

**Interventi per il riordino della rete territoriale del
Servizio Sanitario Regionale**

**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.**

Sommario

	Pag.
Introduzione	3
La spesa per l'assistenza sanitaria territoriale	4
Principi generali del riordino organizzativo	5
La riorganizzazione della rete dei servizi territoriali	7
1. Il modello organizzativo per il governo del territorio: il ruolo del Distretto	7
1.1. Situazione attuale, criticità e prospettive	8
1.2. Linee d'indirizzo per la riorganizzazione delle funzioni del Distretto	8
1.3 Dimensioni del Distretto	10
1.4 Collocazione organizzativa del distretto nell'organigramma ASL	10
1.5 Il Direttore del Distretto	11
1.6 Il Coordinamento dei Distretti	11
1.7 Il sistema informativo aziendale a supporto delle funzioni distrettuali	12
1.8 Il ruolo dei Sindaci nella programmazione territoriale-distrettuale	13
1.9 Il Programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT)	14
2. Il riordino delle forme organizzative dell'Assistenza primaria sul territorio regionale	16
2.1 Quadro normativo nazionale e regionale	16
2.2 Le attuali forme associative dell'Assistenza primaria	17
2.3. Linee d'indirizzo per l'evoluzione verso le nuove forme organizzative delle cure primarie: UCCP-AFT	18
2.3.1 Aggregazioni funzionali territoriali MMG/PDLS (AFT)	19
2.3.2 Unità Complesse di Cure primarie (UCCP)	20
2.3.3 Collegamenti operativi fra le cure primarie e le altre reti aziendali	22
3. I servizi territoriali dell'ASL	24
3.1 I dipartimenti territoriali	24
3.2 I servizi territoriali aziendali	29
3.2.1. Area della continuità tra ospedale e territorio	30
4. Le competenze della rete territoriale rispetto ai Livelli di assistenza da garantire al cittadino	32
5. Il raccordo con la rete dei servizi dell'area dell'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale	33
6. L'interazione tra il Servizio di Continuità Assistenziale e il sistema di Emergenza e Urgenza	35
6.1 Il modello regionale a cui tendere: la centralizzazione delle chiamate di C.A.	36
6.2 Fasi del percorso per la realizzazione del progetto "116117"	37
6.2.1 Modalità operative	37
6.2.2 Sala operativa "116117"	38
6.3 Sperimentazione regionale sul territorio torinese (AA.SS.LL. To 1 e To2)	38
6.4 Indirizzi per la riorganizzazione del Servizio di C.A.	39

Introduzione

Il Piemonte, dove risiede poco più del 7 % degli italiani, si evidenzia come una delle regioni più vecchie e dipendenti della media delle regioni italiane: nel 2011 gli anziani (> 65 anni) residenti erano 1.023.195; l'indice di invecchiamento, che rapporta gli ultrasessantacinquenni al totale della popolazione, faceva registrare, nel 2011, valori del 23,4 % (alla stessa data, in Italia, erano 12.301.537 i soggetti di età uguale o superiore a 65 anni, pari al 20,3 % del totale della popolazione).

Gli ultraottantenni, verso i quali si rivolgono prevalentemente le cure destinate alla fetta di popolazione non autosufficiente, rappresentavano invece, alla stessa data, il 7 % del totale della popolazione. Nel 2001 i residenti in Piemonte con più di 65 anni erano 897.432.

In Piemonte, nel 2011, risiedevano 181 anziani ogni 100 bambini di 0-14 anni, con un tasso di ricambio, quindi, ben più basso del "valore di equilibrio" di 100.

In prospettiva, se non si registrerà un incremento di fecondità o un flusso migratorio consistente, la popolazione tenderà a invecchiare (gli anziani diventeranno grandi anziani e gli adulti entreranno nella fascia anziana), con un ricambio insufficiente a compensare tale tendenza: la carenza di giovani, che rappresentano le forze di lavoro in grado di pagare i servizi socio sanitari di cui necessita la popolazione anziana, rappresenta uno dei problemi principali evidenziati dagli indicatori demografici illustrati.

Se il fattore invecchiamento riveste un ruolo centrale nella crescita delle risorse impiegate dal settore socio sanitario, il bisogno non cresce proporzionalmente all'invecchiamento, dal momento che si invecchia in condizioni di salute che tendono a diventare via via migliori. I dati delle Indagini Multiscopo Istat indicano come negli ultimi 10 anni la cronicità sia insorta, tra gli anziani, a un'età di 5 anni maggiore che in passato.

Se la popolazione invecchia in condizioni di salute migliori, è perché è cambiato, negli ultimi decenni, lo scenario epidemiologico caratterizzato da un aumento della prevalenza delle patologie croniche. Secondo le rilevazioni Istat (Istat, 2011) il 38,6 % dei residenti, in Italia, soffre di almeno una patologia cronica; di questi, il 20,1 % della popolazione dichiara di avere almeno due patologie croniche.

Le modifiche demografiche ed epidemiologiche illustrate richiedono un adeguamento delle risposte assistenziali: attualmente l'ospedale si fa carico di circa il 30 % della cronicità in regime di ricovero e cura, con un forte spreco di risorse economiche e umane.

La cura dei pazienti cronici richiede non tanto un aumento di risorse, quanto piuttosto un'inversione di tendenza culturale. A fronte di una medicina oggi sempre più specializzata, i pazienti cronici necessitano di risposte integrate e multidisciplinari, trasversali ai diversi ambiti di assistenza.

E se le strutture ospedaliere restano la sede più adatta per la diagnosi e la cura degli episodi acuti della malattia, le altre prestazioni sanitarie, quali visite mediche, visite ed esami specialistici, consumo di farmaci, trovano il luogo più appropriato di erogazione sul territorio, che comprende anche il domicilio dei pazienti.

L'assistenza socio sanitaria territoriale rappresenta uno dei tre macro-livelli di assistenza, o linee di attività, in cui si suddivide l'offerta di servizi del Servizio sanitario in Italia e in Piemonte, insieme alla prevenzione ed all'assistenza ospedaliera.

I percorsi di cura territoriali dei residenti si snodano attraverso una rete di servizi che comprende, in un continuum, un insieme articolato ed eterogeneo di interventi, riferibili alle seguenti tre macro-tipologie di servizi:

- Assistenza primaria (medicina generale, pediatria di libera scelta e continuità assistenziale)
- Assistenza specialistica territoriale
- Attività erogate dalle strutture distrettuali delle Asl (assistenza domiciliare e residenziale socio-sanitaria ad anziani non autosufficienti, disabili, minori, salute mentale).

La spesa per l'assistenza sanitaria territoriale

Per quanto riguarda la spesa, le cure sul territorio in Piemonte rappresentavano, secondo una rilevazione dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (Agenas 2009), il 52,4 % del totale della spesa sanitaria (misurata in 8 miliardi e 723 milioni di euro), con una crescita evidente rispetto agli stessi dati elaborati nel 2000, quando alle cure territoriali era destinato il 47,8 % della spesa (su una spesa complessiva di 5 miliardi e 719 milioni di euro). Lo spostamento, se si indaga all'interno delle diverse voci che compongono la spesa per l'assistenza territoriale, è trainato soprattutto dalla spesa per l'assistenza ambulatoriale, verso la quale si sono spostati negli anni episodi di cura precedentemente configurati come attività di ricovero (ad esempio molti piccoli interventi chirurgici che richiedevano un ricovero in passato oggi si effettuano in attività ambulatoriale).

L'analisi delle cure sul territorio erogate nelle ASL piemontesi parte dall'esame del primo livello di responsabilità del servizio sanitario nei confronti dei cittadini, rappresentato dai medici di famiglia: nel 2011 in Piemonte vi erano circa 3.300 medici di medicina generale (che prendono in cura gli adulti dai 14 anni in su) e 445 pediatri di libera scelta (che si prendono carico dei bambini fino a 13 anni). Su questo versante oggi la medicina generale tradizionale, ancora troppo spesso basata sul rapporto "singolo medico – singolo paziente", rischia di essere inadeguata di fronte alla complessità della presa in carico della cronicità.

La risposta all'aumento della domanda posta dai pazienti cronici richiede risposte proattive e integrate tra i professionisti e i servizi dell'ASL: la diffusione delle forme di associazionismo della medicina generale rappresenta il miglior veicolo per lo sviluppo dell'integrazione e della medicina

di iniziativa nell'ambito dell'Assistenza primaria. Le Asl piemontesi fanno rilevare una buona diffusione delle forme di associazionismo: il 30 % dei medici di medicina generale piemontesi lavorava in modalità di gruppo nel 2011, un restante 30 % in rete.

Tali forme di associazionismo rappresentano però, di fatto, modalità di aggregazione monoprofessionali, nelle quali più professionisti mettono insieme risorse e modalità di lavoro.

I Centri di Assistenza Primaria (CAP), strutture polifunzionali e multiprofessionali, che raggruppano e coordinano le professionalità e i servizi dell'Assistenza primaria e dei Distretti, rappresentano le strutture previste dal Piano Socio Sanitario Regionale 2012-15 del Piemonte per avviare la medicina di iniziativa e aggregare le professionalità dei Distretti.

Le risposte assistenziali socio-sanitarie erogate sul territorio dei Distretti delle ASL piemontesi sono rappresentate dalle cure domiciliari e dall'assistenza residenziale e semiresidenziale a favore di anziani, disabili, minori.

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 e Interventi Economici a sostegno della domiciliarità). Un confronto tra il Piemonte e il gruppo di regioni medio grandi del centro nord circa la copertura dei servizi di Assistenza Domiciliare Integrata fa rilevare un basso tasso di interventi, più basso di tutte le altre Regioni medio grandi del Centro nord e del valore medio nazionale.

In sintesi l'andamento della spesa sanitaria territoriale nel decennio successivo al 2000 è il seguente:

- a) l'assistenza primaria (medicina generale, pediatria di libera scelta e medici di continuità assistenziale) nel 2000 rappresentava il 5,9 % della spesa complessiva; nel 2009 tale percentuale era leggermente scesa, a 5,3 % del totale della spesa sanitaria;
- b) l'assistenza specialistica territoriale è la voce di spesa cresciuta nel primo decennio degli anni 2000, al ritmo più elevato: nel 2000 rappresentava il 12,9 % del totale della spesa del servizio sanitario, nel 2009 il 17,8%;
- c) l'incidenza delle attività erogate nelle strutture distrettuali delle ASL è leggermente scesa (assistenza domiciliare e residenziale socio sanitaria ad anziani non autosufficienti, disabili, minori, salute mentale): dal 17,6 al 16,6 %.

A queste spese si aggiungono le prescrizioni farmaceutiche territoriali, la cui incidenza sul totale è cresciuta dall'11,4 % del 2000 al 12,7 % del 2009.

Principi generali del riordino organizzativo

In tutti i paesi a maggiore sviluppo sta maturando sempre di più l'esigenza di fornire nuove e migliori risposte alle esigenze dei pazienti con patologie croniche e/o affetti da pluripatologie.

Tale percorso condiziona fortemente le politiche economiche e i processi di riorganizzazione programmatica della sanità. La risposta ottimale ai bisogni del paziente cronico pluripatologico

dovrà necessariamente essere erogata nel contesto ove vengono massimizzate le risorse familiari e promosse le migliori azioni di compliance per il soggetto fragile: il domicilio.

In quest'ottica la Regione Piemonte, in coerenza con le indicazioni nazionali (L. n. 189/2012, Patto per la Salute), intende riorganizzare il proprio modello di governance del territorio al fine di realizzare un approccio più adeguato ai bisogni del cittadino, fornendo al paziente fragile anche un servizio di civiltà nel proprio ambiente sociale senza costringerlo a percorsi molto gravosi per lui, per i suoi cari e per la comunità.

Tale percorso di riorganizzazione persegue pertanto i seguenti obiettivi:

- migliorare l'organizzazione del sistema di assistenza, fondandola su principi quali:
 - la centralità del paziente e della persona,
 - la prossimità dei percorsi per le cronicità,
 - la tempestività di intervento ed efficienza,
 - il coordinamento degli interventi, specie per quanto attiene ai processi di integrazione socio-sanitaria,
 - l'elaborazione di percorsi basati su evidenze scientifiche,
 - la semplificazione e la trasparenza organizzativa,
- garantire l'informazione e la partecipazione del paziente e delle famiglie al processo di cura,
- migliorare le modalità di integrazione con i servizi sociali comunali e del terzo settore.

Occorre in sostanza perseguire la strutturazione di reti territoriali, connesse con le reti ospedaliere, 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 integrato dove i livelli di intensità degli interventi possano essere modulati dall'ospedale al territorio e viceversa.

Ciò rappresenta un obiettivo di cultura sanitaria e di "civiltà assistenziale" nella misura in cui evita inutili e dispendiosi passaggi del paziente tra i vari soggetti erogatori del S.S.N., restituendogli una sensazione di attenzione e di presenza da parte della sanità pubblica.

Il percorso finalizzato al riordino della rete territoriale trae i suoi riferimenti, dal punto di vista normativo regionale:

- dai Programmi Operativi Regionali 2013-2015 di cui alla D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, Programma 14 "Riequilibrio Ospedale-Territorio";
- dalla D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i. avente ad oggetto "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee d'indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale"(Appendice), dove sono definite le linee d'indirizzo per la realizzazione di un modello di assistenza sanitaria integrata e coordinata finalizzato a fornire risposte appropriate alle maggiori criticità attuali, che *"sembrano risiedere nella gestione territoriale della cronicità, nella prevenzione della riacutizzazioni, nonché nel monitoraggio della fragilità sia sociale che sanitaria"*.

Il principale spunto che emerge da tali linee d'indirizzo è l'orientamento verso logiche organizzative prioritariamente fondate sulla sinergia tra le reti sanitarie e socio-sanitarie sui versanti:

- della programmazione dei fabbisogni e delle adeguate risposte da erogare,
- dell'interazione gestionale in funzione della continuità assistenziale ospedale-territorio e viceversa,
- del dialogo informatizzato tra i sistemi, in armonia e coerenza con le vigenti normative in materia.

Tutto ciò avviene attraverso la programmazione ed erogazione dei percorsi di prevenzione e di intervento sanitario e socio-sanitario, a partire dal livello più prossimo al cittadino e alla comunità locale: ovvero la medicina di territorio, articolata nelle nuove forme organizzative monoprofessionali e multiprofessionali dell'Assistenza primaria previste dalla normativa vigente, le quali operano mediante l'utilizzo di protocolli e strumenti condivisi a livello regionale, validati e verificati attraverso le linee organizzative e sotto la responsabilità del Distretto.

La cronicità rappresenta per il sistema sanitario una sfida ove ad oggi è impossibile giungere a una vittoria definitiva, ma dove si può concretamente agire dando "qualità agli anni": ovvero ritardando l'insorgenza dei sintomi e controllandone l'evoluzione al fine di ritardare la medicalizzazione del paziente e conseguentemente ottenere anche un processo virtuoso di ottimizzazione delle risorse

La riorganizzazione della rete dei servizi territoriali

Il modello di riordino della rete dei servizi territoriali delineato nel presente provvedimento si fonda sui seguenti principi ispiratori:

- è orientato a perseguire un riequilibrio funzionale del sistema sanitario fondato sull'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale, partendo dai bisogni di salute della popolazione;
- intende realizzare e garantire la continuità assistenziale nella presa in carico e nei percorsi di cura fra territorio ed ospedale e viceversa, nella fase post dimissione ospedaliera;
- mira a garantire la partecipazione, nell'adozione delle scelte strategiche inerenti le politiche sanitarie e socio-sanitarie territoriali, sia dei cittadini e della comunità locale, sia degli operatori che operano nel sistema.

Le direttrici del modello organizzativo della rete territoriale, di seguito sviluppate, sono le seguenti:

- la rete dei Distretti sanitari e dell'Assistenza primaria nell'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale
- la rete degli altri servizi territoriali delle ASL (dipartimenti territoriali e transmurali)
- l'integrazione con i servizi socio-assistenziali
- la continuità assistenziale, specie nelle funzioni di collegamento tra i macrolivelli assistenziali, con particolare riferimento al processo di ricovero e di dimissione.

1. Il modello organizzativo per il governo del territorio: il ruolo del Distretto.

La ridefinizione del modello organizzativo territoriale parte dal rilancio del ruolo e delle funzioni del Distretto, considerato che la rete territoriale, in base alla normativa definita nel P.S.S.R., punto 3.3.2 e in coerenza con le disposizioni previste dal D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992 e s.m.i., artt. 3-4 e segg., è innanzitutto costituita dai Distretti.

Il Distretto, quale articolazione territoriale, organizzativa dell'A.S.L., svolge una funzione essenziale nella governance del sistema territoriale; quale garante della presa in carico e continuità nei percorsi di salute della popolazione, assicura l'espletamento delle funzioni e delle relative attività territoriali indicate dall'art. 3-quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., orientandole secondo gli obiettivi definiti nel P.S.S.R.

La suddetta normativa affida pertanto al Distretto, oltre ad una funzione di erogazione produttiva e di coordinamento della rete dei servizi, anche un funzione di garanzia e di “accompagnamento” nell’accesso dei servizi. Nell’ambito di tale funzione, il distretto ha il compito di valutare i bisogni di salute della popolazione di riferimento e di pianificarne le modalità di soddisfazione, anche attraverso un forte coinvolgimento degli Enti locali e del terzo settore.

1.1. Situazione attuale, criticità e prospettive

L’articolazione distrettuale oggi esistente nelle tredici ASL del territorio regionale vede la presenza di 52 distretti (Tabella A), il 90% dei quali configurato come struttura complessa aziendale e per la restante quota come struttura semplice.

Nella situazione attuale il Distretto si configura tuttavia, in gran parte delle realtà aziendali, più come una struttura di gestione di alcuni servizi territoriali e socio-sanitari che come un effettivo centro di responsabilità per la tutela della salute dei cittadini ed il governo dei relativi percorsi assistenziali.

Il P.S.S.R. 2012-2015, al punto 3.3.2 “La rete Territoriale” stabilisce che il rafforzamento del ruolo del Distretto nel senso descritto nel capitolo successivo presuppone *“la riconsiderazione delle attuali articolazioni e l’individuazione di aree territoriali più ampie delle attuali, idonee a superare la parcellizzazione oggi rappresentata da un numero di distretti di dimensione limitata, che non consentono la funzione di governance, né le condizioni per ricondurre a sistema la sommatoria di servizi, interventi, prestazioni e per garantire le necessarie efficienze organizzative”*.

Gli indirizzi contenuti nel presente provvedimento sono finalizzati a realizzare un effettivo rilancio del ruolo e delle funzioni del Distretto quale:

- braccio organizzativo e operativo dell’ASL per il governo del territorio e per la garanzia del coordinato e continuativo svolgimento dei percorsi di salute;
- “garante” istituzionale e facilitatore della rete dei rapporti tra assistenza primaria, ospedale e servizi socio-sanitari territoriali;
- presa in carico e interfaccia per l’attivazione/organizzazione di tutti gli interventi correlati all’appropriatezza del percorso assistenziale, dal domicilio agli ambulatori, ai presidi sanitari, con particolare riferimento alla fase post dimissioni ospedaliere.

1.2. Linee d’indirizzo per la riorganizzazione delle funzioni del Distretto

Il Distretto è l’articolazione dell’A.S.L. deputata a garantire l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza sul proprio territorio mediante l’integrazione tra i diversi servizi sanitari e socio-sanitari competenti e coinvolti, in modo da assicurare una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione, con particolare riferimento alle problematiche connesse alle cronicità e alle situazioni di fragilità sociale.

Come tale il Distretto rappresenta:

- l’ambito organizzativo territoriale dell’assistenza primaria e delle relative forme associative;
- il livello organizzativo dell’A.S.L. per il governo, la programmazione, l’erogazione e la gestione del budget relativo ai servizi territoriali, anche in continuità con quelli ospedalieri:
 - sia per le aree produttive a gestione diretta da parte del Distretto,

- sia per le aree rispetto alle quali il Distretto esercita un ruolo di committenza, coordinamento funzionale e di condivisione dei volumi di attività da erogare a garanzia dei percorsi assistenziali integrati, nonché di contrattazione del budget assegnato alla struttura erogatrice;
- la sede più idonea per il confronto con le autonomie locali e la gestione dei rapporti del S.S.R. con i cittadini e la comunità locale.

In considerazione del ruolo attribuito e in coerenza con la programmazione strategica aziendale e regionale, il Distretto svolge la propria attività istituzionale di tutela della salute della popolazione residente attraverso:

- l'analisi dei bisogni di salute rilevati sul territorio;
- la programmazione (come descritta al successivo punto 1.9);
- i rapporti istituzionali, rispetto ai quali il Direttore del Distretto coadiuva e supporta la Direzione aziendale nell'interfaccia con il Comitato dei Sindaci/Conferenza dei Presidenti di Circoscrizione, gli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali, il Volontariato e privato sociale, ecc.;
- l'organizzazione, ovvero coordinamento della propria attività con gli altri Distretti, con i presidi ospedalieri e con le altre articolazioni organizzative aziendali;
- la negoziazione, finalizzata ad assicurare i livelli di attività (prestazioni o percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e relativo budget) ritenuti necessari e appropriati per assolvere ai reali bisogni di salute della popolazione, come evidenziati nell'analisi e previsti nell'ambito della programmazione territoriale, in coerenza con gli obiettivi strategici e il budget assegnato a livello aziendale.

La negoziazione si configura come:

- interna, con tutte le strutture produttive aziendali;
- esterna, rispetto alla quale il direttore del Distretto coadiuva la direzione aziendale nei rapporti con i fornitori di servizi sanitari e socio-sanitari esterni all'ASL e operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.R.

Il processo di negoziazione comporta l'assegnazione alle suddette strutture/fornitori di obiettivi stabiliti in linea con le strategie aziendali e regionali riguardanti:

- la produzione delle attività (tipologia, volumi e qualità di prestazioni);
- l'equità e omogeneità nell'erogazione del servizio nell'ambito territoriale di competenza;
- l'efficienza organizzativa del servizio;

- il monitoraggio della produzione, così articolato:
 - monitoraggio continuo del processo di erogazione delle attività e controllo dei processi organizzativi finalizzato a garantire la trasversalità e l'interrelazione nella rete dei servizi;
 - monitoraggio e valutazione qualitativa dell'attività e dei relativi costi indotti dai MMG/PDLS, con particolare riferimento al controllo dell'appropriatezza prescrittiva, nonché all'interazione con il macrolivello ospedaliero in relazione ai ricoveri ed ai percorsi post dimissione dei propri assistiti;
 - verifica della corretta gestione del personale assegnato;
 - gestione e verifica dei flussi informativi aziendali, regionali e ministeriali riguardanti i dati di attività e l'impiego delle risorse aziendali;
 - raccordo con il controllo di gestione, al fine di:

- mantenere un monitoraggio costante degli assetti erogativi in relazione alle risorse assegnate;
- agevolare la produzione di un sistema di reporting delle attività territoriali che supporti l'attività gestionale delle strutture afferenti alla rete territoriale.

1.3. Dimensioni del Distretto

In base all'art. 19 della L.R. n. 18/2007 e s.m.i. i distretti comprendono una popolazione non inferiore a 70.000 abitanti; la definizione degli ambiti territoriali distrettuali spetta al Direttore Generale dell'A.S.L., nell'ambito dell'atto aziendale, sulla base dei criteri e delle finalità indicate dalla legge stessa e dal presente provvedimento e d'intesa con la Conferenza dei Sindaci.

La D.G.R. n. 1-600/2014 e s.m.i., Allegato A, punto 4, ha previsto un dimensionamento del Distretto compreso fra 80.000 e 150.000 abitanti: il superamento di tale limite non può comunque eccedere la popolazione di riferimento dell'Ospedale HUB.

Quindi il numero dei Distretti attivabili nel presente modello di riordino della rete territoriale è in decremento rispetto alla situazione attuale e la loro articolazione per A.S.L. è individuata nell'ambito dei range minimi e massimi riportati nella Tabella A.

Per le aree montane come disciplinate dalla L.R. n. 11 del 28.9.2012 e s.m.i. e dalla L.R. n. 3 del 14.3 2014 e s.m.i., e/o per le aree a scarsa densità abitativa con bacini d'utenza inferiori al suddetto limite, l'ambito distrettuale si configura quale articolazione organizzativa ed operativa (struttura semplice) di altro Distretto territorialmente contiguo.

Al fine di assicurare l'ottimale svolgimento delle prestazioni dell'area dell'integrazione socio-sanitaria, l'ambito territoriale del Distretto deve garantire l'effettiva fruibilità dei servizi ed il necessario raccordo con i/il Soggetti/o gestori/e dei servizi socio-assistenziali, per la razionalizzazione organizzativa ed il contenimento della spesa. Tale ambito deve pertanto essere coincidente con l'ambito territoriale di uno o più Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali e, nel caso della Città di Torino, con quelli di più Circoscrizioni.

Pertanto ove gli ambiti territoriali dei soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali siano diversamente articolati, questi dovranno comunque afferire ad un solo distretto.

1.4. Collocazione organizzativa del distretto nell'organigramma ASL

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 e/o a scarsa densità abitativa, sono configurati come struttura semplice afferente ad altro Distretto individuato come struttura complessa.

L'A.S.L. 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:

- a. riconducendo al Distretto tutte le funzioni allo stesso attribuite dall'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 al punto 1.2;

- b. garantendo il necessario supporto tecnico-amministrativo per lo svolgimento delle attività distrettuali ed interdistrettuali, anche con riferimento alle attività del tavolo di coordinamento di cui al successivo punto 1.6, senza creazione di ulteriori nuove strutture.

Le funzioni di cui al punto a. 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.

Tale intervento di razionalizzazione, da porre in essere nell'ambito dell'atto aziendale e del relativo piano di organizzazione sulla base delle nuove linee guida regionali, è preordinato a garantire maggiore certezza nell'individuazione dei centri di responsabilità, evitando sovrapposizioni di competenze e confusione organizzativa dovuta all'eccessiva proliferazione e parcellizzazione di strutture, con inevitabile aggravio in termini di oneri gestionali ed economici a carico del bilancio aziendale.

1.5. Il Direttore del Distretto

Il Direttore del Distretto, nominato in base all'art. 3-sexies, comma 3 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., svolge prioritariamente le seguenti funzioni:

- coordina le attività produttive gestite direttamente o indirettamente dal distretto;
- promuove e presidia l'integrazione organizzativa tra le strutture territoriali per la garanzia di un coordinato svolgimento dei percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale. Trattasi delle strutture competenti nelle diverse aree di attività rispetto alle quali il Distretto si configura quale committente, nell'esercizio della funzione di analisi/valutazione del fabbisogno del proprio territorio, programmazione e controllo.

Limitatamente alle suddette funzioni di integrazione, facenti capo istituzionalmente alla figura del Direttore del Distretto (rif. D.Lgs 502/1992, art. 3-sexies), si determina un rapporto di sovraordinazione funzionale del medesimo nei confronti dei responsabili delle strutture territoriali analogamente alla figura del Direttore medico di Presidio ospedaliero.

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. n. 502/1992 e s.m.i., a cui partecipano di diritto anche i dirigenti responsabili degli eventuali sub-distretti configurati come struttura semplice, come citati al punto 1.3.

La Direzione Regionale Sanita' fornirà indirizzi e strumenti alle ASL per assicurare omogeneità nei criteri di scelta dei Direttori di Distretto e per garantire adeguata valorizzazione dell'esperienza manageriale specifica nella valutazione dei candidati. Analogo supporto regionale sarà assicurato per l'aggiornamento e la formazione continua di questi Dirigenti.

1.6. Il Coordinamento dei distretti

Nelle ASL in cui il numero di Distretti è superiore a uno il coordinamento dei Distretti viene garantito dalla Direzione aziendale mediante l'istituzione di un tavolo di coordinamento funzionale composto dai Direttori dei Distretti stessi.

Il tavolo, facente capo alla Direzione Aziendale, è finalizzato a garantire omogeneità ed equità di procedure, criteri gestionali/valutativi e percorsi nello svolgimento delle funzioni territoriali e

distrettuali, fermi restando gli orientamenti programmatici connessi alle specificità del fabbisogno delle diverse aree territoriali.

E' facoltà della Direzione Aziendale delegare la funzione di coordinamento del tavolo al Direttore Sanitario.

Tale funzione costituisce il riferimento univoco:

- a. per la Direzione Aziendale, per gli ambiti di attività territoriali;
- b. per il raccordo con i produttori di servizi pubblici (AO/AOU, Presidi Ospedalieri, Dipartimenti, strutture complesse e semplici aziendali) e privati accreditati, ai fini della negoziazione/programmazione congiunta in relazione al fabbisogno del territorio, nonché agli obiettivi e al budget assegnati dall'A.S.L. nell'ambito del Piano delle attività territoriali-distrettuali (vedi punto 1.9);
- c. per il raccordo con l'area socio-assistenziale ai fini della programmazione e gestione congiunta delle attività afferenti all'area socio-sanitaria.

Ferme restando le funzioni esercitate a livello aziendale dal Collegio di Direzione, come disciplinato dall'art. 17 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., al fine di garantire l'ottimale ed efficace esercizio delle funzioni distrettuali di cui al precedente punto 1.2, il tavolo di coordinamento funzionale rappresenta la sede per il sistematico raccordo fra i Distretti ed i Responsabile delle aree sopra indicate ai punti b e c (es. Direttori di Dipartimento, Direttori dei Servizi socio-assistenziali).

La funzione di coordinamento prevede inoltre:

- l'adozione di strategie comuni al fine di garantire l'equità nell'erogazione delle prestazioni fornite dai vari produttori, pubblici e privati accreditati come sopra descritti, pur mantenendo le specificità distrettuali;
- la garanzia dell'uniforme applicazione della azioni organizzative e amministrative territoriali;
- il coordinamento a livello interdistrettuale dei Nuclei Distrettuali di Continuità delle Cure (NDCC) di cui alla D.G.R. n. 27-3628 del 28.3.2012, delle Commissioni UVMD e delle altre Commissioni/organismi operanti nel Distretto;
- la ripartizione concordata di funzioni o ambiti di intervento, per aumentare l'efficienza complessiva, condividendo informazioni e decisioni;
- il monitoraggio dei risultati attesi, in funzione degli obiettivi assegnati, nel rispetto delle specificità di ciascun Distretto e garantendo la coerenza con gli obiettivi generali aziendali;
- la referenza nei tavoli tecnici regionali relativi alle funzioni espletate nell'ambito distrettuale.

Ai fini dell'attuazione e del monitoraggio del presente modello di riordino distrettuale viene istituito, con apposito provvedimento regionale, il Tavolo Regionale di Coordinamento dei Distretti.

1.7 Il Sistema informativo aziendale a supporto delle funzioni distrettuali.

Il supporto informativo necessario per l'ottimale funzionalità del Distretto può essere distinto in due tipologie:

- flussi informativi sulle attività svolte;
- procedure operative a supporto dell'attività distrettuale.

Il primo tipo è composto da informazioni differite relative all'attività ordinaria, consolidate mensilmente, mentre il secondo tipo attiene alle procedure che ne gestiscono in tempo reale l'attività.

La nuova organizzazione del Distretto presuppone l'esistenza delle seguenti condizioni:

- 1) che la struttura distrettuale abbia un accesso mirato al S.I. attraverso cruscotti specifici relativi ai propri residenti, contenenti gli indicatori e le misure definite nel Programma delle attività territoriali-distrettuali di cui al punto 1.9, relativamente alle attività di competenza del Distretto, come specificate nell'allegata Tabella C;
- 2) che la struttura distrettuale possa procedere ad un dialogo informatizzato con le altre strutture del SSR per una gestione attiva in tempo reale, con particolare riferimento:
 - a. agli assistiti segnalati dall'ospedale, per i quali si rende necessaria l'attivazione di percorsi che prevedono cure domiciliari, inserimenti in strutture residenziali/semiresidenziali socio-sanitarie oppure dei follow up ambulatoriali nel sistema della cure primarie;
 - b. alla gestione dei PDTA per pazienti cronici, che prevede contatti periodici in cui il sistema sanitario territoriale (infermiere del distretto o della rete AFT/UCCP) contatta l'assistito per l'esecuzione delle previste prestazioni diagnostiche/terapeutiche, come calendarizzate nel rispettivo Piano individuale definito con il MMG;
 - c. alla gestione delle risorse disponibili presso tutti i punti di erogazione del sistema sanitario pubblico e privato accreditato per ottimizzarne l'uso a risposta dei fabbisogni.

Così come i flussi informativi sono definiti e organizzati centralmente per esigenze di omogeneità di lettura e condivisione delle informazioni, è necessario quindi pianificare un processo di informatizzazione delle procedure operative, a regole comuni, che permetta lo stesso approccio uniforme per tutti i Distretti, a garanzia dei percorsi regionali e nel rispetto delle regole amministrative e operative che saranno definite.

1.8 Il ruolo dei Sindaci nella programmazione territoriale-distrettuale

Richiamando la piena applicazione di quanto previsto dall'art. 7 della L.R. n. 18 del 6.8.2007 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 tale ottica, il Comitato dei Sindaci di Distretto previsto dall'art. 3-quater, comma 4 del D.Lgs. n.502/1992 e s.m.i. e dall'art. 8 della L.R. n. 18 del 6.8.2007 e s.m.i. è l'organo di partecipazione alla programmazione socio-sanitaria a livello distrettuale.

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 dal Direttore 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.

In base all'art. 14 della L.R. n. 18/2007 compete inoltre al Comitato dei Sindaci la predisposizione ed approvazione dei Profili e Piani di salute (PEPS) relativi alla rete dei servizi socio-sanitari, secondo le modalità indicate nella legge stessa.

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 delle AA.SS.LL. esistenti sul territorio del Comune 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. n.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.

1.9 Programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT)

Nell'ambito delle risorse assegnate in relazione agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento ed al fabbisogno rilevato sul proprio territorio, il Distretto definisce il Programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT), coerentemente con gli indirizzi della programmazione strategica aziendale e regionale e con le risorse assegnate.

Tale Programma, adottato in coerenza con gli strumenti di programmazione socio-sanitaria locale previsti dalla L.R. n. 18/2007, ha durata coincidente con quella del P.S.S.R. e comunque non inferiore ad un triennio; è aggiornato ogni anno contestualmente alla definizione del bilancio ed è redatto secondo i criteri e le modalità di cui all'art. 3-quater del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

Il PAT, definito sulla base di uno schema-tipo, da approvarsi con determinazione regionale entro 90 gg. dall'entrata in vigore del presente provvedimento, individua gli obiettivi da perseguire, in attuazione delle strategie aziendali, come definite nei relativi atti di programmazione e sulla base del fabbisogno rilevato nell'area di riferimento, definendo le attività da svolgere per conseguirli e la relativa distribuzione delle risorse assegnate.

In fase di prima attuazione del presente provvedimento il PAT dovrà essere adottato entro il 31.12.2015 e rogiarderà l'attività dell'anno 2016. Contestualmente all'adozione del bilancio aziendale, il PAT verrà aggiornato ed integrato con la programmazione triennale.

Costituiscono obiettivi strategici del Distretto che necessitano di programmazione e di un costante monitoraggio nell'ambito del PAT:

- rendere esplicita la definizione della rete di offerta dei servizi sanitari e socio sanitari per pazienti fragili, cronici e disabili;
- adottare un modello di presa in carico al fine di aumentare l'appropriatezza del contesto di cura;
- sviluppare percorsi strutturati per pazienti fragili e disabili volti a superare le disuguaglianze di accesso.

Il PAT comprende, in appositi capitoli, anche la pianificazione delle attività dei Dipartimenti e dei Servizi Territoriali, con particolare riferimento a quelle svolte a livello distrettuale. A tal fine il PAT sarà orientato ad armonizzare eventuali indirizzi e priorità specifiche di un'area distrettuale con gli obiettivi fissati della pianificazione nazionale, regionale e aziendale della materia.

Il PAT individua inoltre, sulla base di indicatori misurabili definiti a livello regionale in allegato al suddetto schema tipo, le modalità di verifica e valutazione degli effettivi risultati raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati, al fine di rendere possibili periodici riadeguamenti delle attività.

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 presenti sul territorio di riferimento.

E' 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 Circoscrizione di riferimento territoriale, è trasmessa al Direttore Generale per i successivi adempimenti.

2. Il riordino delle forme organizzative dell'Assistenza primaria sul territorio regionale.

Nell'ambito degli interventi di riordino dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale, la normativa nazionale e regionale sottolinea l'esigenza di procedere ad incisivi interventi di riorganizzazione del sistema delle cure primarie con l'obiettivo di promuovere una medicina di territorio:

- sempre più accessibile, facilmente fruibile e visibile, considerata la funzione centrale delle cure primarie quale primo livello clinico di contatto dei cittadini con il sistema sanitario regionale;
- che rivesta, agli occhi dei cittadini, la stessa autorevolezza dell'ospedale attraverso reti capillarmente diffuse sul territorio;
- fondata sulla sistematica interazione tra i medici di famiglia, i servizi specialistici, l'area infermieristica e l'area socio-sanitaria, quale modello di riferimento per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza a favore delle malattie croniche.

L'obiettivo perseguito è, in sostanza, quello di "rimodellare" l'organizzazione territoriale dell'Assistenza primaria favorendo forme associative sempre più integrate e multi-professionali, onde realizzare la presa in carico globale del paziente, spostandone l'asse assistenziale sul territorio e lasciando al polo ospedaliero la gestione delle acuzie e delle complessità.

Il disegno strategico di riordino dell'Assistenza primaria mira altresì a promuovere la salute della popolazione di riferimento attraverso il passaggio dalla sanità di "attesa", improntata sulla gestione della malattia quando questa si presenta a quella di "iniziativa", improntata sulla gestione della malattia in modo tale da rallentarne il decorso, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, attraverso la valorizzazione:

- dei percorsi diagnostico-terapeutici per le patologie croniche invalidanti,
- delle iniziative di promozione ed educazione alla salute.

2.1. Quadro normativo nazionale e regionale

Il riordino delle forme organizzative dell'Assistenza primaria trae i propri indirizzi dalle seguenti norme:

- Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 29.7.2009, artt. 26 bis e 26 ter, che introduce la disciplina delle nuove forme organizzative:
 - aggregazioni funzionali territoriali (AFT), finalizzate all'integrazione professionale delle attività dei singoli MMG/PDLS per il conseguimento degli obiettivi di assistenza;
 - unità complesse di cure primarie (UCCP), finalizzate ad assicurare l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria e di diagnostica di base, realizzando nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 per

tutti i giorni della settimana e garantendo un'effettiva presa in carico dell'utente a partire, in particolare dai pazienti cronici, anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso ospedaliero.

- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali 29.7.2009, art. 30 bis.
- L. n.189 dell'8.11.2012, art. 1 che, nell'individuare gli interventi finalizzati al riordino dell'assistenza sanitaria territoriale in forma integrata con il sociale e con i servizi ospedalieri, disciplina l'istituzione delle forme organizzative monoprofessionali (AFT) e multiprofessionali (UCCP) delle cure primarie.
- "Linee d'indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" di cui all'Accordo Stato-Regioni del 7.2.2013 che disciplina gli interventi finalizzati ad assicurare la continuità delle cure primarie nell'arco dell'intera giornata.
- Patto della Salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10.7.2014, art. 5 – assistenza territoriale – che prevede incisivi interventi di riorganizzazione, sia della rete e del ruolo strategico dei distretti sanitari, sia del sistema delle cure primarie, con l'istituzione delle UCCP e delle AFT e il loro orientamento verso la medicina d'iniziativa, per contribuire ad ottimizzare la risposta nell'assistenza territoriale per i soggetti affetti da patologia cronica che hanno scarsa necessità di accessi ospedalieri ma che richiedono interventi di tipo ambulatoriale o domiciliare nell'ambito di PDTA predefiniti e condivisi.
- Decreto n. 70/2015, Regolamento sugli standard dell'assistenza ospedaliera di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5.8.2014, che prevede che le Regioni riorganizzino la rete ospedaliera in base al modello hub & spoke e che contestualmente procedano al riassetto dell'assistenza primaria e all'organizzazione in rete delle strutture territoriali, quale intervento fondamentale per garantire una risposta continuativa sul territorio e un utilizzo appropriato dell'ospedale.
- Piattaforma SISAC per il rinnovo dell'ACN MMG/PDLS/SAI limitatamente alla parte normativa, presentata ad aprile 2014, laddove si prevede, il *"superamento di tutte le forme organizzative esistenti nel sistema delle cure primarie e la loro sostituzione con le A.F.T. e U.C.C.P."*, nonché *"il riutilizzo, secondo modalità definite dalle Regioni, delle indennità e degli incentivi oggi erogati per lo sviluppo strutturale ed organizzativo (es. associazionismo, indennità informatica, incentivi per il personale), allo scopo di finanziare i fattori produttivi delle A.F.T. e delle U.C.C.P., in un quadro di invarianza delle risorse economiche attualmente investite sui medici convenzionati"*.

A livello regionale, il riordino dell'Assistenza primaria è delineato nell'ambito delle seguenti fonti normative:

- D.G.R. n. 26-3627 del 28.3.2012, con la quale sono state definite le linee d'indirizzo per la sperimentazione regionale dei Centri di Assistenza Primaria (CAP).
- D.G.R. n. 25 del 30.12.2013, Adozione del Programma Operativo 2013-2015 collegato al Piano regionale di rientro, che nell'ambito del Programma 14-Riequilibrio Ospedale-Territorio, Intervento 14.3-Assistenza Primaria prevede le seguenti azioni:
 - Unità di cure primarie e studi multiprofessionali: individuazione o rimodulazione delle forme di associazionismo nell'ambito degli Accordi con MMG/PDLS;
 - sviluppo della sperimentazione dei CAP e loro evoluzione verso le nuove forme organizzative della medicina di territorio.
- D.G.R. n. 1-600/2014, come integrata dalla D.G.R. n.1-924/2015, in premessa richiamate, che nell'Allegato A, punto 4 individua le "Linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale" nell'ambito delle quali è previsto che l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria deve fondarsi sulla rete AFT e UCCP.

2.2.Le attuali forme associative dell'Assistenza primaria.

L'attuale articolazione dell'Assistenza primaria e delle relative forme associative sul territorio regionale è sintetizzata nell'allegata Tabella B.

Per quanto attiene alla medicina generale, le forme associative disciplinate dal vigente AIR di cui alla D.G.R. n. 28-2690 del 24.4.2006 e s.m.i. , articolate nelle tipologie medicina in associazione,

medicina di gruppo e medicina in rete, coinvolgono a livello regionale circa l'83% dei MMG, ai quali fa capo l'86,5% del totale degli assistiti (PDLs: circa il 62% ai quali fa capo il 64,37% degli assistiti).

In particolare, la progressiva tendenza alla contrazione dell'associazionismo semplice verso le altre tipologie associative, manifestatasi a partire dal 2009, ha evidenziato la necessità di definire un percorso di superamento di tale forma associativa. Inoltre la sperimentazione regionale relativa ai Gruppi di Cure Primarie (GCP.) avviata nel 2009 ha comportato un implemento dell'associazionismo nella tipologia Medicina di Gruppo in cui sono confluiti gran parte degli ex GPC una volta conclusa la sperimentazione il 31.12.2011.

Le 232 equipe territoriali coinvolgono il 98% del totale dei MMG: nell'ambito dei Programmi Operativi regionali di cui alla D.G.R. n. 25-6992/2013, Programma 14, Azione 14.3.1, è prevista la riconsiderazione del ruolo e della connotazione di tali forme associative, riorientandole in direzione delle nuove forme organizzative monoprofessionali AFT, *“come contesto del governo clinico e del coordinamento dell'assistenza primaria sul territorio con attribuzione di precisi obiettivi quantificabili e misurabili a cui commisurare, solo se raggiunti, i relativi compensi incentivanti”*.

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

- I CAP avviati sulla base delle linee guida di cui alla sopra richiamata D.G.R. n. 26-3627/2012, così dislocati:
 - - A.S.L. To3, Distretto di Susa, CAP Avigliana, c/o ex presidio ospedaliero
 - - A.S.L. To4, Distretto di Cuornè, CAP Castellamonte, c/o ex presidio ospedaliero
 - - A.S.L. VC, Distretto di Vercelli, CAP Santhià, c/o ex presidio sanitario polifunzionale
 - - A.S.L. NO, Distretto di Arona, CAP Arona, c/o ex presidio ospedaliero
 - - A.S.L. AL, Distretto di Valenza, CAP Valenza, c/o ex presidio ospedaliero
- Le Case della Salute ed ex GCP avviati nell'ambito della sperimentazione regionale di cui alla D.G.R. n.57-10097 del 17.11.2008 e conclusasi il 31.12.2011, oppure a livello aziendale: 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.
- Gli Ospedali di comunità con sede in Varallo (ASL VC) e Demonte (ASL CN1) le cui caratteristiche funzionali e strutturali saranno definite con apposito provvedimento da emanarsi entro il 2016, coerentemente con gli indirizzi di cui al Decreto n. 70/2015, punto 10.1 e con i requisiti che verranno stabiliti nel provvedimento previsto dal Patto per la Salute, punto 17.

In tale contesto si inserisce anche il recente progetto di sperimentazione avviato sul territorio del Verbano Cusio Ossola (ASL VCO), finalizzato a potenziare, anche tramite l'interazione fra il sistema di emergenza e la medicina di territorio, l'assistenza territoriale. Il progetto, mira a corrispondere alle peculiari caratteristiche di quel territorio (Provincia montana) ed è finalizzato allo sviluppo di un modello utilizzabile su scala nazionale e sarà per questo realizzato in collaborazione con Agenas.

2.3 Linee d'indirizzo per l'evoluzione verso le nuove forme organizzative dell'Assistenza primaria: UCCP-AFT

Le nuove forme organizzative dell'Assistenza primaria, nella configurazione di Aggregazioni Funzionali Territoriali (di seguito: AFT) e di Unità Complesse di Cure Primarie (di seguito: UCCP), come individuate e definite dalla vigente normativa nazionale, sono tendenzialmente destinate a garantire, nel nuovo disegno organizzativo regionale, l'erogazione dell'assistenza primaria in forma capillarmente diffusa su tutto il territorio, attraverso la gestione collaborativa ed integrata del paziente e dei suoi percorsi assistenziali.

Nell'ottica di realizzare l'uniformità assistenziale su tutto il territorio, in coerenza con le strategie di governo e di programmazione aziendale e distrettuale, le nuove forme organizzative dell'Assistenza primaria sono destinate a sostituire, in un disegno di rete organicamente articolato e accessibile nelle diverse aree del territorio, coordinato con il livello ospedaliero, tutte le forme associative monoprofessionali e multiprofessionali, gestionali e funzionali, oggi esistenti nel panorama territoriale.

Come previsto dal Patto per Salute, art. 5, comma 3, *“entro sei mesi dalla stipula dei nuovi ACN”* e comunque entro il periodo di vigenza del Patto (2016), *“le AFT e le UCCP costituiscono le uniche forme di aggregazione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, sostituendo le diverse tipologie di forme associative della medicina generale e le altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate nelle varie Regioni”*.

Le presenti linee d'indirizzo rappresentano pertanto il tendenziale riferimento per la definizione della piattaforma relativa ai nuovi Accordi integrativi regionali per i professionisti convenzionati, ai quali si rinvia per tutto quanto non disciplinato nel presente modello.

2.3.1 Aggregazioni funzionali territoriali MMG//PDLS (AFT)

Le Aggregazioni funzionali territoriali sono definite quali reti monoprofessionali (MMG/PDLS) *“che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi”* (L. n. 189/2012, art. 1, co.1).

L'AFT è composta da un numero di medici (MMG/PDLS) compreso fra i 15 e i 20. Inoltre possono essere previste AFT composte da medici specialisti ambulatoriali interni.

La popolazione assistita afferente a ciascuna AFT non è superiore a 30.000 abitanti e rappresenta il bacino d'utenza dei medici che hanno in carico il cittadino che esercita la scelta nei confronti dei singoli medici. Nelle realtà metropolitane sarà possibile prevedere aggregazioni anche maggiori, mentre nelle realtà territoriali montane o a scarsa densità abitativa potranno essere previste organizzazioni più snelle ed articolate, tali comunque da garantire la completa copertura assistenziale anche nelle aree più disagiate del territorio regionale.

Ogni AFT è funzionalmente collegata ad una UCCP (vedi punto 2.3.2): ovvero l'UCCP assicura l'erogazione delle prestazioni di medicina generale (MMG/PDLS) tramite le AFT alla stessa collegate, garantendo la copertura assistenziale su tutto il territorio distrettuale h 24 tramite il coordinamento operativo con il servizio di Continuità assistenziale (ex Guardia Medica).

Compete all'AFT la tutela della salute della popolazione di riferimento. In particolare l'AFT deve garantire le seguenti funzioni e attività:

- assistenza ambulatoriale e domiciliare a favore della popolazione in carico ai MMG/PDLS che la compongono;
- l'applicazione dei PDTA definiti a livello regionale, aziendale e distrettuale a favore dei pazienti affetti da patologie croniche;

- interrelazione con tutti i professionisti del sistema sanitario (dipartimenti e strutture territoriali e ospedaliere) e con l'area socio-assistenziale, al fine di assicurare la continuità di cura agli assistiti, con particolare riferimento ai percorsi post dimissioni ospedaliere.

Il Distretto deve individuare chiaramente gli obiettivi di salute che le AFT devono perseguire.

2.3.2 Unità complesse di Cure primarie (UCCP)

Le Unità complesse di cure primarie sono costituite da reti multiprofessionali, operanti in sedi uniche sotto forma di strutture polifunzionali territoriali dotate di strumentazione di base per la diagnostica di primo livello (h 12), facenti capo al Distretto al quale ne compete il governo e la gestione organizzativa.

Le UCCP operano attraverso il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle Cure primarie, dell'area specialistica territoriale ed ospedaliera, della prevenzione, dell'area infermieristica, dell'area socio-sanitaria e socio-assistenziale e, a garanzia della copertura h 24, della C.A. (ex G.M.), fino all'istituzione del ruolo unico della medicina generale come previsto dalla vigente normativa nazionale.

Le UCCP operano in forma integrata, nell'ambito ed in coerenza con la programmazione del fabbisogno sanitario e socio-sanitario distrettuale, al fine di:

- assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali a livello ambulatoriale e domiciliare (MMG/PDLS tramite le AFT), delle prestazioni specialistiche (tramite le AFT previste dall'art.30bis del vigente ACN), delle attività infermieristiche, tecnico-sanitarie, socio-sanitarie e diagnostica di base;
- garantire l'accessibilità e la continuità dell'assistenza nell'arco dell'intera giornata, nelle tre declinazioni:
 - gestionale, grazie all'interazione fra l'area della medicina generale (articolata nelle AFT), il servizio di C.A. e l'area della medicina specialistica ambulatoriale ed ospedaliera;
 - relazionale, attraverso la presa in carico e il governo del percorso, avvalendosi di un approccio proattivo e d'iniziativa, dal territorio all'ospedale e viceversa, nella fase post dimissione ospedaliera, che si concretizza nell'ambito di protocolli operativi condivisi, definiti dal distretto con le aree:
 - medicina specialistica e della prevenzione,
 - dell'emergenza-urgenza,
 - socio-sanitaria e socio-assistenziale;
 - informativa/informatizzata, in quanto l'aggiornamento della scheda sanitaria individuale (a regime F.S.E.) avviene in forma integrata nella rete telematica aziendale, garantendo così il collegamento e la condivisione delle informazioni cliniche riguardanti il paziente ed i relativi percorsi in essere, con le altre strutture ospedaliere e territoriali, tra cui ovviamente le AFT e i servizi di Continuità assistenziale.

Le professionalità coinvolte nelle UCCP sono: MMG/PDLS/MCA, Specialisti ambulatoriali interni e specialisti ospedalieri, personale dell'area infermieristica, tecnico-sanitaria, socio-sanitaria, socio-assistenziale e amministrativa.

Il coinvolgimento degli specialisti nel contesto dell'Assistenza primaria è rivolto a garantire la continuità tra il livello primario e secondario dell'assistenza, nell'ottica di un approccio sistemico fondato sull'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare nell'ambito di protocolli diagnostico-terapeutici predefiniti (PDTA).

Le UCCP rappresentano l'evoluzione, secondo un modello a rete capillarmente diffuso sul territorio, delle forme organizzative multiprofessionali già sperimentate su alcune aree distrettuali (es. Case della Salute) e in fase di sperimentazione (es. CAP); di norma si sviluppano nell'ambito di strutture aziendali/distrettuali e possono essere istituite nel numero di una o, in considerazione della specificità territoriale, al massimo due per ogni Distretto delle dimensioni sopra indicate (punto 1.3.a).

Articolazione territoriale UCCP

L'articolazione territoriale delle UCCP prevede:

- una sede di riferimento aziendale istituita in ambito distrettuale, riconsiderando in tale sede gli attuali CAP distrettuali e riconvertendo strutture aziendali già esistenti in ambito ospedaliero e/o territoriale;
- eventuali altre sedi accessorie dislocate sul territorio distrettuale e collegate telematicamente alla sede centrale. I relativi ambiti operativi devono essere coincidenti con quelli di una o più AFT, garantendo la copertura dell'intero territorio, con particolare riferimento alle aree montane e/o a bassa densità abitativa.

L'UCCP si sviluppa in strutture agevolmente accessibili e fruibili da parte degli utenti, individuate dalle ASL, in ambito distrettuale, nel seguente ordine di priorità:

- presidi ospedalieri e territoriali aziendali oggetto di riconversione;
- poliambulatori distrettuali;
- CAP/Case della Salute operanti a seguito delle sperimentazioni avviate a livello regionale;
- altre strutture aziendali, comunali o comunque pubbliche;

Entro tre mesi dalla data dell'approvazione dell'AIR, le ASL effettuano una ricognizione delle strutture già operanti a livello distrettuale (es. poliambulatori) rispetto alle quali è possibile prevedere la progressiva riconversione o riallocazione presso l'UCCP.

Le singole UCCP potranno avere una complessità organizzativa e prestazionale diversa a seconda del contesto in cui gravitano.

In relazione all'andamento della sperimentazione regionale, come risultante dal monitoraggio dei risultati conseguiti a fronte degli obiettivi previsti nell'ambito dei Programmi Operativi regionali e tenendo conto delle specificità del territorio regionale, viene definito a livello aziendale/distrettuale il percorso di riconversione dei CAP in UCCP, salvaguardandone il patrimonio operativo e di servizi garantiti ai cittadini.

Attività erogate dall'UCCP

Come stabilito dall'art.5, comma 4 del Patto per la Salute, l'UCCP è strutturata come un sistema integrato di servizi che concorre alla presa in carico della comunità di riferimento, in continuità con le AFT ed i MMG/PDLS che le compongono.

Nell'ambito dell'UCCP vengono erogate le seguenti attività:

- assistenza primaria (MMG/PDLS), tramite le relative AFT alla stessa funzionalmente collegate, negli orari diurni 8-20 dei giorni feriali;
- continuità assistenziale (ex guardia medica) con orario durante le ore notturne 20-8,00, nei giorni festivi 8-20 e prefestivi 10-20;

- attività specialistica ambulatoriale, da individuare sulla base dei bisogni dei pazienti relativi allo specifico bacino d'utenza.
- diagnostica strumentale di primo livello a supporto dell'attività dei medici operanti nell'ambito della rete UCCP/AFT, anche correlate al percorso di presa in carico del paziente e all'erogazione di PDTA per patologie croniche;
- punto prelievi;
- servizi infermieristici ambulatoriali, territoriali e domiciliari, in rapporto numerico da individuare sulla base dei bisogni di salute, delle attività istituite e dei modelli organizzativi e assistenziali orientati ad un approccio proattivo nella gestione di persone con patologie croniche;
- sportello unico socio-sanitario (con la presenza e l'integrazione con i servizi sociali), operante secondo le modalità di raccordo con la rete dei servizi socio-assistenziali, come individuate nel successivo Capitolo 4.

Le prestazioni erogabili dall'UCCP si distinguono in:

- Prestazioni ordinarie di assistenza primaria, come previste e disciplinate dall'ACN e dagli AIR, erogate tramite le reti AFT funzionalmente collegate, per la presa in carico dei pazienti;
- prestazioni sanitarie ambulatoriali (diagnostiche/specialistiche), riconducibili alle classi di priorità previste dalla vigente normativa regionale;
- prestazioni sanitarie programmate a favore di pazienti fragili affetti di patologie croniche;
- prestazioni dell'area socio-sanitaria, con particolare riferimento alle cure domiciliari e all'assistenza residenziale, tramite le AFT funzionalmente collegate e nell'ambito degli obiettivi e dell'organizzazione definita a livello aziendale e distrettuale.

2.3.3. Collegamenti operativi fra le cure primarie e le altre reti aziendali

Il collegamento fra la rete UCCP/AFT e le altre reti produttive aziendali viene condiviso e disciplinato, attraverso la funzione distrettuale di interfaccia e di coordinamento, nell'ambito di appositi protocolli operativi che coinvolgono:

- la rete dell'emergenza-urgenza (ASL e Ospedale Hub di riferimento territoriale);
- l'area specialistica ambulatoriale e ospedaliera, con l'obiettivo di definire percorsi integrati fra le aree specialistiche ambulatoriali del distretto e dell'ospedale in modo tale da:
 - garantire la presa in carico e la continuità assistenziale del paziente;
 - assicurare l'appropriato svolgimento dei PDTA a favore della popolazione fragile e/o affetta da patologie croniche;
- l'area socio-sanitaria, per la garanzia dell'erogazione delle prestazioni afferenti all'area dell'integrazione, con particolare riferimento alla domiciliarità e residenzialità per persone non autonome e/o non autosufficienti;
- l'area dell'assistenza farmaceutica territoriale per le attività previste nell'ambito del progetto della "farmacia dei servizi".

Il collegamento operativo con il sistema di emergenza/urgenza

La rete UCCP/AFT non svolge attività di emergenza ed urgenza: quindi non è un punto della rete dell'emergenza ospedaliera.

Operando nell'area delle cure primarie, l'UCCP e le AFT alla stessa collegate sono tuttavia destinate ad intercettare quelle situazioni che presentano problematiche risolvibili in forma più appropriata a livello ambulatoriale tramite la rete dell'assistenza primaria coordinata con la rete specialistica aziendale.

Per l'efficace operatività di tale collegamento devono essere definiti a livello aziendale o interaziendale protocolli condivisi che disciplinino l'interfaccia fra la rete delle cure primarie, articolata nelle UCCP e relative AFT ed il sistema di emergenza/urgenza, garantendo la netta separazione dei percorsi e la condivisione del fascicolo sanitario del paziente.

Con particolare riferimento alla condivisione informatizzata dei dati clinici, è essenziale:

- che le informazioni contenute nella scheda sanitaria del MMG possano essere condivise per via telematica con il sistema informativo dell'emergenza-urgenza;
- che al tempo stesso i referti clinici del sistema emergenza-urgenza (DEA) siano acquisibili per via informatica e in tempo reale dal sistema delle cure primarie.

Per i pazienti che presentano sintomatologie tali da non escludere un possibile rischio evolutivo e quindi la necessità di trattamenti urgenti e/o complessi, la rete UCCP/AFT attiva la rete dell'emergenza/urgenza che espletterà l'intervento secondo i protocolli operativi vigenti, per la stabilizzazione e per l'eventuale ospedalizzazione presso la struttura più idonea, per il proseguimento delle cure in considerazione del quadro clinico evidenziato.

3. I servizi territoriali dell'ASL

La rete dei servizi territoriali delle ASL si compone, oltre che dei Distretti, di una serie di servizi territoriali cui sono affidati compiti specifici per i quali è necessario mantenere una dimensione organizzativa aziendale.

In base alle caratteristiche delle funzioni svolte si distinguono:

- dipartimenti territoriali
- servizi territoriali aziendali
- risorse professionali trasversali
- area della continuità tra ospedale e territorio
- servizi di dimensione regionale

I servizi territoriali non distrettuali sono dotati di risorse organizzative proprie definite dall'atto aziendale e nel piano di organizzazione.

La funzione distrettuale di definizione dei bisogni e delle priorità assistenziali dovrà pertanto essere armonizzata con la programmazione annuale di attività dei dipartimenti, che formerà oggetto di appositi capitoli ricompresi nel PAT di ciascun Distretto.

3.1 I dipartimenti territoriali

Esistono articolazioni del servizio sanitario regionale che svolgono funzioni sanitarie e socio sanitarie caratterizzate dall'esistenza di linee progettuali specifiche di derivazione nazionale o regionale, (Piano Nazionale di Prevenzione, Progetto Obiettivo Materno Infantile, Piano Nazionale Salute Mentale, Piano nazionale Dipendenze Patologiche, ecc.) che comportano la finalizzazione delle attività al raggiungimento di obiettivi generali comuni.

Per questo i servizi che operano in questi ambiti svolgono funzioni sia di produzione di interventi sia di elaborazione per la progettazione locale e concorrono alla pianificazione territoriale di competenza dei distretti armonizzando i propri piani locali specifici con le priorità derivanti dalla pianificazione distrettuale (Peps, PAT, ecc.).

L'esercizio di queste funzioni richiede un'articolazione organizzativa che consenta, per garantire multiprofessionalità e multidisciplinarietà, di ricomprendere strutture, servizi, entità e soggetti anche estranei al servizio sanitario nazionale, la cui integrazione funzionale è essenziale per lo sviluppo di politiche di promozione e tutela della salute e per la messa in atto di interventi sanitari coerenti con tali politiche.

Si tratta di contenitori organizzativi che finalizzano le proprie azioni sia tramite gli strumenti tipici delle articolazioni dipartimentali (la disponibilità di sistemi informativi per il governo e per l'esercizio, la responsabilità diretta dell'impiego delle risorse umane e finanziarie assegnate), sia attraverso strumenti specifici previsti dai progetti finalizzati di cui sono responsabili (in primo luogo gli strumenti di valutazione dei risultati raggiunti).

Di seguito vengono descritte le linee di riordino previste per i Dipartimenti Territoriali in Piemonte.

Dipartimento di Prevenzione (DP)

Le politiche di prevenzione e di promozione della salute e tutti gli interventi sanitari previsti per questa funzione sono indicati dal Piano Regionale di Prevenzione (PRP).

La Giunta regionale ha approvato, con DGR n. 25-1513 del 3/06/2015, il Piano regionale di prevenzione per gli anni 2015-2018. Il provvedimento costituisce atto valutabile in sede di verifica annuale degli adempimenti regionali da parte del Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza (ex art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni rep. atti 2271), nonché atto necessario all'attuazione dei Programmi Operativi 2013-2015 (di cui alla DGR 30 dicembre 2013, n. 25-6992).

Il PRP impegna le ASL del Piemonte alla predisposizione e alla realizzazione di un Piano locale della Prevenzione (PLP) finalizzato all'attuazione degli obiettivi stabiliti dalle linee progettuali approvate.

Il PRP contiene anche un apposito capitolo dedicato alla governance di questa funzione che prevede, tra l'altro, una revisione organizzativa da attuarsi nel corso del 2015.

A tal fine si indicano le principali direttrici di tale riordino:

- tutte le funzioni di prevenzione esercitate dal SSN del Piemonte vanno ricomprese nell'ambito della pianificazione regionale e locale della prevenzione;
- per sostenere la pianificazione locale della prevenzione e armonizzarla con quella territoriale dei distretti le ASL attribuiranno una specifica responsabilità e specifici obiettivi al DP;
- tutte le articolazioni organizzative territoriali che esercitano funzioni e che erogano prestazioni di prevenzione sono ricondotte nell'ambito del DP;
- sono trasferite al DP tutte le funzioni e i servizi di Medicina Legale;
- per gli interventi che richiedono la collaborazione dei servizi di prevenzione con entità organizzative esterne al DP (ad esempio con le strutture diagnostiche specialistiche per l'esecuzione degli screening) saranno elaborati specifici progetti finalizzati di attività (con indicazione delle responsabilità, delle risorse e delle metodi di valutazione) evitando la costituzione di articolazioni organizzative specifiche (anche solo funzionali);
- lo sviluppo delle funzioni distrettuali definito dal presente documento (punto 1) consentirà l'identificazione e la sperimentazione di forme più avanzate di integrazione tra le strutture organizzative distrettuali e quelle della prevenzione in particolare negli ambiti di erogazione delle prestazioni di prevenzione rivolte alle persone.

Gli atti aziendali stabiliranno in modo dettagliato l'articolazione dei servizi che compongono il DP. Si conferma un unico dipartimento per la città di Torino

Dipartimento Materno Infantile (DMI)

Dal punto di vista sanitario, nell'area materno-infantile (MI), trovano posto attualmente: Consultori familiari, SC di ostetricia e ginecologia (per la parte di ostetricia), Attività specialistica ostetrica di poliambulatorio, Punti-nascita, TIN, SC di pediatria, SC di 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 (es 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 MI sono :

- 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.

La definizione dei tre percorsi basali (nascita, crescita, patologia cronica) e la loro collocazione all'interno di uno stesso ne permette il governo.

Dal punto di vista funzionale si formulano, per la razionalizzazione e il potenziamento delle azioni in corso, le seguenti linee di indirizzo:

- la domanda prevalente è una domanda di promozione della salute e di prevenzione (circa l'85% delle gravidanze sono fisiologiche, circa l'85% dei neonati nasce sano).
Per tale ragione risulta necessario:
 - un potenziamento delle attività consultoriali attraverso un riconoscimento organizzativo adeguato e un'assegnazione di operatori che tenga conto delle funzioni ad esso attribuite (contraccezione compresa quella d'emergenza, ecografie ostetriche di 1° livello, applicazione 194, gravidanza fisiologica, prevenzione serena, prevenzione infezioni sessualmente trasmesse);
 - un contenimento della medicalizzazione della gravidanza e del parto (% cesarei, % ecografie in gravidanza, % gravidanze seguite dall'ospetrica, etc)
 - un'analisi territoriale dei Bilanci di salute svolti dai pediatri di famiglia lungo il percorso di crescita del bambino con obiettivi specifici effettuata dal DMI con la finalità di leggerli come indicatori di salute/di domanda di specialistica
 - una ridefinizione della presa in carico pediatrica che riequilibri l'eccesso di ricorso al Pronto Soccorso/DEA ed alla ospedalizzazione inappropriata (anche determinata da obiettivi prestazionali errati quali il tasso di occupazione PL in reparti pediatrici).
- La domanda di cura nelle situazioni di patologia richiede un superamento delle modalità di risposta non integrate fra loro, ed in particolare:
 - il consolidamento e lo sviluppo della rete locale e interaziendale di presa in carico delle gravidanze a rischio con attenzione al PN cui riferire la donna per il parto;
 - la relazione tra l'attività specialistica degli Hub e gli operatori di riferimento del territorio (PdF,...) nelle patologie acute e croniche del minore.
 - l'integrazione delle diverse figure professionali (NPI, psicologi, logopedisti, fisioterapisti, terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, educatori...) all'interno di un unico luogo e con un unico coordinamento che garantisca al minore con patologia cronica ed alla sua famiglia risposte appropriate, condivise, anche in ottemperanza agli obblighi giuridici assegnati alla NPI.
- Relativamente alla NPI negli anni si è assistito (fonte dati Npi-Net/Smile) ad un incremento della domanda di salute con passaggio della prevalenza da un 5.75% (sulla pop 0-17) all'8.07% in 8 anni, con aumento della multimorbilità, cronicità e fragilità. Si ritengono, pertanto,

definitivamente superate le modalità organizzative che non garantiscono l'azione coordinata dei servizi e delle professionalità coinvolte nella presa in carico del minore (ad esempio le NPI esclusivamente monoprofessionali).

In conseguenza della natura e delle caratteristiche delle funzioni descritte, sul piano organizzativo di indicano le seguenti linee di indirizzo:

- il DMI è dipartimento strutturale transmurale, integrato con modalità funzionale con i pediatri di famiglia, con le attività di psicologia dell'area materno-infantile e di RRF dell'età evolutiva, con i dipartimenti di prevenzione e con il distretto;
- il DMI può, inoltre, configurarsi in alcune realtà come interaziendale;
- il DMI programma la sua attività in base al profilo di salute della sua popolazione ed agli obiettivi regionale.

Dipartimento di Salute Mentale

E' 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'Azienda sanitaria locale (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 Cliniche universitarie e dalle case di cura private.

La realtà piemontese, interessata da una serie di azioni di riordino organizzativo del SSR, presenta alcune criticità che riguardano questo ambito di attività e interessano in modo specifico l'area della residenziali dove vengono segnalati un numero eccessivo di posti letto autorizzati/accreditati e la dislocazione disomogenea degli stessi, lunghi tempi di permanenza in struttura e una carenza politica di programmazione.

A tal fine, si indicano le principali direttrici funzionali di riordino per l'immediato futuro:

- sviluppo della progettazione regionale e locale basate su una approfondita conoscenza dei bisogni di salute mentale e sulla identificazione di obiettivi di riabilitazione e inclusione sociale in condivisione con i diversi soggetti interessati (pazienti, famigliari, associazioni, enti locali, terzo settore, erogatori di servizi, ecc.);
- creazione di una funzione regionale di osservazione epidemiologica estesa all'ambito generale della salute mentale e delle patologie delle dipendenze;
- attuazione dei provvedimenti regionali finalizzati al riordino della materia, al miglioramento dei trattamenti e alla riduzione delle disomogeneità (in particolare completamento del programma di valutazione dei bisogni sanitari dei pazienti attualmente inseriti in strutture residenziali);
- completamento e pieno utilizzo del sistema informativo specifico con attivazione di sistemi di valutazione degli esiti e conseguenti strumenti di remunerazione delle attività realizzate;
- potenziamento della dotazione di posti letto nei SPDC per far fronte alle carenze che si determineranno in conseguenza del riordino della rete ospedaliera;
- potenziamento delle attività domiciliari;
- completamento del percorso di superamento degli OPG.

Dal punto di vista organizzativo occorre perseguire:

- il raggiungimento dell'obiettivo di un posto letto in SPDC ogni 10.000 abitanti (con 16 letti per servizio) collocati esclusivamente nella rete ospedaliera pubblica. La funzione e l'organizzazione del SPDC è integrata con quella dei servizi territoriali dai quali dipende anche quando il servizio è strutturalmente inserito in azienda ospedaliera oppure in un ospedale hub. A tal fine andranno stipulati appositi accordi tra le aziende sanitarie interessate;
- la semplificazione della struttura dei DSM rimuovendo le separazioni organizzative e amministrative.

Gli atti aziendali stabiliranno in modo dettagliato l'articolazione dei servizi che compongono il DSM, valutando la opportunità di aggregazioni interaziendali a Torino

Dipartimento Patologia delle Dipendenze (DPD)

L'accordo Stato Regioni del 15 marzo 1999 ha fornito indicazioni per la Riorganizzazione dei sistemi di assistenza ai Tossicodipendenti.

Le azioni di prevenzione, trattamento e riabilitazione delle diverse forme di patologia delle Dipendenze sono disciplinate, in Piemonte, dalla DGR 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 e finanziata con apposito budget.

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);
- la definizione di un budget regionale di spesa per la residenzialità;
- 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).

Dal punto di vista funzionale, le azioni e le esperienze si articolano in:

- attività clinica di diagnosi, trattamento e riabilitazione
- attività di prevenzione e interventi rivolti alla popolazione giovanile
- attività di prossimità, riduzione del danno e di prevenzione delle patologie correlate
- progetti (Integrazione con i medici di Medicina Generale, Interventi a carattere locale sul gioco d'azzardo patologico (GAP), Interventi a carattere locale sul l'inclusione lavorativa, Interventi di prevenzione e diffusione epatite C)

- politiche, organizzazione e programmazione di livello regionale (monitoraggio residenzialità, prevenzione, reinserimento lavorativo, accertamenti per i lavoratori addetti alle mansioni a rischio, valutazione degli esiti)

Per sostenere, dal punto di vista organizzativo, le linee di sviluppo funzionale illustrate si formulano le seguenti linee di indirizzo:

- attivazione di un DPD in ogni ASL prevedendo la possibilità di eventuali aggregazioni interaziendali per le funzioni di progettazione locale e di integrazione con i soggetti esterni al servizio sanitario.

Gli atti aziendali stabiliranno in modo dettagliato l'articolazione dei servizi che compongono il DPD.

3.2. I servizi territoriali aziendali

Interessano funzioni che riguardano ambiti specifici per i quali è necessario mantenere una dimensione organizzativa aziendale per ragioni di identità disciplinare, per la natura delle relazioni esterne coinvolte e per assicurare possibili economie di scala.

Servizio Farmaceutico Territoriale

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)

Gli atti aziendali stabiliranno in modo dettagliato l'articolazione del Servizio Farmaceutico Territoriale.

Servizio di Sanità Penitenziaria (SSP)

L'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta deve essere garantita su tutto il territorio nazionale attraverso una specifica rete articolata secondo un modello che è stato oggetto di un apposito accordo tra lo Stato e le Regioni in data 22 gennaio 2015 che la Regione Piemonte ha recepito e che sarà oggetto di uno specifico atto di programmazione.

Per questo il riordino della rete territoriale deve garantire, in ogni azienda sede di carcere, la presenza di una figura di riferimento per le funzioni di raccordo con i diversi soggetti istituzionalmente competenti al fine di equilibrare la garanzia del diritto alla salute con le inderogabili esigenze di sicurezza e di custodia.

Dal punto di vista funzionale si indicano i seguenti obiettivi:

- attivare il tavolo regionale per la sanità penitenziaria e garantire il coordinamento dei referenti locali
- completare lo specifico sistema informativo
- utilizzare in modo condiviso i centri di riferimento regionali
 - reparto ospedaliero per detenuti presso l'AUO Città della salute e della Scienza
 - il centro di osservazione "Il Sestante" (presso il carcere Lorusso e Cutugno) afferente al DSM della Asl T02
 - il servizio multiprofessionale integrato (presso il carcere Lorusso e Cutugno)

Dal punto di vista organizzativo, alla luce delle funzioni richiamate, si ritiene che le eventuali entità dedicate debbano essere organizzativamente integrate con il Distretto territorialmente competente.

E' necessario che gli atti aziendali assegnino 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).

Risorse professionali trasversali

Insieme alle funzioni specifiche finora descritte, si riconoscono altre funzioni di rilevante impatto organizzativo che riguardano professionalità che, pur essendo caratterizzate da una identità disciplinare che configura specifici ambiti di responsabilità e di autonomia, vengono utilizzate in modo trasversale in molteplici servizi della reti territoriali e ospedaliere del SSR.

Per queste funzioni le ASL dovranno, nell'ambito dei propri atti aziendali e considerando la numerosità e la complessità delle entità interessate, adottare soluzioni organizzative adeguate ad assicurare il razionale utilizzo di queste risorse.

3.2.1. Area della continuità tra ospedale e territorio

L'invecchiamento della popolazione, la presenza di patologie croniche a rilevante impatto sociale, le disabilità motorie-sensitive costituiscono una problematica sicuramente in crescita e di particolare rilevanza per i risvolti clinico-assistenziali e riabilitativi che investono gli Ospedali ed il territorio.

La principale criticità è correlata alla difficoltà di interazione fra strutture e funzioni ospedaliere e territoriali che devono intervenire in modo appropriato temporalmente e quali-quantitativamente nei percorsi di cura ed assistenziali.

Questa fragilità induce spesso inappropriata nell'uso di risorse sanitarie con outcome inferiori alle attese. Appare quindi necessario che le Aziende sviluppino una specifica progettualità organizzativa per la gestione della continuità ospedale-territorio, prevedendo la partecipazione di strutture e funzioni sia aziendali (ospedaliere e territoriali) che extra aziendali pubbliche e private, secondo un modello di rete che definisca il ruolo di ciascuna struttura/funzione all'interno di percorsi aziendali clinico-assistenziali riabilitativi predefiniti.

Le ASL, nella definizione dei percorsi di presa in carico e continuità assistenziale, secondo i criteri e le modalità già indicate dalla D.G.R. n. 27-3628 del 28.3.2012, coinvolgono obbligatoriamente le Aziende Ospedaliere che assicurano il proprio intervento coerentemente con le loro specifiche funzioni.

Il progetto organizzativo deve articolarsi su specifici percorsi e per specifici problemi e avvalersi di tutti i possibili strumenti utili a finalizzare le azioni delle articolazioni organizzative coinvolte. Si

indicheranno, pertanto, gli strumenti tipici delle articolazioni dipartimentali coinvolte (sistemi informativi dedicati, responsabilità diretta dell'impiego delle risorse umane e finanziarie assegnate) e strumenti specifici dei progetti finalizzati: sistemi di valutazione dei risultati raggiunti e metodi di remunerazione per percorsi o per risultato.

Afferiscono all'area della continuità assistenziale i seguenti programmi ed iniziative in corso nelle varie articolazioni del servizio sanitario regionale, che dovranno essere ricondotti organizzativamente all'ambito distrettuale:

- l'ospedalizzazione a domicilio
Trattasi di un setting assistenziale, simile a quello riscontrabile nell'attività di ricovero ospedaliero per acuti, destinato a pazienti che necessitano di cure di tipo ospedaliero per le quali non è necessario un monitoraggio intensivo e le cui condizioni abitative e la collaborazione della famiglia ne consentono una sorveglianza continua. Tali forme assistenziali sono attualmente caratterizzate dalla presa in carico del paziente a totale responsabilità dell'ospedale oppure dalla presa in carico a cura dei servizi territoriali: quindi con la piena responsabilizzazione dei medici di medicina generale o dei pediatri di libera scelta ma con un'assistenza specialistica resa dalla struttura ospedaliera.
- l'assistenza diagnostica e specialistica domiciliare
Consiste nell'effettuazione al domicilio del paziente di indagini diagnostiche di semplice esecuzione e di basso contenuto tecnologico a sostegno di percorsi di deospedalizzazione. In particolare, trattasi di programmi di radiologia domiciliare e delle attività di svariate reti specialistiche che operano anche interventi domiciliari di diagnosi e cura (cure palliative, terapia del dolore, ecc.).
- la continuità assistenziale a valenza sanitaria
rappresenta un setting in cui prevale la componente assistenziale rispetto alla parte clinico-internistica, che pur è presente in modo significativo; deve seguire specifici criteri di tipo clinico, assistenziale, riabilitativo e socio-ambientale. I ricoveri riguardano le tipologie di pazienti e le durate indicate dalla D.G.R. n.13-1439 del 28 gennaio 2011.
- progetti sperimentali di teleassistenza e di telemedicina, finalizzati a realizzare un sistema di cure integrate e continuative tra ospedale e territorio (area dell'assistenza primaria), con particolare attenzione a pazienti fragili e/o affetti da patologie croniche (es.scompenso cardiaco).

Il PAT relativo all'anno 2016 dovrà contenere una dettagliata analisi di tutte le forme organizzative esistenti sul territorio distrettuale e definire specifici programmi per la loro stabilizzazione e sviluppo, nonché per l'eventuale avvio di altre esperienze negli ambiti territoriali che ne sono attualmente privi.

Reti integrate ospedale-territorio

Come stabilito dalla D.G.R. n. 1-600/2014 e s.m.i. (Allegato 1, punto 2.f) la definizione di dettaglio relativa all'articolazione di discipline inerenti a servizi di natura principalmente territoriale è rinviata alla redazione degli atti aziendali, i quali dovranno conformarsi agli indirizzi in materia già previsti dalla vigente normativa regionale emanata in attuazione dei Programmi Operativi Regionali 2013-2015, Programma 13. Reti assistenziali per intensità di cura.

In tale occasione sarà verificata la natura e l'adeguatezza organizzativa delle strutture complesse specialistiche territoriali esistenti in coerenza con gli standard dimensionali stabiliti dal Comitato LEA.

Servizi a dimensione regionale

A completamento del disegno organizzativo delineato dal presente provvedimento di riordino della rete dei servizi territoriali è necessario indicare anche le entità che svolgono funzioni di supporto (sia alle funzioni di governo che a quelle di esercizio) per l'intera rete regionale dei servizi territoriali e ospedalieri.

Si tratta di una serie di servizi (in parte esistenti e in parte di nuova attivazione) necessari ad assicurare competenze specialistiche ed elementi informativi indispensabili sia per le funzioni regionali di programmazione e controllo, sia per il funzionamento coordinato delle reti di servizi di clinici e di prevenzione:

- Dipartimento Interaziendale Interregionale Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta presso l'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino
- Dipartimento Interaziendale 118
- Centro di riferimento per la prevenzione dei tumori e di supporto all'assistenza e alla ricerca clinica presso l'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino
- Servizio regionale di epidemiologia presso l'ASL TO3
- Servizio regionale per le sorveglianze di sanità pubblica e per il controllo delle infezioni presso l'ASL AL
- Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) previste dall'art. 3 ter della legge 9.2.2012, n. 9, collocate presso l'ASL TO3 e l'ASL Biella.

Si procederà con appositi provvedimenti al riordino e all'adeguamento dei servizi esistenti indicando in modo dettagliato le funzioni, i compiti e le modalità di remunerazione di questi servizi.

4. Le competenze della rete territoriale rispetto ai Livelli di assistenza da garantire al cittadino

L'organizzazione del ruolo Distretto quale struttura aziendale per l'esercizio delle funzioni di garanzia della tutela della salute dei propri residenti e di produzione di prestazioni sanitarie territoriali è necessariamente complessa e comporta la costante interfaccia con le altre strutture aziendali ai fini della condivisione di obiettivi, volumi di attività/risorse da impiegare a fronte del fabbisogno rilevato sul proprio territorio.

Per schematizzare questo ruolo si è assunto come riferimento il modello ministeriale L.A. che sintetizza tutti i **livelli di assistenza** come risultano dal D.P.C.M. 29 novembre 2001 e s.m.i.

Come illustrato nella Tabella C, a ciascuna area di programmazione corrispondono livelli assistenziali rispetto ai quali il Distretto:

- 1) non ha competenze dirette ma concorre alla definizione delle priorità nell'ambito delle proprie funzioni di programmazione;
- 2) deve concordare con le competenti strutture operative e/o produttive aziendali o interaziendali, i livelli e l'articolazione dei servizi per i propri residenti in relazione ai

- fabbisogni rilevati ed al budget assegnato, definendo i volumi di attività/prestazioni da erogare nonché i relativi indicatori di verifica;
- 3) è direttamente responsabile per l'erogazione delle prestazioni attraverso la propria organizzazione oppure mediante acquisizione da soggetti terzi.

Nel caso di cui al punto 2) la Tabella riporta nella colonna a fianco il principale interlocutore, ovvero la struttura della rete territoriale e ospedaliera competente rispetto alla gestione delle relative attività.

Nel caso di cui al punto 3) la Tabella riporta nella colonna a fianco l'articolazione organizzativa/operativa distrettuale responsabile.

5. Il raccordo con la rete dei servizi dell'area dell'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale.

L'esigenza di cura e assistenza della popolazione in stato di fragilità, sia essa derivante da una patologia o da un contesto sociale, richiede l'attivazione di servizi non esclusivamente sanitari. La presa in carico di queste persone sempre più necessita di interventi di sostegno di carattere assistenziale ed integrato socio-sanitario.

In Piemonte l'integrazione tra i due comparti, sanitario e sociale, si è sviluppata con elementi di originalità e innovazione, caratterizzata da 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.

Occorre infatti ricordare che 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”*(art. 6) e il D.Lgs. 502/1992 assegna al Sindaco la titolarità *“delle funzioni di tutela socio sanitaria e del diritto alla salute”*.

Analogamente a quanto sta avvenendo per l'assetto sanitario regionale, anche l'area dell'integrazione socio-sanitaria mostra l'esigenza di una sensibile riforma organizzativa al fine di rispondere ai bisogni crescenti ed alla limitata disponibilità di risorse nazionali, regionali e comunali.

La Regione, di conseguenza, intende *in primis* riformare l'assetto organizzativo socio-sanitario, rispondendo in maniera positiva alla richiesta di intervento più volte pervenuta dal territorio, laddove la necessità di convergenza tra i due ambiti, sanitario e sociale, diventa vieppiù un'esigenza ineludibile per il miglioramento della programmazione e di una più efficace allocazione delle risorse.

Questa convergenza richiede quindi che ai Distretti sanitari, così come individuati dal presente modello organizzativo, corrispondano ambiti territoriali ottimali, rappresentati da Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali territorialmente corrispondenti, multipli dei Distretti o sottomultipli degli stessi. Al fine di rispondere correttamente ai principi di efficienza, omogeneità ed equità territoriale, individuati dall'art. 2 della citata Legge regionale 1/2004, dovrà essere sviluppato un percorso congiunto tra Regione ed Enti locali al fine di individuare un

adeguato modello organizzativo in grado di permettere lo svolgimento delle attività integrate socio-sanitarie in ambiti territoriali omogenei superando la frammentazione in più distretti.

La Regione, al fine di agevolare questo percorso di riorganizzazione, può promuovere proposte di gestione unitaria dell'attività socio-sanitaria, anche in via sperimentale, alla ricerca di un modello gestionale condiviso.

Contestualmente alla riforma organizzativa la Regione persegue un disegno di una più incisiva e trasparente programmazione, intendimento perseguito attraverso l'emanazione di norme in grado di delimitare con certezza gli interventi socio-sanitari, contenute nell'approvando "Patto per il sociale" e gli enti locali daranno congiuntamente attuazione agli interventi.

Quest'ultimo documento fornisce gli indirizzi essenziali della programmazione in ambito socio-sanitario e socio-assistenziale, puntualizzando modalità di raccordo stabili tra la Direzione Coesione Sociale e Direzione Sanità nella ricerca di modalità operative condivise.

All'interno di questa cornice, a livello locale, anche la programmazione e l'attività degli Enti gestori e delle ASL necessita di uno strumento programmatico congiunto nel quale devono essere individuati obbligatoriamente quattro elementi:

- a) analisi dei bisogni;
- b) obiettivi di servizio;
- c) indicatori di risultato;
- d) budget assegnato dai due ambiti.

Questo strumento programmatico di carattere non descrittivo ma operativo, risulta vincolante per le parti, deve inoltre indicare gli strumenti concordati per gestire il budget complessivo.

6. L'interazione tra il Servizio di Continuità Assistenziale ed il sistema di Emergenza e Urgenza.

Le strategie finalizzate al riordino della rete territoriale, per poter generare concretamente un'adeguata ed efficace risposta in grado di intercettare il bisogno espresso dai cittadini, necessitano di essere supportate con idonei strumenti che agevolino lo scambio delle informazioni e l'interfaccia in tempo reale non solo fra le reti sanitarie e socio-sanitarie ma anche fra i cittadini e le reti stesse.

Pertanto, fra gli obiettivi perseguiti 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 che oggi interessano 80 linee di C.A. attive nella Regione Piemonte, su un numero unico "116.117".

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 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 agevolarne e supportarne i percorsi nell'ambito della rete organizzativa ed operativa dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali.

Quadro normativo nazionale e regionale

Con la D.G.R. 46-1982 del 29.4.2011 e la D.G.R. n. 32-4961 del 28.12.2012, in attuazione dell'Addendum al Piano di rientro sono state poste le basi per la riorganizzazione del sistema regionale di C.A., in coerenza con le misure di contenimento della spesa sanitaria e di riequilibrio economico-finanziario poste in essere nell'ambito della programmazione regionale.

Nell'ambito di tali provvedimenti, come richiamato nel Programma Operativo Regionale di cui alla D.G.R. n. 25-6992/2013, Programma 14, Azione 14.3.1, sono stati espressamente previsti i seguenti interventi:

- *la riorganizzazione delle postazioni operative di Continuità Assistenziale (ex guardia medica) esistenti sul territorio regionale*", sentite le OO.SS. di categoria più rappresentative a livello regionale, favorendone la progressiva integrazione organica con la rete di S.E.S.T. 118 e con la rete delle cure primarie;
- definizione di linee guida cliniche ed organizzative per l'erogazione uniforme sul territorio regionale del servizio di C.A.; promozione di adeguati piani formativi per i medici di C.A.;
- *"la centralizzazione delle chiamate ad un numero unico verde regionale afferente alle Centrali Operative del Servizio di Continuità Assistenziale e la loro allocazione presso le Centrali Operative E.S.T. 118, secondo l'assetto già ridefinito dalla D.G.R. n. 3-2249 del 27.6.2011, pur mantenendo la piena autonomia organizzativo-funzionale dei rispettivi Servizi aziendali"*

Tali interventi programmati a livello regionale sono coerenti con il quadro normativo nel contempo delineato a livello nazionale, in adempimento alle indicazioni europee e rappresentato dai seguenti atti d'indirizzo:

- Accordo Stato-Regioni/Province Autonome del 7.2.2013 recante "Linee d'indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" che prevede e fornisce indicazioni utili a favorire l'adozione, a livello regionale, di "sistemi di ricezione delle richieste di assistenza primaria nelle 24 ore finalizzati ad assicurare la continuità delle cure e ad intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità,

centralizzando almeno su base provinciale le chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale, condividendo con il Sistema di Emergenza-Urgenza le tecnologie e integrando i sistemi informativi regionali, lasciando comunque distinti l'accesso degli utenti alle numerazioni del 118 e della Continuità Assistenziale”.

- Intesa Stato-Regioni/Province Autonome del 10.7.2014 contenente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, laddove all'art. 5, comma 12, viene espressamente prevista l'attivazione del “numero a valenza sociale 116.117 dedicato al Servizio di Guardia Medica non urgente”, demandando ad apposito Accordo tra le Regioni ed il Ministero della Salute la definizione delle modalità e dei tempi per la sua realizzazione ed attivazione sul tutto il territorio nazionale. A seguito di tale Accordo “le Regioni, in quanto Enti utilizzatori del numero, provvederanno ad effettuare tutte le necessarie operazioni tecniche per implementarne l'utilizzo”.
- Decreto n.70/2015, Regolamento recante “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”, che al punto 9.2.5 prevede la necessità, nell'ambito degli interventi di razionalizzazione:
 - che le dotazioni tecnologiche delle centrali operative 118 siano messe a disposizione della C.A., “con indiscutibili benefici in termini di ottimizzazione degli interventi, monitoraggio delle attività e riduzione dei tempi di attesa dell'utenza”;
 - che le Regioni procedano ad una più corretta distribuzione delle postazioni di C.A., con adeguati dimensionamenti in rapporto all'attività attesa ed alla distribuzione territoriale.

A livello nazionale sono tuttora in corso le attività del Tavolo interministeriale-Agenas-Regioni “Proposta di linee d'indirizzo e requisiti minimi per l'attivazione del numero 116.117” preordinate alla definizione di un modello in cui siano individuate le funzioni da assegnare al numero unico e le relative modalità di gestione da parte delle ASL/Distretti.

6.1. Il modello regionale a cui tendere: la centralizzazione delle chiamate di C.A.

Con l'attivazione del numero unico europeo 116117 destinato al servizio di cure mediche non urgenti, ad avvenuta definizione del sopra citato modello di riferimento, le chiamate di C.A. confluiranno, su tutto il territorio regionale, sulle quattro Centrali Operative (di seguito: C.O.) collegate alla piattaforma tecnologica 118.

Il numero unico 116117 si affiancherà pertanto al 118, utilizzando la medesima piattaforma tecnologica, per chiamare la C.A. territoriale.

Nello sviluppo del presente modello compete alla Regione:

- il governo strategico finalizzato a garantire l'omogeneità del servizio sull'intero territorio, dalla fase sperimentale fino alla completa realizzazione del modello a regime;
 - il coordinamento delle C.O., anche avvalendosi di professionalità distrettuali;
 - il supporto logistico e tecnologico correlato a tale processo,
- che procede contestualmente alla realizzazione degli interventi e delle azioni previste per la riorganizzazione del servizio regionale di C.A.

Compete all'A.S.L. ed ai relativi Distretti:

- l'individuazione dell'elenco delle funzioni distrettuali per le quali si rende opportuna l'attivazione della funzione informativa esercitata dal numero unico, sulla base degli indirizzi contenuti nel modello nazionale come declinati a livello regionale;
- la predisposizione degli strumenti informativi relativi alle modalità di accesso e di funzionamento della rete dei servizi a gestione diretta e privati accreditati, per consentire l'efficiente ed efficace funzionamento del servizio erogato dal numero unico;
- la formazione degli operatori tecnici addetti all'espletamento della funzione informativa di competenza del numero unico.

6.2. Fasi del percorso per la realizzazione del progetto “116117”

La messa a disposizione delle risorse tecnologiche condivise con il sistema dell'emergenza sanitaria territoriale, deve tener conto della situazione legata alla applicazione del ruolo unico della medicina generale ed alla progressiva implementazione delle nuove forme organizzative delle Cure primarie di cui al Capitolo 1.

La realizzazione del progetto “116117”, a supporto delle Cure primarie, può svilupparsi in fasi successive, come di seguito indicato:

- in fase iniziale possono venire attivate Centrali di ricezione e filtro ovvero di ricezione e smistamento delle chiamate di C.A., nelle ore previste da tale attività.
Le due varianti possono prevedere:
 - un'azione di filtro effettuata già nella fase di ricezione delle chiamate da parte di medici di Centrale
oppure
 - la ricezione e lo smistamento della chiamata da parte di operatori tecnici con conseguente spostamento della fase di filtro ai medici di postazione.
E' comunque sempre il medico che valuta la richiesta e decide se optare per una consulenza telefonica, per una visita ambulatoriale o per una visita domiciliare.
- Contemporaneamente, dove già attive oppure in una fase successiva, quando l'Assistenza primaria abbia attivato in tutto o in parte la sua riorganizzazione sotto forma di AFT/UCCP, potrà essere offerto dalla C.O. un servizio disponibile all'Utenza sulle 24 ore per quanto attiene al collegamento/interfaccia con le seguenti aree:
 - attività di trasporto sanitario non urgente
 - cure domiciliari,
 - cure palliative
 - assistenza ai pazienti cronici
 - attività specialistiche
 - farmacie aperte al pubblico
 - altri servizi individuati dal competente settore regionale

Il Servizio 116117 deve comunque:

- utilizzare un'infrastruttura tecnologica strettamente integrata con quella in uso per il sistema di emergenza urgenza, al fine favorire ogni utile scambio di informazioni e trasferimento di richieste da un Servizio all'altro;
- offrire un servizio il più omogeneo possibile sull'intero territorio regionale nell'arco delle 24 ore;
- prevedere che la richiesta di accesso telefonico sia sempre gestita da un operatore e non da risponditori automatici.

A regime, ad avvenuta piena realizzazione della nuova rete organizzativa dell'Assistenza primaria, nelle ore diurne, notturne, prefestive e festive, la Centrale 116117 potrà quindi essere configurata quale servizio medico non urgente, disponibile nell'arco delle 24 ore: ovvero come centro organizzato di ricezione e di smistamento delle chiamate, per il Servizio di disponibilità delle Cure primarie, facilmente collegabile con altre Centrali e con altri Servizi sanitari al fine

di favorire una più efficace ed integrata risposta alle diverse esigenze di salute espresse dall'Utenza.

Fin dalla prima fase è necessario che il Distretto sia direttamente coinvolto:

- nell'individuazione degli standard per l'attivazione del servizio,
- nella comunicazione e condivisione del percorso con gli stakeholders,
- nella valutazione dei risultati ottenuti, onde poter effettuare le necessarie manovre correttive nella programmazione dei volumi di attività e relativi budget assegnati ai diversi servizi.

6.2.1 Modalità operative

A monte devono essere definite alcune scelte organizzative quali:

- l'ampiezza del territorio e della popolazione di riferimento per ciascuna Centrale,
- l'afferenza gestionale del servizio alle ASR.

Non appena disponibili:

- l'integrazione con la piattaforma infrastrutturale S.E.S.T. 118,
- un numero di Operatori adeguato rispetto al bacino di utenza da coprire,
- le informazioni necessarie per rispondere alle richieste formulate dai cittadini per le funzioni previste dal nuovo servizio,

potrà essere attivato, sempre per distretto telefonico o per multipli di esso, il Servizio 116117 in grado di fornire nelle 24 ore informazioni ai cittadini in ordine alle modalità di accesso ai servizi sanitari non urgenti.

Tale servizio costituisce la modalità di accesso alle cure primarie territoriali non urgenti e potrà essere operativo sia nel periodo in cui ancora è attivo il servizio di C.A., sia quando sarà attiva la rete AFT/UCCP.

6.2.2. Sala operativa "116 117"

Informatica

In relazione alla attivazione della centrale per la continuità assistenziale, la dotazione informatica del servizio di emergenza 118, deve prevedere la gestione della continuità assistenziale per:

- la ricezione delle richieste e collegamento con le postazioni;
- il movimentazione dei mezzi dedicati alla C.A.;
- il trasferimento delle schede dal sistema di C.A. a quello di Emergenza e viceversa.

Il progetto del numero europeo 116117 prevede l'accorpamento delle attuali diverse opzioni di risposta nelle centrali di C.A., a partire dalla centrale della città di Torino (5 postazioni di C.O.), per estenderlo poi alla gestione del territorio provinciale (fino a 12 postazioni di C.O.).

A regime, ogni centrale 118 avrà la corrispondente centrale di C.A. relativa al proprio territorio.

Telefonia

Il Sistema 118 condividerà, a fronte di ampliamenti delle tecnologie dedicate al sistema di emergenza, gli apparati dedicati alla telefonia ed i sistemi di registrazioni delle chiamate con la nuova sala 116117.

6.3. Sperimentazione regionale sul territorio torinese (AA.SS.LL. To 1 e To2)

Nelle more dell'implementazione del numero unico 116.117 sul quale confluiranno, a regime, tutte le chiamate dirette al servizio di C.A. sul territorio regionale, viene avviata una prima fase sperimentale sul territorio della città di Torino.

L'obiettivo della sperimentazione, perseguito attraverso l'integrazione del servizio di C.A. con il sistema 118, è quello intercettare preventivamente la domanda a bassa intensità assistenziale indirizzandola, ove possibile, ai servizi distrettuali e alla medicina di territorio.

Il modello prevede l'utilizzo del numero 5747, già attualmente operativo per le chiamate di C.A. sul territorio delle AA.SS.LL. To1 e To2, con estensione del servizio nell'arco della giornata, come di seguito indicato:

- a) in orario notturno e nei giorni prefestivi e festivi, rientranti nella competenza del servizio di C.A., il numero 5747 continua ad essere operativo per le chiamate dirette a tale servizio;
- b) negli orari diurni (in fase sperimentale: h 8,00-20,00), non rientranti nella competenza del servizio di C.A., è possibile rivolgersi al numero 5747 per ottenere informazioni e ogni riferimento utile riguardo all'accesso ed al collegamento con la rete dei servizi garantiti dall'ASL sulle seguenti aree di attività territoriale:
 - rete dei servizi distrettuali,
 - rete dell'assistenza primaria,
 - cure domiciliari,
 - servizi specialistici ambulatoriali,
 - ⊖ Nuclei Distrettuali di Continuità delle Cure (NDCC),
 - servizi e procedure CUP,
 - farmacie aperte al pubblico.

Rispetto alle chiamate indicate al punto a), rientranti nell'ordinario servizio di competenza della C.A., il servizio 5747 provvede alla gestione clinica della richiesta e pertanto la C.O. che riceve le chiamate procede al loro smistamento sulle singole postazioni territoriali di C.A.

Rispetto alle chiamate indicate al punto b), il numero unico costituisce il riferimento per la richiesta di informazioni riguardo alle suddette attività e per il collegamento con i relativi soggetti erogatori.

Pertanto, negli orari diurni, il numero unico non è destinato alla gestione clinica della chiamata bensì a rappresentare un servizio e uno strumento a supporto del distretto e della rete delle cure primarie, sia come punto informativo sulle attività sanitarie territoriali, sia come ambito di filtro e di distribuzione delle chiamate e/o del loro collegamento con la rete territoriale dei servizi/strutture dell'ASL.

6.4. Indirizzi per la riorganizzazione del Servizio di C.A.

Contestualmente all'avvio della fase sperimentale come descritta al punto 3, occorre procedere alla riorganizzazione dei servizi di C.A. al fine di pervenire ad una più corretta distribuzione degli stessi sul territorio regionale.

Partendo dall'attuale articolazione territoriale della C.A., e tenendo conto del nuovo assetto distrettuale e della rete delle cure primarie come delineato nel Capitolo 1, occorre perseguire le seguenti strategie di riordino del servizio di C.A.:

- definire una redistribuzione sul territorio delle postazioni, recuperando le ridondanze , al fine di agevolare l'integrazione professionale e la condivisione dei dati clinici inerenti alle attività dei singoli medici dell'assistenza primaria (h 12) e della continuità assistenziale (h 24);
- prevedere, nel rispetto dell'autonomia organizzativo-funzionale dei rispettivi servizi aziendali, una progressiva centralizzazione delle attività di continuità assistenziale come descritta al precedente punto 2.3, con particolare riferimento all'adozione di sistemi di ricezione delle richieste di assistenza primaria nell'arco delle 24 ore finalizzati ad assicurare la continuità delle cure e ad intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità, anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso ospedaliero;
- prevedere la fruizione da parte della C.A. dei dati clinici condivisi relativi alla scheda sanitaria informatizzata del paziente attraverso la dotazione di sistemi informatici , con particolare attenzione ai paziente già in carico alle UCCP;
- valutare l'inserimento della presenza infermieristica nella C.O., a supporto delle attività mediche, con particolare riferimento a quelle inerenti all'area delle cronicità.

Il disegno organizzativo deve tendere a costituire una rete complessiva, integrata e coordinata, dell'Assistenza primaria sul territorio.