MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 23 maggio 2022, n. 77

Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085)

(GU n.144 del 22-6-2022)

Vigente al: 7-7-2022

IL MINISTRO DELLA SALUTE

di concerto con

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE

Visto l'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

Vista la sentenza della Corte costituzionale n. 134 del 2006, che ha dichiarato l'illegittimita' costituzionale dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella parte in cui prevede che il regolamento del Ministro della salute ivi contemplato, con cui sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi, sia adottato «sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano», anziche' «previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

Visto l'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attivita' sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;

Visto il decreto del 2 aprile 2015, n. 70, del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze concernente il «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera»;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 recante «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017;

Vista l'Intesa adottata il 18 dicembre 2019 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente il

«Patto per la Salute per gli anni 2019-2021» (Rep. Atti n. 209/CSR);

Visto il decreto del 12 marzo 2019 del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze concernente il «Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria»;

Visto il decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 recante «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonche' di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19» convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 180 del 18 luglio 2020;

Visto il decreto del Ministro della salute 26 febbraio 2021 con il quale e' stata costituita la Cabina di regia del Patto per la salute 2019-2021 che a sua volta ha istituito i gruppi di lavoro tecnici coordinati dalla Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute e dall'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas);

Visto il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Consiglio dell'Unione Europea il 6 luglio 2021 (10160/21), in particolare la Missione 6 Salute, Component 1: Reti di prossimita', strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;

Vista la Riforma sulle Reti di prossimita', strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima nell'ambito del PNRR (M6C1-1 «Riforma 1: Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale) che prevede la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e il sistema di prevenzione salute ambiente e clima e l'identificazione delle strutture ad essa deputate, che intende perseguire una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale ed organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei e che consideri, sempre piu', il SSN come parte di un piu' ampio sistema di welfare comunitario secondo un approccio one health e con una visione olistica («Planetary Health»;

Visto il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 15 luglio 2021 con cui sono stati individuati per ciascuno degli investimenti del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC) di competenza del Ministero della salute, attraverso le schede di progetto, gli obiettivi iniziali, intermedi e finali, nonche' le relative modalita' di monitoraggio;

Visto il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 6 agosto 2021, recante «Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del piano Nazionale di Riprese e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione»;

Visto il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 23 novembre 2021, recante modifiche alla Tabella A del decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 6 agosto 2021 di assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione;

Visto l'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 recante Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024 pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 310 del 31 dicembre 2021 ai sensi del quale si dispone che il regolamento per la definizione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, tecnologici e omogenei per l'assistenza territoriale, sia da adottare con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze;

Visto, altresi', il comma 163, dell'articolo 1, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 recante Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024 pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 310 del 31 dicembre 2021;

Visto il decreto del Ministro della salute 20 gennaio 2022 recante la ripartizione delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome

di Trento e di Bolzano per i progetti del Piano nazionale di Ripresa e resilienza e del Piano per gli Investimenti Complementari;

Dato atto che il documento tecnico e' stato redatto con il coordinamento di Agenas, nell'ambito dei gruppi di lavoro istituiti dalla Cabina di regia del Patto per la Salute 2019-2021;

Ritenuto necessario, per le finalita' sopra individuate, anche al fine di garantire la tutela della salute, di cui all'articolo 32 della Costituzione, procedere alla definizione, in modo uniforme per l'intero territorio nazionale, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico;

Considerate le mancate intese espresse dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nelle sedute del 30 marzo e del 21 aprile 2022;

Ritenuto necessario adottare il decreto attivando la procedura di cui all'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che prevede il coinvolgimento del Consiglio dei ministri, che puo' intervenire con deliberazione motivata, quando un'intesa espressamente prevista dalla legge non e' raggiunta entro trenta giorni dalla prima seduta della Conferenza Stato-regioni in cui l'oggetto e' posto all'ordine del giorno;

Vista la delibera motivata del Consiglio dei ministri con la quale, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nella seduta del 21 aprile 2022 e' stato approvato lo schema di decreto esaminato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano autorizzando il Ministero della salute ad adottarlo di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze;

Udito il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla Sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 10 maggio 2022;

Vista la nota prot. n. 8824 del 20 maggio 2022 con la quale, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, lo schema di regolamento e' stato comunicato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri;

Adotta
il seguente regolamento:

Art. 1

Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale

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

2. Le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano provvedono entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del presente Regolamento ad adottare il provvedimento generale di programmazione dell'Assistenza territoriale ai sensi del presente provvedimento.

3. Le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad adeguare l'organizzazione dell'assistenza territoriale e del sistema di prevenzione sulla base degli standard di cui al presente decreto, in coerenza anche con gli investimenti previsti dalla Missione 6 Componente 1 del PNRR.

Art. 2

Monitoraggio

1. Il monitoraggio semestrale degli standard previsti dal presente Regolamento e' assicurato dal Ministero della salute per il tramite

dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas).

2. L'Agenas, procedera' ad elaborare una relazione, che inviera' al Ministero della salute semestralmente sullo stato di implementazione, in ogni singola regione e provincia autonoma di Trento e di Bolzano, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.

3. Ai fini del monitoraggio degli standard dell'assistenza territoriale, relativamente ai livelli essenziali di assistenza, si rinvia all'Allegato I del decreto del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze concernente il «Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria» del 12 marzo 2019, ai sensi dell'articolo 5 del medesimo decreto.

4. La verifica di attuazione del presente Regolamento costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del servizio sanitario nazionale ai fini e per gli effetti dell'articolo 2, comma 68, lettera c), della legge 23 dicembre 2009, n. 191, prorogato a decorrere dal 2013 dall'articolo 15, comma 24, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ed e' effettuata nell'ambito del Comitato permanete per la verifica dell'erogazione dei LEA di cui all'articolo 9 dell'intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sancita in data 23 marzo 2005.

Art. 3

Regioni a statuto speciale e province autonome

1. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano applicano il presente decreto compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione e, per le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano, che provvedono autonomamente al finanziamento del Servizio sanitario regionale esclusivamente con fondi del proprio bilancio, compatibilmente con le peculiarita' demografiche e territoriali di riferimento nell'ambito della loro autonomia organizzativa.

2. Con riferimento ai progetti di investimento della Missione 6 le stesse regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono anche con le risorse del Piano nazionale di Ripresa e resilienza loro assegnate.

Art. 4

Clausola di invarianza finanziaria

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano attuano il presente decreto senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale ivi ricomprendendo le risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sara' inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Roma, 23 maggio 2022

Il Ministro della salute
Speranza

Il Ministro dell'economia
e delle finanze
Franco

Visto, il Guardasigilli: Cartabia

Registrato alla Corte dei conti il 14 giugno 2022
Ufficio di controllo sugli atti del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, del Ministero dell'istruzione, del Ministero dell'universita' e della ricerca, del Ministero della cultura, del Ministero della salute, registrazione n. 1713

Allegato 1

Parte di provvedimento in formato grafico

Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale

SOMMARIO

1. PREMESSA
2. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN
3. STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE E DELLE CONDIZIONI DEMOGRAFICHE DEI TERRITORI COME STRUMENTO DI ANALISI DEI BISOGNI, FINALIZZATA ALLA PROGRAMMAZIONE E ALLA PRESA IN CARICO
4. DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI
5. CASA DELLA COMUNITA'
6. INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITA'
7. UNITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
8. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE
9. CENTRALE OPERATIVA 116117
10. ASSISTENZA DOMICILIARE
11. OSPEDALE DI COMUNITA'
12. RETE DELLE CURE PALLIATIVE
13. SERVIZI PER LA SALUTE DEI MINORI, DELLE DONNE, DELLE COPPIE E DELLE FAMIGLIE
14. PREVENZIONE IN AMBITO SANITARIO, AMBIENTALE E CLIMATICO
15. TELEMEDICINA
16. SISTEMI INFORMATIVI E DI QUALITA'

1. PREMESSA

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

La cornice del PNRR, si e' inoltre arricchita dell'entrata in vigore dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 recante "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024", di accompagnamento al percorso di implementazione per gli anni 2022-2026 e a regime degli standard di cui al presente documento, con riferimento al personale dipendente e al personale convenzionato, e nel quale e' stata autorizzata, a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale, la spesa di 90,9 milioni di euro per l'anno 2022, di 150,1 milioni di euro per l'anno 2023, di 328,3 milioni di euro per l'anno 2024, di 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e di 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026. La citata norma dispone che la predetta autorizzazione di spesa decorre dalla data di entrata in vigore del presente Regolamento e che con successivo decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, le predette somme siano ripartite fra le regioni e le province autonome in base ai criteri definiti dal medesimo decreto anche tenendo conto degli obiettivi previsti dal PNRR. (1)

La medesima legge n. 234/2021 (2) ha previsto un complesso intervento inerente i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) e gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) al fine di favorire l'integrazione tra gli ambiti sanitari, sociosanitari e sociali ferme restando le rispettive competenze e ferme restando le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza.

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

2. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), uno dei primi al Mondo per qualita' e sicurezza, istituito con la legge n. 833 del 1978, si basa, su tre principi fondamentali: universalita', uguaglianza ed equita'. Il perseguimento di questi principi richiede un rafforzamento della sua capacita' di operare come un sistema vicino alla comunita', progettato per le persone e con le persone.

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

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

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

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

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

In questo ambito le farmacie convenzionate con il SSN ubicate uniformemente sull'intero territorio nazionale, costituiscono presidi sanitari di prossimita' e rappresentano un elemento fondamentale ed integrante del Servizio sanitario nazionale.

In particolare, la rete capillare delle farmacie convenzionate con il SSN assicura quotidianamente prestazioni di servizi sanitari a presidio della salute della cittadinanza: in tale ambito vanno inquadrate la dispensazione del farmaco, per i pazienti cronici la possibilita' di usufruire di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci, la farmacovigilanza, le attivita' riservate alle farmacie dalla normativa sulla c.d. "Farmacia dei Servizi" (D. Lgs. 153/2009) e l'assegnazione delle nuove funzioni tra le quali le vaccinazioni anti-Covid e antinfluenzali, la somministrazione di test diagnostici a tutela della salute pubblica. Quanto appena descritto, circa le

attivita' svolte dalle farmacie, si innesta integralmente con le esigenze contenute nel PNRR riguardanti l'assistenza di prossimita', l'innovazione e la digitalizzazione dell'assistenza sanitaria.

Il presente documento definisce modelli organizzativi, standard e le principali tematiche connesse agli interventi previsti nell'ambito della Missione 6 Component 1 "Reti di prossimita', strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" del PNRR, che sono considerate in una ottica piu' ampia ed integrata anche attraverso l'analisi di strumenti e ruoli trasversali propedeutici al potenziamento dell'assistenza territoriale.

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

La Medicina di Popolazione si pone come obiettivo la promozione della salute della popolazione di riferimento, attraverso l'utilizzo di modelli di stratificazione ed identificazione dei bisogni di salute basati sull'utilizzo di dati.
La Sanita' di Iniziativa e' un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa.
La Stratificazione della Popolazione per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, permette di differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e consumo di risorse.
Il Progetto di Salute e' uno strumento di programmazione, gestione e verifica; associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "bisogno di salute" indentificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione. Si attiva all'accesso della persona al SSN, tracciando, orientando e supportando la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi setting di cura, rende accessibili i diversi Progetti di assistenza individuale integrata (PAI) e Piani Riabilitativi Individuali (PRI) anche attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) ed i sistemi di e-health. Organizza le informazioni per il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) e permette la riprogrammazione delle attivita' su base periodica in seguito alle valutazioni di processo ed esito in relazione al progetto individuale di salute erogato. I PAI ed eventuali PRI cosi' come tutta la documentazione sanitaria acquisita nell'ambito dell'assistenza territoriale del paziente contribuiscono alla composizione del Progetto di Salute di ciascun individuo.

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

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

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

- valutazione del profilo epidemiologico della popolazione di

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

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

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

Tale modello di stratificazione, che utilizza informazioni relative ai bisogni clinici assistenziali e sociali della persona, ha la finalita' di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel Progetto di Salute. Questo strumento e' di supporto nella presa in carico della persona in termini olistici ("Planetary Health") e permette non solo la gestione dei bisogni socioassistenziali ma anche di effettuare le valutazioni di processo e esito relative a ciascun individuo a prescindere dal livello di rischio. Tale approccio consente una valutazione che si articola su due livelli: quello della singola persona, con cui viene definito il Progetto di Salute e i relativi interventi; quello di popolazione, utile ai fini di programmazione e verifica dei risultati raggiunti dai servizi sanitari e sociosanitari nella comunita' di riferimento. Un sistema di governance territoriale cosi' impostato consente di individuare priorita' di intervento, con particolare riferimento alla continuita' delle cure a favore di individui in condizioni di cronicita'/fragilita' e disabilita' che comportano il rischio di non autosufficienza, anche attraverso l'integrazione tra il sistema sociale e quello sanitario.

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

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

periodiche.

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

Tabella 1. Cooperazione funzionale delle figure presenti che costituiscono l'equipe multiprofessionale

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

dell'Equipe	prevenzione e della riabilitazione.

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

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

Tabella 2. Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali

Parte di provvedimento in formato grafico

Tabella 3. Il Progetto di Salute semplice e complesso, composizione e descrizione

Parte di provvedimento in formato grafico

La Sanita' di Iniziativa per la personalizzazione dell'assistenza

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

La Sanita' di Iniziativa e' un modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche orientato alla promozione della salute, che non aspetta l'assistito in ospedale o in altra struttura sanitaria, ma lo prende in carico in modo proattivo gia' nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa. Lo scopo della Sanita' di Iniziativa e' la prevenzione ed il miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, dalla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce, alla

gestione clinica e assistenziale, alla prevenzione delle complicanze, attraverso il follow-up proattivo anche supportato dagli strumenti di telemonitoraggio e telemedicina, alla presa in carico globale della multimorbidita'. Essa prevede un approccio di presa in carico attento alle differenze di genere ovvero lo studio dell'influenza delle differenze biologiche, socio economiche e culturali e che tenga conto di tutti gli altri aspetti psicocomportamentali che incidono sulla salute e delle fasi della vita dell'individuo durante i percorsi di diagnosi, cura, riabilitazione e che caratterizzi tutti i setting assistenziali, al pari degli ambiti di ricerca clinica e di formazione di tutti i professionisti sanitari, per facilitare diagnosi e trattamenti equi, differenziati ed efficaci appropriati.

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

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

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

Tutti gli strumenti di gestione del Paziente a disposizione (es. Modelli di Stratificazione, Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, Piano di Assistenza Individuale, Piano Riabilitativo Individuale) dovrebbero essere utilizzati in un'ottica integrata per la presa in carico olistica della Persona e dei suoi bisogni socioassistenziali attraverso la definizione del Progetto di Salute ("Planetary Health").

4. DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI

Distretto di circa 100.000 abitanti, con variabilita' secondo criteri di densita' di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.
La programmazione deve prevedere i seguenti standard:
- 1 Casa della Comunita' hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunita' spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarita' dei servizi e maggiore equita' di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunita' avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;

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

Il Distretto e' un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (ASL) sul territorio. Come previsto dalla normativa vigente, l'articolazione in distretti della ASL e' disciplinata dalla legge regionale, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione/provincia autonoma, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densita' della popolazione residente, disponga diversamente (3) .

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

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

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

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

- committenza, ossia la capacita' di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili. Il Distretto, infatti, su mandato della Direzione Generale della ASL, provvede alla programmazione dei servizi da garantire, alla pianificazione delle innovazioni organizzativo/produttive locali, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizi, assicurando la fruizione delle prestazioni all'utenza;
- produzione, ossia la funzione di erogazione dei servizi sanitari territoriali, caratterizzata da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari di cui all'articolo 3 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- garanzia, ossia il compito di assicurare l'accesso ai servizi, l'equita' all'utenza attraverso il monitoraggio continuo della qualita' dei servizi medesimi, la verifica delle criticita' emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l'utenza finale.

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

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

- l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonche' delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali se delegate dai comuni.

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

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

Con l'obiettivo di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente in relazione ai bisogni sociosanitari del territorio, il Distretto, inoltre, assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attivita' sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonche' il coordinamento delle proprie attivita' con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attivita' territoriali. Quest'ultimo, tra l'altro, determina le risorse per l'integrazione socio- sanitaria di cui all'articolo 3 septies del predetto decreto legislativo e le quote, rispettivamente, a carico delle aziende sanitarie e dei comuni e al fine di valorizzare e integrare le risorse delle comunita' di riferimento su cui insiste il Distretto, e' proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Comitato dei sindaci dei Comuni appartenenti all'Ambito Territoriale Sociale e dal direttore di distretto ed e' approvato dal direttore generale della ASL (4) .

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

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

Il Direttore di Distretto

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

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

5. CASA DELLA COMUNITA'

La Casa della Comunita' (CdC) e' il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimita' per la popolazione di riferimento. Nella Casa della Comunita' lavorano in modalita' integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n. 234, subordinatamente alla sottoscrizione della relativa Intesa ivi prevista e alla sottoscrizione dell'accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, anche al fine di definire gli ambiti delle competenze del Servizio sanitario nazionale da un lato e dei comuni dall'altro, mediante l'impiego delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza disponibili a legislazione vigente Standard: - 1 Casa della Comunita' hub ogni 40.000-50.000 abitanti; - Case della Comunita' spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarita' dei servizi e maggiore equita' di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimita'. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunita' avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; alle Case della Comunita' accederanno anche gli specialisti ambulatoriali. Standard di personale per 1 Casa di Comunita' hub: - 7-11 Infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unita' di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).

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

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

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

La CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualita' di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari. L'attivita', infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'equipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni - anche nelle loro forme organizzative - Infermieri di Famiglia o Comunita', altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali anche al fine di

consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali. L'attivita' amministrativa e' assicurata, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, da personale dedicato gia' disponibile a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, che si occupa anche delle attivita' di servizio di relazioni al pubblico e di assistenza all'utenza.

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

L'obiettivo dello sviluppo delle CdC e' quello di garantire in modo coordinato:

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

I principi che orientano lo sviluppo delle CdC sono l'equita' di accesso e di presa in carico, secondo il modello della sanita' d'iniziativa, e il principio della qualita' dell'assistenza declinata nelle sue varie dimensioni (es. appropriatezza, sicurezza, coordinamento/continuita', efficienza, tempestivita').

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

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

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

- Equipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuita' Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio sanitarie);
- Presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuita' Assistenziale;
- Presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7;

- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
- Punto prelievi;
- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicita' con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione, ecc.);
- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.);
- Servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attivita' dell'Infermiere di Famiglia o Comunita' (IFoC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicita' e per la risposta ai bisogni occasionali;
- Interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunita', anche attraverso i Consultori Familiari e l'attivita' rivolta ai minori - ove esistenti - che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 anni (facoltativo);
- Attivita' di Profilassi Vaccinale in particolare per alcune fasce di eta' o condizioni di rischio e di fragilita'. Tutte le attivita' di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive sono in linea con le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione.
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Servizio di assistenza domiciliare di base;
- Partecipazione della Comunita' e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato;
- Integrazione con i servizi sociali

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

- Equipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedi-sabato);
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
- Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi infermieristici sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attivita' dell'Infermiere di Famiglia o Comunita' (IFoC), sia di continuita' di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Programmi di screening
- Collegamento con la Casa della Comunita' hub di riferimento;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Partecipazione della Comunita' e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.
-

Tabella 4: Servizi previsti da standard nelle Case della Comunita'

Parte di provvedimento in formato grafico

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

Le CdC hub al fine di assicurare i servizi descritti dovranno essere dotate di 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunita' organizzati indicativamente secondo il modello di seguito descritto: 1 Coordinatore Infermieristico, 2-3 IFoC per le attivita' ambulatoriali, 1-2 IFoC per l'attivita' di triage e di valutazione dei bisogni di salute e 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare, le

attivita' di prevenzione e teleassistenza.

Nelle CdC hub e spoke, inoltre, e' garantita l'assistenza medica H12 - 6 giorni su 7 attraverso la presenza dei MMG afferenti alle AFT del Distretto di riferimento. Tale attivita' ambulatoriale sara' aggiuntiva rispetto alle attivita' svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti e dovra' essere svolta presso la CdC hub e spoke.

Il coordinamento della Casa della Comunita' con i servizi territoriali

Le CdC rappresentano un nodo centrale della rete dei servizi territoriali sotto la direzione del Distretto. La loro centralita' e' data, sul lato del governo della domanda, dalle funzioni di sanita' di iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario, di filtro di accesso e indirizzo dei pazienti; sul lato dell'offerta dal lavoro multiprofessionale, dall'integrazione tra unita' di offerta afferenti a materie e discipline diverse, dal coordinamento tra sociale e sanitario; sul lato della governance dal coinvolgimento attivo della comunita' e dei pazienti.

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

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

Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete nelle quattro direzioni e' la Centrale Operativa Territoriale (COT) che opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.

In sintesi, la CdC, quale luogo di progettualita' con e per la comunita' di riferimento, svolge quattro funzioni principali:

- e' il luogo dove la comunita', in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorita' di azione e i correlati servizi;
- e' il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunita' e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunita', attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare;
- e' il luogo dove le risorse pubbliche vengono aggregate e

ricomposte in funzione dei bisogni della comunita' attraverso lo strumento del budget di comunita';

- e' il luogo dove la comunita' ricompone il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali.

6. INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITA'

L'Infermiere di Famiglia o Comunita' e' la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessita' in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunita' in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'Infermiere di Famiglia o Comunita' interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunita' formali e informali. L'Infermiere di Famiglia o Comunita' non e' solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunita'. E' un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. E' coinvolto in attivita' di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunita' all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi setting assistenziali in cui essa si articola. Standard: - 1 Infermiere di Famiglia o Comunita' ogni 3.000 abitanti. Tale standard e' da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunita' impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola.

L'introduzione dell'Infermiere di Famiglia o di Comunita' (IFoC) (5) (D.L. n. 34/2020, art. 1 c. 5) ha l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneita' ed accessibilita' dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria a rilevanza sanitaria, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunita'. L'IFoC e' un professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e comunitario che, attraverso una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito o comunita' di riferimento, assicura l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunita' (MMG/PLS, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ecc.) perseguendo l'integrazione interdisciplinare sanitaria dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'IFoC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunita' formali e informali e concorre a realizzare la rete del welfare di comunita'/generativo. E' un professionista che ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e ricopre le diverse funzioni, erogando prestazioni assistenziali sanitarie, a seconda del setting in cui opera. L'IFoC si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuita' dell'assistenza in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio. In sintesi, l'Infermiere di Famiglia o Comunita':

- collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'eta';
- contribuisce alla programmazione delle attivita' anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche;
- favorisce l'accessibilita' e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita;
- promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della

comunita', organizzando processi e momenti di educazione sanitaria di gruppo in presenza o in remoto, in collaborazione con tutti i livelli e gli attori sanitari in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanita' pubblica; promuove attivita' di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunita', in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, format e modalita' di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge;

- svolge attivita' di counseling infermieristico e contribuisce ad attivita' di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva;
- valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver;
- lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie a valenza sanitaria e con le risorse della comunita' (associazioni, volontariato, ecc.), e collabora in team con i MMG, i PLS e gli altri professionisti sanitari;
- utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.

7. UNITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

L'Unita' di Continuita' Assistenziale nel limite previsto ai sensi dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021 n. 234 e' un'equipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunita', che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessita' e che comportano una comprovata difficolta' operativa. Standard: - 1 Medico e 1 Infermiere ogni 100.000 abitanti.

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

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

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

- Dimissione difficile del paziente non altrimenti ricoverabile in Ospedale di Comunita' o dimissibile al domicilio in Assistenza Domiciliare;
- Supporto all'Assistenza Domiciliare in particolari situazioni di instabilita' clinica o emergenti necessita' diagnostiche/terapeutiche;
- Presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile effettuando accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici;
- Programmi di prevenzione territoriale, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanita' pubblica, quali ad esempio, ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e presso le RSA/Case di Riposo per pazienti "fragili" (COVID, influenza, pneumococco, meningococco, epatiti virali, herpes zoster ecc.);
- Programmi di prevenzione ed interventi mirati nelle scuole, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanita' pubblica, nelle comunita' difficili da raggiungere, ecc.

L'UCA deve essere dotata di un sistema integrato comprendente una

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

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

8. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

La Centrale Operativa Territoriale (COT) e' un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attivita' territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza. Standard: - 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore. - Standard di personale di 1 COT per 100.000 abitanti: 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unita' di Personale di Supporto (Si rinvia alla relazione tecnica all'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234).

L'obiettivo della COT e' quello di assicurare continuita', accessibilita' ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

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

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attivita' e servizi distrettuali;
- raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicita' (PIC), anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

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

La COT deve essere operativa 7 giorni su 7 e deve essere dotata di infrastrutture tecnologiche ed informatiche quali ad esempio piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione

delle chiamate. Al fine di garantire un accesso alla totalita' dei servizi disponibili sul territorio, nonche' affrontare situazioni complesse o di emergenza, e' fondamentale che la COT, a livello regionale, usufruisca di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

La COT e' un servizio a valenza distrettuale.

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

9. CENTRALE OPERATIVA 116117

La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensita' assistenziale.
Standard:
- 1 Centrale Operativa NEA 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale (se con popolazione inferiore allo standard), incrementabile sulla base della numerosita' della popolazione. La Centrale Operativa 116117 raccoglie le chiamate di uno o piu' distretti telefonici in funzione delle dimensioni dei distretti stessi e delle modalita' organizzative delle Regioni/PA.

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

Il numero 116117 si raccordera' con eventuali strumenti nazionali e/o territoriali finalizzati alla presa in carico di persone con fragilita'.

Il numero 116117 (NEA), unico a livello nazionale ed europeo, ha la funzione di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensita'/priorita' di cura, raccordandosi anche con il servizio di continuita' assistenziale e di emergenza urgenza, con le Centrali Operative Territoriali e con altri servizi previsti da ciascuna Regione o Provincia Autonoma.

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

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

La NEA 116117 eroga servizi:

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

operativa con trasferimento di chiamata (servizio consigliato) per:

o modalita' di accesso a MMG/PLS anche in caso di difficolta' di reperimento,

o consigli sanitari non urgenti prima dell'orario di apertura del servizio di Continuita' Assistenziale e dopo l'orario di chiusura con eventuale inoltro della chiamata al 118,

o modalita' di accesso alla Guardia medica turistica.

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

10. ASSISTENZA DOMICILIARE

Le Cure domiciliari e' un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensita' e complessita' assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.
Standard:
- 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente.

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

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

Le Regioni e le Province Autonome garantiscono l'accesso ai servizi sanitari, la presa in carico della persona, la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione dei percorsi assistenziali integrati sotto il profilo clinico, funzionale, nonche' procedure e strumenti di valutazione multidimensionale,

scientificamente validati, garantendo uniformita' sul proprio territorio. Al fine di individuare standard assistenziali comuni e monitorare lo sviluppo quali-quantitativo delle Cure Domiciliari, nonche' caratterizzare e misurare attraverso specifici indici le condizioni di fragilita' dell'assistito, e' necessario definire un criterio omogeneo a livello nazionale.

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

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

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

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

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

Gli Indicatori di Monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare

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

11. OSPEDALE DI COMUNITA'

L'Ospedale di Comunita' (OdC) e' una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalita' di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi piu' idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e

piu' prossimi al domicilio.
Standard:
- 1 Ospedale di Comunita' dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti;
- 0,2 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.
Standard di personale per 1 Ospedale di Comunita' dotato di 20 posti letto:
7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unita' di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

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

L'OdC e' una struttura sanitaria territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensita' clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneita' del domicilio stesso (strutturale e/o familiare). Tali necessita' possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio, in questo secondo caso possono rientrare anche ricoveri brevi. L'OdC e' una struttura sanitaria in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che garantiscano la qualita' delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonche' la misurazione dei processi e degli esiti. L'OdC, cosi' come chiarito dall'Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020, non e' ricompreso nelle strutture residenziali (articoli 29-35 del DPCM 12/01/2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502").

L'OdC puo' avere una sede propria, essere collocato in una Casa della Comunita', in strutture sanitarie polifunzionali, presso strutture residenziali sociosanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma e' riconducibile ai servizi ricompresi nell'assistenza territoriale distrettuale.

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

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

Possono accedere all'OdC pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (entro 30 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti. Tra gli obiettivi primari del ricovero deve essere posto anche il coinvolgimento attivo e l'aumento di consapevolezza, nonche' la capacita' di auto-cura dei pazienti e del

familiare/caregiver, attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilita'.

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

a) pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;

b) pazienti, prevalentemente affetti da multimorbidita', provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;

c) pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;

d) pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale puo' sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacita' residue (es. proposte di fornitura di ausili); supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilita' motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli gia' attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

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

Gli OdC possono prevedere ambienti protetti, con posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie croniche riacutizzate a domicilio o in dimissione ospedaliera. Queste strutture potrebbero ridurre l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione in ambienti ospedalieri non idonei (cfr. Piano nazionale demenze approvato con accordo del 30 ottobre 2014 dalla Conferenza Unificata - Rep. Atti n.135/CSR).

In prossimita' di Ospedali Pediatrici e' possibile prevedere la realizzazione di OdC dedicati a pazienti pediatrici, con la responsabilita' clinica del pediatra e la presenza di personale di assistenza specificamente formato e competente per tale target di pazienti.

L'accesso presso l'OdC avviene su proposta di:

- medico di medicina generale;
- medico di continuita' assistenziale;
- medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero;
- medico del pronto soccorso;
- pediatra di libera scelta.

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

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

Responsabilita' e personale

La gestione e l'attivita' nell'OdC sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze. La responsabilita' igienico sanitaria e clinica dell'OdC e' in capo al medico e puo' essere attribuita ad un medico dipendente o convenzionato con il SSN, pertanto puo' essere attribuita anche a MMG/PLS, SAI. La responsabilita' organizzativa e' affidata ad un responsabile infermieristico (cfr. DM n. 70/2015), secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020.

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

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

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

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

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

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

All'interno degli OdC dovranno, inoltre, essere garantite alcune attivita' di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina.

Al fine di realizzare anche attivita' di riabilitazione motoria in ogni OdC deve essere garantito l'accesso a idonei locali attrezzati, destinati alle principali attivita' motorie e riabilitative.

L'ospedale di comunita' come nodo della rete territoriale

L'OdC, pur avendo un'autonomia funzionale, opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari quali: la rete delle cure intermedie, i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale, le cure domiciliari e i servizi di emergenza urgenza territoriali. A tal fine devono essere predisposte specifiche procedure operative volte a garantire la continuita' assistenziale e la tempestivita' degli interventi necessari, valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalle COT.

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

Flussi informativi

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

L'OdC dovra' dotarsi del sistema informativo per la raccolta, il periodico aggiornamento e la gestione dei contenuti informativi integrati necessari al monitoraggio dell'attivita' clinica ed assistenziale erogata, assicurando la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale per l'alimentazione del debito informativo nazionale.

Gli Indicatori di Monitoraggio degli Ospedali di Comunita'

- Tasso di ricovero della popolazione >75 anni
- Tasso di ricovero in Ospedale per acuti durante la degenza in OdC
- Tasso di riospedalizzazione a 30 giorni
- Degenza media in OdC
- Degenza oltre le 6 settimane (o N° di outlier)
- N. pazienti provenienti dal domicilio
- N. pazienti provenienti da ospedali

12. RETE DELLE CURE PALLIATIVE

La rete delle cure palliative e' costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attivita' di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque eta' e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.
Standard:
- 1 Unita' di Cure Palliative Domiciliari (UCP - DOM) ogni 100.000 abitanti;
- Hospice: 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti

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

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

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

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

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

- nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera attraverso equipe di cure palliative della rete che erogano consulenza, facilitano l'attivazione dei percorsi di cure palliative per garantire la continuita' ospedale-territorio, supportano l'equipe dell'unita' operativa ospedaliera nelle strategie per la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici;
- nell'ambito ambulatoriale dove sono erogate cure palliative precoci e simultanee da equipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative che operano all'interno della RLCP;

- a domicilio del paziente, attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD), con la previsione di un'equipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unita' di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale per assicurare la continuita' assistenziale h 24 per 7 giorni su 7. Tale equipe puo' essere, dal punto di vista organizzativo, integrata con l'equipe dell'assistenza domiciliare integrata;

- nelle strutture residenziali e negli Hospice, con standard di riferimento di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

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

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

Il Consultorio Familiare e l'attivita' rivolta ai minori, ove presenti, rappresentano la struttura aziendale a libero accesso e gratuita e sono deputati alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (comprese quelle in gravidanza), minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento Standard: - 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilita' di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attivita' consultoriale puo' svolgersi all'interno delle Case della Comunita', privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

Il Consultorio Familiare (CF) e l'attivita' rivolta ai minori nell'ambito dell'assistenza territoriale ad accesso diretto - ove presenti -, garantiscono le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative, preventive, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. Gli ambiti di attivita' dei CF sono quelli previsti nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il CF nell'ambito delle professionalita' disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale garantisce tutte le prestazioni descritte nell'articolo 24 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 12 gennaio 2017, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle piu' avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate.

L'attivita' consultoriale e' caratterizzata da un approccio multidisciplinare e olistico ("Planetary Health"), nonche' da una attenzione alla complessita' dello stato di salute della popolazione anche attraverso la qualita' dell'accoglienza, dell'ascolto e della comunicazione e la loro capacita' di realizzare programmi di promozione della salute e assistenza volti anche alla presa di consapevolezza delle persone e delle comunita'.

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

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

salute mentale e dipendenze, specialisti ambulatoriali, servizi di riabilitazione).

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

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

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

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

14. PREVENZIONE IN AMBITO SANITARIO, AMBIENTALE E CLIMATICO

Il Dipartimento di Prevenzione (DP), come previsto dagli articoli 7, 7-bis, 7-ter e 7-quater del decreto legislativo 502/1992 e s.m., ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocivita' e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.
Standard massimo di popolazione per DP = 1: 500.000 abitanti (necessario per mantenere efficienza organizzativa e conoscenza del territorio che ha identita', omogeneita' culturale e socioeconomica imprescindibili nell'azione preventiva).

Il DP, nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite, opera con riferimento al piano annuale di attivita' e di risorse negoziate con la Direzione Strategica nell'ambito della programmazione aziendale, al fine di garantire la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilita', miglioramento della qualita' della vita.

Alla luce di quanto definito dal LEA "Prevenzione collettiva e sanita' pubblica", come da DPCM 12 gennaio 2017, il DP garantisce attraverso le sue articolazioni ed i suoi professionisti il supporto tecnico-scientifico alle autorita' sanitarie locali in tutti gli aspetti relativi alla Sanita' Pubblica ed esercita nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente le seguenti funzioni:

A - Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali

B - Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati

C - Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

D - Salute animale e igiene urbana veterinaria

E - Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori

F - Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale

G - Attivita' medico legali per finalita' pubbliche.

Il Dipartimento di Prevenzione nelle sue diverse articolazioni ed organizzazioni aziendali e' dotato, nell'ambito delle disponibilita'

previste dalla legislazione vigente, delle risorse multidisciplinari per poter adempiere alle funzioni sopra elencate.

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

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

Per adempiere a tali attivita' il DP:

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

Nell'ambito delle attivita' di tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati il DP, quale parte della costituenda rete del Sistema Nazionale di Prevenzione Salute, Ambiente e Clima (SNPS), garantisce il supporto, nell'ambito delle presedette risorse disponibili, al raggiungimento dell'obiettivo "salute" nelle azioni di controllo sulle matrici ambientali attraverso interventi di analisi e di monitoraggio in stretto raccordo con le Agenzie del Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente con l'obiettivo di identificare e valutare i rischi per la popolazione e per gli ecosistemi.

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

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

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

Elementi cardine di tale organizzazione sono:

- valutazione dell'impatto sanitario (health impact assessment) e identificazione del rischio (risk assessment e health equity audit) attraverso l'uso dei dati epidemiologici e, in particolar modo, del Profilo di salute ed equita', strumento essenziale per compiere una corretta analisi dello scenario e per la definizione di bisogni e priorita' di intervento;

- azioni di promozione della salute, prevenzione rispetto ai determinanti della salute nel rapporto salute-ambiente, in stretto raccordo con enti locali e agenzie regionali e nazionali;

- azioni di preparedness e di risposta rapida alle emergenze sanitarie di tipo infettivo, ambientale, ecc. garantendo uno stretto raccordo ed il supporto alle autorita' sanitarie locali e regionali nonche' alle Agenzie ed Enti a cio' deputati;

- cultura e pratica di interventi di prevenzione ancorati alle prove di efficacia (efficacy ed effectivenes), equita' e sostenibilita';

- approccio sistemico;

o nell'erogazione delle prestazioni, anche al fine di favorire l'integrazione delle articolazioni del DP nella rete dei servizi sociosanitaria rilevanza sanitaria coordinata dal Distretto;

o nella promozione, prevenzione e tutela della salute delle comunita' avendo come riferimento gli Obiettivi di sviluppo sostenibili (SDGs) anche attraverso l'adozione della strategia "One Health" e con particolare attenzione al rapporto salute - ambiente, favorendo una stretta sinergia con le diverse articolazioni delle comunita' locali, con le agenzie e le istituzioni interessate;

- comunicazione come veicolo di efficacia degli interventi di promozione della salute e prevenzione, per contribuire ad incrementare l'alfabetizzazione sanitaria e lo sviluppo di competenze e capacita', per il riorientamento salutare di ambienti, contesti e stili di vita e l'adesione a programmi di prevenzione secondaria, nonche' come strumento per la condivisione degli obiettivi di salute e dei criteri di priorita' degli interventi a tutti i livelli della concertazione (tecnica, istituzionale e di comunita'), e di fidelizzazione, di trasparenza e credibilita' del DP;

- qualita' ovvero adozione e implementazione di standard e processi con valutazione degli stessi e degli esiti delle azioni rispetto agli obiettivi fissati al fine di innescare meccanismi di revisione e miglioramento continuo della efficacia, appropriatezza e qualita' professionale, tecnologica, relazionale;

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

o al raggiungimento e mantenimento delle stesse e degli standard operativi collegati;

o all'assimilazione degli elementi del metodo di lavoro (costruzione del profilo di salute, scelta delle priorita', individuazione degli interventi efficaci, programmazione, realizzazione e valutazione, di processo e di impatto) orientato alla collaborazione e alla trasversalita';

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

o di monitoraggio dello stato di salute delle comunita'

o di valutazione di impatto dei programmi;

o di governance dei processi, anche nella direzione dell'integrazione con altre strutture e aree del sistema.

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

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

Come sancito dai Piani Nazionali della Prevenzione a partire dal 2005, l'azione del DP e' sempre piu' multidisciplinare e intersettoriale, nell'ottica della Salute in tutte le politiche. Esso opera in raccordo con gli altri nodi della rete, estendendo gli ambiti di intervento (prevenzione universale, medicina predittiva, medicina di genere, prevenzione nella popolazione a rischio, prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia) attraverso una stretta interazione e integrazione (organizzativa, funzionale, operativa) nonche' un utilizzo coordinato di tutte le risorse. Tale modello a rete di erogazione dei servizi favorisce la presenza capillare sul territorio delle attivita' di prevenzione e promozione della salute e allo stesso modo garantisce la capacita' del DP di: i) intercettare precocemente la domanda di salute della popolazione e fornire adeguate risposte; ii) sviluppare strategie e strumenti di gestione etica delle risorse della comunita' (stewardship); iii) promuovere consapevolezza e autodeterminazione della persona (empowerment). Questa strategia viene ulteriormente rafforzata dal PNP 2020-2025 il quale promuove un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o gia' esistenti secondo una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (One Health). Il Piano investendo, pertanto, nella messa a sistema in tutte le Regioni e Province autonome di programmi di prevenzione collettiva di provata efficacia e di modelli, metodologie e linee di azione basate su evidenze consolidate o su buone pratiche validate e documentate, impegna il DP ad agire con l'obiettivo di rendere esigibili, applicabili e misurabili i programmi e gli interventi previsti nel LEA Prevenzione collettiva e Sanita' pubblica.

15. TELEMEDICINA

La telemedicina e' una modalita' di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario - assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario - professionista sanitario).
La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, gia' consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo - se inclusa in una rete di cure coordinate - l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- interoperare con i diversi sistemi nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e regionali (FSE, CUP, etc.) a supporto dell'assistenza sanitaria, garantendo il rispetto degli standard di interoperabilita' nei dati;

- supportare la convergenza di processi e strutture organizzative, seppur con la necessaria flessibilita' in base alle esigenze specifiche, anche superando la frammentazione tecnologica;

- supportare l'attivazione di servizi di telemedicina per i singoli pazienti, in base alle indicazioni del Progetto di salute;

- uniformare le interfacce e le architetture per la fruizione delle prestazioni di telemedicina, sia per l'utente che per il professionista, in un'ottica di semplificazione, fruibilita' e riduzione del rischio clinico, assicurando anche l'integrazione con i sistemi di profilazione regionali/nazionali (es. SPID);

- mettere a disposizione servizi strutturati in modo uniforme e con elevati livelli di sicurezza, sull'intero territorio, sviluppati con approccio modulare e che garantiscono il rispetto delle vigenti indicazioni nazionali.

Responsabilita' professionale

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

D'altro canto, affinche' le prestazioni di telemedicina possano essere attivate, e' necessaria una preventiva adesione da parte dell'assistito, che si rende disponibile al contatto telematico, all'interazione documentale e informativa con il professionista sanitario e a utilizzare i previsti sistemi di comunicazione remota, secondo le normative vigenti in tema di privacy e sicurezza.

In questo contesto, se il paziente e' disponibile a ricevere la prestazione in telemedicina dal domicilio, il suo "profilo tecnologico", ovvero la sua conoscenza e capacita' d'uso degli strumenti informatici, deve diventare parte dell'anamnesi. Al variare del tipo di prestazione di telemedicina erogata, e dei relativi requisiti minimi e dispositivi accessori associati, per il singolo assistito dovrebbero essere valutati i seguenti aspetti:

1. se sa usare o e' in grado di imparare ad usare gli strumenti digitali di comunicazione (es. smartphone, tablet, computer con webcam);

2. se puo' usare autonomamente tali strumenti (disabilita' fisica e cognitiva potrebbero limitarne la possibilita';

3. se puo' essere aiutato da un familiare o un caregiver nell'uso di tali strumenti;

4. l'idoneita' al domicilio della rete internet, degli impianti (elettrici, idraulici, ecc), degli ambienti e delle condizioni igienico-sanitarie.

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

16. SISTEMI INFORMATIVI E DI QUALITA'

Tutte le unita' operative territoriali che compongono il Distretto devono essere dotate di soluzioni digitali idonee ad assicurare la produzione nativa dei documenti sanitari in formato digitale, secondo gli standard adottati a livello nazionale, e la condivisione dei dati relativi a ciascun paziente tra i diversi professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza: cio' al fine di consentire di realizzare servizi in rete pienamente integrati. Si tratta, quindi, di rendere disponibili a ciascun Distretto, anche nell'ambito dei sistemi regionali, infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate e interoperabili sia con i sistemi dell'ecosistema di sanita' digitale nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e regionali (FSE, CUP, etc.) nonche' con le soluzioni di telemedicina.

I sistemi informativi del Distretto devono essere in grado di:

a) produrre i documenti nativi digitali necessari ad alimentare il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di ciascun assistito, anche grazie al potenziamento del FSE previsto nel PNRR;

b) integrarsi ed interoperare con la piattaforma del Sistema TS del Ministero dell'economia e delle finanze, per garantire la corretta generazione della ricetta dematerializzata (a carico del SSN e non a carico del SSN), nonche' dei Piani Terapeutici Elettronici;

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

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

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

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

Le strutture territoriali ed intermedie adottano standard di qualita' e documentano in merito a:

a) Gestione del rischio clinico:

. applicazione di ogni misura finalizzata alla prevenzione del rischio clinico e utilizzazione di sistemi gestionali degli eventi sentinella e delle denunce di sinistri. Ciascuna struttura adotta, altresi', in forma anonima sistemi di segnalazione dei rischi e errori e criticita' organizzative;

. applicazione di liste di controllo specifiche per il contesto territoriale, in coerenza con linee di indirizzo nazionali e le raccomandazioni ministeriali;

. effettuazione di programmi di formazione specifica;

b) Protocolli, istruzioni operative e azioni di miglioramento continuo:

. definizione di protocolli e istruzioni operative validate formalmente e dedicate alle maggiori criticita' o problemi assistenziali;

. misurazione delle prestazioni e degli esiti;

. audit clinici;

c) documentazione sanitaria e consegna referti, comunicazione, informazione e partecipazione dell'assistito e dei caregiver;

d) formazione continua e interprofessionale del personale.

DOCUMENTI TECNICI DI RIFERIMENTO

World Health Organization. What is Primary health care? Disponibile on line https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care

Expert Panel On Effective Ways Of Investing In Health. Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems. Health and Consumers Directorate General (DG SANCO) della Commissione europea (10 luglio 2014).

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e s. m..

Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229. Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419 e s. m..

Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012 n. 189.

Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77.

Decreto Legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 1 luglio 2021, n.101.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137, convertito, con modificazioni, dalla Legge 18 dicembre 2020, n. 176.

Decisione 2007/116/CE 15 febbraio 2007 che riserva l'arco di numerazione nazionale che inizia con 116 a numeri armonizzati destinati a servizi armonizzati a valenza sociale.

Accordo Stato-Regioni sancito il 07 febbraio 2013 (Rep. Atti n. 46/CSR). Linee guida di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuita' assistenziale.

Accordo Stato-Regioni sancito il 24 novembre 2016 (Rep. Atti n. 221/CSR). Linee di indirizzo sui criteri e le modalita' di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116/117.

Intesa Stato-Regioni sancito il 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 3782/CSR). Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunita'.

Il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attivita' sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private (per quanto non esplicitato nel presente documento ai requisiti di cui al richiamato DPR.

World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care. Geneva 2018.

Legge 15 marzo 2010, n. 38 e s.m.. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Intesa Stato-Regioni sancita il 25 luglio 2012 (Rep. Atti n. 151/CSR). Definizione dei requisiti minimi e delle modalita' organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unita' di cure palliative e della terapia del dolore.

Legge 29 luglio 1975, n. 405. Istituzione dei consultori familiari.

Decreto Ministeriale del 24 aprile 2000. Adozione del Progetto Obiettivo Materno-Infantile (P.O.M.I) relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000.

World Health Organization. Guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: World Health Organization; 2019.

Intesa Stato-Regioni sancita il 20 Febbraio 2014 (Rep. Atti n. 16/CSR). Telemedicina, linee d'indirizzo nazionali.

Accordo sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni il 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 215/CSR). Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina.

Accordo Stato-Regioni sancito il 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR). Piano Nazionale della Cronicita'.

Legge 31 gennaio 1996, n. 34. Disposizioni urgenti in materia di strutture e di spese del Servizio Sanitario Nazionale.

(1) articolo 1 - comma 274: Al fine di assicurare l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente, da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla legislazione vigente limitatamente alla spesa eccedente i predetti vincoli, e per quello convenzionato, e' autorizzata la spesa massima di 90,9 milioni di euro per l'anno 2022, 150,1 milioni di euro per l'anno 2023, 328,3 milioni di euro per l'anno 2024, 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale. La predetta autorizzazione decorre

dalla data di entrata in vigore del regolamento per la definizione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, tecnologici e omogenei per l'assistenza territoriale, da adottare con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, entro il 30 aprile 2022. Con successivo decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, le somme di cui al primo periodo sono ripartite fra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in base ai criteri definiti con il medesimo decreto anche tenendo conto degli obiettivi previsti dal PNRR.

(2) Articolo 1, commi da 159 a 171, della legge n. 234/2021

(3) Articolo 3-quater, comma 1, del decreto legislativo n. 502/1992

(4) Articolo 3-quater, comma 3, lettera c), del decreto legislativo n. 502/1992:c) e' proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Comitato dei sindaci di distretto e dal direttore di distretto ed e' approvato dal direttore generale

(5) Articolo 1, comma 5 del decreto legge n. 34/2020 Al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'introduzione altresi' dell'infermiere di famiglia o di comunita', per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati come affetti da COVID-19, anche coadiuvando le Unita' speciali di continuita' assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonche' di tutti i soggetti di cui al comma 4, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, possono, in relazione ai modelli organizzativi regionali, utilizzare forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, con infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, in numero non superiore a otto unita' infermieristiche ogni 50.000 abitanti. Per le attivita' assistenziali svolte e' riconosciuto agli infermieri un compenso lordo di 30 euro ad ora, inclusivo degli oneri riflessi, per un monte ore settimanale massimo di 35 ore. Per le medesime finalita', a decorrere dal 1° gennaio 2021, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, possono procedere al reclutamento di infermieri in numero non superiore ad 8 unita' ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato e comunque nei limiti di cui al comma 10.

Allegato 2 - Ricognizione Standard

Casa della Comunita'

La Casa della Comunita' (CdC) e' il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimita' per la popolazione di riferimento. Nella Casa della Comunita' lavorano in modalita' integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n. 234 subordinatamente alla sottoscrizione della Intesa ivi prevista e alla sottoscrizione dell'Accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017.

Standard organizzativi
1 Casa della Comunita' hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
Standard di personale per 1 Casa di Comunita' hub: 7-11 Infermieri,

1 assistente sociale, 5-8 unita' di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).

Servizi presenti nella Casa di Comunita'.

Parte di provvedimento in formato grafico

Standard tecnologici e strutturali

Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale.

Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicita' con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro) anche attraverso strumenti di telemedicina.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda a i seguenti documenti tecnici di riferimento:

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attivita' sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

- Accordo Stato-Regioni sancito il 7 febbraio 2013 (Rep. Atti n. 46/CSR) recante Linee guida di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuita' assistenziale.

- Accordo Stato-Regioni sancito il 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR) recante Piano Nazionale della Cronicita'.

- Intesa Stato-Regioni sancita il 6 agosto 2020 (Rep. Atti n. 127/2020) recante Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020 - 2025.

Centrale operativa territoriale

La Centrale Operativa Territoriale (COT) e' un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attivita' territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Standard organizzativi

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

Standard di personale: 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unita' di Personale di supporto in coerenza con quanto previsto nella relazione tecnica di cui all'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234.

Operativa 7 giorni su 7

Standard tecnologici e strutturali

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

Sistemi di raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina.

Infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate con i principali applicativi di gestione aziendale

Software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate.

Sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda a i seguenti documenti tecnici di riferimento:

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per

l'esercizio delle attivita' sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

- Accordo Stato-Regioni sancito il 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR) recante Piano Nazionale della Cronicita'.

Centrale Operativa 116117

La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensita' assistenziale.

Standard organizzativi

1 Centrale Operativa NEA 116117 (CO 116117) ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale.

Servizio aperto e gratuito e attivo 24h 7 giorni su 7

Requisiti tecnologici e strutturali

Servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per le cure mediche non urgenti (prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensita' assistenziale).

Raccordo con strumenti nazionali e/o territoriali finalizzati alla presa in carico di persone con fragilita'.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda ai seguenti documenti tecnici di riferimento:

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attivita' sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

- Accordo Stato-Regioni sancito il 24 novembre 2016 (Rep. Atti n. 221/CSR) recante Linee di indirizzo sui criteri e le modalita' di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117.

Unita' di Continuita' Assistenziale

L'Unita' di Continuita' Assistenziale nel limite previsto ai sensi dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021 n. 234 e' un'equipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunita', che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessita' e che comportano una comprovata difficolta' operativa.

Standard organizzativi

1 Unita' di Continuita' Assistenziale ogni 100.000 abitanti

Standard di personale: 1 medico e 1 infermiere, puo' essere integrata con altre figure professionali sanitarie nell'ambito delle professionalita' disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale.

Sede operativa: Casa della Comunita' Hub

Requisiti tecnologici e strutturali

Strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e la collaborazione con MMG e PLS delle AFT/UCCP.

Puo' usufruire del Supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri.

Dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle COT ed accessibile via internet al fine di garantire anche in teleconsulto l'interoperabilita' della rete di consulenti collegati.

Dotata di strumentazione avanzata di primo livello e di una gamma completa di dispositivi medici portatili (anche diagnostici) in grado di acquisire informazioni e parametri necessari al monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente.

Assistenza Domiciliare

Le Cure domiciliari sono un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensita' e complessita' assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza

Standard organizzativi

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

Indicatore di Monitoraggio della presa in carico in Assistenza Domiciliare - % di pazienti over65 in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di eta' pari o superiore a 65 anni "presi in carico" per tutte le classi di CIA).

Continuita' assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24, nelle modalita' indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente, ivi compresi i servizi di telemedicina nelle modalita' e forme previste.

Requisiti tecnologici e strutturali

Alimentazione del Sistema Informativo Assistenza Domiciliare - SIAD

Interfaccia e raccordo con la Centrale Operativa Territoriale attraverso piattaforme digitali, che facilitino l'inserimento dei dati dell'assistito nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda ai seguenti documenti tecnici di riferimento:

- Intesa Stato Regioni 4 agosto 2021 Atto rep. 151/2021 sul documento recante "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178".
- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attivita' sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

Ospedale di Comunita'

L'Ospedale di Comunita' (OdC) e' una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalita' di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi piu' idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e piu' prossimi al domicilio.

Standard organizzativi

1 Ospedale di Comunita' dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti

Standard di personale per 1 Ospedale di Comunita' dotato di 20 posti letto: 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unita' di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7

Operativa 7 giorni su 7

Assistenza infermieristica e' garantita nelle 24 ore 7 giorni su 7

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

struttura.

Standard tecnologici e strutturali

Sistemi di raccolta delle informazioni sanitarie attraverso la cartella clinico - assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE.

Sistemi di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina.

Disponibilita' di locali idonei attrezzati, destinati alle principali attivita' motorie e riabilitative.

Flusso informativo per rilevare le prestazioni erogate dagli OdC.

Presenza di: locali ad uso amministrativo, cucina e locali accessori, lavanderia e stireria, servizio mortuario. Tali servizi possono essere in comune e/o condivisi con altre strutture e/o unita' di offerta.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda all'Intesa Stato-Regioni sancita il 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 17/CSR) recante Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunita'.

Rete delle cure palliative

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

Standard strutturali

1 di Cure Palliative Domiciliari (UCP - DOM) ogni 100.000 abitanti e 1 Hospice, 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti

Standard di personale: nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, l'erogazione dell'assistenza e' assicurata: nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera da un equipe di cure palliative; nell'ambito ambulatoriale da equipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative; a domicilio del paziente - attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari(CPD) - da un'equipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unita' di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale per continuita' assistenziale h 24 per 7 giorni su 7; all'interno delle strutture residenziali e degli Hospice di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti

Requisiti tecnologici e strutturali

Definisce un sistema di erogazione di CP, per l'attuazione dei percorsi di presa in carico e di continuita' delle cure e dell'assistenza favorendo l'integrazione dei servizi sanitari e sociali

Adotta sistemi di valutazione, miglioramento della qualita' e controllo dei percorsi di cura erogati.

Raccoglie e trasmette i dati al sistema informativo.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda ai seguenti documenti tecnici di riferimento:

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attivita' sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

- Intesa Stato Regioni del 25 luglio 2012 (Rep. Atti 151/CSR) recante Definizione dei requisiti minimi e delle modalita' organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture di

assistenza ai malati in fase terminale e delle unita' di cura palliative e della terapia del dolore.

- Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020, (Rep. Atti n. 118/CSR), recante Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38.

- Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021 (Rep. Atti n. 30/CSR) recante Accreditamento della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38.

Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie

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

Standard strutturali

1 consultorio familiare (CF) ogni 20.000 abitanti con la possibilita' di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attivita' consultoriale puo' svolgersi all'interno delle Case della Comunita', privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

Requisiti tecnologici e strutturali

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda al seguente documento tecnico di riferimento:

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attivita' sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

Prevenzione in ambito sanitario, ambientale climatico

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

Standard organizzativi

Standard massimo di popolazione per Dipartimenti di Prevenzione 1: 500.000 abitanti

Presenza di risorse multidisciplinari per lo svolgimento delle funzioni del Dipartimento di Prevenzione nell'ambito delle disponibilita' previste dalla legislazione vigente.

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

Funzioni

Il Dipartimento di prevenzione assicura le seguenti funzioni: a) Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali; b) Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati; c) Sorveglianza,

prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro; d) Salute animale e igiene urbana veterinaria; e) Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori; f) Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale; g) Attivita' medico legali per finalita' pubbliche.

Il Dipartimento di prevenzione opera in stretto raccordo con gli enti e le agenzie che sovraintendono alla materia di volta in volta trattata; nel caso delle crisi/emergenze/crisi diventa punto di riferimento tecnico-operativo tra le autorita' nazionali, regionali e locali.

Il Dipartimento assicura:

• supporto tecnico-scientifico alle autorita' sanitarie locali e regionali, e' chiamato a garantire attivita' trasversali quali la preparazione e risposta rapida alle crisi/emergenze di natura infettiva, ambientale, ecc;

• supporto alle attivita' di pianificazione, programmazione, organizzazione e monitoraggio volte a promuovere la salute e prevenirne e contenerne i rischi nei diversi ambiti di vita dei singoli e delle comunita';

• supporto, nell'ambito delle predette risorse disponibili, al raggiungimento dell'obiettivo "salute" nelle azioni di controllo sulle matrici ambientali attraverso interventi di analisi e di monitoraggio in stretto raccordo con le Agenzie del Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente con l'obiettivo di identificare e valutare i rischi per la popolazione e per gli ecosistemi;

• raccordo con gli altri Enti preposti, anche contribuendo per quanto di competenza, sul versante tecnico, al costituendo SINP - Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei luoghi di Lavoro;

• raccordo con il Distretto per la programmazione, attuazione, validazione e coordinamento di azioni finalizzate all'individuazione di condizioni di rischio individuali e al conseguente indirizzo a interventi mirati alla promozione della salute e/o alla presa in carico della persona.

Requisiti tecnologici e strutturali

Sistemi di sorveglianza di popolazione

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda ai seguenti documenti tecnici di riferimento:

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attivita' sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

- Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2002 (Rep. Atti n. 1493/2002) recante "Linee di guida per la prevenzione sanitaria e lo svolgimento delle attivita' del Dipartimento di prevenzione delle Aziende sanitarie locali".

- Intesa Stato-Regioni sancita il 6 agosto 2020 (Rep. Atti n. 127/2020) recante Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020 - 2025.

Telemedicina e Sistemi di qualita'

La telemedicina e' una modalita' di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario - assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario - professionista sanitario).

Standard

In coerenza con l'obiettivo di aumentare l'accessibilita' e ridurre

le diseguaglianze nell'accesso alle cure e garantire un approccio quanto piu' omogeneo possibile sul territorio, e in considerazione delle potenzialita' delle moderne tecnologie ICT, i sistemi che erogano prestazioni di telemedicina, che operino a qualsiasi livello aziendale, regionale, interregionale e/o nazionale, devono:

- interoperare con i diversi sistemi nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e regionali (FSE, CUP, etc.) a supporto dell'assistenza sanitaria, garantendo il rispetto degli standard di interoperabilita' nei dati;
- supportare la convergenza di processi e strutture organizzative, seppur con la necessaria flessibilita' in base alle esigenze specifiche, anche superando la frammentazione tecnologica;
- supportare l'attivazione di servizi di telemedicina per i singoli pazienti, in base alle indicazioni del Progetto di salute;
- uniformare le interfacce e le architetture per la fruizione delle prestazioni di telemedicina, sia per l'utente che per il professionista, in un'ottica di semplificazione, fruibilita' e riduzione del rischio clinico, assicurando anche l'integrazione con i sistemi di profilazione regionali/nazionali (es. SPID);
- mettere a disposizione servizi strutturati in modo uniforme e con elevati livelli di sicurezza, sull'intero territorio, sviluppati con approccio modulare e che garantiscono il rispetto delle vigenti indicazioni nazionali.

I sistemi informativi del Distretto devono essere in grado di:

a) produrre i documenti nativi digitali necessari ad alimentare il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di ciascun assistito, anche grazie al potenziamento del FSE previsto nel PNRR;

b) integrarsi ed interoperare con la piattaforma del Sistema TS del Ministero dell'economia e delle finanze, per garantire la corretta generazione della ricetta dematerializzata (a carico del SSN e non a carico del SSN), nonche' dei Piani Terapeutici Elettronici;

c) produrre i dati necessari al monitoraggio a livello nazionale dell'assistenza territoriale, al fine di assicurare la produzione nativa dei dati relativi ai flussi informativi nazionali gia' attivi (SDO, FAR, SIAD, EMUR, ecc.)

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

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

Le strutture territoriali ed intermedie adottano standard di qualita' e documentano in merito alla gestione del rischio clinico; ai protocolli, istruzioni operative e azioni di miglioramento continuo; alla documentazione sanitaria e consegna referti, comunicazione, informazione e partecipazione dell'assistito e dei caregiver; alla formazione continua e interprofessionale del personale.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda ai seguenti documenti tecnici di riferimento:

- Intesa Stato-Regioni sancita il 20 febbraio 2014 (Rep. Atti n. 16/CSR) recante Telemedicina, linee d'indirizzo nazionali.
- Accordo Stato-Regioni sancito il 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 215/CSR) Recante Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina.

Allegato 3 - Glossario

Glossario acronimi

ADI - Assistenza Domiciliare integrata
AFT - Aggregazione Funzionale Territoriale
ANA - Anagrafe Nazionale Assistiti
ASL - Azienda Sanitaria Locale
ATS - Ambiti Territoriali Sociali
CdC - Casa della Comunita'
CIA - Coefficiente di Intensita' Assistenziale
CO 1 1 6 1 1 7 - Centrale operativa Numero Europeo Armonizzato
COT - Centrale Operativa Territoriale
CF - Consultorio Familiare

CP - Cure palliative
DP - Dipartimento di Prevenzione
DPCM - Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
EMUR - Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza
FAR - Sistema informativo assistenza residenziale e semi-residenziale
FSE - Fascicolo sanitario elettronico
GEA - Gornate effettive di assistenza
GDC - Giornate di cura
IFoC - Infermiere di Famiglia o Comunita'
LEA - Livelli Essenziali di Assistenza
LEPS - Livelli essenziali delle prestazioni sociali
MMG - Medico di Medicina Generale
NEA - Numero Europeo Armonizzato
NSIS - Nuovo Sistema Informativo Sanitario
OdC - Ospedale di Comunita'
PAI - Progetto di assistenza individuale integrata
PDTA - percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PLS - Pediatra di Libera Scelta
PNC - Piano Nazionale Cronicita'
PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PNP 2020-2025 - Piano Nazionale Prevenzione 2020/2025
PRI - Piano Riabilitativo Individuale
PUA - Punto Unico di Accesso
RLCP - Rete Locale di Cure Palliative
SAI - Specialisti Ambulatoriali Interni
SDGs - Obiettivi di sviluppo sostenibili
SDK -Software Developer Toolkit
SDO - Scheda di Dimissione Ospedalera
SIAD - Sistema Informativo Assistenza Domiciliare
SINP - Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei Luoghi di Lavoro
SNPS - Sistema Nazionale di Prevenzione Salute, Ambiente e Clima
SPID - Sistema Pubblico di Identita' Digitale
SSN - Servizio Sanitario Nazionale
TERP - Tecnico della riabilitazione psichiatrica
TNPEE - Terapista della neuro e psicomotricita' dell'eta' evolutiva
TS - sistema Tessera Sanitaria
UCA - Unita' di Continuita' Assistenziale
UCCP - Unita' Complessa di Cure Primarie
UCP - Unita' di Cure Palliative
UCP - DOM - Unita' di Cure Palliative Domiciliari
UVM - Unita' di Valutazione Multidimensionale