



ALLEGATO 1

Direzione Sanità e Welfare

D.M. 77/2022

PROVVEDIMENTO GENERALE DI PROGRAMMAZIONE

**ASSISTENZA TERRITORIALE
NELLA REGIONE PIEMONTE**

Versione novembre 2022

	SOMMARIO		
1.	INTRODUZIONE ED ANALISI DEL CONTESTO	PAG.	3
2.	SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE	PAG.	10
3.	FUNZIONAMENTO E ORGANIZZAZIONE DEL DISTRETTO E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	PAG.	12
4.	INTEGRAZIONE DELLE FORME ORGANIZZATIVE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA CON IL NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO	PAG.	31
5.	RECEPIMENTO E ATTUAZIONE DEGLI STANDARD PREVISTI DAL D.M. 77/2022 PER I DIVERSI SERVIZI	PAG.	34
5.1.	STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE E DELLE CONDIZIONI DEMOGRAFICHE DEI TERRITORI COME STRUMENTO DI ANALISI DEI BISOGNI, FINALIZZATA ALLA PROGRAMMAZIONE E ALLA PRESA IN CARICO	PAG.	34
5.2.	CASE DELLA COMUNITÀ	PAG.	42
5.3.	INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITÀ	PAG.	51
5.4.	UNITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	PAG.	55
5.5.	CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE	PAG.	57
5.6.	CENTRALE OPERATIVA 116117	PAG.	60
5.7.	ASSISTENZA DOMICILIARE	PAG.	63
5.8.	OSPEDALE DI COMUNITÀ	PAG.	67
5.9.	RETE DELLE CURE PALLIATIVE	PAG.	73
5.10.	SERVIZI PER LA SALUTE DEI MINORI, DELLE DONNE, DELLE COPPIE E DELLE FAMIGLIE	PAG.	81
5.11.	PIANO DELLA CRONICITÀ	PAG.	83
5.12.	PREVENZIONE IN AMBITO SANITARIO, AMBIENTALE E CLIMATICO	PAG.	86
5.13.	INTEGRAZIONE TERRITORIO OSPEDALE TERRITORIO, PERCORSI DI SALUTE ED APPROPRIATEZZA CLINICA ED ORGANIZZATIVA	PAG.	91
5.14.	TELEMEDICINA	PAG.	94
5.15.	SISTEMI INFORMATIVI	PAG.	99
5.16.	SISTEMA QUALITÀ E CENTRALITÀ DELLA PERSONA	PAG.	101
6.	PERSONALE PER IL FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI E FORMAZIONE	PAG.	104
7.	SINTESI DELLE AZIONI E CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ	PAG.	108
8.	MODALITÀ DI GOVERNO E MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI RIORGANIZZAZIONE	PAG.	117
9.	CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE	PAG.	121
10.	RIFERIMENTI DI INTERESSE	PAG.	122
	GLOSSARIO - ACRONIMI	PAG.	123
	ALLEGATI		
	COLLOCAZIONE E SEDI DELLE STRUTTURE DI PROSSIMITÀ' - Case della comunità - Ospedali di comunità - Centrali operative territoriali		

1. INTRODUZIONE ED ANALISI DEL CONTESTO

La Regione Piemonte ha sviluppato nel corso degli anni una serie importante di programmi ed azioni nell'ambito dell'assistenza territoriale, anche ai fini dell'integrazione tra i diversi setting sanitari e socio-sanitari.

Il presente Documento costituisce il recepimento 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" e rappresenta il provvedimento generale di programmazione sull'assistenza territoriale nella Regione Piemonte.

In particolare, il Documento descrive le strategie prioritarie per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nella Regione Piemonte, allo scopo di garantire il percorso complessivo di prevenzione, presa in carico e gestione nelle diverse fasce di età, per la continuità assistenziale e l'integrazione fra i servizi, nell'ambito di un nuovo modello organizzativo di assistenza di prossimità che ponga al centro del sistema la persona assistita e i suoi bisogni di salute, demandando a successivi provvedimenti della Giunta Regionale l'adozione dei programmi di azione e delle linee specifiche di intervento, finalizzati all'attuazione di quanto previsto nel Documento stesso.

L'occasione di ripensamento complessivo dell'organizzazione dell'assistenza territoriale nella Regione Piemonte è anche da ricollegare all'impatto della pandemia Covid-19, che ha dimostrato come il sistema sanitario richieda una proattiva azione territoriale, integrata con l'ospedale per rispondere in modo tempestivo, efficace ed appropriato ai bisogni sanitari.

Il "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza" ricalca il tema della "prossimità", già introdotto dalla precedente Legge del 17.7.2020, n. 77 (conversione in legge del Decreto Legge del 19.5.2020, n. 34 " c.d. "decreto rilancio"); la prossimità è da intendere come vicinanza ai bisogni dei cittadini, ai quali si intende rispondere attraverso i servizi sanitari e socio-sanitari integrati e incentrati sul bisogno della persona e della comunità, attraverso percorsi di prevenzione e cura che coinvolgano i diversi attori, così come la comunità e le associazioni del terzo settore, per offrire una rete di assistenza resiliente ed efficace a tutti i cittadini.

La Missione 6 "Salute" si articola in due componenti, di cui:

- la "Componente 1", che ha l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione ed al potenziamento di strutture e presidi territoriali (Case di Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità), rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari;
- la "Componente 2", che comprende, invece, misure volte al rinnovamento ed all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il potenziamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da realizzare anche attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari, oltre alle risorse destinate alla ricerca scientifica ed al rafforzamento delle competenze e del capitale umano del SSN.

Coordinamento della stesura del Documento

Con la Deliberazione della Giunta Regionale 19 luglio 2022, n. 6-5398 "Costituzione di un Gruppo di lavoro a supporto degli Assessorati alla Sanità e al Welfare per l'analisi e la formulazione di proposte di riqualificazione e sviluppo in ambito sanitario e socio sanitario regionale" è stato stabilito di costituire un Gruppo di lavoro a supporto degli Assessorati alla Sanità e al Welfare per l'analisi e la formulazione di proposte di specifici atti in una prospettiva di revisione più globale del sistema sanitario e socio-sanitario regionale, composto da esperti individuati sulla base dei ruoli di rappresentanza da essi rivestiti nel sistema sanitario e socio-sanitario della Regione Piemonte in ambito della Direzione Sanità e Welfare, Azienda Zero, Dipartimento interaziendale funzionale a valenza regionale "DICR", IRES e AGENAS.

Obiettivi generali

Con il già citato D.M. 77/2022 viene individuato l'impostazione per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale e gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, rispettivamente, negli Allegati 1, avente valore descrittivo, e 2, avente valore prescrittivo, che costituiscono parte integrante del decreto. L'allegato 3, costituente altresì parte integrante del decreto, reca, a fini definitori, il glossario degli acronimi impiegati.

In tale contesto il principio guida è l'assistenza di prossimità centrata sulla persona. Secondo la definizione dell'Institute of Medicine (IOM) del 2001, l'assistenza centrata sul paziente significa rispetto e attenzione alle preferenze, ai bisogni effettivi e ai valori del paziente e la garanzia che tali valori guideranno ogni decisione clinica.

Gli obiettivi generali del presente Documento generale di programmazione dell'assistenza territoriale nella Regione Piemonte sono pertanto i seguenti:

- analizzare, in relazione alle dinamiche demografiche e ai "bisogni" della popolazione, il contesto di tutela della salute e di erogazione dei servizi al fine di individuare i principali ambiti di intervento;
- definire gli indirizzi per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, anche in relazione ai contenuti del DM 77/2022, fondandola sul principio della centralità della persona assistita, al fine di:
 - favorire la prossimità dei percorsi per cronicità e fragilità, la tempestività ed efficienza di intervento;
 - migliorare le modalità di integrazione del sistema sanitario territoriale con i Comuni, i servizi sociali e il terzo settore e in generale con tutta la comunità e i portatori di interessi;
 - migliorare le modalità di integrazione del sistema sanitario territoriale con l'area della prevenzione e ospedaliera delle acuzie;
 - favorire la semplificazione dei percorsi e delle procedure e la trasparenza organizzativa;
 - garantire la comunicazione, l'informazione e la partecipazione delle persone assistite e ai loro famigliari al processo di cura;
- sviluppare un sistema di monitoraggio e di miglioramento continuo nei diversi ambiti dell'assistenza territoriale.

Dinamiche demografiche, stato di salute della popolazione ed analisi dei bisogni sanitari

La Regione Piemonte è la seconda regione italiana per superficie, la settima per numero di abitanti, la seconda per maggior numero di comuni, e presenta il seguente contesto di riferimento:

- Popolazione: 4.274.945 abitanti.
- Province: 8
- Comuni: 1.181
- Superficie complessiva: 25.387,07 kmq
- Densità abitativa (abitanti/Kmq):169,8

Riferimenti demografici

L'Italia è tra i Paesi al mondo con l'aspettativa di vita più elevata in entrambi i sessi. Il Piemonte presenta valori sovrapponibili a quelli nazionali, con una maggiore percentuale di anziani. Nel 2019, un bambino nato in Piemonte poteva contare su un'attesa di vita di 80,8 anni, una bambina di 85,2.

Nella figura seguente viene presentata la piramide di età della popolazione della Regione, con riferimento all'anno 2021.

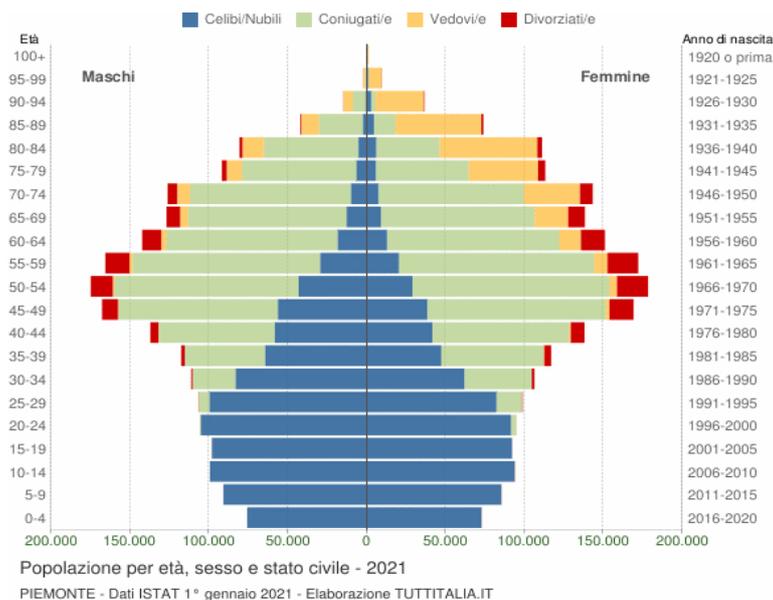


Figura 1. Piramide di età della popolazione della Regione Piemonte (anno 2021)

La risultante dell'aumento della speranza di vita, della riduzione della mortalità e della costante riduzione dei tassi di natalità, è rappresentata dall'aumento dell'indice di vecchiaia, ovvero dal rapporto percentuale tra gli over 65 e gli under 14.

Nel 2000 il Piemonte contava 4.289.731 residenti, saliti a 4.457.335 nel 2010 e poi scesi a 4.252.279 nel 2021. Una crescita del 3,9% nel primo decennio del millennio, una diminuzione di 0,87% nel ventennio 2000-2021.

Nel 2000 i residenti con meno di 18 anni in Piemonte erano 661.062, nel 2010 erano 721.689, nel 2021 erano 661.462. Una crescita della popolazione con meno di 18 anni quindi nel primo decennio del secolo (+9,17%), controbilanciata da una diminuzione nel decennio successivo, che ha portato i valori del 2021, in Piemonte, quasi al livello dei valori del 2000.

Nel 2000 i residenti con 65 anni e più in Piemonte erano 888.743, nel 2021 1.115.901: una crescita del 25,56% negli ultimi 20 anni.

Di questi, nel 2000 i residenti con più di 75 anni in Piemonte erano 391.965 e nel 2021 584.962: una crescita del 49,24% nell'ultimo ventennio.

Nel 2000 l'indice di invecchiamento (percentuale degli ultra 65enni sul totale della popolazione) in Piemonte era 20,71, nel 2021 era 26,2.

Nel 2000 i nati in Piemonte erano 35.874, nel 2010 erano 38.385, nel 2020, ultimo dato disponibile, erano 27.107: una crescita quindi del 7% nel primo decennio, una diminuzione, nel ventennio 2000 – 2020, che sfiora il 25%.

Questi valori determinano una riduzione cospicua del tasso di natalità: nel 2000 il tasso di natalità in Piemonte era 8,4 nel 2010 era 8,6, nel 2021 era 6,2.

Relativamente alla composizione familiare, in media nel biennio 2017-2018 (ultimi dati ISTAT disponibili) oltre una famiglia su tre (36,2 per cento) è composta da persone sole, con un'incidenza superiore rispetto al dato nazionale (33,0 per cento). Significativa è anche la presenza di persone sole di 60 anni e più (20,7 per cento), che anche in questo caso superano la media nazionale (17,8 per cento).

Pertanto, il Piemonte, al pari del resto di Italia, sta gradualmente cambiando il proprio profilo sociodemografico verso un futuro caratterizzato da una maggior prevalenza di popolazione anziana rispetto alla popolazione attiva, un cambiamento epidemiologico che risulta impattante nei diversi scenari di cura.

Stili di vita

Gli stili di vita rappresentano il principale fattore di protezione o di rischio comportamentale modificabile rispetto alla costruzione del proprio benessere e, in particolare, all'insorgenza delle patologie croniche non trasmissibili. La prevenzione delle malattie e la promozione della salute si realizzano tramite politiche e strategie intersettoriali e attraverso azioni mirate a specifiche fasce d'età e genere della popolazione, per promuovere abitudini di vita salutari, primi fra tutti: sana alimentazione, attività fisica, contrasto al fumo e al consumo di alcol.

Gli indicatori sugli stili di vita della popolazione per genere, fascia d'età e area geografica consentono di fornire un quadro conoscitivo del contesto regionale attraverso i dati raccolti dalle principali fonti informative nazionali e regionali.

Nella prospettiva di genere si rileva come le donne hanno stili di vita più salutari, riferiti a obesità, fumo e alcol, ma livelli di sedentarietà più elevati rispetto agli uomini.

Un fattore di rischio rilevante e ben documentato, è la sedentarietà che "colpisce" circa un terzo degli ultra 65enni, e circa il 64% delle persone ultra 85enni.

L'eccesso di peso, in particolare nelle sue forme più gravi, come l'obesità, ha un ruolo rilevante nel determinare il benessere degli individui e delle comunità. Il Piemonte fa costantemente rilevare livelli più bassi dell'indicatore: nel 2021 la percentuale di persone con eccesso di peso è del 39,3% (versus il 44,4% in Italia). A questa riduzione contribuiscono soprattutto gli stili di vita: nel 2021 il Piemonte conferma le sue tendenze anche dopo la pandemia con una quota inferiore di persone che non praticano alcuna attività fisica e una maggior attenzione all'alimentazione rispetto alla media nazionale.

Nel confronto con la media italiana emerge, tuttavia, la presenza in Regione di una percentuale maggiore di fumatori (21,3% rispetto a 19,5%) e di persone con comportamento a rischio rispetto al consumo di alcol (17,8% versus 14,7%).

La sedentarietà e l'eccesso di peso sono due aspetti strettamente legati che concorrono a determinare lo stato generale di salute. I giovani piemontesi in sovrappeso, tra i 6 e i 17 anni rappresentano una proporzione in linea con la media nazionale (25%, dato 2020) in peggioramento rispetto al 2019 in cui si distaccavano dalla media nazionale dei coetanei di circa 3 punti percentuali (21,2% rispetto a 24,7%). Anche l'abitudine al fumo costituisce un fattore determinante lo stato di salute. Dal 2017 al 2020, a livello nazionale, si osserva un aumento significativo della percentuale di giovani fumatori che nel passaggio dalla fascia dei 14-17 a quella dei 18-19 anni aumenta di circa 3 volte nello stesso periodo, passando da una media del 6,2% ad una media del 19,6%. Gli stessi dati, tuttavia dimostrano che nel periodo 2017 - 2020, la prevalenza di giovani fumatori è rimasta pressoché stabile per ciascuna delle fasce d'età studiate: con l'eccezione della fascia dei "più grandi" (20 - 24 anni) che nel 2018 ha avuto un picco raggiungendo una proporzione di fumatori del 27,7%.

Riferimenti epidemiologici

Peraltro l'attuale quadro epidemiologico è caratterizzato da bisogni di salute articolati e complessi, che richiedono la risposta tempestiva alle condizioni di acuzie e la presa in carico di persone affette da patologie di lunga durata, gestibili vicino al loro luogo di vita.

Anche in conseguenza dell'invecchiamento della popolazione, come già sottolineato la principale problematica di salute che devono affrontare oggi i sistemi sanitari, così come evidenziano studi e evidenze internazionali, sono le patologie croniche.

I dati pubblicati nel Rapporto BES relativi allo stato di salute degli anziani forniscono indicatori utili per le future politiche e gli interventi sanitari e sociali che potranno essere indirizzati a questa fascia di popolazione. Infatti, emerge che quasi la metà della popolazione piemontese ultra 75enne presenta una condizione di multicronicità o ha gravi limitazioni nelle attività abituali: in particolare, nel 2020 tale percentuale era del 46,4%, mentre si stima che nel 2021 sia circa il 44%, valore simile a quello delle altre regioni del Nord e inferiore alla media nazionale, dove quasi il 48% della popolazione si trova in queste condizioni.

Oltre 350.000 piemontesi hanno almeno una fra queste cinque condizioni morbose croniche: cardiopatia ischemica, vasculopatia cerebrale, scompenso cardiaco, diabete, BPCO, quasi 80.000 ne hanno più di una e oltre 430.000, pari al 14% della popolazione, ne hanno una o più di una. Per tutte le cinque patologie prese in esame è evidente un gradiente sociale a sfavore dei soggetti con i livelli di istruzione più bassi. Le differenze maggiori riguardano il diabete e la broncopneumopatia cronica-ostruttiva le cui prevalenze, aggiustate per età, sono quasi due volte superiori nei soggetti con basso titolo di studio rispetto agli alti titoli di studio. Differenze simili si osservano anche nel caso della multimorbosità: i soggetti con bassa scolarità rispetto ai soggetti con alta scolarità hanno una probabilità del 57% più alta di avere almeno una patologia e del 64% più elevata di averne più di una.

Su 100 piemontesi, nel 2017 il 41,4 % dichiarava almeno una patologia cronica (Indagine Multiscopo ISTAT). Conseguentemente, più di 1.803.000 piemontesi necessitano di una gestione continuativa di interventi sanitarie e socio-sanitari anche in forma integrata tra Territorio e Ospedale.

Nel 2021 l'indice di Salute Mentale assume in Italia il valore di 68,4, mantenendosi pressoché stabile rispetto al 2019 e al 2020, quando era, secondo le rilevazioni ISTAT, rispettivamente pari a 68,4 e 68,8: cresce leggermente tra gli uomini, decresce tra le donne e i giovani tra i 14 e i 19 anni. In Piemonte l'Indice di Salute Mentale peggiora, da 68,5 nel 2019 a 66,8 nel 2021. Considerando che in genere le condizioni di benessere mentale diminuiscono con l'età, si osserva un fenomeno che richiede una riflessione approfondita: nel 2021 la differenza tra gli indici di salute mentale dei più giovani (14-19 anni) e degli over 75 si riduce (passando a -6,8 punti rispetto ai -10,9 punti nel 2020) e questa riduzione del gap dipende da un deterioramento del benessere psicologico dei ragazzi.

Se la presenza di una o più malattie croniche, soprattutto se in stadio lieve-moderato, non è immediatamente correlata con l'espressione di una grave riduzione delle autonomie, quest'ultima è sempre correlata con una condizione di multimorbilità e l'espressione di bisogni che richiedono interventi di lungo termine.

Per quanto riguarda invece la mortalità generale, il tasso standardizzato per età è in costante riduzione, in entrambi i sessi, tanto in Piemonte quanto in Italia. La riduzione nei dieci anni di osservazione del tasso standardizzato di mortalità è molto marcata soprattutto nel genere maschile: meno 20% (in Italia meno 18%), mentre per le donne si è avuta una riduzione del 6% (in Italia 8%). In entrambi i sessi la mortalità per tumore è più alta della media nazionale, ma simile al valore del Nord Italia.

L'importante contrazione nella mortalità per malattie dell'apparato circolatorio (un fenomeno che prosegue ormai da decenni) spiega in larga misura la riduzione della mortalità generale; in Piemonte, tra il 2010 e il 2018, per le malattie circolatorie il tasso standardizzato di mortalità si è ridotto di circa il 12% sia tra gli uomini sia tra le donne.

Il secondo grande gruppo di cause, che costituisce un ulteriore terzo dei decessi (circa 14.000 all'anno), è rappresentato dalle neoplasie. L'incidenza di tutti i tumori è stabile nel periodo per i maschi, mentre presenta un lieve aumento per le femmine, con variazioni nelle specifiche sedi: nei maschi sono in aumento i tumori della prostata sotto i 50 anni, mentre sono in costante diminuzione i tumori del polmone, per il declino dell'epidemia del fumo negli uomini.

Nelle donne sono in aumento i tumori della mammella (anche per effetto della diagnosi precoce da screening), e i tumori del polmone, legati all'epidemia del fumo tra le donne. In entrambi i generi si registra una aumentata incidenza di melanomi, di tumori della tiroide, vie urinarie e pancreas. A fronte della stabilità dell'incidenza, la progressiva diminuzione della mortalità per tumori testimonia del discreto successo del sistema di diagnosi e cura. Anche la mortalità per malattie polmonari croniche (terza causa di morte dopo patologie dell'apparato circolatorio e tumori) si è progressivamente ridotta, pur con alcune oscillazioni, nel corso degli ultimi 30 anni. Nella seconda metà degli anni '10, tuttavia, si osserva una risalita dei tassi, che coinvolge tutte le regioni italiane.

Molto rilevante la problematica delle demenze, e più in generale, delle patologie neurodegenerative, che risultano in costante aumento nella popolazione ultra 65enne. Nel 2019 il tasso di mortalità per patologie neurodegenerative, calcolato su 10.000 residenti è stato: in Piemonte di 36,2, più alto della media nazionale che si attesta a 34, ma simile a quello delle altre regioni del Nord (che riportano una media di 36,4) e in lieve deflessione dal 2017, quando aveva raggiunto il valore di 37, sullo stesso valore di 10.000 residenti.

Peraltro nell'anno 2020 l'impatto della pandemia Covid-19 ha portato alla luce nuovi bisogni, dei quali deve farsi carico il Servizio sanitario regionale nel prossimo futuro; le risposte sanitarie e socio-sanitarie per soggetti fragili (grandi anziani, disabili, persone con gravi problemi di salute mentale...) devono pertanto operare in rete e in collegamento con le potenzialità offerte dai percorsi sul territorio, accanto a un'implementazione delle cure al domicilio dei pazienti.

Modello attuale di erogazione dei servizi

La programmazione regionale garantisce la funzione di indirizzo nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e delle Aziende Ospedaliere (AO/AOU), nonché delle altre istituzioni e soggetti accreditati che esercitano la funzione di erogazione.

L'organizzazione ed il funzionamento delle Aziende Sanitarie sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato ai sensi dell'articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e s.m.i., adottato dal direttore generale sulla scorta dei principi e dei criteri stabiliti con provvedimento di Giunta regionale.

Il modello della rete sanitaria e socio-sanitaria prevede l'organizzazione in aree funzionali omogenee, come di seguito illustrato:

- Area Omogenea Torino: ASL Città di Torino ASL TO4, ASL TO5, AOU Città della Salute di Torino;
- Area Omogenea Torino Ovest: ASL TO3, AOU S.Luigi di Orbassano, AO Ordine Mauriziano di Torino;
- Area Omogenea Piemonte Sud Ovest: ASL CN 1, ASL CN 2, AO S.Croce e Carle di Cuneo;
- Area Omogenea Piemonte Nord Est: ASL NO, ASL VCO, ASL VC, ASL BI, AOU Maggiore della Carità di Novara;
- Area Omogenea Piemonte Sud Est: ASL AL, ASL AT, AO SS.Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria.

Nello specifico l'attuale rete sanitaria di erogazione è così configurata:

- 12 Aziende Sanitarie Locali (ASL);
- l'Azienda Zero, costituita con D.P.G.R. n. 9 del 18.02.2022, ai sensi e per gli effetti della citata legge regionale 26 ottobre 2021, n. 26, l';
- 3 Aziende Ospedaliere e 3 Aziende Ospedaliere Universitarie;
- i Distretti;
- i Dipartimenti di Prevenzione e Servizi di Igiene e Sanità Pubblica;
- gli Ospedali a gestione diretta ed ex Sperimentazioni Gestionali;
- gli IRCCS non pubblici;
- le Case di Cura private;
- gli Istituti qualificati presidi della A.S.L.

Altresì ai sensi della l.r. 8 gennaio 2004, n. 1 "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento", la rete sociale è composta da n.47 Enti Gestori.

In linea con gli orientamenti internazionali e nazionali, il Piemonte adotta il "Piano regionale di prevenzione", per definire le aree di intervento e i programmi d'azione, in collaborazione con le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie.

La rete ospedaliera per l'emergenza della Regione Piemonte è stata definita con la D.G.R. 1-600/2014 e con la D.G.R. 1-924/2015 e prevede una organizzazione in n.6 aree di riferimento, con l'individuazione di DEA di II livello, DEA di I livello, Ospedali di base con PS, PS di area disagiata.

Con la Deliberazione della Giunta Regionale 29 giugno 2015, n. 26-1653 "Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n.1-600 del 19.11.2014 e s.m.i." è stato approvato il programma di interventi per il riordino della rete territoriale, come riportato negli allegati all'atto sopra citato.

La pandemia da COVID 19 ha repentinamente richiesto l'adozione di nuove misure con uno sforzo straordinario di tutti gli attori coinvolti: la trasformazione della geografia dei servizi ospedalieri, il massiccio reclutamento del personale sanitario, l'incremento delle tecnologie, la diffusione della digitalizzazione e dei servizi di telemedicina e l'imponente organizzazione della campagna di prevenzione e vaccinazione. La gestione dell'emergenza, inoltre, ha anche comportato la riorganizzazione di molte attività sanitarie non COVID.

In tale contesto sono stati formulati specifici provvedimenti, con le relative azioni di riferimento, finalizzati alla gestione della pandemia e al potenziamento della risposta dei servizi territoriali; a titolo esemplificativo si citano:

- la D.G.R. 23 settembre 2020, n. 1-1979 "Approvazione dell'aggiornamento del piano pandemico operativo COVID-19 territoriale e ospedaliero e formulazione di ulteriori indicazioni al Dipartimento interaziendale a valenza regionale "Malattie ed Emergenze Infettive" e alle Aziende Sanitarie e alle Strutture del SSR";

- la D.G.R. 29 dicembre 2020, n. 21-2701 DGR 23 settembre 2020, n. 1-1979 "Approvazione secondo aggiornamento del piano pandemico operativo COVID-19 territoriale e ospedaliero e formulazione di ulteriori indicazioni al Dipartimento interaziendale a valenza regionale "Malattie ed Emergenze Infettive" e alle Aziende Sanitarie e alle Strutture del SSR".

Altresì con la legge regionale 25 marzo 2022, n. 2 "Ulteriori modifiche all'articolo 23 della legge regionale 6 agosto 2007, n. 18 (Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale)" sono state attribuite alla Azienda Zero, tra le altre, le funzioni indicate al punto f) di coordinamento in materia di medicina territoriale, con particolare riferimento ai percorsi di presa in carico e gestione dei pazienti fragili-cronici e di continuità ospedale-territorio, nonché delle attività relative all'assistenza primaria.

2. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Il D.M. 77/2022 in premessa dell'Allegato 1 "Modelli e Standard dello sviluppo dell'Assistenza Territoriale del Servizio Sanitario Nazionale" prevede quanto di seguito evidenziato.

"Il presente Documento costituisce la Riforma di settore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - M6C1-1 - Riforma 1: Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale - volta a definire modelli e standard relativi all'assistenza territoriale, alla base degli interventi previsti dalla Component 1 della Missione 6 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" del PNRR. Si richiama a tal proposito anche l'Appendix 1 contenuto nel Documento analitico del PNRR – Missione 6, Component 1.

La cornice del PNRR, si è inoltre arricchita dell'entrata in vigore dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 recante "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024", di accompagnamento al percorso di implementazione per gli anni 2022-2026 e a regime degli standard di cui al presente Documento, con riferimento al personale dipendente e al personale convenzionato, e nel quale è stata autorizzata, a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale, la spesa di 90,9 milioni di euro per l'anno 2022, di 150,1 milioni di euro per l'anno 2023, di 328,3 milioni di euro per l'anno 2024, di 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e di 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026.

La citata norma dispone che la predetta autorizzazione di spesa decorre dalla data di entrata in vigore del presente Regolamento e che con successivo decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, le predette somme siano ripartite fra le regioni e le province autonome in base ai criteri definiti dal medesimo decreto anche tenendo conto degli obiettivi previsti dal PNRR1.

La medesima legge 234/2021 ha previsto un complesso intervento inerente i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) e gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) al fine di favorire l'integrazione tra gli ambiti sanitari, sociosanitari e sociali ferme restando le rispettive competenze e ferme restando le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza.

Il complesso degli interventi previsti nel presente Documento dovrà avvenire nell'ambito delle risorse umane e finanziarie disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale".

In particolare il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale e gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico sono individuati nel Decreto 77/2022, rispettivamente, negli Allegati 1, avente valore descrittivo, e 2, avente valore prescrittivo, che costituiscono parte integrante del Decreto. L'allegato 3, costituente altresì parte integrante del decreto, reca, a fini definitori, il glossario degli acronimi impiegati.

Inoltre, come ancora riportato nel D.M. 77/2022:

"il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), uno dei primi al Mondo per qualità e sicurezza, istituito con la legge n. 833/1978, si basa, su tre principi fondamentali: universalità, uguaglianza ed equità. Il perseguimento di questi principi richiede un rafforzamento della sua capacità di operare come un sistema vicino alla comunità, progettato per le persone e con le persone.

In tale ottica e contesto si inserisce la necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali per perseguire la garanzia dei LEA, riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.

L'Assistenza Primaria rappresenta la prima porta d'accesso ad un servizio sanitario. Essa rappresenta infatti l'approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, così come il benessere della società. La Direzione Generale della Commissione Salute Europea (DG SANCO), nel 2014, definisce l'Assistenza Primaria come:

“l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone”.

Il SSN persegue, pertanto, questa visione mediante le attività distrettuali, la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali, in particolare:

- attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento;*
- attraverso il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;*
- attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di équipe multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità ("Planetary Health");*
- con logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni;*
- con modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale;*
- attraverso la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti;*
- attraverso la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.).*

Il presente Documento recepisce il D.M. 77/2022, che definisce modelli organizzativi, standard e le principali tematiche connesse agli interventi previsti nell'ambito della Missione 6 Component 1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale” del PNRR, i quali sono considerati in una ottica più ampia ed integrata anche attraverso l'analisi di funzioni trasversali propedeutici al potenziamento dell'assistenza territoriale nella Regione Piemonte.

Il presente Documento prevede, per ogni area dell'assistenza territoriale presa in esame, la descrizione dei seguenti punti:

- Messaggio chiave: sintesi dei contenuti;**
- Contesto: situazione di riferimento e azioni già avviate;**
- Sviluppo e linee di intervento: azioni ulteriori in relazione ai contenuti de DM 77/2022;**
- Indirizzi programmatori generali: sintesi degli indirizzi di riferimento.**

Il presente provvedimento viene quindi recepito della Aziende sanitarie della Regione Piemonte.

3. FUNZIONAMENTO ED ORGANIZZAZIONE DEL DISTRETTO ED INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Messaggio chiave

Il Distretto costituisce la sede per la gestione e il coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sanitari territoriali e dei servizi socio-sanitari a valenza sanitaria. Al Distretto, pertanto, sono ricondotte le funzioni di committenza, di erogazione e di garanzia dei LEA. Il Distretto, inoltre, assicura i servizi di assistenza primaria nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali inclusi i presidi ospedalieri, nella logica della integrazione socio-sanitaria e con i diversi livelli istituzionali anche attraverso gli ordinari strumenti di programmazione.

Contesto

L'art. 3-quinquies del d.lgs 502/1992, come modificato ed integrato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, contenente gli indirizzi di riferimento rispetto alle funzioni, al ruolo ed al modo di operare del Distretto (articoli 3-quater, 3-quinquies e 3-sexies, attribuisce alle Regioni il compito di disciplinare l'organizzazione del Distretto in modo da garantirne alcune funzioni fondamentali, quali: l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici.

In Piemonte le ASL sono articolate a livello territoriale in Distretti, la cui dimensione ottimale viene quantificata secondo le previsioni dell'articolo 19 della legge regionale 6 agosto 2007, n.18; Il Distretto rappresenta pertanto l'articolazione dell'ASL deputata a garantire l'erogazione dei LEA sul proprio territorio, mediante l'integrazione tra i diversi servizi sanitari e socio sanitari competenti e coinvolti.

L'ASL individua, nell'Atto aziendale, l'articolazione e l'organizzazione distrettuale più consona alle esigenze ed alle caratteristiche del proprio territorio, procedendo contestualmente al riordino e alla razionalizzazione delle strutture oggi operanti in ambito territoriale o a supporto delle relative attività.

Organizzazione del Distretto

Come già riportato, con la Deliberazione della Giunta Regionale 29 giugno 2015, n. 26-1653 "Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n.1-600 del 19.11.2014 e s.m.i." è stato approvato il programma di interventi per il riordino della rete territoriale.

L'organizzazione del Distretto è definita dall'ASL nel proprio Atto aziendale in modo da garantire l'esercizio della funzione coordinamento della rete territoriale in continuità con quella ospedaliera, di competenza del Distretto stesso, a garanzia del percorso di salute complessivo dei pazienti. Tale funzione ha carattere di trasversalità nell'ambito dell'organizzazione aziendale e deve concretizzare il principio della prossimità rispetto alla comunità di riferimento territoriale del Distretto.

La collocazione del Distretto nell'organigramma dell'ASL è individuata nell'Atto aziendale, in coerenza con le esigenze e le caratteristiche del proprio territorio, con la contestuale razionalizzazione delle strutture oggi operanti in ambito territoriale o a supporto delle relative attività:

- riconducendo al Distretto tutte le funzioni allo stesso attribuite ai sensi dell'art. 3-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., ivi comprese le relative attività organizzative, di governo e monitoraggio della spesa, dovendo garantire la funzionalità descritta;
- garantendo il necessario supporto tecnico-amministrativo per lo svolgimento delle attività distrettuali ed interdistrettuali.

I Distretti con bacino d'utenza non inferiore a 80.000 abitanti sono configurati come struttura complessa; in presenza di bacino d'utenza inferiore, trattandosi di zone montane (come disciplinate dalle leggi regionali nn. 11/2012 e 3/2014) e/o a scarsa densità abitativa, sono configurati come struttura semplice afferente ad altro Distretto territorialmente contiguo individuato come struttura complessa.

Le funzioni distrettuali possono essere articolate e organizzate nell'ambito di apposite strutture semplici, più snelle e funzionali dal punto di vista operativo ed afferenti alla S.C. Distretto.

L'attuale articolazione dei Distretti per A.S.L. è riportata nella Tabella seguente.

ASL	DISTRETTI	Popolazione Totale
ASL CITTA' DI TORINO	CdT - Distretto sud est	202.130
	CdT - Distretto sud ovest	253.695
	CdT - Distretto nord ovest	215.435
	CdT - Distretto nord est	186.650
	TOTALE	857.910
ASL TO3	TO3 - Area Metropolitana Centro	142.489
	TO3 - Area Metropolitana Nord	87.243
	TO3 - Area Metropolitana Sud	96.347
	TO3 - Pinerolese	133.328
	TO3 - Val Susa - Val Sangone	117.904
	TOTALE	577.311
ASL TO4	TO4 - Area Ciriacese/Valli di Lanzo	121.298
	TO4 - Chivasso - San Mauro Torinese	119.712
	TO4 - Cuorgne'	77.631
	TO4 - Ivrea	107.248
	TO4 - Settimo Torinese	84.790
	TOTALE	510.679
ASL TO5	TO5 - Chieri-Carmagnola	154.070
	TO5 - Moncalieri-Nichelino	152.067
	TOTALE	306.137
ASL VC	VC - Vercelli	166.512
	TOTALE	166.512
ASL BI	BI - Biella/Cossato	166.456
	TOTALE	166.456
ASL NO	NO - Area Nord	151.658
	NO - Area Sud	88.900
	NO - Urbano di Novara	103.287
	TOTALE	343.845
ASL VCO	VCO - VCO	166.826
	TOTALE	166.826
ASL CN1	CN1 - Nord Est	89.302
	CN1 - Nord Ovest	79.558
	CN1 - Sud Est	84.728
	CN1 - Sud Ovest	162.051
	TOTALE	415.639
ASL CN2	CN2 - 1 - Alba	104.565
	CN2 - 2 - Bra	66.014
	TOTALE	170.579
ASL AT	AT - Asti Nord/Sud/Centro	200.788
	TOTALE	200.788
ASL AL	AL - Alessandria/Valenza	149.871
	AL - Casale Monferrato	79.477
	AL - Novi Ligure/Tortona	131.415
	AL - Ovada/Acqui Terme	67.772
	TOTALE	428.535
PIEMONTE	TOTALE COMPLESSIVO	4.311.217

Tabella 1. Distretti delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte e relativa popolazione (01.01.2022)

Funzioni specifiche del Distretto

Le funzioni assegnate e le modalità di governo del Distretto, sono delineate negli artt. 3-quater, 3-quinques e 3-septies, quest'ultimo articolo specificamente dedicato all'integrazione socio-sanitaria, del d.lgs. 229/99.

Il Distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3-quinquies, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei Dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento.

Con il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, sono state individuate le specifiche aree di attività dell'assistenza distrettuale:

- a) assistenza sanitaria di base, garantita attraverso la rete dei medici convenzionati (MMG, PDLS, MCA) e attraverso le loro forme organizzative funzionali (AFT);
- b) emergenza sanitaria territoriale;
- c) assistenza farmaceutica;
- d) assistenza integrativa;
- e) assistenza specialistica ambulatoriale;
- f) assistenza protesica;
- g) assistenza termale;
- h) assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
- i) assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.

Le attività di cui ai punti h) e i) sono garantite in forma integrata con gli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali per le funzioni di rispettiva competenza.

Sviluppo e linee di intervento

Il presente Documento recepisce il D.M. 77/2022, che riporta quanto segue:

“Il Distretto è un’articolazione organizzativo-funzionale dell’Azienda sanitaria locale (ASL) sul territorio. Come previsto dalla normativa vigente, l’articolazione in distretti della ASL è disciplinata dalla legge regionale, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione/provincia autonoma, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.

Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali. È inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell’integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l’uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell’offerta.

All’interno del distretto possono essere presenti i Consultori familiari e le attività rivolte ai minori, ove esistenti, funzionalmente collegati con la Casa della Comunità hub.

Il Distretto garantisce inoltre una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento. Al fine di svolgere tali funzioni la conoscenza dei bisogni di salute della popolazione di riferimento risulta centrale e rientra pertanto tra le attività del Distretto.

Al Distretto, pertanto, possono essere ricondotte le seguenti funzioni:

- *committenza, ossia la capacità di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell’utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili. Il Distretto, infatti, su mandato della Direzione Generale della ASL, provvede alla programmazione dei servizi da garantire, alla pianificazione delle innovazioni organizzative e/o produttive locali, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizi, assicurando la fruizione delle prestazioni all’utenza;*
- *produzione, ossia la funzione di erogazione dei servizi sanitari territoriali, caratterizzata da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari di cui all’articolo 3-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;*

- garanzia, ossia il compito di assicurare l'accesso ai servizi, l'equità all'utenza attraverso il monitoraggio continuo della qualità dei servizi medesimi, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l'utenza finale.

In particolare, l'organizzazione del Distretto, così come disciplinato dalla normativa vigente, deve garantire:

- l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva, infermieri di famiglia o comunità e i presidi specialistici ambulatoriali;
- il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- 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 se delegate dai comuni.

A seconda dei modelli organizzativi regionali, il Distretto può quindi avere responsabilità gerarchiche dirette sulle unità operative territoriali che lo compongono. In queste tipologie di assetti organizzativi il Distretto opera sia come committente che come gestore.

Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il Distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della ASL.

Con l'obiettivo di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente in relazione ai bisogni sociosanitari del territorio, il Distretto, inoltre, assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. Quest'ultimo, tra l'altro, determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3 septies del predetto decreto legislativo e le quote, rispettivamente, a carico delle aziende sanitarie e dei comuni e al fine di valorizzare e integrare le risorse delle comunità di riferimento su cui insiste il Distretto, è proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Comitato dei sindaci dei Comuni appartenenti all'Ambito Territoriale Sociale e dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale della ASL.

Le Regioni e le Province autonome, in coerenza con l'articolo 1, comma 161, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, assicurano, mediante atti di programmazione, omogeneità del modello organizzativo degli ATS.

In un sistema centrato sull'approccio alla persona ed ai suoi bisogni è necessario garantire la massima integrazione delle competenze psicologiche. La Funzione aziendale ove già istituita ai sensi dell'art. 20 bis della legge 18/12/2020, n. 176 serve a coordinare il complesso delle attività trasversali degli Psicologi previste dai LEA e dalla normativa vigente ai diversi livelli, valorizzando la loro funzione sanitaria. In tal caso l'assistenza psicologica all'interno del distretto è assicurata e governata in ciascuna Azienda Sanitaria Locale dall'Area Funzionale di Psicologia nell'ambito della legislazione vigente. “

Secondo il D.M. 77/2022, il Distretto deve avere le funzioni e gli standard organizzativi di seguito riportati:

“Distretto di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

La programmazione deve prevedere i seguenti standard:

- 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree

interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS, AFT e UCCP, sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;

- 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola;
- 1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.”

Il lavoro di programmazione effettuato nella seconda metà dell'anno 2021 dall'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte con le Aziende Sanitarie regionali, in risposta alle indicazioni del PNRR, ha portato a due provvedimenti:

- la Deliberazione della Giunta regionale 11 febbraio 2021, n. 4 - 4628 “Approvazione della programmazione relativa: localizzazione dei siti delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali. Proposta al Consiglio regionale”;
- la Deliberazione del Consiglio regionale 22 febbraio 2022, n. 199 “Approvazione della programmazione relativa alle strutture di prossimità ed intermedie nelle Aziende Sanitarie Locali: localizzazione dei siti delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali”.

In tali atti è stata definita la localizzazione dei siti delle Strutture di prossimità ed intermedie nelle Aziende Sanitarie Locali (ASL): novantuno Case della Comunità, ventinove Ospedali di Comunità e quarantatré Centrali Operative Territoriali come presupposto per lo sviluppo del futuro assetto organizzativo territoriale.

Nella tabella che segue viene presentata la collocazione delle strutture di prossimità nelle Aziende Sanitarie Regionali.

ASR	CdC	OdC	COT
ASL CITTA' DI TORINO	18	6	9
ASL TO3	12	4	6
ASL TO4	11	3	5
ASL TO5	7	2	3
ASL VC	3	1	2
ASL BI	3	1	2
ASL NO	7	2	3
ASL VCO	3	1	1
ASL CN1	9	3	4
ASL CN2	5	2	2
ASL AT	4	1	2
ASL AL	9	4	4
TOTALE	91	30	43

Tabella 2. Collocazione delle strutture di prossimità nelle Aziende Sanitarie Regionali

Negli allegati al presente provvedimento sono illustrate le specifiche collocazioni e sedi delle Strutture nell'ambito delle diverse Aziende Sanitarie Locali della Regione.

Il Direttore di Distretto

In merito al Direttore di Distretto, il presente Documento recepisce quanto riportato dal D.M. 77/2022. In particolare:

“Il Direttore del Distretto è il responsabile dell’attività di programmazione del Distretto, in termini di risposta integrata alle specifiche esigenze di salute della popolazione di riferimento, di disponibilità delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali. È inoltre garante del rispetto del raggiungimento degli obiettivi che gli sono stati assegnati dalla Direzione generale aziendale in materia di efficacia ed efficienza dei servizi erogati; espressione dell’orientamento alla persona, attraverso una continua attenzione agli aspetti dell’informazione, della tutela e garanzia dell’equità e della trasparenza dell’offerta, del rispetto della dignità della persona. Il Direttore del Distretto è responsabile della gestione dei percorsi assistenziali integrati di propria competenza in stretto raccordo con i servizi, professionisti del territorio e dell’ospedale.

Il Distretto e il suo Direttore acquisiscono, quindi, la funzione di garanzia attraverso la valutazione dei bisogni di salute della popolazione, la valutazione delle priorità d’azione e della sostenibilità delle scelte, l’orientamento dei livelli di produzione di attività sanitaria come richiesta alle strutture ospedaliere e territoriali, la verifica dei risultati.”

In tale ambito il Direttore del Distretto è deputato ai rapporti con gli Ospedali e con i Dipartimenti Aziendali ed è chiamato a più livelli di relazione, a livello locale con gli altri Distretti e con la Direzione aziendale.

Con la Deliberazione della Giunta Regionale 28 gennaio 2022, n. 34-4592 “Principi e i criteri per l’organizzazione delle Aziende Sanitarie regionali e l’applicazione dei parametri standard per l’individuazione di strutture semplici e complesse, ex art. 12, comma 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012”. Modifica D.G.R. n. 42- 1921 del 27.07.2015, All A) par. 3.2.alinea nn.14 e 15 - Incarico Direttore di Distretto” è stato stabilito che l’incarico è attribuito dal Direttore Generale a un dirigente del SSN che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un’adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell’art. 8, comma 1, del d.lgs. 502/1992 s.m.i., da almeno 10 anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.

La funzione di committenza

Il d.lgs. 502/1992 e s.m.i. avente ad oggetto “Riordino della disciplina in materia sanitaria” delinea un sistema nel quale le Aziende Sanitarie Locali assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza secondo gli indirizzi della programmazione e le disposizioni regionali avvalendosi delle Aziende ospedaliere, delle Aziende ospedaliero-universitarie, dei presidi propri e - laddove il fabbisogno non sia integralmente soddisfatto dal servizio pubblico - tramite ricorso alla capacità produttiva degli Erogatori privati accreditati.

In tale ambito acquisisce particolare importanza lo sviluppo della funzione di committenza delle AA.SS.LL, a cui vengono attribuiti compiti di negoziazione dei fabbisogni rilevati a livello distrettuale, anche in termini di miglioramento dell’accessibilità dei pazienti alle cure, nei limiti dei tetti di spesa dell’ASL di residenza e sulla base degli indirizzi definiti a livello regionale, con assegnazione dei tetti di spesa nei confronti degli erogatori privati accreditati e di stipula del relativo contratto.

Inoltre a seguito della Determina Dirigenziale 30 novembre 2018, n. 796 “Indicazioni operative per la negoziazione delle prestazioni sanitarie tra le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Sanitarie Ospedaliere e/o Ospedaliero-Universitarie; approvazione dello schema di accordo contrattuale ex art. 8 quinquies d.lgs. 502/1992 e s.m.i.” il percorso operativo per la stipula degli accordi contrattuali tra ASL e AO/AOU nella Regione Piemonte prevede le seguenti tappe:

- la definizione del fabbisogno dell’ASL e della produzione di AO/AOU da proporre all’area omogenea;
- la definizione del programma di integrazione dei servizi a livello di area omogenea, che riporta fabbisogno e produzione e che viene approvato dalle Aziende di area omogenea e trasmesso all’Assessorato;
- la stipula del contratto tra le ASL di riferimento e AO/AOU.

Dipartimenti territoriali

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali. Il dipartimento costituisce tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali ed esaustive rispetto ai compiti assegnati, nell'ottica di comunanza delle risorse.

Il modello dipartimentale a livello territoriale si realizza attraverso:

- il Dipartimento di Prevenzione (DP);
- il Dipartimento Materno Infantile (DMI);
- il Dipartimento di Salute mentale (DSM);
- il Dipartimento Patologie delle Dipendenze (DPD).

Dipartimento di Prevenzione

Gli articoli 7-bis, 7-ter e 7-quater del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., hanno individuato l'organizzazione e stabilito le funzioni del Dipartimento di Prevenzione.

In attuazione del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., la l.r. 10/1995, di riordino del Servizio Sanitario Regionale, all'articolo 23, comma 1, ha individuato nel Dipartimento di Prevenzione la struttura dell'Azienda ASL preposta alla promozione, nel territorio di competenza, della tutela della salute della popolazione. Al comma 2 del medesimo articolo sono stati individuati i Servizi nei quali si articola il Dipartimento di Prevenzione; il successivo comma 3 ha trasferito ai Servizi del Dipartimento di Prevenzione le funzioni amministrative in materia di igiene, sanità pubblica e veterinaria, già disciplinate da legge regionali.

Con il D.P.C.M. 12 gennaio 2017, articolo 1, comma 1, sono stati individuati i livelli essenziali di assistenza e, nello specifico al comma 1, lettera a), è previsto il livello "Prevenzione Collettiva e sanità pubblica".

All'articolo 2 del medesimo D.P.C.M. vi è la classificazione dei L.E.A. del livello, "Prevenzione Collettiva e sanità pubblica" sono previste le relative attività.

Le principali attività dei dipartimenti di prevenzione si articolano in:

- funzioni garantite "direttamente" dal Dipartimento di Prevenzione:
- profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
- sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- sanità pubblica veterinaria, che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie, farmacovigilanza veterinaria, igiene delle produzioni zootecniche, tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale;
- tutela della salute nelle attività sportive;
- funzioni che il Dipartimento contribuisce ad assicurare con gli altri Servizi e Dipartimenti aziendali:
- attività di promozione della salute;
- prevenzione delle malattie cronico-degenerative.

In tale contesto deve essere adeguatamente sviluppato di un forte coordinamento tra Dipartimento di Prevenzione, Distretti e i diversi servizi.

Il modello viene ulteriormente dettagliato nello specifico capitolo del presente atto, in ambito sanitario, climatico e ambientale.

Dipartimento Materno Infantile

Dal punto di vista sanitario, nell'area materno-infantile (MI), trovano posto: Consultori familiari, Strutture di Ostetricia e ginecologia (per la parte di ostetricia), Attività specialistica ostetrica di poliambulatorio, Punti-nascita, TIN, SC di pediatria, Strutture di Neuropsichiatria Infantile (NPI), Pediatria di famiglia, Pediatria di comunità, Consultori pediatrici, Consultori per adolescenti, servizi residenziali e semiresidenziali per minori (comunità terapeutiche, comunità riabilitative psico-sociali, centri diurni, etc). Inoltre attività che fanno capo all'ambito della psicologia, del RRF, nonché ai Dipartimenti di Prevenzione ed al Distretto, ad esempio Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Dal punto di vista socio-assistenziale, i servizi per minori quali comunità educative residenziali, affidi, sostegno alla disabilità, ecc. Dal punto di vista educativo, gli asili nido, scuole materne, scuole dell'obbligo, educativa di strada, ecc.

Le relazioni di rete con tutte le altre agenzie del territorio coinvolte sull'area MI sono garantite attraverso rapporti definiti e consolidati (Servizi sociali-Comuni, Scuole, Tribunale).

Gli ambiti di azione dell'area Materno Infantile sono i seguenti:

- assistenza alla coppia nella pianificazione familiare;
- assistenza alla donna durante la gravidanza, il parto e il puerperio;
- assistenza al neonato sano e patologico;
- promozione e tutela della salute del bambino;
- promozione e tutela della salute dell'adolescente;
- assistenza al bambino con bisogni particolari e malattie croniche;
- riabilitazione dei minori;
- raccolta ed elaborazione dei dati epidemiologici relativi all'infanzia ed alla donna.

Con la DGR 15 luglio 2022, n. 19-5372 "Art. 33, commi 1 e 2 del DL n. 73 del 25 maggio 2021 e s.m.i. Indicazioni per il potenziamento dei servizi territoriali e ospedalieri di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza e criteri per l'assegnazione delle risorse alle AASSRR. Euro 1.547.410,00" è stata data attuazione sul territorio regionale alle disposizioni del D.L 73/2021 e s.m.i. per la parte relativa al potenziamento dei servizi territoriali e ospedalieri di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza.

Dipartimento di salute mentale

Alla promozione della salute mentale partecipano vari soggetti: servizi sanitari e socio-sanitari dedicati, servizi pubblici primari, altri attori sociali come le associazioni e il volontariato.

Nelle ASL i percorsi di presa in carico e cura sono realizzati dai servizi per la salute mentale (in stretta integrazione con i Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze - DPD, i Servizi di NPI/DMI e la Rete dei Servizi di Psicologia), con la rete dei servizi socio-sanitari nei Distretti. In Piemonte sono presenti i Dipartimenti di salute mentale.

Il Dipartimento di salute mentale rappresenta l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'ASL.

Il DSM è dotato di servizi per l'assistenza diurna (i Centri di Salute Mentale - CSM), servizi semiresidenziali (i Centri Diurni), servizi residenziali (strutture residenziali distinte in residenze terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative) e servizi ospedalieri (i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura - SPDC e i Day Hospital). L'offerta assistenziale è completata dalle case di cura private.

Il Dipartimento di Salute Mentale è la struttura preposta alle attività di tutela della salute mentale, deputata alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio e del disturbo psichico dei cittadini.

Attualmente la realtà piemontese, è interessata da una serie di azioni di riordino organizzativo del Servizio Sanitario Regionale (SSR), in modo specifico l'area della residenzialità.

Con la D.G.R. 22 dicembre 2021, n. 84-4451 "Riforma del sistema della residenzialità psichiatrica in Piemonte. Revoca parziale delle DD.GG.RR. n. 30-1517 del 03.06.2015, n. 29-3944 del 19.09.2016, n. 14-4590 del 23.01.2017 e n. 41-6886 del 18.05.2018" è stata approvata la Riforma del sistema della residenzialità psichiatrica in Piemonte, così come risulta dal Documento denominato "Riordino del sistema della residenzialità psichiatrica".

Va ancora osservato che i LEA prevedono l'erogazione di Percorsi assistenziali integrati alle persone con disturbi mentali garantiti dal Servizio sanitario nazionale attraverso la presa in carico multidisciplinare e un Programma terapeutico individualizzato per intensità, complessità e durata, che include prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e riabilitative in specifici ambiti di attività; altresì individuano, all'interno di ogni progetto terapeutico e riabilitativo, una sequenza di processi improntati sulla continuità delle cure, continuità relazionale operatore-paziente, coordinamento tra setting assistenziali, operatori e prestazioni, nonché continuità informativa. Al fine di perseguire tali obiettivi occorrerà operare anche sulle attività di prevenzione e promozione della salute mentale, attualmente poche e non rilevate attualmente dai Sistemi Informativi.

Dipartimento Patologia delle Dipendenze

L'accordo Stato Regioni del 15 marzo 1999 ha fornito indicazioni per la Riorganizzazione dei sistemi di assistenza alle dipendenze. Le azioni di prevenzione, trattamento e riabilitazione delle diverse forme di patologia delle Dipendenze sono disciplinate, in Piemonte, dalla D.G.R. n. 48-9094 del 1 luglio 2008 che fornisce indirizzi per realizzare gli interventi in modo uniforme su tutto il territorio regionale. Da allora l'attività viene programmata con specifici atti di indirizzo regionale.

Alla base di tali indirizzi si riconoscono:

- l'elaborazione del Piano Locale delle Dipendenze;
- la partecipazione alla valutazione dei bisogni anche tramite l'estensione della funzione di osservazione epidemiologica all'intero ambito della salute mentale;
- la organizzazione di dipartimenti misti (Pubblico- Privato accreditato);
- il coinvolgimento e la corresponsabilizzazione dei diversi soggetti nella pianificazione e nell'uso delle risorse;
- la valutazione degli esiti e la sperimentazione di interventi innovativi.

Lo sviluppo futuro richiede la individuazione di uno standard di intervento per tutti i servizi della Regione per la presa in carico dei cittadini che hanno problemi di abuso rispetto alle sostanze illegali, alle bevande alcoliche, al tabacco, problemi di dipendenza da comportamenti senza sostanze (gioco d'azzardo, internet ecc.), interventi di prevenzione rivolti sia verso una popolazione in cui non sono evidenti comportamenti a rischio, che ad un target in cui sono già in atto comportamenti problematici (scuole, luoghi di frequentazione della popolazione giovanile), nonché alla realizzazione delle attività degli interventi di riduzione del danno, così come definiti dai LEA con D.P.C.M. del 2017 e dalla Deliberazione della Giunta Regionale 12 aprile 2019, n. 42-8767 "Indirizzi per la prima applicazione, in modo omogeneo sul territorio regionale, delle prestazioni LEA per i Servizi di Attività' di Riduzione del Danno (RdD) e di Limitazione dei Rischi (LdR) in ambito sanitario, con riferimento ai consumi e agli abusi di sostanze psicoattive e alle dipendenze patologiche.

Servizi di Psicologia

La D.G.R. n. 31-4912 del 20 aprile 2017 istituisce la Rete Regionale dei Servizi di Psicologia per l'organizzazione dell'area della Psicologia sanitaria piemontese nell'ambito del riordino delle reti ospedaliere e territoriali delle Aziende Sanitarie Regionali.

La finalità dell'assistenza psicologica è il miglioramento della qualità di vita delle persone e l'adozione di modalità operative che favoriscano lo sviluppo dell'auto-efficacia, cioè il sentimento di fiducia che gli individui hanno della propria capacità di agire, in modo da influenzare la propria condizione nelle diverse fasi del ciclo di vita, e che orientano allo sviluppo delle relazioni sociali e la convivenza tra gli individui nei diversi contesti.

In tale ambito deve essere sottolineato che per i DSM, i DPD e i Servizi di Psicologia è necessario individuare progressivamente il c.d. "budget di salute" di cui alla nota della Presidenza Consiglio dei Ministri – Dip. per gli Affari Regionali, prot. n. 10473 del 30.06.2022.

Servizio Farmaceutico Territoriale

Il DM 70/2022 riporta che *in questo ambito le farmacie convenzionate con il SSN ubicate uniformemente sull'intero territorio nazionale, costituiscono presidi sanitari di prossimità e rappresentano un elemento fondamentale ed integrante del Servizio sanitario nazionale.*

In particolare, la rete capillare delle farmacie convenzionate con il SSN assicura quotidianamente prestazioni di servizi sanitari a presidio della salute della cittadinanza: in tale ambito vanno inquadrare la dispensazione del farmaco, per i pazienti cronici la possibilità di usufruire di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci, la farmacovigilanza, le attività riservate alle farmacie dalla normativa sulla c.d. "Farmacia dei Servizi" (d.lgs. 153/2009) e l'assegnazione delle nuove funzioni tra le quali le vaccinazioni anti-Covid e antinfluenzali, la somministrazione di test diagnostici a tutela della salute pubblica. Quanto appena descritto, circa le attività svolte dalle farmacie, si innesta integralmente con le esigenze contenute nel PNRR riguardanti l'assistenza di prossimità, l'innovazione e la digitalizzazione dell'assistenza sanitaria."

Il Servizio Farmaceutico Territoriale delle ASL svolge specifiche funzioni di programmazione e gestione dell'assistenza farmaceutica agendo sui seguenti ambiti:

- farmaceutica convenzionata (in particolare per la partecipazione a programmi locali e regionali di politica del farmaco, per il monitoraggio dei profili prescrittivi e dei consumi e per la vigilanza e il controllo sulla corretta applicazione delle indicazioni normative in materia);
- vigilanza farmacie, depositi medicinali e altre strutture territoriali (anche in collaborazione con altri servizi);
- documentazione sul farmaco e farmacovigilanza (in particolare per l'allestimento di indicazioni sull'appropriatezza d'uso dei prodotti, la formazione e l'informazione, la partecipazione al sistema di sorveglianza e a studi specifici);
- assistenza farmaceutica diretta e distrettuale (in particolare per la programmazione e la gestione delle funzioni di erogazione dell'assistenza farmaceutica distrettuale).

In tale ambito la farmacia dei servizi è un'ulteriore evoluzione dell'attività dell'assistenza primaria. Nasce dalla volontà e dall'esigenza di ampliare i servizi territoriali, sia per incrementare il livello di servizi offerti ai pazienti, sia per accentuare il ruolo che le farmacie devono assolvere nell'ambito del sistema sanitario.

Con la Deliberazione della Giunta Regionale 15 novembre 2019, n. 13-513 "Recepimento dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul Documento recante "Linee di indirizzo per la sperimentazione dei nuovi servizi nella farmacia di Comunità", approvato dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 17 ottobre 2019" è stato ribadito il ruolo della farmacia dei servizi nel SSR.

Sanità Penitenziaria

Con la DGR 9 luglio 2021, n. 16-3503 "Rete dei servizi sanitari in ambito penitenziario nella realtà piemontese. Aggiornamento della D.G.R. n. 8-3123 del 23 aprile 2021" è stato modificato ed integrato il documento che disciplina la Rete dei servizi sanitari in ambito penitenziario nella realtà piemontese.

Il modello di Rete Regionale della Sanità Penitenziaria prevede che, all'interno dei presidi sanitari penitenziari, siano presenti i requisiti di riferimento individuati e dotazioni adeguate (personale, tecnologie, servizi).

La risposta ai bisogni di cura viene articolata e connotata attraverso livelli di intensità e complessità più o meno elevati a seconda delle esigenze di salute e dei circuiti di sicurezza-sorveglianza.

Il principio guida è l'adeguamento della rete dei servizi sanitari penitenziari al modello di assistenza sanitaria territoriale previsto per i cittadini liberi.

Gli Atti aziendali assegnano a questa funzione una identità organizzativa riconoscibile e un centro di responsabilità specifico, per assicurare le funzioni di raccordo istituzionale sopra richiamate e per garantire la disponibilità presso gli Istituti penitenziari di interventi sanitari che richiedono competenze professionali e specialistiche appartenenti ad altre articolazioni del SSR (in primo luogo psichiatria, psicologia, malattie infettive).

Con la DGR 13 maggio 2022, n. 36-5030 "Rettifica della D.G.R. n. 84-4451 del 22 dicembre 2021" è stata quindi aggiornata la composizione del GTISP e dei sottogruppi di cui alla D.G.R. n. 45-1373 del 2015 e s.m.i.

Coordinamento delle attività distrettuali (UCAD)

Il Direttore del Distretto si avvale dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD), come previsto e disciplinato dall'art. 3-sexies, comma 2 del d.lgs. 502/1992 e s.m.i.,

L'UCAD coadiuva il Direttore di Distretto nell'esercizio delle funzioni di programmazione e gestione, nel rispetto degli indirizzi della Direzione Aziendale, svolgendo funzioni propositive e tecnico-consultive.

L'UCAD costituisce un riferimento del Distretto finalizzata alla condivisione delle informazioni disponibili, relative ai bisogni di salute della popolazione e alla quantità e qualità dell'offerta dei servizi sanitari.

Altresì l'UCAD è strumento di supporto alla programmazione, monitoraggio e coordinamento delle attività inerenti alle cure primarie e intermedie svolte nel Distretto. Per questo è opportuno ottimizzare l'impiego dell'UCAD operante presso il Distretto, quale organismo competente a coadiuvare il Direttore nell'esercizio delle funzioni di programmazione e gestione dei servizi sanitari territoriali.

Coordinatore Territoriale aziendale

A livello di Azienda Sanitarie Locale un Direttore di Distretto assume il coordinamento funzionale territoriale per tutta l'ASL, con un ruolo più improntato alla programmazione operativa locale e alla verifica delle attività, anche attraverso una articolazione organizzativa specifica che permetta di assumere la raccolta dei dati necessari per alimentare il sistema degli indicatori regionali e, contestualmente, la valutazione delle performance dell'assistenza territoriale ai fini del loro miglioramento.

Il Coordinatore Territoriale, quale figura finalizzata all'esercizio di un ruolo manageriale nella "governance" del territorio, del relativo fabbisogno e della rete dei servizi erogati, allo stato attuale si viene a concretizzare nelle Aziende Sanitarie attraverso l'individuazione attribuita ad uno dei Direttori di Distretto, anche per quanto riguarda la gestione dei rapporti con gli Ospedali, con l'area della Prevenzione e delle infezioni correlata all'assistenza e antibiotico resistenza, e con i Dipartimenti territoriali.

Tavolo di coordinamento funzionale dei Direttori dei Distretti

Nelle ASL in cui il numero di Distretti è superiore ad uno viene istituito il tavolo di coordinamento funzionale, composto dai Direttori dei Distretti stessi e facente capo alla Direzione aziendale.

Il tavolo di coordinamento funzionale rappresenta la sede per il sistematico raccordo fra i Distretti ed i Responsabili delle diverse aree di attività territoriale (es. Direttori di Dipartimento, Direttori dei Servizi

socio-assistenziali). È coordinato dal Direttore Sanitario aziendale il quale può avvalersi di uno dei Direttori di Distretto, anche attraverso periodiche alternanze, per supportare le funzioni di:

- raccordo programmatico, organizzativo ed operativo-gestionale fra tutti i Distretti al fine di garantirne la massima omogeneità, tenendo presenti ovviamente le specificità locali connesse al fabbisogno di ogni ambito distrettuale;
- interazione, condivisione dei percorsi assistenziali con tutti i soggetti coinvolti, sia nell'ambito aziendale sia all'esterno (AOU, Enti privati accreditati, Enti socio-assistenziali, Terzo Settore, ecc), in funzione degli obiettivi preordinati alla tutela della salute della comunità nel modo più efficace, efficiente ed appropriato.

Il tavolo è infine finalizzato a garantire omogeneità ed equità di procedure operative, criteri gestionali e valutativi nello svolgimento delle funzioni territoriali e distrettuali.

Il Programma delle Attività Territoriali (PAT)

Il Programma delle attività territoriali (PAT), basato sul principio della intersectorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative, prevede la localizzazione e strutturazione dei servizi e concorre alla determinazione delle risorse per l'integrazione socio-sanitaria e le quote rispettivamente a carico dell'ASL e dei Comuni/Enti Gestori, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza.

Il PAT rappresenta l'ambito d'integrazione, sul piano della definizione degli obiettivi e della destinazione delle rispettive risorse, fra i servizi sanitari distrettuali e quelli sociali gestiti dai Comuni singoli o associati, al fine di offrire al cittadino interventi coordinati e completi, in un'ottica di ottimizzazione nell'impiego delle risorse disponibili e sulla base di una comune analisi dei bisogni di salute e sociali presenti sul territorio di riferimento.

È proposto dal Direttore del Distretto, sulla base delle risorse assegnate, previa negoziazione e coordinamento con i responsabili delle strutture territoriali ed ospedaliere competenti nelle diverse aree di attività e sentito l'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD) di cui all'art. 3-sexies, comma 2 del d.lgs. 502/1992 e s.m.i.

La proposta di Programma, corredata del parere del Comitato dei Sindaci di Distretto/Comitato dei Presidenti di Circostrizione di riferimento territoriale, è trasmessa al Direttore Generale per i successivi adempimenti.

Il Comitato dei sindaci di Distretto concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali.

Il Comitato dei sindaci di Distretto concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali. Nei comuni la cui ampiezza territoriale coincide con quella dell'ASL, il Comitato dei sindaci di Distretto è sostituito dal Comitato dei presidenti di circostrizione.

In fase di prima attuazione del presente provvedimento il PAT viene adottato contestualmente all'adozione del bilancio aziendale e viene aggiornato annualmente ed integrato con la programmazione pluriennale.

Sistema residenziale e semi-residenziale

Il progressivo invecchiamento della popolazione richiede un complesso integrato di interventi che perdurano nel tempo. Le attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a persone non autosufficienti e non assistibili a domicilio all'interno di idonee strutture di tipo residenziale e semi-residenziali rappresentano una risposta coerente. In tale ambito è necessario una attenta analisi degli attuali modelli in funzione della loro rimodulazione.

Le prestazioni residenziali si caratterizzano di norma come prestazioni di assistenza a lungo termine a soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, in un ambito di erogazione, a prevalente carattere assistenziale, connotate da aspetti di umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza anche in ragione della prolungata durata della degenza.

Si tratta di un setting molto importante, su cui è necessario attivare un gruppo di lavoro a livello della Direzione Sanità e Welfare, ai fine di analizzare la situazione attuale e definire la proposta degli interventi di rimodulazione.

Con la DGR. n. 45-12129 del 30/07/2012, integrata e modificata con D.G.R. n. 85-6287 del 02/08/2013, è stato in particolare definito "Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semi-residenziale socio sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti"

La delibera, che contiene un numero di 6 Allegati e 3 tabelle, ha sostituito il modello organizzativo e gestionale introdotto dalla D.G.R n. 17-15226 del 30/03/2005.

Sono in tale ambito definite:

- due tipologie residenziali: RSA e NAT Nucleo Alzheimer Temporaneo;
- quattro tipologie diurne: CDI Centro Diurno Integrato inserito in un presidio, CDIA Centro Diurno Integrato Autonomo, CDAI Centro Diurno Alzheimer Inserito in un presidio (ridefinito in Centro Diurno per soggetti affetti da Declino Cognitivo in RSA – CDDCI – con DGR 10-4727/2022), CDAA Centro Diurno Alzheimer Autonomo (ridefinito in Centro Diurno per soggetti affetti da Declino Cognitivo Autonomi – CDDCA – con DGR 10-4727/2022).

Per quanto attiene la risposta residenziale ai deficit cognitivi già definita con il "Nucleo Alzheimer Temporaneo" è in atto l'evoluzione di tali strutture verso il: Nucleo Declino Cognitivo (NDC) e Nucleo Declino Cognitivo Temporaneo (NDCT), come normato dalle D.G.R. n. 10 – 4727 del 04.03.2022 e D.G.R. n. 21 – 5374 del 15.07.2022.

Il NDCT, in sostituzione del NAT, con potenziamento del personale medico e durata del ricovero definita di norma (massimo 30 giorni, prolungabili di ulteriori 30) è a totale carico della Sanità; il NDC, necessario per ospitare il paziente a tempo indeterminato, ha la retta ripartita al 50% tra Sanità e Utente/Assistenza.

In modo particolare le modalità di revisione della D.G.R. 45-12129/2012 dovranno intervenire sulle principali criticità del modello come allo stato attuale reso operativo.

La struttura semi-residenziale si pone invece la finalità di supportare i nuclei familiari che si occupano quotidianamente dell'individuo e, al tempo stesso, si propone come soluzione alternativa al ricovero.

La struttura semi-residenziale ha lo scopo di favorire il recupero il mantenimento delle capacità psicofisiche residue dell'assistito, al fine di consentirne la permanenza al proprio domicilio e, contemporaneamente, offrire un importante sostegno al nucleo familiare.

I Centri Diurni effettuano interventi differenziati, di natura socio-assistenziale, sanitaria, di animazione e di socializzazione.

L'inserimento di un assistito nei Centri Diurni e la determinazione della natura e della frequenza delle prestazioni da effettuarsi, sono normalmente definite a cura di una Unità di Valutazione.

Con D.G.R. 14 novembre 2016, n. 37-4207 "Recepimento dell'Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul Documento recante - Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" (Rep. Atti n. 135/CU) sancito in Conferenza Unificata Stato-Regioni-Enti Locali, nella seduta del 30 ottobre 2014" è stato recepito il Piano Nazionale Demenze (PND).

Successivamente sulla base degli indirizzi nazionali, con la D.G.R. 26 gennaio 2018, n. 28-6423 sono stati approvati i requisiti organizzativi del Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) attivati in tutte le Aziende Sanitarie Regionali.

Il Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze è una funzione in capo all'Azienda Sanitaria Locale o Ospedaliera, articolata a livello ambulatoriale. Come definito nel Piano Nazionale Demenze, effettua la presa in carico delle persone con disturbi cognitivi e/o demenza; formula la diagnosi, definisce il piano di interventi farmacologici, riabilitativi e psico-sociali ed ottempera alle implicazioni sulla prescrizione dei farmaci previste dall'Agenzia Italiana del Farmaco.

I CDCD aziendali sono le unità realizzative del “piano regionale della demenza” approvato con D.G.R. n. 19-5417 del 22 luglio 2022.

Integrazione socio-sanitaria

La definizione di “assistenza sociosanitaria” deriva dall’articolo 3 septies del d.lgs. 502/92 come modificato dal d.lgs. 229/99 e successivi, ovvero insieme di attività atte a soddisfare, con percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione. L’integrazione socio-sanitaria costituisce ovviamente una priorità strategica regionale, in particolare nei confronti dei soggetti non autosufficienti.

L’integrazione socio-sanitaria è attuata a tre livelli:

- istituzionale: collaborazione fra Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali e Aziende Sanitarie Locali tramite Accordi interistituzionali, al fine di conseguire comuni obiettivi di salute. Il distretto sanitario è individuato quale struttura operativa che meglio consente di governare i processi integrati fra istituzioni;
- gestionale: si colloca a livello di struttura operativa tramite le équipe integrate multiprofessionali, composte da figure professionali del SSR (ASL) e dei Servizi sociali (EE.GG.SSA), che operano sulla base delle rispettive competenze e tenendo conto della ripartizione delle risorse a carico rispettivamente del bilancio sanitario e sociale;
- professionale: attività interprofessionale nella produzione dei servizi socio-sanitari, domiciliari, semiresidenziali e residenziali, tramite le unità valutative integrate, la gestione unitaria della relativa documentazione, la valutazione dell’impatto economico degli interventi e delle azioni, la definizione delle rispettive responsabilità nel lavoro integrato, la continuità terapeutico-assistenziale tra ospedale e distretto, la collaborazione tra strutture residenziali e territoriali, la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie di intervento, l’utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate.

La normativa a supporto dell’area dell’integrazione socio-sanitaria è molto articolata e di seguito sono indicati alcuni degli atti di riferimento più significativi:

- Legge 8 novembre 2000, n. 328, recante «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali»;
- Art. 1, comma 1265, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, come modificato dall’art. 3, comma 4, lettera b), del decreto-legge 12 luglio 2018, n. 86, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2018, n. 97, in base al quale gli atti e i provvedimenti concernenti l’utilizzazione del Fondo per le non autosufficienze sono adottati dal Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro delegato per la famiglia e le disabilità e il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute e il Ministro dell’economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all’art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;
- D.P.C.M. 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;
- D.G.R. 13 novembre 2020, n. 3-2257 “Programmazione regionale degli interventi e dei servizi per l’attuazione del Piano nazionale per la non autosufficienza per il triennio 2019-2021 di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 novembre 2019. Approvazione delle “Disposizioni attuative della Regione Piemonte”;
- D.G.R. 16 aprile 2021, n. 3-3084 “Criteri e modalità di erogazione delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare (euro 5.465.172,96), di cui al D.M. del 27 ottobre 2020, e del Fondo per le non autosufficienze per l’anno 2020 (euro 5.600.000,00), di cui al D.P.C.M. del 21 dicembre 2020. Riparto a favore degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali”;

In Piemonte l’integrazione tra i due comparti, sanitario e sociale, si è sviluppata con una crescente attenzione dei comuni alle problematiche legate a fasce di popolazione vulnerabili e in costante

aumento a causa dell'andamento demografico del paese nonché dell'incidenza della crisi economica che non cessa di far sentire i suoi effetti.

In particolare la Legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1 "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento", assegna ai comuni la titolarità "delle funzioni concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale" (cfr. art. 6, l.r. 1/2004) e il d.lgs. 502/1992 assegna al Sindaco la titolarità "delle funzioni di tutela socio sanitaria e del diritto alla salute".

Obiettivo fondamentale è anche lo sviluppo del nuovo Piano regionale per la non autosufficienza per il triennio 2022-2024, sulla base delle indicazioni del Piano nazionale di medesimo riferimento temporale, in cui l'integrazione socio-sanitaria rappresenta un punto cardine, considerando anche che, nelle principali direttrici del piano di riforma che si ravvisano nel PNRR, si rileva la volontà del legislatore di accompagnare una proficua integrazione tra sistema sanitario e sistema sociale.

Infatti, nel PNRR vengono introdotte diverse misure per le persone anziane non autosufficienti, mirate sia al rafforzamento dei servizi sociali territoriali finalizzati alla prevenzione dell'istituzionalizzazione e al mantenimento, per quanto possibile, di una dimensione autonoma, sia al potenziamento dell'assistenza sanitaria, in particolare di quella territoriale, attestando che il comparto sociale e quello sanitario sono indissolubilmente complementari tanto per quanto riguarda la materia della disabilità, che per quanto riguarda la tutela della non autosufficienza.

La Regione Piemonte recepisce quindi l'indicazione del Piano nazionale della non autosufficienza (PNNA) 2022-2024 e prevede di assicurare sul proprio territorio l'attuazione dell'integrazione socio-sanitaria a favore delle persone con non autosufficienza o disabilità, tramite un Accordo interistituzionale di collaborazione organizzativa e professionale fra il comparto sociale e il comparto sanitario.

Tale accordo dovrà essere stipulato a livello dei singoli ambiti distrettuali/ambiti territoriali socio-assistenziali e dal Direttore generale dell'ASL, sulla base di uno schema-tipo regionale quale punto di riferimento e base comune, al fine di garantire l'uniformità organizzativa e procedurale sull'intero territorio regionale.

L'Accordo dovrà riguardare la realizzazione nell'ambito territoriale dei LEPS di processo, percorsi assistenziale integrati relativi alle diverse tipologie di assistiti (anziani, disabili, minori e, in linea generale, situazioni di fragilità sociale e non autosufficienza), esprimendo la necessaria intesa istituzionale richiesta a questo scopo insieme alle modalità di cooperazione professionale e organizzativa che ne garantiscono la piena attuazione. In ciascun ambito territoriale, l'Accordo potrà dare luogo a successivi protocolli operativi di approfondimento di aspetti organizzativi, professionali, amministrativi, contabili.

Grazie all'Accordo, il Servizio sanitario nazionale e gli Enti gestori socio-assistenziali dovranno garantire alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e socio-sanitari, attraverso punti unici di accesso (PUA), la cui sede operativa sarà situata presso le articolazioni del distretto denominate Case della comunità. Presso i PUA dovranno operare équipe integrate composte da personale adeguatamente formato appartenente sia al Servizio sanitario che agli Enti gestori.

Peraltro il D.M. 77/2022 introduce il concetto di "Progetto di Salute" quale strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socio-assistenziale della presa in carico, grazie alla definizione di azioni appropriate rispetto alle condizioni cliniche, sociali e dei bisogni assistenziali che determinano il livello di complessità del singolo caso, in un'ottica di continuità temporale con rivalutazioni periodiche

Nell'ottica, pertanto, del "Progetto di Salute" le équipe integrate dovranno assicurare la funzionalità delle unità di valutazione competenti per tipologia di soggetto e, sulla base della valutazione di queste ultime, anche con il coinvolgimento della persona non autosufficiente e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, procedere alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno.

Pertanto, l'erogazione degli interventi avviene solo ed esclusivamente in relazione alla previsione di un PAI, generato dal processo assistenziale integrato così come definito dal LEPS di processo, valorizzando ed integrando con tali interventi anche il più ampio progetto individuale di vita, se esistente o in corso di redazione.

In relazione ai servizi, LEPS e LEA integrandosi dovranno garantire prioritariamente la permanenza della persona, anche se non autosufficiente, al proprio domicilio, qualora questo sia adeguato e appropriato in relazione ai bisogni e ai desideri della persona e della famiglia, assicurando i servizi in forma integrata ed unitaria fra area sanitaria e area sociale.

Di conseguenza, la realizzazione e l'applicazione di LEPS e LEA, in una logica di complementarità e prossimità tra servizi, diventano elementi essenziali per garantire salute, continuità di cura, benessere e sicurezza sociale.

Le principali azioni da sviluppare in questo ambito sono le seguenti:

- definizione Piano regionale per la non autosufficienza per il triennio 2022-2024 con modalità e criteri di erogazione dei servizi di domiciliarità in lungoassistenza;
- erogazione risorse relative al PNA a favore degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali
- definizione degli Accordi interistituzionali e gestionali-operativi come precedentemente citati.

Rapporti istituzionali e ruolo dei Sindaci

Il processo di programmazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie integrate in ambito regionale e locale si realizza attraverso l'ascolto degli utenti, delle organizzazioni sindacali, delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni di tutela e di promozione sociale, della cooperazione sociale e degli altri soggetti del terzo settore, anche nell'ambito delle apposite conferenze partecipative aziendali e con il contributo tecnico degli operatori, delle associazioni professionali e delle società scientifiche accreditate.

In tale ottica, il Comitato dei Sindaci di Distretto previsto dall'art. 3-quater, comma 4 del d.lgs. 502/1992 e s.m.i. e dall'art. 8 della l.r. 18/2007 e s.m.i. è l'organo di partecipazione alla programmazione socio-sanitaria a livello distrettuale.

La programmazione del SSR avviene con la partecipazione allargata a tutti i soggetti interessati come prescritto dall'articolo 10 della l.r. 18/2007. In particolare, le autonomie locali concorrono alla programmazione sanitaria e sociosanitaria ed alla valutazione dei risultati conseguiti partecipando direttamente o tramite rappresentanze nei modi e limiti previsti dalla normativa vigente.

Le modalità di istituzione e funzionamento della conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale sono disciplinate dall'articolo 6 della l.r. 18/2007.

Le funzioni di indirizzo e controllo sull'attività socio-sanitaria sono esercitate dalle Conferenze dei Sindaci ovvero, per la Città di Torino, dalla Conferenza dei Presidenti di Circostrizione, mentre a livello distrettuale la partecipazione alla programmazione sociosanitaria è esercitata dai comitati dei Sindaci di Distretto, dalle Conferenze dei Sindaci delle ASL o dei Presidenti di Circostrizione, con le modalità previste dalle norme vigenti.

Richiamando la piena applicazione di quanto previsto dall'art. 7 della l.r. n. 18/2007 riguardo al ruolo della Conferenza dei Sindaci di ASL e della Conferenza dei Presidenti di Circostrizione per la Città di Torino, l'efficace esercizio della funzione del Distretto quale centro di riferimento per il governo della rete dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali presuppone un costante confronto con le autonomie locali al fine di raggiungere la massima condivisione sugli obiettivi, sulle strategie perseguite e sulla valutazione dei risultati raggiunti.

In particolare, il citato art. 3-quater del decreto d.lgs. 502/92 e s.m.i. stabilisce che compete al Comitato dei Sindaci di Distretto, quale organismo rappresentativo di tutte le Amministrazioni comunali presenti nell'ambito territoriale del Distretto, quanto segue:

- l'espressione del parere obbligatorio sulla proposta, formulata dai Direttori del Distretto, relativa al Programma delle attività territoriali-distrettuali;
- l'espressione del parere obbligatorio, limitatamente alle attività socio-sanitarie, sull'atto del Direttore Generale con il quale viene approvato il suddetto Programma, coerentemente con le priorità stabilite a livello regionale;
- la diffusione dell'informazione sui settori socio-sanitari e socio-assistenziali e la promozione, a livello di indirizzo politico, delle relative attività in forma integrata e coordinata.

Per favorire la piena esplicazione delle funzioni di partecipazione alla programmazione da parte del Comitato dei Sindaci di Distretto, le ASL territorialmente competenti forniranno la necessaria assistenza alle iniziative del Comitato rendendo, in particolare, disponibili le informazioni sullo stato di salute e sui bisogni sanitari della popolazione del Distretto.

Nei Distretti dell'ASL Città di Torino, le funzioni del Comitato dei Sindaci sono svolte dal Comitato dei Presidenti di Circoscrizione, ai sensi del citato art. 3-quater, comma 4 del d.lgs. 502/1992 e s.m.i. e dell'art. 8, comma 2 della l.r. n. 18/2007 e s.m.i., composto dai Presidenti delle Circoscrizioni comunali facenti capo all'ambito territoriale del Distretto.

Ai fini dell'espressione dei pareri previsti dalla legge, il Comitato dei Sindaci è da intendersi come rappresentativo degli indirizzi relativi alle politiche sociali propri di ciascun Comune e dell'Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali esistenti nell'ambito territoriale del Distretto, dei quali ciascun Sindaco fa parte in qualità di membro dell'organo di indirizzo politico.

Piano di zona

Altro importante strumento di programmazione è il "Piano di zona", che rappresenta uno strumento fondamentale e obbligatorio per la definizione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali del territorio di competenza.

Con tale strumento i Comuni, secondo gli assetti territoriali adottati per la gestione dei servizi sociali, insieme a tutti i soggetti attivi nella programmazione e nella progettazione, disegnano il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali, con particolare riferimento agli obiettivi strategici, agli strumenti da utilizzare e alle risorse da attivare su un determinato territorio.

Il Piano di Zona è pertanto espressione del principio di sussidiarietà, nella sua accezione verticale, fra istituzioni pubbliche ed orizzontale, fra le stesse e la società civile.

In particolare, ai sensi degli articoli 3 e 19 della Legge 8 novembre 2000, n. 328, e dell'articolo 17 della Legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1, con il piano di zona si realizza la programmazione partecipata delle attività e dei servizi sociali.

Il processo di programmazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie integrate in ambito regionale e locale si realizza attraverso l'ascolto degli utenti, delle organizzazioni sindacali, delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni di tutela e di promozione sociale, della cooperazione sociale e degli altri soggetti del terzo settore, anche nell'ambito delle apposite conferenze partecipative aziendali e con il contributo tecnico degli operatori, delle associazioni professionali e delle società scientifiche accreditate.

Le Università partecipano al processo di programmazione con le modalità stabilite negli accordi sottoscritti ai sensi dell'articolo 9 della l.r. 18/2007, tenendo conto dei rapporti convenzionali Regione-Università.

Rapporti con il terzo settore

L'attuale sistema sanitario necessita di una forte alleanza con il terzo settore che non solo può contribuire a migliorare il benessere delle persone, ma anche valorizzare gli interventi sanitari moltiplicandone le ricadute positive sugli assistiti.

Si tratta di un nuovo modello di welfare delle opportunità e delle responsabilità, che considera il cittadino come soggetto portatore di bisogni sanitari ed assistenziali, libero di scegliere i percorsi di salute e benessere, persona attiva e responsabile che progetta e potenzia la propria libertà, anche nei momenti più complessi della fragilità sociale.

Il sistema di welfare pubblico deve offrire aiuto e sostegno attraverso risposte plurali, contribuendo a costruire associazioni ed altre forme di risposta ai bisogni organizzate, e in tale ambito il terzo settore esprime un ruolo particolare nel produrre relazioni e tessere i fili della solidarietà sociale.

Il terzo settore può costituire un punto di forza del modello sociale della Regione, cui indirizzare collaborazioni specifiche, ampliandone le aree di impegno in rapporto al ruolo di coprogrammazione e coprogettazione esercitato nei luoghi della concertazione strategica.

Il sistema dei servizi sanitari e sociosanitari deve quindi trovare nelle imprese del terzo settore e nelle organizzazioni di volontariato, di cui è ricca la Regione, soggetti promotori di iniziative ed erogatori di prestazioni, per garantire lo sviluppo e la crescita delle attività nell'area della cronicità ove bisogno di salute e bisogno di senso e di relazione umana si integrano nella prestazione, superando il semplice paradigma professionale.

Sono pertanto da definire con specifici atti le modalità di collaborazione con le organizzazioni del terzo settore, per istituire percorsi di collaborazione ed accompagnamento delle persone bisognose di relazioni umane con problemi di salute; in tale percorso si avrà cura di interloquire con le organizzazioni del terzo settore in grado di garantire la maggiore qualità, radicamento nel territorio ed effettiva coerenza con le finalità sociali.

Tavolo regionale di coordinamento dei Distretti (TRCD)

Ai fini dell'attuazione e del monitoraggio del presente modello di riordino della rete territoriale il Tavolo regionale di coordinamento dei Distretti di cui alla D.G.R. n. 26-1653 del 29 giugno 2015, Allegato A, punto 1.6, viene ricostituito con apposito provvedimento della Direzione Sanità e Welfare.

Il Tavolo, coordinato della Direzione Sanità e Welfare e dall'Azienda Zero, è composto dai Direttori dei Distretti delle Aziende Sanitarie Locali, svolge funzioni di tipo consultivo e di supporto tecnico alle competenze regionali di programmazione e di monitoraggio, rappresentando la sede più idonea per:

- sviluppare la funzione di "regia" regionale del territorio, con l'obiettivo di favorirne la crescita omogenea anche a livello locale;
- favorire il confronto, il raccordo sistematico fra i "gestori" della sanità territoriale, la condivisione di scelte e di percorsi, nonché di soluzioni omogenee a problemi e criticità rilevate.

Il TRCD si interfaccia direttamente con le reti dei servizi sanitari e socio-sanitari integrate al fine di affrontare congiuntamente e di condividere percorsi di salute appropriati rispetto ai bisogni rilevati sul territorio e l'integrazione con l'area ospedaliera.

Indirizzi programmatori generali

Nella tabella che segue sono evidenziati gli indirizzi programmatori generali, demandando ad atti successivi la declinazione degli obiettivi specifici e delle relative azioni.

	Obiettivi generali	Attuazione
1.	Recepire il presente atto generale di programmazione	Aziende sanitarie regionali
2.	Consolidare il modello del Distretto secondo i bisogni sanitari e socio-sanitari e le indicazioni normative di riferimento	Aziende sanitarie locali
3.	Sviluppare le azioni, anche al fine dell'integrazione tra ambito sanitario e socio-sanitario e con i diversi livelli istituzionali	Aziende sanitarie locali
4.	Definire ed attuare gli strumenti di programmazione previsti (PAT, PdZ ecc.)	Azienda sanitarie locali
5.	Implementare e valutare le funzioni e le attività previste ed attuare gli adeguamenti necessari	Aziende sanitarie locali

4. INTEGRAZIONE DELLE FORME ORGANIZZATIVE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA CON IL NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO

Messaggi chiave

L'assistenza primaria, con particolare riferimento ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta, agli specialisti ambulatoriali è alla base della organizzazione della rete territoriale. L'integrazione mono e multiprofessionale nell'ambito delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) è essenziale per permettere risposte appropriate e continuative rispetto agli effettivi bisogni dei pazienti. Pertanto le attuali forme organizzative e associative confluiscono in tale ambito.

Contesto

Passaggio fondamentale per lo sviluppo della rete territoriale è il recepimento e l'integrazione delle forme organizzative della assistenza primaria, con il nuovo modello organizzativo delineato

Il principio di adesione dei medici medicina generale, dei pediatri di libera scelta, degli specialisti ambulatoria alla rete Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) è prevista, a livello nazionale, dalla legislazione emanata nel corso dell'ultimo decennio

In particolare :

- la Legge 8 novembre 2012, n. 189 all'art. 1, prevede l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo definito a livello regionale e nazionale;
- i Patti per la Salute emanati successivamente alla suddetta legge, ultimo dei quali il Patto per la Salute 2019-2021, sancito in Conferenza Stato-Regioni il 18.12.2019, nella Scheda n.8 sotto la voce "Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale" ribadisce l'esigenza di procedere al "completamento del processo di riordino della medicina generale e della pediatria di libera scelta, favorendo l'integrazione con la specialistica ambulatoriale convenzionata interna e con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone";
- l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni – Triennio 2016-2018 (aprile 2022);
- l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni – Triennio 2016-2018 (aprile 2022);
- l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professionalità sanitarie (biologo, chimici, psicologici) ambulatoriali ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni – Triennio 2016-2018 (marzo 2021).
- il D.M. 77/2022, ad un decennio dall'adozione della L. 189/2012, ribadisce il carattere obbligatorio della partecipazione al modello organizzativo fondato sulla rete hub e spoke delle Case della Comunità da parte dei medici convenzionati operanti nel sistema delle cure primarie e delle rispettive forme di aggregazione (rif. punto 5 tabella 6). Il punto 5 inoltre specifica espressamente che " tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; alle Case della Comunità accederanno anche gli specialisti ambulatoriali".

Le forme organizzative multiprofessionali attualmente operative, a livello sperimentale, sul territorio regionale sono le seguenti:

- gli ex CAP avviati sulla base delle linee guida di cui alla sopra richiamata D.G.R. n. 26-3627/2012, sono stati riconvertiti in Case della Salute ai sensi della D.G.R. 3-4287/2016, così

dislocate: A.S.L. To3, Distretto di Susa, ex CAP-CS di Avigliana, c/o ex presidio ospedaliero; A.S.L. To4, Distretto di Cuorgnè, ex CAP-CS Castellamonte, c/o ex presidio ospedaliero (attività attualmente ancora sospesa post pandemia); A.S.L. VC, Distretto di Vercelli, ex CAP-CS Santhià, c/o ex presidio sanitario polifunzionale; A.S.L. NO, Distretto di Arona, ex CAP-CS Arona, c/o ex presidio ospedaliero o - A.S.L. AL, Distretto di Valenza, ex CAP Valenza, c/o ex presidio ospedaliero (attività attualmente sospesa);.

- gli ex GCP avviati nell'ambito della sperimentazione regionale di cui alla D.G.R. n.57-10097/2008 e conclusasi il 31.12.2011: nelle maggior parte dei casi l'attività di tale forme organizzative è proseguita nella configurazione di medicina di gruppo garantendo, nella stessa sede, l'integrazione con le attività infermieristiche, diagnostiche e specialistiche, nonché con le aree socio-sanitarie della domiciliarità e residenzialità;

- le Case della Salute avviate con la sperimentazione prevista dalla sopra richiamata D.G.R. 3-4287/2016 sono in totale 70, articolate sui due modelli (strutturale e funzionale) come illustrato al punto "Case della Comunità".

Di particolare interesse in tale ambito è la L.R. n. 5 del 9 marzo 2021: "Sviluppo delle forme associative della medicina generale" (B.U. 11 marzo 2021, 4° suppl. al n. 10).

Sviluppo e linee di intervento

La Regione definisce l'atto di programmazione previsto dai provvedimenti normativi per lo sviluppo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) nella Regione Piemonte.

Premesso l'attuale contesto in cui si articola l'assistenza territoriale piemontese, è evidente come a partire dalla D.G.R. n. 26-1653 del 29 giugno 2015 e successivamente dalla sopra citata D.G.R. 3-4287/2016 (Case della Salute) siano state impostate le basi per l'avvio del percorso di riqualificazione della rete territoriale sanitaria, socio-sanitaria e dell'assistenza primaria, secondo gli indirizzi strategici della programmazione regionale e nazionale in materia.

Le AFT sono associazioni monoprofessionali con studi medici singoli e/o associati nelle attuali forme contrattualmente previste (associazioni semplici, gruppi e reti), con sedi anche multiple dislocate sul territorio, che condividono obiettivi e percorsi assistenziali, Ogni AFT, rappresenta l'insieme dei professionisti che hanno in carico il cittadino che ha esercitato la scelta nei confronti del singolo medico ed è funzionalmente collegata ad una UCCP del Distretto.

La UCCP ha un assetto organizzativo definito ai sensi delle disposizioni nazionali e regionali in materia, è parte fondamentale ed essenziale del Distretto, integrandosi all'interno della rete dei servizi distrettuali ed aziendali e permettendo una relazione diretta tra l'assistenza territoriale e gli altri nodi della rete assistenziale.

Le UCCP costituiscono forme organizzative complesse, che operano in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Regioni, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate sul territorio. Il carattere multiprofessionale delle UCCP è garantito dal coordinamento tra le diverse professionalità, con particolare riguardo all'integrazione tra la medicina specialistica e la medicina generale.

L'UCCP eroga pertanto prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, degli specialisti ambulatoriali e delle altre figure sanitarie del Distretto: dagli infermieri, agli psicologi, alle professionalità ostetriche e tecniche della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria, nonché da personale amministrativo e di supporto.

In ambito pediatrico la UCCP rappresenta la forma organizzativa multiprofessionale che opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Aziende Sanitarie, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio.

Sulla base delle disposizioni previste dalla vigente normativa nazionale e dall'ACN, nell'ambito dell'assetto organizzativo determinato dalla programmazione regionale, le attuali forme associative dei medici convenzionati confluiscono nelle uniche forme aggregative AFT/UCCP al fine di ottimizzare la risposta fornita dall'articolazione delle cure primarie sul territorio regionale.

L'istituzione e l'avvio operativo delle forme organizzative AFT/UCCP sono demandati alla avvenuta adozione dei nuovi Accordi Integrativi Regionali per la disciplina dei rapporti con i medici convenzionati, entro i termini previsti dai rispettivi Accordi Collettivi Nazionali.

Indirizzi programmatori generali

Nella tabella che segue sono evidenziati gli indirizzi programmatori generali, demandando ad atti successivi la declinazione degli obiettivi specifici e delle relative azioni.

	Obiettivi generali	Attuazione
1.	Recepire il presente atto generale di programmazione	Aziende sanitarie regionali
2.	Recepire gli accordi nazionali in tema di AFT e UCCP	Aziende sanitarie locali
3.	Definire gli accordi integrativi regionali in relazione alla istituzione e all'attivazione delle AFT e UCCP a livello locale	Aziende sanitarie locali
4.	Sviluppare il modello AFT e UCCP a livello distrettuale	Azienda sanitarie locali
5.	Implementare e valutare le funzioni e le attività previste ed attuare gli adeguamenti necessari	Aziende sanitarie locali

5. RECEPIMENTO E ATTUAZIONE DEGLI STANDARD PREVISTI DAL D.M. 77/2022 PER I DIVERSI SERVIZI

5.1. STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE E DELLE CONDIZIONI DEMOGRAFICHE DEI TERRITORI COME STRUMENTO DI ANALISI DEI BISOGNI, FINALIZZATA ALLA PROGRAMMAZIONE E ALLA PRESA IN CARICO

Messaggi chiave

La Medicina di Popolazione si pone come finalità la promozione della salute della popolazione di riferimento. La Stratificazione della Popolazione per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, permette di differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti. Il Progetto di Salute è il filo conduttore che rappresenta la storia della persona e dei suoi bisogni clinico-assistenziali e socio-sanitari, in raccordo con i servizi sociali.

Contesto

L'adozione di un modello di stratificazione comune su tutto il territorio nazionale è una delle esigenze più attuali, per permettere lo sviluppo di un linguaggio uniforme e per garantire equità di accesso ed omogeneità di presa in carico. Tale modello di stratificazione dovrà consentire di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel Progetto di Salute del singolo paziente.

Si tratta quindi di riorganizzare i sistemi di valutazione dei pazienti e di identificare le peculiarità di cui sono portatori in modo uniforme e convergente a livello aziendale, regionale e nazionale, verso uno schema di riferimento per la mappatura dei "bisogni semplici" e dei "bisogni complessi".

Secondo il D.M. 77/2022 *"la Medicina di Popolazione si pone come obiettivo la promozione della salute della popolazione di riferimento, attraverso l'utilizzo di modelli di stratificazione ed identificazione dei bisogni di salute basati sull'utilizzo di dati.*

La Sanità di Iniziativa è un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa. La Stratificazione della Popolazione per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, permette di differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e consumo di risorse."

Sviluppo e linee di intervento

In merito allo sviluppo e alle linee di intervento, il presente Documento recepisce quanto riportato dal D.M. 77/2022. In particolare:

"Il Progetto di Salute è uno strumento di programmazione, gestione e verifica; associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "bisogno di salute" indentificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione. Si attiva all'accesso della persona al SSN, tracciando, orientando e supportando la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi setting di cura, rende accessibili i diversi Progetti di assistenza individuale integrata (PAI) e Piani Riabilitativi Individuali (PRI) anche attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) ed i sistemi di e-health. Organizza le informazioni per il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) e permette la riprogrammazione delle attività su base periodica in seguito alle valutazioni di processo ed esito in relazione al progetto individuale di salute erogato. I PAI ed eventuali PRI così come tutta la documentazione sanitaria acquisita nell'ambito dell'assistenza territoriale del paziente contribuiscono alla composizione del Progetto di Salute di ciascun individuo."

La stratificazione della popolazione e l'analisi del bisogno di salute

In merito alla stratificazione della popolazione e all'analisi del bisogno di salute, il presente Documento recepisce quanto riportato dal D.M. 77/2022. In particolare:

“La più recente normativa nazionale (articolo 7 del decreto legge n. 34/2020), sulla base della crescente disponibilità di dati digitali, pone l'attenzione sulla possibilità di sviluppare modelli predittivi, che consentano la stratificazione della popolazione, il monitoraggio per fattori di rischio, la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse.

Per essere realmente efficaci i servizi sanitari devono essere in grado di tutelare la salute dell'intera popolazione e non solo di coloro che richiedono attivamente una prestazione sanitaria. Tale approccio viene definito “Medicina di Popolazione” ed ha l'obiettivo di mantenere l'utenza di riferimento in condizioni di buona salute, rispondendo ai bisogni del singolo paziente in termini sia di prevenzione sia di cura. In tale ottica, particolare attenzione deve essere posta nei riguardi dei soggetti con patologie croniche, oggi sempre più diffuse in termini di incidenza e prevalenza, e per le quali il Piano Nazionale della Cronicità ha individuato le diverse fasi principali del percorso assistenziale:

- valutazione del profilo epidemiologico della popolazione di riferimento (stratificazione del rischio);*
- valutazione delle priorità d'intervento;*
- definizione del profilo d'offerta più appropriata di servizi socioassistenziali;*
- promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce;*
- presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura;*
- erogazione di interventi personalizzati;*
- valutazione della qualità delle cure erogate.*

La conoscenza del profilo epidemiologico e degli indicatori correlati con i bisogni e gli esiti di salute della popolazione assistita costituiscono un aspetto fondamentale nell'ambito del sistema di governo distrettuale. Lo sviluppo e l'implementazione di sistemi di misurazione e stratificazione della popolazione sulla base del rischio andranno, pertanto, a costituire ed alimentare una piattaforma che contiene informazioni sulle caratteristiche della popolazione assistita in un determinato territorio, sulla prevalenza di patologie croniche, sulla popolazione fragile. Tale piattaforma comprenderà altresì gli indicatori relativi alla qualità dell'assistenza sanitaria e all'aderenza alle linee guida per alcune patologie specifiche e sarà di supporto nei programmi di sorveglianza proattiva nell'ambito del piano di potenziamento dell'assistenza territoriale.

L'adozione di un modello di stratificazione comune su tutto il territorio nazionale permetterà lo sviluppo di un linguaggio uniforme che vuole garantire equità di accesso ed omogeneità di presa in carico. La stratificazione della popolazione deve, inoltre, tendere ad una valutazione olistica dei bisogni dell'individuo, al fine di misurare il “livello di bisogno socioassistenziale” utilizzando informazioni sulla condizione clinica e sociale e su ulteriori bisogni e preferenze individuali.

Tale modello di stratificazione, che utilizza informazioni relative ai bisogni clinici assistenziali e sociali della persona, ha la finalità di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel Progetto di Salute.

Questo strumento è di supporto nella presa in carico della persona in termini olistici (c.d. "Planetary Health") e permette non solo la gestione dei bisogni socioassistenziali ma anche di effettuare le valutazioni di processo e esito relative a ciascun individuo a prescindere dal livello di rischio. Tale approccio consente una valutazione che si articola su due livelli: quello della singola persona, con cui viene definito il Progetto di Salute e i relativi interventi; quello di popolazione, utile ai fini di programmazione e verifica dei risultati raggiunti dai servizi sanitari e sociosanitari nella comunità di riferimento. Un sistema di governance territoriale così impostato consente di individuare priorità di intervento, con particolare riferimento alla continuità delle cure a favore di individui in condizioni di cronicità/fragilità e disabilità che comportano il rischio di non autosufficienza, anche attraverso l'integrazione tra il sistema sociale e quello sanitario.

Il Progetto di Salute è il filo conduttore che rappresenta la storia della persona e dei suoi bisogni clinico-socioassistenziali, in raccordo con i servizi sociali, seguendola prima ancora che sviluppi una patologia, dal momento in cui viene identificato come portatore di fattori di rischio o a partire dal primo contatto con il SSN, alimentando in modo coerente e tempestivo il relativo FSE. La definizione del Progetto di Salute si basa sulla valutazione costante del bisogno di salute ed implica sistemi organizzativi e gestionali in grado di valutare costantemente gli interventi clinico assistenziali e dei servizi di supporto garantendo la partecipazione di più professionisti per tutta la durata della presa in carico, senza interruzioni tra setting assistenziali e fondato sulla proattività del SSN.

Il Progetto di Salute rappresenta, inoltre, uno strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socioassistenziale della presa in carico, grazie alla definizione di azioni appropriate rispetto alle condizioni cliniche, sociali e dei bisogni assistenziali che determinano il livello di complessità del singolo caso, in un'ottica di continuità temporale con rivalutazioni periodiche.

L'individuazione dei bisogni socioassistenziali che portano alla definizione del Progetto di Salute determina l'identificazione di un'équipe multiprofessionale minima (medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, medico specialista ed infermiere), maggiore è la complessità clinico-assistenziale, maggiori saranno le figure professionali coinvolte e in continua evoluzione in relazione all'evolversi della malattia ed allo stato di fragilità espressa."

Con riferimento alle iniziative di stratificazione della popolazione, si precisa che l'avvio degli interventi di attuazione di quanto indicato nel Documento di programmazione è demandato al Decreto del Ministero della salute da adottarsi, previo parere dell'Autorità garante, ai sensi dell'art. 7, comma 2, del d.l. 34 del 2020.

Cooperazione funzionale delle figure presenti che costituiscono l'équipe multiprofessionale

In merito alle figure che costituiscono l'équipe multiprofessionale e alla loro cooperazione funzionale, il presente Documento recepisce quanto riportato dal D.M. 77/2022. In particolare:

- **MMG e PLS:** Referente principale, in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito, relativamente agli aspetti diagnostico-terapeutici in tutte le fasi della vita
- **Medico di Medicina di Comunità e Medici dei Servizi:** Referente clinico per le attività che garantisce presso la Casa della Comunità, nell'ambito della programmazione distrettuale e degli obiettivi aziendali/regionali.
- **Infermiere:** Referente della risposta ai bisogni assistenziali e di autocura, contempla tra le sue attività la prevenzione e la promozione della salute nella presa in carico del singolo e della sua rete relazionale, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l'assistito nelle diverse fasi della presa in carico.
- **Specialista:** Assume un ruolo di rilevanza strategica in relazione alla complessità diagnostica e terapeutica che caratterizza le fasi della malattia. In caso di cronicità multipla il ruolo potrà essere assunto dallo specialista che segue la cronicità prevalente per gravità/instabilità sulle altre e quindi questa figura potrà variare nel corso del processo. La figura dello specialista ha un ruolo di spicco in alcune fasi centrali del processo, dove le sue competenze fanno sì che assuma un ruolo di guida nella decisione clinica.
- **Farmacista:** Referente dell'uso sicuro ed efficace dei farmaci contenuti nel programma terapeutico (interazioni farmacologiche, dosaggio, formulazione, farmacovigilanza; sostenibilità economica).
- **Psicologo:** Referente delle valutazioni e risposte ai bisogni psicologici del paziente e della sua rete di supporto.
- **Assistente Sociale:** Referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della sua rete relazionale.
- **Altre professioni dell'Equipe:** Le altre figure professionali dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che durante il processo parteciperanno alla presa in carico. I professionisti sanitari coinvolti possono assumere il ruolo di case manager nelle diverse fasi della presa in carico, in considerazione della predominanza di specifici bisogni assistenziali

riconducibili alla professione di ostetrica e alle professioni sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione.

L'integrazione con i servizi sociali così come definita, da ultimo, dall'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n.234 rappresenta uno dei cardini del nuovo sistema di funzioni realizzato dalle case di comunità, ulteriore rispetto al Piano di zona già previsto dall'articolo 19 della legge n. 8 novembre 2000, n. 328 da definirsi a cura dei comuni, con le risorse disponibili per gli interventi sociali e sociosanitari, previa intesa con le aziende sanitarie. In tali termini, ai fini della relativa operatività, si richiamano l'intesa da sottoscrivere ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 e l'accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 anche al fine di definire gli ambiti delle competenze del Servizio sanitario nazionale da un lato e dei comuni dall'altro anche con riferimento agli ATS, mediante l'impiego delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza disponibili a legislazione vigente.

Infine, l'informatizzazione dei processi clinico-assistenziali favorisce un approccio integrato alla cura del paziente e alla prevenzione delle malattie e consente di misurare e valutare l'assistenza prestata, integrando la valutazione con le informazioni strettamente connesse alle misure di prevenzione (es. vaccinazioni e screening). Lo sviluppo della sanità digitale trova nella Telemedicina uno dei principali ambiti di applicazione in grado di abilitare forme di assistenza anche attraverso il ridisegno strutturale ed organizzativo della rete del SSN.

Nella tabelle che seguono sono presentati, rispettivamente, i livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali e Il progetto di salute semplice e complesso (composizione e descrizione).

	Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità Assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
Stratificazione del rischio	I Livello <i>Persona in salute</i>	<i>Assenza di condizioni patologiche</i>	<i>Assenza di necessità assistenziali</i>	<i>Azioni di promozione della salute e di prevenzione</i> <i>Primaria</i>
	II livello <i>Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo</i>	<i>Assenza di cronicità/fragilità</i>	<i>Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)</i>	<i>Azioni proattive di stratificazione del rischio basate su familiarità e stili di vita</i>
	III livello <i>Persona con complessità clinico assistenziale media</i>	<i>Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali</i>	<i>Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi</i>	<i>Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento</i>
	IV livello <i>Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale</i>	<i>Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari</i>	<i>Elevato utilizzo dei servizi sanitari e socioassistenziali con prevalenti bisogni extraospedalieri o residenziali</i>	<i>Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali</i>
	V livello <i>Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale</i>	<i>Presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo</i>	<i>Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale</i>	<i>Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali</i>
	VI livello <i>Persona in fase terminale</i>	<i>Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistano più possibilità di guarigione</i>	<i>Bisogni sanitari prevalentemente palliativi</i>	<i>Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali</i>

Tabella 3. Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali

Progetto di Salute	Composizione	Descrizione
Semplice	<i>Piano di autocura</i>	<i>Descrizione delle attività e valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale</i>
	<i>Programma terapeutico</i>	<i>Prescrizione terapeutica/riabilitativa e farmacologica (contenente anche il piano terapeutico e le relative scadenze); Valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance - Diario nutrizionale</i>
	<i>Portfolio dell'offerta</i>	<i>Descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici connessi alla malattia</i>
	<i>Agenda di follow-up</i>	<i>Valutazione degli obiettivi e dei risultati</i>
	<i>Piano delle attività di e-health</i>	<i>Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili alla stadiazione di malattia e controllo delle complicanze</i> <i>Attività di automonitoraggio, con dispositivi o con questionari/scale</i> <i>Attività di telemonitoraggio di dispositivi in remoto</i> <i>Attività di telemonitoraggio con dispositivi gestiti a domicilio da operatori sanitari</i> <i>Attività di teleassistenza, teleconsulto e teleriabilitazione</i>
<i>Progetto di assistenza individuale integrata e Piano Riabilitativo Individuale</i>	<i>Eventuale definizione del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e qualora necessario del Piano Riabilitativo Individuale (PRI) multidisciplinare</i>	
Complesso	<i>Piano di autocura</i>	<i>Valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale</i>
	<i>Programma terapeutico</i>	<i>Prescrizione terapeutica/riabilitativa e farmacologica (contenente anche il piano terapeutico e le relative scadenze); Valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance - Diario nutrizionale</i>
	<i>Portfolio dell'offerta socioassistenziale</i>	<i>Descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici socioassistenziali connessi alla malattia</i>
	<i>Agenda di follow-up</i>	<i>Valutazione degli obiettivi e dei risultati</i>
	<i>Piano delle attività di e-health</i>	<i>Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili alla stadiazione di malattia e controllo delle complicanze</i> <i>Attività di automonitoraggio, con dispositivi o con questionari/scale</i> <i>Attività di telemonitoraggio di dispositivi in remoto</i> <i>Attività di telemonitoraggio con dispositivi gestiti a domicilio da operatori sanitari</i> <i>Attività di teleassistenza, teleconsulto e teleriabilitazione</i>
	<i>Progetto di assistenza individuale integrato e Piano Riabilitativo Individuale</i>	<i>Definizione del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e qualora necessario del Piano Riabilitativo Individuale (PRI) multidisciplinare</i>
	<i>Budget di salute</i>	<i>Valutazione delle risorse impegnate: cliniche - collegamenti tra le istituzioni/enti coinvolti</i>

Tabella 4. Il progetto di salute semplice e complesso, composizione e descrizione

La Sanità di Iniziativa per la personalizzazione dell'assistenza

In merito alla Sanità di Iniziativa per la personalizzazione dell'assistenza, il presente Documento recepisce quanto riportato dal D.M. 77/2022. In particolare:

“La necessità di differenziare e contestualizzare le strategie di intervento, e quindi i percorsi assistenziali, sulla base dei differenti bisogni, risulta dirimente alla luce delle evoluzioni sociali ed epidemiologiche del Paese. Una quota rilevante della popolazione italiana, 11,7% della popolazione ultra settantacinquenni (dati ISTAT 2020) è costituita da persone, solitamente anziane, spesso affette da più patologie croniche, le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da fattori quali lo status socio-familiare e ambientale o l'accessibilità alle cure. Tali soggetti sono a rischio più elevato di utilizzo inappropriato dei servizi sanitari: accessi al Pronto Soccorso o ricovero in ospedale. Per tale ragione, la condizione di fragilità, che può precedere l'insorgenza di uno stato più grave e irreversibile, dovrebbe essere individuata precocemente, con strumenti di valutazione multidimensionali e fortemente predittivi, che integrino indicatori sanitari, sociali e sociosanitari e variabili di contesto. È altresì importante svolgere attività di prevenzione e promozione della salute sia nei soggetti sani, sia nei soggetti con condizioni di rischio, partendo dalla fasi più precoci della vita, contestualizzando gli interventi nei diversi setting e secondo un approccio intersettoriale e orientato all'equità.

La Sanità di Iniziativa è un modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche orientato alla promozione della salute, che non aspetta l'assistito in ospedale o in altra struttura sanitaria, ma lo prende in carico in modo proattivo già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa. Lo scopo della Sanità di Iniziativa è la prevenzione ed il miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, dalla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce, alla gestione clinica e assistenziale, alla prevenzione delle complicanze, attraverso il follow-up proattivo anche supportato dagli strumenti di telemonitoraggio e telemedicina, alla presa in carico globale della multimorbilità. Essa prevede un approccio di presa in carico attento alle differenze di genere ovvero lo studio dell'influenza delle differenze biologiche, socio economiche e culturali e che tenga conto di tutti gli altri aspetti psico-comportamentali che incidono sulla salute e delle fasi della vita dell'individuo durante i percorsi di diagnosi, cura, riabilitazione e che caratterizzi tutti i setting assistenziali, al pari degli ambiti di ricerca clinica e di formazione di tutti i professionisti sanitari, per facilitare diagnosi e trattamenti equi, differenziati ed efficaci appropriati.

Gli strumenti della Sanità di Iniziativa sono: la presa in carico proattiva precoce per l'individuazione delle persone a rischio di malattia, l'educazione ai corretti stili di vita, la loro presa in carico negli stadi iniziali delle patologie, la programmazione di medio-lungo periodo delle attività di assistenza, le prenotazioni delle prestazioni, il sostegno e il controllo dell'osservanza da parte dei pazienti dei programmi diagnostico-terapeutici, il coinvolgimento delle figure interessate nel processo di assistenza (es. familiari) (c.d. caregiver), lo snellimento delle attività burocratico-autorizzative.

La Sanità di Iniziativa assicura all'individuo interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, investendo anche sulla prevenzione e sulla promozione della salute. Attraverso i modelli della Sanità di Iniziativa, messi in atto dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e dalle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), e in collaborazione con Infermieri di famiglia o Comunità, i pazienti sono contattati periodicamente, al fine di migliorare gli stili di vita, diagnosticare precocemente le patologie e monitorare la comparsa e l'evoluzione delle malattie croniche e prevenire le complicanze e ridurre o gestire il carico assistenziale, prevenire le disabilità e perdita dell'indipendenza per il singolo e per il caregiver. La Sanità di Iniziativa per la parte relativa alla prevenzione deve essere in linea con gli indirizzi del Dipartimento di Prevenzione.

Le metodologie di stratificazione della popolazione diventano strumenti fondamentali per definire le strategie e gli interventi di Sanità di Iniziativa più efficaci rispetto a quei sottogruppi di popolazione che potrebbero maggiormente beneficiarne, per ottimizzare il trattamento multidisciplinare e personalizzare l'assistenza, nel rispetto del principio di equità e di centralità del paziente e delle sue scelte, ma anche in ottica di riduzione degli interventi inappropriati e dei costi associati.

Tutti gli strumenti di gestione del Paziente a disposizione (es. Modelli di Stratificazione, Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, Piano di Assistenza Individuale, Piano Riabilitativo Individuale)

dovrebbero essere utilizzati in un'ottica integrata per la presa in carico olistica della Persona e dei suoi bisogni socioassistenziali attraverso la definizione del Progetto di Salute ("Planetary Health"). “

Indirizzi programmatori generali

Nella tabella che segue sono evidenziati gli indirizzi programmatori generali, demandando ad atti successivi la declinazione degli obiettivi specifici e delle relative azioni.

	Obiettivi generali	Attuazione
1.	Recepire il presente atto generale di programmazione	Aziende sanitarie regionali
2.	Definire il modello di stratificazione regionale e aziendale, sulla base del modello nazionale	Aziende sanitarie locali
3.	Definire il profilo epidemiologico a livello distrettuale	Aziende sanitarie locali
4.	Definire e sviluppare i progetti di salute a livello locale	Azienda sanitarie locali
5.	Implementare e valutare le funzioni e le attività previste ed attuare gli adeguamenti necessari	Aziende sanitarie locali

5.2. CASA DELLA COMUNITÀ

Messaggi chiave

L'evoluzione del modello delle Case della Salute si concretizza nel nuovo modello della Casa della Comunità, struttura fisica in cui opera un team multidisciplinare e multiprofessionale. Nella Casa della Comunità operano i diversi professionisti per la erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale correlati ai percorsi di salute destinati alle patologie croniche. Le strutture fisiche territoriali già esistenti rientrano utilmente nella progettazione della nuova geografia dei servizi e delle strutture territoriali e quindi delle Case della Comunità e dei servizi correlati in rete.

Contesto

La normativa nazionale riguardante la Casa della Comunità risale al periodo di emergenza pandemica, quando i bisogni di cure primarie di gran parte della popolazione, non trovando sul territorio risposte coordinate, tempestive e continuative, hanno impattato spesso impropriamente sulla rete ospedaliera e dell'emergenza, già a sua volta pesantemente gravata dalle a rilevante complessità clinico-assistenziale.

Con l'art. 1, comma 4 bis della L. n. 77 del 17.7.2020, ai fini di potenziare il livello di assistenza territoriale compatibile con le esigenze di sanità pubblica e di sicurezza delle cure di tutte le persone fragili, è stato disposto l'avvio della sperimentazione a carattere biennale delle cd. strutture di prossimità.

Come specificato nelle Linee d'indirizzo approvate dalla Conferenza Stato-Regioni-Province Autonome del 19.5.2021, l'obiettivo della sperimentazione, attualmente in fase di attuazione, era individuato nella necessità di "presidiare" la salute e il benessere della comunità, in un'ottica di prossimità, ovvero in un ambito vicini al cittadino e alla comunità locale, superando le tradizioni risposte puramente prestazionali e ponendo invece la persona al centro della rete dei servizi resi dal sistema sanitario, che devono essere coordinati nell'ambito di percorsi assistenziali predefiniti in relazione alle diverse tipologie di malattie croniche e invalidanti.

A seguito di tale normativa, nata nel contesto pandemico ma proiettata ad obiettivi di sviluppo dell'assistenza territoriale, il P.N.N.R. nell'ambito degli interventi previsti nella Missione 6 – Salute, nell'ottica di riorientare il SSN verso un modello incentrato sui territorio e sulle reti di assistenza socio-sanitaria, superando la frammentazione nelle risposte erogate per garantire invece continuità e omogeneità nell'erogazione dei LEA, ha finalizzato parte delle proprie risorse ad investimenti preordinati al potenziamento dell'assistenza territoriale.

Al riguardo l'obiettivo individuato dalla Missione Salute è quello di migliorarne l'efficienza e l'efficacia, grazie all'integrazione con i servizi ospedalieri da un lato e con quelli sociali dall'altro, al fine di ottimizzare la capacità di risposta del sistema sanitario complessivo alle patologie croniche, da erogarsi ad un livello il più vicino possibile al cittadini ed evitando impropri spostamenti verso gli ospedali.

Per le suddette finalità il PNRR ha previsto l'istituzione a livello distrettuale di strutture comunitarie accessibili nell'intero arco della giornata e prioritariamente destinate alla gestione dei percorsi di salute per le cronicità, grazie alle dotazioni tecnologiche di base per la diagnostica ed all'integrazione fra la medicina di famiglia (MMG/PLS) e le altre aree di attività sanitaria e socio-sanitaria, da quelle territoriali a quelle specialistiche ospedaliere e dell'emergenza-urgenza.

In particolare, fra i principali contenuti innovativi vi è l'introduzione delle Case della Comunità che, in rete con le altre strutture previste, ovvero gli Ospedali e di Comunità e le Centrali Operative Territoriali, sono destinate a rappresentare i capisaldi del modello organizzativo dell'assistenza di prossimità della popolazione.

La Regione Piemonte, sulla base del modello di riordino dell'assistenza territoriale definito con la D.G.R. n. 26-1653 del 29 giugno 2015 e s.m.i., ha avviato, con la D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016, la sperimentazione delle cd Case della Salute, quali forme organizzative del Distretto a carattere multiprofessionale e multifunzionale destinate a garantire la continuità dell'assistenza nell'arco dell'intera giornata, grazie al coordinamento con l'attività di continuità assistenziale (ex guardia medica).

Le finalità a cui è orientata la Casa della Salute e le funzioni alla stessa assegnate sono propedeutiche a quelle previste per le Case della Comunità, anche se, trattandosi di modelli avviati in via sperimentale, gli standard organizzativi e gestionali sono stati definiti nei singoli progetti aziendali in relazione alle specificità territoriali e caratteristiche dei bisogni locali a cui far fronte.

Anche le Case della Salute sono state finalizzate all'obiettivo di:

- promuovere una medicina di territorio più accessibile, fruibile e visibile, con pari autorevolezza rispetto all'ospedale;
- realizzare la gestione collaborativa ed integrata del paziente sul territorio, mediante l'interazione fra MMG/PDLS, Infermieri, Specialisti territoriali e ospedalieri e area socio-sanitaria nell'erogazione dei percorsi di salute per le patologie croniche.

Nella rete distrettuale piemontese si attualmente contano n. 70 Case della Salute, articolate sostanzialmente su due modelli organizzativi, entrambi fondati sull'integrazione fra più figure professionali e funzioni correlate alla garanzia dei percorsi di salute destinati prioritariamente alle patologie croniche:

- il modello strutturale (25%), nel quale la CS rappresenta il centro di supporto per i MMG/PDLS e per le relative forme associative nell'esercizio delle loro funzioni di medicina proattiva, grazie alla diretta interfaccia consentita, in una sede comune, con le aree diagnostiche e specialistiche e con l'area socio-sanitaria e grazie al supporto delle prestazioni infermieristiche, tecnico-sanitarie, amministrative. Nella CS strutturale l'attività dei MMG/PDLS è integrata con quella della Continuità assistenziale (ex guardia medica), preferibilmente presente in sede nelle ore notturne e nei giorni prefestivi/festivi negli orari contrattualmente previsti, per la copertura territoriale e la continuità della presa in carico nell'arco delle 24 ore;
- il modello funzionale (30%) si caratterizza invece per un minor livello di strutturazione e per un raccordo funzionale tra i diversi professionisti, organizzato e pianificato in modo da poter condividere percorsi assistenziali e modalità di erogazione delle relative prestazioni. La CS funzionale si fonda specificamente sulla compliance e sull'interazione dei professionisti, sulla loro capacità di lavorare in team con momenti di confronto specifici, mentre non incide sull'organizzazione degli studi professionali in quanto non richiede la definizione di sedi comuni o uniche;
- Il modello intermedio, strutturale-funzionale (45%), laddove ad una CS con caratteristiche strutturali e complesse, ovvero dotata di tutti servizi finalizzati al trattamento delle patologie croniche, sono "funzionalmente collegate altre strutture minori "spoke" e/o reti mono e/o multiprofessionali dislocate sul territorio distrettuale al fine di intercettare il bisogno di cure primarie sia nelle aree centrali del distretto sia nelle aree periferiche, rurali, montane ecc.

L'unità elementare è rappresentata da forme associative di MMG/PDLS con una popolazione non superiore a 30.000 assistiti ed il team multiprofessionale è costituito da MMG/PDLS, specialisti, infermieri/lfec e OSS, altri operatori ASL opportunamente formati ed assegnati funzionalmente alla CS.

Con la D.G.R. 31 marzo 2022, n. 18-4834 "Modifica e integrazione, secondo le indicazioni del Ministero della Salute, del progetto regionale di cui alla D.G.R. n. 9-3951 del 22.10.2021 per la sperimentazione di strutture di prossimità, nella tipologia di Centro Servizi Distrettuali Integrato (CSDI), secondo le linee d'indirizzo di cui all'Intesa sancita in Conferenza Permanente per i Rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome in data 4.8.22" ha definito l'avvio di un progetto propedeutico alle case della Comunità.

Sviluppo e linee di intervento

Secondo Il D.M. 77/2022 "la Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

Nella Casa della Comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n. 234, subordinatamente alla sottoscrizione della relativa Intesa ivi prevista e alla sottoscrizione dell'accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, anche al fine di definire gli ambiti delle competenze del Servizio sanitario nazionale da un lato e dei comuni dall'altro, mediante l'impiego delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza disponibili a legislazione vigente.

Standard:

- 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; alle Case della Comunità accederanno anche gli specialisti ambulatoriali.

Standard di personale per 1 Casa di Comunità hub:

- 7-11 Infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).

Standard:

- 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; alle Case della Comunità accederanno anche gli specialisti ambulatoriali.

Standard di personale per 1 Casa di Comunità hub:

- 7-11 Infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).

La CdC, così definita, rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. È, infatti, il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria.

La CdC è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito. La Case della comunità è una fondamentale struttura pubblica del SSN.

Essa rappresenta il luogo in cui il 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 CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari. L'attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità, altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali. L'attività amministrativa è assicurata, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, da personale dedicato già disponibile a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, che si occupa anche delle attività di servizio di relazioni al pubblico e di assistenza all'utenza.

I medici, gli infermieri e gli altri professionisti sanitari operano anche all'interno delle Case della comunità. In tal modo provvedono a garantire l'assistenza primaria attraverso un approccio di sanità di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12 e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24.

L'obiettivo dello sviluppo delle Case della comunità è quello di garantire in modo coordinato:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria e in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);
- la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'équipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;
- la promozione e tutela della salute dei minori e della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;
- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa;
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori, ecc.);
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.

I principi che orientano lo sviluppo delle Case della comunità sono l'equità di accesso e di presa in carico, secondo il modello della sanità d'iniziativa, e il principio della qualità dell'assistenza declinata nelle sue varie dimensioni (es. appropriatezza, sicurezza, coordinamento/continuità, efficienza, tempestività).

Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, si prevede la costituzione di una rete di assistenza territoriale formata secondo il modello hub e spoke.

Sia nell'accezione hub sia in quella spoke, la Case della comunità costituisce l'accesso unitario fisico per la comunità di riferimento ai servizi di assistenza primaria. Entrambe, quindi, propongono un'offerta di servizi costituita da MMG, PLS, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia o comunità, infermieri che operano nell'assistenza domiciliare, presenza di tecnologie diagnostiche di base.

La CdC hub garantisce la presenza dei seguenti professionisti, nell'ambito di quelli disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, e l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina e tele assistenza e relative competenze professionali:

- équipe multiprofessionali (mmg, pls, continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali interni SAI e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio sanitarie);
- presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale; Ğ Presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7;
- punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
- punto prelievi;
- servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione, ecc.);
- servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.);
- servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali;
- interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, anche attraverso i Consultori Familiari e l'attività rivolta ai minori – ove esistenti – che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 anni (facoltativo);
- attività di Profilassi Vaccinale in particolare per alcune fasce di età o condizioni di rischio e di fragilità. Tutte le attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive sono in linea con le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione.
- sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- servizio di assistenza domiciliare di base;
- partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato;
- integrazione con i servizi sociali.

La CdC spoke garantisce, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

- équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
- alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- servizi infermieristici sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- programmi di screening;
- collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento;
- sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.

Nella tabella che segue sono riportati i servizi previsti da standard nelle Case della comunità.

Servizi	Modello organizzativo	
	Casa della Comunità hub	Casa della Comunità spoke
<i>Servizi di cure primarie erogati attraverso equipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)</i>	<i>Obbligatorio</i>	<i>Obbligatorio</i>
<i>Punto Unico di Accesso</i>	<i>Obbligatorio</i>	<i>Obbligatorio</i>
<i>Servizio di assistenza domiciliare</i>	<i>Obbligatorio</i>	<i>Obbligatorio</i>
<i>Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza</i>	<i>Obbligatorio</i>	<i>Obbligatorio</i>
<i>Servizi infermieristici</i>	<i>Obbligatorio</i>	<i>Obbligatorio</i>
<i>Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale</i>	<i>Obbligatorio</i>	<i>Obbligatorio</i>
<i>Integrazione con i Servizi Sociali</i>	<i>Obbligatorio</i>	<i>Obbligatorio</i>
<i>Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione</i>	<i>Obbligatorio</i>	<i>Obbligatorio</i>
<i>Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento</i>		<i>Obbligatorio</i>
<i>Presenza medica</i>	<i>Obbligatorio h 24, 7/7 gg</i>	<i>Obbligatorio h 12, 6/7 gg</i>
<i>Presenza infermieristica</i>	<i>Obbligatorio h 12, 7/7 gg</i>	<i>Obbligatorio h12, 6/7 gg</i>
<i>Presenza infermieristica</i>	<i>Fortemente raccomandato h 24, 7/7 gg</i>	<i>Obbligatorio h12, 6/7 gg</i>
<i>Servizi diagnostici di base</i>	<i>Obbligatorio</i>	<i>Facoltativo</i>
<i>Continuità Assistenziale</i>	<i>Obbligatorio</i>	<i>Facoltativo</i>
<i>Punto prelievi</i>	<i>Obbligatorio</i>	<i>Facoltativo</i>
<i>Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori</i>	<i>Facoltativo</i>	<i>Facoltativo</i>
<i>Interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)</i>	<i>Facoltativo</i>	<i>Facoltativo</i>
<i>Programmi di screening</i>	<i>Facoltativo</i>	<i>Facoltativo</i>
<i>Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza</i>	<i>Raccomandato</i>	<i>Raccomandato</i>
<i>Medicina dello sport</i>	<i>Raccomandato</i>	<i>Raccomandato</i>

Tabella 5. Servizi previsti da standard nelle case della Comunità

Tutte le strutture fisiche territoriali già esistenti devono utilmente rientrare nella progettazione della nuova geografia dei servizi e strutture territoriali e quindi delle Case della comunità e dei servizi correlati in rete. Il piano di sviluppo dei servizi territoriali di ogni singolo contesto regionale deve quindi tendere ad una progettazione dei servizi in rete, con una precisa selezione delle infrastrutture fisiche esistenti da valorizzare, riorientare con altre vocazioni e servizi o dismettere.

Le Case della comunità hub al fine di assicurare i servizi descritti dovranno essere dotate di 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità organizzati indicativamente secondo il modello di seguito descritto:

- 1 Coordinatore Infermieristico,*
- 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali,*
- 1-2 IFoC per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute,*
- 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare, le attività di prevenzione e teleassistenza.*

Nelle Case della comunità hub e spoke, inoltre, è garantita l'assistenza medica H12 - 6 giorni su 7 attraverso la presenza dei MMG afferenti alle AFT del Distretto di riferimento. Tale attività ambulatoriale sarà aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti e dovrà essere svolta presso la Case della comunità hub e spoke. Il coordinamento della Casa della Comunità con i servizi territoriali Le Case della comunità rappresentano un nodo centrale della rete dei servizi territoriali sotto la direzione del Distretto. La loro centralità è data, sul lato del governo della domanda, dalle funzioni di sanità di iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario, di filtro di accesso e indirizzo dei pazienti; sul lato dell'offerta dal lavoro multiprofessionale, dall'integrazione tra unità di offerta afferenti a materie e discipline diverse, dal coordinamento tra sociale e sanitario; sul lato della governance dal coinvolgimento attivo della comunità e dei pazienti.

La Case della comunità, proprio per il suo ruolo centrale nella rete dei servizi, adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni:

- rete intra-Case della comunità: costituita dalla messa in rete dei professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno della Case della comunità e quelle che vi sono funzionalmente collegate;*
- rete inter-Case della comunità: costituita dalla messa in rete tra Case della comunità hub e Case della comunità spoke al fine di contemperare le esigenze di capillarità erogativa e di prossimità con la necessità di raggiungere una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensità specialistica e tecnologica, sia per poter rispondere in modo flessibile ai diversi contesti geografici caratterizzati da differente densità abitativa e livelli di presenza attiva degli MMG nelle strutture ambulatoriali delle Case della comunità;*
- rete territoriale: la Casa della comunità è messa in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale territoriale e ospedaliera ospedali di comunità, RSA, hospice e rete delle cure palliative, RSA, Consulteri familiari e attività rivolte ai minori ove già esistenti, servizi per la salute mentale, dipendenze e disabilità e altre forme di strutture intermedie e servizi;*
- rete territoriale integrata: la Casa della comunità è in rete con l'attività ospedaliera, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche, in particolare quella specialistica ambulatoriale o di day service svolta in questo contesto. Questo può avvenire nella doppia direzione di invio di pazienti selezionati dalla Case della comunità, per fasi di processi assistenziali e stadi di patologia che richiedono prestazioni ospedaliere e/o ambulatoriali specialistiche. Tale forma di integrazione e coordinamento ha una maggiore valenza soprattutto in merito alla gestione comune dei malati cronici più complessi e ad alto grado di instabilità, che sono soggetti a frequenti ricoveri. In tal modo sono generati meccanismi di condivisione delle conoscenze tra i professionisti della Case della comunità e quelli ospedalieri, a favore anche di una maggiore articolazione delle competenze professionali all'interno della Case della comunità.*

Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete nelle quattro direzioni è la Centrale Operativa Territoriale (COT) che opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti. In sintesi, la Case della comunità, quale luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento, svolge quattro funzioni principali:

- è il luogo dove la comunità, in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi;

- è il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunità e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare;

- è il luogo dove le risorse pubbliche vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità attraverso lo strumento del budget di comunità;

- è il luogo dove la comunità ricomponi il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali. “

In tale contesto sono da prevedere interventi specifici, con l'obiettivo di migliorare la cooperazione tra i diversi professionisti, ponendo al centro delle loro azioni coordinate il cittadino/utente, anche promuovendo la gestione collaborativa e integrata dei problemi di salute sul territorio.

Modello hub e spoke

La programmazione regionale sviluppo delle strutture di comunità, in attuazione degli adempimenti previsti dal PNRR, Missione 6 “Salute” è stata definita, in forma condivisa con le ASL, nell'ambito della D.C.R. n. 199-3824 del 22 febbraio 2022 avente ad oggetto “Approvazione della programmazione relativa alle strutture di prossimità ed intermedie nelle aziende sanitarie locali: localizzazione dei siti delle case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali”.

Nella tabella A allegata alla suddetta deliberazione, alla quale si rinvia, sono elencate le Case della Comunità individuate nelle ASL della Regione Piemonte: in totale n. 91 Case della Comunità, delle quale n. 82 finanziate con fondi ex PNRR e n. 9 strutture da realizzarsi mediante altre fonti di finanziamento.

Negli allegati al provvedimento sono illustrate le specifiche collocazioni e sedi delle Strutture nell'ambito delle diverse Aziende Sanitarie Locali della Regione.

Per quanto attiene alla localizzazione delle Case della comunità, il modello definito a livello regionale risponde al seguente indirizzo sancito dal D.M. n.77/2022, punto 5, fondato sul principio della razionalizzazione ed ottimizzazione nell'impiego delle risorse esistenti: “Tutte le strutture fisiche territoriali già esistenti devono utilmente rientrare nella progettazione della nuova geografia dei servizi e strutture territoriali e quindi delle Case della comunità e dei servizi correlati in rete. Il piano di sviluppo dei servizi territoriali di ogni singolo contesto regionale deve quindi tendere ad una progettazione dei servizi in rete, con una precisa selezione delle infrastrutture fisiche esistenti da valorizzare, riorientare con altre vocazioni e servizi da dismettere”.

Infatti, sul totale delle Case della comunità previste ai sensi della suddetta deliberazione, n.39 vengono realizzate attraverso la riconversione di strutture già esistenti e funzionanti come Case della Salute: per tali strutture l'intervento realizzativo previsto consiste pertanto nell'adeguamento strutturale degli attuali edifici rispetto ai requisiti omogenei previsti dagli indirizzi nazionali per le Case della comunità .

Di conseguenza, nel modello a regime, le nuove 91 Case della Comunità opereranno come strutture Hub mentre le restanti Case della Salute già operative sul territorio regionale, rappresentano la base per la definizione delle unità spoke nell'ambito della rete territoriale, quali forme organizzative del distretto.

La loro attività a carattere multidisciplinare da un lato dovrà interagire con quella monoprofessionale delle reti AFT presenti sul territorio distrettuale e dall'altro, anche includendo l'attività multiprofessionale della UCCP distrettuale, farà riferimento alla Case della comunità hub per tutte le funzioni a maggiore complessità (es. indagini diagnostiche di primo livello e/o approfondimenti plurispecialistici che non rivestono carattere di emergenza o che comunque non necessitano di interventi a livello ospedaliero).

In tale ambito e sulla base dell'area di collocazione e si possono definire livelli differenziati di sviluppo della Case della Comunità e dei relativi servizi erogati, in relazione ai contesti urbani ed extraurbani.

Un'ulteriore modalità operativa per la medicina di iniziativa è rappresentata dagli ambulatori della salute, prevalentemente gestiti dagli infermieri, dove vengono centralizzate le attività per il controllo delle patologie croniche. Gli ambulatori della salute, nelle esperienze finora condotte, rappresentano un modello organizzativo di assistenza integrata, complementare all'attività del MMG che ha un ruolo di clinical manager per la presa in carico e la gestione dell'assistito affetto da patologie croniche, per le quali è necessario elaborare PDTA contestualizzati, sulla base delle linee guida disponibili, che coinvolgono i diversi livelli di intervento (medicina generale, specialistica ambulatoriale, ospedale ecc.).

La sede dell'ambulatorio della salute è presso il Distretto, presso una medicina di gruppo o una Casa della salute, in quanto le modalità operative della medicina di iniziativa per la gestione delle patologie croniche non devono differenziarsi necessariamente in base alla sede di svolgimento.

Indirizzi programmatori generali

Nella tabella che segue sono evidenziati gli indirizzi programmatori generali, demandando ad atti successivi la declinazione degli obiettivi specifici e delle relative azioni.

	Obiettivi generali	Attuazione
1.	Recepire il presente atto generale di programmazione	Aziende sanitarie regionali
2.	Attuare il modello strutturale delle Case delle Comunità secondo le specifiche previste dal POR	Aziende sanitarie locali
3.	Definire ed applicare il profilo funzionale ed organizzativo delle Case delle Comunità a livello distrettuale	Aziende sanitarie locali
4.	Definire e sviluppare le modalità di interconnessione funzionale e organizzativa con le altre strutture territoriali e con l'Ospedale	Aziende sanitarie regionali
5.	Implementare e valutare le funzioni e le attività previste ed attuare gli adeguamenti necessari	Aziende sanitarie locali

5.3. INFERMIERE DI FAMIGLIA O DI COMUNITÀ

Messaggi chiave

L'Infermiere di Famiglia o Comunità è la figura professionale di riferimento per l'assistenza di prossimità in quanto garantisce il collegamento operativo fra i rilevati bisogni di assistenza del paziente e la rete multiprofessionale e multidisciplinare presente. È un professionista che assicura l'assistenza infermieristica con un orientamento prioritario alla gestione proattiva della salute e ricopre le diverse funzioni, erogando prestazioni assistenziali e sanitarie. Favorisce il coinvolgimento attivo della persona assistita e del suo caregiver quali figure centrali nel percorso assistenziale.

Contesto

L'Infermiere di Famiglia o Comunità, di seguito IFoC, è un professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e comunitario e fonda la sua attività ponendo al centro la persona attraverso l'integrazione interdisciplinare sanitaria dei servizi e dei professionisti, con l'obiettivo di potenziare il sistema di assistenza territoriale, promuovendo una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

L'IFoC delinea il suo intervento attraverso prestazioni di alto contenuto professionale nell'ambito:

- dell'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età, favorendo l'accessibilità e l'orientamento ai servizi per garantire la presa in carico della persona assistita;
- della programmazione delle attività al fine di favorire le migliori condizioni di salute in termini di prevenzione e di cura delle condizioni croniche;
- dell'integrazione con le reti sociosanitarie a valenza sanitaria e con le risorse della famiglia e della comunità (formali e informali), utilizzando sistematicamente strumenti digitali, di telemedicina e di teleassistenza promuovendo la casa come primo luogo di cura.

A seguito dell'intesa sancita nella Conferenza Stato Regioni n. 209 CSR del 18 dicembre 2019, è

stato emanato il Patto per la Salute per il triennio 2019-2021. Il Documento, tra i numerosi punti,

evidenzia anche il ruolo che la professione infermieristica può avere nell'ambito dell'assistenza territoriale nell'incrementare la copertura dei bisogni di continuità assistenziale, l'aderenza terapeutica e l'integrazione con i servizi socioassistenziali.

Con la D.G.R. 2 luglio 2021, n. 6-3472 "Art. 1, co. 5, del D.L. n. 34/2020, convertito nella L. 77/2020 – Approvazione del Documento "Linee di indirizzo regionali in materia di infermiere di famiglia e di comunità", per il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale" è stato approvato, ai sensi dell'art. 1, co. 5, del D.L. 19 maggio 2020, n. 34, coordinato dalla Legge di conversione 17 luglio 2020, n. 77 e sulla base di quanto disposto dalla Conferenza delle Regioni e delle PP.AA. il 10 settembre 2020 (Atto 20/164/CR06b/C7), al fine di potenziare l'inserimento della figura professionale di IFeC nelle Aziende Sanitarie Regionali, il Documento denominato "Linee di indirizzo regionali in materia di infermiere di famiglia e di comunità", che è composto dai seguenti sub-allegati:

- sub-allegato 1, riguardante "Le principali esperienze nazionali in merito all'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFoC)";
- sub-allegato 2, riguardante "Il percorso normativo regionale e organizzazione della Rete Territoriale";
- sub-allegato 3, riguardante il "Percorso formativo regionale";

- sub-allegato 4 contenente il modello dell'attestato di formazione post-base in Infermieristica di famiglia e di comunità.

Sviluppo e linee di intervento

Secondo il D.M. 77/2022: *"l'Infermiere di Famiglia o Comunità è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'Infermiere di Famiglia o Comunità interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali. L'Infermiere di Famiglia o Comunità non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi setting assistenziali in cui essa si articola.*

Standard:

- 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola.

L'introduzione dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC)5 (D.L. n. 34/2020, art. 1 c. 5) ha l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria a rilevanza sanitaria, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunità. L'IFoC è un professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e comunitario che, attraverso una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito o comunità di riferimento, assicura l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità (MMG/PLS, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ecc.) perseguendo l'integrazione interdisciplinare sanitaria dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona.

L'IFoC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità formali e informali e concorre a realizzare la rete del welfare di comunità/generativo. È un professionista che ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e ricopre le diverse funzioni, erogando prestazioni assistenziali sanitarie, a seconda del setting in cui opera. L'IFoC si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio. In sintesi, l'Infermiere di Famiglia o Comunità:

- *collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età;*
- *contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche; È favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita;*
- *promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità, organizzando processi e momenti di educazione sanitaria di gruppo in presenza o in remoto, in collaborazione con tutti i livelli e gli attori sanitari in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica; promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità, in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge;*
- *svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva;*
- *valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver;*

- lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie a valenza sanitaria e con le risorse della comunità (associazioni, volontariato, ecc.), e collabora in team con i MMG, i PLS e gli altri professionisti sanitari;

- utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.”

In considerazione dell'azione dell'infermiere di famiglia e di comunità articolata sui livelli individuale,

familiare e comunitario, tenuto conto dei dati epidemiologico- demografici e della variabilità

geografico- territoriale nel contesto piemontese, appare necessario inizialmente identificare, pur nella

non esclusività legata al ruolo specifico e comunitario del professionista IFoC, un target prioritario di intervento.

Coerentemente alle azioni già messe in atto nello sviluppo del Piano Regionale Cronicità, appare opportuno rivolgere l'attenzione dell'IFoC verso le fasce che presentano maggiore fragilità e che potrebbero beneficiare maggiormente di azioni mirate alla mobilitazione di risorse formali e informali nello sviluppo di una logica di welfare generativo. Pertanto, pur mantenendo la capacità di operare con tutti i cittadini, sani e malati, della comunità di riferimento, appare utile un focus primario dell'IFoC sulla popolazione anziana/fragile.

È importante sottolineare che gli infermieri a cui sarà assegnata la funzione di IFoC, in relazione alla natura ed alla complessità del ruolo di IFoC, necessitano di competenze avanzate al fine di poter interpretare al meglio il ruolo. La formazione riveste pertanto un ruolo centrale e imprescindibile.

Le competenze che con la formazione si debbono sviluppare derivano dal profilo professionale proposto da AIFeC nel 2018, dai risultati del progetto europeo ENHANCE e dal Position Statement di FNOPI su questo tema.

Il titolo preferenziale per l'acquisizione delle competenze in questo ambito è il Master Universitario di primo livello in Infermieristica di famiglia e di Comunità, così come previsto dal Documento finale sulla formazione specialistica delle professioni sanitarie, approvato il 17 dicembre 2018 dall'Osservatorio nazionale delle professioni sanitarie istituito presso il MIUR, e divulgato dal Ministero della Salute alle Regioni con circolare del 13.03.2019. E' prevedibile pertanto a livello di ASL una percentuale di IFoC in possesso del Master accademico specifico, in modo da garantire una supervisione dei processi e dei percorsi in maniera omogenea su tutto il territorio, stratificare in maniera simile le competenze e incentivare i professionisti alla formazione completa rispetto allo specifico profilo di attività.

In ragione dell'esigenza cogente di inserire nel ruolo un numero elevato di professionisti in un tempo relativamente breve, per coloro che non sono in possesso del Master, è già stato previsto uno specifico percorso formativo di tipo regionale, progettato in collaborazione con gli atenei piemontesi, necessario per l'acquisizione delle competenze minime.

Nell'ambito della formazione, propedeutica all'effettiva spendibilità delle competenze acquisite nonché necessaria all'operatività di queste figure, attraverso la predisposizione di un apposito comitato scientifico (D.D. 1380/A1400A/2021) è stato progettato e avviato un corso di formazione regionale in accordo con le due università che consente l'acquisizione delle competenze necessarie per avviare l'attività di Infermieristica di Famiglia e di Comunità

L'azione dell'IFoC è articolata su più livelli:

- ambito distrettuale, attraverso azioni ed interventi all'interno della rete assistenziale del

distretto in integrazione con gli altri professionisti;

-ambito individuale e familiare, attraverso interventi diretti e indiretti che hanno la persona e la

famiglia come destinatari, con l'obiettivo di favorire la promozione e il mantenimento della salute della persona attraverso il rafforzamento della sua autonomia e il mantenimento della persona al proprio domicilio evitando il ricorso alle strutture di ricovero;

-ambito comunitario, attraverso azioni rivolte alle comunità, all'interno di una rete di relazioni e

connessioni formali e informali, con l'obiettivo di favorire l'attivazione e l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali e informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti ai bisogni di salute.

Operativamente il modello definito dal D.M. 77/2022 indica una figura IFoC che opera attivamente in tutti i setting assistenziali di competenza del distretto sanitario, ossia nei servizi domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali. Si tratta dunque di una figura connotata di una forte caratterizzazione delle competenze sul fronte dell'intercettazione dei bisogni di salute, dell'educazione sanitaria individuale, familiare e di comunità, del coinvolgimento attivo della comunità e con una rilevante propensione verso le attività di prevenzione e di analisi del bisogno, con l'adozione di modalità operative trasversali e intersettoriali.

In tale contesto, secondo la D.G.R. 2 luglio 2021, n. 6-3472 è attivabile a livello distrettuale l'attività ambulatoriale di infermieristica di Famiglia e di Comunità di libero accesso, secondo modalità definite in sede aziendale.

Indirizzi programmatori generali

Nella tabella che segue sono evidenziati gli indirizzi programmatori generali, demandando ad atti successivi la declinazione degli obiettivi specifici e delle relative azioni.

	Obiettivi generali	Attuazione
1.	Recepire il presente atto generale di programmazione	Aziende sanitarie regionali
2.	Definire le funzioni dell'infermiere di famiglia o comunità a livello regionale	Aziende sanitarie locali
3.	Consolidare la formazione dell'infermiere di famiglia o comunità a livello distrettuale	Aziende sanitarie locali
4.	Sviluppare la funzione a livello distrettuale, anche per quanto riguarda e modalità di coinvolgimento attivo della persona assistita, caregiver e comunità	Aziende sanitarie locali
5.	Implementare e valutare le funzioni e le attività previste ed attuare gli adeguamenti necessari	Aziende sanitarie locali

5.4. UNITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Messaggi chiave

L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto alla rete delle cure primarie ai fini della presa in carico di individui, o di comunità. L'UCA afferisce al Distretto di riferimento. La sede operativa dell'UCA è la Casa della Comunità hub la quale è riferimento anche dal punto di vista organizzativo.

Contesto

Con la D.G.R. 3 novembre 2020, n. 1-2188 "L. n. 27 del 24.4.2020 e L. n. 77 del 17.7.2020. Piani di potenziamento territoriale: linee d'indirizzo sul ruolo e sulle funzioni delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) nella rete dei servizi distrettuali delle ASL del Piemonte, nell'ambito dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 e criteri di riparto delle risorse" sono state approvate le linee d'indirizzo sul ruolo delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) nella rete territoriale piemontese, come riportate nell'Allegato A facente parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

Le unità di continuità assistenziale (UCA) sono destinate alla gestione e al supporto alla rete delle cure primarie per la presa in carico di persone o di comunità che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che necessitano di continuità assistenziale.

In tal senso, possono essere considerate un'evoluzione delle USCA, attive durante l'emergenza Covid, la cui esperienza legata alla fase pandemica si è conclusa a fine giugno 2022 come disposto dalla normativa nazionale (comma 295, art. della legge 30.12.2021, n.234 – legge di bilancio 2022).

La funzione delle UCA si concretizza a supporto ed integrazione delle cure primarie, anche in relazione al fabbisogno espresso dal territorio a livello locale.

Sviluppo e linee di intervento

Secondo il D.M. 77/2022: *"l'Unità di Continuità Assistenziale nel limite previsto ai sensi dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021 n. 234 è un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa.*

Standard:

- 1 Medico e 1 Infermiere ogni 100.000 abitanti.

L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è un'équipe che afferisce al Distretto ed è composta da 1 medico ed 1 infermiere che operano sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e in collaborazione con MMG e PLS delle AFT/UCCP. Al fine di svolgere la propria attività l'UCA può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri.

L'équipe UCA può essere integrata con altre figure professionali sanitarie, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale.

L'UCA non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità. Essa può essere attivata in presenza di condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico:

- *dimissione difficile del paziente non altrimenti ricoverabile in Ospedale di Comunità o dimissibile al domicilio in Assistenza Domiciliare;*

- supporto all'Assistenza Domiciliare in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostiche/terapeutiche;

- presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile effettuando accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici;

- programmi di prevenzione territoriale, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, quali ad esempio, ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e presso le RSA/Case di Riposo per pazienti "fragili" (COVID, influenza, pneumococco, meningococco, epatiti virali, herpes zoster ecc.);

- programmi di prevenzione ed interventi mirati nelle scuole, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, nelle comunità difficili da raggiungere, ecc.

L'UCA deve essere dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle COT ed accessibile via internet al fine di garantire anche in teleconsulto l'interoperabilità della rete di consulenti collegati; deve essere dotata inoltre di strumentazione avanzata di primo livello e di una gamma completa di dispositivi medici portatili (anche diagnostici) in grado di acquisire informazioni e parametri necessari al monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente.

La sede operativa dell'UCA è la Casa della Comunità hub alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo.

Indirizzi programmatori generali

Nella tabella che segue sono evidenziati gli indirizzi programmatori generali, demandando ad atti successivi la declinazione degli obiettivi specifici e delle relative azioni.

	Obiettivi generali	Attuazione	
1.	Recepire il presente atto generale di programmazione	Aziende regionali	sanitarie
2.	Definire ed attivare le modalità di reclutamento delle UCA	Aziende locali	sanitarie
3.	Organizzare le equipe UCA a livello distrettuale	Aziende locali	sanitarie
4.	Definire e sviluppare le modalità di interconnessione funzionale e organizzativa con le altre strutture territoriali	Aziende regionali	sanitarie
5.	Implementare e valutare le funzioni e le attività previste ed attuare gli adeguamenti necessari	Aziende locali	sanitarie

5.5. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

Messaggi chiave

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali. Tutti gli attori del sistema, personale distrettuale e ospedaliero, possono richiedere l'intervento della COT, ovvero: MMG, PLS e medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni, e altri professionisti sanitari. La COT è un servizio a valenza distrettuale per l'integrazione organizzativa sui percorsi delle persone assistite.

Contesto

Le caratteristiche del SSR richiedono un modello assistenziale sensibilmente differente da quello centrato sull'ospedale, bensì orientato verso un'offerta territoriale che valorizzi un approccio più focalizzato sul contesto di vita quotidiana della persona.

Il Patto per la salute 2019-2021 rimarca la necessità di interconnessione tra Centrale Operativa Territoriale (COT) e Centrale Operativa 116117, sede del Numero Europeo Armonizzato per le cure mediche non urgenti, con riferimento, in particolare, alla fruizione di un sistema informativo condiviso.

Con la D.D. 27 maggio 2022, n. 906 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Missione 6 C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Progetto pilota di sviluppo delle Centrali Operative Territoriali nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte" è stato approvato il Documento "Definizione e implementazione di modello sperimentale di Centrali Operative Territoriali previste nella Missione 6 Component 1 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), in collegamento con il numero europeo armonizzato 116117 e in armonia col previsto riordino della rete territoriale del Piemonte" - allegato 1 parte integrante e sostanziale dell'atto.

Il Documento è stato elaborato dal gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale costituito da rappresentanti della Direzione Sanità e Welfare, di AGENAS, PONGOV ICT e Cronicità, e delle ASL TO3, NO, CN2 e Città di Torino, nell'ambito del progetto di ricerca attivato sulle COT in quattro Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte; è stato altresì demandato alle quattro Aziende "pilota" l'avvio nel corso del 2022 della sperimentazione del modello sopra definito e la valutazione delle ricadute organizzative.

Le Centrali Operative Territoriali, a regime una in ogni distretto, avranno la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza e utilizzeranno la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche

La Centrale Operativa Territoriale deve essere in grado di dare risposta unitaria e aziendale a bisogni differenziati che richiedono l'attivazione di processi erogativi multipli e anche di differente natura. Sono condizioni necessarie:

- la personalizzazione degli interventi;
- la conoscenza specifica della rete di offerta;
- l'allineamento di più processi produttivi in modo da velocizzare la gestione del singolo caso ed evitare di bloccare il transito nella rete;
- l'integrazione di più processi informativi relativamente a paziente, contesto di riferimento, setting necessario.

Sviluppo e linee di intervento

Secondo il D.M. 77/2022 *“la Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.*

Standard:

- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.

- Standard di personale di 1 COT per 100.000 abitanti: 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto (Si rinvia alla relazione tecnica all'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234).

L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

La COT assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);

- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;

- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;

- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;

- raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità (PIC), anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle Case della comunità e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

Tutti gli attori del sistema, personale distrettuale e ospedaliero, possono richiedere l'intervento della COT, ovvero: MMG, PLS e medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni, e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali.

La COT deve essere operativa 7 giorni su 7 e deve essere dotata di infrastrutture tecnologiche ed informatiche quali ad esempio piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate. Al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché affrontare situazioni complesse o di emergenza, è fondamentale che la COT, a livello regionale, usufruisca di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

La COT è un servizio a valenza distrettuale.

La dotazione di personale infermieristico per ogni COT dovrebbe essere di 3-5 infermieri per un Distretto standard di 100.000 abitanti. La responsabilità del funzionamento della COT, della gestione e del coordinamento del personale è affidata ad un coordinatore aziendale infermieristico.”

La COT raccoglie il problema/bisogno espresso dai nodi della rete territoriale ed effettua le prime azioni valutative per la distinzione tra bisogni semplici (che richiedono una risposta assistenziale immediata) e complessi (che richiedono interventi sociosanitari di tipo multiprofessionale), attiva le

risorse più appropriate per garantire percorsi sanitari e sociosanitari coordinati tra professionisti e servizi ospedalieri, distrettuali e sociali, assicura il monitoraggio degli interventi.

La programmazione regionale sullo sviluppo delle strutture di prossimità, in attuazione degli adempimenti previsti dal PNRR, Missione 6 "Salute" è stata definita, in forma condivisa con le ASL, nell'ambito della D.C.R. n. 199-3824 del 22.2.2022 avente ad oggetto "Approvazione della programmazione relativa alle strutture di prossimità ed intermedie nelle aziende sanitarie locali: localizzazione dei siti delle case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali".

Nella tabella A allegata alla suddetta deliberazione, alla quale si rinvia, sono elencate le Centrali Operative Territoriali nelle ASL della Regione Piemonte: in totale n. 43 COT.

Negli allegati al presente provvedimento sono illustrate le specifiche collocazioni e sedi delle Strutture nell'ambito delle diverse Aziende Sanitarie Locali della Regione.

Come già evidenziato attualmente in Piemonte viene sperimentato in quattro Aziende Sanitarie un modello di Centrali Operative Territoriali (COT) in collegamento con il Numero Europeo Armonizzato "116117" (già attivo su tutto il territorio per la ricezione delle chiamate di Continuità Assistenziale), in armonia col previsto riordino della rete territoriale del Piemonte.

Indirizzi programmatori generali

Nella tabella che segue sono evidenziati gli indirizzi programmatori generali, demandando ad atti successivi la declinazione degli obiettivi specifici e delle relative azioni.

	Obiettivi generali	Attuazione
1.	Recepire il presente atto generale di programmazione	Aziende sanitarie regionali
2.	Attuare il modello strutturale delle Centrali operative territoriali secondo le specifiche previste dal POR	Aziende sanitarie locali
3.	Definire e sviluppare l'organizzazione delle Centrali operative territoriali a livello distrettuale	Aziende sanitarie locali
4.	Definire e sviluppare le modalità di interconnessione funzionale e organizzativa con le altre strutture territoriali ed ospedaliere	Aziende sanitarie regionali
5.	Implementare e valutare le funzioni e le attività previste ed attuare gli adeguamenti necessari	Aziende sanitarie locali

5.6. CENTRALE OPERATIVA 116117

Messaggi chiave

La Centrale Operativa 116117 ha la funzione di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità. Permette quindi alla popolazione di entrare in contatto con un operatore opportunamente formato, che possa fornire assistenza, direttamente o attraverso il trasferimento di chiamata al servizio competente, a valenza sociosanitaria. Si raccorda anche con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza e con le Centrali Operative Territoriali

Contesto

Il Numero Unico per le cure mediche non urgenti 116117 trova riferimento normativo nella decisione della Commissione Europea del 30 novembre 2009 "Modifica 2 della decisione 2007/116/CE per quanto riguarda l'introduzione di altri numeri riservati che iniziano con «116», che ha riservato l'arco della numerazione nazionale che inizia con il 116 a 5 numeri armonizzati destinati a servizi di valenza sociale. Tra questi, il numero 116117 è destinato al Servizio Sanitario per prestazioni non urgenti, anche in raccordo con altre Pubbliche Amministrazioni.

La realizzazione del Progetto di attivazione del Numero Unico 116117 in Regione Piemonte, nella prima fase di attuazione è avvenuta in aderenza ai dettami dell'Accordo Stato Regioni recepito con D.G.R. n. 33-5087 del 22 maggio 2017 coerentemente con le "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117", facendo prioritariamente coincidere il servizio quale supporto alla funzione di Continuità Assistenziale attraverso l'introduzione di un meccanismo di contatto tra cittadino e medico di postazione e contestuale effetto filtro per chiamate non appropriate.

Con la Determinazione Dirigenziale 5 luglio 2019, n. 531 la Regione ha provveduto ad approvare il "Documento tecnico operativo per la realizzazione e il funzionamento del Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117, recependo alcune indicazioni di modifica al precedente provvedimento poste dal Ministero della Salute. A seguito di tale aggiornamento il Ministero ha rilasciato alla Regione Piemonte la numerazione "NEA 116117". Sono state individuate come aziende capofila per lo svolgimento della suddetta attività le aziende ASL CN1, ASL AL, ASL NO, ASL Città di Torino, presso cui sono collocate le relative Centrali operative-

Successivamente con la Determinazione Dirigenziale 12 aprile 2021, n. 511 "D.D. 531 del 5 luglio 2019: aggiornamento Documento Tecnico operativo per la realizzazione e il funzionamento del Numero Europeo Armonizzato a Valenza sociale 116117 è stato definito ulteriormente il modello organizzativo.

In linea con quanto previsto dalla D.D. 531/2019, in Regione Piemonte sono pertanto operative quattro Centrali Operative presso: Grugliasco via Sabaudia 154 (CO 1), Saluzzo via Volontari del Soccorso 2 (CO 2), Alessandria viale Teresa Michel 65 (CO 3), Novara Piazza d'Armi 1 (CO 4).

Sviluppo e linee di intervento

Secondo il D.M. 77/2022 *"la Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.*

Standard:

- 1 Centrale Operativa NEA 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale (se con popolazione inferiore allo standard), incrementabile sulla base della numerosità della

popolazione. La Centrale Operativa 116117 raccoglie le chiamate di uno o più distretti telefonici in funzione delle dimensioni dei distretti stessi e delle modalità organizzative delle Regioni/PA.

Il Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117 è stato individuato dalla Decisione della Commissione Europea numero 116 del 15 febbraio 2007, che ha riservato l'arco di numerazione nazionale con inizio «116» ai numeri destinati a servizi armonizzati a valenza sociale, e dalla Decisione n. 884 del 30 novembre 2009, che ha riservato tale numero per il servizio di Continuità Assistenziale per le cure non urgenti. A livello nazionale con l'Accordo Stato-Regioni del 7/02/2013 e successivamente con l'Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016 sono state individuate le "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo armonizzato a valenza sociale 116117".

Il numero 116117 si raccorderà con eventuali strumenti nazionali e/o territoriali finalizzati alla presa in carico di persone con fragilità. Il numero 116117 (NEA), unico a livello nazionale ed europeo, ha la funzione di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura, raccordandosi anche con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza, con le Centrali Operative Territoriali e con altri servizi previsti da ciascuna Regione o Provincia Autonoma.

La Centrale Operativa NEA 116117 offre un servizio diretto, per un bacino di utenza non inferiore a 1-2 milioni di abitanti, anche se la dimensione regionale deve essere considerata come quella minima, fatti salvi accordi di prossimità e la istituzione di centrali interregionali.

Il servizio è aperto, gratuito e attivo h24 7/7 giorni, e permette alla popolazione di entrare in contatto con un operatore, sanitario o tecnico-amministrativo opportunamente formato, che possa fornire assistenza, direttamente o attraverso il trasferimento di chiamata al servizio competente, a valenza sociosanitaria.

La NEA 116117 eroga servizi:

- che garantiscono una risposta operativa con trasferimento di chiamata (servizio erogabile obbligatorio) per:
- prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di Continuità Assistenziale,
- individuazione e trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente al 118/112.
- che garantiscono la risposta di tipo informativo (servizio erogabile obbligatorio).

Può essere prevista anche la risposta operativa con trasferimento di chiamata (servizio consigliato) per:

- modalità di accesso a MMG/PLS anche in caso di difficoltà di reperimento,
- consigli sanitari non urgenti prima dell'orario di apertura del servizio di Continuità Assistenziale e dopo l'orario di chiusura con eventuale inoltro della chiamata al 118,
- modalità di accesso alla Guardia medica turistica.

Altri servizi possono essere erogati dalle Regioni e Province Autonome, secondo quanto indicato nell'Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016 (integrazione sociosanitaria, sanità pubblica, trasporto sanitario, ecc.). “

Fra le azioni perseguite nell'intervento di riordino della rete territoriale, vi è la definizione di un modello finalizzato a garantire, nel pieno rispetto dei percorsi differenziati, l'interazione tra i servizi della Continuità Assistenziale-ex Guardia Medica (di seguito: C.A.) e del sistema di Emergenza/Urgenza, attraverso la centralizzazione delle chiamate su un numero unico 116117.

Tale numero, oltre che dedicato al servizio di cure mediche da erogarsi negli orari di competenza della C.A., è destinato a rappresentare anche un valido riferimento informativo sia per i pazienti e le loro famiglie sia per gli operatori sanitari e sociali del territorio nonché per gli operatori dell'ospedale, al fine di agevolare e supportare i percorsi nell'ambito della rete organizzativa ed operativa dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali.

Indirizzi programmatori generali

Nella tabella che segue sono evidenziati gli indirizzi programmatori generali, demandando ad atti successivi la declinazione degli obiettivi specifici e delle relative azioni.

	Obiettivi generali	Attuazione
1.	Recepire il presente atto generale di programmazione	Aziende sanitarie regionali
2.	Consolidare il modello 116117 a livello regionale	Aziende sanitarie locali
3.	Integrare progressivamente il modello delle quattro centrali operative 116117, anche per quanto riguarda l'attività informativa ai cittadini	Aziende sanitarie locali
4.	Definire e sviluppare le modalità di interconnessione funzionale e organizzativa con le altre strutture territoriali ed ospedaliere	Aziende sanitarie regionali
5.	Implementare e valutare le funzioni e le attività previste ed attuare gli adeguamenti necessari	Aziende sanitarie locali

5.7. ASSISTENZA DOMICILIARE

Messaggi chiave

Il potenziamento dell'assistenza domiciliare nelle sue varie forme è uno dei punti cruciali del modello organizzativo territoriale. I trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, talora associati ad attività di aiuto alla persona, sono prestati al domicilio della persona assistita da personale qualificato per l'assistenza dei soggetti con patologie in atto o in stato di riacutizzazione. Le cure domiciliari, nelle forme previste nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza in uno specifico percorso di cura e in un piano personalizzato.

Contesto

Principio fondamentale dei sistemi di cura della cronicità è quello di mantenere il più possibile la persona malata al proprio domicilio e impedire o comunque ridurre il rischio di istituzionalizzazione, senza far ricadere sulla famiglia tutto il peso dell'assistenza al malato.

Le Cure Domiciliari sono una modalità di assistenza sanitaria erogata al domicilio del paziente in modo continuo ed integrato, al fine di fornire cure appropriate, da parte del Medico di Medicina Gen5.7erale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (PLS) e di altri operatori sanitari e sociosanitari, quali ad esempio medici specialisti, psicologi, infermieri, tecnici della riabilitazione, Operatori Socio Sanitari (OSS), dei servizi territoriali ed ospedalieri, secondo le necessità rilevate attraverso la valutazione multidimensionale.

Le cure domiciliari prevedono differenti setting assistenziali, suddivisi, nella normativa regionale del Piemonte, tra cure domiciliari a prevalente contenuto sanitario (Assistenza Domiciliare Integrata e Cure Palliative) e cure domiciliari in lungoassistenza per pazienti cronici (Lungoassistenza).

Con la D.G.R. n. 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i. avente come oggetto "Linee guida per l'attivazione del Servizio di Cure domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte" è stato definito un modello assistenziale unico di assistenza sanitaria erogata al domicilio

Le Cure Domiciliari, nel modello erogativo regionale piemontese, sono suddivise in diverse tipologie di intervento quali: Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), Assistenza Domiciliare Integrata e Unità Operativa Cure Palliative (ADI+UOCP), Assistenza Domiciliare Programmata (ADP), Servizio Infermieristico Domiciliare (SID), Servizio Riabilitativo Domiciliare relativo al Recupero e alla Riabilitazione Funzionale per gli adulti (SRD-RRF) e all'intervento della Neuropsichiatria Infantile (SRD-NPI) per i minori, nonché Lungoassistenza (LA), Prestazioni Infermieristiche Estemporanee (PIE).

Il DPCM 12 gennaio 2017 stabilisce che "Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio."

Con la D.G.R. n. 10-5605 del 2 aprile 2007 è stata approvata la riorganizzazione delle attività riabilitative della Regione Piemonte, fornendo le prime direttive alle Aziende Sanitarie Regionali, nel cui ambito sono previste, tra le attività riabilitative territoriali, le funzioni riabilitative domiciliari.

Nel 2019 si è reso necessario definire in modo specifico i percorsi di attivazione ed erogazione delle Cure Riabilitative Domiciliari per adulti e per minori, con l'emanazione della D.G.R. n. 91-9000 del 16 maggio 2019 "D.P.C.M. 12 gennaio 2017 art. 22. Nuove procedure e modalità organizzative delle Cure Domiciliari Riabilitative in Piemonte – Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 80-10902 del 3 febbraio 1987 e s.m.i.", che, al fine di annoverare tra le tipologie di Cure Domiciliari anche quella

riabilitativa, già in essere e da sempre erogata, ma non codificata, ha istituito la tipologia Servizio Riabilitativo Domiciliare relativo al Recupero e alla Riabilitazione Funzionale per gli adulti (SRD-RRF) e all'intervento della Neuropsichiatria Infantile (SRD-NPI) per i minori.

Peraltro detto provvedimento si inserisce nel contesto della esigenza attuale di rivedere la rete riabilitativa a livello ospedaliero e territoriale e le modalità di integrazione tra i due setting, con particolare riferimento alla dotazione dei posti letto dell'area della postacuzie ospedaliera.

Tra gli ulteriori atti sono da considerare in modo particolare la D.G.R. 12 settembre 2022, n. 22-5599 "Recepimento Intesa, art.8, c.6 della L. 131/2003, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul Documento recante "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'art. 1, c. 406, della L. 178/2020" (151/CSR del 4 agosto 2021) – Primi indirizzi per l'attuazione".

Quest'ultimo provvedimento, in particolare, definisce i requisiti generali e specifici per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento degli Operatori pubblici e privati, terzi rispetto alle Aziende Sanitarie Regionali, erogatori di Cure Domiciliari in coerenza con quanto previsto dall'Intesa, Rep. Atti n. 151/CSR del 4/08/2021.

Sviluppo e linee di intervento

Secondo il D.M. 77/2015 *"le Cure domiciliari sono un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.*

Standard:

- 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente.

La casa come primo luogo di cura viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale. Le cure domiciliari, nelle sue forme previste nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato. Vanno tenute distinte le forme di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) dalle Cure Palliative Domiciliari definite come un livello essenziale specifico e denominate come Unità di Cure Palliative Domiciliari, nell'ambito delle reti locali di cure palliative per l'adulto e per il bambino. Tuttavia, tale distinzione può non essere presente a livello organizzativo aziendale nella composizione dell'équipe purché i professionisti siano specificatamente formati in cure palliative come previsto dalla normativa vigente. Le Cure Domiciliari si articolano in un livello Base e in Cure Domiciliari Integrate (ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello) e consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Le risposte assistenziali, differenziate per intensità e complessità, sono programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale e della conseguente formulazione di un Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI). Tale valutazione multidimensionale è effettuata dall'unità valutativa che garantisce anche la rivalutazione periodica della persona assistita e definisce criteri di dimissione o passaggio ad altri setting assistenziali. Periodicamente deve essere effettuata la rivalutazione del PAI e dell'eventuale PRI. Viene inoltre assicurato il coinvolgimento degli specialisti in relazione a quanto stabilito nel PAI con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta sanitaria, del paziente e del caregiver. Il responsabile clinico del paziente è il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta.

Le Regioni e le Province Autonome garantiscono l'accesso ai servizi sanitari, la presa in carico della persona, la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione dei percorsi assistenziali integrati sotto il profilo clinico, funzionale, nonché procedure e strumenti di valutazione multidimensionale, scientificamente validati, garantendo uniformità sul proprio territorio. Al fine di individuare standard assistenziali comuni e monitorare lo sviluppo quali-quantitativo delle Cure

Domiciliari, nonché caratterizzare e misurare attraverso specifici indici le condizioni di fragilità dell'assistito, è necessario definire un criterio omogeneo a livello nazionale.

La classificazione nei diversi livelli di intensità assistenziale è codificata e misurata nel flusso informativo nazionale sull'assistenza domiciliare (Sistema Informativo Assistenza Domiciliare - SIAD) attraverso il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA), un indicatore che misura il rapporto tra giornate effettive di assistenza (GEA) e giornate di cura (GDC) relative al periodo di presa in carico. La complessità assistenziale è misurata attraverso l'insieme delle prestazioni erogate e dei professionisti coinvolti nel PAI. L'intensità e la complessità assistenziale consentono di misurare e caratterizzare i percorsi assistenziali erogati.

I soggetti che erogano Cure Domiciliari devono possedere i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi previsti per l'autorizzazione e per l'accreditamento sulla base della normativa vigente. Tali soggetti devono disporre di una sede organizzativa ed operativa per garantire l'accessibilità alle cure, il coordinamento dell'équipe assistenziale, l'integrazione tra professionisti e servizi assicurando la necessaria continuità dell'assistenza in particolare in sede di dimissione ospedaliera protetta e al fine di evitare ricoveri inappropriati. Tale integrazione deve avvenire per il tramite del Distretto che, attraverso i suoi servizi e professionisti, governa le transizioni degli assistiti tra i diversi setting assistenziali. Il servizio di Assistenza Domiciliare costituisce una delle articolazioni distrettuali con cui la Centrale Operativa Territoriale si interfaccia e raccorda attraverso piattaforme digitali che facilitino l'inserimento dei dati relativi alle persone prese in carico nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

La dotazione di personale da definire nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, sia in termini numerici che di figure professionali coinvolte, deve essere proporzionata alla tipologia di attività erogata, in particolare: medici, infermieri, operatori delle professioni sanitarie, della riabilitazione, operatori sociosanitari, e altri professionisti sanitari necessari a rispondere ai bisogni assistenziali individuati nel PAI/PRI.

Il servizio di cure domiciliari garantisce la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente ivi compresi i servizi di telemedicina nelle modalità e forme previste.

Tali interventi si integrano con quelli previsti dall'articolo 1 comma 162, lettera a), della legge 20 dicembre 2021, n. 234 di competenza di ATS. In tali termini ai fini dell'operatività di tale previsione, si rimanda a quanto sarà definito dall'intesa da sottoscrivere ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 e a quanto sarà definito dall'accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, nell'ambito delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza del SSN e dei comuni disponibili a legislazione vigente.

Gli Indicatori di Monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare

- % di pazienti over 65 in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni "presi in carico" per tutte le classi di CIA)."

Indirizzi programmatori generali

Nella tabella che segue sono evidenziati gli indirizzi programmatori generali, demandando ad atti successivi la declinazione degli obiettivi specifici e delle relative azioni.

	Obiettivi generali	Attuazione
1.	Recepire il presente atto generale di programmazione	Aziende sanitarie regionali
2.	Potenziare le attività di assistenza domiciliare a livello locale secondo il livelli assistenziale di riferimento (CIA 1, CIA 2 e CIA 3)	Aziende sanitarie locali
3.	Adeguare l'attività di assistenza domiciliare a livello distrettuale agli standard definiti attraverso l'erogazione diretta e il sistema di accreditamento	Aziende sanitarie locali
4.	Definire e sviluppare le modalità di interconnessione funzionale e organizzativa con le altre strutture territoriali ed ospedaliere	Aziende sanitarie regionali
5.	Implementare e valutare le funzioni e le attività previste ed attuare gli adeguamenti necessari	Aziende sanitarie locali

5.8. OSPEDALE DI COMUNITÀ

Messaggi chiave

L'attività extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria assicura ai pazienti il trattamento appropriato nell'ambito di un percorso di cura integrato ospedale-territorio. L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete dell'assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. Possono accedere agli Ospedali di comunità pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate, nella fase post dimissione ospedaliera, per completare il processo di stabilizzazione clinica.

Contesto

Per quanto riguarda le strutture intermedie, con la D.G.R. n. 13-1439 del 28 gennaio 2011 "Criteri di appropriatezza organizzativa, clinico-gestionale per le attività di Recupero e Rieducazione funzionale di 3', 2' e 1' livello e per le attività di lungodegenza e definizione della funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria" ha individuati i criteri per la creazione di una nuova area di attività extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria, da realizzarsi in stretta continuità con l'area ospedaliera e territoriale al fine di poter assicurare ai pazienti il trattamento appropriato nell'ambito di un percorso di cura integrato ospedale-territorio.

Successivamente la D.G.R. n. 14-7070 del 4 febbraio 2014 ha disposto che le nuove realtà organizzative eroganti attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria, derivanti dalla riconversione di posti letto, dovranno possedere i requisiti organizzativi di cui alla D.G.R. n. 6-5519 del 14.03.2013 e s.m.i., mentre per i requisiti strutturali stabilisce che dovranno essere mantenuti quelli definiti dalla specifica regolamentazione di origine rispetto alla quale le strutture sono state autorizzate ed accreditate.

Per quanto riguarda gli ultimi provvedimenti sul tema è da evidenziare la D.G.R. 7 ottobre 2022, n. 20-5757 "D.G.R. n. 30-7568 del 21 settembre 2018 e s.m.i. – Ridefinizione e rimodulazione dei posti letto di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS) nel territorio delle ASL CN1 e ASL AL" ha approvato la ridefinizione dei posti letto relativi alla funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria, negli ambiti territoriali dell'ASL AL e dell'ASL CN1, anche in termini di diversa collocazione nei vari setting previsti.

Nella tabella che segue, allegata a detto provvedimento viene aggiornato il fabbisogno della funzione extraospedaliera nella Aziende Sanitarie.

Fabbisogno della funzione extraospedaliera di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria							
CODICE ASL	ASL	FABBISOGNO complessivo p.l. di Continuità Assistenziale a Valenza sanitaria (CAVS)	Da riconversione p.l. ospedalieri post-acuti ospedali pubblici	Da riconversione p.l. RSA	Da riconversione p.l. ospedalieri post-acuti IRCCS	Da riconversione p.l. ospedalieri post-acuti Case di Cura	Da riconversione p.l. strutture sanitarie ex art. 26 L. 833/1978
301	ASL CdT	303	0	303	0	0	0
203	ASL TO3	147	82	0	0	65	0
204	ASL TO4	196	28	47	0	121	0
205	ASL TO5	40	0	25	0	15	0
206	ASL VC	40	40	0	0	0	0
207	ASL BI	40	0	24	0	16	0
208	ASL NO	60	0	60	0	0	0
209	ASL VCO	90	0	20	0	50	20
210	ASL CN1	126	66	10	0	50	0
211	ASL CN2	98	38	0	0	0	60
212	ASL AT	60	40	20	0	0	0
213	ASL AL	100	0	80	0	20	0
TOTALE REGIONE		1.300	294	589	0	337	80

Tabella 6. Fabbisogno della funzione extraospedaliera nella Aziende Sanitarie

L'inserimento dei pazienti in questa tipologia di setting, dove prevale la componente assistenziale rispetto alla parte clinica che pur è presente in modo significativo, deve seguire specifici criteri di tipo clinico, assistenziale, riabilitativo e socio-ambientale.

Sviluppo e linee di intervento

Il D.M. 70/2015 definisce l'Ospedale di Comunità come una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al Distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

Secondo il D.M. 77/2022 "l'Ospedale di Comunità (Ospedali di comunità) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Standard:

- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti;
- 0,2 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.

Standard di personale per 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto:

- 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari,
- 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

L'Ospedale di comunità come previsto dalla normativa vigente e dagli atti concertativi di riferimento (D.M. n. 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità, Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020), svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio.

L'Ospedale di comunità è una struttura sanitaria territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di

assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare). Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio, in questo secondo caso possono rientrare anche ricoveri brevi. L'Ospedale di comunità è una struttura sanitaria in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che garantiscano la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti. L'Ospedale di comunità, così come chiarito dall'Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020, non è ricompreso nelle strutture residenziali (articoli 29-35 del DPCM 12/01/2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502").

L'Ospedale di comunità può avere una sede propria, essere collocato in una Casa della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, presso strutture residenziali sociosanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è riconducibile ai servizi ricompresi nell'assistenza territoriale distrettuale.

L'Ospedale di Comunità deve essere realizzato nel rispetto delle norme vigenti a livello nazionale e regionale in materia di edilizia sanitaria. L'Ospedale di comunità deve essere dotato di servizi generali, nonché di eventuali opportuni spazi organizzati e articolati in modo tale da garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni: locali ad uso amministrativo, cucina e locali accessori, lavanderia e stireria, servizio mortuario. Tali servizi possono essere in comune e/o condivisi con altre strutture e/o unità di offerta.

L'Ospedale di comunità ha un numero di posti letto di norma tra 15 e 20. È possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto, per garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione.

Possono accedere L'Ospedale di comunità pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (entro 30 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti. Tra gli obiettivi primari del ricovero deve essere posto anche il coinvolgimento attivo e l'aumento di consapevolezza, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare/caregiver, attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

In sintesi, le categorie principali di pazienti eleggibili sono le seguenti:

- a) pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
- b) pazienti, prevalentemente affetti da multimorbilità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
- c) pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;
- d) pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

I pazienti ospitati necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità.

Gli Ospedali di comunità possono prevedere ambienti protetti, con posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie croniche riacutizzate a domicilio o in dimissione ospedaliera. Queste strutture potrebbero ridurre l'istituzionalizzazione e

l'ospedalizzazione in ambienti ospedalieri non idonei (cfr. Piano nazionale demenze approvato con accordo del 30 ottobre 2014 dalla Conferenza Unificata - Rep. Atti n.135/CSR).

In prossimità di Ospedali Pediatrici è possibile prevedere la realizzazione di Ospedali di comunità dedicati a pazienti pediatrici, con la responsabilità clinica del pediatra e la presenza di personale di assistenza specificamente formato e competente per tale target di pazienti. L'accesso presso l'Ospedali di comunità avviene su proposta di:

- medico di medicina generale;*
- medico di continuità assistenziale;*
- medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero; $\dot{\text{G}}$ medico del pronto soccorso;*
- pediatra di libera scelta.*

Il ricovero presso l'Ospedale di comunità deve avere una durata non superiore a 30 giorni. Solo in casi eccezionali e comunque motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte la degenza potrà prolungarsi ulteriormente.

Per quanto non esplicitato nel presente paragrafo si rinvia all'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020.”

Responsabilità e personale

La gestione e l'attività negli Ospedali di comunità sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze. In particolare il D.M. 77/2022 riporta quanto segue.

“La responsabilità igienico sanitaria e clinica dell'Ospedali di comunità è in capo al medico e può essere attribuita ad un medico dipendente o convenzionato con il SSN, pertanto può essere attribuita anche a MMG/PLS, SAI. La responsabilità organizzativa è affidata ad un responsabile infermieristico (cfr. D.M. n. 70/2015), secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020.

L'assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore 7 giorni su 7 con il supporto degli Operatori Sociosanitari, in coerenza con gli obiettivi del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti sanitari e sociali coinvolti.

All'interno dell'equipe di cura è presente l'Infermiere che si occupa, in particolare, delle transizioni di cura dei pazienti assicurandone la presa in carico e la continuità assistenziale: tale infermiere si interfaccia con le Centrali Operative Territoriali e in modo da facilitare l'organizzazione dell'assistenza, e gli ausili eventualmente necessari, una volta che il paziente tornerà al domicilio.

L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati, nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. L'assistenza notturna è garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura.

L'organizzazione dell'Ospedale di comunità deve garantire l'interfaccia con le diverse componenti che partecipano e realizzano la continuità dell'assistenza nell'ambito del PDTA e del PAI per ogni singolo paziente, compresi i professionisti che prescrivono e forniscono i necessari ausili ed eventualmente con i servizi sociali dei comuni.

I responsabili delle attività cliniche ed infermieristiche provvedono alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando una cartella clinico - assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE.

In caso di emergenza, dovranno essere attivate le procedure previste, a livello regionale, tramite il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale. Nel caso in cui la sede dell'Ospedale di comunità sia all'interno di un presidio ospedaliero potranno essere attivate le procedure d'urgenza del presidio ospedaliero.

All'interno degli Ospedali di comunità dovranno, inoltre, essere garantite alcune attività di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina. Al fine di realizzare anche attività di riabilitazione motoria in ogni Ospedale di comunità deve essere garantito l'accesso a idonei locali attrezzati, destinati alle principali attività motorie e riabilitative.”

In tale contesto deve essere anche definito il livello di formazione richiesto per il professionista infermiere e la partecipazione dell'IFoC, al fine di prendere in carico l'utente nella équipe di cura e favorire l'integrazione ospedale-territorio.

L'ospedale di comunità come nodo della rete territoriale

L'Ospedale di comunità, come disposto dal D.M. 77/2022, “pur avendo un'autonomia funzionale, opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari quali: la rete delle cure intermedie, i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale, le cure domiciliari e i servizi di emergenza urgenza territoriali. A tal fine devono essere predisposte specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari, valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalle COT.

Devono essere definiti appositi collegamenti funzionali con i servizi di supporto diagnostico specialistico.”

Flussi informativi

In merito ai flussi informativi, il presente Documento recepisce quanto riportato dal D.M. 77/2022. In particolare:

“Nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute sarà implementato, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente il flusso informativo che consentirà di rilevare le prestazioni erogate dagli Ospedali di comunità .

L'Ospedale di comunità dovrà dotarsi del sistema informativo per la raccolta, il periodico aggiornamento e la gestione dei contenuti informativi integrati necessari al monitoraggio dell'attività clinica ed assistenziale erogata, assicurando la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale per l'alimentazione del debito informativo nazionale. Gli Indicatori di Monitoraggio degli Ospedali di Comunità sono:

- tasso di ricovero della popolazione >75 anni;*
- tasso di ricovero in Ospedale per acuti durante la degenza in Ospedali di comunità;*
- tasso di riospedalizzazione a 30 giorni;*
- degenza media in Ospedali di comunità;*
- degenza oltre le 6 settimane (o N° di outlier);*
- n. pazienti provenienti dal domicilio - N. pazienti provenienti da ospedali.”*

La programmazione regionale sullo sviluppo delle strutture di comunità, in attuazione degli adempimenti previsti dal PNRR, Missione 6 “Salute” è stata definita, in forma condivisa con le ASL, nell'ambito della D.C.R. n. 199-3824 del 22 febbraio 2022 avente ad oggetto “Approvazione della programmazione relativa alle strutture di prossimità ed intermedie nelle aziende sanitarie locali: localizzazione dei siti delle case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali”.

Nella tabella A allegata alla suddetta deliberazione, alla quale si rinvia, sono elencate gli Ospedali di Comunità nelle ASL della Regione Piemonte: in totale n. 30 Ospedali della Comunità, di cui finanziati con fondi ex PNRR e n. 27 strutture da realizzarsi mediante altre fonti di finanziamento.

Negli allegati al presente provvedimento sono illustrate le specifiche collocazioni e sedi delle Strutture nell'ambito delle diverse Aziende Sanitarie Locali della Regione.

Indirizzi programmatori generali

Nella tabella che segue sono evidenziati gli indirizzi programmatori generali, demandando ad atti successivi la declinazione degli obiettivi specifici e delle relative azioni.

	Obiettivi generali	Attuazione
1.	Recepire il presente atto generale di programmazione	Aziende sanitarie regionali
2.	Attuare il modello strutturale degli Ospedali di comunità secondo le specifiche previste dal POR a livello distrettuale	Aziende sanitarie locali
3.	Definire e sviluppare il profilo funzionale ed organizzativo degli Ospedali di comunità a livello distrettuale	Aziende sanitarie locali
4.	Definire e sviluppare le modalità di interconnessione funzionale e organizzativa con le altre strutture territoriali ed ospedaliere	Aziende sanitarie regionali
5.	Implementare e valutare le funzioni e le attività previste ed attuare gli adeguamenti necessari	Aziende sanitarie locali

5.9. RETE DELLE CURE PALLIATIVE

Messaggi chiave

La rete delle cure palliative è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a persone assistite di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure già attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

Contesto

Con la D.G.R. 23 luglio 2021, n. 11-3586 "Recepimento dell'Accordo Rep. Atti n. 59/CSR del 17 aprile 2019. Approvazione del nuovo modello organizzativo-funzionale della Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta e dello schema di convenzione tra la Regione Piemonte e la Regione Autonoma Valle d'Aosta per lo svolgimento delle attività. Revoca della D.G.R. n. 1-358 del 20.07.2010 e s.m.i. e parziale modifica della D.G.R. n. 12-2887 del 19.02.2021" è stato ridefinito il modello della rete oncologica.

Un maggiore sviluppo della rete delle cure palliative risponde all'ineludibile esigenza di garantire il diritto della persona malata a essere informata su quanto si può fare per controllare la sofferenza a fine vita attraverso le terapie più avanzate, ma anche l'importanza di considerare il malato nella sua interezza, ponendo attenzione a tutti i suoi bisogni psichici, fisici, sociali e spirituali.

In tale ambito è fondamentale il raggiungimento degli standard di attività previsti come impegno regionale dalla legge 15 marzo 2010, n. 38 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore) e dai successivi atti esecutivi, tra cui l'Intesa della Conferenza Stato Regioni del 25.07.2012, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore.

La Regione Piemonte ha attuato, tra le prime in Italia, le disposizioni della L. 38/2010: infatti, con D.G.R. n. 30-866 del 25 ottobre 2010, sono state istituite la Rete Regionale di Cure Palliative e la Rete regionale di Terapia del Dolore, e con successiva D.G.R. n. 31-1482 del 11.02.2011 sono state definite la composizione e le modalità di funzionamento della Commissione regionale di Coordinamento della Rete di Cure Palliative e della Commissione regionale di Coordinamento della Rete di Terapia del Dolore.

Le due Commissioni sopra citate hanno lavorato, sin dal loro insediamento, al fine di elaborare proposte all'Assessorato alla Sanità, per la concretizzazione dei dettami della Legge nazionale ed, in particolare, dall'approvazione dell'Intesa in parola, per l'attuazione di quanto disposto da quest'ultima, compatibilmente con il contesto normativo, economico e sociale della Regione Piemonte.

Con successiva D.G.R. n. 29-4854 del 31 ottobre 2012 è stato approvato il Documento oggetto della già citata Intesa della Conferenza Stato Regioni del 25.07.2012, di cui all'art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore, che ha, appunto, l'obiettivo primario di assicurare un'omogeneità di prestazioni su tutto il territorio nazionale rispondendo a criteri di equità e accessibilità, in conformità con le indicazioni della normativa.

Con la D.G.R. 18 marzo 2022, n. 19-4782, titolata "D.G.R. n. 13-3853 del 1.10.2021 avente ad oggetto l'individuazione dei criteri di certificazione dei requisiti (dell'esperienza professionale e delle competenze) in possesso dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o

private accreditate, ai sensi del Decreto del Ministero della Salute del 30.6.2021. Aggiornamento dei termini temporali, ai sensi dell'art. 1 c. 270 della L. 234/21", è stato stabilito che entro il 31 gennaio 2023, i medici sprovvisti dei requisiti di cui al Decreto del Ministro della Salute 28 marzo 2013, così come integrato dal decreto del Ministro della Salute 11 agosto 2020 e che, alla data del 31.12.2021, erano in possesso dei requisiti di cui al Decreto del Ministro della Salute del 30.06.2021, possono presentare al Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Sociosanitari della Direzione Sanità e Welfare, istanza per il rilascio della certificazione del possesso dei requisiti (dell'esperienza professionale e delle competenze) ai fini dell'idoneità, di cui all'art. 2 del D.M. 30.06.2021, ad operare nelle reti pubbliche e private accreditate dedicate alle cure palliative.

La rete regionale delle cure palliative

Con D.G.R. n. 15-7336 del 14 ottobre 2002 sono state approvate le linee guida regionali, inerenti l'applicazione delle cure palliative in Piemonte, la formazione degli operatori e l'attuazione del Programma Regionale per le Cure Palliative, a parziale modifica della D.G.R. n. 17-24510 del 06.05.1998, di approvazione delle prime "linee guida indicanti i requisiti organizzativi, tecnici e strutturali di tutto il sistema di cure palliative e domiciliari in Piemonte", in anticipo rispetto alle disposizioni normative nazionali.

In seguito, in ambito nazionale, con Legge del 26 febbraio 1999, n. 39 e con i successivi D.M. 28.09.1999 e Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2000, è stato approvato il Piano Nazionale sulle Cure Palliative; tale Piano prevedeva che ciascuna Regione predisponesse, sul proprio territorio, un programma per la realizzazione di strutture per le cure palliative.

In specifico, la L. 39/1999 è stata il primo atto normativo nazionale riguardante l'assistenza palliativa, cui ha fatto seguito il D.P.C.M. 20.01.2000, avente ad oggetto "Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative".

Inoltre, nella seduta del 19.04.2001, la Conferenza Stato-Regioni ha approvato le "linee guida sulla realizzazione delle attività assistenziali concernenti le cure palliative", pubblicate sulla G.U. del 14.05.2001.

La normativa citata definisce i requisiti strutturali, tecnici ed organizzativi minimi per i centri residenziali e la rete delle cure palliative; la Regione Piemonte ha, quindi, nel rispetto delle linee di indirizzo della normativa nazionale, predisposto il Programma Regionale per le Cure Palliative, approvato con determinazione dirigenziale n. 320 del 28.09.2000, così come integrata con D.D. n. 97 del 19.04.2002, che è stato avallato dall'allora Direzione competente per l'assegnazione dei fondi finalizzati del Ministero della Sanità, già nell'ottobre 2000.

In tal senso, la D.G.R. n. 15-7336 del 14 ottobre 2002 ha, dunque, modificato ed integrato la D.G.R. n. 17-24510 del 06.05.1998, allegato B, nei titoli inerenti la definizione, le finalità e gli obiettivi, i criteri di ammissione, le modalità di accesso ed i rapporti tra hospice e U.O.C.P. (Unità organizzativa di Cure Palliative), come indicato nell'Allegato A, parte integrante della deliberazione stessa.

Le indicazioni fornite dal citato decreto hanno reso possibile una definizione più appropriata delle strutture dedicate all'assistenza ai malati, pur rimanendo evidenti alcune criticità, quali la possibilità di assicurare una pari qualità dell'assistenza su tutto il territorio nazionale.

Inoltre, avendo la Giunta Regionale, con proprio atto deliberativo n. 41-5952 del 07.05.2002, approvato le linee guida per l'attivazione del Servizio di Cure Domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte, si è reso necessario assicurare il coordinamento delle prestazioni erogate dal servizio di cure domiciliari con le prestazioni delle cure palliative e garantire, di conseguenza, una gestione efficiente delle attività sul territorio, fornendo risposte efficaci nei confronti delle persone malate, nella fase terminale della loro vita. Le linee guida sulle cure palliative, approvate con D.G.R. n. 15-7336 del 14.10.2002 – hanno tra l'altro previsto, nell'impostazione organizzativa, un'interazione costante con il servizio di cure domiciliari ed hanno indicato modalità e procedure attuative all'interno del percorso tecnico-amministrativo delle cure domiciliari stesse.

I documenti sopra citati, pur nella loro completezza, non hanno avuto, tuttavia, la capacità di definire in modo puntuale quali requisiti fossero necessari nei diversi momenti assistenziali (ospedale, hospice, assistenza residenziale, ambulatorio) al fine di garantire un'idonea presa in carico del paziente nella rete delle cure palliative e nella rete di terapia del dolore.

Stante la necessità di superare le lacune di cui sopra e di rendere la normativa vigente in materia di cure palliative (e di terapia del dolore, ambito strettamente connesso, ma autonomo rispetto alle cure palliative stesse), è stata promulgata la Legge n. 38 del 15 marzo 2010, inerente alle “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore”, che ha definito – normativa ad oggi fra le più complete ed esaustive a livello europeo - il percorso assistenziale del malato che accede alle cure palliative ed alla terapia del dolore.

Tale Legge ha previsto in particolare, all’Art. 5, “l’attivazione della Rete regionale di Cure Palliative e della Rete regionale di Terapia del Dolore”, che devono integrarsi fra loro, a livello regionale e con le corrispondenti reti regionali, a livello nazionale.

Le indicazioni fornite dalla L. 38/2010 riguardano sia l’assistenza ai pazienti adulti, sia quella ai pazienti in età pediatrica e adolescenziale, così come già sancito dall’Accordo in materia di cure palliative pediatriche (Atto Rep. N. 138 del 27 giugno 2007 della Presidenza del Consiglio dei Ministri) e dal Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche (Atto Rep. n. 113 del 20 marzo 2008 della Presidenza del Consiglio dei Ministri).

Come già precisato, con propria deliberazione n. 30-866 del 25 ottobre 2010, la Giunta regionale ha formalmente istituito la Rete regionale di Cure Palliative (e la Rete regionale di Terapia del Dolore), a norma della L. 38/2010, integrando, rispettivamente, la D.G.R. n. 15-7336 del 14.10.2002 e la D.G.R. n. 31-1142 del 17.10.2005 e revocando le DD.G.R. n. 2-6025 del 4.06.2007 e n. 9-7872 del 21.12.2007.

Con D.G.R. n. 15-4166 del 26 novembre 2021 sono stati approvati il Recepimento degli Accordi Rep. atti n. 118/CSR e n. 119/CSR del 27.07.2020 e n. 30/CSR del 25.03.2021 ed il procedimento per l’accreditamento ed il coordinamento regionale delle reti di cure palliative e di terapia del dolore per pazienti adulti e pediatrici, a parziale modifica DD.G.R. n. 30-866 del 25.10.2010 e n. 11-7041 del 27.01.2014 ed a revoca delle DD.G.R. n. 31-1482 del 11.02.2011 e n. 43-7345 del 31.03.2014.

Gli Accordi sopra citati definiscono i contenuti di accreditamento delle reti in argomento, volti alla qualificazione dei percorsi di presa in carico dei pazienti, adulti ed in età evolutiva, candidabili alle cure palliative ed alla terapia del dolore, inserendo il processo nelle procedure di accreditamento ordinariamente utilizzate e prevedendo altresì l’attivazione di un sistema di monitoraggio coerente con quanto indicato negli Accordi medesimi.

La rete regionale si articola in reti locali, che prendono in carico i pazienti e ne sviluppano l’iter assistenziale, nei vari settings previsti.

La rete locale delle cure palliative

Con la D.G.R. 14 ottobre 2002, n. 15-7336 “Approvazione delle nuove linee guida regionali inerenti l’applicazione delle cure palliative in Piemonte, la formazione degli operatori e l’attuazione del Programma Regionale per le Cure Palliative. Parziale modifica della D.G.R. n. 17-24510 del 06.05.1998” è stato definito il modello organizzativo a livello regionale.

Tale deliberazione indicava come indispensabile che ogni Azienda Sanitaria prevedesse la realizzazione della propria organizzazione rivolta a malati affetti da malattie progressive e in fase avanzata, in particolare tumori a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione, o alla stabilizzazione della patologia non è possibile né appropriata. Nello specifico, la Rete deve essere operativa in tutte le sue articolazioni assistenziali ed in essa si coordinano e si sviluppano i servizi ospedalieri e territoriali, sanitari e sociali, pubblici e privati dedicati alla cura dei malati alla fine della vita.

La Struttura Organizzativa di Cure Palliative (UOCP) è il riferimento per una gestione unitaria della rete, in un continuum assistenziale per i malati che va dall’ospedale, alle cure a casa, al ricovero in hospice.

Nel territorio di ciascuna ASL, la rete locale di cure palliative garantisce:

- piani di intervento per poter assicurare cure palliative a tutti i pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un’inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici. I piani devono coinvolgere in modo integrato tutte le risorse disponibili sul

territorio. Di particolare rilevanza è la necessità di coordinare e rendere sinergici gli interventi delle organizzazioni no-profit che operano da anni con assiduità nel campo delle cure palliative;

- continuità delle cure attraverso l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali (domiciliari, ambulatoriali, di ricovero) e nei vari setting di cura (casa, hospice, ospedale, strutture residenziali);

- cura attiva e globale del malato, salvaguardia della sua dignità e autonomia, adeguato controllo del dolore e degli altri sintomi fisici e psicologici che provocano sofferenza al malato;

- programmi specifici di informazione ai cittadini sui principi di una migliore assistenza ai malati e sulle modalità di accesso ai servizi della rete, in coerenza con quanto stabilito dai programmi regionali di comunicazione;

- valutazione della quantità e della qualità delle prestazioni erogate, in accordo con quanto previsto dalle normative nazionali e regionali;

- utilizzo regolare di strumenti di valutazione della qualità percepita da parte del malato (quando possibile) e dei familiari per le cure prestate al malato durante il periodo di assistenza palliativa.

Cure domiciliari palliative

Come già evidenziato nella D.G.R. 14 ottobre 2002, n. 15-7336 "Approvazione delle nuove linee guida regionali inerenti l'applicazione delle cure palliative in Piemonte, la formazione degli operatori e l'attuazione del Programma Regionale per le Cure Palliative. Parziale modifica della D.G.R. n. 17-24510 del 06.05.1998", il modulo assistenziale, da garantire prioritariamente, è ad alta intensità e specificamente rivolto a pazienti in fase terminale di malattia che richiedono un intervento coordinato ed intensivo.

L'evoluzione dell'organizzazione delle cure palliative prevede che le stesse siano oggi erogate in modo precoce, anche a pazienti in fase attiva di terapia, al fine di contenere i sintomi e migliorare la qualità di vita dei pazienti stessi (mediante cure palliative precoci e simultaneous care).

Il MMG è il responsabile dell'assistenza al singolo paziente e si avvale della consulenza dell'èquipe della Unità Operativa Cure Palliative (UOCP) dell'ASL di riferimento, con la quale è stato stabilito il piano assistenziale. La presenza di problematiche non solo fisiche, ma anche (e talvolta soprattutto) psicologiche e sociali richiede l'organizzazione, nel corso di questo tipo di assistenza, di un supporto adeguato sia per il malato, sia per la famiglia, attraverso una stretta collaborazione anche con i servizi sociali e, quando possibile, con le risorse del volontariato.

Al fine di garantire la continuità del programma assistenziale e la copertura per tutte le 24 ore è fortemente auspicabile il massimo livello di integrazione fra le professionalità dei medici di medicina generale, del personale dell'UOCP e delle Cure domiciliari mediante una programmazione concordata dei rispettivi compiti e interventi (piano assistenziale). La documentazione di ogni intervento prestatato viene raccolta nel diario clinico delle cure domiciliari che, al momento della chiusura del caso, verrà archiviata a cura del Distretto e di cui una copia resterà in archivio della UOCP.

Successivamente, il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", all'art. 23 ha dettagliatamente disciplinato l'erogazione delle cure palliative domiciliari, precisando che le stesse vengono erogate da personale dell'UOCP, sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale, da aiuto infermieristico, assistenza tutelare professionale e sostegno spirituale. Le cure palliative domiciliari si articolano nei seguenti livelli:

- livello base: costituito da interventi coordinati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta;

- livello specialistico: costituito da interventi da parte di équipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati.

Le cure domiciliari palliative richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e dei familiari e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI). Le cure domiciliari palliative sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.

Hospice

In ottemperanza a quanto previsto dalla L. 38/2010, la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano ha approvato, nella seduta del 25 luglio 2012, l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore”.

il Tavolo Tecnico nazionale per la verifica degli adempimenti regionali ed il Comitato Permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza hanno rilevato una importante criticità per quanto riguarda il numero posti letto in Hospice in Piemonte.

Con la D.G.R. n. 2-976 del 04 febbraio 2020 è stato approvato un primo aggiornamento del fabbisogno di posti letto hospice su tutto il territorio regionale, sulla base delle indicazioni nazionali e regionali vigenti in materia, secondo il parametro vigente di un posto letto hospice ogni n. 56 deceduti per cancro (Fonte dati: ISTAT – dati mortalità 2016 – sito web: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_MORTALITA1), rilevando un fabbisogno di posti letto sul territorio regionale pari a 254, la cui programmazione è dettagliata nell'atto di Giunta sopra citato.

Con la D.G.R. 2 luglio 2021, n. 21-3486, titolata “Rete regionale di Cure Palliative per il paziente adulto. Ridefinizione del fabbisogno di posti letto hospice sul territorio regionale e aggiornamento delle relative procedure di autorizzazione ed accreditamento, ad integrazione e modifica della D.G.R. 2-976 del 04.02.2020 e della D.D. n. 262 del 07.04.2014. Integrazione della D.G.R. n. 31-8596 del 22.03.2019 e della D.G.R. n. 17-803 del 15 ottobre 2010”, è stato ridefinito ed aggiornato, il fabbisogno regionale di posti letto in hospice, portandolo a 384 posti letto hospice, a copertura – arrotondata per eccesso di 0,5, ove necessario - del fabbisogno dei pazienti oncologici e non oncologici.

Peraltro saranno da riconsiderare anche i posti letto hospice a supporto delle cure palliative relative ad altri setting assistenziali.

Terapia del dolore

La L. 38/2010 prevede, all'articolo 5, l'attivazione della rete regionale di terapia del dolore.

In Piemonte la D.G.R. 29 dicembre 2015, n. 42-2743 “Riorganizzazione della Rete regionale di Terapia del Dolore, a parziale modifica della D.G.R. n. 29-4854 del 31.10.2012 di recepimento ed iniziale attuazione dell'Intesa del 25.07.2012, di cui all'art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n. 38” ha aggiornato il modello organizzativo.

La rete regionale di terapia del dolore ha lo scopo di tutelare e garantire l'accesso alla terapia del dolore da parte del malato, nell'ambito dei LEA, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

Ai fini del raggiungimento dell'obiettivo suddetto, le strutture sanitarie che erogano terapia del dolore assicurano un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:

- tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione;
- tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine;
- adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia.

La rete di terapia del dolore e di cure palliative per il paziente in età evolutiva

Per quanto riguarda la Rete Pediatrica di Cure Palliative e di Terapia del Dolore, stanti le peculiarità dei percorsi assistenziali dedicati ai pazienti in età evolutiva, la D.G.R. n. 29-4854 del 31.10.2012 ha demandato a successivo provvedimento deliberativo l'individuazione dei Centri di Riferimento sul territorio regionale e la definizione della Rete stessa, indicata nell'Intesa del 25 luglio 2012 come *“un'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di Terapia del Dolore e Cure Palliative rivolte al minore, erogate nei diversi setting assistenziali, in un ambito territoriale ed ospedaliero definito a livello regionale [...]”*

Tutto questo, tenuto conto di quanto già specificamente disposto in materia, in particolare dalla D.G.R. n. 20-13204 del 08.02.2010, inerente a “Rete delle cure palliative pediatriche: consolidamento della rete ed istituzione degli hospice”.

La Rete di Cure Palliative e Terapia del Dolore rivolte al paziente pediatrico è stata formalizzata con D.G.R. n. 11-7041 del 27 gennaio 2014 e soddisfa contemporaneamente i seguenti requisiti di:

- tutela del minore nel diritto al controllo del dolore e alle CP indipendentemente da età, patologia e luogo di residenza;
- disponibilità del Centro specialistico di riferimento regionale di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche;
- disponibilità di risposte residenziali –(es. Hospice pediatrico);
- disponibilità di strutture/servizi/competenze di Terapia del Dolore e CP rivolte al paziente pediatrico;
- raccordo con i servizi sociali ed educativi;
- cura attiva e globale e salvaguardia della dignità del bambino;
- continuità delle cure ed unicità di riferimento;
- operatività di equipe multi professionali dedicate al paziente pediatrico;
- formazione continua e sul caso per gli operatori;
- misurazione della Qualità di vita;
- comunicazione alla famiglia ed al bambino;.
- supporto alla famiglia;
- programmi di supporto al lutto;
- programmi di supporto psicologico all'equipe;
- dilemmi etici;
- programmi di informazione;
- programmi di valutazione della qualità delle cure.

Nella deliberazione sopra citata, viene confermata l'individuazione di un hospice pediatrico operativo sul territorio regionale presso l'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino – Presidio Ospedaliero Regina Margherita: tale hospice è stato autorizzato al funzionamento con D.D. n. 202 del 19.03.2019.

Sviluppo e linee di intervento

In merito allo sviluppo e alle linee di intervento, il presente Documento recepisce quanto riportato dal D.M. 77/2022, in particolare:

“la rete delle cure palliative è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.”

Standard:

- 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti; - Hospice: 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

La L. 38/2010 e i successivi provvedimenti attuativi hanno definito il modello di sviluppo delle reti di cure palliative in termini di accreditamento delle strutture e delle reti, di attuazione, gestione e coordinamento dei percorsi assistenziali integrati e riconoscimento delle competenze professionali. Le cure palliative sono state caratterizzate con un approccio orientato alla presa in carico e al percorso di cura, distinguendo gli interventi per livelli di complessità ed intensità assistenziale e, in ambito domiciliare, differenziandole dall'ADI attraverso specifiche e specialistiche Unità di offerta. Nell'ambito della cornice normativa ed in considerazione delle transizioni demografiche, epidemiologiche e sociali appare sempre più necessario implementare e rafforzare l'approccio alle cure palliative in una prospettiva di integrazione e complementarietà alle terapie attive sia in ambito ospedaliero che territoriale.

La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) è un'aggregazione funzionale integrata delle attività di CP erogate nei diversi setting (ospedale, ambulatorio, domicilio, hospice) assistenziali in un territorio, alla quale corrispondono le seguenti funzioni:

- coordina e integra le CP nei diversi livelli di assistenza, in collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale, i Punti Unici di Accesso, l'ADI e l'Assistenza Primaria;
- definisce un sistema di erogazione di CP, per l'attuazione dei percorsi di presa in carico e di continuità delle cure e dell'assistenza favorendo l'integrazione dei servizi sanitari e sociali;
- adotta sistemi di valutazione, miglioramento della qualità e controllo dei percorsi di cura erogati;
- raccoglie e trasmette i dati al sistema informativo;
- attiva percorsi formativi aziendali specifici;
- partecipa a iniziative di Ricerca.

La governance della RLCP, ai sensi della normativa vigente, è demandata a livello aziendale, attraverso l'istituzione di un organismo di coordinamento, composto da: un coordinatore di rete, referenti delle singole strutture e una rappresentanza delle associazioni di volontariato di settore.

La rete nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale agisce, pertanto, sul territorio di riferimento assicurando l'erogazione dell'assistenza:

- nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera attraverso équipe di cure palliative della rete che erogano consulenza, facilitano l'attivazione dei percorsi di cure palliative per garantire la continuità ospedale-territorio, supportano l'équipe dell'unità operativa ospedaliera nelle strategie per la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici;
- nell'ambito ambulatoriale dove sono erogate cure palliative precoci e simultanee da équipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative che operano all'interno della RLCP; -
- a domicilio del paziente, attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD), con la previsione di un'équipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unità di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale per assicurare la continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7. Tale équipe può essere, dal punto di vista organizzativo, integrata con l'équipe dell'assistenza domiciliare integrata;
- nelle strutture residenziali e negli Hospice, con standard di riferimento di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Questi servizi devono essere garantiti sulla base dei criteri e requisiti previsti dalla normativa e dagli accordi vigenti, tra cui l'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012, l'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 119/CSR e Rep. Atti n. 118/CSR) e l'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021."

Indirizzi programmatori generali

Nella tabella che segue sono evidenziati gli indirizzi programmatori generali, demandando ad atti successivi la declinazione degli obiettivi specifici e delle relative azioni.

	Obiettivi generali	Attuazione
1.	Recepire il presente atto generale di programmazione	Aziende sanitarie regionali
2.	Consolidare il modello delle cure palliative a livello distrettuale	Aziende sanitarie locali
3.	Sviluppare le cure palliative nei diversi setting	Aziende sanitarie locali
4.	Adeguare i posti letto di hospice secondo gli standard definiti a livello regionale e di ASL	Aziende sanitarie locali
5.	Implementare e valutare le funzioni e le attività previste ed attuare gli adeguamenti necessari	Aziende sanitarie locali

5.10. SERVIZI PER LA SALUTE DEI MINORI, DELLE DONNE, DELLE COPPIE E DELLE FAMIGLIE

Messaggi chiave

Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori rappresentano la struttura aziendale a libero accesso e gratuita e sono deputati alla protezione, prevenzione, promozione della salute. L'attività consultoriale è caratterizzata da un approccio multidisciplinare e olistico (c.d. "Planetary Health"), nonché da una attenzione alla complessità dello stato di salute della popolazione. Le attività del Consultorio Familiare devono essere coordinate, sia sul piano del funzionamento interno del Consultorio Familiare, sia sul piano dell'integrazione in rete con gli altri servizi socio-sanitari (territoriali e ospedalieri) e con i diversi attori del Dipartimento Materno Infantile.

Contesto

I consultori familiari sono servizi di prossimità a tutela della salute della donna, della coppia, della famiglia e del bambino. Sono specificatamente orientati alla prevenzione delle malattie, e alla promozione della salute anche sessuale, alla pianificazione familiare e al monitoraggio della gravidanza

Nei consultori familiari operano ginecologi, ostetriche, assistenti sanitarie, infermieri, assistenti sociali, psicologi ed educatori. Il lavoro di equipe multidisciplinare, è elemento imprescindibile per garantire la continuità assistenziale, anche attraverso la definizione di percorsi predefiniti (es. Percorso Nascita di cui alla D.G.R. n. 34-8769 del 12 maggio 2008) adottando protocolli condivisi e validati dalla Comunità Scientifica.

I Consultori garantiscono l'offerta attiva di programmi di promozione della salute, di prevenzione primaria e diagnosi precoce anche per l'individuazione e il sostegno alle famiglie che vivono in condizioni di vulnerabilità e che richiedono un altro livello di assistenza.

I consultori attuano interventi a tutela della salute della donna, dell'età evolutiva, delle relazioni di coppia e familiari con particolare attenzione a: spazi adolescenti, pianificazione familiare e procreazione responsabile, assistenza in gravidanza, assistenza alla puerpera e al neonato, promozione dell'allattamento al seno, prevenzione dell'IVG, prevenzione dei tumori femminili, interventi per l'età post-fertile.

Sviluppo e linee di intervento

Secondo il D.M. 77/2022 *"il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, ove presenti, rappresentano la struttura aziendale a libero accesso e gratuita e sono deputati alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (comprese quelle in gravidanza), minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento"*

Standard:

- 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

Il Consultorio Familiare (CF) e l'attività rivolta ai minori nell'ambito dell'assistenza territoriale ad accesso diretto, ove presenti, garantiscono le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative, preventive, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. Gli ambiti di attività dei CF sono quelli previsti nei Livelli Essenziali di Assistenza. Il CF nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale garantisce tutte le prestazioni descritte nell'articolo 24 del DPCM 12 gennaio 2017, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative,

mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate.

L'attività consultoriale è caratterizzata da un approccio multidisciplinare e olistico (c.d. "Planetary Health"), nonché da una attenzione alla complessità dello stato di salute della popolazione anche attraverso la qualità dell'accoglienza, dell'ascolto e della comunicazione e la loro capacità di realizzare programmi di promozione della salute e assistenza volti anche alla presa di consapevolezza delle persone e delle comunità.

Il principio ispiratore del lavoro del CF è quello dell'integrazione, che avviene a tutti i livelli e si configura come un presupposto fondamentale per il raggiungimento dei suoi obiettivi.

Tale principio è evidente sia all'interno del CF che nel modo in cui questo si rapporta al contesto in cui opera. Il CF svolge, infatti, la propria attività in integrazione con tutti i professionisti afferenti ai servizi ospedalieri e territoriali, soprattutto con quelli dedicati alla presa in carico della persona, quelli rientranti nell'area dell'assistenza primaria e quelli diretti alla tutela della salute nei "primi 1000 giorni", della salute della donna in tutto il suo ciclo vitale e della salute mentale (es. pediatri di libera scelta, psicologi delle cure primarie, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dipartimenti di salute mentale e dipendenze, specialisti ambulatoriali, servizi di riabilitazione).

Inoltre, l'attività del CF richiede un approccio intersettoriale in quanto, oltre al sociale, vi sono innumerevoli altri attori che possono contribuire alla produzione di benessere dell'individuo e delle comunità (es. settore scolastico, culturale, sportivo), al contenimento del disagio familiare e sociale (es. settore della giustizia, del lavoro).

Le figure professionali che possono operare nel CF sono: l'ostetrica, il medico ginecologo, lo psicologo, l'assistente sociale, l'ostetrica, l'infermiere, l'assistente sanitario e altro personale sanitario, quale ad esempio l'educatore professionale con funzioni sociosanitarie, il personale amministrativo, ed altre figure come il mediatore linguistico culturale, il mediatore familiare, il terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (tnpee), il tecnico della riabilitazione psichiatrica (terp), l'avvocato.

Le attività del CF devono essere definite e coordinate, sia sul piano del funzionamento interno del CF, sia sul piano dell'integrazione in rete, con gli altri servizi sanitari (territoriali e ospedalieri) e con gli altri attori della Rete Materno Infantile.

Tutte le sedi dei CF dovranno essere dotate di locali e spazi adeguati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate."

Indirizzi programmatori generali

Nella tabella che segue sono evidenziati gli indirizzi programmatori generali, demandando ad atti successivi la declinazione degli obiettivi specifici e delle relative azioni.

	Obiettivi generali	Attuazione
1.	Recepire il presente atto generale di programmazione	Aziende sanitarie regionali
2.	Consolidare il modello dei consultori familiari in senso multiprofessionale e multidisciplinare	Aziende sanitarie locali
3.	Sviluppare una integrazione in rete con gli altri servizi della rete materno-infantile	Aziende sanitarie locali
4.	Definire e sviluppare le modalità di interconnessione funzionale e organizzativa con le altre strutture territoriali ed ospedaliere	Aziende sanitarie regionali
5.	Implementare e valutare le funzioni e le attività previste ed attuare gli adeguamenti necessari	Aziende sanitarie locali

5.11. PIANO DELLA CRONICITÀ

Messaggi chiave

L'approccio alla cronicità e alla fragilità è necessariamente multidisciplinare e multiprofessionale. Si fonda su un complesso di attività integrate e coordinate di diverse figure professionali, in diversi setting e servizi, per una presa in carico personalizzata e proattiva. La cabina di regia regionale viene supportata, attraverso periodici momenti di confronto, informativi, formativi e di co-programmazione organizzativa, dalle Direzioni aziendali e dai Referenti dei Nuclei Aziendali Cronicità, formalmente individuati dalle Aziende Sanitarie Regionali per sostenere la realizzazione dei Piani Locali Cronicità.

Contesto

Il miglioramento delle condizioni sociosanitarie e l'aumento della sopravvivenza hanno portato progressivamente a una profonda modificazione degli scenari di cura in quanto, parallelamente all'invecchiamento della popolazione, si è avuto un progressivo incremento delle malattie ad andamento cronico, spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo.

La gestione della cronicità rappresenta una delle sfide più rilevanti per il Servizio Sanitario, richiedendo un approccio assistenziale di lungo periodo, centrato sulla persona e sul coinvolgimento attivo del paziente e dei famigliari, di forte integrazione multidisciplinare, multiprofessionale e intersettoriale.

Il modello organizzativo è prioritariamente finalizzato all'ottimale attuazione del Piano della Cronicità in forma adeguata a ciascuna realtà del territorio piemontese, aspirando ad assumere le caratteristiche che connotano il "Chronic Care Model". In tale modello il Distretto sanitario si configura quale ambito di interrelazione e di coordinamento operativo per ottimizzare la gestione integrata delle cronicità: assume il ruolo di garantire la continuità assistenziale territoriale multidisciplinare e l'interfaccia sia con il livello ospedaliero, sia con la prevenzione che con l'area sociosanitaria e socioassistenziale.

Nella seduta del 15 settembre 2016 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano è stato sancito l'Accordo - avente ad oggetto "*Piano nazionale della cronicità*" (PNC), che, definisce, a livello nazionale, un "*disegno strategico*" per la gestione della cronicità e dei soggetti fragili, che le singole Regioni, tenuto conto dei servizi e delle risorse disponibili, potranno attuare sul proprio territorio.

Il Piano Nazionale Cronicità, precursore del D.M. 77/2022 in alcuni dei suoi elementi chiave, deve essere considerato come un punto di partenza per rivedere l'erogazione dei servizi. Il Documento di programmazione siglato nel settembre 2016, che definisce le strategie per la gestione di un numero consistente di malati cronici, si basa su un sistema fondato sulla medicina di iniziativa e sulla personalizzazione dei trattamenti, sulla stratificazione della popolazione e la stadiazione, sulla promozione della salute, la prevenzione e la diagnosi precoce, sulla domiciliarità, l'empowerment del paziente e dei caregiver, il coinvolgimento delle comunità locali e delle associazioni.

Il PNC propone pertanto che siano ridisegnati il sistema delle cure territoriali e dell'integrazione con l'ospedale, con lo scopo di ottimizzare i percorsi e rendere sostenibile la cura di un numero più congruo di pazienti.

Un'impostazione questa che modifica in modo radicale ~~tutti~~ i modelli organizzativi e professionali, compreso l'approccio stesso dei pazienti alla cura della propria salute, richiedendo, per la sua applicazione, tempi adeguati e il superamento di numerose criticità e rigidità.

Sulla base della D.C.R. 306-29185 del 10 luglio 2018 la Regione Piemonte ha promosso il coinvolgimento ed il contributo degli operatori sanitari, delle direzioni delle Aziende Sanitarie, delle Strutture regionali del Welfare nonché di altri portatori di interesse istituzionali, per lo sviluppo delle "Linee di indirizzo regionali per il recepimento del Piano nazionale cronicità" che, riprendendo i principi

fondanti del PNC, indica gli obiettivi che si intendono raggiungere, le relative linee di intervento e i risultati attesi.

Sviluppo e linee di intervento

L'approccio alla cronicità e alla fragilità è necessariamente multidisciplinare e multiprofessionale quindi si fonda su un complesso di attività integrate e coordinate poste in essere da diverse figure professionali, in diversi setting, per rendere concreta una presa in carico proattiva e personalizzata.

Il percorso nella Regione Piemonte si è sviluppato a partire dal 2018, articolandosi in fasi successive:

La prima fase sperimentale è stata avviata nei primi mesi del 2018 in quattro aziende sanitarie della Regione Piemonte (Asl Città di Torino, Asl TO3, Asl CN1 e Asl VCO) dove sono state istituite altrettante "Comunità di Pratica", composte da esperti e specialisti, integrate anche da stakeholder, per elaborare e mettere a punto i modelli di cura da utilizzare su tutto il territorio regionale.

Nella seconda fase la Regione ha dato incarico alle Aziende Sanitarie di recepire le Linee di indirizzo regionali per lo sviluppo dei 12 Piani Locali per la Cronicità; dal punto di vista operativo è stata richiesta a ogni Azienda Sanitaria Locale e Ospedaliera la definizione di un "Nucleo per la Cronicità" e una "Cabina di Regia", organi operativi che, con il coinvolgimento dei professionisti operanti nelle Aziende, hanno provveduto alla definizione del Piano sulla base di uno specifico iter di sviluppo strettamente monitorato dalla Direzione Sanità e Welfare.

La definizione dei Piani Locali Cronicità è stata occasione di coinvolgimento anche dei soggetti portatori di interessi (sia istituzionali che della società civile) per la condivisione di un modello il più possibile partecipato.

Nella terza fase, sulla base della versione definitiva dei Piani Locali Cronicità, integrati fra Azienda Sanitaria Locale e Azienda Ospedaliera di riferimento nel territorio, si è dato avvio all'implementazione delle priorità di azione individuate nei cronoprogrammi predisposti per il 2021 e 2022, con priorità sulla gestione delle patologie croniche.

Nella fase-attuale i Piani Locali per la cronicità sono in progressiva implementazione da parte delle Aziende Sanitarie Locali in sinergia con le Aziende Ospedaliere, anche con riferimento ai punti di interconnessione relativi allo sviluppo del D.M. 77/2022 e secondo focus di attenzione, tempi e indicatori previsti dalla programmazione regionale in materia.

Inoltre con la D.D. 2 maggio 2022, n. 725 "Piano Cronicità: costituzione della cabina tecnica di regia regionale e programmazione delle attività regionali e aziendali per l'anno 2022" è stata costituita, in seno alla Direzione Sanità e Welfare, la cabina tecnica di regia regionale per il piano cronicità.

La Cabina di regia regionale viene supportata a livello locale, attraverso periodici momenti di confronto, informativi, formativi e di co-programmazione organizzativa, dalle Direzioni aziendali e dai Referenti dei Nuclei Aziendali Cronicità, formalmente individuati dalle Aziende Sanitarie secondo quanto previsto nel Documento di programmazione 2022.

Con la sopracitata Determinazione è stato congiuntamente approvato il Documento "Programmazione Piano Cronicità 2022", ed è stato dato mandato alle Aziende Sanitarie Regionali, entro le tempistiche previste dal Documento stesso di provvedere formalmente ad aggiornare il Piano Locale Cronicità predisposto nel 2019 e ad approvare il relativo cronoprogramma per l'anno 2022.

I dodici Piani locali della cronicità integrati tra Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere sono pertanto stati revisionati e aggiornati nel giugno 2022 per disporre di un Documento di pianificazione sempre più concreto che possa fungere da modello metodologico di riferimento.

Con la nota Prot. 00046035 del 28.12.2021 del Settore Programmazione Sanitaria della Direzione Sanità e Welfare è stato trasmesso alle Aziende Sanitarie il "Documento metodologico" di sviluppo percorsi di salute e diagnostici terapeutici assistenziali (PSDTA), al fine di uniformare progressivamente le diverse modalità operative con uno schema essenziale e operativo, secondo una impostazione omogenea su base regionale ed aziendale.

Presso la Direzione Sanità e nelle Aziende sanitarie sono operativi gruppi multidisciplinari e multiprofessionali per lo sviluppo dei percorsi di salute diagnostici terapeutici assistenziali in ambito di

cronicità, allo scopo di affrontare la gestione delle patologie croniche in una prospettiva integrata di territorio-ospedale-territorio. I gruppi multidisciplinari aziendali realizzano il lavoro di definizione/revisione dei percorsi e di attivazione degli stessi sulla base dei cronoprogrammi definiti con il Piano Locale Cronicità.

In tale ambito va ancora aggiunto sono attive anche specifiche iniziative che fanno capo alla Progettazione Europea.

In sintesi la sfida alla cronicità è una sfida alla complessità. Ciò perché le malattie croniche possono essere curate per la maggior parte del tempo al di fuori di contesti ospedalieri, ma gli stessi modelli territoriali sono da rafforzare ulteriormente.

Indirizzi programmatori generali

Nella tabella che segue sono evidenziati gli indirizzi programmatori generali, demandando ad atti successivi la declinazione degli obiettivi specifici e delle relative azioni.

	Obiettivi generali	Attuazione	
1.	Recepire il presente atto generale di programmazione	Aziende regionali	sanitarie
2.	Aggiornare il piano locale cronicità con periodismo almeno annuale	Aziende regionali	sanitarie
3.	Definire e sviluppare a livello regionale e locale i percorsi di salute per la gestione della patologie croniche	Aziende regionali	sanitarie
4.	Definire e sviluppare le modalità di interconnessione funzionale e organizzativa dei percorsi di salute tra le strutture territoriali ed ospedaliere	Azienda regionali	sanitarie
5.	Implementare e valutare le funzioni e le attività previste ed attuare gli adeguamenti necessari	Aziende locali	sanitarie

5.12. PREVENZIONE IN AMBITO SANITARIO, AMBIENTALE E CLIMATICO

Messaggi chiave

Il Dipartimento di Prevenzione agisce con l'obiettivo di rendere esigibili, applicabili e misurabili i programmi e gli interventi previsti nel LEA Prevenzione collettiva e Sanità pubblica. Il DP ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale. Nell'ambito del contrasto alle malattie croniche non trasmissibili, il DP agisce in stretto raccordo con il Distretto per la programmazione, attuazione, validazione e coordinamento di azioni finalizzate all'individuazione di condizioni di rischio individuali e collettive.

Contesto

Ai fini della salvaguardia della salute e della sostenibilità del sistema, non si può non sottolineare il valore imprescindibile della prevenzione, verso cui si sono indirizzati in particolare i Piani Nazionali di Prevenzione e il Programma "Guadagnare Salute". A questi si rimanda per una più dettagliata definizione delle strategie finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle patologie croniche.

La Regione Piemonte, con D.G.R. n. 12-2524 del 11 dicembre 2020, ha recepito il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (Intesa Stato-Regioni n. 127/CSR del 6/08/2020) facendone propri la visione, i principi, le priorità e la struttura, con l'impegno ad adottarli e tradurli nel PRP 2020-2025.

Con la successiva D.G.R. n. 16-4469 del 29 dicembre 2021 "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 in attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 recepito con D.G.R. n. 12-2524 dell'11/12/2020 e approvazione del modello organizzativo per il Coordinamento regionale della prevenzione" è stato approvato il Piano regionale di Prevenzione 2020-2025 (PRP) e il modello organizzativo per il Coordinamento regionale della prevenzione

Il Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 è uno strumento di programmazione regionale che descrive le strategie per il raggiungimento degli obiettivi di salute prioritari, definiti sulla base del contesto epidemiologico regionale. Indica i programmi, gli obiettivi e le azioni da intraprendere nel periodo di riferimento. È costituito da 10 programmi predefiniti, con obiettivi e indicatori uguali per tutte le regioni, relativi a: promozione della salute nella scuola e nei luoghi di vita e di lavoro, dipendenze, sicurezza nei luoghi di lavoro, ambiente clima e salute, antimicrobico-resistenza.

A questi si aggiungono sei programmi liberi orientati ai setting e/o ai temi di salute ritenuti particolarmente rilevanti per la Regione Piemonte: promozione della salute nei primi mille giorni di vita, prevenzione nel setting sanitario e nella cronicità, alimenti e salute, screening oncologici, prevenzione delle malattie infettive. Un programma di governance assicura il coordinamento generale e il monitoraggio.

I programmi del Piano Regionale della Prevenzione vengono declinati nel contesto regionale e a livello territoriale attraverso le azioni previste nei Piani Locali di Prevenzione, strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie finalizzati a coordinare ed integrare le attività di prevenzione. Essi collegano in maniera coerente i livelli di programmazione nazionale, regionale e locale integrandoli con le risposte ai bisogni di salute ed alle specificità territoriali grazie anche ai sistemi di sorveglianza attivi nelle diverse Aziende Sanitarie.

Il Piano Regionale della Prevenzione è un adempimento LEA valutato annualmente attraverso indicatori certificativi che misurano il raggiungimento degli obiettivi specifici di ogni programma e alcuni aspetti trasversali a tutto il PRP, quali la comunicazione, la formazione, lo sviluppo di accordi intersettoriali, l'impatto sull'equità.

Sviluppo e linee di intervento

In base al D.M. 77/2022 "il Dipartimento di Prevenzione (DP), come previsto dagli articoli 7, 7-bis, 7-ter e 7-quater del decreto legislativo 502/1992 e s.m., ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

Standard massimo di popolazione per DP = 1: 500.000 abitanti, necessario per mantenere efficienza organizzativa e conoscenza del territorio che ha identità, omogeneità culturale e socioeconomica imprescindibili nell'azione preventiva.

Il DP, nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite, opera con riferimento al piano annuale di attività e di risorse negoziate con la Direzione Strategica nell'ambito della programmazione aziendale, al fine di garantire la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita. Alla luce di quanto definito dal LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", come da DPCM 12 gennaio 2017, il DP garantisce attraverso le sue articolazioni ed i suoi professionisti il supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali in tutti gli aspetti relativi alla Sanità Pubblica ed esercita nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente le seguenti funzioni:

- A - Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
- B - Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati
- C - Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
- D - Salute animale e igiene urbana veterinaria
- E - Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori
- F - Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- G - Attività medico legali per finalità pubbliche.

Il DP, nelle sue diverse articolazioni ed organizzazioni aziendali, è dotato, nell'ambito delle disponibilità previste dalla legislazione vigente, delle risorse multidisciplinari per poter adempiere alle funzioni sopra elencate.

A partire dalle funzioni sopramenzionate il DP, per la sua missione di supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali e regionali, è chiamato a garantire attività trasversali quali la preparazione e risposta rapida alle crisi/emergenze di natura infettiva, ambientale, ecc.

Per la sorveglianza delle malattie infettive in uno scenario di pre-allerta epidemica, potrà essere prevista la strutturazione di un team multisettoriale per fronteggiare le emergenze pandemiche, con uno standard di riferimento di professionisti sanitari da definire in base alle condizioni epidemiologiche e all'evoluzione delle fasi pandemiche, come previsto dal Piano Pandemico Nazionale, nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 1, comma 261 della legge n. 234/2021.

Per adempiere a tali attività il DP:

- opera in stretto raccordo con gli enti e le agenzie che sovrintendono alla materia di volta in volta trattata; nel caso delle crisi/emergenze/crisi diventa punto di riferimento tecnico-operativo tra le autorità nazionali, regionali e locali;
- garantisce il supporto alle attività di pianificazione, programmazione, organizzazione e monitoraggio volte a promuovere la salute e prevenirne e contenerne i rischi nei diversi ambiti di vita dei singoli e delle comunità (es. contesti sociali diversi, zone agricole e industriale, aree urbane e montane, ecc.).

Nell'ambito delle attività di tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati il DP, quale parte della costituenda rete del Sistema Nazionale di Prevenzione Salute, Ambiente e Clima (SNPS), garantisce il supporto, nell'ambito delle predette risorse disponibili, al raggiungimento dell'obiettivo "salute" nelle azioni di controllo sulle matrici ambientali attraverso interventi di analisi e di

monitoraggio, in stretto raccordo con le Agenzie del Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente con l'obiettivo di identificare e valutare i rischi per la popolazione e per gli ecosistemi.

Nell'ambito della tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro e della prevenzione dei danni acuti e cronici associati all'esposizione a rischi professionali, il DP agisce in raccordo con gli altri Enti preposti, anche contribuendo per quanto di competenza, sul versante tecnico, al costituendo Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei luoghi di Lavoro (SINP).

Nell'ambito del contrasto alle malattie croniche non trasmissibili, il DP agisce in stretto raccordo con il Distretto per la programmazione, attuazione, validazione e coordinamento di azioni finalizzate all'individuazione di condizioni di rischio individuali e al conseguente indirizzo ad interventi mirati alla promozione della salute e/o alla presa in carico della persona. In questo contesto si inserisce la collaborazione con le Case della Comunità, i Dipartimenti di Salute mentale e delle Dipendenze ovvero gli altri servizi della rete sociosanitaria territoriale per l'invio a interventi strutturati e per la modifica dei comportamenti a rischio.

Per la piena realizzazione del suo mandato, che supera la visione "settoriale" per servizi (Accordo Stato-Regioni sulle "Linee di guida per la prevenzione sanitaria e lo svolgimento delle attività del Dipartimento di prevenzione delle Aziende sanitarie locali" Repertorio Atti n. 1493 del 25 luglio 2002), il DP adotta un approccio basato sui principi di priorità, efficacia ed efficienza produttiva e allocativa, che necessita di un'organizzazione e di una governance flessibile (multidisciplinare, multi professionale, multisettoriale), capace di aggregare intorno ad obiettivi complessi professionalità diverse, anche esterne al sistema sanitario.

Elementi cardine di tale organizzazione sono:

- valutazione dell'impatto sanitario (health impact assessment) e identificazione del rischio (risk assessment e health equity audit) attraverso l'uso dei dati epidemiologici e, in particolar modo, del Profilo di salute ed equità, strumento essenziale per compiere una corretta analisi dello scenario e per la definizione di bisogni e priorità di intervento;
- azioni di promozione della salute, prevenzione rispetto ai determinanti della salute nel rapporto salute-ambiente, in stretto raccordo con enti locali e agenzie regionali e nazionali;
- azioni di preparedness e di risposta rapida alle emergenze sanitarie di tipo infettivo, ambientale, ecc. garantendo uno stretto raccordo ed il supporto alle autorità sanitarie locali e regionali nonché alle Agenzie ed Enti a ciò deputati;
- cultura e pratica di interventi di prevenzione ancorati alle prove di efficacia (efficacy ed effectiveness), equità e sostenibilità;
- approccio sistemico:
 - nell'erogazione delle prestazioni, anche al fine di favorire l'integrazione delle articolazioni del DP nella rete dei servizi sociosanitari a rilevanza sanitaria coordinata dal Distretto;
 - nella promozione, prevenzione e tutela della salute delle comunità avendo come riferimento gli Obiettivi di sviluppo sostenibili (SDGs), anche attraverso l'adozione della strategia "One Health" e con particolare attenzione al rapporto salute - ambiente, favorendo una stretta sinergia con le diverse articolazioni delle comunità locali, con le agenzie e le istituzioni interessate;
 - comunicazione come veicolo di efficacia degli interventi di promozione della salute e prevenzione, per contribuire ad incrementare l'alfabetizzazione sanitaria e lo sviluppo di competenze e capacità, per il riorientamento salutare di ambienti, contesti e stili di vita e l'adesione a programmi di prevenzione secondaria, nonché come strumento per la condivisione degli obiettivi di salute e dei criteri di priorità degli interventi a tutti i livelli della concertazione (tecnica, istituzionale e di comunità), e di fidelizzazione, di trasparenza e credibilità del DP;
 - qualità ovvero adozione e implementazione di standard e processi con valutazione degli stessi e degli esiti delle azioni rispetto agli obiettivi fissati al fine di innescare meccanismi di revisione e miglioramento continuo della efficacia, appropriatezza e qualità professionale, tecnologica, relazionale;

- *formazione continua degli operatori basata sulle competenze essenziali per ogni profilo professionale (core competencies) finalizzata:*

- *al raggiungimento e mantenimento delle stesse e degli standard operativi collegati;*
- *all'assimilazione degli elementi del metodo di lavoro (costruzione del profilo di salute, scelta delle priorità, individuazione degli interventi efficaci, programmazione, realizzazione e valutazione, di processo e di impatto) orientato alla collaborazione e alla trasversalità;*

- *valorizzazione dell'epidemiologia e uso di dati (sistemi di sorveglianza di popolazione) ed indicatori, come strumento:*

- *di monitoraggio dello stato di salute delle comunità*
- *di valutazione di impatto dei programmi;*
- *di governance dei processi, anche nella direzione dell'integrazione con altre strutture e aree del sistema.*

In questo contesto si inserisce la collaborazione, anche attraverso la previsione all'interno di ogni DP di esperti in tematiche che riguardano la salute l'ambiente e le loro connessioni che funga da elemento collettore presso le Case della Comunità, che prevedono tra i vari obiettivi anche quello di garantire in modo coordinato la prevenzione e promozione della salute sia attraverso interventi di comunità che individuali realizzati dall'equipe sanitarie con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale.

Le funzioni del DP direttamente afferenti alla prevenzione primaria e al controllo dei determinanti di salute di natura ambientale e climatica, operano in una rete con il coordinamento tecnico dell'Istituto Superiore di Sanità, al fine di garantire un approccio di sistema nella valutazione e controllo degli effetti delle pressioni ambientali e climatiche sul benessere delle persone e delle comunità, e nella costruzione di interventi e di scenari decisionali, con un approccio basato sulla prevenzione integrata, strettamente connesso con l'assistenza sanitaria territoriale e le Case della Comunità.

Come sancito dai Piani Nazionali della Prevenzione a partire dal 2005, l'azione del DP è sempre più multidisciplinare e intersettoriale, nell'ottica della Salute in tutte le politiche. Esso opera in raccordo con gli altri nodi della rete, estendendo gli ambiti di intervento (prevenzione universale, medicina predittiva, medicina di genere, prevenzione nella popolazione a rischio, prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia) attraverso una stretta interazione e integrazione (organizzativa, funzionale, operativa) nonché un utilizzo coordinato di tutte le risorse. Tale modello a rete di erogazione dei servizi favorisce la presenza capillare sul territorio delle attività di prevenzione e promozione della salute e allo stesso modo garantisce la capacità del DP di: i) intercettare precocemente la domanda di salute della popolazione e fornire adeguate risposte; ii) sviluppare strategie e strumenti di gestione etica delle risorse della comunità (stewardship); iii) promuovere consapevolezza e autodeterminazione della persona (empowerment).

Questa strategia viene ulteriormente rafforzata dal PNP 2020-2025 il quale promuove un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti secondo una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (One Health). Il Piano investendo, pertanto, nella messa a sistema in tutte le Regioni e Province autonome di programmi di prevenzione collettiva di provata efficacia e di modelli, metodologie e linee di azione basate su evidenze consolidate o su buone pratiche validate e documentate, impegna il DP ad agire con l'obiettivo di rendere esigibili, applicabili e misurabili i programmi e gli interventi previsti nel LEA Prevenzione collettiva e Sanità pubblica".

Indirizzi programmatori generali

Nella tabella che segue sono evidenziati gli indirizzi programmatori generali, demandando ad atti successivi la declinazione degli obiettivi specifici e delle relative azioni.

	Obiettivi generali	Attuazione
1.	Recepire il presente atto generale di programmazione	Aziende sanitarie regionali
2.	Consolidare le attività dei Dipartimenti di prevenzione, anche in correlazione operativa con l'area territoriale e le Case della Comunità	Aziende sanitarie locali
3.	Definire il piano annuale della prevenzione a livello locale	Aziende sanitarie locali
4.	Definire e sviluppare le modalità di interconnessione funzionale e organizzativa con il Distretto	Aziende sanitarie locali
5.	Implementare e valutare le funzioni e le attività previste ed attuare gli adeguamenti necessari	Aziende sanitarie locali

5.13. INTEGRAZIONE TERRITORIO-OSPEDALE-TERRITORIO, RETI, PERCORSI DI SALUTE ED APPROPRIATEZZA CLINICA ED ORGANIZZATIVA

Messaggi chiave

Il riequilibrio e l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale costituisce uno degli obiettivi prioritari di politica sanitaria. Per le persone assistite che risultano più fragili e vulnerabili sono attivati percorsi integrati di continuità delle cure ospedale-territorio. Diventa peraltro essenziale il ruolo delle reti sanitarie integrate e dei percorsi di salute e diagnostico-terapeutici assistenziali, per la presa in carico complessiva e il trattamento delle patologie croniche in forma integrata fra medicina di territorio e medicina specialistica, secondo la logica dell'appropriatezza clinica ed organizzativa.

Contesto

Una cura appropriata consiste nella selezione, sulla base degli interventi di cui è stata dimostrata l'efficacia per un determinato disturbo, dell'intervento con la maggiore probabilità di produrre gli esiti di salute attesi da quel singolo paziente. Un intervento può essere appropriato soltanto quando vengono soddisfatti determinati criteri.

In tale ambito occorre perseguire la strutturazione della rete territoriale connessa al suo interno e con la rete ospedaliera, in modo tale da garantire: da un lato la corretta presa in carico del cittadino in tutte le fasi e passaggi del suo percorso di salute, dall'altra la continuità delle cure in un sistema dove i livelli di intensità degli interventi possano essere modulati dal territorio all'ospedale e viceversa. In tale ambito risulta fondamentale concentrare nell'Ospedale l'acuzie, le terapie complesse e le alte tecnologie, e dall'altro potenziare le altre strutture per la diagnosi, la prevenzione, i controlli e la gestione della cronicità. Il modello di Ospedale ipotizzato è quindi componente di un sistema di assistenza complesso e integrato, che dovrebbe sempre più funzionare in modo armonizzato e sinergico, per configurare un'organizzazione a rete dei servizi.

Come riportato nel D.M. 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", l'ospedale integra la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione ordinaria di linee guida per la gestione integrata dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PSDTA) per le patologie complesse ed a lungo termine (in particolare quelle oncologiche e cardiovascolari) e di Protocolli di Dimissione protetta per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta (in particolare per i pazienti con lesioni traumatiche e neurologiche).

Il riequilibrio e l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale costituisce oggi uno degli obiettivi prioritari di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete ai nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni (epidemiologica, demografica e sociale) che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni portando ad un cambiamento strutturale e organizzativo.

Rispetto alle patologie croniche, l'ospedale va quindi concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema diagnostico-terapeutico-riabilitativo, che deve interagire con la specialistica ambulatoriale e con l'assistenza primaria, attraverso nuove formule organizzative che prevedano la creazione di reti multispecialistiche dedicate e "dimissioni assistite" nel territorio, finalizzate a ridurre il dropout dalla rete assistenziale, causa frequente di riospedalizzazione a breve termine.

Con la DGR 28 marzo 2012, n. 27-3628 "Attuazione Piano di rientro - D.G.R. n. 44-1615 del 28.2.2011 e s.m.i. - La rete territoriale: criteri e modalità per il miglioramento dell'appropriatezza e presa in carico territoriale" è stato approvato, per un percorso integrato di continuità di cura ospedale-territorio all'interno della rete dei servizi per interventi di tipo sanitario e socio-assistenziale, il modello organizzativo descritto nell'allegato A a detto provvedimento.

Il modello della rete ospedaliera è stato quindi definito con la D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute

2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale” e con la D.G.R. n. 1-924 del 23.1.2015 "Integrazioni alla D.G.R. 1-600 del 19.11.2014 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale".

Inoltre con la D.G.R. n. 17-4075 del 12 novembre 2021 è stato recepito il “Piano per l’applicazione e la diffusione della Medicina di Genere” adottato con D.M. 13/06/2019 e sono stati definiti i criteri per la costituzione del Gruppo Tecnico Regionale per la Medicina di Genere.

Nel sistema sanitario regionale è presente allo stato attuale un contesto molto articolato di reti, sia tempo dipendenti sia clinico-assistenziali, che favoriscono l’integrazione tra l’area territoriale e l’area ospedaliera.

Con la DGR 29 luglio 2022, n. 10-5445 “Modifica parziale ed integrazione della D.G.R. n. 1-5265 del 28 giugno 2022, ad oggetto: Approvazione percorso protetto di continuità assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone con bisogni sanitari e assistenziali assimilabili ad anziano non autosufficiente, dimessi da strutture ospedaliere e di post acuzie verso RSA autorizzate, accreditate e contrattualizzate con il SSR” sono state individuate le modalità di sviluppo di specifiche forme di integrazione tra ospedale e territorio.

Sviluppo e linee di intervento

Lo schema AGENAS sulle “Linee Guida per la Revisione delle Reti Cliniche - D.M. n.70/2015 - Le Reti tempo dipendenti (2018)” ha definito alcuni dei riferimenti per la costruzione delle reti sanitarie.

La Rete clinico-assistenziale è un modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli di complessità diversi, nel rispetto della continuità assistenziale e dell’appropriatezza clinica e organizzativa.

La Rete clinico assistenziale regionale individua i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini.

Il Piano di Rete, predisposto e validato dal Coordinamento regionale della Rete, viene sviluppato in coerenza con gli obiettivi assegnati e relativi indicatori e con le risorse disponibili, nonché contenere le linee di indirizzo e operative per il loro raggiungimento.

In quest’ottica il passaggio che si sta concretizzando è dal “percorso di salute e diagnostico-terapeutico-assistenziale” (PDTA) al “percorso di salute e diagnostico terapeutico assistenziale” (PSDTA), che viene sviluppato in modo più ampio, tale da delineare la presa in carico, gestione e valutazione del paziente integrando tutti gli attori dell’assistenza e del welfare: la prevenzione, il domicilio, le cure primarie, la specialistica ambulatoriale, l’assistenza territoriale e quella ospedaliera, le reti della comunità.

La costruzione di PSDTA centrati sui pazienti è garanzia di effettiva presa in carico dei bisogni “globali” e di costruzione di una relazione empatica tra il team assistenziale e la persona con cronicità ed i suoi Caregiver di riferimento.

La definizione contenuta nel Piano Nazionale per il governo delle liste d’attesa 2019-2020 caratterizza i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) come una serie di attività, alcune erogate in regime ambulatoriale altre in condizione di degenza ospedaliera, finalizzate alla gestione programmata ed appropriata di un problema assistenziale complesso, secondo priorità temporali e modalità d’accesso differenziati a seconda della gravità del singolo caso.

I percorsi di salute diagnostici terapeutici assistenziali (PSDTA), nella loro formulazione più aggiornata, permettono di valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee guida di riferimento e alle risorse disponibili e la misura delle attività e degli esiti, in particolare degli outcome, con indicatori specifici, conducendo al miglioramento dell’efficacia e dell’efficienza di ogni intervento e, in modo particolare, dell’appropriatezza clinica ed organizzativa.

L’approccio appropriato prevede, nell’ambito della rete integrata dell’assistenza primaria, una presa in carico condivisa centrata sulla persona in un percorso assistenziale che preveda un’integrazione dei

servizi sanitari e sociali (Distretto, servizi socio-assistenziali, caregiver, ecc.), una dimensione multiprofessionale e multidisciplinare (MMG, PDLS, specialisti, infermieri, IFEC, ecc.) in cui i diversi attori si muovono in un unico percorso, quello del PSDTA territorio-ospedale-territorio.

La finalità attesa è quindi di sviluppare e riorganizzare l'assistenza territoriale ed impattare al contempo favorevolmente sulle situazioni di cronicità, sociale ed inappropriata che distolgono l'Ospedale dalla sua funzione prioritaria di gestione dell'acuzie e dell'alta complessità ad elevato livello tecnologico.

Il nuovo modello organizzativo della medicina territoriale deve essere contestualmente orientato anche a fornire una risposta adeguata ed esaustiva a tutti quei bisogni di salute che impattano impropriamente sul sistema di emergenza-urgenza e sull'area ospedaliera, che è diventata spesso per i cittadini punto prevalente di riferimento anche per le richieste che dovrebbero essere rivolte ad altri servizi sanitari.

Indirizzi programmatori generali

Nella tabella che segue sono evidenziati gli indirizzi programmatori generali, demandando ad atti successivi la declinazione degli obiettivi specifici e delle relative azioni.

	Obiettivi generali	Attuazione
1.	Recepire il presente atto di programmazione	Aziende sanitarie regionali
2.	Consolidare il sistema della reti clinico-assistenziali a livello regionale e locale	Aziende sanitarie regionali
3.	Potenziare il sistema dei percorsi di salute e diagnostici terapeutici assistenziali a livello regionale e locale	Aziende sanitarie regionali
4.	Definire un progetto di integrazione tra Territorio-Ospedale-Territorio in relazione con i percorsi di salute e con l'appropriatezza clinica ed organizzativa	Aziende sanitarie regionali
5.	Implementare e valutare le funzioni e le attività previste ed attuare gli adeguamenti necessari	Aziende sanitarie regionali

5.14. TELEMEDICINA

Messaggi chiave

La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria consentendo l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione. Le diverse prestazioni e servizi di telemedicina costituiscono un'opportunità importante per il sistema sanitario. D'altro canto, affinché le prestazioni di telemedicina possano essere attivate, è necessaria la collaborazione della persona assistita.

Contesto

La Missione 6 del PNRR promuove l'applicazione della telemedicina da ambito sperimentale limitato ad alcune realtà locali a componente integrante del sistema regionale finalizzata a migliorare la qualità dell'assistenza e l'accessibilità alle cure, oltre a ridurre i divari territoriali attraverso la garanzia dell'interoperabilità delle soluzioni adottate.

Le indicazioni nazionali per l'erogazione delle prestazioni in telemedicina (Repertorio atti n.215 CSR del 17 dicembre 2020) sono state integrate dalle «Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie» della CSR del 18 novembre 2021 e ulteriormente approfondite dal D.M. 29 aprile 2022 «Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare» e dal D.M. 21 settembre 2022. «Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio».

A livello regionale, con la D.G.R. n. 27-6517 del 23 febbraio 2018 avente ad oggetto "Attuazione del Piano Triennale per l'informatica nella P.A. 2017-2019", sono stati definiti gli elementi di pianificazione della sanità digitale nella Regione Piemonte.

Con la D.G.R. n. 6-1613 del 3 luglio 2020 "Prima attivazione dei servizi sanitari di specialistica ambulatoriale erogabili a distanza (Televisita), in conformità alle "Linee di indirizzo nazionali di telemedicina" (repertorio atti n.16/CSR), ai sensi dell'Intesa del 20 febbraio 2014, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, si è provveduto all'attivazione dei servizi sanitari di specialistica ambulatoriale erogabili a distanza, ai sensi dell'Intesa del 20 febbraio 2014, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle "Linee di indirizzo nazionali di telemedicina" (repertorio atti n.16/CSR). La D.G.R. n.6-1613 ha consentito un' accelerazione importante sul tema della sanità digitale, introducendo i seguenti elementi innovativi:

- la televisita come modalità riconosciuta nel SSR per l'erogazione di prestazioni nell'ambito di specialistica ambulatoriale, equiparata alla modalità tradizionale di visita per quanto concerne la modalità di prescrizione (in coerenza col nomenclatore tariffario regionale e stesso sistema di remunerazione);
- inserimento nel CUP della televisita in telemedicina;
- tracciatura/rendicontazione delle prestazioni erogate in telemedicina attraverso il flusso C;
- possibilità di sperimentare altre tipologie di prestazioni oltre la televisita (es: teleconsulto, telemonitoraggio/telecontrollo, teleassistenza e teleriabilitazione).

La D.G.R. n.6-1613/2020 stabilisce inoltre la cornice normativa entro la quale le prestazioni in modalità "televisita" possono essere erogate, precisando che tale modalità deve essere impiegata principalmente nella continuità assistenziale (follow-up) per quei pazienti già noti al SSR e che non necessitino di un esame obiettivo.

Il provvedimento, in particolare, ha stabilito che le Aziende sanitarie pubbliche e gli erogatori privati accreditati e contrattualizzati ai sensi del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. possano erogare le medesime

specialità assistenziali ad oggi erogate con la modalità tradizionale attraverso la Televisita, nel rispetto delle condizioni declinate nel provvedimento. È stato, altresì, stabilito che ai servizi ambulatoriali erogati in telemedicina, nelle more di eventuali atti nazionali, si applichino le medesime tariffe ed il medesimo sistema di remunerazione disciplinati per l'erogazione delle prestazioni in modalità "tradizionale", ivi inclusa l'eventuale quota di compartecipazione – ticket e quota aggiuntiva – a carico del cittadino. La deliberazione suddetta, facendo esplicito riferimento al Rapporto ISS COVID-19, n. 12/2020 e tenendo conto delle disposizioni in esso contenute, prevede che i servizi ambulatoriali in Televisita possano essere erogati dalle Aziende sanitarie pubbliche del SSR e da erogatori privati accreditati e contrattualizzati ai sensi del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., sia nella fase di emergenza da COVID, sia in fasi successive, a precisa tutela dei pazienti.

Con la D.G.R. n. 13-2103 del 16 ottobre.2020 "Estensione del numero di prestazioni ambulatoriali della branca 8 Cardiologia erogabili in regime di esenzione alla compartecipazione della spesa sanitaria e inserimento nel Nomenclatore Tariffario di una nuova prestazione della branca di cardiologia per il controllo e il monitoraggio, anche a distanza, di particolari patologie cardiologiche" è stata introdotta la possibilità di utilizzare gli strumenti della telemedicina in ambito cardiologico per quanto riguarda il controllo remoto di pacemaker, defibrillatore, loop recorder CCM..

Con la successiva D.G.R. n. 17-2318 del 20 novembre .2020, "D.G.R. n. 27-6517 del 23.2.2018: Intervento 5) Realizzazione del Centro Servizi di Telemedicina. Approvazione indirizzi per l'attuazione, con la previsione di un'unica piattaforma applicativa di Telemedicina da mettere a disposizione degli specialisti delle aziende sanitarie, dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta al fine di offrire prestazioni di sorveglianza e monitoraggio da remoto nell'ambito all'emergenza COVID e per garantire la continuità della presa in carico anche all'utenza "non-COVID correlata", in particolare ai pazienti "fragili" e cronici.

Con la D.D. n. 968 del 6 giugno 2022 "Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 "Salute"- D.M. 29 aprile 2022. Adozione linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare." sono state adottate le suddette linee guida contenenti il modello approvato con D.M. 29 aprile 2022 e nell'ambito della telemedicina per le cure domiciliari sono descritti gli elementi caratterizzanti del modello digitale e la modalità di applicazione del modello digitale.

Sviluppo e linee di intervento

In base al D.M. 77/2022, Allegato 1, punto 15, *"la telemedicina è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario).*

La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, già consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo - se inclusa in una rete di cure coordinate - l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

La telemedicina supporta l'interazione dei diversi professionisti sanitari con l'assistito nelle diverse fasi di valutazione del bisogno assistenziale, di erogazione delle prestazioni e di monitoraggio delle cure. Facilita inoltre lo scambio di informazioni tra professionisti e la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare sui singoli casi clinici. Implica il trasferimento di dati e informazioni, anche personali e relativi alla salute, in diversi formati (numerici, testuali, grafici, multimediali, ecc.) e modalità di interazione (sincrona o asincrona).

Le diverse prestazioni e servizi di telemedicina, quali la televisita specialistica, la teleassistenza, il telemonitoraggio, la teleriabilitazione, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico sanitaria, o la teleriferazione, costituiscono un'opportunità e un fattore abilitante la strutturazione di modelli di gestione integrata dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria, in grado di rispondere sia alle necessità dei sistemi sanitari, con particolare riferimento alla gestione della cronicità, sia, in un'ottica di medicina personalizzata, a quelle individuali del singolo assistito, così come previsto anche dal "Patto per la Salute 2019-2021".

L'importanza del ruolo della sanità digitale e della telemedicina nel favorire i processi di presa in carico del paziente cronico, consentendo una migliore gestione domiciliare della persona, è riconosciuta anche nel Piano Nazionale della Cronicità del 2016. Del resto, l'utilizzo della telemedicina per l'erogazione di prestazioni e servizi assistenziali abilita e supporta l'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 21 del DPCM del 12 gennaio 2017, nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati e assistenza territoriale.

Lo sviluppo della telemedicina va considerato come un elemento abilitante per l'attuazione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, poiché può favorire:

- la riduzione delle distanze tra operatori sanitari e pazienti e tra operatori sanitari stessi;*
- il tempestivo intervento per pazienti cronici trattati a domicilio in occasione di episodi di acuzie;*
- la diagnosi precoce dell'evento acuto e il tempestivo intervento per pazienti trattati a domicilio e/o in condizioni di emergenza;*
- l'efficientamento delle prestazioni assistenziali erogate in zone interne e/o disagiate con una ottimizzazione delle risorse, offrendo servizi di prossimità che aumentino l'appropriatezza e l'aderenza terapeutica;*
- la correlazione degli interventi per una presa in carico integrata tra ospedale e territorio, anche assicurando processi di de-ospedalizzazione, quali ad esempio le dimissioni protette;*
- la collaborazione tra gli operatori appartenenti alle diverse reti assistenziali ospedaliere e territoriali, consentendo una più efficace ed efficiente operatività dei gruppi di lavoro, in particolare per tutti quei contesti nei quali la multidisciplinarietà è elemento essenziale per una corretta presa in carico e gestione dell'assistito.*

La telemedicina è dunque l'insieme di tecnologia e organizzazione che, se inclusa in una rete di cure coordinate (coordinated care), contribuisce in modo rilevante a migliorare la capacità di risposta del Servizio Sanitario Nazionale. Nel disegno di riorganizzazione dell'assistenza territoriale delineato dal presente Documento, la telemedicina diviene parte integrante del progetto di salute, sia esso semplice o complesso, definito per il singolo assistito in base ai propri bisogni di salute.

Le esperienze sinora condotte dimostrano che nella presa in carico continuativa e di lungo periodo del paziente multi-patologico e/o fragile le modalità di adozione di modelli di servizio innovativi supportati dalla telemedicina sono legate strettamente alla maturità e capacità dei contesti locali e possono implicare importanti modifiche dell'operatività e delle competenze dei professionisti.

Tale visione è coerente con quanto richiamato nelle "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", approvate in Conferenza Stato-Regioni il 17 dicembre 2020, in base alle quali le prestazioni ed i servizi di telemedicina sono assimilati a qualunque altra prestazione o servizio diagnostico/terapeutico/assistenziale/riabilitativo, e come tali devono sempre rispettare tutti i diritti e gli obblighi propri di qualsiasi atto sanitario. Anche se, per quel che concerne il rapporto personale medico-paziente, le prestazioni di telemedicina non sostituiscono completamente le prestazioni assistenziali tradizionali, ma le integrano per migliorarne efficacia, efficienza, appropriatezza e sostenibilità. A tal fine le regioni e le aziende sanitarie erogano prestazioni e servizi per cui, attraverso studi comparativi, siano state scientificamente dimostrate, pari condizioni di sicurezza per gli assistiti ed i professionisti sanitari, e pari o migliori condizioni in termini di costo-efficacia rispetto alla pratica clinica tradizionale.

In coerenza con l'obiettivo di aumentare l'accessibilità e ridurre le diseguaglianze nell'accesso alle cure e garantire un approccio quanto più omogeneo possibile sul territorio, e in considerazione delle potenzialità delle moderne tecnologie ICT, i sistemi che erogano prestazioni di telemedicina, che operino a qualsiasi livello aziendale, regionale, interregionale e/o nazionale, devono:

- interoperare con i diversi sistemi nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, ecc.) e regionali (FSE, CUP, ecc.) a supporto dell'assistenza sanitaria, garantendo il rispetto degli standard di interoperabilità nei dati;*
- supportare la convergenza di processi e strutture organizzative, seppur con la necessaria flessibilità in base alle esigenze specifiche, anche superando la frammentazione tecnologica;*

- supportare l'attivazione di servizi di telemedicina per i singoli pazienti, in base alle indicazioni del Progetto di salute;
- uniformare le interfacce e le architetture per la fruizione delle prestazioni di telemedicina, sia per l'utente che per il professionista, in un'ottica di semplificazione, fruibilità e riduzione del rischio clinico, assicurando anche l'integrazione con i sistemi di profilazione regionali/nazionali (es. SPID);
- mettere a disposizione servizi strutturati in modo uniforme e con elevati livelli di sicurezza, sull'intero territorio, sviluppati con approccio modulare e che garantiscono il rispetto delle vigenti indicazioni nazionali.

Responsabilità professionale

La responsabilità professionale nel determinare l'idoneità dell'assistito alla fruizione di prestazioni di telemedicina e di teleassistenza è in capo ai medici o per le attività di teleassistenza agli altri professionisti sanitari che, opportunamente formati all'uso delle tecnologie, operativamente erogano le prestazioni a distanza, in quanto deputati a individuare gli strumenti più idonei per il singolo paziente, in un'ottica di proporzionalità, appropriatezza, efficacia e sicurezza, nel pieno rispetto dei diritti della persona.

D'altro canto, affinché le prestazioni di telemedicina possano essere attivate, è necessaria una preventiva adesione da parte dell'assistito, che si rende disponibile al contatto telematico, all'interazione documentale e informativa con il professionista sanitario e a utilizzare i previsti sistemi di comunicazione remota, secondo le normative vigenti in tema di privacy e sicurezza. In questo contesto, se il paziente è disponibile a ricevere la prestazione in telemedicina dal domicilio, il suo "profilo tecnologico", ovvero la sua conoscenza e capacità d'uso degli strumenti informatici, deve diventare parte dell'anamnesi. Al variare del tipo di prestazione di telemedicina erogata, e dei relativi requisiti minimi e dispositivi accessori associati, per il singolo assistito dovrebbero essere valutati i seguenti aspetti:

1. se sa usare o è in grado di imparare ad usare gli strumenti digitali di comunicazione (es. smartphone, tablet, computer con webcam);
2. se può usare autonomamente tali strumenti (disabilità fisica e cognitiva potrebbero limitarne la possibilità);
3. se può essere aiutato da un familiare o un caregiver nell'uso di tali strumenti;
4. l'idoneità al domicilio della rete internet, degli impianti (elettrici, idraulici, ecc), degli ambienti e delle condizioni igienico-sanitarie.

Per i Requisiti minimi e gli Standard di servizio si rinvia alle "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", approvate in Conferenza Stato Regioni il 17 dicembre 2020."

L'adozione della telemedicina come strumento di erogazione di servizi da remoto ha pertanto molteplici vantaggi documentabili in letteratura, tra i quali si evince la possibilità di garantire standard assistenziali e di cura anche in zone rurali e/o disagiate per le distanze da punti di primo accesso sanitario o per l'assenza di figure specialistiche di riferimento.

Indirizzi programmatori generali

Nella tabella che segue sono evidenziati gli indirizzi programmatori generali, demandando ad atti successivi la declinazione degli obiettivi specifici e delle relative azioni.

	Obiettivi generali	Attuazione
1.	Recepire il presente atto generale di programmazione	Aziende sanitarie regionali
2.	Definire e sviluppare il progetto di telemedicina secondo le indicazioni nazionali e regionali	Aziende sanitarie regionali
3.	Potenziare i servizi di telemedicina e le prestazioni correlate a livello regionale e nelle Aziende Sanitarie, a livello territoriale ed ospedaliero	Aziende sanitarie regionali
4.	Supportare la convergenza di processi e strutture organizzative nelle Aziende Sanitarie	Azienda sanitarie regionali
5.	Implementare e valutare le funzioni e le attività previste ed attuare gli adeguamenti necessari	Aziende sanitarie regionali

5.15. SISTEMI INFORMATIVI

Messaggi chiave

I sistemi informativi producono le informazioni necessarie al monitoraggio a livello nazionale e locale dell'assistenza territoriale, al fine di assicurare la produzione nativa dei dati relativi ai flussi informativi nazionali già attivi, anche in relazione al potenziamento del fascicolo sanitario elettronico. I sistemi informativi del Distretto devono altresì assicurare il rispetto di requisiti di qualità e completezza nella produzione dei dati.

Contesto

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) rappresenta lo strumento di riferimento per le misure di qualità, efficienza e appropriatezza del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), attraverso la disponibilità di informazioni che per completezza, consistenza e tempestività, supportano le Regioni e il Ministero della Salute nell'esercizio delle proprie funzioni e, in particolare, il Ministero nella sua funzione di garante dell'applicazione uniforme dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sul territorio nazionale.

Con la D.G.R. 29 dicembre 2021, n. 58-4509 "Approvazione del "Programma pluriennale in ambito ICT", per il triennio 2021 – 2023. Aggiornamento del programma pluriennale ICT 2019-2021 di cui alla D.G.R. 4-8239 del 27/12/2018. Spesa complessiva massima di euro 273.749.900,20" è stato aggiornato il Programma in ambito di ICT nella Regione Piemonte.

Detto programma costituisce atto di indirizzo per le strutture regionali competenti, per l'attuazione delle iniziative e degli interventi ivi definiti nei limiti delle risorse finanziarie disponibili e stanziato sui capitoli di bilancio e assegnate alle Direzioni stesse.

Successivamente con la D.G.R. 11 febbraio 2022, n. 6-4630 "Approvazione Programma di investimenti finanziato con il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) finalizzato all'ammodernamento del parco tecnologico delle strutture sanitarie: M6, C.2, 1.1.2" è stato approvato il Programma di investimenti finanziato con il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) M6, C.2, 1.1.2 finalizzato all'ammodernamento del parco tecnologico delle strutture sanitarie per un importo totale di euro 78.999.668,72.

In tale ambito il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è lo strumento attraverso il quale il cittadino può tracciare e consultare tutta la storia della propria vita sanitaria, condividendola con i professionisti sanitari per garantire un servizio più efficace ed efficiente.

Sviluppo e linee di intervento

Sulla base del D.M. 77/2022, *"tutte le unità operative territoriali che compongono il Distretto devono essere dotate di soluzioni digitali idonee ad assicurare la produzione nativa dei documenti sanitari in formato digitale, secondo gli standard adottati a livello nazionale, e la condivisione dei dati relativi a ciascun paziente tra i diversi professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza: ciò al fine di consentire di realizzare servizi in rete pienamente integrati. Si tratta, quindi, di rendere disponibili a ciascun Distretto, anche nell'ambito dei sistemi regionali, infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate e interoperabili sia con i sistemi dell'ecosistema di sanità digitale nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, ecc.) e regionali (FSE, CUP, ecc.) nonché con le soluzioni di telemedicina.*

I sistemi informativi del Distretto devono essere in grado di:

- a) produrre i documenti nativi digitali necessari ad alimentare il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di ciascun assistito, anche grazie al potenziamento del FSE previsto nel PNRR;*
- b) integrarsi ed interoperare con la piattaforma del Sistema TS del Ministero dell'economia e delle finanze, per garantire la corretta generazione della ricetta dematerializzata (a carico del SSN e non a carico del SSN), nonché dei Piani Terapeutici Elettronici;*

c) produrre i dati necessari al monitoraggio a livello nazionale dell'assistenza territoriale, al fine di assicurare la produzione nativa dei dati relativi ai flussi informativi nazionali già attivi (SDO, FAR, SIAD, EMUR, HOSPICE, ecc.), nonché assicurare la necessaria evoluzione applicativa per la produzione dei flussi informativi di prossima attivazione (riabilitazione territoriale, consultori familiari, ospedali di comunità e cure primarie); la piattaforma potrà utilizzare le componenti software (Software Developer Toolkit - SDK) messe a disposizione dal Ministero della salute, nell'ambito NSIS, per facilitare l'interoperabilità e la standardizzazione della semantica delle applicazioni IT a livello locale;

d) interoperare con il repository centrale del FSE al fine di utilizzare servizi applicativi di interesse per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione degli assistiti del Distretto;

e) interoperare con le piattaforme di telemedicina adottate a livello regionale/nazionale.

I sistemi informativi del Distretto devono essere sottoposti a certificazione da parte della Regione per assicurare il rispetto di requisiti di qualità e completezza nella produzione dei dati. Per la certificazione degli standard di produzione dei dati relativi ai punti a) e b) le Regioni/Province autonome adottano le specifiche tecniche pubblicate dal Ministero della salute.

Indirizzi programmatori generali

Nella tabella che segue sono evidenziati gli indirizzi programmatori generali, demandando ad atti successivi la declinazione degli obiettivi specifici e delle relative azioni.

	Obiettivi generali	Attuazione
1.	Recepire il presente atto generale di programmazione	Aziende sanitarie regionali
2.	Analizzare e sviluppare i sistemi informativi a livello Aziendale/Distrettuale	Aziende sanitarie locali
3.	Consolidare gli standard di qualità previsti in ambito di sistemi informativi	Aziende sanitarie locali
4.	Consolidare l'integrazione tra i sistemi informativi e i flussi informativi istituzionali i	Aziende sanitarie locali
5.	Implementare e valutare le funzioni e le attività previste ed attuare gli adeguamenti necessari	Aziende sanitarie locali

5.16. SISTEMA QUALITÀ E CENTRALITÀ DELLA PERSONA

Messaggi chiave

Il principio della centralità della persona costituisce uno dei cardini del sistema sanitario e la garanzia della soddisfazione dei bisogni di salute dei cittadini è perseguibile anche attraverso l'ascolto, la comprensione delle esigenze espresse e latenti e la costruzione di risposte adeguate. La riorganizzazione dei servizi implica la definizione di un piano per l'accessibilità ai servizi, per l'empowerment, per la gestione del rischio sanitario. Lo sviluppo dei progetti di miglioramento a livello aziendale contribuisce ulteriormente alla qualità del sistema.

Contesto

Il principio della centralità della persona costituisce uno dei cardini del sistema sanitario. La centralità della persona nell'ambito del Servizio sanitario nazionale si estrinseca in una serie di azioni fondamentali da sviluppare nelle Aziende Sanitarie.

La centralità degli utenti e delle persona assistite si attua anche attraverso lo sviluppo del modello di ascolto, perseguito in relazione al contesto ed alla popolazione, assumendo caratteristiche differenti per persone diverse (età, fascia sociale, bisogni ecc.), in contesti vari (differenze culturali, ecc.) e attuando un'attenta analisi dell'esistente per "costruire" il sistema insieme alla persona/organizzazione/comunità a cui le azioni sono rivolte.

Sviluppo e linee di intervento

L'informazione coordinata è il mezzo attraverso il quale si ottiene il risultato di assumere i diversi fenomeni percepiti all'esterno come provenienti dalla stessa entità, rafforzando in questo modo anche il senso di presa in carico a prescindere dal luogo di erogazione delle prestazioni.

In tale ambito, oltre all'attenzione relazionale e personalizzata alle persone e ai loro bisogni, acquisiscono importanza fondamentale le nuove tecnologie dell'informazione, che si basano sull'uso di internet e i relativi strumenti collegati.

Al fine di assicurare un più elevato livello di coordinamento nella proposizione e nella diffusione dei contenuti oggetto di comunicazione, è da prevedere altresì la possibilità di realizzare forme di integrazione, a livello sovrazonale, della funzione attribuita ai singoli Uffici Relazioni con il Pubblico aziendali.

Accessibilità ai servizi sanitari

L'ordinaria attività sanitaria è stata profondamente modificata dallo stato di emergenza conseguente al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili COVID-19. Nella riorganizzazione dei percorsi di presa in carico dei pazienti, un'importante variazione si è inevitabilmente verificata nell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali di diagnosi e stadiazione di diverse patologie.

Sono stati pertanto adottati specifici provvedimenti: in modo particolare con la D.G.R. n. 4-4878 del 14.4.2022, "Piano straordinario di recupero delle Liste d'attesa. Ulteriori disposizioni attuative, ad integrazione della D.G.R. n. 48-4605 del 28 gennaio 2022 e autorizzazioni di spesa per le Aziende Sanitarie Regionali. Modifica della D.G.R. 38-846 del 22 febbraio 2019 sui termini di validità delle ricette relative alle prestazioni diagnostico-specialistiche di primo accesso" è stato rimodulato del piano regionale propedeutico alla definizione dei piani aziendali nello specifico ambito;

Su tale base sono poi stati concretizzati i Piani aziendali di recupero dei tempi di attesa, sottoposti ad audit sistematico da parte della Direzione Sanità e Welfare con le Aziende Sanitarie Regionali.

Empowerment

Attraverso l'empowerment, definito come processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente, per migliorare l'equità e la qualità di vita (le persone, le organizzazioni e le comunità accrescono la capacità di controllare la propria vita).

L'applicazione del modello di riorganizzazione prevede l'adozione di strumenti finalizzati allo sviluppo del processo di empowerment nelle Aziende Sanitarie, attraverso il rafforzamento delle sue componenti fondamentali:

- il "controllo", riferito alla capacità di influenzare le decisioni che riguardano la propria esistenza;
- la "consapevolezza critica", consistente nella comprensione del funzionamento delle strutture di potere e dei processi decisionali, di come i fattori in gioco vengono influenzati e le risorse mobilitate;
- la "partecipazione", attinente all'operare insieme agli altri per ottenere risultati desiderati e condivisi.

Pertanto, in linea con le previsioni del Piano di cronicità regionale e attraverso la pianificazione di specifiche strategie e azioni atte a costruire un efficace partenariato con i cittadini, ogni Azienda Sanitaria sviluppa annualmente uno specifico progetto di empowerment.

Gestione del rischio sanitario

Con la D.D. 21 marzo 2019, n. 208 "Istituzione del Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente ai sensi dell'articolo 2, comma 4, della legge 8 marzo 2017 n. 24", è stato istituito coordinamento regionale nello specifico ambito.

Con la successiva D.D. 21 ottobre 2020, n. 1223 "Approvazione del Programma regionale per la gestione del rischio clinico 2020-2022" è stato definito il Programma regionale per la gestione del rischio clinico per le annualità 2020-2022, con i seguenti obiettivi: consolidare il modello di gestione del rischio e delle denunce di sinistri definito a livello regionale, favorendo un approccio multidisciplinare; definire azioni per lo sviluppo, a livello aziendale, di interventi efficaci per la sicurezza di pazienti ed operatori sanitari; favorire lo sviluppo aziendale di buone pratiche; monitorare l'applicazione delle Raccomandazioni elaborate dal Ministero della Salute e delle linee di indirizzo regionale, anche tenuto conto degli adempimenti previsti dalla normativa nazionale.

Le strutture territoriali ed intermedie adottano standard di qualità e documentano in merito a:

a) Protocolli, istruzioni operative e azioni di miglioramento continuo:

- *definizione di percorsi, protocolli e istruzioni operative validate formalmente e dedicate alle maggiori criticità o problemi assistenziali;*
- *misurazione delle prestazioni e degli esiti;*
- *audit clinici;*

b) Gestione del rischio clinico:

- *applicazione di ogni misura finalizzata alla prevenzione del rischio clinico e utilizzazione di sistemi gestionali degli eventi sentinella e delle denunce di sinistri. Ciascuna struttura adotta, altresì, in forma anonima sistemi di segnalazione dei rischi e errori e criticità organizzative;*
- *applicazione di liste di controllo specifiche per il contesto territoriale, in coerenza con linee di indirizzo nazionali e le raccomandazioni ministeriali;*
- *effettuazione di programmi di formazione specifica;*

c) *documentazione sanitaria e consegna referti, comunicazione, informazione e partecipazione dell'assistito e dei caregiver;*

d) *formazione continua e interprofessionale del personale*

Progetti aziendali di miglioramento

Il progetto di miglioramento a livello aziendale ha una doppia finalità, in quanto riveste sia il ruolo di azione correttiva, nel momento in cui si utilizza per sanare una situazione esistente e sia di azione preventiva, quando si utilizza per prevenire delle situazioni non conformi.

Il progetto di miglioramento ha lo scopo di migliorare uno o più dei seguenti aspetti della qualità delle prestazioni sanitarie:

- la qualità professionale;
- la qualità organizzativa;
- la qualità percepita.

Il progetto di miglioramento deve essere condotto con una metodologia ben precisa, individuando un gruppo di miglioramento, partendo da un problema "misurato" su cui si desidera intervenire, definendo quindi le cause e le soluzioni efficaci e fattibili, gli obiettivi specifici e le azioni pertinenti.

Fondamentale in tale ambito è la valutazione con indicatori, da effettuare pre e post intervento.

Indirizzi programmatori generali

Nella tabella che segue sono evidenziati gli indirizzi programmatori generali, demandando ad atti successivi la declinazione degli obiettivi specifici e delle relative azioni.

	Obiettivi generali	Attuazione
1.	Recepire il presente atto generale di programmazione	Aziende sanitarie regionali
2.	Sviluppare progetti specifici in tema di accessibilità ed empowerment	Aziende sanitarie regionali
3.	Sviluppare il sistema di gestione del rischio sanitario	Aziende sanitarie regionali
4.	Sviluppare progetti aziendali di miglioramento della qualità professionale, organizzativa e percepita	Aziende sanitarie regionali
5.	Implementare e valutare le funzioni e le attività previste ed attuare gli adeguamenti necessari	Aziende sanitarie regionali

6. PERSONALE PER IL FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI E FORMAZIONE

Messaggio chiave

Il ruolo dei professionisti in ambito sanitario e socio sanitario è fondamentale per affrontare i bisogni della popolazione assicurando i livelli qualitativi adeguati di assistenza. In tale ambito, occorre una attenta pianificazione del fabbisogno, volta al corretto bilanciamento delle varie figure professionali e ad una congrua distribuzione delle risorse. Altresì è anche indispensabile lo sviluppo di un piano di formazione costruito sui reali bisogni formativi, in funzione degli obiettivi tecnici e gestionali da raggiungere.

Fabbisogno del personale

Le risorse umane all'interno delle Aziende sanitarie costituiscono l'ambito di riferimento più strategico del sistema.

A seguito della emergenza COVID, a partire dal mese di febbraio 2020, per rispondere alle esigenze dei servizi sanitari sono state emanate a livello nazionale diverse disposizioni normative che hanno individuato strumenti ed azioni, anche innovativi, e risorse straordinarie aggiuntive per sostenere il sistema. In particolare, i decreti legge 27 marzo 2020, n. 18, convertito nella legge 24 aprile 2020, n. 27 e s.m.i., 19 maggio 2020, n. 34, convertito nella legge 17 luglio 2020, n. 77 e 14 agosto 2020, n. 104, convertito nella legge 13 ottobre 2020, n. 126, sono intervenuti prevedendo nuove modalità di inserimento dei professionisti nel sistema sanitario e stanziamenti dedicati al potenziamento dei servizi sanitari in termini di personale.

Il decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75 ha novellato in più punti il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165; in particolare ha modificato e integrato gli art. 6 e 6 *bis* e ha introdotto l'art. 6 *ter*, apportando sostanziali modifiche alla materia dei fabbisogni di personale, con lo scopo di innovare la logica e la metodologia per la loro determinazione da parte delle singole amministrazioni, e stabilendo l'obbligo per le medesime di adottare il Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP).

Sulla scorta di quanto sopra viene formulato il piano dei fabbisogni di personale regionale e aziendale, che tiene conto delle nuove strutture territoriali da attivare.

Formazione

Per lo sviluppo della qualità dei servizi sanitari è indispensabile il contributo apportato dai diversi professionisti che operano nei diversi ambiti della Sanità. Essi rappresentano sia l'interfaccia tra il sistema ed i cittadini, sia la risorsa più importante del sistema sanitario nel suo complesso. Un ruolo decisivo è svolto in tal senso dalla formazione su aspetti tecnici e manageriali.

Nel sistema sanitario e socio sanitario sono già in atto significative evoluzioni delle componenti organizzative e assistenziali, conseguenti all'obiettivo manifestarsi e consolidarsi di fenomeni di natura:

- epidemiologica: aumento delle patologie legate alla fragilità e alle malattie croniche degenerative, con necessaria ridefinizione dei processi di lavoro e rivisitazione delle correlate e necessarie competenze e responsabilità professionali;
- demografica per quanto attiene i gruppi professionali, sia in termini di relazione tra l'età dell'operatore e le sue capacità operative sia in relazione alla rilevanza delle quote prossime alla fuoriuscita dal sistema;

- tecnico-scientifica: costante e profonda evoluzione scientifica e miniaturizzazione e informatizzazione delle tecnologie, con conseguente ridefinizione dei processi di lavoro e delle competenze dei diversi professionisti socio-sanitari;
- formativo/professionale: miglioramento dei percorsi formativi e delle capacità e competenze delle professioni socio-sanitarie.

Nel futuro il sistema stesso dovrà affrontare sfide complesse (sostenibilità, equità, appropriatezza, efficacia, efficienza, consenso) di portata tale da richiedere anche il superamento dei tradizionali modelli organizzativi.

In questa logica viene ritenuto prioritario il riconoscimento e la valorizzazione delle professioni socio-sanitarie e il ricambio generazionale. Al fine di garantire la governance di un sistema ad alta e specifica complessità, tale 'nuovo' coinvolgimento dovrà realizzarsi a tutti i livelli di responsabilità.

Con la D.G.R. n. 10-3399 del 18 giugno 2021, in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni e PP.AA. 14/C SR del 2 febbraio 2017, è stato approvato il nuovo sistema di governo regionale per la Formazione Continua in Sanità, in sostituzione di quello di cui alla D.G.R. n. 7-2208 del 22 giugno 2011.

Al fine di migliorare il livello qualitativo delle prestazioni sanitarie e la professionalità degli operatori preposti, con particolare attenzione alle realtà territoriali, assume particolare rilevanza la formazione continua, che si rivolge a tutto il personale che opera all'interno del SSR (Formazione continua) e al personale sanitario - dipendente e convenzionato - appartenente al SSR (Educazione continua in medicina), in coerenza con il sistema nazionale.

Per un efficace governo della formazione continua si devono perseguire specifici percorsi programmati e finalizzati al raggiungimento di obiettivi formativi coerenti con lo sviluppo professionale individuale e con le priorità, le innovazioni e le strategie del sistema sanitario, a livello locale, sovrazonale, regionale e nazionale.

Il progresso scientifico e l'innovazione tecnologica richiedono che gli operatori sanitari siano regolarmente aggiornati e formati per garantire l'efficacia, l'adeguatezza, la sicurezza e l'efficienza dell'assistenza fornita dal SSN. Tale necessità, è apparsa evidente anche in coincidenza della crisi pandemica.

L'obiettivo del sistema ECM regionale piemontese è quindi migliorare il livello qualitativo delle prestazioni sanitarie e la professionalità dei suoi operatori, seguendo le indicazioni regionali e considerando, inoltre, che l'erogazione della formazione si ispira al principio della trasparenza: i contenuti formativi e gli obiettivi didattici devono essere indipendenti da interessi commerciali. In questo senso i regolatori istituzionali vigilano sul rispetto di tali principi, segnalando ipotesi di violazioni alla Commissione Nazionale.

La piattaforma ECM Piemonte connette nello stesso ambiente informatico:

- i professionisti tramite un account personale;
- i Provider di formazione pubblici e privati;
- tutti gli organismi ideativi, esecutivi e di controllo del Sistema "ECM Piemonte".

A tale scopo, con cadenza annuale, la Regione approva indirizzi a favore delle AA.SS.RR., contenenti indicazioni sugli obiettivi formativi specifici ritenuti rilevanti ai fini della predisposizione del piano annuale di formazione aziendale del personale del SSR

Il modello rappresenta, quindi, uno strumento irrinunciabile per il governo del sistema regionale permettendo di monitorare tutte le attività del provider, il patrimonio crediti erogati e quelli maturati dal singolo professionista, il rispetto e la copertura degli obiettivi nazionali e di tutte le aree tematiche regionali su cui è necessario che si sviluppi la formazione, oltre a consentire delle attività di monitoraggio delle risorse investite, umane e finanziarie, e permettendo di formulare giudizi di valore sulla sostenibilità del sistema a partire da dati incontrovertibili e concreti.

In Piemonte sussistono, infatti, distinte peculiarità, procedure operative e modelli di organizzazione che devono essere conosciuti e valorizzati da chi disegna il programma formativo. Il sistema formativo della Regione Piemonte ha saputo in questi anni essere innovativo ed in grado di contenere l'approccio burocratico, aperto nel cogliere le differenze che caratterizzano le diverse realtà, comprendendo che le diversità locali costituiscono una ricchezza creativa da valorizzare e non da

irrigidire in pacchetti precostituiti di offerta formativa, che risulterebbero poco adatti alla specificità del sistema sanitario della nostra Regione.

In questo contesto, si mira a rafforzare la formazione in medicina di base, introdurre un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere di tutto il personale ospedaliero della dirigenza medica e non medica ed il personale infermieristico e tecnico del SSR e garantire un rafforzamento delle competenze manageriali e digitali del personale sanitario.

In considerazione dell'avvio del nuovo modello organizzativo delineato dal PNRR, Missioni 5 e 6 e dal D.M. n. 77 del 23 maggio 2022, è necessario attivare percorsi formativi finalizzati allo sviluppo di competenze manageriali per ottimizzare la funzione strategica del Direttore di Distretto, alla luce del posizionamento di questa figura nell'assetto dell'intero SSR, chiamata a rispondere a una nuova complessità dei bisogni di salute della popolazione e al corrispondente incremento della complessità dell'organizzazione dei servizi necessari per soddisfarli.

Deve essere posta particolare attenzione a valorizzare le funzioni di coordinamento della rete territoriale e l'interfaccia con la rete ospedaliera al fine di migliorare i servizi resi complessivamente dal sistema sanitario regionale per un'efficacia risposta ai bisogni degli utenti.

Parimenti, risulta importante investire sulla formazione continua dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali e ospedalieri per la loro crescita di conoscenze e competenze sul modello di riordino e sviluppo dell'assistenza territoriale.

I riferimenti saranno, pertanto, quelli di:

- orientare un modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche fondato sulla sanità di iniziativa e relativi strumenti per la presa in carico olistica della persona;
- sviluppare un approccio alla gestione delle malattie croniche incentrato sulla prevenzione e sull'educazione informazione della popolazione;
- sviluppare l'attitudine verso l'interazione professionale nell'ambito di equipe e di cura multidisciplinare, in cui le varie figure professionali sanitarie siano propense a mantenere una costante collaborazione fra loro per poter seguire il paziente complessivamente lungo tutto il suo percorso di salute.

La finalità è quella di garantire l'appropriatezza delle cure, con l'evoluzione dell'approccio di presa in carico dal piano terapeutico al piano di cura complessivo della persona.

In questo contesto, il piano formativo regionale e piani formativi aziendali mirano a rafforzare la formazione sulle funzioni dell'area territoriale, introdurre un piano di formazione su specifiche tematiche come il rafforzamento delle competenze manageriali e digitali del personale sanitario, sul controllo delle infezioni correlate all'assistenza, alla valutazione delle tecnologie sanitarie con la metodologia HTA (Health Technology Assessment, allo sviluppo dei percorsi di salute e dei progetti di miglioramento aziendali, ecc.

Inoltre deve essere anche affrontato il tema del benessere organizzativo.

Negli ultimi decenni l'attenzione alle tematiche della sicurezza e della salute negli ambienti di lavoro è infatti notevolmente cambiata, insieme a un parallelo sviluppo delle culture organizzative

La Direttiva del Ministero per la Pubblica Amministrazione 23/4/2004 ha definito il benessere organizzativo come: "l'insieme dei nuclei culturali, dei processi e delle pratiche organizzative che animano la dinamica della convivenza nei contesti di lavoro promuovendo, mantenendo e migliorando la qualità della vita e il grado di benessere fisico, psicologico e sociale delle comunità lavorative".

Con la D.D. 378 del 23 aprile 2014 la Regione Piemonte ha definito il progetto operativo, che andrà ulteriormente sviluppato e rinnovato in un progetto regionale ed aziendale specifico.

Indirizzi programmatori generali

Nella tabella che segue sono evidenziati gli indirizzi programmatori generali, demandando ad atti successivi la declinazione degli obiettivi specifici e delle relative azioni.

	Obiettivi generali	Attuazione
1.	Recepire il presente atto generale di programmazione	Aziende sanitarie regionali
2.	Definire il fabbisogno di personale e le modalità di reclutamento	Aziende sanitarie locali
3.	Definire e sviluppare a livello regionale e aziendale la formazione dei professionisti	Aziende sanitarie regionali
4.	Definire e sviluppare i progetti regionale in tema di benessere organizzativo	Aziende sanitarie regionali
5.	Implementare e valutare le funzioni e le attività previste ed attuare gli adeguamenti necessari	Aziende sanitarie locali

7. SINTESI DELLE AZIONI E CRONOPROGRAMMA

Con la D.G.R. 20 aprile 2022, n. 1-4892 “PNRR Missione 6 “Salute”. Approvazione del Piano Operativo Regionale (P.O.R.). Anticipazione quota parte del finanziamento del fondo sanitario indistinto all'ASL VC” a cui si rimanda si è provveduto, in conformità alle previsioni di cui alle richiamate disposizioni, alla predisposizione del Piano Operativo Regionale (P.O.R.) che si compone degli “Action Plan” definiti per ciascuna linea di investimento e delle “Schede Intervento” che rappresentano l’unità tecnica minima descrittiva del singolo progetto riconducibile all’interno della linea di investimento, con la descrizione degli interventi necessari al raggiungimento degli obiettivi previsti dal PNRR, come di seguito illustrato.

Con la successiva D.G.R. n. 23-5124 del 27 maggio 2022, “PNRR Missione 6 “Salute”. Approvazione Schema del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)” è stato approvato lo schema del Contratto Istituzionale di Sviluppo (C.I.S.), allegato A), alla deliberazione per farne parte integrante e sostanziale di cui il P.O.R in conformità all’Intesa del 30 aprile 2022.

Di seguito son illustrati le sintesi delle principali azioni, con il relativo cronoprogramma.

SINTESI DELLE AZIONI E CRONIPRGAMMA: RECEPIMENTO DM 77/2022

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Recepimento D.M. 77/2022 a livello regionale	15.12.2022	
Target	Recepimento D.M. 77/2022 a livello delle ASL	31.01.2023	
Target	Individuazione Referente di ASL	31.01.2023	
Target	Istituzione del tavolo di monitoraggio	31.01.2023	

SINTESI DELLE AZIONI E CRONOPROGRAMMA: CASE DELLA COMUNITÀ

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità	T2 2022	
Target	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità	T1 2023	
Target	Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP (ossia si è avviata almeno una gara per l'opera ma non necessariamente tutte)	T1 2023	
Target	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Case di Comunità	T3 2023	
Target	Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche	T1 2026	

GANTT

Linee di attività	2022				2023				2024				2025				2026			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
1. Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità																				
2. Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità																				
3. Definizione, con specifico atto normativo, la programmazione della rete assistenziale in materia di competenza con i standard e modelli organizzativi dell'Istituto Regionale dell'Assistenza Territoriale																				
4. Assegnazione dei codici CIG e convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP (ossia si è avviata almeno una gara per l'opera ma non necessariamente tutte)																				
5. Stipula dei contratti per la realizzazione delle Case di Comunità																				
6. Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche																				



SINTESI DELLE AZIONI E CRONOPROGRAMMA: CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/EU
Target	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	T2 2022	
Target	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per l'interconnessione aziendale	T2 2022	
Target	Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali	T4 2022	
Target	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	T4 2022	
Target	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale	T4 2022	
Target	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	T2 2023	
Target	Stipula dei contratti per l'interconnessione aziendale	T2 2023	
Target	Centrali operative pienamente funzionanti	T1 2024	
Target	Completamento interventi per interconnessione aziendale	T1 2024	

GANTT

Linee di attività		2022				2023				2024				2025				2026			
		T1	T2	T3	T4																
1	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali																				
2	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per l'interconnessione aziendale																				
3	Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali																				
4	Definire, con apposito atto normativo, la programmazione della rete assistenziale territoriale in coerenza con standard e modelli organizzativi definiti nella Riforma dell'Assistenza Territoriale																				
5	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali																				
6	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale																				
7	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali																				
8	Stipula dei contratti per interconnessione aziendale																				
9	Centrali operative pienamente funzionanti																				
10	Completamento del numero target di interventi per l'interconnessione aziendale																				

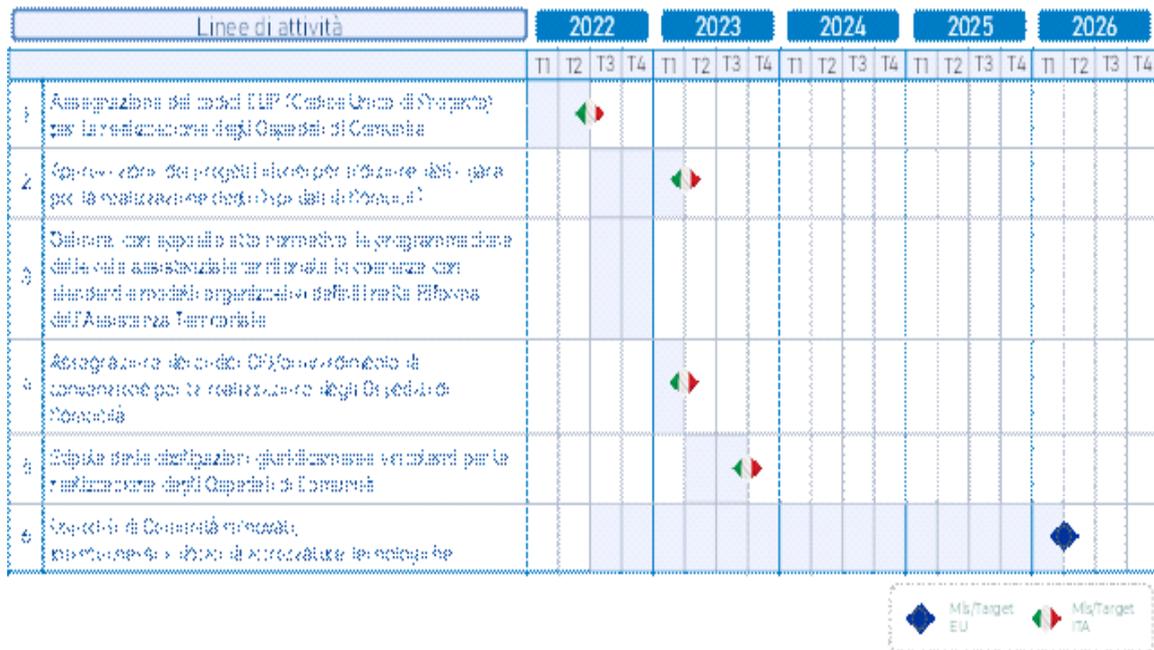


SINTESI DELLE AZIOMI E CRONOPROGRAMMA: OSPEDALI DI COMUNITÀ

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T2 2022	
Target	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T1 2023	
Target	Assegnazione dei codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T1 2023	
Target	Stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T3 2023	
Target	Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche	T1 2026	

GANTT



SINTESI DELLA AZIONI E CRONOPROGRAMMA: FSE

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Milestone	Cutoff per digitalizzazione nativa di tutti i documenti dei FSE. I documenti devono essere nativi digitali fin dall'inizio e coerenti con i recenti standard FHIR.	T4 2024	
Target	I medici di base alimentano il Fascicolo sanitario elettronico (85%)	T4 2025	
Target	Tutte le Regioni/Province autonome hanno adottato e utilizzano il Fascicolo sanitario elettronico	T2 2026	

GAN

GANTTT



SINTESI DELLA AZIONI E CRONOPROGRAMMA: NSIS

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Reingegnerizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) a livello locale - Completamento del patrimonio informativo (servizi applicativi) - Numero di nuovi flussi informativi nazionali adottati da tutte le 21 Regioni: riabilitazione territoriale e consultori familiari	T1 2023	
Target	Reingegnerizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) a livello locale - Completamento del patrimonio informativo (servizi applicativi) - Numero di nuovi flussi informativi nazionali adottati da tutte le 21 Regioni: ospedali di comunità e servizi di assistenza primaria. .	T1 2025	

GANTT

Linee di attività		2022				2023				2024				2025				2026			
		T1	T2	T3	T4																
1	Individuazione degli eventuali gap funzionali e informativi per singolo flusso (contributi regionali): assistenza riabilitativa e consultori																				
2	Trasmissione dei contributi regionali ai Gruppi di lavoro istituiti a livello nazionale per la definizione dei nuovi flussi in merito alla verifica del livello di copertura informatica/gestionale																				
3	Predisposizione e approvazione a livello nazionale dell'articolato DM recante il regolamento dei flussi ed iter di approvazione*																				
4	Recepimento (adozione) con atto regionale del decreto ministeriale di istituzione dei 2 nuovi flussi per assistenza riabilitativa e consultori familiari																				
5	Individuazione degli eventuali gap funzionali e informativi per singolo flusso (contributi regionali): ospedali di comunità e servizi di assistenza primaria																				
6	Trasmissione dei contributi regionali ai Gruppi di lavoro istituiti a livello nazionale per la definizione dei nuovi flussi in merito alla verifica del livello di copertura informatica/gestionale																				
7	Predisposizione e approvazione a livello nazionale dell'articolato DM recante il regolamento dei flussi ed iter di approvazione*																				
8	Recepimento (adozione) con atto regionale del decreto ministeriale di istituzione dei 2 nuovi flussi per ospedali di comunità e servizi di assistenza primaria																				

*attività di competenza del Ministero della Salute



SINTESI DELLA AZIONI E CRONOPROGRAMMA: CORSO DI FORMAZIONE MMG

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Assegnazione di 900 borse aggiuntive per il Corso di formazione specifica in Medicina Generale per il triennio formativo 2021-2024	T2 2022	
Milestone	Pubblicazione del decreto annuale di assegnazione risorse economiche per finanziare 900 borse di studio per i Medici di Medicina Generale	T4 2022	
Target	Assegnazione di 1800 borse aggiuntive per il Corso di formazione specifica in Medicina Generale per i trienni formativi 2021-2024 e 2022-2025.	T2 2023	
Milestone	Pubblicazione del decreto annuale di assegnazione risorse economiche per finanziare 900 borse di studio per i Medici di Medicina Generale	T4 2023	
Target	Assegnazione di 2700 borse aggiuntive per il Corso di formazione specifica in Medicina Generale per i trienni formativi 2021-2024, 2022-2025 e 2023-2026.	T2 2024	

GANTT

Linee di attività		2022				2023				2024				2025				2026			
		T1	T2	T3	T4																
1	Concorso, pubblicazione graduatoria, predisposizione dell'elenco degli assegnatari di borsa																				
2	Le Regioni assegnano le borse di studio per la formazione specifica in medicina generale (TARGET ITA – 900) e trasmettono la documentazione per il monitoraggio e la rendicontazione																				
3	Definizione fabbisogno formativo regionale di MMG per il triennio 2022- 2025																				
4	Pubblicazione del Decreto di allocazione risorse alle Regioni per finanziare Borse Formazione MMG 2022- 25 (MILESTONE ITA)																				
5	Pubblicazione dei bandi regionali e del conseguente avviso da parte del Ministero della Salute																				
6	Concorso, pubblicazione graduatoria, predisposizione elenco vincitori																				
7	Le Regioni assegnano le borse di studio per la formazione specifica in medicina generale (TARGET ITA – ulteriori 900, per un totale di 1.800 borse) e trasmettono la documentazione per il monitoraggio e la rendicontazione																				
8	Definizione fabbisogno formativo regionale di MMG per il triennio 2023- 2026																				
9	Pubblicazione del Decreto di allocazione risorse alle Regioni per finanziare Borse Formazione MMG 2023- 26 (MILESTONE ITA)																				
10	Pubblicazione dei bandi regionali e del conseguente avviso da parte del Ministero della Salute																				
11	Concorso, pubblicazione graduatoria, predisposizione elenco vincitori																				
12	Le Regioni assegnano le borse di studio per la formazione specifica in medicina generale (TARGET ITA – ulteriori 900, per un totale di 2.700 borse) e trasmettono la documentazione per il monitoraggio e la rendicontazione																				



SINTESI DELLE AZIONI E CRONOPROGRAMMA: FORMAZIONE

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Milestone	Completamento procedure di selezione dei provider	T1 2023	
Milestone	Completamento della procedura di registrazione per i corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere	T3 2024	
Target	Numero di personale formato nel campo delle infezioni ospedaliere	T1 2025	
Milestone	Completamento della procedura di registrazione per i corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere	T4 2025	
Target	Numero di personale formato nel campo delle infezioni ospedaliere	T2 2026	

GANTT



8. MODALITÀ DI GOVERNO E MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI RIORGANIZZAZIONE

La messa in atto di un sistema governo e di monitoraggio delle azioni di riorganizzazione è una fase fondamentale del sistema di sviluppo della rete sanitaria territoriale, secondo la logica audit-feedback. Gli elementi qualitativi e gli indicatori relative alle diverse aree di sviluppo sono raccolti ed elaborati per i vari aspetti, da quelli di bisogno a quelli di struttura, di processo, di risultato, di soddisfazione e, in generale, di performance.

La complessità dei sistemi sanitari, nei quali l'aumento esponenziale dei bisogni e l'evoluzione delle tecnologie determina un consumo crescente di risorse, richiede strumenti di governo e valutazione complessi, in grado di misurare i risultati con modalità multidimensionali.

Ai fini del miglioramento, le attività relative all'assistenza territoriale sono sottoposte a monitoraggio sistematico, anche con l'utilizzo di indicatori.

Gli indicatori di primo livello rappresentano indicatori direttamente implementabili sulla base dei flussi informativi disponibili e riguardano la valutazione della Rete negli aspetti più strettamente legati all'ospedalizzazione, nonché sull'uso integrato degli stessi flussi informativi, che consentono anche una valutazione combinata dell'assistenza ospedale-territorio.

La maggior parte di questi indicatori vengono routinariamente calcolati dai flussi correnti e dal PNE e possono essere utilizzati anche ai fini del monitoraggio della Rete.

Gli indicatori di secondo livello non sono calcolabili direttamente a partire dai flussi informativi correnti, ma possono essere implementati attraverso l'uso integrato di sistemi informativi già esistenti e possono altresì essere integrati con ulteriori indicatori proxy della valutazione dell'assistenza territoriale.

Attraverso le attività di valutazione e di audit sono periodicamente verificati, in un contesto multiprofessionale e multidisciplinare, sia nei contenuti che nella loro applicazione, le attività territoriali, i risultati raggiunti, lo sviluppo dei PSDTA, i protocolli e le procedure operative per il passaggio dei pazienti e delle relative informazioni tra i vari setting assistenziali.

L'attività di monitoraggio e di misurazione dei risultati deve consentire di mettere in evidenza eventuali aree di criticità, cui vanno rivolte le attività di miglioramento, da sottoporre anch'esse periodicamente a verifica e monitoraggio.

In questo contesto il monitoraggio del nuovo assetto dei servizi e delle attività territoriali previsto dal PNRR e dettagliato nel D.M. 77/2022 include la dimensione organizzativa, che fa riferimento a standard organizzativi e tecnologici, accanto alle dimensioni della qualità e dei risultati conseguiti.

Tale azione si connette con il "Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" (NSG), introdotto in sostituzione della cosiddetta "Griglia di indicatori LEA", con la quale è stata valutata l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza dal 2001 al 2019.

Il D.M. 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" è stato pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 ed è operativo a partire dal 1 gennaio 2020.

Gli indicatori individuati sono 88:

- 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- 33 per l'assistenza distrettuale;
- 24 per l'assistenza ospedaliera;
- 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario;
- 1 indicatore di equità sociale;
- 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA).

Altresì Il Programma Nazionale Esiti (PNE) è sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute e fornisce a livello nazionale valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario. Gli ambiti di valutazione sono, per quanto riguarda la funzione di produzione, le singole aziende ospedaliere/stabilimenti ospedalieri e, per quanto riguarda la funzione di tutela o committenza, le aziende sanitarie locali.

Sviluppo e linee di intervento

Il presente Documento recepisce in tale ambito quanto riportato nel D.M. 77/2022. In particolare:

“Il monitoraggio semestrale degli standard previsti dal Regolamento è assicurato dal Ministero della salute per il tramite dell’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas).

L’Agenas, procederà ad elaborare una relazione, che invierà al Ministero della salute semestralmente sullo stato di implementazione, in ogni singola regione e provincia autonoma di Trento e di Bolzano, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all’assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.

Ai fini del monitoraggio degli standard dell’assistenza territoriale, relativamente ai livelli essenziali di assistenza, si rinvia all’Allegato I del decreto del Ministro della salute e del Ministro dell’economia e delle finanze concernente il «Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria» del 12 marzo 2019, ai sensi dell’articolo 5 del medesimo decreto.

La verifica di attuazione del presente Regolamento costituisce adempimento ai fini dell’accesso al finanziamento integrativo del servizio sanitario nazionale ai fini e per gli effetti dell’articolo 2, comma 68, lettera c), della legge 23 dicembre 2009, n. 191, prorogato a decorrere dal 2013 dall’articolo 15, comma 24, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ed è effettuata nell’ambito del Comitato permanente per la verifica dell’erogazione dei LEA di cui all’articolo 9 dell’intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sancita in data 23 marzo 2005.”

Per “Audit & Feedback” (A&F) si intende un intervento che prevede, in seguito alla raccolta di dati a vari livelli sulla organizzazione e al loro confronto con standard prestabiliti, la consegna agli attori i dei dati relativi alla loro performance e la valutazione della propria attività, ai fini della standardizzazione o correzione.

In tale ambito risulta importante a livello regionale e nelle aziende sanitarie sviluppare, accanto ai sistemi di rilevazione contabile, sistemi di rilevazione extra-contabili in grado di fornire dati per misurare le diverse dimensioni della performance. Anche se il fine delle aziende sanitarie non è la creazione di un utile, ma il soddisfacimento dei bisogni sanitari, queste devono ugualmente acquisire efficienza e creare valore attraverso. Il focus è quindi è garantire la massima qualità con un ottimale consumo di risorse, senza sprechi ed inefficienze.

L'utilizzo e la lettura congiunta di un sistema di indicatori – informazioni selezionate che consentono di valutare il raggiungimento degli obiettivi posti – consente un approccio pluridimensionale che permette di valutare efficienza e efficacia, appropriatezza e sicurezza, per promuovere il miglioramento continuo della qualità e dell'equità delle cure.

I principi guida individuabili di un sistema di indicatori:

- valutazione dalla prospettiva dei pazienti;
- continuità delle cure tra setting di cura differenti;
- interdipendenze delle reti di offerta, in un contesto di “community building”, nel quale tutte le risorse che una comunità mette in campo concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute.

Di seguito è illustrato un elenco di criteri per il monitoraggio utilizzabili, che rappresentano le dimensioni della performance oggetto di valutazione:

- stato di salute della popolazione
- fabbisogno (rapporto tra unità di rilevazione e abitanti)

- risorse (personale addetto per ciascuna Unità di rilevazione, risorse finanziarie dedicate, strutture presenti, risorse tecnologiche)
- organizzativi (tipologia di servizi presenti in ciascuna Unità di rilevazione)
- qualità dei servizi e delle attività erogate
- risultati organizzativi (efficienza e appropriatezza organizzativa)
- risultati di salute (efficacia e appropriatezza clinica)
- sicurezza delle cure
- qualità percepita e umanizzazione delle cure.

Il sistema degli indicatori regionale e aziendali distrettuali deve fornire all'Assessorato alla Sanità, alle Direzioni aziendali, ai Responsabili dei Distretti e agli stakeholder uno strumento agile e sintetico per il monitoraggio dei bisogni di salute e dei principali aspetti dell'assistenza socio-sanitaria nel territorio di riferimento.

Il set di indicatori va inteso ovviamente in modo dinamico, essendo suscettibile di modifiche, implementazioni, perfezionamenti, anche con l'eventuale aggiunta di indicatori ritenuti più aderenti alle necessità conoscitive e la soppressione di quelli che potrebbero risultare di minore importanza per la comprensione dei fenomeni in osservazione.

Peraltro è importante migliorare le modalità di raccolta elaborazione e di validazione dei dati interni, allo scopo di rendere maggiormente affidabili le valutazioni e i confronti. In questo senso, il coinvolgimento dei Direttori di Distretto è fondamentale per il miglioramento continuo del report.

La logica per l'individuazione degli indicatori prevede che, partendo dai bisogni dei pazienti, si prefiguri lo sviluppo dei percorsi di cura destinati alle patologie più diffuse, definendo di conseguenza i modelli organizzativi e le risorse necessarie, sia di personale che tecnologiche.

Per essere funzionale un sistema deve contenere indicatori basati su dati/informazioni precisi e certi, facili da misurare, comprendere, condividere e comparare. Gli indicatori di monitoraggio del D.M. 77/2022 sono costruiti con i dati dei Flussi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (Flussi NSIS: Flusso FAR, Flusso SIAD...)

Al fine di una valutazione il più possibile partecipata e condivisa, le informazioni è già operativo cruscotto regionale di monitoraggio "Piattaforma per l'Analisi Dati Decisionali Integrati della Sanità" (PADDI) gestito dal CSI.

La Regione Piemonte procede altresì ad elaborare le schede di monitoraggio per ciascun investimento. Tale monitoraggio avverrà attraverso il sistema Regis sulla base di tempistiche prestabilite.

Nello specifico, si riportano di seguito nella tabella alcune indicazioni fornite dal Servizio centrale per il PNRR, per quanto riguarda il monitoraggio.

Format cronoprogramma attuativo dei singoli investimenti					
Step procedurale	attuativo	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità

Tabella 8. Dettaglio monitoraggio

Tavolo regionale per il monitoraggio

Secondo l'art. 2 del D.M. 77/2022 le Regioni e le ASL sono i Soggetti che attuano il monitoraggio degli standard previsti dal D.M.. Le ASL inseriscono e trasmettono i dati raccolti dai propri Distretti e a livello aziendale. Le Regioni/PA effettuano controlli sulla qualità dei dati delle ASL, li convalidano e trasmettono i dati di livello regionale.

Al fine di verificare l'applicazione del presente Documento e coordinare gli interventi di miglioramento, con atto della Direzione Sanità e Welfare viene istituito un tavolo di monitoraggio, per mappare i nuovi assetti organizzativi e operativi messi in atto dalle Aziende, in risposta al sistema di riordino del sistema territoriale. Il gruppo di lavoro della Regione Piemonte che svilupperà tale compito è composto dai Settori della Direzione Sanità e Welfare competenti, Azienda Zero, Dipartimento Contabilità e Risorse, IRES Piemonte, SEPI, ecc.

Il monitoraggio viene effettuato su:

- l'adozione degli atti di programmazione regionale e aziendali relativi all'assistenza territoriale ai sensi del D.M. 77/2022;
- la definizione dell'atto di programmazione previsto dall'art. 8 degli Accordi collettivi nazionali MMG e PLS (Intesa Stato-Regioni del 28.04.2022) in merito alle AFT e alle forme organizzative multiprofessionali;
- la deliberazione del piano dei fabbisogni di personale che tiene conto delle nuove strutture territoriali da attivare, anche per quanto riguarda gli infermieri di famiglia;
- la previsione del un piano di formazione continua e interprofessionale del personale addetto alle strutture previste dal D.M. 77/2022;
- l'attivazione del sistema di autorizzazione e di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari (Intesa Stato-Regioni del 04.08.2021);
- le dimensioni strutturali e organizzative previste dal PNRR e dal D.M. 77/2022 (case di comunità, centrali operative territoriali, ospedali di comunità, assistenza domiciliare e le specifiche Aree descritte nei precedenti capitoli del presente Documento);
- gli indicatori di monitoraggio del D.M. 77/2022, del NGS, del PNE, ecc.;

I Criteri per il monitoraggio sono rappresentati, nell'Allegato 2 al D.M. 77/2022, da indicatori:

- di fabbisogno (rapporto tra unità di rilevazione e abitanti);
- di risorse (personale addetto per ciascuna Unità di rilevazione);
- organizzativi (tipologia di servizi presenti in ciascuna Unità di rilevazione);
- performance;
- qualità;
- risultati organizzativi;
- risultati di salute.

In tale ambito il monitoraggio della realizzazione delle strutture, nonché il monitoraggio economico finanziario degli investimenti, è stato attivato con il Sistema REGIS. Il Sistema Unitario ReGIS è strumento applicativo unico di supporto ai processi di programmazione, attuazione, monitoraggio, controllo e rendicontazione del PNRR.

Con la elaborazione del sistema di indicatori sono conseguentemente previste le attività di monitoraggio dell'applicazione delle azioni e dei risultati, che devono operarsi a diversi livelli: regionale, aziendale, distrettuale.

Gli indicatori sono analizzati per misurare l'attivazione della rete assistenziale, l'adozione nelle singole Aziende degli atti necessari a raggiungere gli obiettivi del Piano, la realizzazione delle azioni. È anche prevista la valutazione dell'andamento dei principali valori di salute relativi alle singole patologie croniche per misurare, a breve e medio/lungo termine, i risultati in termini di performance, outcome e costi dei modelli di gestione attuati, nonché la soddisfazione degli utenti

Altresì viene anche realizzato l'allineamento con le annuali Deliberazioni della Giunta Regionale, ai sensi dell'art. 2, comma 2 del D.lgs n. 171/2016 e s.m.i., di assegnazione obiettivi di attività ai Direttori Generali/Commissari delle ASR, con l'approvazione dei criteri e delle modalità di valutazione.

9. CONSIDERAZIONE CONCLUSIVE

Il processo di riorganizzazione del sistema sanitario in corso è finalizzato a far fronte nel modo più adeguato a bisogni di salute sempre più complessi, conciliando altresì le esigenze di equità e di solidarietà con il quadro delle risorse disponibili.

Risulta comunque opportuna una strategia di coordinamento tra le diverse istituzioni e di integrazione degli indirizzi delle politiche intersettoriali, al fine di orientare positivamente ed in maniera sinergica i determinanti della salute e del benessere.

L'efficacia del Documento, peraltro, sarà strettamente correlata alla capacità dei diversi soggetti istituzionali e degli attori in gioco di cooperare e di trasformare operativamente gli indirizzi riportati.

Si tratta di un percorso sicuramente complesso e stimolante che comporta una serie di impegni per il SSR e che deve comunque porre la persona al centro del sistema con il principio di mantenere e arricchire il suo patrimonio di salute attraverso la prevenzione, la prossimità dei servizi socio-sanitari e la continuità assistenziale.

10. RIFERIMENTI DI INTERESSE

- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, come modificato ed integrato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, contenente gli indirizzi di riferimento rispetto alle funzioni, al ruolo ed al modo di operare del Distretto (articoli 3-quater, 3-quinquies e 3-sexies);
- Legge regionale 24 gennaio 1995, n. 10. Ordinamento, organizzazione e funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali. (B.U. 25 gennaio 1995, suppl. spec. al n. 4) i cui viene definito l'assetto del SSR;
- Legge regionale 6 agosto 2007, n. 18. Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale, che definisce gli strumenti della programmazione socio-sanitaria regionale, nel contesto del piano regionale di sviluppo e individua i soggetti coinvolti nella pianificazione, programmazione e gestione delle funzioni socio-sanitarie;
- PSN 2006-2008, in cui sono trattati, tra gli altri, i temi della riorganizzazione delle cure primarie, l'integrazione tra diversi livelli di assistenza, l'integrazione socio-sanitaria;
- PSSR 2012-2015, adottato con D.C.R. n. 167-14087 del 3.4.2012, che individua gli obiettivi strategici rivolti al rafforzamento dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale, nel rispetto della normativa sul contenimento della spesa pubblica e del generale contesto di progressiva contrazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario regionale;
- Programmi Operativi Regionali 2013-2015 di cui alla D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, Programma 14 "Riequilibrio Ospedale-Territorio";
- Deliberazione della Giunta regionale 28.3.2012, n. 27-3628 di attuazione Piano di Rientro - D.G.R. n. 44-1615 del 28.2.2011 e s.m.i. La rete territoriale: criteri e modalità per il miglioramento dell'appropriatezza e presa in carico territoriale";
- Deliberazione della Giunta regionale 19 novembre 2014, n. 1-600, in cui sono state formulate le linee d'indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale (Allegato 1, punto 4), in coerenza con la sopra richiamata normativa, stabilendo il termine del 30.6.2015 per la definizione dell'articolazione della rete territoriale;
- Deliberazione della Giunta regionale 23 gennaio 2015, n. 1-924 con le integrazioni alla D.G.R. 1-600 del 19.11.2014 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale";
- Deliberazione della Giunta regionale 29 giugno 2015, n. 26-1653 in cui sono stati definiti gli interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.;
- Deliberazione della Giunta regionale 27 luglio 2015, n. 42-1921 Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n. 21-5144 del 28.12.2012 s.m.i. All. 1 e approvazione All. A "Principi e i criteri per l'organizzazione delle Aziende Sanitarie regionali e l'applicazione dei parametri standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse, ex art. 12, comma 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012", in cui viene definito il modello organizzativo della ASR;
- Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", con particolare riferimento al punto 10 "Continuità ospedale-territorio", dove si prevede che le Regioni procedano, contestualmente alla riorganizzazione della rete ospedaliera, al riassetto dell'assistenza primaria e all'organizzazione in rete delle strutture territoriali: intervento fondamentale per garantire una risposta continuativa sul territorio ed un utilizzo appropriato dell'ospedale;
- Piano Nazionale Cronicità Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016, in cui viene definito il nuovo modello della gestione delle malattie croniche;

- Allegato B alla D.G.R. 306-29185/2018 “Linee di indirizzo regionali 2018-2019 per il recepimento del Piano Nazionale Cronicità” con cui le indicazioni regionali sono state contestualizzate nella Regione Piemonte;
- DPCM 12 gennaio 2017, con la definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015) (GU n.65 del 18/3/2017, per quanto riguarda Prevenzione collettiva e sanità pubblica; Assistenza distrettuale; Assistenza ospedaliera;
- Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

GLOSSARIO - ACRONIMI

ADI – Assistenza Domiciliare integrata
AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale
ANA - Anagrafe Nazionale Assistiti
AO – Azienda Ospedaliera
AOU – Azienda Ospedaliera Universitaria
ASL - Azienda Sanitaria Locale
ASR - Azienda Sanitaria Regionale
ATS – Ambiti Territoriali Sociali
CdC – Casa della Comunità
CIA – Coefficiente di Intensità Assistenziale
CO 116 117 – Centrale operativa Numero Europeo Armonizzato
COT – Centrale Operativa Territoriale
CF – Consultorio Familiare
CP – Cure palliative
DP – Dipartimento di Prevenzione
DPCM – Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
EMUR - Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza
FAR – Sistema informativo assistenza residenziale e semi-residenziale
FSE – Fascicolo sanitario elettronico
GEA – Gornate effettive di assistenza
GDC – Giornate di cura
IFoC – Infermiere di Famiglia o Comunità
LEA – Livelli Essenziali di Assistenza
LEPS – Livelli essenziali delle prestazioni sociali
MMG – Medico di Medicina Generale
NEA – Numero Europeo Armonizzato NSIS – Nuovo Sistema Informativo Sanitario
OdC – Ospedale di Comunità
PAI – Progetto di assistenza individuale integrata
PDTA – Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PSDTA – Percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PLS – Pediatra di Libera Scelta
PNC – Piano Nazionale Cronicità
PNRR – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PNP 2020-2025 – Piano Nazionale Prevenzione 2020/2025
PRI – Piano Riabilitativo Individuale
PUA – Punto Unico di Accesso
RLCP – Rete Locale di Cure Palliative

SAI - Specialista Ambulatoriale Interno
SDGs – Obiettivi di sviluppo sostenibili
SDK -Software Developer Toolkit
SDO – Scheda di Dimissione Ospedaliera
SIAD – Sistema Informativo Assistenza Domiciliare
SINP – Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei Luoghi di Lavoro
SNPS – Sistema Nazionale di Prevenzione Salute, Ambiente e Clima
SPID – Sistema Pubblico di Identità Digitale
SSN – Servizio Sanitario Nazionale TERP – Tecnico della riabilitazione psichiatrica
TNPEE – Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
TS – sistema Tessera Sanitaria
UCA – Unità di Continuità Assistenziale
UCCP – Unità Complessa di Cure Primarie
UCP - Unità di Cure Palliative
UCP DOM – Unità di Cure Palliative Domiciliari
URP – Ufficio Relazioni con il Pubblico
UVM – Unità di Valutazione Multidimensionale

DENOMINAZIONE AZIENDA	AMBITO TERRITORIALE OTTIMALE / QUADRANTE	SEDI CASE DI COMUNITÀ	TIPOLOGIA FINANZIAMENTO
ASL CITTA DI TORINO	METROPOLITANO	Via Pellico 28	PNRR
		Via Pellico 49	ALTRI FINANZIAMENTI
		Via S. Secondo 29 bis	PNRR
		Corso Corsica 55	PNRR
		Via Farinelli 25	ALTRI FINANZIAMENTI
		Via Moncalvo 130	PNRR
		Via Gonzia 114	PNRR
		Strada Villardora 220	PNRR
		Via Pacchiotti 4	PNRR
		Ex Astanteria Martini A Via Cigna 74	PNRR
		Ex Astanteria Martini B Via Cigna 74	PNRR
		Via Botticelli 130	PNRR
		Via Borgo Ticino 9	PNRR
		Lungo Dora Savona 26	PNRR
		Via Montanaro 60	PNRR
		Via Cavezzale 6	PNRR
		Via della Consolata 10	PNRR
		Via Spalato 15	PNRR
	18	18	
ASL TO3	METROPOLITANO	Rivoli corso Francia 98	PNRR
		Collegno via Torino 1	PNRR
		Grugliasco via Lanza 52	PNRR
		Venaria via Silva 8	PNRR
		Alciano via Boneschi 26	PNRR
		Orbassano piazza Dalla Chiesa 1	PNRR
		Avigliana via Sant'Agostino 5	PNRR
		Oulx corso Torino 37	ALTRI FINANZIAMENTI
		Vicome via Ospedale 1	PNRR
		Cavour via Goitre snc	PNRR
		Susa corso Inghilterra 66	PNRR
		Torre Pellice via Gav 36	PNRR
	12	12	
ASL TO4	METROPOLITANO	Cirié via Alberetto 10	PNRR
		Lanzo regione Cates 36	PNRR
		Levaglio via Colombo 255	ALTRI FINANZIAMENTI
		Chivasso via Marconi 11	PNRR
		Rivarolo via Piave 13	PNRR
		Castellamonte piazza Nenni 1	PNRR
		Ivrea corso Nizza 35	PNRR
		Caluso Via Roma 22	PNRR
		Settimo via Leini 70	PNRR
		Leini piazzale Madonna 1	PNRR
		San Mauro via Speranza 31	PNRR
	11	11	
ASL TO5	METROPOLITANO	Carignano via san Remigio 48	ALTRI FINANZIAMENTI
		Garignano via Avvocato Ferrero 24	PNRR
		Castelnuovo Don Bosco viale Aldo Moro snc	PNRR
		Poirino via Gaidano 4	PNRR
		Trofarsello via Todliatti snc	PNRR
		La Botola via IV novembre 6	PNRR
Vinovo via Vadone snc	PNRR		
	7	7	
	SUBTOTALE	48	48
ASL VC	1 / NORD-EST	Vercelli via Crosa 4	PNRR
		Santhia corso Matteotti 24	PNRR
		Varallo via Calderini 2	PNRR
	3	3	
ASL BI	1 / NORD-EST	Cossato via Maffei 59	PNRR
		Biella via Fecia di Cossato 10	PNRR
		Valdiana Fraz. Ponzone 259/A	PNRR
	3	3	
ASL NO	1 / NORD-EST	Borgomanero via Gozzano 5	PNRR
		Chermine via al Castello 7	PNRR
		Arona via San Carlo 4	PNRR
		Oleggio Via Momo snc	PNRR
		Novara viale Roma 7	PNRR
		Treccate via Ruigiada 20	PNRR
Galliate via Varzi 19	PNRR		
	7	7	
ASL VCO	1 / NORD-EST	Omegna via Mazzini 96	PNRR
		Verbania via Alla Eolia 2	PNRR
		Dornodossola via Nenni snc	PNRR
	3	3	
	SUBTOTALE	16	16
ASL AT	2 / SUD-EST	Asti via Duca d'Aosta 15	PNRR
		Canale via Solferino 124	PNRR
		Villafranca regione Pieve 2	PNRR
		Calliano via Galliano 2/4	PNRR
	4	4	
ASL AL	2 / SUD-EST	Alessandria via Pacinotti 38	PNRR
		Valenza circosvalazione ovest (civico tra 24-28)	PNRR
		Casale Monferrato via Cavour 62/A	PNRR
		Trino via Ortigara 4	PNRR
		Novi Ligure via Papa Giovanni XXIII 1	PNRR
		Tortona via Milazzo 1	PNRR
		Arquata Scrivia via Libarna 267	PNRR
		Acqui Terme via Alessandria 1	PNRR
Ovada via XXV Aprile 22	PNRR		
	9	9	
	SUBTOTALE	13	13
ASL CN1	3 / SUD-OVEST	Savigliano via Ospedali snc	PNRR
		Fossano via Lancimano 3-5-9-15	PNRR
		Saluzzo via Spielberg 58	PNRR
		Borgo San Dalmazzo piazza Don Raimondo Viale 2	PNRR
		Verzuolo Piazza Willy Burro 4	PNRR
		Ceva via XX Settembre 3	PNRR
		Dodoliani via Trieste 1	PNRR
Monclovi via Torino 2	PNRR		
Dronero via Pasubio 7	PNRR		
	9	9	
ASL CN2	3 / SUD-OVEST	Alba via Belli 26	ALTRI FINANZIAMENTI
		Canale via San Martino 3	ALTRI FINANZIAMENTI
		Santo Stefano Belbo Viale San Maurizio 1	PNRR
		Bra via Vittorio Emanuele 3	ALTRI FINANZIAMENTI
		Cortemilia Corso Divisioni Alpine 35	ALTRI FINANZIAMENTI
	5	5	
	SUBTOTALE	14	14
TOTALE		91	91

DENOMINAZIONE AZIENDA	AMBITO TERRITORIALE OTTIMALE / QUADRANTE	SEDI OSPEDALI DI COMUNITÀ	TIPOLOGIA FINANZIAMENTO
ASL CITTA DI TORINO	METROPOLITANO	Ospedale Valdese via Pellico 19	PNRR
		Via Farinelli 25	PNRR
		Amedeo Savoia corso Svizzera 164 bis	PNRR
		Ex Astanteria Martini Via Cigna 74	PNRR
		Ex Astanteria Martini Via Cigna 74	PNRR
		Via Botticelli 130	PNRR
		6	6
ASL TO3	METROPOLITANO	Venaria via Don Sapino 152	PNRR
		Pomaretto via Maggiore Ribet 2	PNRR
		Torre Pellice via Gav 34	PNRR
		Giaveno via Seminario 45	PNRR
		4	4
ASL TO4	METROPOLITANO	Crescentino via Giotto 2	PNRR
		Castellamonte piazza Nenni 1	PNRR
		Ivrea corso Nivra 35	PNRR
		3	3
ASL TO5	METROPOLITANO	Carignano via San Remigio 48	PNRR
		Nichelino via Debouché snc	PNRR
		2	2
	SUBTOTALE AMBITO / QUADRANTE METROPOLITANO	15	15
ASL VC	1 / NORD-EST	Gattinara corso Vercelli 159	PNRR
		1	1
ASL BI	1 / NORD-EST	Biella via Fecia di Cossato 10	PNRR
		1	1
ASL NO	1 / NORD-EST	Borgomanero via Gozzano 5	PNRR
		Novara viale Roma 7	PNRR
		2	2
ASL VCO	1 / NORD-EST	Gravellona Toce via Stampa snc	PNRR
		1	1
	SUBTOTALE AMBITO 1 / QUADRANTE NORD-EST	5	5
ASL AT	2 / SUD-EST	Asti via Duca d'Aosta 15	PNRR
		1	1
ASL AL	2 / SUD-EST	Valenza circonvallazione ovest (civico tra 24	PNRR
		Casale via Giolitti 2	PNRR
		Novi Ligure salita della Bricchetta 1	PNRR
		Ovada via Ruffini 22	ALTRI FINANZIAMENTI
		4	4
	SUBTOTALE AMBITO 2 / QUADRANTE SUD-EST	5	5
ASL CN1	3 / SUD-OVEST	Saluzzo via Spielberg 58	PNRR
		Ceva via San Bernardino 4	PNRR
		Cuneo Viale Mistral 1	PNRR
		3	3
ASL CN2	3 / SUD-OVEST	Alba via Belli 26	ALTRI FINANZIAMENTI
		Bra via Vittorio Emanuele 3	ALTRI FINANZIAMENTI
		2	2
	SUBTOTALE AMBITO 3 / QUADRANTE SUD-OVEST	5	5
TOTALE		30	30

DENOMINAZIONE AZIENDA	AMBITO TERRITORIALE OTTIMALE / QUADRANTE	SEDI CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	TIPOLOGIA FINANZIAMENTO
ASL CITTÀ DI TORINO	METROPOLITANO	Via Pacchiotti 4	PNRR
		Via Farinelli 25	PNRR
		Via Legnano 5	PNRR
		Via Cigna 74	PNRR
		Via Cigna 74	PNRR
		Via Cigna 74	PNRR
		Via degli Abeti 16	PNRR
		Via Botticelli 130	PNRR
		Via Pellico 19	PNRR
	9	9	
ASL TO3	METROPOLITANO	Collegno via Torino 1	PNRR
		Venaria via Don Sapino 152	PNRR
		Orbassano strada Rivalta 50	PNRR
		Avigliana via Sant'Agostino 5	PNRR
		Susa corso Inghilterra 66	PNRR
		Pinerolo strada Fenestrelle 72	PNRR
			6
ASL TO4	METROPOLITANO	Cirié via Alberetto 10	PNRR
		Chivasso via Marconi 11	PNRR
		Castellamonte piazza Nenni 1	PNRR
		Ivrea via Ginzburg 7	PNRR
		Settimo via Leini 70	PNRR
	5	5	
ASL TO5	METROPOLITANO	Chieri piazza Pellico 1	PNRR
		Moncalieri strada Vianotto 23	PNRR
		Nichelino via Debuchè snc	PNRR
	3	3	
	SUBTOTALE AMBITO / QUADRANTE	23	23
ASL VC	1 / NORD-EST	Vercelli via Crosa 4	PNRR
		Serravalle Sesia via Roma 17	PNRR
		2	2
ASL BI	1 / NORD-EST	Cossato via Maffei 59	PNRR
		Biella via Fecia di Cossato 10	PNRR
		2	2
ASL NO	1 / NORD-EST	Borgomanero via Gozzano 5	PNRR
		Novara viale Roma 7	PNRR
		Galliate via Cottolengo 2	PNRR
		3	3
ASL VCO	1 / NORD-EST	Ormezzano via Mazzini 117	PNRR
		1	1
	SUBTOTALE AMBITO 1 / QUADRANTE	8	8
ASL AT	2 / SUD-EST	Asti via Duca d'Aosta 15	PNRR
		Canelli via Solferino 124	PNRR
		2	2
ASL AL	2 / SUD-EST	Alessandria via Pacinotti 38	PNRR
		Casale Monferrato via Cavour 62/A	PNRR
		Tortona via Milazzo 1	PNRR
		Acqui Terme strada Alessandria 1	PNRR
		4	4
	SUBTOTALE AMBITO 2 / QUADRANTE SUD-	6	6
ASL CN1	3 / SUD-OVEST	Savigliano via Torino 143	PNRR
		Saluzzo via Spielberg 58	PNRR
		Mondovì via San Rocchetto 99	PNRR
		Cuneo corso Francia 10	PNRR
		4	4
ASL CN2	3 / SUD-OVEST	Alba via Belli 26	PNRR
		Bra via Vittorio Emanuele 3	PNRR
		2	2
	SUBTOTALE AMBITO 3 / QUADRANTE SUD-	6	6
TOTALE		43	43

