



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 6793

Seduta del 02/08/2022

Presidente **ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali LETIZIA MORATTI *Vice Presidente*
STEFANO BOLOGNINI
DAVIDE CARLO CAPARINI
RAFFAELE CATTANEO
RICCARDO DE CORATO
MELANIA DE NICHILLO RIZZOLI
PIETRO FORONI
STEFANO BRUNO GALLI

GUIDO GUIDESI
ALESSANDRA LOCATELLI
LARA MAGONI
ALAN CHRISTIAN RIZZI
FABIO ROLFI
FABRIZIO SALA
MASSIMO SERTORI
CLAUDIA MARIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Enrico Gasparini

Su proposta dell'Assessore Letizia Moratti

Oggetto

FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE DI CUI ALLA LEGGE 30 DICEMBRE 2020, N. 178: PIANO TRIENNALE DELLE ATTIVITÀ DI REGIONE LOMBARDIA

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Direttore Generale Giovanni Pavesi

Il Dirigente Matteo Corradin

L'atto si compone di 37 pagine

di cui 31 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

RICHIAMATI:

- l'accordo Stato Regioni del 30 ottobre 2014 (Rep. atti n. 135/CU) concernente il "Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" di seguito PND, che fornisce indicazioni strategiche per la promozione e il miglioramento degli interventi nel settore, non soltanto con riferimento agli aspetti terapeutici specialistici, ma anche al sostegno e all'accompagnamento del malato e dei familiari lungo tutto il percorso di cura;
- il decreto del direttore generale della prevenzione sanitaria 11 febbraio 2021 con il quale è stato costituito il Tavolo per il monitoraggio e l'implementazione del PND (di seguito nominato "Tavolo permanente sulle demenze", operativo in via di fatto già dal 2015, con il coordinamento del Ministero della salute e in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità (ISS);
- l'accordo Stato Regioni del 26 ottobre 2017 (Rep. atti n. 130/CU) sul documento concernente: "Linee di indirizzo nazionali sui percorsi diagnostico terapeutici assistenziali per le demenze" e sul documento concernente "Linee di indirizzo nazionali sull'uso dei sistemi informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze";
- il documento approvato dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome, nella seduta del 6 agosto 2020, concernente: "Raccomandazioni per la governance e la clinica nel settore delle demenze";
- l'accordo Stato Regioni del 20 febbraio 2020 (Rep. atti n. 17/CU) sul documento concernente: "Linee di indirizzo nazionali per la costruzione di Comunità amiche delle persone con demenza";
- il documento concernente: "Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno alle persone con demenza nell'attuale scenario della pandemia di COVID-19", pubblicato dall'Istituto superiore di sanità in data 28 ottobre 2020;

DATO ATTO delle iniziative adottate a livello internazionale sul tema delle demenze e dell'Alzheimer, quali il Global action against dementia (GAAD) e la Dichiarazione di Glasgow, siglata nel corso della 24° Conferenza di Alzheimer europea, che hanno dato impulso alla creazione di una strategia europea per le demenze, sollecitando anche ogni singolo Paese a dotarsi di una propria policy nazionale;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTO l'art. 1, comma 330, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, recante: «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023», che prevede l'istituzione del "Fondo per l'Alzheimer e le demenze", con una dotazione di 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023 destinato a finanziare le linee di azione previste dalle Regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano in applicazione del PND, nonché al finanziamento di investimenti effettuati dalle stesse anche mediante l'acquisto di apparecchiature sanitarie, volti al potenziamento della diagnosi precoce, del trattamento e del monitoraggio dei pazienti con malattia di Alzheimer, al fine di migliorare il processo di presa in carico dei pazienti stessi;

VISTA l'intesa Stato- Regioni, del 2 dicembre 2021 (Repertorio atti n. 251/CSR) sui criteri del riparto di tale Fondo, che prevedono una quota di finanziamento fissa per la realizzazione e l'implementazione degli interventi tecnologici e informatici necessari, e una quota di finanziamento variabile in base alla popolazione ultrasessantacinquenne residente;

VISTO il DM 23 dicembre 2021 "Individuazione dei criteri e delle modalità di riparto del Fondo per l'Alzheimer e le demenze" che:

- ripartisce il Fondo attribuendo alla Lombardia Euro 1.670.017,26 per il triennio 2021-2023 (Euro 556.662,42 annui);
- subordina l'accesso al Fondo alla presentazione di un Piano triennale di attività;
- prevede le seguenti modalità di erogazione del Fondo:
 - importo relativo all'anno 2021, previa positiva valutazione del Piano triennale da parte del Tavolo permanente sulle demenze;
 - importo relativo all'anno 2022, entro il 30 novembre 2022 sulla base di una relazione sulle attività svolte e una rendicontazione attestante l'impegno/spesa di almeno l'80% della prima quota erogata, da presentare, entro il 31 ottobre 2022;
 - importo relativo all'anno 2023, entro il 30 novembre 2023 dietro presentazione di una relazione sulle attività svolte e della rendicontazione attestante le spese sostenute, da presentare entro il 31 ottobre 2023;

DATO ATTO che la Lombardia-DG Welfare ha presentato il Piano triennale di attività, di seguito Piano- allegato parte integrante del presente provvedimento, con nota PEC G1.2022.0025003 del 14/06/2022;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DATO ATTO che il suddetto Piano è stato approvato dal Tavolo permanente sulle demenze nella seduta dell'8.07.2022, come comunicato con nota prot. DGPRE 32523-P-13.07.2021;

RILEVATO che per la realizzazione del Piano la DG Welfare si avvale delle seguenti strutture pubbliche, individuate quali Centri di diagnosi e cura delle demenze (CDCD) con maggiore attività all'interno del territorio di competenza di ciascuna ATS, tra le quali verrà ripartito il finanziamento complessivo di Euro 1.670.017,26:

Fondazione IRCCS Carlo Besta	777.352,43 €
ASST Papa Giovanni XXIII	33.479,26 € <u>133.479,26 €</u>
ASST Spedali Civili di Brescia	38.710,84 € <u>138.710,84 €</u>
ASST Lariana	146.304,13 €
ASST Valtellina e Alto Lario	101.682,68 €
ASST Monza	136.921,96 €
ASST Pavia	113.957,76 €
ASST Mantova	121.608,19 €

STABILITO che la Fondazione IRCCS Carlo BESTA riveste il ruolo di capofila delle attività, con il compito di supportare la DG Welfare nell'implementazione del Piano, nel monitoraggio degli interventi e delle spese rendicontate da tutti i soggetti coinvolti, assicurare il raccordo operativo con gli stessi nonché contribuire alla preparazione dei documenti relativi allo stato di avanzamento del Piano, mentre la DG Welfare mantiene i rapporti con il Ministero della Salute e si occuperà di trasferire a ciascun ente il finanziamento spettante;

RITENUTO di demandare al Direttore Generale Welfare tutti gli atti e gli adempimenti successivi necessari all'attuazione del Piano;

DATO ATTO che verrà chiesta l'istituzione di appositi capitoli di entrata e di spesa per l'iscrizione a bilancio del finanziamento di che trattasi;

VISTI:

- la l.r. 34/78 e s.m.i., nonché il regolamento di contabilità e la legge regionale di approvazione del bilancio di previsione dell'anno in corso;
- la l.r. n. 20/2008, nonché i provvedimenti organizzativi della XI legislatura;
- la l.r. n. 33/2009 "Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità" e s.m.i.;

VAGLIATE e fatte proprie le predette considerazioni;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

A voti unanimi, espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di prendere atto dell'approvazione da parte del Tavolo permanente sulle demenze del Piano di attività triennale 2021-2023, allegato parte integrante del presente provvedimento, di seguito Piano, presentato dalla DG Welfare per l'accesso al Fondo per l'Alzheimer e le demenze, istituito dalla legge 30 dicembre 2020, n. 178, art. 1, comma 330;
2. di prendere atto del finanziamento assegnato alla Lombardia dal DM 23 dicembre 2021 per l'attuazione del suddetto Piano, pari a Euro 1.670.017,26 (Euro 556.662,42 annui) che verrà erogato nel seguente modo:
 - importo relativo all'anno 2021, dopo l'approvazione del Piano triennale da parte del Tavolo permanente sulle demenze;
 - importo relativo all'anno 2022, entro il 30 novembre 2022 sulla base di una relazione sulle attività svolte e una rendicontazione attestante l'impegno/spesa di almeno l'80% della prima quota erogata;
 - importo relativo all'anno 2023, entro il 30 novembre 2023 dietro presentazione di una relazione sulle attività svolte e della rendicontazione attestante le spese sostenute;
3. di dare atto che per la realizzazione del Piano la DG Welfare si avvale delle seguenti strutture pubbliche, individuate quali Centri di diagnosi e cura delle demenze (CDCD) con maggiore attività all'interno del territorio di competenza di ciascuna ATS, tra le quali verrà ripartito il finanziamento complessivo di Euro 1.670.017,26 :

Fondazione IRCCS Carlo Besta	777.352,43 €
ASST Papa Giovanni XXIII	33.479,26 € <u>133.479,26 €</u>
ASST Spedali Civili di Brescia	38.710,84 € <u>138.710,84 €</u>
ASST Lariana	146.304,13 €
ASST Valtellina e Alto Lario	101.682,68 €
ASST Monza	136.921,96 €
ASST Pavia	113.957,76 €
ASST Mantova	121.608,19 €

4. di individuare la Fondazione IRCCS Carlo BESTA quale capofila delle attività con il compito di supportare la DG Welfare nell'implementazione del Piano,



Regione Lombardia

LA GIUNTA

nel monitoraggio degli interventi e delle spese rendicontate da tutti i soggetti coinvolti, assicurando il raccordo operativo con gli stessi nonché contribuire alla preparazione dei documenti relativi allo stato di avanzamento del Piano;

5. di demandare alla DG Welfare tutti gli atti e gli adempimenti successivi necessari all'attuazione del Piano, compresa la richiesta di istituzione di capitoli di entrata/spesa dedicati e il trasferimento a ciascun ente del finanziamento spettante;
6. di attestare che contestualmente alla data di adozione del presente atto si provvede alla pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27 del D.Lgs. 33/2013.

IL SEGRETARIO

ENRICO GASPARINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

**Format per i piani di attività 2021-2023
di regioni e province autonome**
(Fondo per l'Alzheimer e le demenze)

DATI GENERALI

Regione/ Provincia Autonoma: Regione Lombardia

Enti partecipanti:

Fondazione IRCCS Carlo Besta

ASST Papa Giovanni XXIII

ASST Spedali Civili di Brescia

ASST Lariana

ASST Valtellina e Alto Lario

ASST Monza (Ospedale S. Gerardo)

ASST Pavia

ASST Mantova

Regione Lombardia

Area progettuale:

Sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di telemedicina tesi ad assicurare la continuità delle cure nei diversi setting assistenziali

Risorse

- Totale annualità: € 556.672,42

- Totale triennio: € 1.670.017,26

Referente scientifico:

nominativo: Pietro Tiraboschi

struttura di appartenenza:

Fondazione IRCCS Istituto Neurologico “Carlo Besta”

n. tel: 02 23942384 E-mail: pietro.tiraboschi@istituto-besta.it

Referente amministrativo:

nominativo: Giacomo Magna

struttura di appartenenza: Fondazione IRCCS Istituto Neurologico “Carlo Besta”

n. tel: 02 23942324 E-mail: giacomo.magna@istituto-besta.it

Allegato 1

ANALISI STRUTTURATA DEL PIANO

In coerenza con gli obiettivi del Piano Nazionale Demenze ed in particolare con la creazione di una rete integrata per le demenze e la realizzazione della gestione integrata, nel presente progetto Regione Lombardia indirizza le proprie azioni verso lo sviluppo di modelli di collaborazione tra diversi professionisti della salute, al fine di promuovere un'assistenza multidisciplinare e attuare un intervento di gestione integrata. Il focus specifico è posto sulla telemedicina come strumento di continuità delle cure tra i diversi setting assistenziali.

Con maggiore precisione, l'obiettivo è condividere le scelte mediche e favorire la maggiore interazione a distanza tra i professionisti coinvolti riguardo la situazione clinica di un paziente, condividendo i dati clinici, i referti, le immagini riguardanti il caso specifico.

Tutti i suddetti elementi sono condivisi per via telematica sotto forma di file digitali idonei per il lavoro che i professionisti in teleconsulto ritengono necessari per l'adeguato svolgimento di esso, anche in modalità asincrona, avvalendosi di una piattaforma.

Questa piattaforma è parte del "Nuovo Sistema per la Gestione Digitale del Territorio" che realizza una nuova soluzione applicativa unica e centralizzata, messa a disposizione da Regione Lombardia, per supportare gli Enti nell'attuazione dei processi sociosanitari integrati ospedale-territorio.

Questi processi sono principalmente:

- Gestione del Punto Unico di Accesso (PUA) per l'accoglienza del paziente e la presa in carico delle situazioni di fragilità;
- Valutazione dei bisogni semplici e complessi;
- Definizione del Progetto Individuale;
- Attuazione del Progetto Individuale, attraverso l'attivazione dei nodi della rete sociosanitaria coinvolti, grazie al supporto della Centrale Operativa Territoriale (COT) per l'attivazione dei diversi servizi;
- Recepimento dei Piani di Assistenza Individuale (PAI) elaborati dai servizi sociosanitari attivati;
- Monitoraggio dell'attuazione del Progetto Individuale, attraverso la connessione con i sistemi dei gestori per recepire gli eventi e le informazioni correlate alla realizzazione dei PAI di struttura;
- Condivisione del diario multidisciplinare, strumento che riporta le attività eseguite dagli attori coinvolti.

Questo Sistema è già in via di sviluppo e il presente progetto permette l'elaborazione, l'inserimento e l'integrazione di un modulo dedicato ai pazienti con demenza che si inserisce in questo nuovo ecosistema digitale regionale.

La piattaforma sarà quindi predisposta ad inserirsi in percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e riabilitativi, disponibile a tutti i nodi della rete, capace di collegarsi a sistemi informativi sostenibili e ben integrati con il territorio che incoraggino la comunicazione tra professionisti della salute, pazienti e familiari per ottenere un'assistenza coordinata e a lungo termine, partendo dal primo contatto con il Sistema Socio-Sanitario Regionale (SSR). Infatti, al medico di medicina generale (MMG) si rivolgono inizialmente le persone preoccupate per un disturbo di memoria o per altri sintomi che potrebbero essere l'esordio di una demenza. Le prime decisioni del MMG hanno notevoli implicazioni per i pazienti e per il SSR in termini di outcome di salute e di costi diretti e indiretti. Sono disponibili dati di letteratura che dimostrano come le prime fasi del processo decisionale diagnostico siano sub-ottimali. Ci sono ritardi della diagnosi di demenza nella medicina primaria; la comunicazione alla famiglia al momento della diagnosi è insufficiente; il supporto ai bisogni dei pazienti e delle famiglie lungo il decorso della malattia è carente. Altrettanto seria è l'assenza di integrazione non solo tra le strutture ospedaliere e quelle territoriali ma anche tra le stesse strutture del territorio al fine di dare una continuità assistenziale integrata ai pazienti.

Per rispondere a tale problema, le evidenze hanno dimostrato come la telemedicina conduca ad una maggiore accessibilità delle cure e ad una maggiore collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare, portando con sé un miglioramento della qualità assistenziale e un aumento della capacità di risposta del sistema sanitario. In questa direzione, la costruzione di una piattaforma informatizzata che valorizzi la condivisione dei dati e dei referti e che permetta ai differenti professionisti di fornire consulti a collaboratori e colleghi per il proseguo del percorso è il metodo migliore per garantire la gestione integrata. Le funzionalità saranno realizzate in maniera modulare, attraverso una progettazione che identifichi gli ambiti applicativi omogenei a cui applicare soluzioni specializzate per tipologie di attività.

Sotto il profilo meramente tecnico di sviluppo della piattaforma, il progetto si integra nelle nuove determinazioni relative al Nuovo Sistema per la gestione digitale del territorio, definite nella DGR XI/5872 del 24/01/2022. Dal punto di vista programmatico, il progetto si inserisce nelle ultime delibere relative alle persone con diagnosi di demenza, in particolare la DGR XI/1046 del 17/12/2018 e nei lavori dei tavoli tecnici regionali istituiti con Decreto n. 18447 del 17/12/2019.

Il presente progetto porterebbe essenziali elementi di innovatività, in particolare è necessario sottolineare il miglioramento della comunicazione tra professionisti della salute, che spesso è frammentata se non del tutto assente. Inoltre l'introduzione di uno strumento di telemedicina integrabile nel PDTAR – in costruzione – rappresenta un importante e strategico passo in avanti dell'utilizzo delle tecnologie nella pratica clinica, praticando concretamente prestazioni con strumenti di digital health.

Le aree territoriali interessate comprendono l'intero territorio regionale, afferente alle 8 ATS in cui è suddiviso, con una popolazione di più di 10 milioni di persone. Il progetto ha pertanto la possibilità di essere testato in un ambiente complesso, sempre con la prospettiva di una futura trasferibilità a livello nazionale ed europeo. Le differenze orogeografiche e demografiche nelle diverse ATS richiedono un coordinamento territoriale, capace di calare gli indirizzi del progetto nel proprio territorio: infatti, le analisi del contesto demografico e territoriale rappresentano la base da cui partire per individuare ed analizzare i problemi emergenti e le aree in cui questi si sviluppano, allo scopo di identificare le possibilità di sviluppo e, successivamente, verificare l'impatto delle azioni intraprese. Il contesto demografico e geografico condiziona lo sviluppo socio-economico di un territorio e, di conseguenza, gli aspetti sanitari. Di seguito si riportano le principali informazioni per ogni territorio:

1. Il territorio dell'ATS Bergamo coincide con quello della provincia di Bergamo e si estende su un'area di 2.722,86 kmq, di cui il 64% costituito da rilievi montuosi, con difficoltà di comunicazione a causa della configurazione orografica. Nelle aree montane risiede circa il 21% della popolazione. Il quadro demografico è caratterizzato dal costante aumento della frazione di persone anziane. Si assiste dunque al progressivo aumento dell'aspettativa di vita, cui tuttavia si associano un aumento della prevalenza del numero di soggetti anziani affetti da pluripatologie croniche e a lungo termine, congiuntamente ad un aumento della fragilità legata alla perdita di abilità fisiche, psicologiche e sociali, spesso in presenza di quadri clinici di grande complessità che mutano continuamente nel corso della storia naturale della malattia.
2. Il territorio di competenza dell'ATS di Brescia si caratterizza per la notevole estensione e per la presenza di attività produttive molto diversificate, sia in termini quantitativi che qualitativi. Tra gli aspetti demografici più rilevanti vi sono il progressivo innalzamento dell'età media e la presenza di una popolazione straniera particolarmente dinamica. La percentuale di stranieri si è mantenuta stabile dal 2009 su valori pari al 14% circa, con varie oscillazioni da un anno all'altro. Esistono molte differenze a livello territoriale tra i 12 ambiti distrettuali, che possono essere così riassunte:
 - l'Ambito 1 Brescia è il più "anziano", con un'età media di 46,6 anni. Ciò comporta che nella stessa zona gli indicatori riferiti alla presenza di popolazione anziana (indici di dipendenza) abbiano valori più elevati.
 - I comuni più "giovani" sono quelli dell'Ambito 7 Oglio Ovest (età media 42,6 anni) e dell'Ambito 10 Bassa Bresciana Orientale (età media 42,8 anni), con indici di crescita demografica superiori a quelli delle altre zone.
 - Gli stranieri sono distribuiti in modo differente su tutto il territorio dell'ATS. Gli Ambiti 1 Brescia, 7 Oglio Ovest e 10 Bassa Bresciana Orientale hanno una percentuale di stranieri superiore alla media, mentre negli Ambiti 2 Brescia Ovest, 3 Brescia Est e 5 Sebino la popolazione straniera è poco rappresentata: in particolare l'Ambito 5 ha una percentuale di molto inferiore alla media (7,5% contro il 14% di tutta l'ATS).
3. Nel territorio dell'ATS Insubria lo stato di salute della popolazione mostra notevoli disuguaglianze tra aree degradate e zone di particolare pregio; l'ambito territoriale presenta fattori di pressione ambientale riconducibili all'antropizzazione di aree, all'elevata presenza di attività produttive, sia attive che dismesse. Sono presenti 3 distretti: nel Distretto Sette Laghi sono più elevati l'invecchiamento e la mortalità. La distribuzione della mortalità mostra che il fenomeno colpisce in modo significativo le aree con maggior presenza di anziani (per la dinamica demografica o la presenza di un maggior numero di RSA) e non appare significativamente più alta nella popolazione sotto i 65 anni. La natalità, invece, risulta più elevata nella parte meridionale dell'ATS (Distretto Valle Olona). Il quadro complessivo della domanda sanitaria di ricoveri

indica che i consumi più elevati sono presenti nel Distretto Sette Laghi, dove maggiore è l'invecchiamento della popolazione; dove quest'ultimo è inferiore, nel Distretto Lariano, la domanda sanitaria è più contenuta. In conclusione, l'ATS Insubria mostra un indice di invecchiamento superiore alla media lombarda e nazionale.

4. All'interno di un territorio estremamente popoloso come quello dell'ATS della Città Metropolitana di Milano, che ricomprende sia le province di Milano che di Lodi, si registra un costante aumento dell'invecchiamento e una costante diminuzione dell'indice di natalità con una tendenza che sembra essere confermata anche nell'intera regione per il prossimo decennio. La popolazione presenta grande eterogeneità nei profili sociali e sanitari. Una importante caratteristica è la più alta percentuale di stranieri nella popolazione sia di Milano che di Lodi, che superano le 500.000 unità. Inoltre, nel 2021 si sono confermate le ricadute conseguenti dalle dinamiche economiche provocate dalla pandemia, che hanno messo in risalto le disuguaglianze di salute già esistenti nelle nostre società. L'ultimo monitoraggio di Caritas conferma il generale impoverimento della popolazione, anche a seguito della crisi provocata dal persistere dell'emergenza sanitaria. Nel 2020, si sono rivolte ai centri di ascolto e ai servizi di Caritas Ambrosiana 12.461 persone, dato in enorme crescita rispetto agli anni precedenti e fortemente sottostimato.
5. Il territorio dell'ATS Brianza vede la coesistenza di aree ad altissima e a bassissima densità abitativa in dipendenza dalle caratteristiche orografiche e di industrializzazione che hanno condizionato lo sviluppo della popolazione. La densità abitativa differisce in modo rilevante nell'area della Provincia di Lecco, che è notevolmente meno urbanizzata, mentre è tra le più alte d'Italia nell'area della Provincia di Monza e Brianza. Per quanto riguarda l'indice di vecchiaia, i valori sono più bassi rispetto al valore medio nazionale e al valore lombardo. Il distretto di Monza presenta il valore più elevato. La tendenza all'invecchiamento è comune a tutta l'ATS.
6. Il territorio dell'ATS Montagna si estende su un territorio prevalentemente montuoso di 4.757 kmq suddiviso in 134 comuni con una popolazione di 296.949 di cui: 180.425 abitanti in 77 comuni della Valtellina (densità abitativa 56 ab./kmq), 99.628 abitanti in 41 comuni della Valcamonica (densità abitativa 75 ab./kmq) e 16.896 abitanti in 16 comuni del distretto Alto Lario (densità abitativa 70 ab./kmq). La densità di popolazione risulta sensibilmente più elevata nel territorio della Valcamonica. L'ATS Montagna presenta un indice di invecchiamento superiore rispetto alla media regionale e al contempo la grave carenza di personale medico, ancor più evidente nel territorio della montagna, è una criticità da rilevare, assieme alle difficoltà di collegamento che impone il contesto orografico.
7. Il territorio dell'ATS di Pavia coincide con la provincia di Pavia, da oltre 500.000 abitanti, e si caratterizza come un contesto relativamente omogeneo sotto il profilo della popolazione e del quadro epidemiologico, ove la peculiarità principale, rispetto alla situazione regionale, è costituita dalla consistente presenza di anziani (età media più alta della Lombardia). In questo territorio si riscontra un maggior ricorso alle strutture ospedaliere e a quelle socio-sanitarie, dato dalla ricchezza di servizi e presidi nel contesto. Si distingue invece, come area interna e di maggior disagio sociale, la zona dell'Oltrepò.
8. I residenti assistiti nel territorio dell'ATS Valpadana sono quasi 800.000. 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. L'indice di vecchiaia risulta più elevato a Cremona, in linea con il dato regionale a Crema, mentre Mantova si colloca in posizione intermedia. La percentuale di stranieri è più alta della media regionale e, in particolare, spicca nella provincia di Mantova. Infine i servizi e i presidi sono omogeneamente distribuiti, eccetto per la provincia cremasca che ravvisa delle carenze.

Bibliografia

Aima, Censis, P Spadin, CMVaccaro. I costi sociali ed economici della malattia di Alzheimer. Franco Angeli ed. 2007.
Alzheimers Disease International. World Alzheimer Report 2011. The benefits of early diagnosis and intervention.
Decreto n. 18447 del 17/12/2019
DGR XI/5872 del 24/01/2022.
DGR XI/1046 del 17/12/2018
Global public health response to dementia – WHO 2021

Allegato 2

DESCRIZIONE LINEE ATTIVITA' (OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI)

OBIETTIVO GENERALE 1: Creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata con strumenti di telemedicina

Razionale. Il Piano Nazionale Demenze (PND) considera il modello della gestione integrata come l'approccio preferibile non solo per favorire la diagnosi tempestiva, ma anche per assicurare continuità assistenziale, con percorsi preferenziali territoriali, ai pazienti con declino cognitivo/demenza e ai loro familiari.

Descrizione dell'obiettivo. In attuazione delle linee di indirizzo regionali per le demenze e per l'applicazione di un modello di gestione integrata sul territorio della Regione Lombardia, il presente progetto realizza – come strumento di connessione dei nodi della rete integrata – una web application centralizzata multi-ente di telemedicina e prenotazione di prestazioni socio-sanitarie, nonché la condivisione di piani assistenziali e schede cliniche in collaborazione tra i professionisti della salute territoriali ed ospedalieri.

Evidenze. Nel territorio di Regione Lombardia, precedentemente alla formulazione del PND, sono state realizzate in diverse realtà territoriali delle progettualità che hanno generato delle expertise e dei risultati; in particolare la ex-ASL Milano attivò un Gruppo di Lavoro interdisciplinare che ha prodotto un Percorso Preventivo-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale-Riabilitativo (PDTAR) il cui aspetto più originale è stato quello di definire e condividere le rispettive funzioni tra i MMG, le UVA territoriali e ospedaliere, gli operatori socio-sanitari del territorio nelle diverse fasi del percorso ("chi deve fare cosa e quando"). Sono stati realizzati corsi di formazione per più di 700 MMG. Il PDTAR ha costituito la base comune per l'implementazione a livello locale nei 7 Distretti della ASL con raccordi tra la Medicina Generale, le Aziende e i Distretti per l'accesso dei pazienti ai servizi. Il Piano si è dotato di un sistema WebService fornito di Alert e-mail con un Centro di Coordinamento per la prenotazione online delle visite specialistiche, la condivisione delle cartelle cliniche dei MMG e degli specialisti, lo scambio di informazioni per condividere le decisioni per la diagnosi, la cura, e il follow-up dei pazienti. I risultati della attivazione del modello PDTAR in ASL Milano hanno evidenziato una riduzione degli invii inappropriati agli specialisti, un aumento delle percentuali di diagnosi entro l'anno di insorgenza dei sintomi. La proporzione di pazienti trattati con neurolettici all'esordio (20%), o nel corso della malattia (40%), è diminuita al 4% e 25% rispettivamente, mentre le percentuali di accesso ai servizi di riabilitazione fisica sono aumentate. Questi risultati confermano che è necessario un approccio organizzativo integrato e intersettoriale del sistema sanitario come principale strategia per un'assistenza di alto valore ai pazienti con demenza: la continuità assistenziale mediante una maggiore integrazione e potenziamento della rete dei servizi; la strutturazione di percorsi assistenziali organici; una formazione degli operatori che punti non solo a conoscere procedure e linee guida, ma anche ad accrescere la capacità di lavorare in equipe, di condividere gli scenari di cura, di operare con modalità concretamente inter-disciplinari ed inter-professionali e di rendere più competenti pazienti e familiari.

Target. Territori delle 8 ATS regionali (Bergamo, Brescia, Insubria, Milano, Montagna, Monza Brianza, Pavia, Valpadana)

Setting. Regione Lombardia, ASST, MMG, CDCD, rete territoriale dei servizi sociosanitari, servizi sociali.

OBIETTIVO SPECIFICO 1. Sviluppo e implementazione di un sistema di rete integrata tramite una web application centralizzata multi-ente di telemedicina e prenotazione di prestazioni socio-sanitarie, condivisione di piani assistenziali e schede cliniche in collaborazione tra i professionisti della salute territoriali ed ospedalieri.

Attività previste:

1. Costituzione di un gruppo di coordinamento centrale gestito dal responsabile scientifico del progetto e composto da:

- un referente per ognuna delle 8 ATS per l'area della presa in carico delle persone con demenze e per le Cure Primarie;
- un referente per ogni ente attuatore territoriale
- un referente per l'area delle demenze e delle Cure Primarie della Direzione Generale di Regione Welfare e Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità di Regione Lombardia,
- un referente dell'Azienda Regionale per l'Innovazione e gli Acquisti S.p.A. (ARIA), società in-house a cui è affidata la missione di progettare e gestire infrastrutture fisiche e digitali e contemporaneamente il ciclo degli acquisti aggregati degli Enti della Pubblica Amministrazione regionale.

Il Gruppo agisce a livello centrale con l'obiettivo di definire, coordinare e monitorare gli interventi da porre in essere nei singoli territori in una logica di diffusione omogenea e sincrona sull'intero sistema sanitario regionale attraverso le azioni di seguito declinate.

2. Prima riunione del gruppo di coordinamento;

3. Elaborazione di un modello di web application integrabile nel PDTAR regionale;

4. Sviluppo e sperimentazione della web application;

5. Linee di indirizzo per l'avvio del progetto nei territori delle 8 ATS comprendente le indicazioni per la gestione dei dati e degli aspetti etici all'interno del progetto e il manuale metodologico e operativo per l'utilizzo della piattaforma;

6. Seconda riunione del gruppo di coordinamento;

7. Valutazione delle fasi progettuali a livello territoriale;

8. Formazione dei formatori (*training of trainers*) sul PDTAR, sulla web application e l'integrazione nei percorsi

9. Relazione intermedia sui risultati della prima fase del progetto con individuazione dei problemi emersi e possibili soluzioni;

10. Monitoraggio dell'implementazione del progetto a livello territoriale attraverso l'analisi dei report prodotti e l'interlocuzione con i Gruppi di Coordinamento territoriali;

11. Relazione conclusiva;

12. Informazione e sensibilizzazione sull'avvio e lo sviluppo del progetto a livello regionale.

OBIETTIVO SPECIFICO 2. Implementazione del sistema di rete integrata e della web application nel territorio della ATS Bergamo e integrazione nei percorsi

Attività previste:

1. Costituzione di un gruppo di coordinamento territoriale con il referente dell'ente attuatore per il territorio, della ATS, degli altri CDCD del territorio. Tale Gruppo agisce a livello territoriale in stretta connessione e in continuità con il Gruppo di Coordinamento centrale con l'obiettivo di trasferire ed implementare sul territorio di Bergamo gli interventi definiti, tenendo conto delle caratteristiche specifiche del contesto territoriale già menzionate, attraverso le azioni di seguito declinate;
2. Costituzione del Gruppo di Lavoro multidisciplinare e multiprofessionale con professionisti sanitari, sociosanitari, sociali (ATS, MMG, ASST/CDCD, servizi sociosanitari e sociali territoriali,) e rappresentanti dei CDCD a livello territoriale. Tale Gruppo di Lavoro costituisce il braccio operativo del Gruppo di Coordinamento territoriale con il compito di contestualizzare gli interventi previsti alla specificità del territorio;
3. Prima riunione del Gruppo di Coordinamento territoriale e del Gruppo di Lavoro;
4. Identificazione dei processi da parte del Gruppo di Lavoro, basata sulle attività, dei servizi e professionisti (MMG, CDCD, servizi sociosanitari e sociali) aderenti al PDTAR;
5. Seconda riunione del Gruppo di Coordinamento e del Gruppo di Lavoro;
6. Organizzazione di giornate di studio per la in/formazione dei MMG, degli operatori dei CDCD e dei servizi sociosanitari sul PDTAR e sulla web application con coinvolgimento del centro di riferimento

- territoriale;
7. Redazione da parte del Gruppo di Coordinamento territoriale, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro, di un primo report semestrale delle attività svolte con individuazione dei problemi emersi e possibili soluzioni, da trasmettere al Gruppo di Coordinamento centrale secondo le modalità indicate;
 8. Gestione da parte del Gruppo di Coordinamento, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro, dell'avvio del progetto: implementazione della web application con coinvolgimento e integrazione di tutti i nodi della rete territoriale
 9. Conclusione della fase di implementazione;
 10. Redazione da parte del Gruppo di Coordinamento territoriale, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro, di una relazione di restituzione dell'esperienza di implementazione da trasmettere al Gruppo di Coordinamento centrale secondo le modalità indicate;
 11. Attivazione di azioni di supporto, audit, tutoring per i professionisti formati, comprendente un centro di contatto di riferimento per il territorio;
 12. Organizzazione ed implementazioni di azioni di Informazione e sensibilizzazione sul progetto a livello territoriale da parte del Gruppo di Coordinamento territoriale.

OBIETTIVO SPECIFICO 3. Implementazione del sistema di rete integrata e della web application nel territorio della ATS Brescia e integrazione nei percorsi

Attività previste:

1. Costituzione di un gruppo di coordinamento territoriale con il referente dell'ente attuatore per il territorio, della ATS, degli altri CDCD del territorio. Tale Gruppo agisce a livello territoriale in stretta connessione e in continuità con il Gruppo di Coordinamento centrale con l'obiettivo di trasferire ed implementare sul territorio di Brescia gli interventi definiti, tenendo conto delle caratteristiche specifiche del contesto territoriale già menzionate, attraverso le azioni di seguito declinate;
2. Costituzione del Gruppo di Lavoro multidisciplinare e multiprofessionale con professionisti sanitari, sociosanitari, sociali (ATS, MMG, ASST/CDCD, servizi sociosanitari e sociali territoriali,) e rappresentanti dei CDCD a livello territoriale. Tale Gruppo di Lavoro costituisce il braccio operativo del Gruppo di Coordinamento territoriale con il compito di contestualizzare gli interventi previsti alla specificità del territorio;
3. Prima riunione del Gruppo di Coordinamento territoriale e del Gruppo di Lavoro;
4. Identificazione dei processi da parte del Gruppo di Lavoro, basata sulle attività, dei servizi e professionisti (MMG, CDCD, servizi sociosanitari e sociali) aderenti al PDTAR;
5. Seconda riunione del Gruppo di Coordinamento e del Gruppo di Lavoro;
6. Organizzazione di giornate di studio per la in/formazione dei MMG, degli operatori dei CDCD e dei servizi sociosanitari sul PDTAR e sulla web application con coinvolgimento del centro di riferimento territoriale;
7. Redazione da parte del Gruppo di Coordinamento territoriale, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro, di un primo report semestrale delle attività svolte con individuazione dei problemi emersi e possibili soluzioni, da trasmettere al Gruppo di Coordinamento centrale secondo le modalità indicate;
8. Gestione da parte del Gruppo di Coordinamento, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro, dell'avvio del progetto: implementazione della web application con coinvolgimento e integrazione di tutti i nodi della rete territoriale
9. Conclusione della fase di implementazione;
10. Redazione da parte del Gruppo di Coordinamento territoriale, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro, di una relazione di restituzione dell'esperienza di implementazione da trasmettere al Gruppo di Coordinamento centrale secondo le modalità indicate;
11. Attivazione di azioni di supporto, audit, tutoring per i professionisti formati, comprendente un centro di contatto di riferimento per il territorio;
12. Organizzazione ed implementazioni di azioni di Informazione e sensibilizzazione sul progetto a livello territoriale da parte del Gruppo di Coordinamento territoriale.

OBIETTIVO SPECIFICO 4. Implementazione del sistema di rete integrata e della web application nel territorio della ATS Insubria e integrazione nei percorsi

Attività previste:

1. Costituzione di un gruppo di coordinamento territoriale con il referente dell'ente attuatore per il territorio, della ATS, degli altri CDCD del territorio. Tale Gruppo agisce a livello territoriale in stretta connessione e in continuità con il Gruppo di Coordinamento centrale con l'obiettivo di trasferire ed implementare sul territorio dell'ATS Insubria gli interventi definiti, tenendo conto delle caratteristiche specifiche del contesto territoriale già menzionate, attraverso le azioni di seguito declinate;
2. Costituzione del Gruppo di Lavoro multidisciplinare e multiprofessionale con professionisti sanitari, sociosanitari, sociali (ATS, MMG, ASST/CDCD, servizi sociosanitari e sociali territoriali,) e

- rappresentanti dei CDCD a livello territoriale. Tale Gruppo di Lavoro costituisce il braccio operativo del Gruppo di Coordinamento territoriale con il compito di contestualizzare gli interventi previsti alla specificità del territorio;
3. Prima riunione del Gruppo di Coordinamento territoriale e del Gruppo di Lavoro;
 4. Identificazione dei processi da parte del Gruppo di Lavoro, basata sulle attività, dei servizi e professionisti (MMG, CDCD, servizi sociosanitari e sociali) aderenti al PDTAR;
 5. Seconda riunione del Gruppo di Coordinamento e del Gruppo di Lavoro;
 6. Organizzazione di giornate di studio per la in/formazione dei MMG, degli operatori dei CDCD e dei servizi sociosanitari sul PDTAR e sulla web application con coinvolgimento del centro di riferimento territoriale;
 7. Redazione da parte del Gruppo di Coordinamento territoriale, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro, di un primo report semestrale delle attività svolte con individuazione dei problemi emersi e possibili soluzioni, da trasmettere al Gruppo di Coordinamento centrale secondo le modalità indicate;
 8. Gestione da parte del Gruppo di Coordinamento, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro, dell'avvio del progetto: implementazione della web application con coinvolgimento e integrazione di tutti i nodi della rete territoriale
 9. Conclusione della fase di implementazione;
 10. Redazione da parte del Gruppo di Coordinamento territoriale, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro, di una relazione di restituzione dell'esperienza di implementazione da trasmettere al Gruppo di Coordinamento centrale secondo le modalità indicate;
 11. Attivazione di azioni di supporto, audit, tutoring per i professionisti formati, comprendente un centro di contatto di riferimento per il territorio;
 12. Organizzazione ed implementazioni di azioni di Informazione e sensibilizzazione sul progetto a livello territoriale da parte del Gruppo di Coordinamento territoriale.

OBIETTIVO SPECIFICO 5. Implementazione del sistema di rete integrata e della web application nel territorio della ATS Milano e integrazione nei percorsi

Attività previste:

1. Costituzione di un gruppo di coordinamento territoriale con il referente dell'ente attuatore per il territorio, della ATS, degli altri CDCD del territorio. Tale Gruppo agisce a livello territoriale in stretta connessione e in continuità con il Gruppo di Coordinamento centrale con l'obiettivo di trasferire ed implementare sul territorio di Milano gli interventi definiti, tenendo conto delle caratteristiche specifiche del contesto territoriale già menzionate, attraverso le azioni di seguito declinate;
2. Costituzione del Gruppo di Lavoro multidisciplinare e multiprofessionale con professionisti sanitari, sociosanitari, sociali (ATS, MMG, ASST/CDCD, servizi sociosanitari e sociali territoriali,) e rappresentanti dei CDCD a livello territoriale. Tale Gruppo di Lavoro costituisce il braccio operativo del Gruppo di Coordinamento territoriale con il compito di contestualizzare gli interventi previsti alla specificità del territorio;
3. Prima riunione del Gruppo di Coordinamento territoriale e del Gruppo di Lavoro;
4. Identificazione dei processi da parte del Gruppo di Lavoro, basata sulle attività, dei servizi e professionisti (MMG, CDCD, servizi sociosanitari e sociali) aderenti al PDTAR;
5. Seconda riunione del Gruppo di Coordinamento e del Gruppo di Lavoro;
6. Organizzazione di giornate di studio per la in/formazione dei MMG, degli operatori dei CDCD e dei servizi sociosanitari sul PDTAR e sulla web application con coinvolgimento del centro di riferimento territoriale;
7. Redazione da parte del Gruppo di Coordinamento territoriale, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro, di un primo report semestrale delle attività svolte con individuazione dei problemi emersi e possibili soluzioni, da trasmettere al Gruppo di Coordinamento centrale secondo le modalità indicate;
8. Gestione da parte del Gruppo di Coordinamento, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro, dell'avvio del progetto: implementazione della web application con coinvolgimento e integrazione di tutti i nodi della rete territoriale
9. Conclusione della fase di implementazione;
10. Redazione da parte del Gruppo di Coordinamento territoriale, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro, di una relazione di restituzione dell'esperienza di implementazione da trasmettere al Gruppo di Coordinamento centrale secondo le modalità indicate;
11. Attivazione di azioni di supporto, audit, tutoring per i professionisti formati, comprendente un centro di contatto di riferimento per il territorio;
12. Organizzazione ed implementazioni di azioni di Informazione e sensibilizzazione sul progetto a livello territoriale da parte del Gruppo di Coordinamento territoriale.

OBIETTIVO SPECIFICO 6. Implementazione del sistema di rete integrata e della web application nel territorio della ATS Montagna e integrazione nei percorsi

Attività previste:

1. Costituzione di un gruppo di coordinamento territoriale con il referente dell'ente attuatore per il territorio, della ATS, degli altri CDCD del territorio. Tale Gruppo agisce a livello territoriale in stretta connessione e in continuità con il Gruppo di Coordinamento centrale con l'obiettivo di trasferire ed implementare sul territorio dell'ATS Montagna gli interventi definiti, tenendo conto delle caratteristiche specifiche del contesto territoriale già menzionate, attraverso le azioni di seguito declinate;
2. Costituzione del Gruppo di Lavoro multidisciplinare e multiprofessionale con professionisti sanitari, sociosanitari, sociali (ATS, MMG, ASST/CDCD, servizi sociosanitari e sociali territoriali,) e rappresentanti dei CDCD a livello territoriale. Tale Gruppo di Lavoro costituisce il braccio operativo del Gruppo di Coordinamento territoriale con il compito di contestualizzare gli interventi previsti alla specificità del territorio;
3. Prima riunione del Gruppo di Coordinamento territoriale e del Gruppo di Lavoro;
4. Identificazione dei processi da parte del Gruppo di Lavoro, basata sulle attività, dei servizi e professionisti (MMG, CDCD, servizi sociosanitari e sociali) aderenti al PDTAR;
5. Seconda riunione del Gruppo di Coordinamento e del Gruppo di Lavoro;
6. Organizzazione di giornate di studio per la in/formazione dei MMG, degli operatori dei CDCD e dei servizi sociosanitari sul PDTAR e sulla web application con coinvolgimento del centro di riferimento territoriale;
7. Redazione da parte del Gruppo di Coordinamento territoriale, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro, di un primo report semestrale delle attività svolte con individuazione dei problemi emersi e possibili soluzioni, da trasmettere al Gruppo di Coordinamento centrale secondo le modalità indicate;
8. Gestione da parte del Gruppo di Coordinamento, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro, dell'avvio del progetto: implementazione della web application con coinvolgimento e integrazione di tutti i nodi della rete territoriale
9. Conclusione della fase di implementazione;
10. Redazione da parte del Gruppo di Coordinamento territoriale, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro, di una relazione di restituzione dell'esperienza di implementazione da trasmettere al Gruppo di Coordinamento centrale secondo le modalità indicate;
11. Attivazione di azioni di supporto, audit, tutoring per i professionisti formati, comprendente un centro di contatto di riferimento per il territorio;
12. Organizzazione ed implementazioni di azioni di Informazione e sensibilizzazione sul progetto a livello territoriale da parte del Gruppo di Coordinamento territoriale.

OBIETTIVO SPECIFICO 7. Implementazione del sistema di rete integrata e della web application nel territorio della ATS Monza e integrazione nei percorsi**Attività previste:**

1. Costituzione di un gruppo di coordinamento territoriale con il referente dell'ente attuatore per il territorio, della ATS, degli altri CDCD del territorio. Tale Gruppo agisce a livello territoriale in stretta connessione e in continuità con il Gruppo di Coordinamento centrale con l'obiettivo di trasferire ed implementare sul territorio di Monza e della Brianza gli interventi definiti, tenendo conto delle caratteristiche specifiche del contesto territoriale già menzionate, attraverso le azioni di seguito declinate;
2. Costituzione del Gruppo di Lavoro multidisciplinare e multiprofessionale con professionisti sanitari, sociosanitari, sociali (ATS, MMG, ASST/CDCD, servizi sociosanitari e sociali territoriali,) e rappresentanti dei CDCD a livello territoriale. Tale Gruppo di Lavoro costituisce il braccio operativo del Gruppo di Coordinamento territoriale con il compito di contestualizzare gli interventi previsti alla specificità del territorio;
3. Prima riunione del Gruppo di Coordinamento territoriale e del Gruppo di Lavoro;
4. Identificazione dei processi da parte del Gruppo di Lavoro, basata sulle attività, dei servizi e professionisti (MMG, CDCD, servizi sociosanitari e sociali) aderenti al PDTAR;
5. Seconda riunione del Gruppo di Coordinamento e del Gruppo di Lavoro;
6. Organizzazione di giornate di studio per la in/formazione dei MMG, degli operatori dei CDCD e dei servizi sociosanitari sul PDTAR e sulla web application con coinvolgimento del centro di riferimento territoriale;
7. Redazione da parte del Gruppo di Coordinamento territoriale, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro, di un primo report semestrale delle attività svolte con individuazione dei problemi emersi e possibili soluzioni, da trasmettere al Gruppo di Coordinamento centrale secondo le modalità indicate;
8. Gestione da parte del Gruppo di Coordinamento, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro, dell'avvio del progetto: implementazione della web application con coinvolgimento e integrazione di tutti i nodi della rete territoriale
9. Conclusione della fase di implementazione;

10. Redazione da parte del Gruppo di Coordinamento territoriale, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro , di una relazione di restituzione dell'esperienza di implementazione da trasmettere al Gruppo di Coordinamento centrale secondo le modalità indicate;
11. Attivazione di azioni di supporto, audit, tutoring per i professionisti formati, comprendente un centro di contatto di riferimento per il territorio;
12. Organizzazione ed implementazioni di azioni di Informazione e sensibilizzazione sul progetto a livello territoriale da parte del Gruppo di Coordinamento territoriale.

OBIETTIVO SPECIFICO 8. Implementazione del sistema di rete integrata e della web application nel territorio della ATS Pavia e integrazione nei percorsi

Attività previste:

1. Costituzione di un gruppo di coordinamento territoriale con il referente dell'ente attuatore per il territorio, della ATS, degli altri CDCD del territorio. Tale Gruppo agisce a livello territoriale in stretta connessione e in continuità con il Gruppo di Coordinamento centrale con l'obiettivo di trasferire ed implementare sul territorio di Pavia gli interventi definiti, tenendo conto delle caratteristiche specifiche del contesto territoriale già menzionate, attraverso le azioni di seguito declinate;
2. Costituzione del Gruppo di Lavoro multidisciplinare e multiprofessionale con professionisti sanitari, sociosanitari, sociali (ATS, MMG, ASST/CDCD, servizi sociosanitari e sociali territoriali,) e rappresentanti dei CDCD a livello territoriale. Tale Gruppo di Lavoro costituisce il braccio operativo del Gruppo di Coordinamento territoriale con il compito di contestualizzare gli interventi previsti alla specificità del territorio;
3. Prima riunione del Gruppo di Coordinamento territoriale e del Gruppo di Lavoro;
4. Identificazione dei processi da parte del Gruppo di Lavoro, basata sulle attività, dei servizi e professionisti (MMG, CDCD, servizi sociosanitari e sociali) aderenti al PDTAR;
5. Seconda riunione del Gruppo di Coordinamento e del Gruppo di Lavoro;
6. Organizzazione di giornate di studio per la in/formazione dei MMG, degli operatori dei CDCD e dei servizi sociosanitari sul PDTAR e sulla web application con coinvolgimento del centro di riferimento territoriale;
7. Redazione da parte del Gruppo di Coordinamento territoriale, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro, di un primo report semestrale delle attività svolte con individuazione dei problemi emersi e possibili soluzioni, da trasmettere al Gruppo di Coordinamento centrale secondo le modalità indicate;
8. Gestione da parte del Gruppo di Coordinamento, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro, dell'avvio del progetto: implementazione della web application con coinvolgimento e integrazione di tutti i nodi della rete territoriale
9. Conclusione della fase di implementazione;
10. Redazione da parte del Gruppo di Coordinamento territoriale, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro , di una relazione di restituzione dell'esperienza di implementazione da trasmettere al Gruppo di Coordinamento centrale secondo le modalità indicate;
11. Attivazione di azioni di supporto, audit, tutoring per i professionisti formati, comprendente un centro di contatto di riferimento per il territorio;
12. Organizzazione ed implementazioni di azioni di Informazione e sensibilizzazione sul progetto a livello territoriale da parte del Gruppo di Coordinamento territoriale.

OBIETTIVO SPECIFICO 9. Implementazione del sistema di rete integrata e della web application nel territorio della ATS Valpadana e integrazione nei percorsi

Attività previste:

1. Costituzione di un gruppo di coordinamento territoriale con il referente dell'ente attuatore per il territorio, della ATS, degli altri CDCD del territorio. Tale Gruppo agisce a livello territoriale in stretta connessione e in continuità con il Gruppo di Coordinamento centrale con l'obiettivo di trasferire ed implementare sul territorio di ATS Valpadana gli interventi definiti, tenendo conto delle caratteristiche specifiche del contesto territoriale già menzionate, attraverso le azioni di seguito declinate;
2. Costituzione del Gruppo di Lavoro multidisciplinare e multiprofessionale con professionisti sanitari, sociosanitari, sociali (ATS, MMG, ASST/CDCD, servizi sociosanitari e sociali territoriali,) e rappresentanti dei CDCD a livello territoriale. Tale Gruppo di Lavoro costituisce il braccio operativo del Gruppo di Coordinamento territoriale con il compito di contestualizzare gli interventi previsti alla specificità del territorio;
3. Prima riunione del Gruppo di Coordinamento territoriale e del Gruppo di Lavoro;
4. Identificazione dei processi da parte del Gruppo di Lavoro, basata sulle attività, dei servizi e professionisti (MMG, CDCD, servizi sociosanitari e sociali) aderenti al PDTAR;
5. Seconda riunione del Gruppo di Coordinamento e del Gruppo di Lavoro;
6. Organizzazione di giornate di studio per la in/formazione dei MMG, degli operatori dei CDCD e dei

servizi sociosanitari sul PDTAR e sulla web application con coinvolgimento del centro di riferimento territoriale;

7. Redazione da parte del Gruppo di Coordinamento territoriale, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro, di un primo report semestrale delle attività svolte con individuazione dei problemi emersi e possibili soluzioni, da trasmettere al Gruppo di Coordinamento centrale secondo le modalità indicate;
8. Gestione da parte del Gruppo di Coordinamento, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro, dell'avvio del progetto: implementazione della web application con coinvolgimento e integrazione di tutti i nodi della rete territoriale
9. Conclusione della fase di implementazione;
10. Redazione da parte del Gruppo di Coordinamento territoriale, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro, di una relazione di restituzione dell'esperienza di implementazione da trasmettere al Gruppo di Coordinamento centrale secondo le modalità indicate;
11. Attivazione di azioni di supporto, audit, tutoring per i professionisti formati, comprendente un centro di contatto di riferimento per il territorio;
12. Organizzazione ed implementazioni di azioni di Informazione e sensibilizzazione sul progetto a livello territoriale da parte del Gruppo di Coordinamento territoriale.

REFERENTI UNITA' OPERATIVE		
UNITA' OPERATIVE COINVOLTE		
Unità Operativa 1	Referente	Compiti
Fondazione IRCCS Carlo Besta	Pietro Tiraboschi	- Coordinamento e monitoraggio delle azioni di implementazione del progetto in raccordo con DGW - Gestione economica del finanziamento - Gestione, monitoraggio e reporting del progetto semestrale per la trasmissione al Tavolo ministeriale - Attivazione e gestione da parte del Responsabile scientifico del progetto di un Tavolo di coordinamento per l'obiettivo specifico 1 - Coordinamento, implementazione e monitoraggio delle attività previste nell'obiettivo specifico 5
Unità Operativa 2	Referente	Compiti
ASST Papa Giovanni XXIII	Maria Sessa	Coordinamento, implementazione e monitoraggio delle attività previste nell'obiettivo specifico 2 in raccordo con il responsabile scientifico del progetto e DGW
Unità Operativa 3	Referente	Compiti
ASST Spedali Civili di Brescia	Alessandro Padovani	Coordinamento, implementazione e monitoraggio delle attività previste nell'obiettivo specifico 3 in raccordo con il responsabile scientifico del progetto e DGW
Unità Operativa 4	Referente	Compiti
ASST Lariana	Giampiero Grampa	Coordinamento, implementazione e monitoraggio delle attività previste nell'obiettivo specifico 4

		in raccordo con il responsabile scientifico del progettoe DGW
Unità Operativa 5	Referente	Compiti
ASST Valtellina e Alto Lario	Michela Passamonte	Coordinamento, implementazione e monitoraggio delle attività previste nell'obiettivo specifico 6 in raccordo con il responsabile scientifico del progetto e DGW
Unità Operativa 6	Referente	Compiti
ASST Monza (Ospedale S. Gerardo)	Ildebrando Apollonio, Giuseppe Bellelli	Coordinamento, implementazione e monitoraggio delle attività previste nell'obiettivo specifico 7 in raccordo con il responsabile scientifico del progetto e DGW
Unità Operativa 7	Referente	Compiti
ASST Pavia	Maria Savino	Coordinamento, implementazione e monitoraggio delle attività previste nell'obiettivo specifico 8 in raccordo con il responsabile scientifico del progetto e DGW
Unità Operativa 8	Referente	Compiti
ASST Mantova	Alfonso Ciccone	Coordinamento, implementazione e monitoraggio delle attività previste nell'obiettivo specifico 9 in raccordo con il responsabile scientifico del progetto e DGW
Unità Operativa 9	Referente	Compiti
Regione Lombardia	Alessandro Amorosi	Coinvolgimento nel coordinamento del progetto

VALUTAZIONE E MONITORAGGIO

OBIETTIVO GENERALE 1: Creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata con strumenti di telemedicina

Risultato/i atteso/i: evolvere l'approccio organizzativo verso un modello integrato del sistema sanitario, incrementando il livello qualitativo dell'assistenza ai pazienti con demenza: in particolare la continuità assistenziale mediante una maggiore integrazione e potenziamento della rete dei servizi; la strutturazione di percorsi assistenziali organici e integrati con strumenti di digital health; una formazione degli operatori che punti non solo a conoscere procedure e linee guida, ma anche ad accrescere la capacità di lavorare in equipe, di condividere gli scenari di cura, di operare con modalità concretamente inter-disciplinari ed inter-professionali e di permettere una maggiore comunicazione finalizzata all'empowerment di pazienti e familiari.

Indicatore di risultato: Numero di CDCD regionali che hanno effettuato almeno 5 teleconsulti e 5 prenotazioni con la nuova web application / numero totale di CDCD regionali nelle aree e nel periodo della sperimentazione

Fonte di verifica: Web application multi-ente

Standard di risultato: 51%

OBIETTIVO SPECIFICO 1: Sviluppo e implementazione di una web application centralizzata multi-ente di telemedicina e prenotazione di prestazioni socio-sanitarie, condivisione di piani assistenziali e schede cliniche in collaborazione tra i professionisti della salute territoriali ed ospedalieri.

Risultato/i atteso/i: sviluppare uno strumento digitale che permetta una maggiore comunicazione tra ospedale-territorio e territorio-territorio dalla quale scaturiscano maggiori garanzie per la continuità delle cure

Indicatore di risultato: Realizzazione della piattaforma

Fonte di verifica: Web-application multi-ente

Standard di risultato: Messa in produzione della web application

OBIETTIVO SPECIFICO 2: Implementazione della web application nel territorio della ATS Bergamo e integrazione nei percorsi

Indicatore 1 (1a; 1b)

Risultato/i atteso/i: introduzione di uno strumento digitale utile a garantire la continuità delle cure nel

percorso del paziente e che i professionisti della salute siano in grado di utilizzare

Indicatore di risultato:

- a) numero di MMG formati / numero di MMG totali nell'area e nel periodo di sperimentazione
- b) numero di CDCD con almeno 2 operatori formati / numero di CDCD totali nell'area e nel periodo di sperimentazione

Fonte di verifica: Rendicontazione della formazione effettuata dall'unità operativa coordinatrice sul territorio

Standard di risultato: 51%

Indicatore 2

Risultato/i atteso/i: evolvere l'approccio organizzativo verso un modello integrato del sistema sanitario

Indicatore di risultato: Numero di CDCD del territorio che hanno effettuato almeno 5 teleconsulti e 5 prenotazioni con la nuova web application / numero totale di CDCD nell'area e nel periodo di sperimentazione

Fonte di verifica: Web application multi-ente

Standard di risultato: 51%

Indicatore 3

Risultato/i atteso/i: Effettivo coordinamento delle attività progettuali all'interno del territorio

Indicatore di risultato: Numero di riunioni di coordinamento

Fonte di verifica: Verbali di riunione

Standard di risultato: 2

OBIETTIVO SPECIFICO 3: Implementazione della web application nel territorio della ATS Brescia e integrazione nei percorsi

Indicatore 1 (1a; 1b)

Risultato/i atteso/i: introduzione di uno strumento digitale utile a garantire la continuità delle cure nel percorso del paziente e che i professionisti della salute siano in grado di utilizzare

Indicatore di risultato:

- a) numero di MMG formati / numero di MMG totali nell'area e nel periodo di sperimentazione
- b) numero di CDCD con almeno 2 operatori formati / numero di CDCD totali nell'area e nel periodo di sperimentazione

Fonte di verifica: Rendicontazione della formazione effettuata dall'unità operativa coordinatrice sul territorio

Standard di risultato: 51%

Indicatore 2

Risultato/i atteso/i: evolvere l'approccio organizzativo verso un modello integrato del sistema sanitario

Indicatore di risultato: Numero di CDCD del territorio che hanno effettuato almeno 5 teleconsulti e 5 prenotazioni con la nuova web application / numero totale di CDCD nell'area e nel periodo di sperimentazione

Fonte di verifica: Web application multi-ente

Standard di risultato: 51%

Indicatore 3

Risultato/i atteso/i: Effettivo coordinamento delle attività progettuali all'interno del territorio

Indicatore di risultato: Numero di riunioni di coordinamento

Fonte di verifica: Verbali di riunione

Standard di risultato: 2

OBIETTIVO SPECIFICO 4: Implementazione della web application nel territorio della ATS Insubria e integrazione nei percorsi

Indicatore 1 (1a; 1b)

Risultato/i atteso/i: introduzione di uno strumento digitale utile a garantire la continuità delle cure nel percorso del paziente e che i professionisti della salute siano in grado di utilizzare

Indicatore di risultato:

- a) numero di MMG formati / numero di MMG totali nell'area e nel periodo di sperimentazione
- b) numero di CDCD con almeno 2 operatori formati / numero di CDCD totali nell'area e nel periodo di sperimentazione

Fonte di verifica: Rendicontazione della formazione effettuata dall'unità operativa coordinatrice sul territorio

Standard di risultato: 51%

Indicatore 2

Risultato/i atteso/i: evolvere l'approccio organizzativo verso un modello integrato del sistema sanitario

Indicatore di risultato: Numero di CDCD del territorio che hanno effettuato almeno 5 teleconsulti e 5 prenotazioni con la nuova web application / numero totale di CDCD nell'area e nel periodo di sperimentazione

Fonte di verifica: Web application multi-ente

Standard di risultato: 51%

Indicatore 3

Risultato/i atteso/i: Effettivo coordinamento delle attività progettuali all'interno del territorio

Indicatore di risultato: Numero di riunioni di coordinamento

Fonte di verifica: Verbali di riunione

Standard di risultato: 2

OBIETTIVO SPECIFICO 5: Implementazione della web application nel territorio della ATS Milano e integrazione nei percorsi

Indicatore 1 (1a; 1b)

Risultato/i atteso/i: introduzione di uno strumento digitale utile a garantire la continuità delle cure nel percorso del paziente e che i professionisti della salute siano in grado di utilizzare

Indicatore di risultato:

- a) numero di MMG formati / numero di MMG totali nell'area e nel periodo di sperimentazione
- b) numero di CDCD con almeno 2 operatori formati / numero di CDCD totali nell'area e nel periodo di sperimentazione

Fonte di verifica: Rendicontazione della formazione effettuata dall'unità operativa coordinatrice sul territorio

Standard di risultato: 51%

Indicatore 2

Risultato/i atteso/i: evolvere l'approccio organizzativo verso un modello integrato del sistema sanitario

Indicatore di risultato: Numero di CDCD del territorio che hanno effettuato almeno 5 teleconsulti e 5 prenotazioni con la nuova web application / numero totale di CDCD nell'area e nel periodo di sperimentazione

Fonte di verifica: Web application multi-ente

Standard di risultato: 51%

Indicatore 3

Risultato/i atteso/i: Effettivo coordinamento delle attività progettuali all'interno del territorio

Indicatore di risultato: Numero di riunioni di coordinamento

Fonte di verifica: Verbali di riunione

Standard di risultato: 2

OBIETTIVO SPECIFICO 6: Implementazione della web application nel territorio della ATS Montagna e integrazione nei percorsi

Indicatore 1 (1a; 1b)

Risultato/i atteso/i: introduzione di uno strumento digitale utile a garantire la continuità delle cure nel percorso del paziente e che i professionisti della salute siano in grado di utilizzare

Indicatore di risultato:

- a) numero di MMG formati / numero di MMG totali nell'area e nel periodo di sperimentazione
- b) numero di CDCD con almeno 2 operatori formati / numero di CDCD totali nell'area e nel periodo di sperimentazione

Fonte di verifica: Rendicontazione della formazione effettuata dall'unità operativa coordinatrice sul territorio

Standard di risultato: 51%

Indicatore 2

Risultato/i atteso/i: evolvere l'approccio organizzativo verso un modello integrato del sistema sanitario

Indicatore di risultato: Numero di CDCD del territorio che hanno effettuato almeno 5 teleconsulti e 5 prenotazioni con la nuova web application / numero totale di CDCD nell'area e nel periodo di sperimentazione

Fonte di verifica: Web application multi-ente

Standard di risultato: 51%

Indicatore 3

Risultato/i atteso/i: Effettivo coordinamento delle attività progettuali all'interno del territorio

Indicatore di risultato: Numero di riunioni di coordinamento

Fonte di verifica: Verbali di riunione

Standard di risultato: 2

OBIETTIVO SPECIFICO 7: Implementazione della web application nel territorio della ATS Monza Brianza e integrazione nei percorsi

Indicatore 1 (1a; 1b)

Risultato/i atteso/i: introduzione di uno strumento digitale utile a garantire la continuità delle cure nel percorso del paziente e che i professionisti della salute siano in grado di utilizzare

Indicatore di risultato:

- a) numero di MMG formati / numero di MMG totali nell'area e nel periodo di sperimentazione
- b) numero di CDCD con almeno 2 operatori formati / numero di CDCD totali nell'area e nel periodo di sperimentazione

Fonte di verifica: Rendicontazione della formazione effettuata dall'unità operativa coordinatrice sul territorio

Standard di risultato: 51%

Indicatore 2

Risultato/i atteso/i: evolvere l'approccio organizzativo verso un modello integrato del sistema sanitario

Indicatore di risultato: Numero di CDCD del territorio che hanno effettuato almeno 5 teleconsulti e 5 prenotazioni con la nuova web application / numero totale di CDCD nell'area e nel periodo di sperimentazione

Fonte di verifica: Web application multi-ente

Standard di risultato: 51%

Indicatore 3

Risultato/i atteso/i: Effettivo coordinamento delle attività progettuali all'interno del territorio

Indicatore di risultato: Numero di riunioni di coordinamento

Fonte di verifica: Verbali di riunione

Standard di risultato: 2

OBIETTIVO SPECIFICO 8: Implementazione della web application nel territorio della ATS Pavia e integrazione nei percorsi

Indicatore 1 (1a; 1b)

Risultato/i atteso/i: introduzione di uno strumento digitale utile a garantire la continuità delle cure nel percorso del paziente e che i professionisti della salute siano in grado di utilizzare

Indicatore di risultato:

- a) numero di MMG formati / numero di MMG totali nell'area e nel periodo di sperimentazione
- b) numero di CDCD con almeno 2 operatori formati / numero di CDCD totali nell'area e nel periodo di sperimentazione

Fonte di verifica: Rendicontazione della formazione effettuata dall'unità operativa coordinatrice sul territorio

Standard di risultato: 51%

Indicatore 2

Risultato/i atteso/i: evolvere l'approccio organizzativo verso un modello integrato del sistema sanitario

Indicatore di risultato: Numero di CDCD del territorio che hanno effettuato almeno 5 teleconsulti e 5 prenotazioni con la nuova web application / numero totale di CDCD nell'area e nel periodo di sperimentazione

Fonte di verifica: Web application multi-ente

Standard di risultato: 51%

Indicatore 3

Risultato/i atteso/i: Effettivo coordinamento delle attività progettuali all'interno del territorio

Indicatore di risultato: Numero di riunioni di coordinamento

Fonte di verifica: Verbali di riunione

Standard di risultato: 2

OBIETTIVO SPECIFICO 9: Implementazione della web application nel territorio della ATS Valpadana e integrazione nei percorsi

Indicatore 1 (1a; 1b)

Risultato/i atteso/i: introduzione di uno strumento digitale utile a garantire la continuità delle cure nel percorso del paziente e che i professionisti della salute siano in grado di utilizzare

Indicatore di risultato:

- a) numero di MMG formati / numero di MMG totali nell'area e nel periodo di sperimentazione
- b) numero di CDCD con almeno 2 operatori formati / numero di CDCD totali nell'area e nel periodo di sperimentazione

Fonte di verifica: Rendicontazione della formazione effettuata dall'unità operativa coordinatrice sul territorio

Standard di risultato: 51%

Indicatore 2

Risultato/i atteso/i: evolvere l'approccio organizzativo verso un modello integrato del sistema sanitario

Indicatore di risultato: Numero di CDCD del territorio che hanno effettuato almeno 5 teleconsulti e 5 prenotazioni con la nuova web application / numero totale di CDCD nell'area e nel periodo di sperimentazione

Fonte di verifica: Web application multi-ente

Standard di risultato: 51%

Indicatore 3

Risultato/i atteso/i: Effettivo coordinamento delle attività progettuali all'interno del territorio

Indicatore di risultato: Numero di riunioni di coordinamento

Fonte di verifica: Verbali di riunione

Standard di risultato: 2

CRONOPROGRAMMA

	Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Obiettivo specifico 1	Costituzione di un gruppo di coordinamento centrale gestito dal responsabile scientifico del progetto [...]	x	x																						
	Prima riunione del gruppo di coordinamento		x																						
	Elaborazione di un modello di web application integrabile nel PDTAR regionale		x	x																					
	Sviluppo e sperimentazione della web application			x	x	x	x	x	x	x	x														
	Linee di indirizzo per l'avvio del progetto nei territori delle 8 ATS comprendente le indicazioni per la gestione dei dati e degli aspetti etici all'interno del progetto e il manuale metodologico e operativo per l'utilizzo della piattaforma			x	x	x	x	x	x	x															
	Seconda riunione del gruppo di coordinamento										x														
	Valutazione delle fasi progettuali a livello territoriale										x	x	x	x	x										
	Formazione dei formatori (<i>training of trainers</i>) sul PDTAR, sulla web application e l'integrazione nei percorsi				x	x	x	x	x	x	x														
	Relazione intermedia sui risultati della prima fase del progetto con individuazione dei problemi emersi e possibili soluzioni									x															
	Monitoraggio dell'implementazione del progetto a livello territoriale attraverso l'analisi dei report prodotti e											x	x	x	x	x	x								

Obiettivo specifico 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	l'interlocuzione con i Gruppi di Coordinamento territoriali																								
	Relazione conclusiva															X	X								
	Informazione e sensibilizzazione sull'avvio e lo sviluppo del progetto a livello regionale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
	Costituzione di un gruppo di coordinamento territoriale con il referente dell'ente attuatore per il territorio, della ATS, degli altri CDCD del territorio [...]	X																							
	Costituzione del Gruppo di Lavoro multidisciplinare e multiprofessionale con professionisti sanitari, sociosanitari, sociali (ATS, MMG, ASST/CDCD, servizi sociosanitari e sociali territoriali,) e rappresentanti dei CDCD a livello territoriale [...]	X	X																						
	Prima riunione del Gruppo di Coordinamento territoriale e del Gruppo di Lavoro		X																						
	Identificazione dei processi da parte del Gruppo di Lavoro, basata sulle attività, dei servizi e professionisti (MMG, CDCD, servizi sociosanitari e sociali) aderenti al PDTAR		X	X	X	X	X																		
	Seconda riunione del Gruppo di Coordinamento e del Gruppo di Lavoro									X															
	Organizzazione di giornate di studio per la in/formazione dei MMG, degli operatori dei CDCD e dei servizi sociosanitari sul PDTAR e sulla web application con coinvolgimento del centro di riferimento territoriale						X	X	X	X	X	X	X	X	X										
	Redazione da parte del Gruppo di Coordinamento territoriale, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro, di un primo report semestrale delle attività svolte con individuazione dei						X																		

	problemi emersi e possibili soluzioni, da trasmettere al Gruppo di Coordinamento centrale secondo le modalità indicate																								
	Gestione da parte del Gruppo di Coordinamento, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro, dell'avvio del progetto: implementazione della web application con coinvolgimento e integrazione di tutti i nodi della rete territoriale									X	X	X	X	X											
	Conclusione della fase di implementazione													X											
	Redazione da parte del Gruppo di Coordinamento territoriale, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro, di una relazione di restituzione dell'esperienza di implementazione da trasmettere al Gruppo di Coordinamento centrale secondo le modalità indicate												X	X											
	Attivazione di azioni di supporto, audit, tutoring per i professionisti formati, comprendente un centro di contatto di riferimento per il territorio									X	X	X	X	X											
	Organizzazione ed implementazioni di azioni di Informazione e sensibilizzazione sul progetto a livello territoriale da parte del Gruppo di Coordinamento territoriale.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X											

Allegato 4

PIANO FINANZIARIO PER CIASCUNA UNITA' OPERATIVA

Unità Operativa 1 – Fondazione IRCCS Carlo Besta		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>	- Contratti per coordinamento lavori - Contratti per coordinamento territoriale	-210.000,00
<i>Beni</i>	- Consumabili	- 1.000,00
<i>Servizi</i>	- Web application (in accordo con ARIA) - Formazione	-400.018,79 - 111.478,81
<i>Missioni</i>		- 4.000,00
<i>Spese generali</i>		- 50.854,83

Unità Operativa 2 – ASST Papa Giovanni XXIII		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>	- Contratti per coordinamento territoriale	- 84.285,00
<i>Beni</i>	- Consumabili	- 1.000,00
<i>Servizi</i>	- Formazione	- 35.461,97
<i>Missioni</i>		- 4000,00
<i>Spese generali</i>		- 8.732,29

Unità Operativa 3 – ASST Spedali Civili di Brescia		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>	- Contratti per coordinamento territoriale	- 84.285,00
<i>Beni</i>	- Consumabili	- 1.000,00
<i>Servizi</i>	- Formazione	- 40.351,30
<i>Missioni</i>		- 4.000,00
<i>Spese generali</i>		- 9.074,54

Unità Operativa 4 – ASST Lariana		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>	- Contratti per coordinamento territoriale	- 84.285,00
<i>Beni</i>	- Consumabili	- 1.000,00
<i>Servizi</i>	- Formazione	- 47.447,83
<i>Missioni</i>		- 4.000,00
<i>Spese generali</i>		- 9.571,30

Unità Operativa 5 – ASST Valtellina e Alto Lario		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>	- Contratti per coordinamento territoriale	- 84.285,00
<i>Beni</i>	- Consumabili	- 1.000,00
<i>Servizi</i>	- Formazione	- 5.745,54
<i>Missioni</i>		- 4.000,00
<i>Spese generali</i>		- 6.652,14

Unità Operativa 6 – ASST Monza (Ospedale S. Gerardo)		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>	- Contratti per coordinamento territoriale	- 84.285,00
<i>Beni</i>	- Consumabili	- 1.000,00
<i>Servizi</i>	- Formazione	- 38.679,45
<i>Missioni</i>		- 4.000,00
<i>Spese generali</i>		- 8.957,51

Unità Operativa 7 – ASST Pavia		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>	- Contratti per coordinamento territoriale	- 84.285,00
<i>Beni</i>	- Consumabili	- 1.000,00
<i>Servizi</i>	- Formazione	- 17.217,58
<i>Missioni</i>		- 4.000,00
<i>Spese generali</i>		- 7.455,18

Unità Operativa 8 – ASST Mantova		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>	- Contratti per coordinamento territoriale	- 84.285,00
<i>Beni</i>	- Consumabili	- 1.000
<i>Servizi</i>	- Formazione	- 24.367,52
<i>Missioni</i>		- 4.000
<i>Spese generali</i>		- 7.955,68

Unità Operativa 9 – DGWelfare Regione Lombardia		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>		-
<i>Beni</i>		-
<i>Servizi</i>		-
<i>Missioni</i>		-
<i>Spese generali</i>		-

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse	Totale in €
Personale* - Contratti per coordinamento lavori - Contratti per coordinamento territoriale	799.995,00
Beni - Consumabili	8.000,00
Servizi - Web application (in accordo con ARIA) - Formazione	720.768,79
Missioni	32.000,00
Spese generali	109.253,47
Totale	1.670.017,26

** Le spese complessive della voce di personale non potranno essere superiori al 60% del costo totale del piano.*