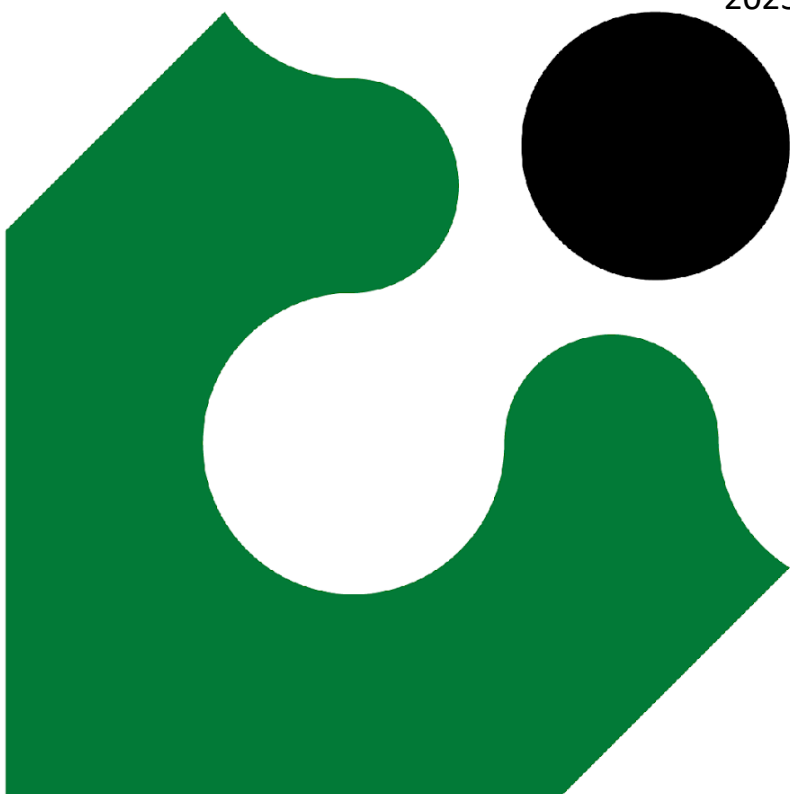


**STUDIO DI UNA DASHBOARD PER LA
PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE INTEGRATA**
Creazione di un sistema di analisi dei dati delle attività nelle
case di comunità

Barcellini Giuseppina
Biffi Francesca
Boncinelli Stefania
Corradini Marta Giovanna
Mincione Antonio

**Corso di formazione manageriale
per Dirigenti di Struttura Complessa**

2023



Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa

GLI AUTORI

Barcellini Giuseppina, Direttore Distretto Vallecamonica Sebino, ASST della Valcamonica, g.barcellini@asst-valcamonica.it

Biffi Francesca, Responsabile di Settore, Azienda Speciale Consortile “Consorzio Desio-Brianza”, fr.biffi@gmail.com

Boncinelli Stefania, Direttore SC Distretto 5, ASST Santi Paolo e Carlo - Milano, stefania.boncinelli@asst-santipaolocarlo.it

Corradini Marta Giovanna, Dirigente Responsabile Struttura Semplice, ATS Milano, mgcorradini@ats-milano.it

Mincione Antonio, Direttore UOC Otorinolaringoiatria Ospedale di Magenta, ASST OVEST MI, antonio.mincione@asst-ovestmi.it

IL DOCENTE DI PROGETTO

Federico Lega, Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Federico Lega, Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano

Pubblicazione non in vendita.

Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.

Copyright © PoliS-Lombardia



PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

INDICE

INDICE	3
INTRODUZIONE	5
1.1 Il distretto	5
1.2 La casa di comunità	5
1.3 La Centrale Operativa Territoriale (COT)	8
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	8
METODOLOGIA ADOTTATA	9
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO	11
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	11
5.1 Le banche dati e i flussi	12
5.2 Gli indicatori	13
5.3 Le aree di servizi individuate	15
5.3.1 Servizi di cure primarie e continuità assistenziale	15
5.3.2 Servizi di assistenza domiciliare	17
5.3.3 Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	19
5.3.4 Servizi legati all'area materno infantile	21
5.4 Fasi e tempistiche	23
ANALISI DEI COSTI	24
RISULTATI ATTESI	24
CONCLUSIONI	25
CONTRIBUTO PERSONALE	25
RIFERIMENTI NORMATIVI	26
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	27

INTRODUZIONE

La Legge Regionale (LR) n. 23/2015 innovando l'assetto sanitario regionale ha determinato con la Delibera di Giunta Regionale (DGR) n. X/4498 del 10 dicembre 2015 la costituzione delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e delle Agenzie per la Tutela della Salute (ATS).

Le successive norme regionali hanno previsto che le ASST adeguino la loro organizzazione alla luce della riforma apportata dalla LR n.22/2021 alla LR n.33/2009, specificando la nuova articolazione di ciascuna ASST in un "Polo Ospedaliero" e in un "Polo Territoriale", per rispondere più efficacemente ai bisogni di prevenzione, cura e riabilitazione, introducendo nuove modalità di erogazione dei servizi sanitari ispirati al concetto della "presa in carico complessiva" dei cittadini pazienti con particolare riferimento alle persone con patologie croniche. La LR n. 22/2021 stabilisce che al settore polo territoriale, secondo l'articolazione distrettuale, è affidata l'erogazione delle prestazioni distrettuali, ove afferiscono gli Ospedali di Comunità (OdC), le Case di Comunità (CdC), le Centrali Operative Territoriali (COT). In attuazione della riforma del sistema socio-sanitario regionale e degli indirizzi nazionali in applicazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), così come previsti dal Decreto Ministeriale (DM) n. 77/2022, le strutture deputate alla realizzazione del sistema sociosanitario territoriale sono i distretti, le case di comunità, le centrali operative territoriali e gli ospedali di comunità.

1.1 Il distretto

Secondo quanto definito dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e come previsto dalla LR n. 33/2009 così come modificata dalla LR n. 22/2021, il distretto è una articolazione organizzativa che afferisce alla direzione sociosanitaria dell'ASST e assume un ruolo strategico di gestione e coordinamento organizzativo e funzionale della rete dei servizi territoriali; rappresenta la sede della programmazione territoriale e garantisce l'erogazione dell'offerta sul territorio di tutte le attività sanitarie e sociosanitarie con un'attenzione all'integrazione con le prestazioni a carattere sociale, in stretta collaborazione con i sindaci e l'Ufficio di Piano (UDP), anche in linea con le iniziative inserite nel Piano di Zona (PdZ).

Il direttore di distretto, in attuazione delle indicazioni regionali e aziendali, organizza l'erogazione delle attività, garantendo gli standard previsti, promuove e garantisce l'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, affinché sia assicurata una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione e l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta, l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali dei comuni.

E' responsabile inoltre dello sviluppo dell'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 (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), servizi di continuità assistenziale, Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC) e attività specialistica ambulatoriali.

1.2 La casa di comunità

Secondo il DM 77 la casa di comunità “rappresenta il luogo in cui il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo un raccordo intrasettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull’integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza, con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni tenendo conto anche della dimensione personale dell’assistito. Costituisce un progetto di innovazione in cui la comunità degli assistiti non è solo destinataria di servizi ma è parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all’interno della comunità stessa: disegnando nuove soluzioni di servizio, contribuendo a costruire e organizzare le opportunità di cui ha bisogno al fine di migliorare qualità della vita e del territorio, rimettendo al centro dei propri valori le relazioni e la condivisione”.

La casa di comunità pertanto è il modello organizzativo e di servizio che rende concreta l’assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento e l’attivazione di logiche e processi di sanità di iniziativa, con attenzione specifica alla prevenzione e all’offerta di servizi sanitari e socio-sanitari che non richiedono gestione esclusivamente ospedaliera, ma sono gestibili a livello territoriale e, in particolare, per il tramite di una componente rilevante di domiciliarità, di attività ambulatoriale e con strumenti che consentano la gestione a distanza (telemedicina e servizi digitalizzati). La casa di comunità costituisce una piattaforma erogativa per tutti i dipartimenti e le Unità Operative (UO) della ASST.

Le attività presenti si possono suddividere nelle seguenti macroaree, che seppur distinte devono interagire tra loro:

- area di accesso e dei servizi amministrativi, che può comprendere gli sportelli informativi polifunzionali, il Punto Unico di Accesso (PUA), il Centro Unico di Prenotazione (CUP), il servizio di scelta e revoca MMG/PLS e i servizi di accettazione.
- Area dell’assistenza primaria, che comprende le attività di MMG/PLS, medici di Continuità Assistenziale (CA), Assistenza domiciliare integrata (ADI) e IFeC, con il supporto del personale amministrativo.

L’assistenza primaria rappresenta la prima porta d’accesso ad un servizio sanitario e si configura, nelle intenzioni del legislatore, come l’approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale degli individui. Si realizza attraverso l’erogazione di servizi da parte di équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, che rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell’assistenza alle persone.

Un ruolo importante è rappresentato dall’IFeC, che è la figura professionale che assicura l’assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella casa di comunità in cui opera, perseguendo l’integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona e la sua rete familiare e di comunità.

- Area della specialistica ambulatoriale e della diagnostica di base, rivolta a tutti i cittadini, prevalentemente residenti nel territorio servito dalla casa di comunità che necessitano di prestazioni sanitarie di primo livello, erogate con approccio integrato e dimensionate in base al bisogno epidemiologico della popolazione afferente.

L'attività di specialistica ambulatoriale erogata nelle case di comunità comprende tutte le principali discipline dell'ASST coinvolte nella gestione delle patologie croniche ed è integrativa a quella erogata nelle strutture ospedaliere, favorendo le prestazioni a più bassa complessità.

- 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.
- Area dell'integrazione con i servizi sociali e con la comunità, dove si sviluppa l'integrazione di servizi sanitari e sociosanitari con quelli socioassistenziali dei comuni e degli ambiti territoriali sociali, attraverso la valorizzazione delle reti sociali (reti informali, reti di volontariato, terzo settore, associazioni di pazienti, ecc.).

L'importanza dell'integrazione tra sistema sociosanitario e sociale è evidente già a partire dalla DGR n. X/1185 del 20 dicembre 2013 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2014" e dalla LR n. 23 del 11 agosto 2015 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo", dove Regione Lombardia pone sempre maggiore importanza alla "implementazione di modalità di valutazione dei bisogni attraverso unità multiprofessionali, in cui siano presenti le componenti clinica, assistenziale e sociale, tenendo anche conto, ai fini della valutazione bio-psico-sociale, della complessità del bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci". Anche i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) all'art. 21 comma 2 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 12 gennaio 2017 prevedono che il Servizio Sanitario Nazionale garantisca l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni sotto il profilo clinico, funzionale e sociale.

La casa di comunità pertanto promuove un modello di intervento e di gestione multidisciplinare, garantendo la progettazione integrata di interventi di carattere sociale e di integrazione sociosanitaria e rappresentando uno strumento attraverso cui coordinare diversi servizi offerti sul territorio.

Uno dei luoghi dell'integrazione sociosanitaria, professionale e gestionale può essere rappresentato dal Punto Unico di Accesso (PUA), un servizio di nuova istituzione a cui può essere inviato il paziente da parte di qualsiasi nodo della rete sanitaria, sociosanitaria o sociale, laddove si presenti una situazione che richieda un approccio integrato di presa in carico. L'attività è prioritariamente rivolta alle persone nell'area della fragilità, derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, per facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. Presso il PUA possono operare IFeC, assistenti sociali e personale amministrativo di supporto e tutti gli operatori lavorano in équipe, anche con i professionisti dei servizi esterni all'ASST, col fine di avviare la presa in carico del paziente fragile che favorisca la continuità di cura senza ripetute interazioni col singolo cittadino, dal momento che un bisogno complesso sarà poi gestito direttamente con i servizi competenti.

Le attività svolte presso il PUA verranno tracciate sul Sistema informativo regionale di Gestione Digitale del Territorio (SGDT), in grado di seguire il percorso del paziente sul territorio (valutazione, progetto individuale, accesso ai servizi, esiti intermedi), aperto ai professionisti interni alle ASST ed esterni (in primis MMG, Comuni), integrato con l'ecosistema digitale di COT e della presa in carico di pazienti dell'area della fragilità e affetti da patologie croniche della casa di comunità e MMG/PLS.

La presenza nella casa di comunità di altri servizi, tra cui ad esempio quelli per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, le cure palliative, la medicina dello sport, le attività consultoriali, i programmi di screening e le vaccinazioni, trova la sua collocazione in aree dedicate.

La casa di comunità costituisce il luogo ove valorizzare e potenziare la rete della community care, stabilendo collegamenti con le associazioni di volontariato e del Terzo Settore e con le reti sociali informali, affinché siano coinvolti nella pianificazione di alcune attività e progettualità o nel disegno dei servizi.

1.3 La Centrale Operativa Territoriale (COT)

La COT costituisce il punto di accesso territoriale (fisico e digitale) per facilitare e governare la rete di offerta sociosanitaria all'interno del distretto e svolge il ruolo di coordinatore della transitional care, ossia dell'insieme delle azioni volte a garantire il coordinamento e la continuità delle cure ricevute dal paziente nella transizione da un setting di cura e assistenza all'altro, tra i nodi delle cure intermedie, dell'ADI e delle strutture socio-sanitarie e le reti ospedaliere. Facilita inoltre il coordinamento e lo sviluppo dei servizi per il reclutamento attivo e si occupa della gestione dei pazienti affetti da patologie croniche.

La COT deve gestire per tutti gli assistiti del Distretto di competenza:

- il percorso di dimissione dei pazienti che non sono nelle condizioni di rientrare direttamente al domicilio, gestendo il passaggio del paziente dall'ospedale per acuti al territorio, qualora questo richieda un ricovero in struttura riabilitativa, delle cure intermedie o sociosanitaria, l'attivazione di ADI, l'attivazione della rete locale di cure palliative, l'attivazione dell'IFeC della casa di comunità di riferimento, il rinvio al MMG/PLS. In caso di dimissione, il reparto dimettente o la funzione demandata a tale processo attiva la COT del territorio di residenza dell'assistito, che a sua volta attiverà gli interventi necessari in una logica di prossimità al domicilio.
- La prenotazione delle prestazioni dell'attività specialistica ambulatoriale;
- il monitoraggio dei pazienti affetti da patologia cronica;
- il monitoraggio dei pazienti con bisogni di cure palliative in fase precoce.

La COT eroga le funzioni descritte in modalità back office: è sempre attivata dagli operatori che si trovano nei diversi nodi della rete, che a loro volta fungono da terminale con l'utente. Dal punto di vista informatico, le COT saranno supportate dalla piattaforma di gestione digitale.

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

L'obiettivo strategico del progetto è quello di fornire uno strumento (dashboard) per l'analisi dei bisogni della popolazione del territorio, che possa essere alimentato con puntualità e in tempi adeguati affinché possa rappresentare uno strumento in grado di supportare la programmazione in ambito distrettuale di interventi a livello sanitario sociosanitario e sociale.

Studio di una dashboard per la programmazione territoriale integrata

La dashboard può rappresentare un valido strumento per concorrere a differenti obiettivi specifici di programmazione dei servizi da avviare presso i differenti nodi di rete.

Un aspetto centrale è certamente legato alla ridefinizione di rapporti tra ospedale e territorio nell'ambito delle ASST, in particolare:

- appropriato ricorso al pronto soccorso, mantenendo a livello territoriale la gestione delle problematiche non urgenti (MMG/PLS, CA).
- Appropriato utilizzo delle differenti classi di priorità di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali (MMG/PLS, CA).
- appropriata e tempestiva gestione delle problematiche sanitarie emerse, tramite attivazione del territorio da parte del pronto soccorso alla dimissione dell'utente, con il coinvolgimento di MMG/IFeC/specialisti ambulatoriali in casa di comunità.
- Strutturazione dei percorsi di assistenza ambulatoriale, con lo spostamento in casa di comunità dell'assistenza di primo livello e il mantenimento presso l'ospedale dei livelli più specialistici.
- Potenziamento della rete territoriale al fine di garantire un'assistenza capillare alle donne in gravidanza anche nell'ottica di una continuità assistenziale ospedale/territorio, attraverso un collegamento tra i punti nascita dei presidi della ASST e la rete dei consultori familiari territoriali.
- Per la programmazione e il dimensionamento dei servizi territoriali, oltre all'analisi della relazione ospedale territorio, è necessario avere strumenti che rilevino l'utilizzo di strutture al di fuori del territorio (mobilità) o il ricorso al privato (accreditato e non). Questo al fine di potenziare i servizi ove necessario e integrare i percorsi.
- Accelerazione di messa in rete di informazioni utili alla gestione co-partecipata dei percorsi assistenziali.
- Approntamento di logiche di monitoraggio e possibile valutazione di modelli innovativi, integrati e multidisciplinari che progressivamente prenderanno forma.

METODOLOGIA ADOTTATA

L'approccio che ha guidato la stesura del progetto è stato quello di partire dalla domanda, dal bisogno espresso dai differenti territori per dare una risposta flessibile, efficace e appropriata. Pertanto al fine di raggiungere l'obiettivo di strutturare l'attività territoriale in modo rispondente ai bisogni della popolazione, con un'attenzione alle indicazioni contenute nel DM n. 77/2022, ma anche ai bisogni dei cittadini del territorio di appartenenza, si è valutato di analizzarli partendo da quattro aree.

Tale scelta è stata effettuata per circoscrivere il campo in una fase iniziale, con la possibilità di ampliarlo successivamente e per garantire una reale fruibilità dello strumento in aree individuate come strategiche e critiche.

Partendo da queste considerazioni iniziali l'attenzione si è focalizzata sulle fonti di dati necessari, che devono avere le caratteristiche di ripetibilità, attendibilità e possibilità di alimentazione del flusso con tempi e modi certi. La quasi totalità dei flussi individuati possono essere acquisiti dal controllo di gestione di ASST e da ATS, che possiede anche i flussi legati agli enti privati accreditati. La criticità

maggiore è rappresentata invece dall'impossibilità di avere i dati delle prestazioni erogate dalle strutture private perché non alimentano alcun flusso. Per quanto riguarda invece le prestazioni sociali, vi è la possibilità di un'interfaccia con i Comuni singoli o associati e con gli Ambiti Territoriali Sociali, che gestiscono tali dati. Questo potrebbe rappresentare un significativo elemento per favorire l'integrazione tra la parte sociosanitaria e quella sociale e progettare insieme interventi, magari anche con la messa in comune non solo di competenze, ma anche di personale. La creazione di una dashboard necessita di competenze specifiche, pertanto è necessario ricorrere a consulenti esperti nel settore.

La funzione di governance a cui è chiamato il direttore di distretto trova un punto di forza nella somma delle funzioni di coordinamento e gestione delle prestazioni anche specialistiche con quello del governo della domanda e valutazione dei servizi. Risulta pertanto evidente che la conoscenza dei bisogni di salute della popolazione di riferimento risulta centrale e rientra pertanto tra le attività del distretto che avrà inoltre compito di committenza, produzione e garanzia dei servizi.

È evidenza comune come gli attori di Population Health Management (PHM) operanti nei Servizi Sanitari evoluti stiano sviluppando strategie sempre più robuste ed estese di raccolta ed integrazione informativa come fondamento strategico essenziale di una "Data Driven Governance". Tale indirizzo strategico richiede ovviamente l'implementazione, consolidamento ed evoluzione di strumenti, competenze tecnologiche e metodologiche che supportino la ricerca e sviluppo applicato di modelli di servizio innovativi. Le ASST, nel perseguire la propria mission, hanno l'opportunità di sfruttare un importante potenziale patrimonio informativo disponibile in parte nei flussi di dati di cui hanno titolarità, accesso e consenso al trattamento e in parte dei dati che possono essere forniti dall'ATS di riferimento e dagli stakeholder che incidono sul medesimo territorio.

In tale senso, l'ASST, posta nella responsabilità di programmare la rete di offerta territoriale anche attraverso gli istituti previsti in attuazione al PNRR, può avere interesse a sviluppare un cruscotto informativo relativo ai servizi sanitari di più ampia richiesta e che per loro natura (complessità clinica, logistica erogativa, ecc.) possano trovare una maggior diffusione – in termini di punti di accesso e fruizione – sul territorio favorendo una maggior prossimità agli assistiti. Ciò consente, in maniera ciclica, di leggere la domanda, conoscere l'offerta, promuovere setting e modelli di servizio a maggior valore per la popolazione, favorire la condivisione informativa per una più efficace ed efficiente gestione dei percorsi assistenziali e per la condivisione di indirizzi programmatici e strategici con gli stakeholder.

Tra le specifiche applicazioni di analisi si potrebbe sviluppare un modello di osservazione "di coerenza" tra domanda (fabbisogni) e offerta dei singoli ambiti territoriali. partendo dai consumi storici degli assistiti dei singoli territori per specifici bundle di prestazioni e servizi (da bundle per patologia arrivando a bundle complessi ed integrati sanitari e sociosanitari), viene rilevata la quota parte dei servizi già erogati da soggetti insistenti nello stesso ambito di appartenenza dell'assistito (prossimità) rispetto alla quota parte fruita presso enti insistenti in altri ambiti territoriali.

Su tale impianto di analisi, in armonia con gli indirizzi di "prossimità" indicati dal PNRR, potrebbe essere definita una programmazione condivisa coi soggetti di rete sul territorio; in particolare si potrebbero individuare obiettivi programmatici quali-quantitativi di attivazione dei servizi presso le case di comunità.

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

Destinatari principali del progetto sono i direttori di distretto che, indipendentemente dalle caratteristiche dell'ASST/ATS cui appartengono e dello specifico territorio di competenza, devono poter disporre di uno strumento, di facile utilizzo e comprensione, che possa far comunicare le diverse banche dati con l'obiettivo di indagare lo stato di salute della popolazione di riferimento e supportare le scelte di programmazione.

Accanto al destinatario "primario" (direttore di distretto) è possibile individuare dei destinatari "secondari" (o indiretti). Se infatti il distretto deve diventare il luogo di ricomposizione e di regia per il coinvolgimento e la collaborazione tra i diversi attori chiamati a partecipare attivamente alla realizzazione degli obiettivi di salute e benessere dei cittadini, luogo di integrazione delle risorse formali e informali e di partecipazione di responsabilità, allora la condivisione informativa con gli stakeholder diviene presupposto per la condivisione di indirizzi programmatori e strategici e per una più efficace ed efficiente gestione dei percorsi assistenziali.

Sono destinatari "secondari" (o indiretti) del progetto i referenti dei servizi sanitari del Polo Territoriale e della Rete ospedaliera, ma anche gli altri attori del sistema sanitario, sociale e di comunità, tra cui:

- MMG e PLS;
- direttori di dipartimento e delle unità operative dell'ASST di riferimento
- Comuni/Ambiti Territoriale Sociali/Uffici di Piano;
- Enti gestori sociosanitari e sociali;
- Enti del terzo settore/associazioni;
- Organizzazioni sindacali;
- attori che animano la comunità: parrocchie, luoghi di aggregazione della comunità, gruppi formali e informali, reti sociali di mutuo aiuto, gruppi di advocacy e cittadini, reti del volontariato.

La capacità di leggere trasversalmente e in modo integrato le banche dati a disposizione delle ATS, delle ASST, dei Comuni e degli enti che si occupano di tematiche sociali e assistenziali consente di dare risposte appropriate e tempestive ai bisogni dei cittadini e della popolazione del distretto che risultano pertanto i beneficiari finali del presente progetto.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

Il progetto intende sviluppare una dashboard che consenta al direttore di distretto di prendere decisioni in merito alla programmazione dei servizi. Tale strumento, oltre che garantire una programmazione territoriale che favorisca l'appropriatezza dei servizi offerti e l'economicità nell'utilizzo delle risorse, ha l'obiettivo di attivare servizi rispondenti ai bisogni sanitari, sociosanitari e sociali dei cittadini in una logica di prossimità.

Al fine di sviluppare il processo di costruzione dello strumento sono individuate le seguenti fasi:

1. individuazione delle aree di interesse strategico programmatorio;
2. per ogni area individuata:

- a. identificazione delle specificità/criticità su cui ci si vuole focalizzare;
 - b. identificazione dei flussi significativi;
 - c. individuazione degli indicatori;
3. esito, anche attraverso rappresentazione grafica, delle elaborazioni dei dati che possono supportare la programmazione degli interventi da attuare per il raggiungimento degli obiettivi di ciascuna area individuata.

5.1 Le banche dati e i flussi

Il DM 77/2022 identifica il distretto come la struttura cardine dell'organizzazione territoriale cui attribuisce il compito di fornire risposte integrate ai bisogni dei cittadini.

Per sostenere il direttore di distretto nella funzione di garantire l'integrazione tra ambito sanitario, sociosanitario e sociale e fornire risposte appropriate e tempestive ai bisogni di assistenza dei cittadini è necessario costruire un sistema di informazioni integrato che possa supportare le fasi di lettura dei bisogni, programmazione e monitoraggio degli interventi.

È necessario, pertanto, interfacciare le diverse banche dati (sanitarie, sociosanitarie, sociali) e leggere trasversalmente le informazioni a disposizione, attraverso dispositivi che garantiscano integrazione, facilità di accesso e sicurezza.

In questo lavoro abbiamo pertanto cercato di realizzare una lettura dei bisogni di salute dei cittadini che integrasse i dati e le informazioni contenuti nei flussi informativi sanitari e sociosanitari a disposizione delle ATS e delle ASST con quelli contenuti nei flussi sociali e socioassistenziali utilizzati da Comuni/Uffici di Piano.

In particolare per l'ambito sanitario e sociosanitario sono stati utilizzati i flussi informativi di seguito elencati:

- Certificato di Assistenza al parto (CedAP);
- Scheda di dimissione ospedaliera (SDO);
- Consultori (CON);
- Ambulatoriale specialistica (28 SAN);
- Anagrafe Regionale degli Assistiti (NAR);
- accessi in pronto soccorso (6 SAN);

Per quanto riguarda l'ambito sociale e assistenziale si fa riferimento al Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociali (SIUSS), che si articola nelle seguenti componenti:

- sistema informativo delle prestazioni e dei bisogni sociali, a sua volta articolato in banca dati delle prestazioni sociali, banca dati delle valutazioni e progettazioni personalizzate, sistema informativo dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE), piattaforma digitale del reddito di cittadinanza per il patto di inclusione sociale (Gestione dei Patti per l'Inclusione sociale GePI).
- Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali articolato in: banca dati dei servizi attivati e banca dati delle professioni e degli operatori sociali.

Studio di una dashboard per la programmazione territoriale integrata

Il SIUSS, istituito con il decreto legislativo n. 147 del 15 settembre 2017, ha tra le sue finalità:

- assicurare la conoscenza dei bisogni sociali e delle prestazioni erogate dal sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e di tutte le informazioni necessarie alla programmazione, alla gestione, al monitoraggio e alla valutazione delle politiche sociali.
- Monitorare il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni;
- rafforzare i controlli sulle prestazioni;
- disporre di una base unitaria di dati funzionale alla programmazione e alla progettazione integrata degli interventi mediante l'integrazione con i sistemi informativi sanitari, del lavoro e delle altre aree di intervento rilevanti per le politiche sociali, nonché con i sistemi informativi di gestione delle prestazioni già nella disponibilità dei Comuni.
- Elaborare dati a fini statistici, di ricerca e di studio.

L'attenzione sulla possibilità di disporre di indicatori per l'analisi dei dati a supporto della programmazione e del monitoraggio degli interventi relativi alle politiche sociali locali è alta. In riferimento a ciò è stata recentemente formalizzata dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) la realizzazione del Portale per l'Analisi Sociale (Progetto PAS) che ha l'obiettivo di favorire i processi di alimentazione del SIUSS gestito dall'INPS e mettere a disposizione delle Regioni, delle Province autonome, degli Ambiti Territoriali Sociali, dei Comuni e degli altri enti erogatori di prestazioni sociali strumenti di *business intelligence* per l'analisi multidimensionale dei dati a supporto della programmazione, del monitoraggio e della valutazione degli interventi e delle spese relative alle politiche sociali (Messaggio n. 2882 del 3 agosto 2023).

5.2 Gli indicatori

Pur essendo necessario al direttore di distretto per le case di comunità un livello di programmazione "operativa", in grado, cioè, di orientare le scelte di programmazione nel breve-medio periodo e nel contesto territoriale, ci è sembrato utile analizzare uno dei più importanti sistemi di valutazione dei servizi sanitari disponibili, in relazione alle aree di criticità identificate.

Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) struttura un sistema di indicatori finalizzato alla misurazione dell'effettiva erogazione delle cure e prestazioni definite nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e dell'appropriatezza.

Per ciascun indicatore sono disponibili le schede tecniche, che ne riportano la definizione, il rationale/significato, le caratteristiche, il livello di aggregazione, le modalità di calcolo, fonte del dato, formule, aggiustamenti, livello di analisi, i riferimenti normativi, le soglie, le eventuali criticità.

Per l'area distrettuale sono individuati 33 indicatori, di cui 10 sono relativi alle aree di approfondimento/criticità che abbiamo individuato per la costituzione della dashboard, riportati di seguito per ciascuna area.

Per i servizi di cure primarie e continuità assistenziale:

- Tasso di accessi in pronto soccorso nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 abitanti residenti adulti). L'indicatore esprime il rapporto tra il numero di accessi in Pronto Soccorso con codice bianco/verde di adulti residenti della Regione rispetto alla popolazione residente

Studio di una dashboard per la programmazione territoriale integrata

adulta della Regione. L'indicatore segnala l'inappropriatezza dell'utilizzo del Pronto Soccorso. Tale inappropriatezza può essere considerata una proxy delle difficoltà di accedere ai servizi della medicina territoriale. Nei territori (ASL/Regione) dove la quota di accessi in PS con codice bianco/verde è più elevata vi è meno garanzia che il livello di assistenza sia adeguatamente erogato (D05C).

- Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni).
- Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi (sabato, domenica e festività) di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti) (D07Ca).
- Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi (sabato, domenica e festività) di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1.000 ab. minori 0-14 anni) (D07Cb).

Per i servizi di assistenza domiciliare:

- Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione residente (D20Z), numero di pazienti adulti seguiti a domicilio con CIA base ogni 1.000 abitanti. L'indicatore fornisce indicazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti adulti con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) di base.
- Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3) (D22Z), Numero di pazienti trattati in ADI per 1.000 abitanti. L'indicatore fornisce informazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in cure domiciliari integrate differenziate per i diversi livelli di intensità assistenziale (CIA 1, CIA 2, CIA 3).
- Tasso di Prese In Carico (PIC) in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3) (D23Z), prese in carico domiciliari integrate distinte per intensità assistenziale (CIA 1, CIA 2, CIA 3)/ popolazione residente per 1.000 abitanti. L'indicatore fornisce informazioni sulla offerta delle cure domiciliari integrate distinte per intensità assistenziale.

Per i servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza:

- Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B (D10Z), percentuale di prestazioni (visita oculistica, mammografia, tac torace senza e con contrasto, ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, rmn colonna vertebrale, ecografia ostetrica – ginecologica, visita ortopedica, visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve). L'indicatore intende misurare la capacità di erogare le prestazioni entro il tempo massimo previsto dalla classe di priorità B (≤ 10 gg)
- Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D (D11Z), percentuale di garanzia dell'erogazione della prestazione entro i tempi previsti dalla classe di priorità D (Differibile) per: visita oculistica, mammografia, TAC torace senza e con contrasto, ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN colonna vertebrale, ecografia ostetrica – ginecologica, visita ortopedica, visita cardiologica, percentuale di prestazioni erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità

D (Differibile). L'indicatore intende misurare la capacità di erogare le prestazioni entro il tempo massimo previsto dalla classe di priorità D (≤ 30 gg per le visite, ≤ 60 gg per gli esami diagnostici)

Per i servizi legati all'area materno infantile l'indicatore presente nel NSG è la percentuale di donne che hanno effettuato più di quattro ecografie in gravidanza (D19C).

5.3 Le aree di servizi individuate

Il progetto si struttura individuando *in primis* le principali attività "core" delle case di comunità che presentano aree di criticità o di sviluppo con cui il direttore di distretto è chiamato a confrontarsi e che rappresentano una sfida per l'attività di programmazione territoriale. Le aree individuate sono:

- servizi di cure primarie e continuità assistenziale. La finalità della programmazione in questa area è garantire il buon funzionamento delle cure primarie e della continuità assistenziale per consentire la gestione delle prestazioni di primo livello a livello territoriale, diminuendo gli accessi impropri al pronto soccorso.
- Servizi di assistenza domiciliare. In riferimento ai servizi di assistenza domiciliare (servizio di assistenza domiciliare e servizio di assistenza domiciliare integrata), l'ambito delle cure domiciliari è considerato chiave per la nuova sanità territoriale e i distretti e le case di comunità sono impegnati nell'obiettivo di presa in carico al domicilio del 10% della popolazione over 65 anni entro il 2026;
- servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza. Per quanto attiene i servizi di specialistica ambulatoriale, l'area di sviluppo è legata all'organizzazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale presso le Case di Comunità;
- servizi legati all'area materno infantile, nello specifico i Consultori Familiari. I Consultori Familiari, che possono trovare sede all'interno delle Case di Comunità, rappresentano un luogo di particolare interesse per la continuità dell'assistenza ospedale/territorio. In riferimento all'area materno infantile l'obiettivo è potenziare il ruolo del consultorio nella presa in carico delle donne nella gravidanza e nel post parto.

5.3.1 Servizi di cure primarie e continuità assistenziale

L'investimento nell'assistenza territoriale e nella medicina di iniziativa e prossimità mira a portare i servizi all'interno della comunità e nel contesto di vita dei cittadini, riservando l'utilizzo dell'ospedale all'assolvimento delle necessità assistenziali legate all'urgenza e alle prestazioni di secondo livello. L'esperienza di gestione della pandemia da COVID 19 ha portato in evidenza la necessità di "portare fuori" dall'ospedale quanto può essere erogato in contesti più efficienti e prossimi, riorganizzando la rete ospedale-territorio.

Nell'ambito del distretto, un obiettivo strategico è rappresentato dallo sviluppo di un'azione coordinata dell'attività dei medici di medicina generale, organizzati in Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), con la collaborazione degli IFeC, nell'ambito delle case di comunità e con la copertura da parte della continuità assistenziale, così da erogare con modalità più efficaci le cure non urgenti e garantire una migliore presa in carico della cronicità.

Studio di una dashboard per la programmazione territoriale integrata

Punto di partenza per tale riorganizzazione è la disponibilità dei dati per il monitoraggio della copertura della popolazione da parte delle cure primarie: numero di assistiti per MMG/PLS, distribuzione territoriale (ambiti carenti, accessibilità geografica e oraria degli studi), distribuzione degli ambulatori di continuità assistenziale e relativi dati di attività (numero e distribuzione oraria degli accessi).

Quanto più la casa di comunità, con l'insieme dei servizi presenti, viene riconosciuta dalla popolazione come struttura di riferimento per ottenere risposte ai bisogni sanitari e sociali, tanto più è possibile che l'accesso agli altri servizi e alle altre strutture della rete sia appropriato.

Pertanto, nell'ambito di un territorio, gli indicatori di utilizzo dei servizi ospedalieri possono essere utilizzati dal Distretto per interpretare l'efficacia dei servizi territoriali e per fornire indicazioni sull'organizzazione degli stessi.

Ad esempio, può essere utile lo studio degli accessi impropri in pronto soccorso della popolazione residente (codici di triage sia di accesso sia di dimissione, e l'analisi delle prestazioni usufruite in pronto soccorso dai pazienti dimessi con codice bianco/verde, suddivisi per fasce di età, per patologia, e per giornate e fascia oraria di accesso).

La misurazione della riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso negli orari in cui sono attivi i diversi servizi territoriali e il contestuale maggior ricorso agli stessi, permette una quantificazione del raggiungimento dell'obiettivo della gestione delle prestazioni di primo livello sul territorio.

Nel collegamento virtuoso tra servizi territoriali e ospedalieri, si affianca al potenziamento della copertura da parte di MMG/PLS e medici della continuità assistenziale anche la presa in carico da parte dei servizi territoriali degli utenti dimessi dall'ospedale, sia da ricovero che dopo accesso al Pronto Soccorso, che possono essere segnalati all'MMG e all'IFeC per il monitoraggio delle condizioni al domicilio e per l'attivazione di una presa in carico se necessario.

Un ulteriore collegamento virtuoso tra servizi è quello che vede le unità operative ospedaliere, i MMG/PLS e i servizi sociali comunali su target, quali persone senza fissa dimora, vittime di violenza, marginalità, fragilità sociale etc.

Ai fini programmatori è interessante incrociare i dati relativi alla 28 SAN e gli accessi al pronto soccorso con i dati provenienti dal flusso sociale (flusso SIUSS) relativi alle prestazioni sociali al domicilio (assistenza domiciliare socioassistenziale, distribuzione pasti, telesoccorso e teleassistenza, Servizio di Assistenza Domiciliare SAD ecc.) al fine di valutare se essere beneficiari di interventi domiciliari a bassa intensità influisca positivamente sugli accessi impropri al pronto soccorso.

Tabella 5.1 Sintesi indicatori per l'area

OBIETTIVI	INDICATORI	AZIONI
Favorire l'appropriatezza nell'accesso al pronto soccorso	Diminuzione accesso in pronto soccorso dei codici bianchi	Tavolo permanente tra Distretto e referenti AFT volto a promuovere collaborazione e integrazione
Corretta copertura del territorio con i servizi di cure primarie	Riduzione del numero dei cittadini sprovvisti di MMG; Riduzione della richiesta di visite di guardia medica	Lavoro integrato ASST e ATS per programmazione territoriale (ambiti carenti, aree disagiate, aree disagiatissime etc.)
Garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio	Aumento dei pazienti dimessi con un percorso di assistenza definito (domicilio, strutture residenziali, ospedali di comunità)	Integrazione assistenti sociali comuni e servizio dimissioni protette ospedaliere attraverso un protocollo Formazione congiunta operatori del Servizio Sociale comunale e operatori ASST

5.3.2 Servizi di assistenza domiciliare

I servizi di cure domiciliari mirano alla valorizzazione dell'autonomia dei beneficiari e alla prevenzione dell'istituzionalizzazione. Rappresentano un ambito di particolare interesse per il legislatore nazionale e regionale oltre che il *campo* in cui accompagnare una proficua integrazione tra sistema sanitario e sistema sociale e punto di connessione con le cure primarie.

I principali servizi di cure domiciliari sono il servizio di assistenza domiciliare sociale (SAD) e l'assistenza sociale integrata con i servizi sanitari (ADI), quali servizi rivolti a persone anziane non autosufficienti o a persone con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che richiedono supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana.

In Regione Lombardia il sistema delle cure domiciliari è stato oggetto di revisione con la dgr 6867 del 02/08/2022, che ha ridefinito gli standard di accreditamento e i percorsi di assistenza, sulla base dell'atto di intesa nazionale.

Sono fornite sia cure domiciliari di base sia cure domiciliari integrate. Le cure domiciliari di base comprendono prestazioni occasionali o di breve durata di singole figure professionali (es. prelievo ematico, somministrazione di terapie, medicazioni, ecc.) e interventi erogati da una sola figura professionale (es. fisioterapista, infermiere ecc.), in risposta a bisogni specifici secondo percorsi definiti (percorso gestione alvo, percorso gestione catetere, percorso gestione stomie, percorso lesioni, percorso fisioterapia). Le cure domiciliari integrate sono effettuate sulla base della valutazione multidimensionale dell'equipe di valutazione delle ASST e rivolte ai pazienti che hanno bisogni complessi e richiedono interventi di più figure professionali che operano in modo integrato e classificate in livelli crescenti di intensità assistenziale (Livello I, II, IIIA, IIIB, IIIC, alta intensità).

La legge n. 234/2021 definisce come Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) i servizi socio-assistenziali, erogati dagli Ambiti Territoriali Sociali, volti a promuovere la continuità della vita al domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti. Anche il PNRR Missione 6 "Salute", partendo dalla constatazione che in Italia vi siano significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi e nell'integrazione tra servizi ospedalieri, territoriali e sociali, intende agire sulle reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per garantire l'assistenza

Studio di una dashboard per la programmazione territoriale integrata

sanitaria territoriale: si intende quindi rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (case di comunità e ospedali di comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari. Ne deriva la necessità di definire i processi che consentano una reale garanzia di percorsi di presa in carico integrata, non solo a livello istituzionale tra Aziende Sanitarie e Ambiti Territoriali Sociali, ma anche attraverso la condivisione di informazioni e strumenti.

In riferimento a questa area le ASST sono impegnate nell'obiettivo di presa in carico al domicilio del 10% della popolazione over 65 anni entro il 2026 attivando per essi interventi sociosanitari.

Per il monitoraggio del raggiungimento di questo obiettivo è stata messa a punto da ARIA (Azienda Regionale per l'Innovazione e gli Acquisti) una dashboard dedicata, che restituisce il dato delle prese in carico a livello di ATS/ASST/Distretto. I dati raccolti dalla dashboard fanno riferimento alle seguenti attività:

- prestazioni effettuate da MMG come Assistenza Domiciliare Programmata (ADP);
- prestazioni effettuate a domicilio dagli IFeC delle case di comunità, rendicontate nel flusso ADP/IFeC;
- prestazioni definite dal Progetto di Sorveglianza Domiciliare (PSD) descritto dalla DGR n. 717 del 24 luglio 2023;
- prestazioni di cure domiciliari di base e assistenza domiciliare integrata erogate dalle Unità d'Offerta di Cure Domiciliari (UdO C -DOM), che includono gli enti gestori accreditati e le ASST, tracciati nel flusso Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD);
- prese in carico domiciliari da parte delle Unità di Offerta di Cure Palliative (UdO UCP -DOM) (flusso Cure Palliative);
- prese in carico da parte delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) che hanno attivato la misura RSA aperta.

Al fine di avere a disposizione ulteriori informazioni utili alla programmazione domiciliare territoriale, anche per intercettare la porzione di popolazione che presenta fragilità sociali ma che non ha ancora espresso un bisogno socio sanitario, pare necessario integrare i flussi sociosanitari e sanitari sopra elencati con quelli sociali. In particolare viene utilizzato il flusso SIUSS, per le seguenti prestazioni: assistenza domiciliare socio assistenziale, distribuzione pasti e/o lavanderia al domicilio, telesoccorso e teleassistenza.

Tale integrazione di dati permette di avere contezza di quanti over 65 sono presi in carico nell'anno di riferimento con almeno una prestazione attivata per i servizi domiciliari sia di tipo sociosanitario che di tipo sociale. Inoltre riuscire a rappresentare, per fasce di età (ad esempio da 65 a 74, da 75 a 84, ecc), quanti over 65 sono destinatari di prestazioni diverse consente di avere una mappatura della fragilità e una percentuale ipotetica di cittadini che potrebbero necessitare di ulteriori interventi sia domiciliari che residenziali.

Un ulteriore obiettivo del direttore di distretto in merito all'area domiciliarità, riguarda la capacità di coprire in modo omogeneo il territorio di riferimento per rispondere con appropriatezza ai bisogni dei cittadini. Per fare ciò risulta necessario approfondire, per ambito territoriale, la distribuzione delle prese in carico attraverso l'analisi della domanda (quali e quanti interventi vengono richiesti e quali e quanti interventi vengono erogati e in quali tempi). Per poter effettuare questo è necessario definire

una raccolta sistematica dei dati di presa in carico che rileva sia presentazione della domanda che avvio erogazione dell'intervento. Tale rilevazione andrà ad alimentare la dashboard.

Tabella 5.2 Sintesi indicatori per l'area

OBIETTIVI	INDICATORI	AZIONI
Garantire l'assistenza ai pazienti >65 anni con interventi appropriati	Aumento dei pazienti >65 anni assistiti al domicilio	Tavolo permanente tra Distretto, referenti AFT, ATS e Comuni volto a promuovere collaborazione e integrazione Integrazione ASST/ATS volti a sensibilizzare i MMG nell'utilizzo delle misure regionali previste Integrazione ASST/ Comuni volta a mappare i destinatari degli interventi e garantirne una corretta fruizione e distribuzione

5.3.3 Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza

La casa di comunità si basa su un modello di servizio che ha fra le sue attività l'erogazione di servizi da parte di tutte le unità operative della ASST di riferimento, selezionati dai piani e dai programmi aziendali (es. specialistica ambulatoriale, attività di follow up o monitoraggio, somministrazione di farmaci e terapie, ecc).

La specialistica ambulatoriale e la diagnostica di base, rivolta a tutti i cittadini, prevalentemente residenti nel territorio servito dalle case di comunità, riveste un importante ruolo di interazione fra specialisti del polo ospedaliero e diverse figure impegnate nell'assistenza territoriale.

Coerentemente con uno degli obiettivi primari delle case di comunità, l'offerta ambulatoriale e di diagnostica è volta principalmente a favore di un approccio integrato ed incentrato su attività di primo livello, sia nei casi di primo accesso per sospetto diagnostico, sia per controllo/follow up di patologie croniche, dimensionata in base al bisogno epidemiologico della popolazione di propria competenza con il supporto dell'ATS territorialmente competente.

L'attività ambulatoriale specialistica e di diagnostica comprende una serie di servizi, tra i quali:

- visite cardiologiche (con elettrofisiologia, ecocardi Doppler cardiaco e dei tronchi sovra aortici (TSA), test da sforzo);
- visite pneumologiche (con Rx torace, spirometria ed ossimetria);
- visite diabetologiche;
- visite oncologiche per la presa in carico dei pazienti che necessitano di follow up periodico;
- visite ortopediche, in cui operano professionisti in grado di garantire il raccordo con le strutture ospedaliere e la medicina territoriale;
- visite oculistiche.

L'obiettivo previsto dalla normativa di riferimento è che le agende della specialistica e della diagnostica siano in gran parte dedicate ai MMG/PLS appartenenti alle AFT afferenti alla Casa di Comunità per la prenotazione di prestazioni in favore dei propri assistiti.

Studio di una dashboard per la programmazione territoriale integrata

All'erogazione di tali prestazioni sono chiamati a partecipare in modo sostanziale non solo gli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI), ma anche gli specialisti delle unità operative del polo ospedaliero delle ASST territorialmente competenti con una gestione del paziente sia con patologia acuta che cronica integrativa rispetto a quella erogata nelle strutture ospedaliere, favorendo le prestazioni a più bassa complessità.

Anche l'attività ambulatoriale della casa di comunità va organizzata in risposta all'evoluzione dei bisogni della popolazione, basata su un'attività di analisi dei flussi sanitari, sociosanitari e sociali finalizzata al dimensionamento dell'offerta coerente con i bisogni epidemiologici della popolazione.

Di conseguenza, gli spazi della casa di comunità non sono dedicati esclusivamente ad un servizio, una specialità o un medico, ma sono attrezzati e utilizzati in modo poli-funzionale, per massimizzarne il tasso di utilizzo delle infrastrutture disponibili e quindi il potenziale di servizio.

In questo processo, le ATS stimano il bisogno epidemiologico di cura e assistenza per dimensionare e caratterizzare l'offerta e contrattualizzano gli erogatori al fine di garantire un'adeguata risposta complessiva.

Un interessante punto della situazione emerge dai primi risultati di uno studio, ancora in corso, realizzato dal Centro Studi di Politica e Programmazione Socio-Sanitaria dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, con l'obiettivo di valutare i modelli strutturali, organizzativi e di personale attualmente implementati nelle case di comunità già aperte in Lombardia.

Sono stati analizzati i dati relativi alla presenza-disponibilità di servizi, attività e personale nelle 47 case di comunità analizzate. L'attività ambulatoriale è risultata presente in 42 case di comunità, secondo la seguente distribuzione:

Tabella 5.3 – Presenza ambulatori specialistici in casa di comunità

	Presenza in CdC	Assenza in CdC	Non noto
Diabetologia	36	11	–
Neurologia	32	15	–
Ginecologia	33	14	–
Dermatologia	24	23	–
Pneumologia	29	18	–
Endocrinologia	26	21	–
Medicina Interna	25	22	–
Otorinolaringoiatria	13	34	–
Altri	41	6	–

Dall'analisi dei dati iniziali di questo studio emerge come anche l'attività ambulatoriale svolta nelle case di comunità risenta della parziale attivazione delle stesse, frutto di una riorganizzazione di servizi già disponibili, piuttosto che la creazione e l'implementazione di nuovi modelli organizzativi e alla reale presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini nei territori in cui sono state collocate.

Ne consegue un ridotto utilizzo di un'importante risorsa che, come già anticipato, grazie soprattutto al lavoro in stretto contatto dei MMG/PLS con gli specialisti, porterebbe:

- ad una riduzione degli accessi impropri in pronto soccorso;

Studio di una dashboard per la programmazione territoriale integrata

- ad un corretto utilizzo dei codici di priorità per le prestazioni ambulatoriali specialistiche (tra l'altro obiettivo regionale 2023 è il controllo del rispetto dei tempi di attesa per singola classe di priorità).
- Ad una corretta gestione delle liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali specialistiche.
- Ad una conseguente riduzione del flusso in uscita verso strutture afferenti ad altre ASST/ATS.

Punto debole attualmente, oltre alla carenza di medici, soprattutto MMG/PLS, è la mancanza di dati facilmente fruibili che permetterebbe al direttore di distretto, in accordo con i direttori di dipartimenti e delle singole unità operative, una corretta e flessibile programmazione dell'attività ambulatoriale.

A tal fine, è possibile individuare alcuni indicatori significativi che potrebbero supportare l'attività programmatoria:

- liste di attesa per classi di priorità, fornite dall'UO Next generation dell' ASST (dati in tempo reale);
- volumi di prestazioni ambulatoriali aziendali aggiornate al mese precedente, fornite dall'applicativo gestionale aziendale;
- individuazione del volume dei consumi correlato a zona di residenza dei cittadini, suddiviso per specialità;
- prestazioni ambulatoriali fruite dai cittadini presso strutture pubbliche o private accreditate di altri distretti o altre ASST;
- visite inappropriate, distinte per specialità, effettuate dal pronto soccorso.

In prospettiva, una volta implementato il Sistema di Gestione Digitale del Territorio (SGDT) con il sistema di prenotazione delle agende dedicate a MMG/PLS, tali dati possono essere integrati nella Dashboard.

Tabella 5.4 Sintesi indicatori per l'area

OBIETTIVI	INDICATORI	AZIONI
Contenimento tempi d'attesa della specialistica ambulatoriale attivata nella Case di Comunità	Rispetto dei tempi di attesa per classi di priorità Riduzione accessi impropri in PS	Rimodulazione dell'attività ambulatoriale in base alle indicazioni fornite dai flussi presi in considerazione
Garantire prossimità di risposta attraverso l'organizzazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale e della diagnostica di base presso le Case di Comunità con particolare riferimento ai pz cronici e fragili	Aumento del numero dei pazienti cronici in compenso gestiti dagli MMG presso le Case di Comunità Riduzione delle visite di controllo in pazienti cronici in compenso in reparto ospedaliero Riduzione mobilità passiva	Formazione dei MMG/PLS rispetto alla diagnostica di base in collaborazione con specialisti ospedalieri Tavolo permanente tra Distretto e referenti AFT volto a promuovere collaborazione e integrazione

5.3.4 Servizi legati all'area materno infantile

Questa area sul territorio è rappresentata dal consultorio familiare, che è un servizio sociosanitario territoriale, in cui sono presenti diverse figure professionali che si occupano di accoglienza delle persone e delle famiglie, di prevenzione, di promozione del benessere psicofisico, attraverso consulenze e prese in carico ostetrico-ginecologica, psicologica e sociale, privilegiando un approccio multidisciplinare integrato. Il destinatario principale è la famiglia, in ogni fase del ciclo di vita.

Il consultorio familiare rappresenta un servizio importante in tema di continuità assistenziale ospedale/territorio soprattutto per la presa in carico della donna in gravidanza e nel puerperio, attività sulla quale ci siamo focalizzati in questo lavoro. Durante la pandemia le indicazioni regionali erano volte a potenziare le visite domiciliari rivolte alle puerpere; garantire la possibilità di una presa in carico territoriale che possa supportare la donna pre e post partum rappresenta un intervento che ha anche una connotazione preventiva, di patologie quali la depressione post partum. Garantire una presa in carico territoriale può significare nel contempo rispondere efficacemente ai bisogni della donna ed evitare la mobilità passiva per quanto riguarda i parti.

Al fine di fornire al direttore di distretto le informazioni necessarie al perseguimento dell'obiettivo di potenziare il ruolo del consultorio nella presa in carico della gravidanza e del post parto orientandolo nella programmazione degli interventi da attivare, in raccordo con i servizi interessati, è possibile fare riferimento ai dati dei flussi informativi sanitari e sociosanitari a disposizione delle ATS.

In particolare:

- Scheda di dimissione ospedaliera (SDO);
- Certificato di Assistenza al parto (CedAP);
- Consultori (CON);
- Ambulatoriale specialistica (28 SAN).

Un primo quadro conoscitivo potrebbe comprendere alcuni indicatori che riguardano le tre fasi del "percorso nascita": gravidanza, parto e post parto.

Per la fase della gravidanza significativo è l'indicatore "accesso al consultorio familiare durante la gravidanza" che permette di avere un quadro delle donne residenti nel distretto che durante la gravidanza si sono rivolte, per prestazioni dell'area materno infantile, al consultorio familiare sia del territorio del distretto che esterno.

L'analisi può essere approfondita attraverso il dettaglio della tipologia di prestazione/i di cui hanno usufruito presso il consultorio (incontri di gruppo in gravidanza, ecografia ostetrica/ginecologica, visita ginecologica...)

Integrando i dati precedenti con quelli contenuti nel flusso "ambulatoriale", è possibile indagare l'indicatore "accesso al training prenatale", ovvero la percentuale delle donne residenti nel distretto che ha frequentato un corso di preparazione al parto.

Per la fase del parto un indicatore significativo è rappresentato dalla "mobilità" che indaga le scelte delle donne residenti nel distretto rispetto ai punti nascita dove partorire.

I dati estratti dal flusso SDO e dai CedAP possono dare un quadro della percentuale di donne residenti nel distretto che ha partorito nei punti nascita di riferimento del proprio distretto e della percentuale di donne che ha scelto punti nascita diversi.

Può essere inoltre approfondito, per la mobilità relativa al parto, il dettaglio dei punti nascita scelti per partorire dalle donne residenti nel distretto.

Infine l'accesso al consultorio nell'anno successivo al parto è l'indicatore che può dare al direttore di distretto una rappresentazione di quanto (percentuale), dove (consultorio di riferimento del distretto o altro consultorio) e per quali prestazioni (allattamento, sostegno alla genitorialità..) le donne del distretto accedono al consultorio nella terza fase di puerperio e post parto.

Studio di una dashboard per la programmazione territoriale integrata

Quest'area è fortemente connessa agli interventi sociali, in particolare quelli riguardanti la tutela dei minori, dove sovente vi è una presa in carico integrata della donna vulnerabile/fragile da parte degli operatori ospedalieri, degli operatori del consultorio e degli operatori dei servizi sociali comunali.

Nell'ambito in oggetto i flussi sociosanitari si integrano con quelli sociali. A tal proposito si considera il flusso SIUSS: servizio per adozione nazionale/internazionale minori, intervento di sostegno alla genitorialità, strutture residenziali, servizio per l'affidamento dei minori, assistenza domiciliare, assegno di maternità erogato dai comuni (destinato alle neomamme che non hanno ricevuto altre prestazioni di maternità dall'INPS o dal datore di lavoro e in possesso di determinate situazioni reddituali), contributi economici di integrazione del reddito, carta acquisti, contributi economici per l'alloggio, buoni spesa/buoni pasto, contributi e integrazioni rette asili nido e per servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia, contributi economici per i servizi scolastici.

Tabella 5.5 Sintesi indicatori per l'area

OBIETTIVI	INDICATORI	AZIONI
Garantire la presa in carico sul territorio della donna nella gravidanza e nel post parto	Diminuzione della mobilità passiva delle donne che partoriscono in presidi ospedalieri fuori dal Distretto	Rete integrata con MMG per la promozione ove possibile del percorso a basso rischio ostetrico Collaborazione con MMG per l'accesso delle donne in CdC Offerta di corsi di accompagnamento alla nascita capillari sul territorio Affiancamento donna pre e post parto attraverso la figura dell'ostetrica Garantire VD ostetrica a tutte le donne del territorio che partoriscono Garantire capillarità nella distribuzione dei servizi sul territorio
Accompagnamento della donna fragile	Riduzione segnalazioni procura TM e i successivi interventi a tutela del minore	Collaborazione con servizi territoriali comunali e organizzazioni di terzo settore per attivare interventi di prevenzione, intercettare le donne con il bisogno e attivare una presa in carico integrata

5.4 Fasi e tempistiche

La tempistica necessaria per la predisposizione dello strumento è stimata in 18 mesi, nei quali si dovranno realizzare:

- incontri preliminari di valutazione e definizione dei dati necessari, con il coinvolgimento del direttore di distretto, responsabile ufficio di piano, controllo di gestione e servizio informatico ASST, per l'ATS del direttore dipartimento per la Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie (PAAPSS) e dell'Ufficio epidemiologico.
- Condivisione dell'impianto dello strumento con soggetti interessati interni ed esterni: specialisti ospedalieri per dipartimenti, MMG e PLS e Sindaci dei Comuni.
- Realizzazione tecnico operativa dello strumento;
- sperimentazione della dashboard;

Studio di una dashboard per la programmazione territoriale integrata

- monitoraggio successivo all'implementazione per valutarne l'efficacia.

Una volta che lo strumento è definito sono previsti:

- analisi dei dati e il monitoraggio degli indicatori definiti a cadenza trimestrale
- condivisione con la direzione strategica dei dati emersi, al fine di proporre modulazioni delle attività distrettuali, a cadenza semestrale

Annualmente, o al bisogno, viene prevista una verifica dello strumento e un eventuale aggiornamento con nuovi o diversi indicatori

Tabella 5.6 Fasi e tempistiche

FASI	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	V TRIM	VI TRIM	TRIMESTR ALE	SEMESTRA LE
incontri preliminari	X							
condivisione		X						
realizzazione tecnico operativa			X	X				
sperimentazione				X	X			
monitoraggio						X		
analisi dati e monitoraggio							X	
modulazioni delle attività								X

ANALISI DEI COSTI

I costi del progetto sono legati alla definizione, allo sviluppo e all'implementazione della dashboard, per cui è necessario ricorrere ad una ditta esterna esperta, che possa fornire un software utile per l'analisi dei dati e per il raggiungimento degli obiettivi individuati. Va valutato pertanto se vi sono gare Consip attive a riguardo e, se non vi fossero, avviare una procedura per l'individuazione della ditta fornitrice.

Il budget necessario per la realizzazione e per l'implementazione dello strumento (18 mesi rinnovabili) potrebbe essere di circa € 50.000,00.

RISULTATI ATTESI

I risultati attesi del PW sono i seguenti:

- consentire l'integrazione dei dati di flussi provenienti da fonti differenti (siano esse sanitarie, sociosanitarie o sociali);
- supportare l'analisi del bisogno della popolazione in modo sistematico ed efficace;
- avere elementi necessari per la programmazione di servizi territoriali che garantiscano prossimità e consentano l'efficientamento delle risorse.

La dashboard può rappresentare uno strumento di lavoro utile al direttore di distretto per la programmazione e l'attivazione di servizi sul proprio territorio. La potenzialità dello strumento consente una sua trasferibilità nei differenti territori, grazie alle fonti di dati che provengono da flussi sanitari, sociosanitari e sociali validati e presenti in ogni realtà. Inoltre, la sua flessibilità consente una variabilità e una modificabilità delle fonti di alimentazione in base al bisogno e ai cambiamenti normativi e delle realtà territoriali. Potrebbe essere interessante che ogni ASST si doti di tale strumento per consentire una programmazione territoriale a più ampio raggio, garantendo al contempo una copertura e un efficientamento delle risorse a livello regionale.

CONCLUSIONI

Il project work ha delineato un percorso per la definizione di una dashboard che offra al direttore di distretto uno strumento per rendere maggiormente operative le case di comunità, secondo le indicazioni previste nel DM 77/2022 e nei successivi provvedimenti regionali. Nella consapevolezza che per implementare Servizi non è sufficiente aderire a normative e raccogliere dati che potrebbero risultare interessanti, ma poco significativi in termini di programmazione. In ottica manageriale, lo sforzo è stato quello di pensare allo sviluppo territoriale con uno sguardo di integrazione, non solo all'interno dei Servizi sanitari o sociosanitari in cui la maggior parte di noi lavora, ma anche con il coinvolgimento di altri attori istituzionali che rappresentano una risorsa per il cittadino. Lo strumento pensato rappresenta un primo step che deve essere implementato, ripensato e revisionato nel tempo, soprattutto con la creazione delle nuove case di comunità o l'implementazione di quelle esistenti, anche alla luce dei cambiamenti sociali in atto. Solo nell'operatività quotidiana possono emergere ulteriori interrogativi che portano al bisogno di un'implementazione dello strumento, oltre che prevedere ulteriori connessioni con altri dispositivi informatici (vedi cartella clinica e cartella sociale informatizzata).

CONTRIBUTO PERSONALE

Il gruppo di lavoro che ha collaborato alla stesura del progetto è composto da cinque professionisti che, da diverse prospettive, hanno condiviso l'interesse alla definizione di uno strumento che consenta la lettura dei bisogni sanitari, sociosanitari e sociali dei cittadini e supporti la programmazione di servizi ed interventi integrati che rispondano ad una logica di appropriatezza, efficienza ed accessibilità.

La composizione del gruppo di lavoro caratterizzata da professionalità diverse (medico, psicologo e assistente sociale), appartenenti a diversi contesti organizzativi del sistema sociosanitario, sanitario e sociale (ATS, polo ospedaliero e polo territoriale dell'ASST e Azienda Speciale Consortile), e a diverse realtà territoriali (metropolitana e montana), ha rappresentato un'opportunità e una ricchezza che ha consentito di valorizzare le differenze e le peculiarità, di far convergere prospettive e sguardi differenti garantendo al contempo il rispetto delle specifiche complessità.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Legge Regionale 12 marzo 2008, n. 3 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale"

Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"

Legge 30 dicembre 2021, n.234 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024"

D.G.R. 19 aprile 2021 n. 4563 Approvazione delle "Linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2021-2023" - (di concerto con l'Assessore Bolognini)

Legge Regionale 14 dicembre 2021, n. 22 "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)"

D.M. 77 23 maggio 2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"

D.G.R. 25 luglio 2022 n. 6760 "Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"

D.G.R. 25 luglio 2022 n. 6762 "Attuazione l.r. 22/2021: regolamento di funzionamento della Conferenza dei Sindaci, del Collegio dei Sindaci, del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e dell'Assemblea dei Sindaci del distretto - (di concerto con l'Assessore Locatelli) - (a seguito di parere della Commissione Consiliare)

INPS Messaggio 2882 del 3 agosto 2023 "Portale per l'Analisi Sociale (PAS), redatto nell'ambito del Progetto PON Inclusione 2014 - 2020"

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

www.inps.it/it/it/dati-e-bilanci/siuss--ex-casellario-dell-assistenza.html

<https://www.marionegri.it/magazine/prime-case-di-comunita-in-lombardia>

<https://www.ohdsi.org/data-standardization/the-common-data-model/>