

INDAGINE CONOSCITIVA BUONE PRATICHE DELLE AZIENDE SANITARIE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DEL PNRR

**Primo rilevamento da inviare entro il 10 novembre 2022 a:
*comitatoscientifico@forumriskmanagement.it***

Data 26/09/2022

Azienda Sanitaria: ATS Milano Città Metropolitana

Indirizzo: Corso Italia, 52 - 20122 Milano

Telefono: 02/85781

email: P.E.C.: protocollogenerale@pec.ats-milano.it

Direttore Generale

Nome: Bergamaschi Walter

Indirizzo: Corso Italia, 52 - 20122 Milano

Telefono: +39 02 8578 2312 email: direzionegenerale@ats-milano.it

Quante case di Comunità sono previste sul territorio della ASL, sono una per distretto?

71 (di cui 60 finanziate dal PNRR), almeno una per distretto.

Quante sono le riconversioni di strutture precedentemente esistenti es. Case della Salute e/o altro:

50 strutture sono ristrutturazioni o riconversioni di strutture esistenti. 21 strutture saranno nuove costruzioni ad hoc.

Quali sono le attività più rilevanti che si intendono organizzare e potenziare all'interno delle Case della Comunità o anche nella sua Azienda, comunque riconducibili al PNRR:

Le funzioni della CdC in attivazione sono riconducibili a 4 macroaree:

- area dell'assistenza primaria, che comprende le attività di MMG/PLS, Medici di Continuità Assistenziale, ADI e IFeC. La realizzazione delle CdC deve costituire stimolo ad uno sviluppo dei modelli associativi ed erogativi della medicina di famiglia e dell'interazione e integrazione dei diversi professionisti coinvolti nell'Assistenza Primaria.
- area dell'integrazione con i servizi sociali e con la comunità, che si esplicita attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA), l'integrazione di servizi sanitari e socioassistenziali con quelli socioassistenziali dei comuni e degli ambiti sociali, attraverso la valorizzazione delle reti sociali (reti informali, reti di volontariato, terzo settore, associazioni di pazienti, ecc.).
- area di accesso e dei servizi amministrativi, che comprende gli sportelli informativi polifunzionali, il PUA, il CUP, il servizio di scelta e revoca MMG/PLS e i servizi di accettazione, ecc.;

- area della specialistica ambulatoriale e della diagnostica di base, rivolta a tutti i cittadini, prevalentemente residenti nel territorio servito dalla CdC che necessitano di prestazioni sanitarie di primo livello;
- area della prevenzione e promozione della salute, anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione, con particolare riferimento ai programmi di screening, all'attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive.

Le prime due aree (cure primarie e integrazioni con i servizi sociali) rappresentano gli aspetti più innovativi della riprogettazione della sanità territoriale.

Ulteriore aspetto particolarmente innovativo e che si intende potenziare saranno le COT, che si configureranno come strumento di gestione delle transizioni tra setting di cura e di pooling della capacità dei distretti.

Ogni Azienda ASL o Azienda Ospedaliera compila le parti di sua competenza

Descrivere il rapporto con gli MMG, I PLS e la continuità assistenziale all'interno delle Case di Comunità della Salute già esistenti:

Nel territorio di ATS Milano non vi sono Case della Salute; sono state tuttavia attivate in questi mesi alcune case di comunità che rappresentano il riferimento, all'interno delle funzioni ad essa assegnate, non solo dei cittadini di un'area territoriale, ma anche dei medici e pediatri di famiglia riuniti in una o più AFT afferenti ad una CdC. Le AFT costituiscono il tessuto organizzativo nel quale i Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale creano le condizioni funzionali per attuare lo sviluppo dell'assistenza primaria in riferimento a obiettivi definiti e condivisi. I Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta afferenti alle AFT di riferimento di una CdC concorrono all'erogazione delle attività e alla gestione dei processi assistenziali fisici o digitali distrettuali definiti in sede di Accordi Collettivi Nazionali, Regionali e Aziendali, nell'ottica di migliorare la relazione tra bisogni del cittadino e risposta da parte del sistema di assistenza primaria.

Sarà presente un ambulatorio di Continuità Assistenziale in ogni CdC Hub, nel quale i Medici e Pediatri di Famiglia con ambulatorio primario in CdC, tramite il coordinamento dell'orario di apertura degli studi o eventualmente con il supporto di altri medici delle AFT che afferiscono alla CdC, assicurano una accessibilità dalle 8.00 alle 20.00 dei giorni feriali (6 giorni su 7) al fine di garantire uno standard h 12 per le prestazioni non differibili e non direttamente correlate al rapporto fiduciario.

Quanti Distretti sono presenti nella ASL e quanta popolazione per ogni distretto?

25 distretti

Distretto Municipio 1	97.897
Distretto Municipio 2	160.873
Distretto Municipio 3	142.726
Distretto Municipio 4	160.679

Distretto Municipio 8	190.059	
Distretto Municipio 5	124.094	
Distretto Municipio 6	150.159	
Distretto Municipio 7	173.791	
Distretto Municipio 9	186.007	
Distretto Alto Lodigiano	157.108	
Distretto Basso Lodigiano	76.100	
Distretto Alta Martesana	121.750	
Distretto Adda	126.305	
Distretto Visconteo	123.692	
Distretto Est Milano	110.910	
Distretto Bassa Martesana - Paullese	149.067	
Distretto Parco Nord	138.411	
Distretto Parco della Media Valle del Lambro	127.276	
Distretto Abbiatense	82.343	
Distretto Castanese	68.731	
Distretto Legnanese	186.866	
Distretto Magentino	128.904	
Distretto Corsichese	117.654	
Distretto Garbagnatese	192.306	
Distretto Rhodense	170.568	

Quante COT saranno realizzate? Descrivere la localizzazione e le interconnessioni previste per le COT (assistenza domiciliare, MMG, caregivers, strutture ospedaliere, Hospices)?

E' prevista l'attivazione di 36 COT.

A tendere, dovranno essere in grado di:

- gestire la transizione da e verso tutti i setting assistenziali e di cura, comprese le cure intermedie, la riabilitazione¹, le cure palliative, l'assistenza sociosanitaria, per garantire l'incontro tra la domanda di assistenza espressa dai cittadini attraverso i nodi della rete che la intercettano (reparto di dimissione, PUA della CdC, MMG, ecc...) e l'offerta di servizi. Questo grazie alla possibilità di programmare i ricoveri negli enti contrattualizzati per una quota non inferiore al 70% dei posti letto a contratto;
- in presenza di distribuzione geograficamente disomogenea dell'offerta, offrire ai pazienti soluzioni adeguate al bisogno di cura indipendentemente dal territorio di residenza;
- supportare la valutazione delle richieste di transizione tra setting di cura provenienti dai nodi della rete al fine di definire delle priorità di accesso in caso di domanda in eccesso. La COT dovrà operare tali attività sulla base di parametri e criteri condivisi e omogenei, che garantiscano equità di accesso e appropriatezza;

- monitorare i percorsi attivati ed implementare azioni correttive in caso di attivazione mancata, tardiva o inefficace;
- totale gestione dei pazienti affetti da patologia cronica

Ci sono già COT presenti? Se si descriverne le connessioni:

Le COT non sono ancora attive.

Quanti Ospedali di Comunità sono previsti dal PNRR?

21 OdC finanziati da PNRR (23 totali, considerando anche le strutture finanziate da fondi regionali).

Quanti Ospedali di Comunità sono già esistenti? Descrivere le attività:

Ci sono 2 Ospedali di Comunità attivi al momento.

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero 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. Può agire in funzione di step down ossia di sostegno alle dimissioni ospedaliere o di step up, ossia di prevenzione di ricoveri ospedalieri potenzialmente inappropriati. Le sue finalità possono quindi essere di:

- 1) stabilizzazione del paziente ospedaliero dimesso (lungodegenza);
- 2) recupero funzionale e insegnamento di procedure di autocura complesse;
- 3) inizio di ricovero socio-sanitario per non autosufficienti, in attesa di trovare una collocazione stabile.

Quali sono i PDTA attivi e già informatizzati? Quanti pazienti sono seguiti con i PDTA?

Gli OdC non sono gestiti dalla ATS, ma dalle ASST del territorio. Non disponiamo di questa informazione.

Descrivere le esperienze di telemedicina in essere nella sua Azienda:

L'ATS non ha funzioni di erogazione, bensì di programmazione, committenza e controllo. Le esperienze di telemedicina sono gestite dalle ASST.

La telemedicina è supportata da un "centro servizi" che ne garantisce la disponibilità infrastrutturale a/o organizzativa?

L'ATS non ha funzioni di erogazione, bensì di programmazione, committenza e controllo. Le esperienze di telemedicina sono gestite dalle ASST.

Quanti pazienti sono seguiti a domicilio con la telemedicina: per quali patologie e con che devices?

L'ATS non ha funzioni di erogazione, bensì di programmazione, committenza e controllo. Le esperienze di telemedicina sono gestite dalle ASST.

L'Azienda conosce il numero dei pazienti cronici polipatologici del proprio territorio?

Sì, 512.490 secondo il bilancio consuntivo 2020

Descrivere il collegamento informatico in essere con MMG e PLS:

Non esiste un collegamento informatico tra ATS e MMG/PLS.

Ad oggi i MMG e PLS usufruiscono di una serie di servizi regionali attraverso la extranet del SISS.

SI AVR per le vaccinazioni, Assistant RL per la parte protesica e Celiachia, Bacheca per le anagrafiche, oltre all'integrazione delle loro cartelle per l'accesso ai referti.

Con il SISS ver.3 questi servizi in futuro saranno tutti accessibili con una tradizionale connettività internet.

Da parte di ATS sono messi a disposizione dei MMG/PLS specifici portali.

Descrivere se nel periodo pandemico sono state effettuate televisite e teleconsulenze nell'ambito della neuropsichiatria infantile e della salute mentale:

L'ATS non ha funzioni di erogazione, bensì di programmazione, committenza e controllo. Queste esperienze di telemedicina sono gestite dalle ASST.

Descrivere se in epoca pandemica sono state attivate televisite e teleconsulti per i pazienti oncologici e se sono stati territorializzati i follow-up e/o i trattamenti:

L'ATS non ha funzioni di erogazione, bensì di programmazione, committenza e controllo. Queste esperienze di telemedicina sono gestite dalle ASST.

Descrivere se per la vostra Azienda Ospedaliera o per i vostri ospedali, nell'acquisire le nuove tecnologie previste dal PNRR, avete pensato di acquisire attrezzature innovative sulla base di criteri di HTA e/o funzionali a nuove linee di attività, finora non svolte all'interno dell'Azienda, specificando se e come le tecnologie e le grandi attrezzature sono collegate informaticamente:

Non applicabile

Esiste già l'interconnessione informatica tra le varie Unità Operative ospedaliere?

Le richieste di esami, le risposte e le consulenze sono già informatizzate?

Il Pronto Soccorso è collegato informaticamente con le Varie UU.OO. ospedaliere che al ricovero hanno già tutti gli accertamenti effettuati in urgenza?

Non applicabile

Gli Ospedali sono collegati informaticamente con le COT e con le Case della Comunità e/o Ospedali di Comunità, ove già esistenti?

E' in fase di rilascio il sistema digitale per la gestione del territorio (DGR XI/5872 del 24/01/2022).

A che struttura si rivolge il MMG per attivare l'assistenza domiciliare?

Dispone di un portale per la prescrizione. Quando saranno attive, potrà chiedere intermediazione delle COT.

L'assistenza domiciliare è esternalizzata?

Si.

Esiste un Data Center di riferimento nella sua regione per i dati sanitari?

SI NO

Se si, quale?

E' il Data Center di Regione Lombardia gestito da ARIA S.p.A dove risiedono i domini centrali e l'infrastruttura di interconnessione della extranet SISS.

Viene sistematicamente eseguito il backup e con che politiche? I vostri dati e i vostri programmi risiedono in una infrastruttura certificata AGID?

Da parte di ATS viene eseguito regolarmente un backup secondo una politica definita con un documento aziendale. La buona parte di dati e applicativi SW di ATS sono ospitati presso Cloud Service Provider certificati Agid.

Descrivere i rapporti con i Comuni/Municipi inerenti le disabilità e la non autosufficienza:

Gli organismi di rappresentanza degli enti locali costituiscono gli strumenti/luoghi in cui sono articolati i rapporti diretti di ATS con i Comuni/Municipi: Consiglio di rappresentanza dei Sindaci, Assemblea dei Comuni, Assemblee Distrettuali. ATS inoltre partecipa su invito alle Assemblee di Ambito territoriale ex l. 328/2000. Sul piano programmatico lo strumento in cui vengono condivisi obiettivi e impegni per l'integrazione sociosanitaria nelle aree della disabilità e non autosufficienza è costituito dagli "Accordi di programma" per l'attuazione del Piano di zona (n. 17 sul territorio di ATS Milano). Gli obiettivi/impegni reciproci ATS/Comuni riguardano in particolare la definizione/aggiornamento di protocolli operativi per i percorsi di presa in carico, le dimissioni protette, la valutazione degli esiti delle policy sociali in questi ambiti.

ATS coordina e interviene negli ambiti della disabilità e non autosufficienza dando attuazione alle indicazioni nazionali e regionali attraverso: la messa a disposizione dei finanziamenti e le indicazioni di applicazione omogenea da parte dei Comuni per l'utilizzo del FNA; per il coordinamento, l'assegnazione dei finanziamenti e la formazione degli operatori sociali e sociosanitari per l'attuazione della L. 112 ("Dopo di noi") e dei progetti Pro.vi., per assicurare le attività di inclusione scolastica e sociale e la fruizione dei servizi (gestione dei servizi di video interpretariato LIS) delle persone/studenti con disabilità sensoriali.

Descrivere la modalità socio-sanitaria di presa in carico della disabilità e della non autosufficienza:

Il percorso di presa in carico viene definito sulla base degli esiti e delle indicazioni della Valutazione Multidimensionale (VMD) che viene compiuta dall'Equipe multidisciplinare delle Aziende Socio-sanitarie Territoriali (ASST) che predispongono il PI. Nelle situazioni che rendono necessaria una presa in carico per ADI l'erogatore accreditato scelto dalla persona/famiglia elabora il Piano di Assistenza Individuale (PAI) e procede alla erogazione delle prestazioni previste. Nel caso di una presa in carico residenziale o semiresidenziale il raccordo con i servizi sociali comunali è assicurato dalla partecipazione alla VMD di operatori sociali dei Comuni. Per situazioni che richiedano ricoveri in strutture residenziali extraregione socio-sanitarie o l'erogazione di "misure" specifiche (FNA : voucher B1, contributo B1, voucher care giver -, ecc.) in gestione diretta o autorizzativa da parte di ATS , l'esito della VMD e la richiesta d'intervento e presa in carico vengono indirizzate ad ATS per la validazione e l'attivazione degli interventi.

Descrivere altre buone pratiche di presa in carico socio-sanitaria non inserite in questo questionario.

Quali modelli di presa in carico e/o di gestione integrata dei pazienti della tipologia Ospedale/territorio sono già disponibili o previsti nel tuo eco-sistema territoriale?

[Presa in carico del paziente cronico secondo DGR 6164/2015 e 5831/2015.](#)

Sono stati individuati o sono in via di definizione strumenti/sistemi digitali di segnalazione ed integrazione tra il territorio ed i PUA delle CdS rivolti ai bisogni del cittadino (moduli organizzativi integrati sanitari, socio-sanitari, sociali)?

[E' in fase di rilascio il sistema digitale per la gestione del territorio \(DGR XI/5872 del 24/01/2022\).](#)

Quali sono gli attori con cui si sta programmando e dimensionando i servizi nelle CdC? Con che strumenti e basi informative? Saranno strumenti utilizzati per la programmazione e l'analisi periodica?

[Il servizio epidemiologico di ATS sta impostando una attività di supporto ai distretti nell'analisi del bisogno di salute della popolazione afferente e nell'analisi dell'offerta presente. Tali strumenti informativi consentiranno la personalizzazione dell'offerta e supporteranno il corretto dimensionamento della rete di servizi sanitari e socio-sanitari.](#)

Sono in atto interlocuzioni con i portatori di interesse sul territorio (Comuni, terzo settore, Ordini professionali, ...)?

SI NO

Se si, quali?

[Comuni, Uffici di Piano, Enti del terzo settore, Ordini delle Professioni, comitato aziendale della medicina generale, rappresentanti della Spedalità Privata.](#)