prevenzione dell'infezione da HIV. A livello locale si è realizzata una partnership con Comune di Cremona, Casa della Speranza, Coop. Bessimo e ATS Valpadana volta ad attuare le azioni per contenere ed eradicare in futuro l'epidemia HIV. Azioni proattive di screening con test rapidi HCV/HIV in altri contesti sanitari e iniziative sul territorio (eventi ricreativi dove sono presenti molti giovani).
- Progetto Torrazzo: è un programma di riduzione del danno per giovani e adulti a grave rischio di marginalità e disagio sociale. Di seguito gli obiettivi perseguiti:
 - Favorire aggancio in strada o in luogo "neutro" e non istituzionalizzato, denominato Dropin, quale luogo di prima assistenza, anche in relazione ai bisogni primari;
 - Indirizzare o accompagnare le persone con modalità mirate verso la rete dei servizi.

Entrambi i progetti hanno come punto di forza l'intercettazione di Utenza "non tipica SerD" nei punti di maggiore aggregazione sociale e agire azioni di prevenzione attraverso interventi di educazione alla salute e di prevenzione delle Infezioni Sessualmente trasmissibili, con consegna di materiale informativo, ed eseguendo test rapidi di screening (HIV e HCV).

Obiettivi e indicatori:

Gli obiettivi sono quelli di:

- aumento del numero di soggetti per i quali viene identificata una positività alle IST;
- riduzione del rischio di contrarre e diffondere l'HIV;
- identificazione delle persone che hanno contratto l'HCV al fine di poter attuare la terapia farmacologica antivirale;
- rilevazione e trattamento delle altre patologie infettive a trasmissione sessuale. L'obiettivo è inoltre la prevenzione intervenendo sugli stili di vita.

Infine, l'obiettivo del progetto è prevenzione intervenendo sugli stili di vita e di riduzione del danno, contenendo i rischi individuali, sanitari e sociali di una fascia di popolazione di grave marginalità.

Sono individuati i seguenti indicatori in relazione alle singole attività:

- Numero di test di screening effettuati all'interno del Servizio Dipendenze;
- Numero di test di screening effettuati in contesti territoriali extra sanitari;
- Numero di accessi al Dropin e aiuti sociali erogati.

PSICOLOGO CASA DI COMUNITÀ

Normativa di riferimento:

La Casa di Comunità è un luogo di riferimento per la salute della persona. L'intento è quello di favorire la creazione di un rapporto fiduciario con gli abitanti del territorio, rendendo anche più semplice l'accesso ai servizi e la presa in carico globale dei pazienti. Il Decreto 23 maggio 2022 n.77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale Servizio Sanitario Nazionale" prevede, in caso di maggiore complessità clinico assistenziale, la cooperazione dello psicologo nella equipe multiprofessionale delle Case di Comunità (CdC) e gli affida il compito di referente delle valutazioni e delle risposte ai bisogni psicologici del paziente e della sua rete di supporto. Nella deliberazione 7758 del 28-12-22 – allegato 11 – è prevista la presenza dello psicologo a tempo pieno in ogni Casa di Comunità, ogni 100.000 abitanti, da dedicare alle valutazioni psicologiche, all'intercettazione precoce del bisogno. Compito delle U.O.PSI è quello di integrare gli interventi psicologici a diversi livelli dalla Prevenzione e Promozione della Salute a Cure Primarie fino

a Interventi specialistici. Rispetto ai dati: si stanno definendo per ogni servizio/ambito nel quale lo psicologo opera, pertanto anche per la Casa di Comunità, dei centri di costo specifici della psicologia per facilitare la rendicontazione delle prestazioni e la creazione di un flusso autonomo di dati.

Struttura organizzativa e soggetti coinvolti:

In ASST Cremona la prima CdC che ha preso avvio è nel territorio di Soresina e a seguire la CdC di Casalmaggiore. Con le risorse a disposizione e in ottemperanza ai fabbisogni sia del Consultorio che della CdC, si è dedicata, dal 2023, una parte di tempo delle risorse psicologiche già presenti al Consultorio, anche per lo svolgimento dell'attività in CdC. Attualmente, con la recente approvazione dei fabbisogni di personale del 2024, sarà possibile garantire la presenza di uno psicologo a tempo indeterminato, dedicato, all'interno di ogni Casa di Comunità. Gli psicologi della Casa di Comunità afferendo all'area funzionale di psicologia aziendale, fanno riferimento al Responsabile della UO Psicologia della ASST. Fanno parte del Gruppo di lavoro multiprofessionale della Casa di Comunità: Psicologo, Referente infermieristico PUA, Case Manager Infermieristico, Assistente Sociale, in collaborazione con Medico MMG/PLS e altri Specialisti coinvolti.

Finalità:

- Primo accesso alla psicologia clinica e coordinamento/raccordo sociosanitario, realizzazione della funzione di rete, in integrazione con Assistenti sociali, nell'ambito delle strutture territoriali di prossimità nelle quali lo psicologo rappresenta il referente e connettore di rete;
- Favorire l'appropriatezza dell'accesso ai servizi sulla base dei bisogni percepiti;
- Accoglienza e intervento psicologico precoce di prossimità a favore della popolazione, soprattutto adolescenti e soggetti con fragilità (*lifetime*).

Dopo aver effettuato il primo accesso al PUA avviene una prima accoglienza unitamente a una valutazione del bisogno che consente di: informare e orientare; valutare la complessità del bisogno: semplice → risposta diretta; con problema sociale → attivazione di colloquio di approfondimento con l'Assistente Sociale; complesso → attivazione dell'equipe per la valutazione multidimensionale del bisogno e per una presa in carico di primo livello.

Destinatari:

Adolescenti e soggetti con fragilità (*lifetime*), persone con disabilità, con patologie organiche croniche (non in condizioni di intrasportabilità) e con necessità di riconoscimenti di certificazioni/invalidità.

Attività specifiche svolte:

Interventi ritenuti meritevoli di un percorso psicologico di supporto o psicoterapia breve, senza il coinvolgimento di altre figure professionali. Interventi a cui si accede con impegnativa del MMG.

Valutazione del disagio emotivo mediante testistica ad hoc; consultazioni orientate al sostegno psicologico nelle diverse fasi del ciclo di vita in presenza di difficoltà di adattamento a eventi stressanti; attività di integrazione con equipe multidisciplinare per utenti con patologie organiche croniche (non in condizioni di intrasportabilità); valutazioni neuropsicologiche di primo livello, valutazioni funzionali ai riconoscimenti di certificazioni/invalidità, valutazioni su richiesta di Specialisti per aggiornamento clinico del paziente e per implementazione di piano terapeutico adeguato, valutazioni per riconoscimento benefici Legge 68 in collaborazione con Medicina Legale.

Obiettivi e indicatori:

Per l'anno 2025:

- con apertura della CdC di Cremona, una risorsa dedicata sull'area distrettuale;
- in conseguenza delle distribuzioni previste, avvio di ambulatori di valutazioni neuropsicologiche sul territorio;
- creazione di percorsi di collaborazione con il Dipartimento di Cure Primarie e la SC Servizi per la Domiciliarità;
- percorsi condivisi con Consulteri per progettare attività integrate evitando sovrapposizioni;

- presa di contatto con enti del terzo settore/associazioni di volontariato per collaborazioni su linee specifiche.

Anni 2025-2026:

- Numero di riunioni di equipe funzionali alla gestione delle richieste caso-specifiche;
- Numero proposte di incontri con la rete;
- Definizione modalità operative di integrazione (buone pratiche);
- Partecipazione a percorsi formativi mirati (disabilità-Dopo di noi).

PSICOLOGIA DELLE CURE PRIMARIE

Normativa di riferimento:

La Legge Regionale del 25 gennaio 2024, n.1 ha istituito il servizio di psicologia delle cure primarie allo scopo di offrire un intervento psicologico tempestivo e di prossimità a sostegno dell'azione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, in raccordo con i professionisti che operano nella salute mentale e nella prevenzione. Gli psicologi della Casa di Comunità e il servizio di Psicologia delle Cure Primarie (LR n.1/2024) afferiscono all'Area di Psicologia aziendale della ASST. Laddove non fosse ancora stata istituita l'Area di Psicologia aziendale prevista nel DM 77/2022, tali funzioni gestionali sono svolte dalle U.O. Psicologia delle ASST (LR n.15/2016). È necessario strutturare un'offerta psicologica integrata, in grado di coordinare coerentemente la filiera delle attività dei Servizi che si estendono dal primo al secondo livello di intervento, in maniera trasversale e longitudinale.

Struttura organizzativa e soggetti coinvolti:

ASST Cremona, recepito con Atto aziendale, ha previsto l'istituzione di incarichi di personale dedicato, per l'istituzione e organizzazione del Servizio di Psicologia delle Cure Primarie. In ogni Casa di Comunità è prevista la presenza di 1 Psicologo delle Cure Primarie, che si occupa di offrire interventi a sostegno dei bisogni assistenziali della popolazione. La psicologia delle cure primarie è un modello di intervento psicologico da implementare nella medicina territoriale di primo livello, in collegamento con le strutture della comunità di appartenenza. Lo psicologo delle cure primarie può operare attraverso diversi modelli di cooperazione con i MMG e i PLS, in specifiche condizioni, a seconda delle realtà territoriali foriere di bisogni specifici, all'interno della rete territoriale.

Gli psicologi delle Cure Primarie fanno parte della Psicologia aziendale a cui afferiscono e fanno riferimento al Responsabile della UO Psicologia della ASST. La Struttura organizzativa prevede un gruppo di lavoro multidisciplinare e interistituzionale.

Per un intervento efficace è indispensabile una mappatura dei servizi esistenti in ASST e nella rete dei servizi e sua condivisione con le Cure Primarie, oltre a organizzare incontri con i medici per mettere a fuoco le aree emergenti su cui concentrarsi per implementare le attività psicologiche.

Destinatari:

I destinatari sono la popolazione generale e in particolare i giovani e le famiglie.

Finalità:

- Intercettazione dei primi segni di sofferenza psicologica sia dell'utente sia della famiglia, assicurando risposte tempestive;
- Definizione di percorsi di integrazione con MMG/PLS, il PUA, la COT, gli Specialisti, i Servizi e i diversi nodi della Rete territoriale;
- Attivazione di un servizio di psicologia delle cure primarie in CdC;
- Definizione e diffusione di prassi con principali invianti (MMG e PLS);
- Valutazione delle modalità di accoglienza e orientamento dei pazienti (in maniera congiunta, parallela o sequenziale con MMG/PLS);

- Definizione e percorsi di integrazione con l'area della prevenzione e la salute mentale, dell'autonomia e della fragilità;
- Valutazione del bisogno al fine di fornire all'utenza strumenti per acquisire maggiore consapevolezza, laddove la tipologia dei problemi presentati non necessiti di interventi di servizi specialistici.
- Promozione del benessere psicologico e di uno stile di vita sano nella popolazione generale in collaborazione con le diverse Agenzie territoriali.

Attività specifiche svolte:

- Colloqui psicologici di accoglienza, screening e orientamento;
 - Consulenza breve al singolo o alla famiglia che sta attraversando un momento critico, a bassa intensità di cura;
 - Orientamento verso servizi specialistici di salute mentale, consultori, servizi sociosanitari e per la disabilità o indirizzare verso ulteriori approfondimenti diagnostici;
 - Erogazione di cure psicologiche di prossimità integrate con i servizi sanitari e sociosanitari distrettuali anche in collaborazione con enti del terzo settore.
- L'accesso al servizio di Psicologia delle Cure Primarie è diretto e non richiede impegnativa;

Interazioni:

L'interazione e integrazione con Servizi e con soggetti del Terzo Settore ha l'obiettivo di favorire un approccio alla salute e al benessere psicologico, promuovendo incontri tematici e sensibilizzando le Agenzie del Terzo Settore.

Obiettivi e indicatori:

- Collaborazione con MMG e PLS al fine di rilevare segnali di un possibile disagio psicologico nei pazienti in un'ottica preventiva e di orientamento; tale collaborazione permette di cogliere ed effettuare una lettura della sofferenza che includa gli aspetti psicologici attraverso strumenti individuati, brevi, autosomministrati e/o *clinician-report*;
- Attivazione di un Servizio di psicologia delle cure primarie in CdC;
- Registrazione dei dati di attività del Servizio di Psicologia delle cure primarie, del numero di pazienti e di prestazioni con trasmissione all' Osservatorio regionale previsto dalla LR 1/2024, da definire secondo indicazioni regionali.

Per gli anni 2025 e 2026, implementazione di percorsi di collaborazione con il Dipartimento di cure primarie.

NUOVI CONTESTI DI INTERCETTAZIONE E DIAGNOSI PRECOCE PER ADOLESCENTI E GIOVANI: SPAZIO AGIO

Normativa di riferimento:

L'Unione Europea nell'ambito della programmazione strategica sulle politiche giovanili ha stabilito undici obiettivi strategici per le nuove generazioni in Europa, i cosiddetti *youth goals*.

Tra questi l'obiettivo 5 consiste nel conseguire un migliore benessere mentale e porre fine alla stigmatizzazione dei problemi di salute mentale, promuovendo in tal modo l'inclusione sociale di tutti i giovani e pone in particolare l'accento sulle misure di prevenzione, sullo sviluppo di un approccio inclusivo intersettoriale e sulla lotta contro la stigmatizzazione. L'obiettivo 3 promuove inoltre l'inclusione di tutti i giovani nella società, mentre l'obiettivo 9 mira a rafforzare la partecipazione democratica e l'autonomia dei giovani.

Caratteristiche del contesto afferente ad ASST Cremona:

Si assiste, da alcuni anni, a un aumento della richiesta di accesso ai servizi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze di Cremona da parte di adolescenti e giovani in crisi evolutiva e/o con disturbi psicopatologici già in una fase avanzata della condizione che ne ha determinato l'accesso. Tuttavia, allo stesso tempo, si rileva una ancora troppo presente difficoltà dei servizi sanitari, sociosanitari e socioeducativi a intercettare gli adolescenti e in particolare la cosiddetta "zona grigia", rappresentata da situazioni in cui la patologia non è ancora conclamata e in cui si registrano notevoli resistenze ad accedere ai servizi dedicati. Questo anche a causa della spiccata connotazione di alcuni dei servizi in senso psicopatologico e quindi non percepiti dalla popolazione target come spazi di possibile accesso, anche perché collocati in contesti sanitari e in tal modo poco adatti per un accesso di bassa soglia.

La presenza di diversi modelli culturali di riferimento e diversi assetti organizzativi nell'ambito dei servizi coinvolti, qualora non integrati, concorrono ad aumentare il rischio di non soddisfare le aspettative reciproche e di non essere funzionali alle esigenze di cura e accompagnamento degli adolescenti e delle loro famiglie.

Finalità:

Il progetto si pone le finalità di creare una modalità di accoglienza e preavvalutazione per i/le giovani di età compresa fra i 13 e i 25 anni secondo pratiche *evidence based* multidisciplinari, fortemente integrate fra i servizi del Consultorio, i servizi specialistici (UONPIA, CPS, SERD) e i servizi sociali ed educativi del territorio.

Le progettualità e gli interventi hanno inoltre la finalità di aumentare la consapevolezza e auto-consapevolezza rispetto al proprio sentire e bisogno, di abbattere lo stigma e *self*-stigma, di favorire l'agevolazione della richiesta di aiuto garantendo un accesso appropriato ai servizi deputati alla presa in carico della condizione di bisogno.

Attività specifiche svolte:

Interventi e azioni si prefiggono di realizzare un aggancio precoce anche attraverso progettualità di tipo laboratoriale, esperienziale, educativo, espressivo ma anche con contenuti che hanno finalità di prevenzione primaria e secondaria, attraverso una messa in rete di tutti i servizi e gli enti coinvolti.

Spazio A.Gio è realizzato attraverso la costituzione di una Équipe Territoriale Integrata fra ASST Cremona e educatori e operatori sociali del Comune di Cremona. I servizi coinvolti in ASST sono la Neuropsichiatria Infantile, la Psichiatria, il SerD e il Consultorio. L'attività progettuale è affiancata da interventi erogati in uno sportello dedicato, secondo un funzionamento programmato, con accesso libero da parte di giovani o degli adulti di riferimento.

In virtù di quanto già siglato con specifica convenzione, le attività proprie di questa progettualità si avvalgono anche di uno spazio messo a disposizione dal Comune di Cremona in pieno centro città, in piazza Giovanni XXIII.

Interazioni:

Le attività e gli interventi si realizzano in maniera strettamente integrata con gli attori del sistema scolastico, con la rete del terzo settore, dell'associazionismo e del volontariato, con i punti di aggregazione del territorio di riferimento.

Obiettivi e indicatori:

- Raggiungere il maggior numero di popolazione possibile, attraverso mezzi che fanno già parte del quotidiano, per favorire l'intercettazione precoce;
- Aumentare l'informazione e la formazione rispetto alle tematiche del dolore adolescenziale e del disagio;
- Fornire conoscenza sull'offerta del territorio;

- Fornire uno strumento in grado di offrire spazi concreti per l'accoglienza del bisogno e del disagio anche nelle sue forme meno conclamate e per fornire supporto e accompagnamento alle situazioni individuate come fragili;
- Sostenere il lavoro di informazione dello sportello, sia attraverso la gestione parziale dei social sia nei luoghi di riferimento che fanno parte del territorio;
- Creare un linguaggio condiviso con la popolazione adolescenziale.

Nello specifico, sono stati individuati i seguenti indicatori:

- Giorni di attivazione dello sportello;
- Numero utenza che accede allo sportello;
- Istituti scolastici entrati in rete nella progettualità;
- Numero di Singoli progetti/eventi/laboratori attivati;
- Persone intercettate precocemente in relazione a una condizione di disagio meritevole di accesso ai servizi di primo livello.

DIGITALIZZAZIONE E TELEMEDICINA PER IL GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA IN NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

Normativa di riferimento:

La missione 6 del PNRR si collega strettamente al DM77 del 2022 perché entrambi mirano a trasformare e potenziare il SSN, con un focus particolare sull'assistenza territoriale e la prossimità dei servizi ai cittadini. Il DM77\2022 aggiunge le nuove linee guida organizzative e standard minimi per l'assistenza sanitaria territoriale, che sono essenziali per realizzare gli obiettivi della missione 6. Il DM77\2022 rappresenta un elemento regolatorio essenziale per implementare la visione di modernizzazione e accessibilità dell'assistenza territoriale promossa dal PNRR. La sua funzione è quella di fissare standard omogenei e criteri operativi per realizzare concretamente i cambiamenti strutturali previsti dalla missione 6, rendendo il sistema sanitario più vicino e accessibile a tutti i cittadini. I due strumenti sono collegati, infatti entrambi promuovono l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, in particolare nelle Case di comunità, strutturate per offrire anche servizi di supporto sociale, promuovendo un modello di assistenza multidisciplinare e collaborativo. Se il PNRR prevede investimenti per la digitalizzazione del sistema sanitario e la diffusione della telemedicina, il DM77\22 specifica come queste tecnologie devono essere implementate a livello territoriale per facilitare l'accesso ai servizi e monitorare i pazienti a distanza. Inoltre, la formazione continua e la riqualificazione del personale sanitario sono aspetti comuni alla missione 6 del PNRR e al DM77\22. Entrambi sottolineano l'importanza di aggiornare le competenze per adattarsi a un sistema sanitario che sta diventando sempre più digitalizzato e orientato all'assistenza territoriale.

Struttura organizzativa e soggetti coinvolti:

La piattaforma necessaria è un sistema web sviluppato per supportare il percorso clinico dei pazienti, in particolare nell'ambito della riabilitazione dell'età evolutiva e nei disturbi del neurosviluppo. La piattaforma deve essere già in linea con quanto previsto dal *General Data Protection Regulation (GDPR)* e dalle norme attuative italiane. La piattaforma deve consentire ai terapeuti di creare percorsi personalizzati, grazie all'utilizzo di questionari come SDQ, basati su protocolli scientifici validati. Questo approccio atto a seguire i pazienti con consigli specifici e un sostegno adatto alle esigenze individuali, aiuta le famiglie e i bambini ad affrontare problematiche legate allo sviluppo emotivo, linguistico e comportamentale, sia a casa sia a scuola.

Per ridurre le liste d'attesa UONPIA, ad oggi di nove mesi, possiamo sfruttare le potenzialità di una piattaforma, per ottimizzare i processi di valutazione e monitoraggio dei pazienti, migliorando l'efficienza e riducendo i tempi di attesa. Si tratta di un possibile modello di riorganizzazione dell'attività

diagnostica territoriale perché consente di sviluppare un sistema di valutazione di priorità e un modello di percorso diagnostico sviluppabile in modalità "blended", ossia in Telemedicina e in presenza.

Attività specifiche svolte:

Quali sono le strategie pratiche?

- Screening preliminare mediante raccolta di informazioni tramite questionari validati es. SDQ che possono essere somministrati alle famiglie prima della prima visita. Questo consente di identificare rapidamente le priorità effettive di intervento e indirizzare i pazienti verso i percorsi più adeguati, evitando visite superflue.
- Monitoraggio a distanza grazie alla funzionalità di telemedicina. La piattaforma facilita il monitoraggio dei pazienti da remoto, riducendo la necessità di visite frequenti e liberando risorse per nuovi casi. I terapeuti possono monitorare i progressi dei pazienti con aggiornamenti regolari e fornire consulenze a distanza.
- Personalizzazione dei percorsi clinici. Questo risulta possibile, mediante la piattaforma, per ciascun paziente, ottimizzando le risorse in base alle specifiche necessità. Ciò significa che i casi più urgenti possono essere trattati con maggiore tempestività e quelli meno gravi possono essere seguiti in modalità a bassa intensità, riservando gli appuntamenti in presenza per chi ne ha più bisogno.
- Coinvolgimento e informazione delle famiglie. La piattaforma va strutturata per supportare anche i genitori, fornendo informazioni e strumenti educativi per gestire il disagio a casa e scuola. Questo aiuta a prevenire l'aggravamento di alcuni casi e ad aumentare l'efficacia degli interventi, poiché le famiglie sono più coinvolte nel percorso terapeutico e migliorano la capacità di gestione a casa. Tale aspetto riduce le richieste di appuntamenti urgenti, migliora la gestione dei sintomi nei casi meno gravi, anche attraverso un sistema di telemedicina sempre supervisionato da un servizio specialistico.
- Teleconsulto per prime visite e follow up. Per i casi che possono essere gestiti inizialmente a distanza la piattaforma supporta la telemedicina, permettendo al neuropsichiatra di condurre valutazioni iniziali o follow-up senza che i pazienti debbano recarsi in ambulatorio.
- Monitoraggio remoto tra le visite, mediante report settimanali o aggiornamenti inviati al personale sullo stato del bambino, per verificare cambiamenti critici o situazioni di emergenza.

Obiettivi e indicatori:

- Migliorare l'efficienza nella gestione dei pazienti in attesa di accesso alla UONPIA;
- Ridistribuzione delle priorità con un *triage* digitale che individua i casi con maggiore urgenza mediante questionari preliminari es. SDQ;
- Assegnare le visite in modo più mirato rispettando le tempistiche a 10 e 30 gg;
- Facilitare la prima visita e il monitoraggio per chi ha difficoltà di spostamento;
- Permettere di risparmiare tempo per casi meno complessi mediante il teleconsulto;
- Monitorare in remoto il progresso dei pazienti;
- Coinvolgimento e informazione alle famiglie.

Nello specifico sono stati individuati i seguenti indicatori:

- Anno 2025: produzione rapporto finale dello studio di fattibilità;
- Anno 2026: se confermata la fattibilità, sottoscrizione della convenzione ASST CREMONA _Ente proponente la piattaforma;
- Anno 2027: se la convenzione viene sottoscritta, esercizio della piattaforma in UONPIA Cremona e almeno 1 evento formativo congiunto prima di iniziare l'applicazione.

Cronoprogramma:

- Anno 2023: Piano sociosanitario Integrato regionale 2024-2028 DGR RL 1518\2023 conferma la strategia di collaborazione pubblico privato, anche attraverso strumenti digitali e di telemedicina per una gestione più integrata dei servizi. Questo piano estende l'applicazione delle convenzioni anche

per l'assistenza territoriale, in sinergia con le risorse disponibili per le strutture e i professionisti coinvolti. Queste disposizioni mirano ad aumentare l'accesso ai servizi e migliorare l'efficacia delle cure erogate, spesso avvalendosi di collaborazioni che garantiscono una gestione condivisa dei pazienti con strutture private accreditate; formazione UONPIA in telemedicina con presentazione di una piattaforma conclusa in ottobre 2023.

- Anno 2024: DGR XII/1827 del 31.1.24 “Regole di sistema” che include tra gli obiettivi le linee guida per la collaborazione con enti per migliorare l'efficienza e la gestione dei servizi sociosanitari, in particolare per la presa in carico di pazienti cronici e fragili; DGR 1781 del 22 gennaio 2024 RL “APPROVAZIONE NUOVE LINEE GUIDA REGIONALI IN MERITO ALLE SPERIMENTAZIONI GESTIONALI”; riunioni con Ente che ha realizzato la piattaforma e dato la disponibilità a customizzare l'impianto operativo della stessa in ASST Cremona.
- Anno 2025: studio di fattibilità mediante preparazione di un rapporto finale sulle analisi effettuate e che presenti ai decisori i costi, i benefici, il *return of investment* (ROI) costi\benefici, i rischi e un piano d'azione consigliato per il processo di adozione. Il tutto mettendo in evidenza i benefici dell'adozione della piattaforma e le strategie per garantire una transizione fluida, per prendere decisioni informate sulla convenzione con la piattaforma, identificando i vantaggi e le possibili criticità legate alla sua adozione.
- Anno 2026: se confermata la fattibilità, stipula della convenzione.
- Anno 2027: se redatta la convenzione, applicazione a regime, inserita nel ciclo di miglioramento continuo della qualità; almeno 1 evento formativo congiunto prima di iniziare l'applicazione.

AREA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE				
POLO OSPEDALIERO		RACCORDO	POLO TERRITORIALE	
ATTIVITÀ	INTERAZIONE		INTERAZIONE	ATTIVITÀ
IN GENERALE: Ricoveri in fase di acuzie nei reparti ospedalieri		DSMD composto da Neuropsichiatria Infantile Psichiatria Servizio Dipendenze Psicologia	IN GENERALE: Servizi specialistici propri e interazione con gli altri servizi sociosanitari, sociali e altri attori territoriali	
Servizi di:	NELLO SPECIFICO:		NELLO SPECIFICO:	Servizi di:
Psichiatria Pediatria Day hospital NPI Medicina	Ricoveri nei reparti di pertinenza o in altri reparti in appoggio Attività consulenziale in tutti i reparti		CPS Polo territoriale NPI SerD Consultorio Servizi sociali ETS	Presa in carico territoriale con stretta sinergia con i diversi servizi specialistici, i servizi sociali territoriali, la rete del privato sociale e tutti gli ETS

**PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE
PER LA PROGRAMMAZIONE TRIENNALE 2025/2027**

SCHEMA AREA DEI SERVIZI DISTRETTUALI

Nell'ambito del quadro della riforma sulla sanità territoriale è stato notevolmente potenziato il ruolo del territorio e il peso del distretto, andando a tracciare una linea di sviluppo nella cui costruzione si possano realizzare le migliori condizioni di contesto strutturale e organizzativo per la gestione, in chiave proattiva, della cronicità e della fragilità. In particolare, il distretto, assicurando l'integrazione tra gli attori dell'assistenza sanitaria – sociosanitaria - socioassistenziale nell'ambito delle articolazioni organizzative territoriali previste dal PNRR, deve operare per concorrere a produrre i valori dell'inclusione, della coesione, della qualità della vita delle persone, delle famiglie e delle comunità di riferimento, nella logica della presa in carico e quindi della continuità assistenziale fondata sui concetti di proattività, prossimità, personalizzazione, flessibilità e sostenibilità.

La programmazione triennale 2025-2027 prevederà il consolidamento e l'implementazione dei percorsi di integrazione e collaborazione tra i diversi professionisti del settore sociale e sanitario. Percorsi sostenuti da un approccio sistemico centrato sulla persona e non più sui servizi e che vedono nell'articolazione organizzativa dei PUA delle Case di Comunità e nella Centrale Operativa Territoriale luoghi privilegiati di realizzazione.

PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)

Normativa di riferimento:

Il PUA, come definito dalla normativa ministeriale (DM77/2022) e regionale (Deliberazione XI/6760 del 25 luglio 2022), rappresenta una modalità organizzativa di accesso unitario ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, in grado di avviare percorsi di risposta appropriati alla complessità dei bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi che troppo spesso rende complesso l'accesso ai servizi. Si configura pertanto come il primo contatto a disposizione della persona, finalizzato ad attuare pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi da parte di coloro che ne abbiano necessità e diritto.

Struttura organizzativa:

Nell'ambito del Distretto Cremonese e Oglio Po Casalasco-Viadanese, ASST di Cremona ha istituito il PUA che, in collaborazione con gli sportelli di ascolto sociali territoriali, costituiscono una rete di accoglienza per le persone presenti nei Comuni afferenti ai distretti mediante il lavoro coordinato e integrato delle équipe sociali e sociosanitarie.

Il Punto Unico di Accesso:

- fornisce le informazioni sui servizi sociali e sociosanitari e sulle modalità per accedervi;
- garantisce e agevola l'accesso unitario ai servizi sociali e sociosanitari;
- rappresenta la modalità organizzativa dei servizi di accoglienza e orientamento tra comune/ambito e distretto/ASST;
- è finalizzato ad avviare percorsi di risposta appropriati ai bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi e favorendo l'accesso integrato ai servizi in una visione di comunità;
- garantisce la valutazione multidimensionale delle persone non autosufficienti, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza nel proprio contesto di vita quotidiana.

Pertanto, l'istituzione del PUA risponde principalmente all'esigenza delle persone di avere informazioni complete in merito al diritto alle prestazioni, alle modalità di accesso agli interventi e ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari e di conoscere le risorse disponibili nel territorio in cui vivono.

Gli operatori del PUA effettuano una prima valutazione del bisogno, registrando l'attività sull'applicativo SGDT; l'analisi può identificare un bisogno semplice o complesso. In caso di bisogno semplice, il paziente viene accompagnato nell'attivazione del servizio necessario a rispondere al bisogno emerso (es. Cure Domiciliari, SAD, Protesica, informazioni generali), interfacciandosi con le unità d'offerta presenti sul territorio. Nel caso di bisogno complesso, il paziente viene rimandato a una ulteriore fase di valutazione multidimensionale, che può coinvolgere, oltre agli operatori del PUA, attori diversi, da individuare in base ai bisogni manifestati all'accesso al PUA: specialisti (es. neurologo, geriatra, palliativista, ecc.), psicologi, MMG/PLS, operatori sociali dei Comuni/Uffici di Piano, operatori sociosanitari di altri servizi territoriali.

Le funzioni dei PUA del Distretto di Cremona e del Distretto Oglio Po-Casalasco Viadanese sono articolate su due livelli:

- funzioni di *front-office*:
 - accesso in termini di accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento, raccolta degli elementi caratterizzanti il bisogno della persona attraverso l'applicativo SGDT;
 - informazioni relative ai diritti, alle modalità e ai tempi di accesso agli interventi e ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari;
 - risoluzione diretta dei casi semplici (p.e. programmazione di visite specialistiche ambulatoriali).
- funzioni di *back-office*:
 - identificazione dei bisogni assistenziali, avvio della presa in carico e attivazione dei servizi (p.e. Presa in carico IFeC);
 - attivazione delle Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM) e raccordo con la Centrale Operativa Territoriale (COT);
 - monitoraggio delle risorse disponibili presenti sul territorio.

Soggetti coinvolti:

Le figure professionali che possono operare all'interno del PUA sono:

- assistente sociale (sia dell'Ambito che di ASST), in qualità di referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della sua vita relazionale;
- personale sanitario (infermiere e/o Assistente sanitario): referente della risposta ai bisogni sanitari e assistenziali, in particolare: prevenzione e promozione della salute, presa in carico del paziente cronico e fragile, orientamento ai servizi domiciliari.

Nei PUA di Cremona e Soresina sono presenti degli operatori formati e abilitati all'utilizzo di Social Care, una piattaforma online pensata per i cittadini che si occupano di persone fragili (anziani, disabili, malati cronici). Social Care nasce da una collaborazione tra il Centro di ricerca "EngageMinds HUB" dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, il Politecnico di Milano, il Comune e la cooperativa "Il Solco" e mira a sviluppare un modello collaborativo di messa in rete di Comuni, Terzo Settore, enti sanitari (ASST, ATS) e altri attori volta a raccogliere i bisogni, informare sui servizi attivi presenti e orientare nella scelta i cittadini.

Finalità:

Gli indirizzi di programmazione nazionale, regionale e locale indicano che nel PUA siano attive prioritariamente le seguenti funzioni:

- Accesso: il paziente/caregiver ha la possibilità di accedere al PUA tramite contatto telefonico al numero dedicato negli orari di apertura, tramite mail ai rispettivi indirizzi (presenti nella carta dei servizi di ciascuna CdC) e/o tramite accesso diretto presso la CdC.

- Accoglienza: il PUA è il luogo dove paziente e caregiver possono ricevere informazioni e orientamento in maniera qualificata, semplificando l'accesso alla rete integrata dei servizi sanitari e sociali. L'operatore del PUA procede all'accoglienza e all'ascolto del bisogno ed effettua la registrazione dell'accesso sull'applicativo SGDT. In questa fase si svolge una funzione di orientamento all'accesso (front office).
- Orientamento e gestione della domanda. L'operatore del PUA, anche grazie alla partecipazione/collaborazione dell'assistente sociale comunale, garantisce, nello specifico, una prima valutazione del caso.
 - o Necessità di informazioni: nell'eventualità di casi in cui sono richieste informazioni orientative e di servizi procede all'orientamento del paziente/caregiver dando informazioni sui servizi sanitari e sociali e sulle modalità di attivazione;
 - o *Triage* sociosanitario: l'operatore presente al PUA, dopo la registrazione dell'accesso in SGDT, segnala con e-mail al servizio competente, relativamente alla tipologia del bisogno;
 - o Riscontro di un bisogno complesso: nel caso di bisogno complesso, rilevato dall'operatore del PUA e che richieda pertanto un approccio integrato di presa in carico, il paziente viene rimandato a un'ulteriore fase di valutazione multidimensionale, che può coinvolgere, oltre agli operatori del PUA, attori diversi, da individuare in base ai bisogni manifestati all'accesso al PUA (EVM distrettuale): specialisti (es. neurologo, geriatra, palliativista, ecc.), psicologi, MMG, operatori sociali dei Comuni.

A valle della definizione degli interventi necessari, può essere attivata la COT, che ha il compito di interfacciarsi con i servizi necessari sulla base della disponibilità di offerta presente sul territorio.

Attivazione EVM e programmazione degli interventi: questa fase, identificata dall'operatore del PUA nella fase di registrazione, costituisce un momento valutativo del servizio; a seconda della natura del bisogno di cui è portatore il cittadino, questo viene messo in contatto con diversi professionisti a seconda di quanto rilevato (specialisti, psicologi, MMG, operatori sociali dei Comuni/Ufficio di Piano). Inoltre, l'EVM:

- informa il MMG dell'assistito relativamente all'esito dell'accesso e dell'attivazione dei percorsi;
- attiva se necessario un IFeC di riferimento ovvero attiva il Servizio Sociale Territoriale per i servizi sociali domiciliari;
- attiva la COT per tutte le funzioni di sua competenza.

Il paziente, definita la presa in carico, riceve le prestazioni organizzate a seguito dell'analisi effettuata rispetto ai bisogni rilevati. L'attività è soggetta a monitoraggio in capo al case manager, a fronte della variazione dei bisogni e tutte le attività sono registrate sul portale SGDT attraverso le modalità definite dai manuali di utilizzo dell'applicativo forniti da ARIA.

Interazioni:

PUA come luogo di integrazione con l'Ambito Sociale Territoriale.

La presenza dell'Ambito Territoriale Sociale anche all'interno delle strutture sanitarie, rappresentata in prima battuta dalla figura dell'assistente sociale comunale, risulta indispensabile al fine di poter affrontare, in maniera integrata e multiprofessionale, tutte quelle situazioni in cui emerga un qualche bisogno di tipo sociale, al fine di coordinare le risorse e migliorare l'efficacia e l'efficienza assistenziali. L'assistente sociale dell'Ambito e quella di ASST, così come le altre figure professionali operanti nel PUA, dovranno rapportarsi con gli altri Servizi operanti per il Territorio: Centrale Operativa Territoriale (COT), Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM), Servizio Ammissioni/Dimissioni Protette. All'interno del PUA, l'assistente sociale dell'Ambito collabora con le altre figure professionali al fine di svolgere le attività di accoglienza, orientamento e gestione della domanda. In particolare, interviene nella rilevazione del bisogno sociale e/o relazionale/familiare del cittadino, e risponde a tale bisogno sia orientando l'utente sia collaborando direttamente con i Servizi ASST e i Servizi Sociali Territoriali (SST).

L'assistente sociale dell'Ambito partecipa alla valutazione della domanda e, qualora si identifichi un bisogno di tipo relazionale-familiare, guida il collega o il cittadino proponendo e attivando i servizi e le prestazioni più idonei, anche in caso di "situazioni di disagio complesso, riferibili a soggetti fragili per i quali è necessario attivare servizi sociali e sanitari specifici."

La sua attività comprende:

- accoglienza dell'utente, orientamento e gestione della domanda;
- effettuazione della valutazione per bisogni semplici e attivazione del SAD o di altri servizi offerti dall'Ambito/Comune;
- attivazione dell'EVM per la valutazione dei bisogni complessi, partecipando alla stessa per indagare eventuali bisogni di natura sociale a cui rispondere tramite servizi erogati dall'Ambito/Comune;
- segnalazione alla COT del Distretto di afferenza;
- rapporto con il servizio di Ammissioni/Dimissioni Protette Ospedaliere per la gestione, in collaborazione con COT ed EVM, dell'utente preso in carico durante e dopo la transizione in diverso setting assistenziale, qualora sussistessero bisogni di natura sociale-familiare-relazionale;
- rapporto con gli IFeC e gli altri operatori della CdC al fine di intercettare situazioni in carico per motivi sanitari e sociosanitari che necessitino di interventi sociali erogati dall'Ambito/Comune.

Attività specifiche svolte:

Obiettivo principale diventa quindi assicurare una valutazione multidimensionale che porti alla definizione di un percorso assistenziale individuale, grazie al quale viene fatta sintesi dei bisogni emersi e vengono definiti gli obiettivi da raggiungere e le tipologie di servizi sanitari, sociosanitari e sociali da attivare, all'interno di un progetto individualizzato, con l'identificazione del responsabile del coordinamento dell'intero percorso assistenziale punto di riferimento dell'assistito e della sua famiglia (*case manager*).

La valutazione è svolta prioritariamente in modo congiunto, qualora ciò non fosse possibile, diventa prioritario individuare momenti di condivisione sul caso per definire la progettualità condivisa.

La valutazione multidimensionale (VMD) si svolge:

- al domicilio della persona;
- nelle U.O Ospedaliere;
- presso le Case della Comunità.

Obiettivi e indicatori:

Numero di valutazioni che vedono la partecipazione dell'Assistente sociale dell'Ambito /numero complessivo di valutazioni effettuate nell'anno, prevedendo una percentuale incrementale negli anni successivi, pari a: almeno il 50% nell'anno 2025; 75% nel 2026 fino al 100% nel 2027.

L'assistente sociale dell'Ambito partecipa alla valutazione multiprofessionale in presenza di bisogni complessi che comprendano anche quelli di natura sociale, che prevedano l'attivazione di servizi di competenza specifica dei Comuni/Ambiti. Tra ASST Cremona e il Consorzio Casalasco Servizi Sociali è stato sottoscritto un accordo tecnico operativo per l'integrazione sociosanitaria nel PUA di Casalmaggiore, secondo il quale il Consorzio garantisce la presenza del servizio sociale territoriale presso il PUA (14 ore settimanali), con personale qualificato e formato in grado di connettersi con tutta la rete territoriale.

È prevista la sottoscrizione di un accordo con l'Ambito per inserire un assistente sociale dell'Ambito all'interno del PUA anche presso le altre CdC, definendo le modalità operative, le funzioni e le collaborazioni del suddetto personale.

È inoltre in fase di pianificazione:

- la partecipazione attiva di Associazioni di volontariato all'implementazioni dei servizi offerti dai Punti Unici di Accesso;
- l'integrazione nei PUA dei progetti Centri per la Vita Indipendente (CVI).

CENTRALI OPERATIVA TERRITORIALI (COT)

La COT è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e la rete dell'emergenza-urgenza. Costituisce il modello organizzativo in grado di facilitare, nella transizione dei pazienti da un setting di cura e assistenza all'altro, le connessioni stabilite con i diversi nodi della rete. Ricerca e consente la soluzione più appropriata nel procedere del paziente tra un setting di cura e di vita a un altro. La COT è attivata dagli operatori che si trovano nei diversi nodi del sistema sociosanitario distrettuale e ospedaliero: Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), Medici di Continuità Assistenziale (MCA), Medici Specialisti Ambulatoriali interni e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali, personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali nonché dei servizi sociali.

Struttura organizzativa e soggetti coinvolti:

- Coordinatore Infermieristico;
- Infermieri case manager e IFeC;
- Operatori Socio Sanitari, Assistenti Sociali e/o Amministrativi.

Al fine di concretizzare il concetto di multidisciplinarietà, presso l'ASST di Cremona è stata introdotta in fase sperimentale all'interno del nucleo funzionale delle dimissioni protette, in spazi dedicati e condivisi con il Servizio Sociale Ospedaliero, la figura dell'infermiere di famiglia e comunità con funzione di *Transitional care*. L'IFeC svolge attività trasversali di implementazione con l'obiettivo di favorire l'attivazione e l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali e informali presenti sul territorio, utili a risolvere problematiche inerenti ai bisogni di salute.

Finalità:

Le principali funzioni della COT sono le seguenti:

- Facilitare la *Transitional care* dei pazienti in condizioni di fragilità e dei non autosufficienti tra i nodi delle cure intermedie, le C-DOM, le strutture sociosanitarie e le reti ospedaliere;
- Gestire il monitoraggio e *reporting* delle transizioni;
- Governare la EVM per favorire l'ingresso dei pazienti/utenti presso l'Ospedale di Comunità;
- Favorire l'accessibilità al percorso "Rosa dei Venti" all'interno dei Presidi Ospedalieri per gli assistiti disabili adulti;
- Attivare servizi per il reclutamento attivo e la gestione dei pazienti affetti da patologie croniche, anche raccordandosi coi MMG, PLS e MCA;
- Predisporre l'organizzazione, il governo e messa a disposizione delle centrali di telemedicina (televisita, teleconsulto, teleassistenza, telemonitoraggio).

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

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

Attività specifiche svolte:

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

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

Struttura organizzativa:

Le COT di ASST Cremona sono collocate presso:

- il Distretto Cremonese: COT di Cremona temporaneamente attivata presso l'ospedale di Cremona in attesa di completa ristrutturazione della CDC HUB di Via San Sebastiano);
- il Distretto Oglio Po Casalasco - Viadanese: (COT di Casalmaggiore presso la CdC HUB di Casalmaggiore.

Le COT sono operative 6 giorni su 7 secondo la seguente articolazione organizzativa:

- COT di Cremona: aperta dal lunedì al venerdì, dalle 8,00 alle 15,30 e il sabato dalle ore 8 alle ore 13.00. Gli indirizzi mail e i recapiti telefonici sono contenuti nella specifica procedura aziendale (PT COT 001 Rev.00) e nella nota della Direzione Generale (N 0013602/24 del 19 marzo 2024).
- COT di Casalmaggiore: aperta dal lunedì al venerdì, dalle 8,00 alle 15,30. Prevista l'apertura il sabato mattina nel secondo semestre 2025. Gli indirizzi mail e i recapiti telefonici sono contenuti nella specifica procedura aziendale (PT COT 001 Rev.00) e nella nota della Direzione Generale (N 0032819/24 del 1° luglio 2024).

Interazioni:

Rapporto tra Ambito Territoriale Sociale e COT:

Le COT distrettuali partecipano alle funzioni di supporto in back office e di raccordo tra i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali, gestendo segnalazioni da diversi servizi/professionisti, identificando il setting più adatto per ciascun caso e attivando i percorsi più idonei. La COT di Cremona collabora con la Gestione Operativa della ASST di Cremona per la corretta realizzazione dei percorsi previsti dal progetto Rosa dei Venti.

A partire dall'attività svolta nel PUA, l'assistente sociale dell'Ambito si interfaccia e collabora con gli altri servizi della CdC e distrettuali (ADI/C-DOM, UCP-DOM, vaccinazioni, protesica, NAD, CPS ecc.), ponendosi come tramite tra COT/EVM/CdC e i servizi territoriali di pertinenza dell'Ambito (SAD, Enti del Terzo Settore, liste di attesa RSA, CDI ecc.).

- Gestione del percorso di dimissione/ammissione protetta:

La procedura aziendale dell'ASST (PT COT 001 Rev.00) definisce la gestione dei percorsi di ammissione e dimissione protetta degli assistiti fragili, integrandoli con le funzioni degli Ambiti Territoriali Sociali, e sottolinea che "tali percorsi vanno utilizzati in modo appropriato in entrambe le direzioni".

- Fasi del processo di attivazione:

- Il personale infermieristico/medico del reparto richiede la consulenza COT attraverso gli applicativi aziendali;
- Il personale infermieristico della COT, ricevuta la consulenza, effettua di norma entro 24 ore in reparto la valutazione multidimensionale del paziente e se necessario attiva anche l'assistente

sociale della ASST e dell'ambito Comunale se vi sono problematiche da gestire in collaborazione;

- L'EVM della COT si confronta con i colleghi del reparto al fine di ottenere un quadro clinico completo del caso segnalato;
- Alla luce degli elementi raccolti, il personale COT, propone e indirizza la scelta del setting migliore al reparto: attivazione C-DOM, OdC, CDI, RSA, setting di cure intermedie, riabilitazione specialistica in relazione alle necessità del paziente. Se il setting individuato è quello domiciliare, l'EVM distrettuale pianifica il rientro con l'attivazione dei servizi necessari a sostegno della domiciliarità;
- Una volta condiviso il possibile setting si informa il paziente e la famiglia tramite un dettagliato colloquio;
- L'infermiere referente redige la sua consulenza svolta su CCE compilando le scale di valutazione necessarie a seconda del caso clinico analizzato;
- Se il paziente, condividendo il caso con l'equipe di cura, risulta essere solo ed esclusivamente idoneo per una riabilitazione specialistica verrà compilato dal clinico di reparto l'apposito modulo editabile unico per le strutture che verrà indirizzato alla COT per poi essere inviato alla struttura accettante;
- Gli operatori COT dedicati alla gestione dei flussi strutture processano la richiesta pervenuta dal reparto e si attivano per la presa in carico;
- Al termine del processo e identificazione del setting si registra l'operato sul sistema SGDT e viene data tempestiva comunicazione al MMG dell'assistito.

- **Dimissione protetta: rapporto con l'Ambito Territoriale Sociale**

Il percorso di dimissione protetta, come definito pocanzi, è caratterizzato da diverse fasi che comprendono, fra le altre: l'identificazione dell'assistito fragile eleggibile alla dimissione protetta, la sua segnalazione al Servizio che, in un'ottica di presa in carico, effettua la prima valutazione multidimensionale dei bisogni sociosanitari, definendo il più idoneo percorso di dimissione protetta in accordo con equipe, assistito e familiari/caregiver/amministratore di sostegno e servizio sociale del Comune/Ambito in caso di fragilità sociale.

La segnalazione deve essere inoltrata non appena i professionisti responsabili rilevano la necessità di garantire un adeguato accompagnamento al termine della degenza e, comunque, almeno tre giorni lavorativi prima della dimissione (tempo minimo per attivare le cure domiciliari).

L'assistente sociale del Comune/Ambito, pertanto, può essere contattato dagli operatori della COT per valutazione e/o attivazione di servizi domiciliari, operandosi affinché i tempi della dimissione siano rispettati.

Nei casi in cui siano presenti bisogni di natura complessa, la segnalazione di dimissione protetta è inviata sia all'EVM Distrettuale che ai colleghi dell'ambito che si organizzeranno per effettuare la valutazione domiciliare, preferibilmente in modo congiunto.

- **Ammissione protetta: rapporto con ambito territoriale sociale**

Il processo di Ammissione Protetta (verso i diversi setting assistenziali) è rivolto agli assistiti in situazione di elevata complessità clinica/sociosanitaria/sociale, già in carico ai servizi territoriali (sociosanitari, socioassistenziali e sociali), per i quali il MMG/PLS ritiene opportuno, a sostegno della gestione domiciliare, l'accesso alla Struttura secondo modalità concordate, in ragione della particolare fragilità della persona. Le condizioni che possono richiedere l'attivazione di un'ammissione protetta sono, ad esempio, la necessità di approfondimenti diagnostici, di percorsi dedicati a persone con grave disabilità intellettiva e neuromotoria (Progetto Rosa dei Venti), di procedure interventistiche (posizionamento PEG, CVC, sostituzione tracheo-cannula), di terapie non gestibili a domicilio o di terapia del dolore.

Qualora il MMG/PLS ravvisi tali necessità, concorda con la COT distrettuale, l'attivazione del percorso e redige l'impegnativa per l'accesso alle prestazioni ospedaliere, specificando, tramite modalità concordate con la COT, che si tratta di ammissione protetta.

La COT contatta la struttura interessata e concorda tempi e modalità di ammissione curando i passaggi informativi con l'EVM e/o il MMG/PLS di riferimento.

Obiettivi e indicatori:

Garantire la continuità dell'assistenza nel passaggio da un setting di cura all'altro rimane l'obiettivo da perseguire.

Come da indicazioni della DGR 2089/2024 la misurazione di questo obiettivo prevederà come indicatori il numero di progetti individualizzati attivati finalizzati ad assicurare la continuità assistenziale sul numero di valutazioni effettuate per dimissioni/ammissioni protette con raccordo di COT e CdC e il numero protocolli e/o procedure definiti per assicurare la *Transitional care* sul numero di protocolli/procedure di base sopra indicati.

Verranno pertanto calendarizzate le revisioni degli specifici protocolli aziendali, quali strumenti per assicurare un fluido passaggio assistenziale tra le strutture ospedaliere e i diversi ambiti assistenziali:

- al domicilio con attivazione delle cure domiciliari (C-DOM, RSA aperta, Cure Palliative);
- in Cure Intermedie;
- in OdC;
- in RSA per anziani o in RSD per disabili.

Sviluppo di attività di potenziamento:

Saranno definiti inoltre protocolli e/o procedure in co-progettazione con le principali strutture sanitarie e sociosanitarie del territorio, con gli Ambiti e gli altri *stakeholders* per assicurare un fluido passaggio assistenziale dei pazienti fragili (anziani, disabili, psichiatrici...) tra i diversi settings.

Tali percorsi mireranno al rafforzamento dell'assistenza sanitaria a livello locale con un focus su servizi più vicini ai cittadini e su una maggiore integrazione tra i diversi servizi sanitari.

Si attende inoltre l'implementazione delle funzioni del portale SGDT per i diversi professionisti del Polo Territoriale al fine di garantire:

- supporto informatico e logistico ai professionisti della rete;
- monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare;
- gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona utilizzata dai vari servizi delle CdC e del Distretto.

Come prevede la normativa Regionale al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché affrontare situazioni complesse o di emergenza, sarà fondamentale che la COT usufruisca di un sistema informativo condiviso e interconnesso con tutte le strutture e i servizi aziendali oltre che con la Centrale Operativa 116117, che permetterà di far dialogare i professionisti territoriali e quelli della rete dell'emergenza/urgenza.

Si renderà necessario implementare e strutturare sistemi di tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro; sistemi di raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina; gestione e monitoraggio dei dati di salute di dati acquisiti anche attraverso infrastrutture operanti in telemedicina (*medical device*, tablet, ecc.); infrastrutture tecnologiche e informatiche integrate con i principali applicativi di gestione aziendale; software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate; sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale.

OSPEDALE DI COMUNITÀ (ODC)

Normativa di riferimento:

L'Ospedale di Comunità (OdC), così come definito dalla normativa ministeriale (DM77/2022) e regionale (Deliberazione XI/6760 del 25 luglio 2022 e Deliberazione XII/1435 del 27 novembre 2023) si configura come una struttura sanitaria territoriale che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero e si rivolge prioritariamente al bisogno degli assistiti del Distretto in cui è situato. Si propone per pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma non erogabili in tale setting per mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare). Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio. Può quindi agire in funzione di *step-down* ossia di sostegno alle dimissioni ospedaliere o di *step-up*, ossia di prevenzione di ricoveri ospedalieri potenzialmente inappropriati.

Funzioni:

Tra gli obiettivi primari del ricovero in OdC vi è quindi:

- prevenzione di ricoveri inappropriati in degenze per acuti;
- la stabilizzazione e l'accompagnamento del paziente verso il domicilio, o altre soluzioni di lungodegenza (RSA/RSD);
- all'aumento di consapevolezza, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare/caregiver, attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche.

Destinatari:

I destinatari degli OdC sono prevalentemente:

- pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
- pazienti, prevalentemente affetti da multi-morbilità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
- pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, educazione e addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio.

L'obiettivo del ricovero deve essere chiaro e formalizzato nel Piano di Assistenza Individuale (PAI) formulato sulla base di una valutazione multidimensionale per definire i bisogni clinici e assistenziali, la durata del ricovero, i trattamenti e i risultati attesi; l'obiettivo del ricovero deve essere condiviso col paziente/famigliare, con il proponente del ricovero e il responsabile dell'OdC e case-manager.

Struttura organizzativa e soggetti coinvolti:

L'OdC della ASST di Cremona viene realizzato all'interno del perimetro ospedaliero, presso il Padiglione n. 8 e afferisce, come da norma, al Distretto Cremonese, mentre la responsabilità igienico sanitaria è in capo della Direzione Medica dell'Ospedale di Cremona; si connota per una conduzione infermieristica nelle 24 ore con funzione di gestione assistenziale erogata da un mix di operatori che operano tra loro in stretta sinergia garantendo in questo modo un approccio multiprofessionale e multidisciplinare. La presa in carico da parte dell'OdC è condizionata dalla proposta effettuata da un

Medico Ospedaliero per un paziente in dimissione ospedaliera e da un Medico di Medicina Generale per un paziente già in cure domiciliari o no, che presenta i criteri di ammissibilità contenuti nel documento organizzativo Aziendale (PT OdC 001 Rev. 02).

La richiesta di inserimento, da inviare alla COT, deve contenere le informazioni utili a inquadrare le cure necessarie al paziente, con evidenziata l'impossibilità della presa in carico in regime domiciliare o residenziale classico, e riferita a condizioni che si risolvono in un periodo limitato di tempo (indicativamente 30 giorni). La richiesta può avvenire:

- dal domicilio su proposta del MMG (anche su segnalazione da parte dell'IFeC); *azione da implementare;
- da altre strutture o degenze ospedaliere su proposta dello specialista ambulatoriale o del medico ospedaliero; *azione da implementare
- direttamente dal PS;
- tramite la COT.

Interazioni:

L'OdC come nodo della rete territoriale:

Il modello di funzionamento dell'OdC prevede una stretta interconnessione con la rete ospedaliera e con la rete sociosanitaria del Polo Territoriale tramite un alto livello di interdisciplinarietà al fine di garantire la continuità assistenziale e la risposta ad una cogente esigenza di flessibilità organizzativa tra settings di cura differenti. La gestione del *transitional* setting diviene pertanto una funzione cardine della COT posta in stretta interconnessione con le strutture di ricovero e cura, tra cui l'OdC.