

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 14 dicembre 2022, n. 1868

Approvazione schema di Regolamento regionale avente ad oggetto: “Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022”.

L’Assessore “Sanità, Benessere animale, Controlli Interni, Controlli connessi alla gestione emergenza COVID-19”, sulla base dell’istruttoria espletata dalla Responsabile P.O. Programmazione attività sanitaria – integrazione Ospedale Territorio e dalla Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell’Assistenza Territoriale-Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR e confermata dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell’Offerta, riferisce quanto segue:

VISTI:

- il d.lgs. n.502/1992 s.m.i., che, all’art.2, co.1, attribuisce alle Regioni l’esercizio delle funzioni legislative e amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- la legge regionale n.25 del 2006 che, all’art. 14, prevede che la erogazione di tutta l’attività sanitaria e socio-sanitaria delle strutture territoriali sia posta in capo al Distretto;
- il d.lgs. 23 giugno 2011, nr. 118, come integrato dal d.lgs. 10 agosto 2014 nr. 126 “Disposizioni integrative e correttive del D.Lgs 118/2011”, recante disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della L. 42/2009;
- il decreto ministeriale n.70 del 2015 con cui è stato definito il “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”, acquisita l’intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni (Rep. Atti n.198/CSR del 13 gennaio 2015);
- l’Accordo Stato – Regioni del 15 settembre 2016 (Rep. n. 160) concernente il Piano Nazionale della Cronicità;
- 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;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 129 del 26/01/2018 recante: Programma Operativo 2016-2018. Piano delle azioni avviate nel biennio 2016-2017 e delle misure da attuare nel 2018;
- il Regolamento regionale 21 gennaio 2019, n.7 recante: “Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza”, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 9 del 25/01/2019, con integrazioni pubblicate sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n.18 del 14/02/2019;
- il Regolamento regionale 22 novembre 2019, n.23 recante: “Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n.70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017”, parzialmente modificato dal Regolamento regionale n.14 del 2020, pubblicato sul Bollettino ufficiale della Regione Puglia del 24 agosto 2020, in attuazione del Decreto Legge n. 34 del 2020;
- il Patto per la Salute 2019-2021, approvato con l’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 18 dicembre 2019;

- l'Intesa Stato-Regioni n.17/CSR del 20 febbraio 2020 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità;
- la deliberazione di Giunta regionale n.333 del 10 marzo 2020 di approvazione del documento ad oggetto: "La riorganizzazione della rete di assistenza territoriale della Regione Puglia";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 375 del 19 marzo 2020 di approvazione del Regolamento regionale "Modifiche al Regolamento regionale n.7/2019 (Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza)";
- il decreto-legge n. 34 del 19 maggio 2020 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77;
- l'Accordo Stato-Regioni sul documento ad oggetto: "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della legge 15 marzo 2010 n.38" del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 118/CSR);
- la deliberazione di Giunta regionale n.1179 del 14 luglio 2021 ad oggetto: "Recepimento Accordo Stato – Regioni n. 215/CSR del 17 dicembre 2020 ed approvazione del documento "Indicazioni Regione Puglia per l'erogazione di prestazioni in telemedicina". Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 951/2019 e n.2111/2020 - nomenclatore specialistica ambulatoriale";
- il D.L. del 31 maggio 2021, n. 77, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2021, n. 108, avente ad oggetto "Governance del Piano Nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure";
- 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 prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;
- 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, nonché le relative modalità di monitoraggio;
- la Riforma sulle reti di prossimità, 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 più, il SSN come parte di un più ampio sistema di welfare comunitario secondo un approccio one health e con una visione olistica («Planetary Health»);
- l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano 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". Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021;

- 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»;
- la deliberazione della Giunta regionale n.1466 del 15 settembre 2021 recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità di genere , denominata "Agenda di Genere";
- 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;
- la legge regionale n. 51 del 30/12/2021 "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2022 e bilancio pluriennale 2022-2024 della Regione Puglia (legge di stabilità regionale 2022)";
- la legge regionale n. 52 del 30/12/2021 "Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2022 e bilancio pluriennale 2022-2024";
- la DGR n. 2 del 20/01/2022 "Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2022 e pluriennale 2022-2024. Articolo 39, comma 10, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118. Documento tecnico di accompagnamento e Bilancio Finanziario Gestionale. Approvazione";
- 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;
- la DGR n.134 del 15/02/2022 ad oggetto: "Adozione del Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (ai sensi dell'art.1 decreto-legge 19 maggio 2020 n.34, conversione legge n.77 del 17 luglio 2020) - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – (PNRR). Indicazioni per la Programmazione degli investimenti a valere sulla missione 6;
- la deliberazione della Giunta regionale n.302 del 07 marzo 2022 recante: "Valutazione di Impatto di Genere. Sistema di Gestione e di monitoraggio";
- la DGR n.688 del 11/05/2022 ad oggetto: "Approvazione Rete Assistenziale Territoriale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – D.M. 20 gennaio 2022 e della Deliberazione di Giunta Regionale n.134 del 15/02/2022";
- Il decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze 23 maggio 2022, n. 77 ad oggetto: "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".
- la DGR n.763 del 26/05/2022 ad oggetto: "DGR 688/2022. PNRR Missione 6 "Salute". Sottoscrizione del Contratto Interistituzionale di Sviluppo. Autorizzazione";
- l'Accordo Stato – Regioni (Rep. Atti n. 256/CSR del 7 dicembre 2022) recante "Parere, ai sensi dell'articolo 2, comma 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, recante riparto delle risorse per il potenziamento dell'assistenza territoriale, ai sensi dell'art. 1, comma 274, della legge n.234 del 2021. PNRR".

PREMESSO CHE:

- a) con la deliberazione di Giunta regionale n. 134 del 15/02/2022 ad oggetto: *“Adozione del Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (ai sensi dell’art.1 decreto-legge 19 maggio 2020 n.34, conversione legge n.77 del 17 luglio 2020) - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – (PNRR). Indicazioni per la Programmazione degli investimenti a valere sulla missione 6”*, è stato approvato, *inter alia*, il documento *“Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (art.1 decreto-legge 19 maggio 2020 n.34, conversione legge n.77 del 17 luglio 2020) - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – (PNRR)”*;
- b) con la deliberazione di Giunta regionale n.688 del 11/05/2022 ad oggetto: *“Approvazione Rete Assistenziale Territoriale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – D.M. 20 gennaio 2022 e della Deliberazione di Giunta Regionale n.134 del 15/02/2022”*, in attuazione di quanto previsto dalla precitata DGR n.134 sono state individuate dettagliatamente le strutture (Case di Comunità, Ospedali di Comunità e COT) finanziate non solo dal PNRR, ma , altresì, da altre fonti di finanziamento;
- c) con la deliberazione di Giunta regionale n.763 del 26/05/2022 ad oggetto: *“DGR 688/2022. PNRR Missione 6 “Salute”. Sottoscrizione del Contratto Interistituzionale di Sviluppo. Autorizzazione”* è stato approvato lo schema del Contratto Interistituzionale di Sviluppo, successivamente sottoscritto dal Presidente della Regione con il Ministero della Salute, unitamente al Piano Operativo Regionale;

CONSIDERATO CHE:

a) il decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze 23 maggio 2022, n. 77 ad oggetto: *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”* (d’ora in avanti DM 77), in coerenza con il PNRR , persegue gli obiettivi di potenziamento dei servizi assistenziali territoriali al fine del raggiungimento della garanzia dei LEA, riducendo le disuguaglianze, e, contestualmente, costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso e omogeneo sul territorio nazionale, mediante la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali; in particolare attraverso:

- lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case di Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria e sociosanitaria per la popolazione di riferimento;
- il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell’assistenza;
- l’integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di équipe multi-professionali che prendano in carico la persona, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità;
- logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni;
- 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;
- la valorizzazione della coprogettazione con gli utenti;

- la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Agenzie di Tutela della Salute, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.);
- b) il nuovo modello di assistenza sul territorio delineato dal DM 77 si muove, quindi, su quattro principi cardine:
1. medicina di popolazione, che ha come obiettivo la promozione della salute della popolazione di riferimento;
 2. sanità di iniziativa, modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo;
 3. stratificazione della popolazione per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi;
 4. progetto di salute, uno strumento di programmazione, gestione e verifica che associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "bisogno di salute" identificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione;
- c) il DM 77 definisce le caratteristiche organizzative gestionali del distretto: il distretto è di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio;
- d) la programmazione, ai sensi del DM 77, deve prevedere i seguenti standard:
- 1 Casa della Comunità Hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
 - Case della Comunità Spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;
 - 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti (tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola);
 - 1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
 - 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
 - 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 50.000 - 100.000 abitanti;
- e) l'informatizzazione dei processi clinico-assistenziali, delineata nel DM 77, favorisce un approccio integrato alla cura del paziente e consente di misurare e valutare l'assistenza prestata;
- f) lo sviluppo della sanità digitale trova nella telemedicina uno dei principali ambiti di applicazione in grado di abilitare forme di assistenza anche attraverso il ridisegno strutturale e organizzativo della rete del servizio sanitario.

DATO ATTO che:

- a) il provvedimento è stato predisposto sulla base delle indicazioni fornite da Agenas anche attraverso la documentazione ad oggetto: “Metaprogetto CdC”, “Metaprogetto OdC” e “Metaprogetto COT”;
- b) il provvedimento si configura quale primo atto di programmazione che, in relazione alle ulteriori indicazioni che potranno pervenire dal livello nazionale e/o regionale, è suscettibile di integrazioni e modificazioni, sempre in coerenza con il DM 77 nonché con le deliberazioni di Giunta regionale già approvate (DGR n.134 del 15/02/2022 e DGR n.688 del 11/05/2022), al fine di assicurare il necessario raccordo con il quadro programmatico regionale in materia di organizzazione del SRPS, delle attività di prevenzione e promozione della salute, di assistenza territoriale, di assistenza ospedaliera e di riabilitazione;
- c) il provvedimento, nella parte relativa ai requisiti organizzativi nonché al fabbisogno di personale, in attuazione di quanto previsto dal PNRR e dal DM 77, verrà integrato sulla base delle successive determinazioni ministeriali, sempre in coerenza con i requisiti minimi previsti dalla normativa vigente. A tal proposito si richiama l'Accordo Stato – Regioni (Rep. Atti n. 256/CSR del 7 dicembre 2022) recante *“Parere, ai sensi dell’articolo 2, comma 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, recante riparto delle risorse per il potenziamento dell’assistenza territoriale, ai sensi dell’art. 1, comma 274, della legge n.234 del 2021. PNRR”. Inoltre, l’art. 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, dispone, altresì, che “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, è 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”, e che “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”.*
- d) *Nel Regolamento allegato al presente provvedimento sono riportati i requisiti organizzativi previsti dagli Accordi Stato Regioni in materia, nonché dalle previsioni del D.M. n. 70/2022. Di tali requisiti si terrà conto in fase di predisposizioni dei Piani Triennali di fabbisogno, attesa la volontà di allineare il fabbisogno alle esigenze dettate dalle strategie di programmazione sanitaria, ospedaliera e territoriale.*

CONSIDERATO, altresì, che:

- il DM 77 all’art. 1, comma 2, prevede che: *“ 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”* e, dunque, entro il 15 dicembre 2022;
- il monitoraggio semestrale degli standard previsti è assicurato dal Ministero della Salute per il tramite

di AGENAS (art. 2 D.M. n. 77/2022) Contratti Istituzionali di Sviluppo tra il Ministero della Salute e le Regioni;

- l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), per gli interventi della M6C1, si impegna a svolgere il ruolo di coordinamento, vigilanza e monitoraggio previsto dalla normativa, in attuazione e governance del PNRR e PNC per l'implementazione della riforma (CIS art. 4, comma 2).

TENUTO CONTO che:

- a) si configura quale primo atto di programmazione;
- b) in relazione alle ulteriori indicazioni che potranno pervenire dal livello nazionale e/o regionale, potrà essere suscettibile di integrazioni e modificazioni;
- c) potrà subire modifiche o integrazioni, sempre garantendo coerenza con i contenuti del DM 77, al fine di assicurare il necessario raccordo con il quadro programmatico regionale in materia di organizzazione del SRPS, delle attività di prevenzione e promozione della salute, di assistenza territoriale, di assistenza ospedaliera e di riabilitazione;
- d) nella parte relativa ai requisiti organizzativi nonché al fabbisogno di personale, in attuazione di quanto previsto dal PNRR e dal DM 77/2022, verrà integrato sulla base delle successive determinazioni ministeriali, sempre in coerenza con i requisiti minimi previsti dalla normativa vigente.

TENUTO CONTO altresì, che:

- il presente provvedimento è stato predisposto dalla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta – Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano S.S.R. con il supporto delle altre Sezioni e Servizi del Dipartimento "Promozione della Salute e del Benessere Animale" e di A.Re.S.S.;
- le ulteriori indicazioni attuative del D.M. n. 77/2022 saranno definite con appositi provvedimenti di Giunta regionale, proposti dalle Sezioni/Servizi competenti in materia;
- in fase di approvazione definitiva dello schema di Regolamento, di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, si terrà conto del parere reso dai Ministeri affiancanti (Ministero della Salute, MEF) e da Agenas, ai quali viene trasmesso per il previsto parere;
- con il presente provvedimento si intende recepire gli Accordi Stato – Regioni in materia di cure palliative.

GARANZIE DI RISERVATEZZA

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D. Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., e ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del suddetto Regolamento UE.

Valutazione di impatto di genere

La presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di impatto di genere ai sensi della D.G.R. n. 302 del 07/03/2022.

L'impatto di genere stimato è:

diretto

indiretto

neutro

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. n.118/2011 e ss.mm.ii.

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

L'Assessore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi della L. R. n. 7/97, art. 4, lett. K, propone alla Giunta:

- 1) di approvare lo schema di Regolamento recante *“Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022”*, di cui all’Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento. Il Regolamento è stato predisposto dalla Sezione Strategie e Governo dell’Offerta – Servizio Strategie e Governo dell’Assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano S.S.R. con il supporto delle altre Sezioni e Servizi del Dipartimento *“Promozione della Salute e del Benessere Animale”* e di A.Re.S.S.;
- 2) di approvare i documenti tecnici, rivenienti dalle indicazioni di Agenas e Ministero della Salute, di cui all’Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, come di seguito riportati:
 - Allegato A) *“Il modello organizzativo e le tipologie di Case della Comunità”*;
 - Allegato B) *“Il modello organizzativo della COT”*;
 - Allegato C) *“Modello organizzativo e tipologie dell’Ospedale di Comunità”*;
- 3) di approvare la relazione tecnica di Analisi di contesto predisposta da A.Re.S.S., di cui all’Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 4) di trasmettere il presente Atto, per il tramite del Segretariato Generale della Giunta regionale, al Presidente del Consiglio regionale per l’acquisizione, prima della definitiva approvazione, del parere preventivo obbligatorio non vincolante della Commissione competente per materia, nei modi e nei termini di cui all’art.44, comma 2 della legge regionale n.7/2004, come modificato dall’art.3 della L.R. n.44/2014;
- 5) di provvedere a integrare e/o modificare il Regolamento con successivi provvedimenti di Giunta, che saranno proposti dalle Sezioni/Servizi del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, competenti in materia, in relazione alle ulteriori indicazioni che potranno pervenire dal livello nazionale e/o regionale in attuazione di quanto previsto dal PNRR, dal DM 77, dall’art. 27 del d.l. n.36/2022 (legge n.79/2022) anche per la parte relativa ai requisiti organizzativi nonché al fabbisogno di personale, nonché al fine di assicurare il necessario raccordo con il quadro programmatico regionale in materia di organizzazione del SRPS, delle attività di prevenzione e promozione della salute, di assistenza territoriale, di assistenza ospedaliera e di riabilitazione;
- 6) di stabilire che il competente Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale informi le organizzazioni sindacali circa il contenuto del presente provvedimento nonché gli Enti interessati dal presente provvedimento (ad esempio ANCI, ecc);

- 7) di recepire l'Accordo Stato-Regioni sul documento "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della legge 15 marzo 2010 n.38" del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 118/CSR) e l'Intesa Stato-Regioni sul documento "Definizione di profili formativi omogenei per le attività di volontariato nell'ambito delle reti di cure palliative e di terapia del dolore, ai sensi dell'articolo 8, comma 4, della legge 15 marzo 2010, n.38" del 09 luglio 2020 (Rep. Atti n. 103/CSR) di cui agli allegati, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;
- 8) di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e governo dell'Offerta ai Direttori Generali delle AASSLL ed Enti del Servizio Sanitario Regionale;
- 9) di trasmettere il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e MEF) per il tramite della competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;
- 10) di rinviare a successivo provvedimento, conseguente agli adempimenti del citato art.44 comma 2 della L.R. 7/2004, l'approvazione definitiva del Regolamento;
- 11) di prevedere la pubblicazione integrale del Regolamento sul BURP.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio affidato è stato espletato nel rispetto della normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente provvedimento, predisposto dal Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale- Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR, ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

La Responsabile P.O.: Isabella CAVALLO

La Dirigente del Servizio SGAT-Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR: Antonella CAROLI

Il Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta: Mauro NICASTRO

Il sottoscritto Direttore di Dipartimento non ravvisa la necessità di esprimere osservazioni sulla proposta di deliberazione ai sensi del combinato disposto degli articoli 18 e 20 del DPGR n. 22/2021.

Il Direttore di Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale: Vito MONTANARO

L'Assessore: Rocco PALESE

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

di fare propria la relazione dell'Assessore, che qui si intende integralmente riportata e trascritta;

- 1) di approvare lo schema di Regolamento recante "Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022", di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento. Il Regolamento è stato predisposto dalla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta

– Servizio Strategie e Governo dell’Assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano S.S.R. con il supporto delle altre Sezioni e Servizi del Dipartimento “Promozione della Salute e del Benessere Animale” e di A.Re.S.S.;

2) di approvare i documenti tecnici, rivenienti dalle indicazioni di Agenas e Ministero della Salute, di cui all’Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, come di seguito riportati:

- Allegato A) “Il modello organizzativo e le tipologie di Case della Comunità”;
- Allegato B) “Il modello organizzativo della COT”;
- Allegato C) “Modello organizzativo e tipologie dell’Ospedale di Comunità”;

3) di approvare la relazione tecnica di Analisi di contesto predisposta da A.Re.S.S., di cui all’Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

4) di trasmettere il presente Atto, per il tramite del Segretariato Generale della Giunta Regionale, al Presidente del Consiglio Regionale per l’acquisizione, prima della definitiva approvazione, del parere preventivo obbligatorio non vincolante della Commissione competente per materia, nei modi e nei termini di cui all’art.44, comma 2 della legge regionale 7/2004, come modificato dall’art.3 della LR 44/2014;

5) di provvedere a integrare e/o modificare il Regolamento con successivi provvedimenti di Giunta, che saranno proposti dalle Sezioni/Servizi del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, competenti in materia, in relazione alle ulteriori indicazioni che potranno pervenire dal livello nazionale e/o regionale in attuazione di quanto previsto dal PNRR, dal DM 77, dall’art. 27 del d.l. n.36/2022 (legge n.79/2022) anche per la parte relativa ai requisiti organizzativi nonché al fabbisogno di personale, nonché al fine di assicurare il necessario raccordo con il quadro programmatico regionale in materia di organizzazione del SRPS, delle attività di prevenzione e promozione della salute, di assistenza territoriale, di assistenza ospedaliera e di riabilitazione;

6) di stabilire che il competente Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale informi le organizzazioni sindacali circa il contenuto del presente provvedimento nonché gli Enti interessati dal presente provvedimento (ad esempio ANCI, ecc);

7) di recepire l’Accordo Stato-Regioni sul documento “*Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della legge 15 marzo 2010 n.38*” del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 118/CSR) e l’Intesa Stato-Regioni sul documento “*Definizione di profili formativi omogenei per le attività di volontariato nell’ambito delle reti di cure palliative e di terapia del dolore, ai sensi dell’articolo 8, comma 4, della legge 15 marzo 2010, n.38*” del 09 luglio 2020 (Rep. Atti n. 103/CSR), di cui agli allegati, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;

8) di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione “Strategie e governo dell’Offerta ai Direttori Generali delle AASSLL ed Enti del Servizio Sanitario Regionale;

9) di trasmettere il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e MEF) per il tramite della competente Sezione Strategie e Governo dell’Offerta;

10) di rinviare a successivo provvedimento, conseguente agli adempimenti del citato art.44 comma 2 della L.R. 7/2004, l’approvazione definitiva del Regolamento;

11) di prevedere la pubblicazione integrale del Regolamento sul BURP.

Il Segretario della Giunta
ANNA LOBOSCO

Il Presidente della Giunta
MICHELE EMILIANO

Codice CIFRA: SGO/ DEL / 2022/00108

Regolamento regionale

Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022

Articolo 1 (Finalità)

1. Con il presente Regolamento viene definita l'organizzazione dell'Assistenza territoriale ai sensi del DECRETO 23 maggio 2022, n. 77 concernente il "*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*".
2. In coerenza con il Decreto 23 maggio 2022, n. 77, si definiscono:
 - a) Distretto: è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) sul territorio. Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari e sanitari territoriali, centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL. È inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, sociosanitarie, nonché dei servizi socioassistenziali in un'ottica di collaborazione con le istituzioni locali presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta. 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.
 - b) Casa della Comunità (CdC): è il luogo fisico di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria, nonché ai programmi di prevenzione e di promozione della salute. Esso rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Nella Casa della Comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione e la 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;
 - c) Infermiere di famiglia o comunità: è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona anche al fine di promuoverne i corretti stili di vita e l'adesione ai programmi di prevenzione e di promozione della salute. L'IFoC interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali; non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce il raccordo tra i servizi di prevenzione erogati a livello territoriale e la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari e sociosanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi *setting* assistenziali in cui essa si articola;
 - d) Unità di continuità assistenziale: nel limite previsto dall'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021 n. 234, è un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in

- carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa;
- e) Centrale Operativa Territoriale (COT): è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali: attività e programmi di prevenzione e promozione della salute, attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza;
- f) 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 intensità assistenziale;
- g) Assistenza domiciliare: in questo Regolamento intesa quale sinonimo di "cure domiciliari", è un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. In relazione al bisogno di salute del soggetto e al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli: cure domiciliari di livello base e cure domiciliari integrate (ADI) di I, II e III livello. Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona. Le cure domiciliari sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale (art.22, DPCM 2017);
- h) Ospedale di Comunità (OdC): è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio;
- i) Rete delle cure palliative: è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale;
- j) Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie: il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, ove presenti, rappresentano la struttura aziendale a libero accesso o programmato 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. Nell'ambito dei programmi di prevenzione e promozione della salute, i consultori familiari offrono, altresì, servizi gratuiti di orientamento e di educazione all'attività sessuale e a quella riproduttiva nonché per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili;
- k) 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 attuare i programmi di prevenzione e di promozione della salute e, in tale contesto, di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale, delle aziende ospedaliere e degli I.R.C.C.S. pubblici, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Il Dipartimento di Prevenzione (DP) ha, inoltre, il

compito di dare attuazione agli interventi previsti dal Sistema Nazionale Prevenzione Salute, istituito ai sensi dell'art. 27 del decreto-legge 30 aprile 2022, n. 36 convertito con modificazioni in legge 29 giugno 2022, n. 79, e dal Sistema Regionale Prevenzione Salute, previsto dall'art. 2 del Decreto Ministeriale 9/6/2022, assicurando il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione primaria correlati, in particolare, alla promozione della salute, alla prevenzione e al controllo dei rischi sanitari associati direttamente e indirettamente a determinanti ambientali e climatici, anche derivanti da cambiamenti socio-economici, valorizzando le esigenze di tutela delle comunità e delle persone vulnerabili o in situazioni di vulnerabilità, in coerenza con i principi di equità e prossimità;

- l) Telemedicina: è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario). La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, già consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo - se inclusa in una rete di cure coordinate - l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.
- m) Sistemi informativi e di qualità: soluzioni digitali idonee ad assicurare la completa informatizzazione dei processi di attività nonché 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 nelle attività di prevenzione e promozione della salute e nell'assistenza: ciò al fine di consentire di realizzare servizi in rete pienamente integrati. Tutte le unità operative territoriali che compongono il Distretto devono essere dotate di infrastrutture tecnologiche e informatiche integrate e interoperabili sia con i sistemi dell'ecosistema di sanità digitale nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e regionali (FSE, CUP, Sistemi informativi dell'area prevenzione e promozione della salute, etc.) nonché con le soluzioni di telemedicina.

Articolo 2 (Distretto)

1. Il Distretto è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (ASL) sul territorio e ha un dimensionamento standard di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.
2. Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale e organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali. È inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta.
All'interno del distretto possono essere presenti i Consultori familiari e le attività rivolte ai minori, ove esistenti, funzionalmente collegati con la Casa della Comunità hub.
3. Il Distretto garantisce 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.
4. Al Distretto possono essere ricondotte le seguenti funzioni:
 - a) committenza, ossia la capacità di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili. Il Distretto, 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;
- b) 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;
 - c) garanzia, ossia il compito di assicurare l'accesso ai servizi, l'equità all'utenza attraverso il monitoraggio continuo della qualità dei servizi medesimi, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l'utenza finale.
5. L'organizzazione del Distretto deve garantire:
- a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva, infermieri di famiglia o comunità e i presidi specialistici ambulatoriali;
 - b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi deputati alle attività di prevenzione e promozione della salute, con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
 - c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali se delegate dai comuni.
6. Il Distretto può avere responsabilità gerarchiche dirette sulle unità operative territoriali che lo compongono. In queste tipologie di assetti organizzativi il Distretto opera sia come committente che come gestore.
7. Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il Distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della ASL.
8. Con l'obiettivo di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente in relazione ai bisogni sociosanitari del territorio, il Distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3 *quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. Quest'ultimo, tra l'altro, determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3 *septies* del predetto decreto legislativo e le quote, rispettivamente, a carico delle aziende sanitarie e dei comuni e al fine di valorizzare e integrare le risorse delle comunità di riferimento su cui insiste il Distretto, è proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Comitato dei sindaci dei Comuni appartenenti all'Ambito Territoriale Sociale e dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale della ASL.
9. Il Direttore del Distretto è il responsabile dell'attività di programmazione del Distretto, in termini di risposta integrata alle specifiche esigenze di salute della popolazione di riferimento, di disponibilità delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali. Egli è garante del rispetto del raggiungimento degli obiettivi che gli sono assegnati dalla Direzione generale aziendale in materia di efficacia ed efficienza dei servizi erogati; espressione dell'orientamento alla persona, attraverso una continua attenzione agli aspetti dell'informazione, della tutela e garanzia dell'equità e della trasparenza dell'offerta, del rispetto della dignità della persona. Il Direttore del Distretto è responsabile della gestione dei percorsi assistenziali integrati di propria competenza in stretto raccordo con i servizi, professionisti del territorio e dell'ospedale.
10. Il Distretto e il relativo Direttore acquisiscono la funzione di garanzia attraverso la valutazione dei bisogni di salute della popolazione, la valutazione delle priorità d'azione e della sostenibilità delle scelte, l'orientamento dei livelli di produzione di attività sanitaria come richiesta alle strutture ospedaliere e territoriali, la verifica dei risultati.
11. Con provvedimento di Giunta regionale è definita l'articolazione della Rete dei Distretti Socio – Sanitari (D.S.S.) della Regione Puglia, nonché il dettaglio delle attività e dei servizi di ciascun D.S.S.

Articolo 3 (Casa di Comunità)

1. La Casa di Comunità (CdC) è il luogo fisico di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria, e rappresenta il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.
2. La CdC è una struttura pubblica del SSN facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito; 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.
3. I principi che orientano lo sviluppo delle CdC sono l'equità di accesso e di presa in carico, secondo il modello della sanità d'iniziativa, e il principio della qualità dell'assistenza declinata nelle sue varie dimensioni (es. appropriatezza, sicurezza, coordinamento/continuità, efficienza, tempestività).
4. L'obiettivo dello sviluppo delle CdC è quello di garantire in modo coordinato:
 - a) l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria e in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
 - b) 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);
 - c) la prevenzione e la promozione della salute - anche attraverso l'implementazione del Punto Unico di Accesso alla Prevenzione (PUAP) - attuando gli interventi previsti da piani e programmi nazionali e regionali, mediante equipe sanitarie coordinate dalle Direzioni dei Servizi e dalla Direzione del Dipartimento di Prevenzione aziendale;
 - d) la promozione e tutela della salute dei minori, e della donna, sia in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva sia negli ambiti previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e dal Sistema Regionale Prevenzione Salute (SRPS), in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;
 - e) la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa;
 - f) la presa in carico unitaria delle persone coinvolte dai programmi organizzati di prevenzione e promozione della salute ivi compresi i programmi di screening oncologici;
 - g) la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata agendo sull'empowerment dei pazienti e sulla promozione della prevenzione, sviluppando forme proattive di rapporto medico-paziente;
 - h) le attività di valutazione della popolazione, in base alla rilevazione di informazioni utili alla determinazione del profilo di rischio individuale, per l'identificazione e la segmentazione dei bisogni di salute, di quelli connessi alla protezione dai rischi e di quelli connessi al contesto lavorativo, socio-economico, culturale e ambientale;
 - i) la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori, ecc.);
 - j) l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi di prevenzione, servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
 - k) la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.
5. La CdC è il luogo in cui operano, attraverso il lavoro di gruppo, i medici di medicina generale (MMG) in forma associata, i pediatri di libera scelta (PLS), gli specialisti ambulatoriali, il personale infermieristico, gli assistenti sociali e gli altri professionisti sanitari. La CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare e multi professionale, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi di prevenzione e promozione della salute e di interventi sanitari. L'attività deve essere

organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità, gli assistenti sanitari e altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio medici igienisti, 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 e di garantire equità nell'accesso ai servizi di prevenzione e di promozione della salute e a quelli sanitari. L'attività amministrativa è assicurata, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, da personale dedicato già disponibile a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, che si occupa anche delle attività di servizio di relazioni al pubblico e di assistenza, orientamento e counselling alle persone.

6. I medici, gli infermieri e gli altri professionisti sanitari che operano all'interno delle CdC provvedono a garantire le attività di prevenzione e promozione della salute, quelle di assistenza primaria attraverso un approccio di sanità di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12 e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24.

7. Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, sono previste due tipologie di CdC secondo il modello hub e spoke:

a) La CdC hub, oltre a garantire l'erogazione dei servizi di prevenzione e promozione della salute, dei servizi di assistenza primaria, offre anche attività specialistiche e di diagnostica di base anche correlate ai programmi organizzati;

b) La CdC Spoke è prettamente finalizzata all'erogazione dei servizi di prevenzione e promozione della salute e di quelli di assistenza primaria.

8. Sia nell'accezione hub sia in quella spoke, la CdC costituisce l'accesso unitario fisico per la comunità di riferimento ai servizi di prevenzione e promozione della salute e a quelli di assistenza primaria.

9. Lo standard è pari a: 1 CdC hub ogni 40.000-50.000 abitanti. In Puglia sono previste n. 121 Case di Comunità, come da D.G.R n. 688/2022.

10. Con riferimento al modello organizzativo e alle tipologie di CdC si rinvia all'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente Regolamento.

11. Con provvedimento di Giunta regionale è aggiornata la Rete delle Case di Comunità nonché il dettaglio delle attività e dei servizi di ciascuna Casa di Comunità.

Articolo 4 (Infermiere di famiglia o di comunità)

1. L'Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC) è un professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e comunitario che, attraverso una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito o comunità di riferimento, assicura l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità (MMG/PLS, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ecc.) contribuendo all'integrazione interdisciplinare sanitaria dei servizi e dei professionisti.

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

a) collabora con le altre figure professionali del Dipartimento di Prevenzione al fine di assicurare la intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età;

b) contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute

- rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche;
- c) favorisce la raccolta delle informazioni, l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva valutazione del rischio, dei bisogni di salute e la presa in carico della persona assistita;
 - d) promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità, organizzando processi e momenti di educazione sanitaria di gruppo in presenza o in remoto, in collaborazione con tutti i livelli e gli attori sanitari e in linea con le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione aziendale;
 - e) promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità, in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge;
 - f) svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti stili di vita e comportamenti individuali, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva;
 - g) valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver;
 - h) lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie a valenza sanitaria e con le risorse della comunità (associazioni, volontariato, ecc.), e collabora in team con i MMG, i PLS e gli altri professionisti sanitari;
 - i) utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.
3. Lo standard è pari a: 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola.
4. Con provvedimento di Giunta regionale è definita l'organizzazione e l'assegnazione dell'Infermiere di Famiglia o Comunità per ciascuna ASL.

Articolo 5 (Unità di continuità assistenziale)

1. L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è un'équipe che afferisce al Distretto ed è composta da 1 medico e 1 infermiere che operano sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e in collaborazione con MMG e PLS delle AFT/UCCP. Al fine di svolgere la propria attività l'UCA può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio e ospedalieri.
2. L'équipe UCA può essere integrata con altre figure professionali sanitarie, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale.
3. L'UCA non sostituisce, ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità. Essa può essere attivata in presenza di condizioni clinico- assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico:
- a. Dimissione difficile del paziente non altrimenti ricoverabile in Ospedale di Comunità o dimissibile al domicilio in Assistenza Domiciliare;
 - b. Supporto all'Assistenza Domiciliare in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostiche/terapeutiche;
 - c. Presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile effettuando accertamenti diagnostici specifici ivi comprese l'esecuzione di test a domicilio, e relativi interventi terapeutici;
 - d. Programmi di prevenzione e promozione della salute, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione, quali ad esempio, ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e presso le RSA/Case di Riposo per pazienti "fragili" (vaccinazioni previste dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, da Piani Straordinari e dal Calendario Vaccinale per la Vita della Regione Puglia);
 - e. Programmi di prevenzione e di promozione della salute, in modo coordinato con i Servizi del Dipartimento di Prevenzione, nell'ambito:

- del sistema educativo di istruzione e di formazione;
 - nelle comunità difficili da raggiungere;
 - in particolari contesti lavorativi, socio-economici, ambientali e del disagio.
4. L'UCA deve essere dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle COT e accessibile via internet al fine di garantire anche in teleconsulto l'interoperabilità della rete di consulenti collegati; deve essere dotata, inoltre, di strumentazione avanzata di primo livello e di una gamma completa di dispositivi medici portatili (anche diagnostici) in grado di acquisire informazioni e parametri necessari al monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente.
 5. La sede operativa dell'UCA è la Casa della Comunità hub alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo.
 6. Gli operatori dell'UCA utilizzano sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.
 7. Lo standard è pari a: 1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti.
 8. Con provvedimento di Giunta regionale è definito il modello organizzativo delle UCA.

Articolo 6 (Centrale Operativa Territoriale)

1. La Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge funzioni di coordinamento sia della presa in carico della persona anche nell'ambito dei programmi di prevenzione e promozione della salute, che diventa integrata e coordinata, sia del raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi percorsi e nei diversi setting assistenziali: attività di prevenzione, attività di assistenza territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e, altresì, dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.
2. L'obiettivo della COT è assicurare continuità, accessibilità e integrazione dei servizi di prevenzione e promozione della salute, dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. La COT assolve al proprio ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:
 - a) coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra programmi, percorsi e setting diversi: programmi di prevenzione, presa in carico in PDTA, ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
 - b) coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
 - c) tracciamento e monitoraggio delle transizioni tra diversi luoghi o livelli clinico assistenziali;
 - d) supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
 - e) raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità (PIC), anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno;
 - f) consultazione e registrazione dei dati attraverso i sistemi informativi facenti parte dell'ecosistema di sanità digitale nazionale e di quello regionale.
3. Tutti gli attori servizio sanitario regionale, personale della prevenzione distrettuale territoriale e ospedaliero, possono richiedere l'intervento della COT, In particolare: MMG, PLS e medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni, medici e professionisti sanitari dei dipartimenti territoriali, medici e professionisti sanitari addetti ai servizi di prevenzione e promozione della salute,

medici e professionisti sanitari presenti nelle CdC, nei servizi aziendali e in quelli distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali.

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

5. Il servizio che offre è operativo 24/7 ed è composto da 8 figure professionali che operano valutando le situazioni a livello multidimensionale e integrando le competenze di figure diverse tra loro. La composizione e la numerosità del team all'interno della COT deve tener conto delle funzioni previste e del bacino di utenza.

6. Lo standard professionale da prevedere in una COT per un Distretto standard di circa 100.000 abitanti comprende:

- 1 Responsabile/Coordinatore Infermieristico;
- 3-5 Infermieri/Infermieri di Famiglia o di Comunità (IFoC);
- 1-2 Unità di Personale di Supporto (sanitario e/o amministrativo).

7. In aggiunta a queste figure, è possibile integrare professionalità come Infermiere case manager, medico, assistente sanitario, assistente sociale per la valutazione dei pazienti con bisogni sociali più o meno complessi, la cui valutazione è determinante ai fini della scelta del setting di destinazione.

8. L'utenza a cui è diretto questo servizio è ad uso esclusivo delle figure che appartengono alla rete dei Professionisti della Salute, parte del sistema sociosanitario, personale distrettuale e ospedaliero:

- a) medici di medicina generale (MMG),
- b) pediatri di libera scelta (PLS),
- c) medici di continuità assistenziale,
- d) medici specialisti ambulatoriali interni,
- e) professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali,
- f) professionisti sanitari presenti nei servizi distrettuali,
- g) personale delle strutture di ricovero intermedie,
- h) personale delle strutture di ricovero residenziali e semiresidenziali,
- i) personale operante nei servizi sociali.

9. Gli operatori della COT utilizzano sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.

10. Standard: 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore. In Puglia sono previste n. 40 COT, come da D.G.R. n. 688/2022.

11. Con riferimento al modello organizzativo della COT si rinvia all'allegato B, parte integrante e sostanziale del presente Regolamento.

12. Con provvedimento di Giunta regionale è definito il modello organizzativo e di funzionamento delle COT di ciascuna ASL.

Articolo 7 (Centrale Operativa 116117)

1. Il numero 116117 (NEA) ha la funzione di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura, raccordandosi anche

con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza, con le Centrali Operative Territoriali e con altri servizi previsti.

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

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

4. La NEA 116117 eroga servizi:

1) che garantiscono una risposta operativa con trasferimento di chiamata (servizio erogabile obbligatorio) per:

a) prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di Continuità Assistenziale;

b) individuazione e trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente al 118/112.

2) che garantiscono la risposta di tipo informativo (servizio erogabile obbligatorio). Può essere prevista anche la risposta operativa con trasferimento di chiamata (servizio consigliato) per:

a) modalità di accesso alle prestazioni dei MMG/PLS, anche in caso di difficoltà di reperimento /contatto del medico;

b) consigli sanitari non urgenti da fornirsi alle persone prima e dopo l'orario di operatività del servizio di Continuità Assistenziale, con eventuale inoltro della chiamata, in caso di necessità, al 118;

c) modalità di accesso alla Guardia medica turistica.

5. Lo standard è pari a: 1 Centrale Operativa NEA 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale (se con popolazione inferiore allo standard), incrementabile sulla base della numerosità della popolazione. La Centrale Operativa 116117 raccoglie le chiamate di uno o più distretti telefonici in funzione delle dimensioni dei distretti stessi e delle modalità organizzative definite con il presente Regolamento.

6. Con provvedimento di Giunta regionale è definito il modello organizzativo della Centrale Operativa NEA 116117, individuando espressamente ruoli e responsabilità.

Articolo 8 (Assistenza domiciliare)

1. Le cure domiciliari, nelle sue forme previste nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato.

2. Le forme di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) vanno tenute distinte dalle Cure Palliative Domiciliari definite come un livello essenziale specifico e denominate come Unità di Cure Palliative Domiciliari, nell'ambito delle reti locali di cure palliative per l'adulto e per il bambino. Tale distinzione può non essere presente a livello organizzativo aziendale nella composizione dell'équipe purché i professionisti siano specificatamente formati in cure palliative come previsto dalla normativa vigente.

3. Le Cure Domiciliari si articolano in un livello Base e in Cure Domiciliari Integrate (ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello) e consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

4. Le risposte assistenziali, differenziate per intensità e complessità, sono programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale e della conseguente formulazione di un Progetto di assistenza individuale

integrato (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI). Tale valutazione multidimensionale è effettuata dall'unità valutativa che garantisce anche la rivalutazione periodica della persona assistita e definisce criteri di dimissione o passaggio ad altri setting assistenziali. Periodicamente deve essere effettuata la rivalutazione del PAI e dell'eventuale PRI.

5. Viene assicurato il coinvolgimento degli specialisti in relazione a quanto stabilito nel PAI con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta sanitaria, del paziente e del caregiver. Il responsabile clinico del paziente è il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta.

6. La Regione garantisce l'accesso ai servizi sanitari, la presa in carico della persona, la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione dei percorsi assistenziali integrati sotto il profilo clinico, funzionale, nonché procedure e strumenti di valutazione multidimensionale, scientificamente validati, garantendo uniformità sul territorio.

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

8. 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 e operativa per garantire l'accessibilità alle cure, il coordinamento dell'équipe assistenziale, l'integrazione tra professionisti e servizi assicurando la necessaria continuità dell'assistenza in particolare in sede di dimissione ospedaliera protetta e al fine di evitare ricoveri inappropriati. Tale integrazione deve avvenire per il tramite del Distretto che, attraverso i suoi servizi e professionisti, governa le transizioni degli assistiti tra i diversi setting assistenziali.

9. 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 nel Fascicolo Sanitario Elettronico dei dati relativi alle persone prese in carico nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

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

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

12. Gli operatori del servizio di assistenza domiciliare utilizzano sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.

13. Lo standard è pari a: 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente.

14. Gli Indicatori di Monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare sono pari a: % di pazienti over 65 in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni "presi in carico" per tutte le classi di CIA).

15. Con riferimento ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle cure domiciliari necessari ai fini del rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale ai sensi dell'Accordo Stato - Regioni n. 151/CSR del 04 agosto 2021 si rinvia al Regolamento regionale in materia.

Articolo 9 (Ospedale di Comunità)

1. L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare). Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio, in questo secondo caso possono rientrare anche ricoveri brevi.
2. L'OdC svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio.
3. L'OdC è una struttura sanitaria in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi che garantiscano la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti. L'OdC, così come chiarito dall'Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020, non è ricompreso nelle strutture residenziali (articoli 29-35 del DPCM 12/01/2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502").
4. L'Ospedale di Comunità 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, nonché di eventuali opportuni spazi organizzati e articolati in modo tale da garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni: locali a uso amministrativo, cucina e locali accessori, lavanderia e stireria, servizio mortuario. Tali servizi possono essere in comune e/o condivisi con altre strutture e/o unità di offerta.
5. L'OdC ha un numero di posti letto di norma tra 15 e 20. È possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto, per un totale di massimo 40 posti letto per garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione. È gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.
6. 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 può prolungarsi ulteriormente.
7. Possono accedere all'OdC pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale, ma hanno ancora bisogno di sorveglianza clinica o dell'erogazione di prestazioni infermieristiche, oppure pazienti con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (entro 30 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti. Tra gli obiettivi primari del ricovero deve essere posto anche il coinvolgimento attivo e l'aumento di consapevolezza, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare/caregiver, attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.
8. Le categorie principali di pazienti eleggibili sono le seguenti:
 - a) pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
 - b) pazienti, prevalentemente affetti da multimorbilità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;

- c) pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;
- d) pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

Ai pazienti di cui al comma precedente deve essere garantita l'assistenza infermieristica continuativa e l'assistenza medica programmata o su specifica necessità.

9. L'accesso presso l'OdC avviene su proposta di:
- a) medico di medicina generale;
 - b) medico di continuità assistenziale;
 - c) medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero;
 - d) medico del pronto soccorso;
 - e) pediatra di libera scelta.
10. 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.
11. In prossimità di Ospedali Pediatrici è possibile prevedere la realizzazione di OdC dedicati a pazienti pediatrici, con la responsabilità clinica del pediatra e la presenza di personale di assistenza specificamente formato e competente per tale target di pazienti.
12. La gestione e l'attività nell'OdC sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale e interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione e integrazione delle diverse competenze.
13. Gli Ospedali di Comunità hanno una connotazione a forte indirizzo infermieristico e sono utilizzati sia per la presa in carico dei pazienti nelle fasi post ricovero ospedaliero sia per tutti quei casi in cui c'è bisogno di una particolare assistenza vicino al domicilio del paziente.
14. La responsabilità organizzativa è affidata a un responsabile infermieristico ai sensi del DM n. 70/2015, secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020. Gli Operatori Socio-Sanitari coadiuvano il servizio di assistenza infermieristica, garantendone la continuità H24, vi sono gli Operatori Socio-Sanitari, in coerenza con gli obiettivi del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti coinvolti (es. assistenti sociali, fisioterapisti, specialisti).
15. La responsabilità igienico sanitaria e clinica complessiva della struttura è in capo al medico e può essere attribuita a un medico dipendente o convenzionato con il SSN, pertanto può essere attribuita anche a MMG/PLS, SAI.
16. L'assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore 7 giorni su 7 con il supporto degli Operatori Sociosanitari, in coerenza con gli obiettivi del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti sanitari e sociali coinvolti.
17. All'interno dell'equipe di cura è presente l'Infermiere che si occupa, in particolare, delle transizioni di cura dei pazienti assicurandone la presa in carico e la continuità assistenziale: tale infermiere si interfaccia con le Centrali Operative Territoriali in modo da facilitare l'organizzazione dell'assistenza e gli ausili eventualmente necessari al rientro del paziente al domicilio.
18. L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati, nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. L'assistenza notturna è garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura.

19. In generale per ogni modulo di 20 posti letto deve essere comunque garantita la presenza delle seguenti figure professionali:
- 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico eventualmente condivisibile sui due moduli se presenti nell'OdC e di cui 1 responsabile delle transizioni di cura dei pazienti assicurandone la presa in carico e la continuità assistenziale);
 - 4-6 Operatori Socio Sanitari (OSS);
 - 1-2 o più unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative;
 - 1 Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.
20. L'organizzazione dell'OdC deve garantire l'interfaccia con le diverse componenti che partecipano e realizzano la continuità dell'assistenza nell'ambito del PDTA e del PAI per ogni singolo paziente, compresi i professionisti che prescrivono e forniscono i necessari ausili ed eventualmente con i servizi sociali dei comuni.
21. I responsabili delle attività cliniche e 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.
22. In caso di emergenza, devono 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.
23. All'interno degli OdC devono, inoltre, essere garantite alcune attività di monitoraggio dei pazienti, *in loco* o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina.
24. Al fine di realizzare anche attività di riabilitazione motoria, in ogni OdC deve essere garantito l'accesso a idonei locali attrezzati, destinati alle principali attività motorie e riabilitative.
25. 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 continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari, valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalle COT.
26. Devono essere definiti appositi collegamenti funzionali con i servizi di supporto diagnostico specialistico.
27. L'OdC è dotato di apposito sistema informativo, facente parte dell'ecosistema di Sanità digitale della Puglia, per la raccolta, il periodico aggiornamento e la gestione dei contenuti informativi integrati necessari al monitoraggio dell'attività clinica e assistenziale erogata; mediante tale Sistema è assicurata la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale per l'alimentazione del debito informativo nazionale nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute nonché l'interconnessione con gli altri sistema di Sanità digitale della Puglia e/o nazionali..
28. Gli Indicatori di Monitoraggio degli Ospedali di Comunità sono:
- Tasso di ricovero della popolazione >75 anni;
 - Tasso di ricovero in Ospedale per acuti durante la degenza in 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.
29. Le funzioni da inserire all'interno degli OdC sono riportate all'interno dell'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020, insieme ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi.
30. Gli operatori degli OdC utilizzano sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.
31. Lo standard è pari a: 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti. In Puglia sono previsti n. 38 Ospedali di Comunità, come da D.G.R. n. 688/2022.

32. Con riferimento al modello organizzativo e alle tipologie di OdC si rinvia all'allegato C, parte integrante e sostanziale del presente Regolamento.
33. Con provvedimento di Giunta regionale è definita e aggiornata la rete degli Ospedali di Comunità nonché la relativa organizzazione e funzionamento.

Articolo 10 **(Rete delle cure palliative)**

1. La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) è un'aggregazione funzionale integrata delle attività di CP erogate nei diversi setting (ospedale, ambulatorio, domicilio, hospice) assistenziali in un territorio, alla quale corrispondono le seguenti funzioni:
- a) 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;
 - b) definisce un sistema di erogazione di CP, per l'attuazione dei percorsi di presa in carico e di continuità delle cure e dell'assistenza favorendo l'integrazione dei servizi sanitari e sociali;
 - c) adotta sistemi di valutazione, miglioramento della qualità e controllo dei percorsi di cura erogati;
 - d) raccoglie e trasmette i dati al sistema informativo;
 - e) attiva percorsi formativi aziendali specifici;
 - f) partecipa a iniziative di Ricerca.
2. La governance della RLCP, ai sensi della normativa vigente, è demandata a livello aziendale, attraverso l'istituzione di un organismo di coordinamento, composto da: un coordinatore di rete, referenti delle singole strutture e una rappresentanza delle associazioni di volontariato di settore.
3. La rete nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, agisce, sul territorio di riferimento assicurando l'erogazione dell'assistenza:
- a) nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera attraverso équipe di cure palliative della rete che erogano consulenza, facilitano l'attivazione dei percorsi di cure palliative per garantire la continuità ospedale-territorio, supportano l'équipe dell'unità operativa ospedaliera nelle strategie per la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici;
 - b) nell'ambito ambulatoriale dove sono erogate cure palliative precoci e simultanee da équipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative che operano all'interno della RLCP;
 - c) a domicilio del paziente, attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD), con la previsione di un'équipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unità di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale per assicurare la continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7. Tale équipe può essere, dal punto di vista organizzativo, integrata con l'équipe dell'assistenza domiciliare integrata;
 - d) nelle strutture residenziali e negli Hospice, con standard di riferimento di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti.
4. I servizi di cui al comma precedente 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.
5. Lo standard è pari a:
- a) 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti;
 - b) Hospice: 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

6. Con deliberazione di Giunta regionale è definito il modello organizzativo e di funzionamento della Rete regionale delle cure palliative dell'adulto e pediatriche.
7. Gli operatori delle Reti Cure Palliative utilizzano sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.

Articolo 11

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

1. Il Consultorio Familiare (CF) e l'attività rivolta ai minori nell'ambito dell'assistenza territoriale ad accesso diretto garantiscono le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative, preventive alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. Gli ambiti di attività dei CF sono quelli previsti nei Livelli Essenziali di Assistenza.
2. Il CF nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, garantisce tutte le prestazioni descritte nell'articolo 24 del 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 più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate.
3. L'attività consultoriale è caratterizzata da un approccio multidisciplinare, multi professionale e olistico ("Planetary Health"), nonché da una attenzione alla complessità dello stato di salute della popolazione anche attraverso la qualità dell'accoglienza, dell'ascolto e della comunicazione e attraverso programmi multi professionali di promozione della salute e di assistenza volti anche alla presa di consapevolezza delle persone e delle comunità.
4. Il CF svolge la propria attività in integrazione con tutti i professionisti afferenti ai servizi ospedalieri e territoriali, soprattutto con quelli dedicati alla presa in carico della persona, quelli rientranti nell'area dell'assistenza primaria e quelli diretti alla tutela della salute nei "primi 1000 giorni", della salute della donna in tutto il suo ciclo vitale e della salute mentale (es. pediatri di libera scelta, psicologi delle cure primarie, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dipartimenti di salute mentale e dipendenze, specialisti ambulatoriali, servizi di riabilitazione).
5. L'attività del CF richiede un approccio intersettoriale in quanto, oltre al sociale, innumerevoli altri attori possono contribuire alla produzione del benessere dell'individuo e delle comunità (es. settore scolastico, culturale, sportivo), al contenimento del disagio familiare e sociale (es. settore della giustizia, del lavoro).
6. Le figure professionali che possono operare nel CF sono: l'ostetrica, il medico ginecologo, lo psicologo, l'assistente sociale, l'infermiere, l'assistente sanitario e altro personale sanitario, quale ad esempio l'educatore professionale con funzioni sociosanitarie, il personale amministrativo, e altre figure come il mediatore linguistico culturale, il mediatore familiare, il terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (tnpee), il tecnico della riabilitazione psichiatrica (terp), l'avvocato.
7. Le attività del CF devono essere definite e coordinate, sia sul piano del funzionamento interno del CF, sia sul piano dell'integrazione in rete, con gli altri servizi sanitari (prevenzione, territoriali e ospedalieri) e con gli altri attori della Rete Materno Infantile.
8. Tutte le sedi dei CF devono essere dotate di locali e spazi adeguati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.
9. Lo standard è pari a:
1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.
10. Gli operatori dei Consultori utilizzano sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.
11. Con deliberazione di Giunta regionale è definita la rete consultoriale della Regione Puglia, nonché il dettaglio delle attività/servizi resi in ciascuno Consultorio Familiare.

Articolo 12
(Prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico)

1. Il Dipartimento di Prevenzione (DP), nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite, opera con riferimento al piano annuale di attività e di risorse negoziate con la Direzione Strategica nell'ambito della programmazione aziendale, al fine di garantire la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e delle disabilità e di miglioramento della qualità della vita.
2. Alla luce di quanto definito dal DPCM 12 gennaio 2017, il DP garantisce, attraverso le sue articolazioni e i suoi professionisti, il supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali in tutti gli aspetti relativi alla Sanità Pubblica ed esercita, nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente, le seguenti funzioni:
 - a) Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
 - b) Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati
 - c) Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
 - d) Salute animale e igiene urbana veterinaria
 - e) Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori
 - f) Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale
 - g) Attività medico legali per finalità pubbliche.
3. Il Dipartimento di Prevenzione (DP), in quanto facente parte del Sistema Nazionale Prevenzione Salute (SNPS), istituito ai sensi dell'art. 27 del decreto-legge 30 aprile 2022, n. 36 convertito con modificazioni in legge 29 giugno 2022, n. 79, e del Sistema Regionale Prevenzione Salute (SRPS) previsto dall'art. 2 del Decreto Ministeriale 9.6.2022, assicura gli interventi di prevenzione primaria correlati, in particolare, alla promozione della salute, alla prevenzione e al controllo dei rischi sanitari associati direttamente e indirettamente a determinanti ambientali e climatici, anche derivanti da cambiamenti socio-economici, valorizzando le esigenze di tutela delle comunità e delle persone vulnerabili o in situazioni di vulnerabilità, in coerenza con i principi di equità e prossimità e il raggiungimento degli obiettivi previsti dai rispettivi Piani nazionali e regionali.
4. Nell'ambito delle attività di tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati il DP, quale parte della rete del Sistema Nazionale Prevenzione Salute (SNPS), garantisce il supporto, nell'ambito delle 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 l'ARPA Puglia facente parte del Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente (SNPA), con l'obiettivo di identificare e valutare i rischi per la popolazione e per gli ecosistemi.
5. Il Dipartimento di Prevenzione, nelle sue diverse articolazioni e organizzazioni aziendali, è dotato, nell'ambito delle disponibilità previste dalla legislazione vigente, delle risorse multidisciplinari per poter adempiere alle funzioni elencate ai commi precedenti.
6. A partire dalle funzioni di cui al comma 2) e al comma 3), il DP, per la sua missione di supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali e regionali, è chiamato a garantire attività trasversali quali la preparazione e risposta rapida alle crisi/emergenze di natura infettiva, ambientale, di sanità pubblica, etc.
7. Per la sorveglianza delle malattie infettive, in uno scenario di pre-allerta epidemica, è prevista la strutturazione nell'ambito di ciascun Dipartimento di Prevenzione, di almeno nr. 1 team multisettoriale al fine di 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 e dal corrispondente Piano Pandemico Regionale (PanFlu Puglia).
8. Per adempiere alle attività e funzioni previste, il DP:

- a. opera in stretto raccordo con gli enti e le agenzie che sovrintendono alla materia di volta in volta trattata; nel caso delle crisi/emergenze/crisi diventa punto di riferimento tecnico-operativo tra le autorità nazionali, regionali e locali;
 - b. garantisce il supporto alle attività di pianificazione, programmazione, organizzazione e monitoraggio volte a promuovere la salute e prevenirne e contenerne i rischi nei diversi ambiti di vita dei singoli e delle comunità (es. contesti sociali diversi, zone agricole e industriale, aree urbane e montane, ecc.).
9. Nell'ambito delle attività di tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati il DP, quale parte della costituenda rete del Sistema Nazionale di Prevenzione Salute, Ambiente e Clima (SNPS), garantisce il supporto, nell'ambito delle predette risorse disponibili, al raggiungimento dell'obiettivo "salute" nelle azioni di controllo sulle matrici ambientali attraverso interventi di analisi e di monitoraggio in stretto raccordo con le Agenzie del Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente con l'obiettivo di identificare e valutare i rischi per la popolazione e per gli ecosistemi.
10. 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.
11. 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 l'articolazione dei servizi di prevenzione e promozione della salute nell'ambito delle Case della Comunità nonché l'attivazione di un coordinamento stabile con i Dipartimenti di Salute mentale, delle Dipendenze, di Riabilitazione territoriale nonché con tutte le altre articolazioni e servizi della rete sociosanitaria territoriale per l'invio a interventi strutturati e per la modifica dei comportamenti a rischio.
12. Per la piena realizzazione del mandato, che supera la visione "settoriale" (Accordo Stato-Regioni sulle "Linee di guida per la prevenzione sanitaria e lo svolgimento delle attività del Dipartimento di prevenzione delle Aziende sanitarie locali" Repertorio Atti n. 1493 del 25 luglio 2002), per servizi, il DP adotta un approccio basato sui principi di priorità, efficacia ed efficienza produttiva e allocativa, che necessita di una organizzazione e di una governance flessibile (multidisciplinare, multi professionale, multisettoriale), capace di aggregare intorno a obiettivi complessi professionalità diverse, anche esterne al sistema sanitario.
13. Elementi cardine della organizzazione di cui ai commi precedenti sono:
- a. valutazione dell'impatto sanitario (health impact assessment) e identificazione del rischio (risk assessment e health equity audit) attraverso l'uso dei dati epidemiologici e, in particolar modo, del Profilo di salute ed equità, strumento essenziale per compiere una corretta analisi dello scenario e per la definizione di bisogni e priorità di intervento;
 - b. 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;
 - c. azioni di preparedness e di risposta rapida alle emergenze sanitarie di tipo infettivo, ambientale, ecc. garantendo uno stretto raccordo ed il supporto alle autorità sanitarie locali e regionali nonché alle Agenzie ed Enti a ciò deputati;
 - d. cultura e pratica di interventi di prevenzione ancorati alle prove di efficacia (efficacy ed effectiveness), equità e sostenibilità;
 - e. approccio sistemico:

- nell'erogazione delle prestazioni, anche al fine di favorire l'integrazione delle articolazioni del DP nella rete dei servizi sociosanitari a rilevanza sanitaria coordinata dal Distretto;
 - nella promozione, prevenzione e tutela della salute delle comunità avendo come riferimento gli Obiettivi di sviluppo sostenibili (SDGs) anche attraverso l'adozione della strategia "One Health" e con particolare attenzione al rapporto salute - ambiente, favorendo una stretta sinergia con le diverse articolazioni delle comunità locali, con le agenzie e le istituzioni interessate;
- f. comunicazione come veicolo di efficacia degli interventi di promozione della salute e prevenzione, per contribuire ad incrementare l'alfabetizzazione sanitaria e lo sviluppo di competenze e capacità, per il riorientamento salutare di ambienti, contesti e stili di vita e l'adesione a programmi di prevenzione secondaria, nonché come strumento per la condivisione degli obiettivi di salute e dei criteri di priorità degli interventi a tutti i livelli della concertazione (tecnica, istituzionale e di comunità), e di fidelizzazione, di trasparenza e credibilità del DP;
- g. qualità ovvero adozione e implementazione di standard e processi con valutazione degli stessi e degli esiti delle azioni rispetto agli obiettivi fissati al fine di innescare meccanismi di revisione e miglioramento continuo della efficacia, appropriatezza e qualità professionale, tecnologica, relazionale;
- h. formazione continua degli operatori basata sulle competenze essenziali per ogni profilo professionale (core competencies) finalizzata:
- al raggiungimento e mantenimento delle stesse e degli standard operativi collegati;
 - all'assimilazione degli elementi del metodo di lavoro (costruzione del profilo di salute, scelta delle priorità, individuazione degli interventi efficaci, programmazione, realizzazione e valutazione, di processo e di impatto) orientato alla collaborazione e alla trasversalità;
- i. valorizzazione dell'epidemiologia e uso di dati (sistemi di sorveglianza di popolazione) ed indicatori, come strumento
- di monitoraggio dello stato di salute delle comunità
 - di valutazione di impatto dei programmi;
 - di governance dei processi, anche nella direzione dell'integrazione con altre strutture e aree del sistema.
14. Il DP assicura un modello di 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 a livello territoriale delle attività svolte dalle Case di Comunità, al fine di garantire in modo coordinato la prevenzione e la promozione della salute sia attraverso interventi di comunità che individuali realizzati dalle equipe sanitarie sotto il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione.
15. Le funzioni del DP direttamente afferenti alla prevenzione primaria e al controllo dei determinanti di salute di natura ambientale e climatica operano, a livello regionale, nell'ambito del SRPS e, a livello nazionale, nell'ambito del SNPS-SNPA, al fine di garantire un approccio di sistema nella valutazione e controllo degli effetti delle pressioni ambientali e climatiche sul benessere delle persone e delle comunità, e nella costruzione di interventi e di scenari decisionali, con un metodo basato sulla prevenzione integrata, strettamente connesso con l'assistenza sanitaria territoriale e le attività svolte nell'ambito delle Case della Comunità.

16. Come sancito dai Piani Nazionali della Prevenzione a partire dal 2005, l'azione del DP è sempre più multidisciplinare e intersettoriale, nell'ottica della Salute in tutte le politiche. Esso opera in raccordo con gli altri nodi della rete, estendendo gli ambiti di intervento (prevenzione universale, medicina predittiva, medicina di genere, prevenzione nella popolazione a rischio, prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia) attraverso una stretta interazione e integrazione (organizzativa, funzionale, operativa) nonché un utilizzo coordinato di tutte le risorse. Tale modello a rete di erogazione dei servizi favorisce la presenza capillare sul territorio delle attività di prevenzione e promozione della salute e allo stesso modo garantisce la capacità del DP di: i) intercettare precocemente la domanda di salute della popolazione e fornire adeguate risposte; ii) sviluppare strategie e strumenti di gestione etica delle risorse della comunità (stewardship); iii) promuovere consapevolezza e autodeterminazione della persona (empowerment). Questa strategia viene ulteriormente rafforzata dal PNP 2020-2025 il quale promuove un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti secondo una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (One Health).

17. In relazione all'ampliamento delle competenze e delle funzioni dei Dipartimenti di Prevenzione, come riportato ai commi precedenti, può essere prevista, in coerenza con gli indirizzi nazionali e mediante specifici provvedimenti della Regione Puglia, una diversa articolazione territoriale dei Dipartimenti di Prevenzione, al fine di mantenere efficienza organizzativa e conoscenza delle peculiarità di ciascun territorio con particolare riferimento all'identità, all'omogeneità culturale e socioeconomica che risultano fattori imprescindibili nell'azione di prevenzione e di promozione della salute.

18. Con deliberazione di Giunta regionale si provvede all'aggiornamento dell'organizzazione e funzionamento dei Dipartimenti di Prevenzione.

Articolo 13 (Telemedicina)

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

2. 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 modalità di interazione (sincrona o asincrona).

3. 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, devono far parte, quale opportunità e fattore abilitante, dei modelli di gestione integrata delle attività di prevenzione e promozione della salute, delle attività di assistenza sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria, in grado di rispondere sia alle necessità dei sistemi sanitari, con particolare riferimento alla gestione della cronicità, sia, in un'ottica di medicina personalizzata, a quelle individuali del singolo assistito, così come previsto anche dal "Patto per la Salute 2019-2021".

4. La sanità digitale e la telemedicina devono favorire i processi di presa in carico del paziente cronico, consentendo una migliore gestione domiciliare della persona. 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.

5. Lo sviluppo della telemedicina è elemento abilitante per l'attuazione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, come definita con il presente Regolamento, poiché favorisce:

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

6. In base alle "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", approvate in Conferenza Stato-Regioni il 17 dicembre 2020, le prestazioni e 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.

7. Per quel che concerne il rapporto personale medico-paziente, le prestazioni di telemedicina non sostituiscono completamente le prestazioni assistenziali tradizionali, ma le integrano per migliorarne efficacia, efficienza, appropriatezza e sostenibilità.

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

- a) interoperare con le piattaforme nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e con le piattaforme di sanità digitale della Puglia (FSE, CUP, Edotto, Sistemi dell'area Prevenzione, Portale Puglia Salute, etc.) a supporto delle attività di prevenzione e promozione della salute e dell'assistenza sanitaria, garantendo il rispetto degli standard di interoperabilità nei dati;
- b) supportare la convergenza di processi e strutture organizzative, seppur con la necessaria flessibilità in base alle esigenze specifiche, anche superando la frammentazione tecnologica;
- c) supportare l'attivazione di servizi di telemedicina per i singoli pazienti, in base alle indicazioni del Progetto di salute;
- d) uniformare le interfacce e le architetture per la fruizione delle prestazioni di telemedicina, sia per l'utente che per il professionista, in un'ottica di semplificazione, fruibilità e riduzione del rischio clinico, assicurando anche l'integrazione con i sistemi di profilazione regionali/nazionali (es. SPID);
- e) 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.

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

10. Affinché le prestazioni di telemedicina possano essere attivate, è necessaria una preventiva adesione da parte della persona cui le prestazioni si riferiscono ovvero dei suoi tutori/esercenti la responsabilità genitoriale; essa 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.

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

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

12. 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 nonché ai provvedimenti regionali in materia.

13. Con deliberazione di Giunta regionale è definito il modello organizzativo e di funzionamento delle prestazioni in telemedicina.

Articolo 14 (Sistemi informativi e di qualità)

1. Tutte le articolazioni organizzative del Distretto devono essere dotate e devono utilizzare soluzioni digitali idonee ad assicurare la produzione nativa dei documenti sanitari e di quelli amministrativi in formato digitale, secondo le norme, le linee guida e gli standard adottati a livello nazionale, e devono assicurare la condivisione dei dati relativi a ciascun paziente tra i diversi professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza: ciò al fine di consentire di realizzare servizi in rete pienamente integrati. La Regione e le Aziende Sanitarie Locali assicurano che, nell'ambito dell'ecosistema di Sanità digitale della Puglia, a ciascun Distretto siano resi disponibili infrastrutture tecnologiche e sistemi di Sanità digitale, integrati e interoperabili sia con i sistemi e le piattaforme nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e quelli regionali (FSE, CUP, Edotto, etc.) nonché con le soluzioni di telemedicina.

2. 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 e interoperare con la piattaforma del Sistema TS del Ministero dell'economia e delle finanze, per garantire la corretta generazione della ricetta dematerializzata (a carico del SSN e non a carico del SSN), nonché dei Piani Terapeutici Elettronici;
- c) produrre i dati necessari al monitoraggio a livello nazionale dell'assistenza territoriale, al fine di assicurare la produzione nativa dei dati relativi ai flussi informativi nazionali già attivi (SDO, FAR, SIAD, EMUR, HOSPICE, ecc.), nonché assicurare la necessaria evoluzione applicativa per la produzione dei flussi informativi di prossima attivazione (riabilitazione territoriale, consultori familiari, ospedali di comunità e cure primarie); la piattaforma può utilizzare le componenti software (Software Developer Toolkit - SDK) messe a disposizione dal Ministero della salute,

- nell'ambito NSIS, per facilitare l'interoperabilità e la standardizzazione della semantica delle applicazioni IT a livello locale;
- d) interoperare con il repository centrale del FSE al fine di utilizzare servizi applicativi di interesse per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione degli assistiti del Distretto;
- e) interoperare con le piattaforme di telemedicina adottate a livello regionale/nazionale.
3. I sistemi informativi del Distretto devono essere sottoposti a certificazione da parte della Regione per assicurare il rispetto di requisiti di qualità e completezza nella produzione dei dati. Per la certificazione degli standard di produzione dei dati relativi ai punti a) e b) la Regione adotta le specifiche tecniche pubblicate dal Ministero della salute.
4. Le strutture territoriali e intermedie adottano standard di qualità 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, altresì, in forma anonima sistemi di segnalazione dei rischi e errori e criticità organizzative;
 - applicazione di liste di controllo specifiche per il contesto territoriale, in coerenza con linee di indirizzo nazionali e le raccomandazioni ministeriali;
 - effettuazione di programmi di formazione specifica;
- b) Protocolli, istruzioni operative e azioni di miglioramento continuo:
- definizione di protocolli e istruzioni operative validate formalmente e dedicate alle maggiori criticità 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.
5. Tutte le articolazioni organizzative che operano per la prevenzione e la promozione della salute, per la realizzazione del nuovo modello di assistenza territoriale, come definito con il presente Regolamento, nonché per l'integrazione tra prevenzione, territorio e ospedale, sono dotate e devono utilizzare soluzioni digitali idonee ad assicurare la completa digitalizzazione dei processi di attività nonché la produzione nativa dei documenti sanitari e di quelli amministrativi in formato digitale, secondo le norme, le linee guida e gli standard adottati a livello nazionale. Esse devono assicurare la condivisione dei dati relativi a ciascun soggetto con i Distretti e tra i diversi professionisti sanitari coinvolti nei programmi di prevenzione e di assistenza, al fine di consentire di realizzare la presa in carico della personale nell'ambito di servizi in rete pienamente integrati anche sotto il profilo della gestione digitale di processi e documenti.
6. Con deliberazione di Giunta regionale è definita la modalità di implementazione dei Sistemi informativi.

Art. 15 (Monitoraggio)

1. Con il presente Regolamento si intende istituire una Cabina di Regia deputata al monitoraggio dell'attuazione di quanto espressamente previsto dal D.M. n. 77/2022. La Cabina di Regia, coordinata dal Direttore del Dipartimento "Promozione della Salute e del Benessere Animale" o suo delegato, si compone di:
- Dirigenti di Sezione e di Servizio del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale;
 - Direttori di Area dell'Aress;

2. Con provvedimento dirigenziale del Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale sono nominati i componenti della Cabina di Regia di cui al comma precedente.
3. La Cabina di Regia si riunisce almeno bimestralmente e comunque in coerenza con le tempistiche degli adempimenti previsti dal CIS e delle scadenze ministeriali ex PNRR.
4. La Cabina di Regia effettua il monitoraggio delle Azioni poste in essere dalle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale. A tal proposito i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale devono predisporre , entro sessanta giorni dalla emanazione del presente Regolamento, un Piano Operativo attuativo, indicando il relativo cronoprogramma, sulla base delle indicazioni fornite dal Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale.
5. Il Piano Operativo di ciascuna Azienda ed Ente del Servizio Sanitario è approvato con deliberazione di Giunta regionale.

Art. 16

Riorganizzazione complessiva assistenza territoriale e accreditamento istituzionale

1. Con deliberazione di Giunta regionale è resa compatibile la programmazione regionale vigente rispetto alla individuazione delle strutture di cui al D.M. n. 77/2022. In particolare si dovrà rendere compatibile il ruolo dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) nell'ambito dei nuovi modelli organizzativi, derivanti anche dal finanziamento PNRR.
2. Le strutture sanitarie previste dal presente Regolamento dovranno essere accreditate secondo le disposizioni previste dalla vigente normativa nazionale e regionale, con particolare riferimento alla L.R. n. 9/2017 e ss.mm.ii.

Sintesi del Profilo di Salute ed Equità Regione Puglia

Profilo demografico

Al 1° gennaio 2021 la **popolazione residente** in Puglia ammonta a 3.933.777 con una lieve prevalenza di femmine (51,4%) rispetto ai maschi (48,6%).

Si conferma un graduale invecchiamento della popolazione legato sia all'aumento della speranza di vita che alla riduzione della natalità.

La popolazione della Puglia per fasce d'età ripercorre in maniera molto simile la composizione della popolazione italiana con una percentuale di over 65 che ammonta al 23,1%, di poco più bassa alla percentuale nazionale (23,5%).

I principali indici demografici per la popolazione Pugliese e relativo confronto con la popolazione italiana sono riportati in tabella 1.1.1.

Tabella 1.1.1 - Indicatori demografici 2021, Puglia vs Italia

Indicatore	Puglia			Italia
	Totale	M	F	
Popolazione residente al 1° gennaio 2021	3.933.777	1.913.253 (48,6%)	2.020.524 (51,4%)	59.236.213
Popolazione per fasce d'età				
0-14	12,8%			12,9%
15-64	64,1%	-	-	63,6%
65+	23,1%			23,5%
% cittadini stranieri	3,4%	3,6%	3,2%	8,7%
Età media della popolazione	45,4			45,9
Indice di vecchiaia	181,1%	-	-	182,6%
Indice dipendenza anziani	36,1%	-	-	37,0%
Indice dipendenza strutturale	56,0%	-	-	57,3%
Tasso di mortalità x 1.000*	12,0	-	-	12,0
Speranza di vita alla nascita**	81,8	79,6	84,1	82,4
Speranza di vita a 65 anni **	19,9	18,3	21,4	20,3
Tasso di natalità x 1.000*	6,7	-	-	6,8
Età media della madre al parto**	32,3	-	-	32,4
Mortalità infantile x 1.000 (2019)	2,17	2,04	2,31	2,50

Fonte: Demo ISTAT, popolazione residente per età e genere al 1° gennaio 2021 (<http://demo.istat.it/>)

** Stimato 2021

* Provvisorio 2021

Nella regione sono presenti differenze territoriali nella proporzione di over 65: di tutti gli over 65 della regione il 30,4% risiede nella provincia di Bari e la percentuale è minima nella provincia della Bat dove gli ultrasessantacinquenni rappresentano l'8,5% degli ultra65enni pugliesi.

Con maggior dettaglio, la proporzione di persone nelle fasce di età 65-74, 75-84 e 85+ anni, sul totale della popolazione residente, è pari rispettivamente all'11,9%, 7,8% e 3,4%, in linea con il dato nazionale (tabella 1.1.2). In Puglia, come anche per l'Italia, è evidente l'aumento del peso della componente femminile sul totale dei residenti all'aumentare dell'età, in particolare nel sottogruppo di popolazione dei "grandi anziani" (85+ anni).

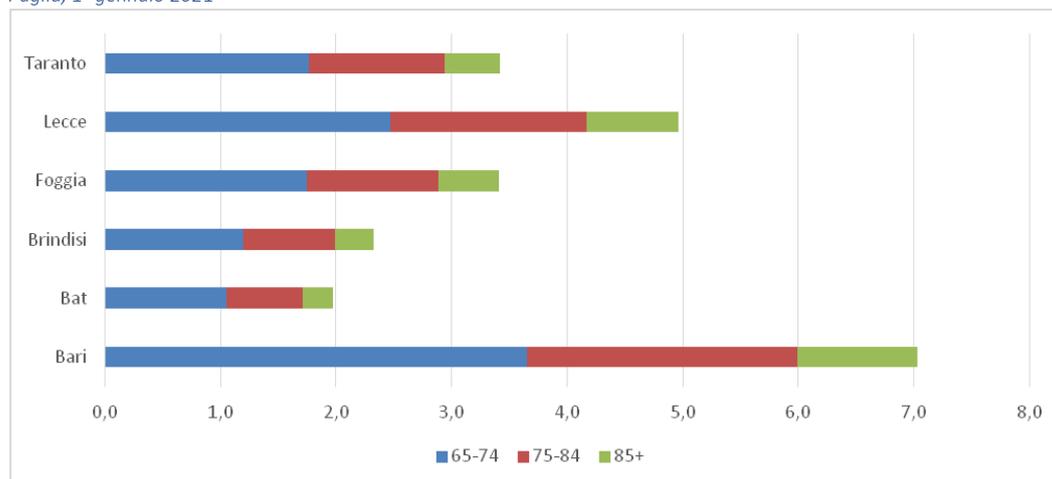
Tabella 1.1.2 - Distribuzione assoluta e percentuale della popolazione per le seguenti fasce di età: 65-74, 75-84, 85+ (Puglia vs Italia)

	PUGLIA						ITALIA					
	Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
65-74	467730	11,9	220183	11,5	247547	12,3	6915504	11,7	3262458	11,3	3653046	12,0
75-84	306915	7,8	134671	7,0	172244	8,5	4825173	8,1	2093752	7,3	2731421	9,0
85+	134751	3,4	47272	2,5	87479	4,3	2200854	3,7	736924	2,6	1463930	4,8

Fonte: Demo ISTAT, popolazione residente per età e genere al 1° gennaio 2021 (<http://demo.istat.it/>)

Tra gli ultrasessantacinquenni, la popolazione di residenti rispetto al totale della popolazione pugliese varia dal 7,0% nella provincia di Bari al 2,0% e 2,3%, rispettivamente nella provincia della Bat e di Brindisi. (figura 1.1.1).

Figura 1.1.1 - Proporzione (valori per 100) della popolazione di età 65 anni ed oltre per classe di età e provincia. Puglia, 1° gennaio 2021



Fonte: ISTAT, <https://dati.istat.it>

La **speranza di vita alla nascita** nel 2021 per i cittadini della Puglia risulta di 81,8 anni, con una differenza per genere di 4,5 anni a favore delle donne (84,1 vs 79,6) mentre l'**indice di vecchiaia** ammonta a 181,1% indicando che vi sono 1,8 over 65 per ogni cittadino nella fascia 0-14 anni. La percentuale di **over 65** ammonta al 23,1% e il 30,4% risiede nella provincia di Bari.

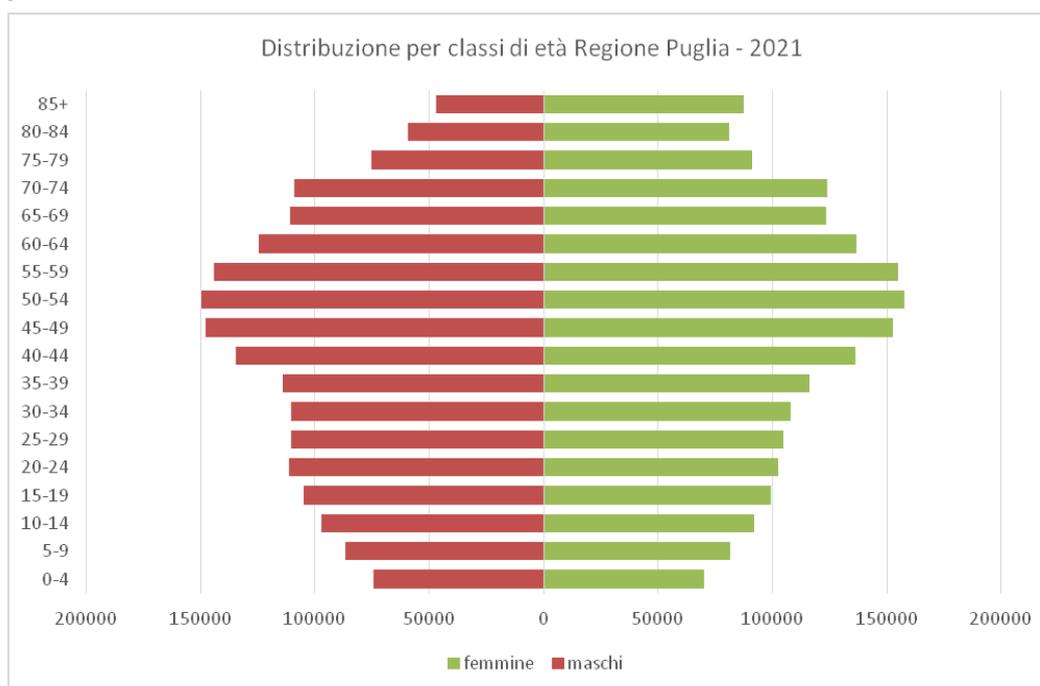
La speranza di vita alla nascita e la speranza di vita a 65 anni, secondo il dato più recente stimato del 2021, sono di poco inferiori ai valori nazionali. Si conferma anche per la Puglia che la speranza di vita sia alla nascita che a 65 anni è maggiore nelle donne che negli uomini.

Gli indici di vecchiaia, di dipendenza anziani e di dipendenza strutturale al 1° gennaio 2021 presentano valori inferiori rispetto alla media nazionale.

L'indice di vecchiaia mostra, in Puglia, un costante aumento.

La figura 1.1.2 mostra la piramide delle età con il dettaglio per maschi e femmine.

Figura 1.1.2 - Piramide delle età. Popolazione residente della regione Puglia al 1° gennaio 2021 per genere e classe di età.



Fonte: ISTAT, <https://dati.istat.it>

Dati ottenuti da Istat mostrano, al 01/01/2021, un'ampia variabilità per numero di residenti tra le varie province della Puglia con un valore minimo per la Bat (381.091) e massimo per la provincia di Bari (1.230.158).

L'indice di vecchiaia, l'indice dipendenza anziani e l'indice dipendenza strutturale mostrano valori più bassi per la Bat e più elevati per la provincia di Lecce indicando, per quest'ultima, una maggiore quota di residenti in età anziana rispetto alle altre fasce di età.

Tabella 1.1.3 - Popolazione residente ed indici demografici per le province della Puglia al 01/01/2021

	Popolazione residente	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale
Puglia	3.933.777	181,1	36,1	56,0
Bari	1.230.158	174,4	34,8	54,8
Bat	381.091	149,4	30,8	51,5
Foggia	602.394	166,8	34,5	55,2
Brindisi	381.946	196,0	37,5	56,7
Taranto	561.958	188,2	37,7	57,8
Lecce	776.230	209,6	40,0	59,1

Caratteristiche demografiche dei residenti in Puglia

Fonte: Istat

In Puglia, secondo dati Istat del Censimento permanente nel 2019, risiedevano 1.595.981 famiglie con una dimensione media piuttosto omogenea a livello regionale pari a 2,47 componenti per famiglia rispetto ai 2,29 a livello nazionale (tabella 1.1.4). Nella regione, nel 2021, il 27,7% delle persone vivono da sole (33,2% a livello nazionale). Le famiglie con più di 5 componenti sono il 6,5% in Puglia, rispetto al 5,1% a livello nazionale.

Tabella 1.1.4 - Famiglie e numero medio di componenti per provincia nel 2019 in Puglia e in Italia

Numero famiglie in Italia anno 2019

Italia	25.851.122
Puglia	1.595.981
Foggia	243.307
Bari	489.859
Bari	134.506
Taranto	230.649
Taranto	80.999
Brindisi	158.319
Lecce	328.874
Barletta-Andria-Trani	144.973

Numero medio componenti famiglia anno 2019

Italia	2,29
Puglia	2,47
Foggia	2,49
Bari	2,50
Taranto	2,44
Brindisi	2,43
Lecce	2,37
Barletta-Andria-Trani	2,64

Fonte: ISTAT, dati Censimento permanente
http://dati-censimentipermanenti.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCSS_FAMIGLIE

Profilo socioeconomico

Si riportano i principali indicatori socioeconomici della Puglia che fanno registrare in molti casi valori peggiori della media nazionale.

Tabella 1.2.1 - Indicatori di contesto socio-economici. Puglia e Italia, ultimo anno disponibile

Indicatore	Puglia	Italia
Percentuale di popolazione 25-64 anni con istruzione (2020)		
Senza diploma	48	37
Con diploma	36	42
Con laurea	15	20
Percentuale di popolazione di 18-24 anni che abbandona prematuramente gli studi (2020)		
	15,6	13,1
Indice di concentrazione dei redditi famigliari (2020)		
	0,324	0,335
Reddito mediano familiare (€) (2020)		
	23.116	26.597
Distribuzione per quintili di reddito (2020)		
	Puglia	Italia
Q1	30,5	20,0
Q2	30,5	20,0
Q3	18,7	20,0
Q4	11,0	20,0
Q5	9,3	20,0
Risorse economiche delle famiglie (2021)		
Ottime	1,8	1,5
Adeguate	62,8	66,8
Scarse	31,6	28,2
Assolutamente insufficienti	3,8	3,5

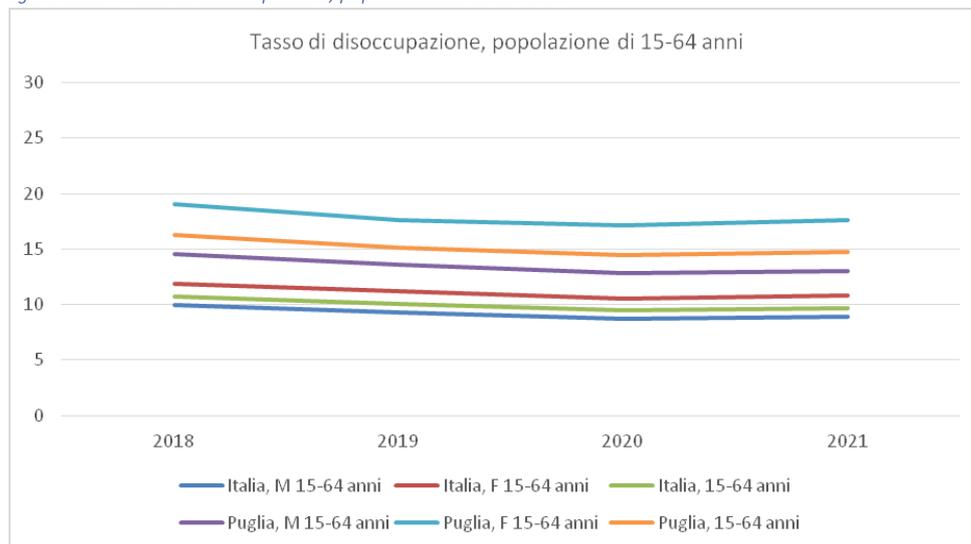
Fonte: ISTAT, <https://dati.istat.it>

La percentuale di popolazione in età attiva (25-64 anni) con un livello di istruzione universitario è in Puglia del 15% in confronto al dato nazionale del 20%. L'abbandono scolastico in Puglia (15,6%) è più alto rispetto al 13,1% in Italia. In particolare l'abbandono scolastico dei ragazzi è più alto (17% in Puglia vs 15,6% in Italia), così come quello delle ragazze (14,1% in Puglia vs 10,4% in Italia).

In Puglia i redditi famigliari sono leggermente più bassi rispetto ai dati nazionali, dato confermato anche dalla distribuzione per quintile di reddito familiare. L'Indagine multiscopo sulle famiglie "aspetti della vita quotidiana" ha riportato infatti che il 31,6% delle famiglie ha risorse economiche scarse (vs il 28,2% delle famiglie italiane) e che il 3,8% ha risorse assolutamente insufficienti (vs il 3,5% delle famiglie italiane).

Il tasso di disoccupazione in Puglia per la fascia d'età 15-64 anni è per il 2021 pari al 14,8%, più alto rispetto ai dati nazionali (9,7%), sia per gli uomini che per le donne (figura 1.2.1). In particolare la disoccupazione femminile (17,6% nel 2021) è stata sempre più elevata rispetto agli uomini (13,1% nel 2021), anche se i differenziali sono diminuiti leggermente negli ultimi anni.

Figura 1.2.1 - Tasso di disoccupazione, popolazione di 15-64 anni



Fonte: ISTAT, <https://dati.istat.it>

Bibliografia e link utili

ISTAT, indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana", <http://demo.istat.it/>

ISTAT <https://dati.istat.it>

ISTAT, dati Censimento permanente http://dati-censimentipermanenti.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCSS_FAMIGLIE#

Fattori di rischio comportamentali

Le sorveglianze di popolazione PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) e PASSI d'argento 2016-2019 riportano i dati relativi all'eccesso ponderale nelle diverse fasce d'età interessate. La Puglia mostra un dato peggiore di quello nazionale: il 46,4% degli adulti (18-65 anni) risulta obeso o in sovrappeso (42,3% in Italia). Questa condizione raggiunge invece la percentuale del 64,5% negli ultra 64enni (57,9% in Italia).

I dati riferiti dagli intervistati PASSI relativi a peso e altezza portano a stimare che **in Puglia 5 su 10 adulti di età 18-69 anni siano in eccesso ponderale** (33,9% in sovrappeso e 12,5% obesi – Dati PASSI regione Puglia 2016-2019).

In età adulta, la prevalenza regionale del sovrappeso è leggermente più alta del valore nazionale (31,5% in Italia). Per quanto riguarda gli anziani, si stima che quasi 6 anziani su 10 siano in eccesso ponderale (48,4% in sovrappeso e 16,1% obesi – Dati PASSI D'Argento regione Puglia 2016-2019). La prevalenza regionale di sovrappeso negli anziani è leggermente più alta del valore nazionale (43,6% in Italia), mentre l'obesità è inferiore al valore registrato in Italia, pari a 14,3%.

Nella successiva tabella sono riportati i valori regionali di sovrappeso e obesità nelle diverse fasce di età rilevati dalle ultime indagini ed il confronto con il dato nazionale.

Tabella 3.1.1 - Prevalenza di sovrappeso e obesità per classi di età, Puglia e Italia

Fascia di età	Sovrappeso (%)		Obesità (%)		Fonte
	valore regionale	valore nazionale	valore regionale	valore nazionale	
Bambini 6-10 anni	21,6	20,4	10,3	9,4	Okkio alla salute 2019
Adolescenti 11,13,15 anni	19,2	17	4,2	3	HBSC 2018
Adulti 18-69 anni	33,9	31,5	12,5	10,8	PASSI 2016-2019
Anziani >64 anni	48,4	43,6	16,1	14,3	PASSI d'Argento 2016-2019

I dati PASSI 2016-2019 portano a concludere che in Italia l'essere in eccesso ponderale è una caratteristica più frequente al crescere dell'età, fra gli uomini rispetto alle donne, fra le persone con difficoltà economiche e fra le persone con un basso livello di istruzione. Le persone in sovrappeso o obese sembrano essere poco consapevoli del loro stato di eccesso ponderale e non si percepiscono tali: fra le persone in sovrappeso meno della metà ritiene troppo alto il proprio peso corporeo; fra le persone obese c'è maggiore consapevolezza, tuttavia non è trascurabile il numero di persone (più di 1 su 10) che ritiene il proprio peso giusto. Generalmente le donne sono più consapevoli del problema rispetto agli uomini e l'essere coscienti del proprio eccesso ponderale favorisce l'adozione di comportamenti alimentari corretti. Bassa, e in riduzione nel tempo, l'attenzione degli operatori sanitari al problema: meno della metà degli intervistati adulti in eccesso ponderale riferisce di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di perdere peso. Inoltre l'attenzione è indirizzata soprattutto alle persone obese, molto meno a quelle in sovrappeso.

Con riferimento **all'abitudine al fumo**, Secondo i dati PASSI d'Argento, nel quadriennio 2016-2019, in Italia la prevalenza di fumatori è del 14% nella fascia 65-74 anni e del 5% dai 75 anni in poi. Fumano di più gli uomini e coloro che dichiarano molte difficoltà economiche.

Nella regione Puglia la prevalenza degli ultra 65enni fumatori è peggiore del dato nazionale (13% in Puglia vs 10% in Italia).

Figura 3.3.4 - Fumatori per regione di residenza. PASSI D'Argento



Fonte: INDAGINE PASSI D'ARGENTO 2016-2019

Nella tabella 3.3.1 sono riassunti i valori regionali dei fumatori nelle diverse fasce di età rilevati dalle ultime indagini ed il confronto con le precedenti rilevazioni.

Tabella 3.3.1 - Percentuale di fumatori nelle diverse fasce di età nella Puglia

Fascia di età	Fumatori (%)		Andamento (confronto vs precedente rilevazione regionale)	Fonte
	Valore regionale	Valore nazionale		
Adolescenti 11,13,15 anni*	14,2	11,1	ND	HBSC 2018
Adulti 18-69 anni	24	25,3	stabile	PASSI 2016-2019
Anziani >64 anni	13	9,8	in calo	PASSI d'Argento 2016-2019

*almeno una sigaretta negli ultimi 30 gg

In relazione alla **sedentarietà**, in Puglia si rileva che tra le persone con 65 anni e più con deambulazione autonoma e che hanno risposto da sole al questionario, circa il 44% è sedentario, un valore superiore rispetto a quello rilevato per il Pool nazionale di Asl (39%). In Italia la sedentarietà aumenta con l'avanzare dell'età, tra le donne e tra coloro che vivono da soli.

Nella tabella sono riassunti i valori regionali dei sedentari nelle diverse fasce di età rilevati dalle ultime indagini ed il confronto con le precedenti rilevazioni.

Tabella 3.6.1 - Percentuale di sedentari nelle diverse fasce di età nella Puglia

Sedentari (%)				
Fascia di età	Valore regionale	Valore nazionale	Andamento	Fonte
			(confronto vs precedente rilevazione regionale)	
Bambini 6-10 anni*	20,3	20,3	in calo	Okkio alla Salute 2019
Adolescenti 11,13,15 anni*	18	16,6	ND	HBSC 2018
Adulti 18-69 anni	46,9	35	stabile	PASSI 2016-2019
Anziani >64 anni	43,9	39,4	in calo	PASSI d'Argento 2016-2019

*il giorno precedente non hanno svolto attività motoria a scuola e attività sportiva strutturata e non hanno giocato all'aperto nel pomeriggio

**non svolgono attività fisica o la fanno al massimo per un'ora a settimana

Fattori di rischio ambientali

Dall'analisi degli indicatori del Benessere Equo e Sostenibile e per il monitoraggio degli obiettivi dell'Agenda 2030 sullo sviluppo sostenibile, i Sustainable Development Goals (SDGs) delle Nazioni Unite (Goal Agenda ONU 2030), elaborati a cura dell'Ufficio Statistico della Regione Puglia (legge regionale 31 ottobre 2019, n. 47 "Il benessere equo e sostenibile (BES) a supporto della programmazione finanziaria e di bilancio regionale" si evidenzia che, a livello regionale, le principali criticità sono legate, alla presenza dei siti contaminati, alla qualità dell'aria, al ciclo dei rifiuti, alla scarsa disponibilità di verde urbano, ad un'elevata percezione del rischio connesso alla perdita di biodiversità e ai cambiamenti climatici.

La lettura combinata degli indicatori pubblicati nell'Annuario dei dati ambientali di ISPRA con quelli elaborati da ARPA Puglia sulla base del modello DPSIR dell'Agenzia Europea per l'Ambiente, consente di descrivere i determinanti e le pressioni ambientali sia dal punto di vista dell'andamento temporale che della caratterizzazione geografica, indicando le priorità di intervento ma anche l'efficacia delle azioni intraprese per la protezione dell'ambiente e per la riduzione dell'esposizione della popolazione ai fattori di rischio ambientali.

Rispetto al dato nazionale, la Puglia presenta performance peggiori in termini di percentuale di suolo consumato, in particolare nelle aree meridionali della regione, che è associato alla perdita di biodiversità, con gli impatti conseguenti in termini di qualità ambientale, ma anche in termini di conferimento di rifiuti in discarica e compromissione della qualità dell'aria. La Regione risulta penultima come disponibilità di verde pubblico urbano, che risulta peraltro non equamente distribuito tra i comuni, e quinta per incidenza dei SIN e dei siti di competenza regionale sulla superficie territoriale.

In termini di profilo di salute, l'analisi dei dati provinciali di mortalità per causa dell'ultimo quinquennio disponibile (2014-2018), in termini di rapporti standardizzati, evidenzia nell'area di Foggia eccessi di rischio di morte per malattie dell'apparato cardiocircolatorio, e malattie dell'apparato digerente nel sesso maschile; nell'area Bari-BT un eccesso di rischio di morte per tumore del fegato, in particolare nel sesso maschile; nell'area salentina, un eccesso di rischio per malattie dell'apparato respiratorio, sia neoplastiche che non, e per tumore alla vescica, in entrambi i sessi; in provincia di Taranto eccessi per tumori maligni e malattie dell'apparato cardio-circolatorio.

Gli aggiornamenti annuali sul quadro epidemiologico condotto nelle aree a rischio di crisi ambientale consentono di esaminare alcune criticità a livello subprovinciale ed evidenziano una compromissione dello stato di salute delle popolazioni residenti, in particolare nei comuni che ospitano i SIN di Taranto e Brindisi, con eccessi di rischio, nel confronto con i valori regionali, di mortalità e ospedalizzazione per diverse sedi tumorali, patologie cardiovascolari e respiratorie, potenzialmente associati ai fattori di rischio ambientali presenti in quelle aree.

Gli studi di coorte residenziali condotti negli ultimi anni nelle aree di Brindisi e Taranto, oltre ad aver evidenziato la presenza di un'associazione tra l'esposizione alle emissioni industriali e diversi esiti sanitari in entrambe le aree, hanno consentito, grazie alla disponibilità di dati individuali di esposizione, di esplorare specifici anche aspetti di equità: nell'ambito del CCM HEA nei Piani regionali di Prevenzione è stato condotto uno studio per valutare: l'effetto indipendente della condizione socio-economica sugli indicatori di salute; la modificazione nell'effetto dell'esposizione alle emissioni industriali in corrispondenza della posizione socio-economica; gli impatti sanitari, in termini di decessi attribuibili all'esposizione, per posizione socio-economica. I risultati hanno evidenziato che, nella città di Taranto, vi è un differenziale nell'esposizione agli inquinanti industriali a sfavore dei soggetti con posizione socio-economica peggiore, che si traduce anche in un maggior impatto sanitario. (Rapporto Istisan 20/21 - Environmental Justice nei siti industriali contaminati: documentare le disuguaglianze e definire gli interventi).

Bassi livelli di istruzione e di disponibilità economica sono anche associati con alcuni dei fattori di rischio individuali che presentano elementi di criticità nella nostra regione, (Fonte: Sorveglianza Passi, epicentro.iss.it), quali attività fisica e mobilità attiva e sovrappeso/obesità, come mostrato .

Stato di salute della popolazione

Mortalità ed ospedalizzazione

Ospedalizzazioni e mortalità per tutte le cause (escluse complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio)

Nel triennio 2018-2020 si sono verificati 947.254 ricoveri in tutta la regione Puglia con un tasso standardizzato (TS) di 7448 x 100.000 abitanti: il tasso è risultato più alto tra gli uomini rispetto alle donne (8411 vs 6675 per 100.000 abitanti). [Tabella 2.1.1].

Tra le cause di ricovero, le più frequenti sono le malattie del sistema circolatorio (con un TS pari a 1562 per 100.000 abitanti), le malattie dell'apparato digerente (con un TS pari a 1139 per 100.000 abitanti), i tumori maligni (con un TS pari a 915 per 100.000 abitanti) e le malattie dell'apparato respiratorio (con un TS di 870 per 100.000). Tutti e quattro i grandi gruppi di cause sono più frequenti tra gli uomini piuttosto che tra le donne [Figure 2.1.2a e 2.1.2b].

Sempre nel triennio 2018-2020, il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nell'ASL di BAT - 6634 per 100.000 abitanti - mentre quello più alto nella ASL di Foggia - 9959 per 100.000 abitanti. La figura 2.1.3 mostra una riduzione nel tempo del tasso di ospedalizzazione sia per l'intera regione Puglia sia per le singole ASL e, a partire dal triennio 2009-2011, con un dato per ASL totalmente allineato con quello regionale. Unica eccezione è rappresentata dall'ASL di Foggia che traccia, per il periodo in analisi (2003-2020), una curva al di sopra di quella relativa alla regione Puglia.

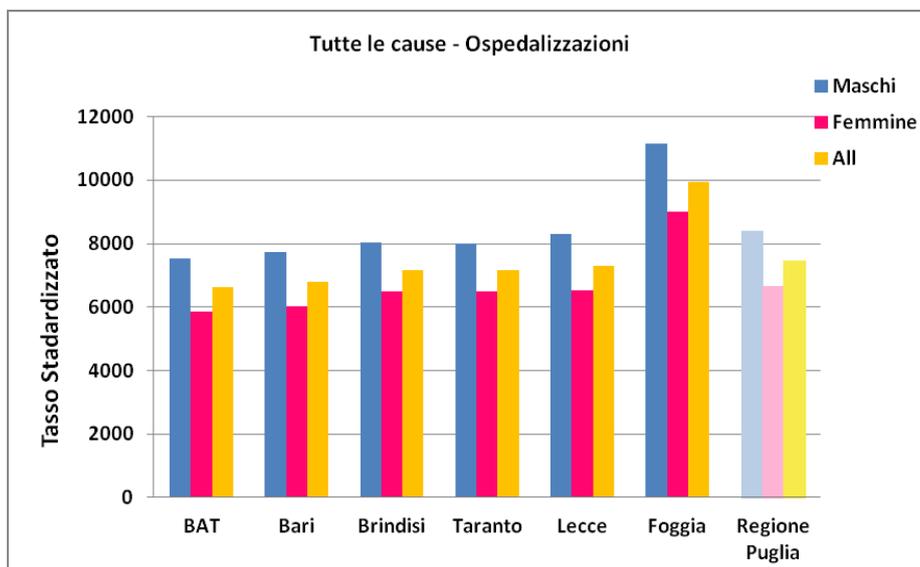
Nel triennio 2016-2018 si sono verificati 117.077 decessi con un tasso di mortalità complessivo pari a 839 per 100.000 abitanti. La mortalità per tutte le cause è significativamente più elevata negli uomini che nelle donne (1007 vs 705 per 100.000 abitanti) e presenta una variabilità geografica con valori più elevati nell'ASL di BAT e più bassa nell'ASL di Bari (871 vs 809 per 100.000 abitanti). La mortalità per tutte le cause si è ridotta nel tempo con tassi che vanno da 1063 per 100.000 abitanti nel triennio 2001-2003 a 839 nell'ultimo triennio analizzato (2016-2018) per l'intera regione.

Tabella 2.1.1 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutte le cause per 100.000 residenti (escluse complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio) per ASL e genere - Triennio 2018-2020

Asl	Maschi			Femmine			Totale		
	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%
Brindisi	46600	8043	7981;8105	43349	6480	6427;6533	89949	7152	7112;7192
Taranto	68705	8001	7951;8052	63536	6488	6445;6532	132241	7152	7119;7185
BAT	41715	7533	7472;7595	35627	5861	5810; 5913	77342	6634	6594; 6673
Bari	141322	7718	7684;7752	124545	6035	6006;6064	265867	6795	6773;6817
Foggia	100793	11142	11084;11200	91715	8992	8943;9042	192508	9959	9921;9997
Lecce	98633	8294	8250;8338	90714	6542	6505;6580	189347	7304	7275;7332
Regione Puglia	497768	8411	8391;8431	449486	6675	6658;6691	947254	7448	7435;7461

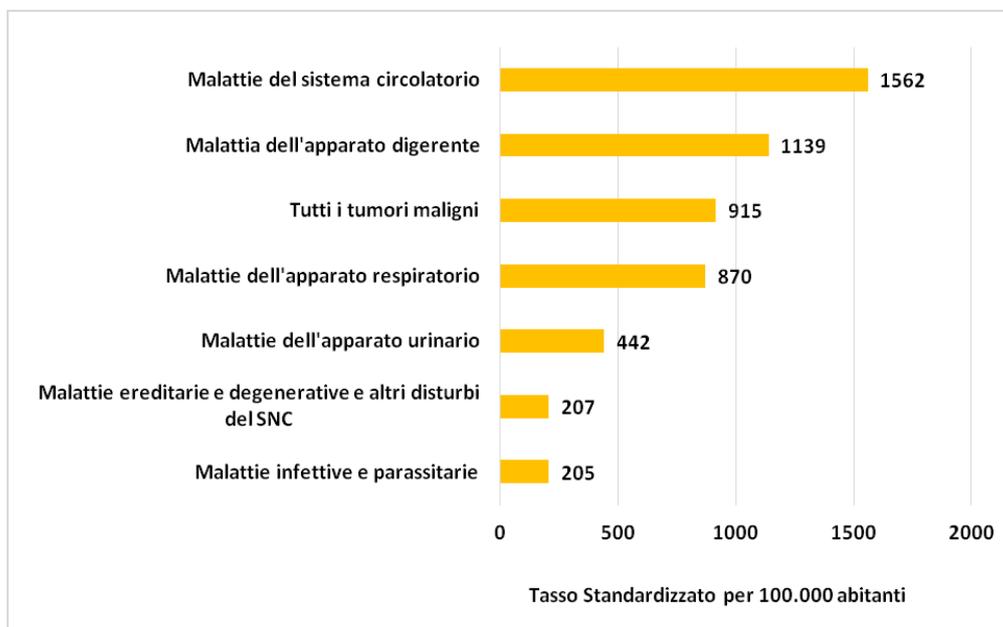
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.1 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutte le cause per 100.000 residenti (escluse complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio) per ASL e genere - Triennio 2018-2020



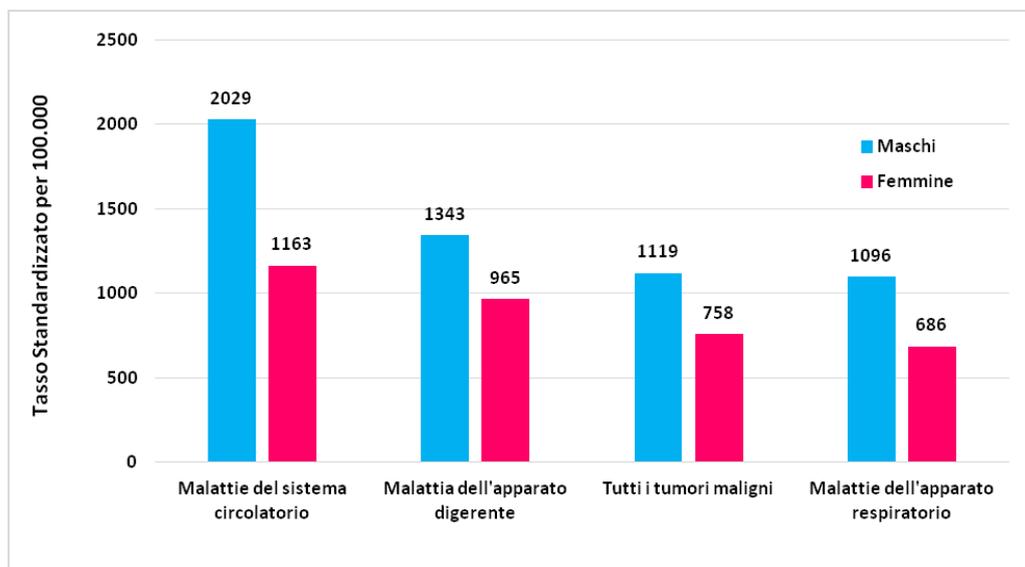
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.2a - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per causa specifica di ricovero per 100.000 residenti - Triennio 2017-2019



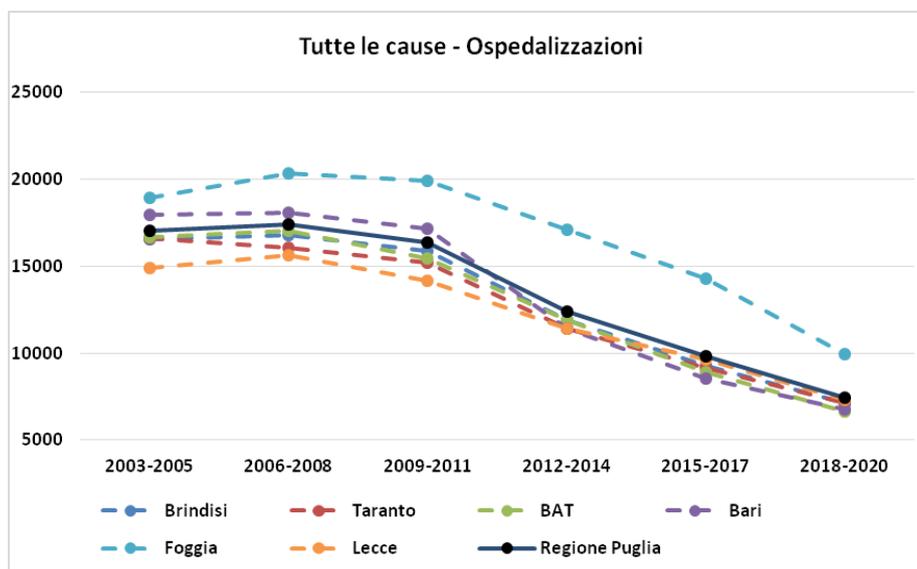
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.2b - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per le prime 4 cause più frequenti di ricovero per genere per 100.000 residenti - Triennio 2017-2019



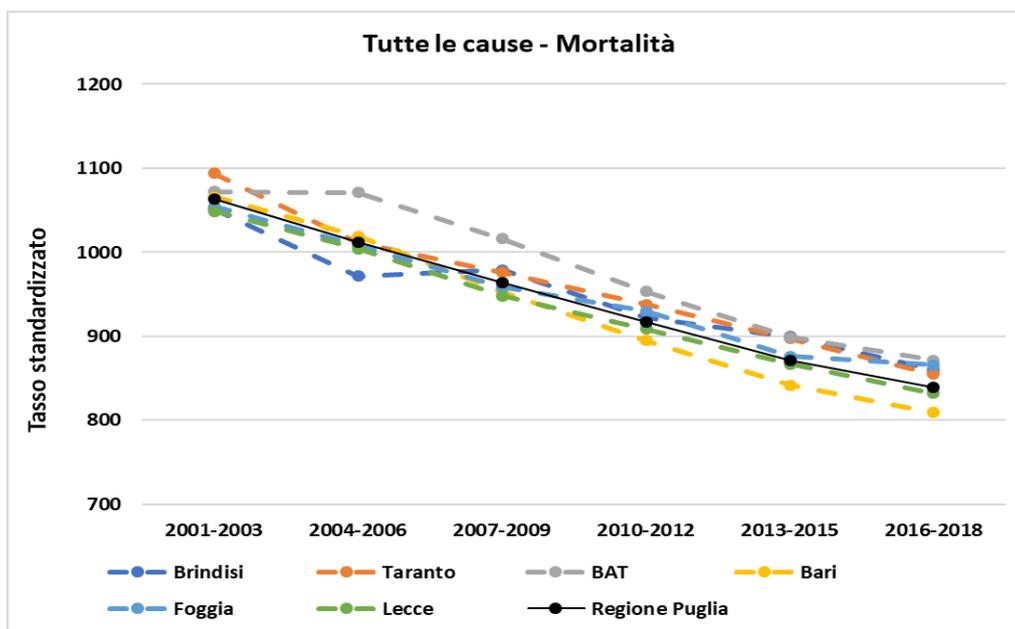
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.3 - Andamento temporale tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per tutte le cause (escluse complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio) per ASL



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.4 - Andamento temporale tasso standardizzato di mortalità per 100.000 residenti per tutte le cause (escluse complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio) per ASL



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Ospedalizzazioni e mortalità per tutti i tumori maligni

Nel triennio 2018-2020 si sono verificati 108.419 ricoveri per tumore maligno in tutta la regione Puglia, pari a un TS di 817 x 100.000 abitanti con valori più elevati tra gli uomini piuttosto che tra le donne (993 vs 682 per 100.000 abitanti). [Tabella 2.1.2]. Il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nell'ASL di BAT mentre quello più alto nella ASL di Foggia (755 vs 954 per 100.000 abitanti). La figura 2.1.6 mostra un incremento del tasso di ospedalizzazione per tumori maligni nel periodo 2003-2008 e una successiva riduzione del tasso per il periodo 2009-2020 sia per l'intera regione Puglia sia per le singole ASL. Complessivamente, per l'intero periodo di osservazione, l'ASL di Foggia presenta una curva nettamente al di sopra all'andamento complessivo mentre l'ASL di Brindisi presenta tassi inferiori ai valori regionali.

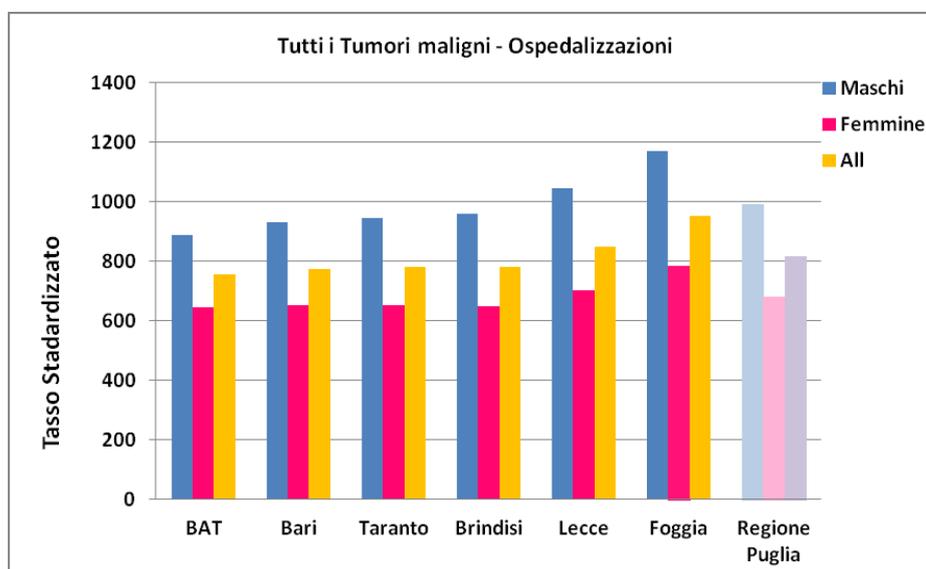
Per quanto riguarda la mortalità, nell'intera regione Puglia, nel triennio 2016-2018, si sono registrati 31.223 decessi con un TS pari a 232 per 100.000 abitanti, più alto tra gli uomini che tra le donne (310 decessi tra gli uomini vs 175 decessi tra le donne ogni 100.000 abitanti). Per il periodo osservato (2001-2018), in Puglia la mortalità si è ridotta passando da 271 decessi a 232 decessi ogni 100.000 abitanti con l'ASL di Lecce che presenta i tassi più elevati e l'ASL di Foggia che presenta la mortalità più bassa. [Figura 2.1.7]

Tabella 2.1.2 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutti i tumori maligni per 100.000 residenti per ASL e genere - Triennio 2018-2020

Asl	Maschi			Femmine			Totale		
	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%
Brindisi	5759	961	940;982	4587	649	633;665	10346	782	769;795
Taranto	8453	948	931;965	6658	653	639;666	15111	781	770;791
BAT	4930	887	866;908	4056	647	631;665	8986	755	742;768
Bari	17504	930	919;942	14086	652	643;661	31590	773	766;781
Foggia	10699	1170	1151;1189	8220	785	771;800	18919	954	943;966
Lecce	13076	1047	1032;1062	10391	702	691;714	23467	848	839;858
Regione Puglia	60421	993	986;999	47998	682	677;689	108419	817	813;821

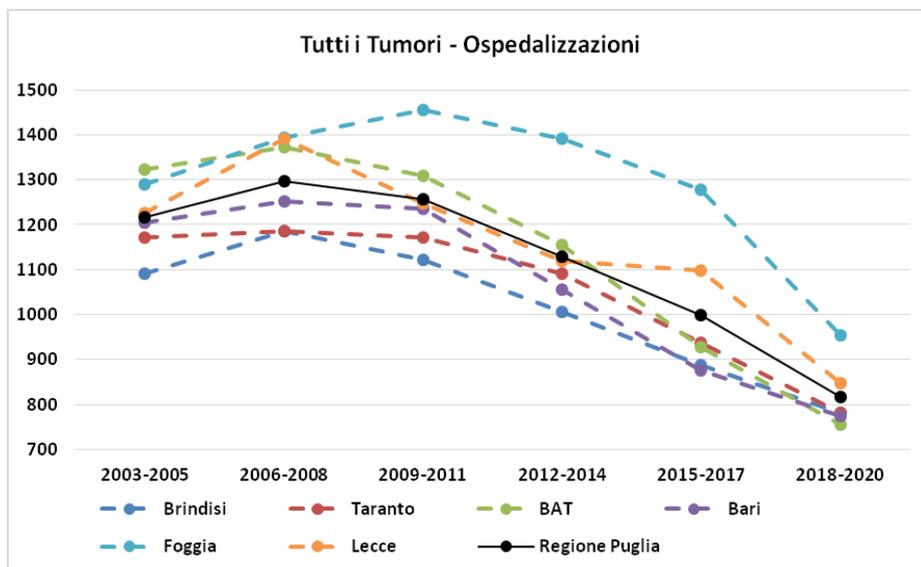
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.5 - Tasso di ospedalizzazione per tutti i tumori maligni per 100.000 residenti per ASL e genere - Triennio 2018-2020



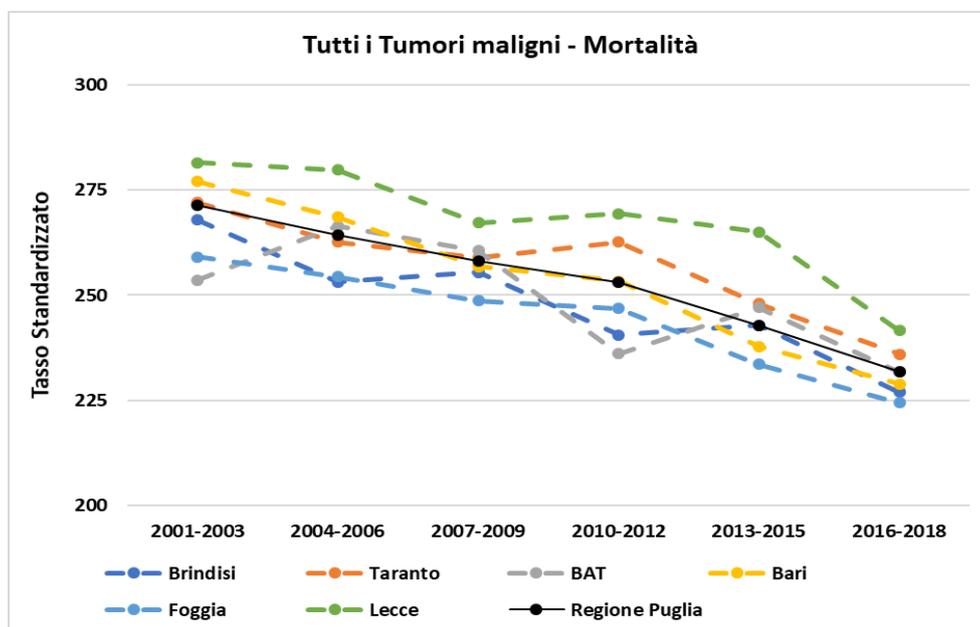
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.6 - Andamento temporale tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 per tutti i tumori maligni



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.7 - Andamento temporale tasso standardizzato di mortalità per 100.000 residenti per tutti i tumori maligni



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Ospedalizzazioni e mortalità per tumore del colon retto

Nel triennio 2018-2020 si sono verificati circa 11.356 ricoveri per tumore del colon retto in tutta la regione Puglia, pari a un TS di 84 x 100.000 abitanti con valori più elevati tra gli uomini piuttosto che tra le donne (104 vs 67 per 100.000 abitanti). [Tabella 2.1.3]. Il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nelle ASL di Brindisi e BAT mentre quello più alto nella ASL di Lecce (72 vs 96 per 100.000 abitanti). La figura 2.1.9 mostra un incremento del tasso di ospedalizzazione per tumori maligni nel periodo 2003-20 e una successiva riduzione del tasso per il periodo 2009-2020 sia per l'intera regione Puglia sia per le singole ASL.

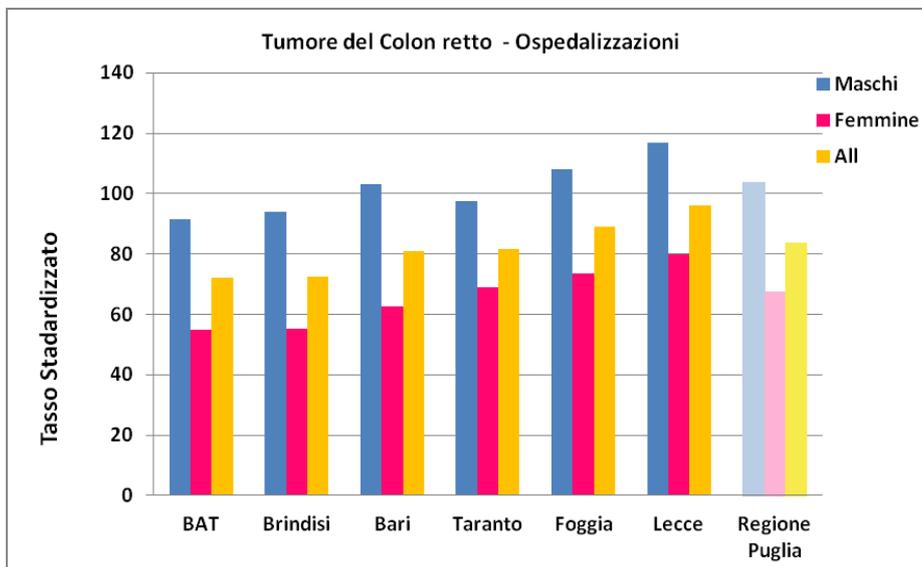
Per quanto riguarda la mortalità, nell'intera regione Puglia, nel triennio 2016-2018, si sono registrati 3456 decessi con un TS pari a 25: il TS di mortalità risulta più alto tra gli uomini che tra le donne (34 vs 19 per 100.000 abitanti). Inoltre, la mortalità rimane stabile per l'intero periodo di osservazione (2001-2018).

Tabella 2.1.3 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del colon retto per ASL e genere - Triennio 2018-2020

Asl	Maschi			Femmine			Totale		
	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%
Brindisi	569	94	88;101	415	55	51;60	984	72	69;76
Taranto	875	98	92;103	743	69	65;73	1618	82	78;85
BAT	507	92	85;99	353	55	50;60	860	72	68;76
Bari	1934	103	99;107	1412	63	60;66	3346	81	78;83
Foggia	995	108	103;114	816	74	69;78	1811	89	86;93
Lecce	1475	117	112;122	1262	80	76;84	2737	96	93;99
Regione Puglia	6355	104	102;106	5001	67	66;69	11356	84	82;85

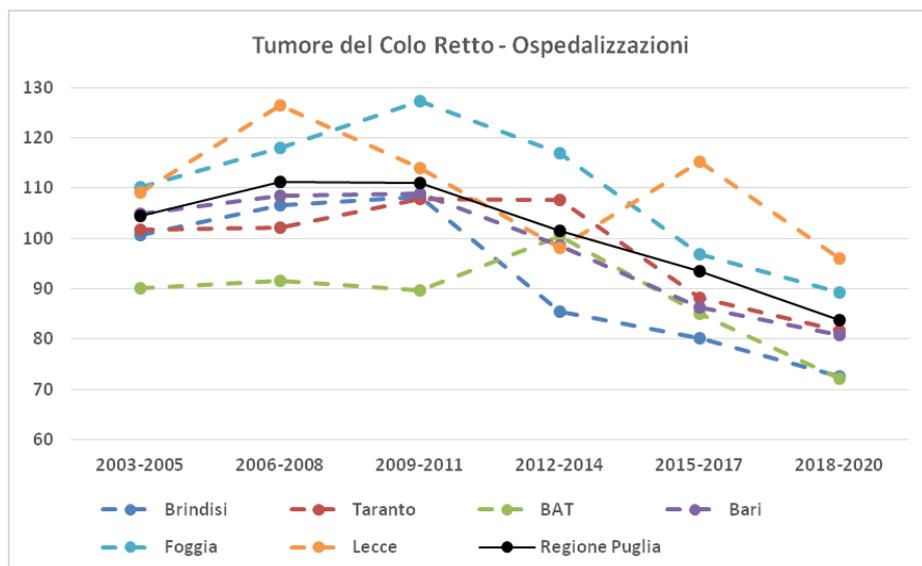
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.8 - Tasso di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del colon retto per ASL e genere - Triennio 2018-2020



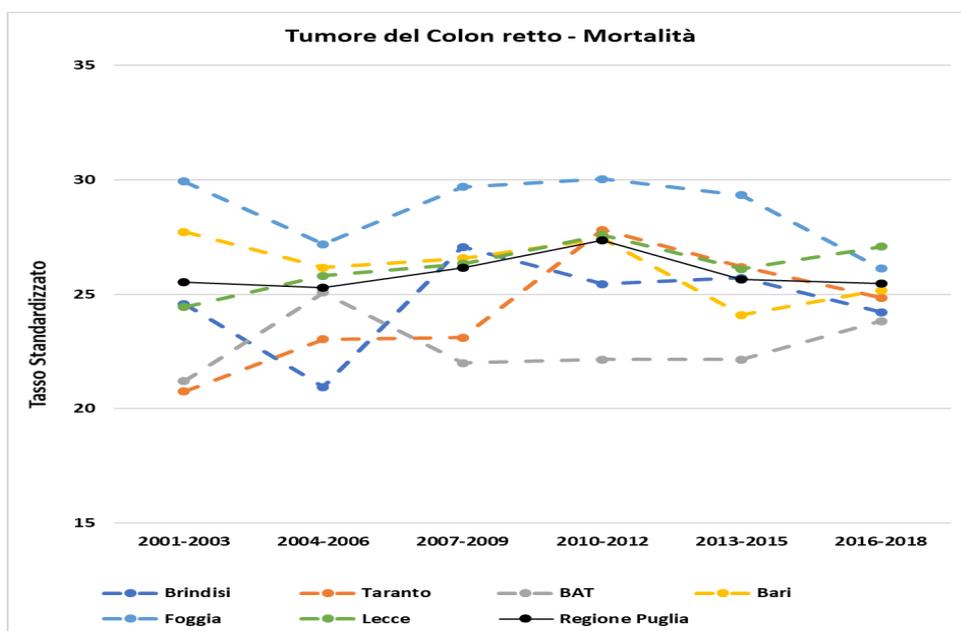
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.9 - Andamento temporale del tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del colon retto



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.10 - Andamento temporale del tasso standardizzato di mortalità per 100.000 residenti per il tumore del colon retto



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Ospedalizzazioni e mortalità per il tumore del polmone

Nel triennio 2018-2020 si sono verificati 8293 ricoveri per tumore del polmone in tutta la regione Puglia, pari a un TS di 62 x 100.000 abitanti con differenze significative per genere: il tasso di ospedalizzazione tra gli uomini risulta essere circa 4 volte quello delle donne (101 vs 29 per 100.000 abitanti). [Tabella 2.1.4]. Il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nell'ASL BAT mentre quello più alto nella ASL di Lecce (45 vs 75 per 100.000 abitanti) con una variabilità che riguarda sia le donne (21 vs 34 per 100.000 abitanti) che gli uomini (73 vs 128 per 100.000 abitanti).

La figura 2.1.12 mostra una riduzione del tasso di ospedalizzazione del tumore del polmone a partire dal triennio 2009-2011 sia per l'intera regione Puglia sia per le singole ASL ad eccezione dell'ASL di Foggia dove il tasso oscilla mantenendosi sostanzialmente costante. Per l'intero periodo di osservazione, l'ASL di Lecce presenta una curva al di sopra di quella relativa alla regione Puglia mentre l'ASL BAT presenta i tassi di ospedalizzazione più bassi con una variabilità tra ASL che rimane tutto sommato costante per il periodo analizzato.

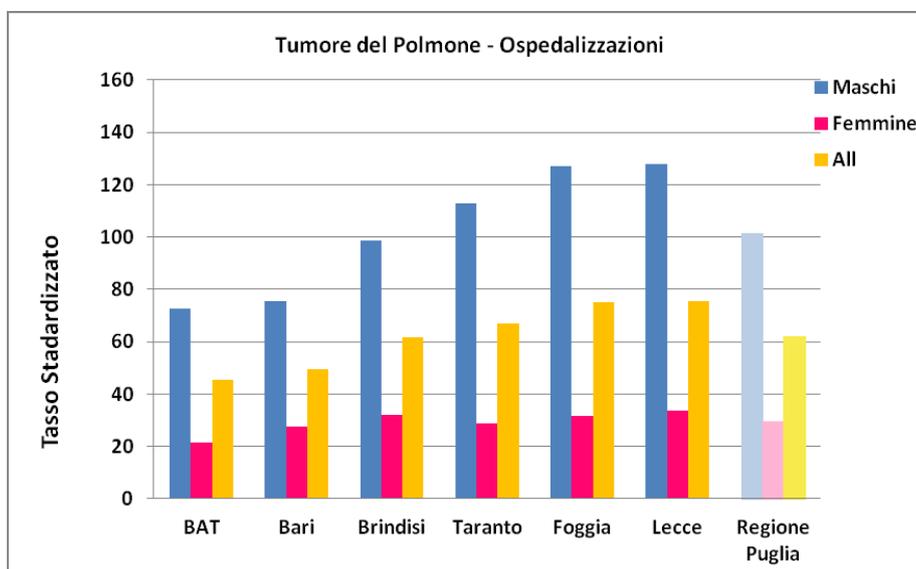
Per quanto riguarda la mortalità, nell'intera regione Puglia, nel triennio 2016-2018, si sono registrati 5519 decessi con un TS di mortalità pari a 41 per 100.000 (16 per le donne e 74 per gli uomini). Per il periodo osservato (2001-2018), in Puglia la mortalità si è ridotta passando da 52 decessi a 40 decessi ogni 100.000 abitanti con l'ASL di Lecce che presenta i tassi più elevati e l'ASL BAT, che, a partire dal triennio 2010-2012, presenta la mortalità più bassa. [Figura 2.1.13]

Tabella 2.1.4 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del polmone per ASL e genere - Triennio 2018-2020

Asl	Maschi			Femmine			Totale		
	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%
Brindisi	598	99	92;105	225	32	28;36	823	62	58;65
Taranto	1018	113	107;119	297	29	26;32	1315	67	4;70
BAT	402	73	67;79	133	21	18;25	535	45	42;49
Bari	1418	75	72;79	595	27	26;29	2013	49	48;51
Foggia	1162	127	121;133	334	32	29;35	1496	75	72;78
Lecce	1614	128	123;133	497	34	31; 36	2111	75	73;78
Regione Puglia	6212	101	99;104	2081	29	28;31	8293	62	61;63

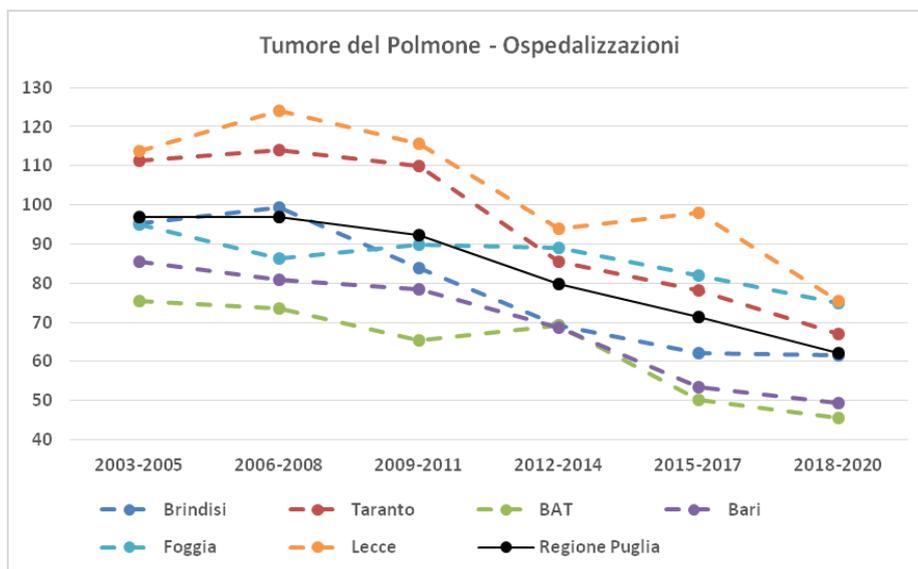
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.11 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del polmone per ASL e genere - Triennio 2018-2020



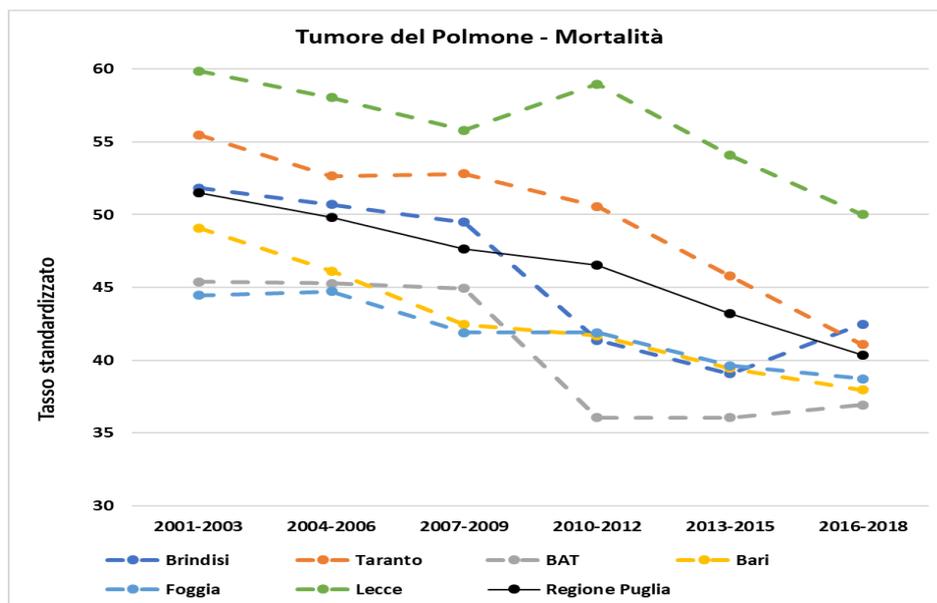
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.12 - Andamento temporale del tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del polmone



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.13 - Andamento temporale del tasso standardizzato di mortalità per 100.000 residenti per il tumore del polmone



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Ospedalizzazioni e mortalità per il tumore della mammella

Nel triennio 2018-2020 si sono verificati 11.540 ricoveri per tumore della mammella in tutta la regione Puglia, pari a un TS di 167 x 100.000 donne. [Tabella 2.1.5]. Il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nell'ASL di Bari mentre quello più alto nella ASL di Lecce (153 vs 186 per 100.000 abitanti). Per il periodo osservato (2003-2020), nella regione Puglia il tasso di ospedalizzazione per tumore della mammella ha un andamento tutto sommato stabile mentre nelle singole ASL si riscontra una variabilità più importante nel tempo con tassi di ospedalizzazione che oscillano e che si differenziano dal valore regionale a seconda del triennio considerato. [Figura 2.1.15]

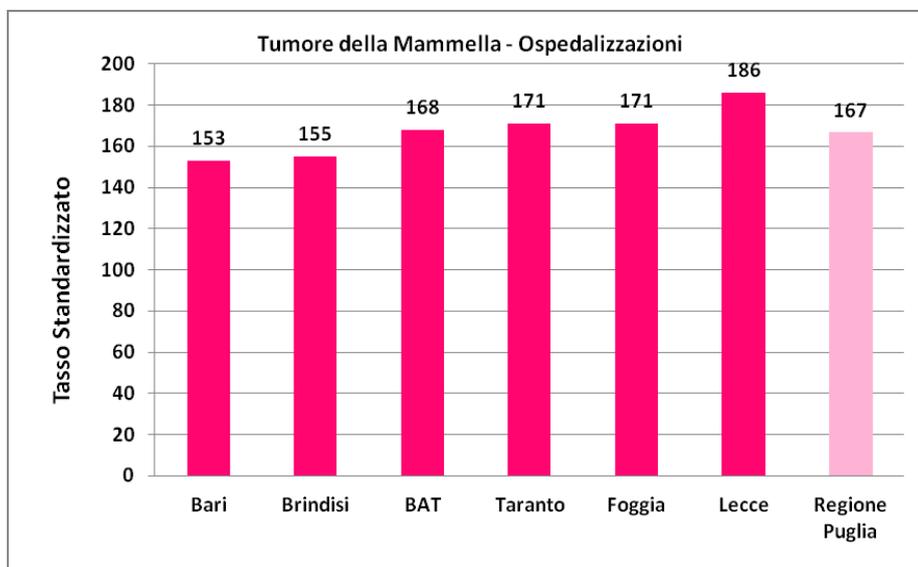
Nell'intera regione Puglia, nel triennio 2016-2018, si sono registrati 2498 decessi con un TS di mortalità pari a 33 per 100.000 donne con una mortalità che è rimasta stabile per tutto il periodo osservato (2001-2018). [Figura 2.1.16]

Tabella 2.1.5 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti [per il tumore della mammella](#) nelle donne per ASL - Triennio 2018-2020

Asl	Femmine		
	N	Tasso	IC 95%
Brindisi	1071	155	147; 163
Taranto	1717	171	164;178
BAT	1056	168	160;177
Bari	3274	153	149;157
Foggia	1747	171	164;178
Lecce	2675	186	180;192
Regione Puglia	11540	167	164;169

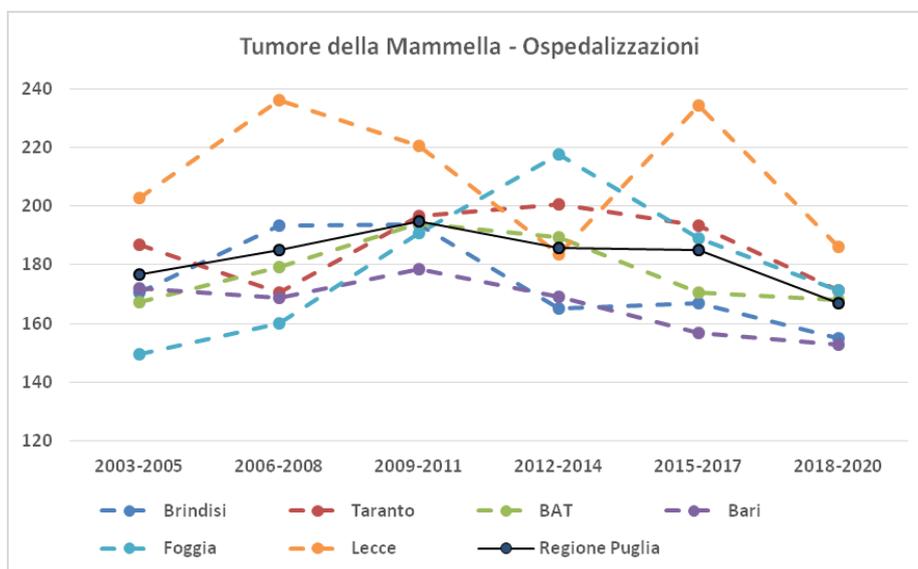
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.14 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore della mammella nelle donne per ASL - Triennio 2018-2020



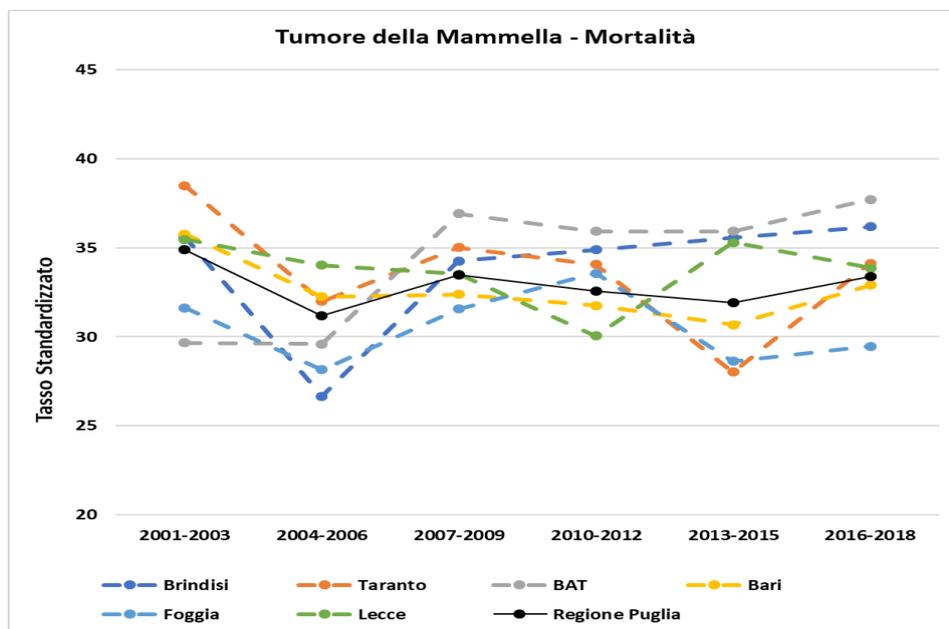
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.15 - Andamento temporale del tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore della mammella



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.16 - Andamento temporale del tasso standardizzato di mortalità per 100.000 residenti per il tumore della mammella



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Ospedalizzazioni e mortalità per il tumore del fegato

Nel triennio 2018-2020 si sono verificati 3158 ricoveri per tumore del fegato in tutta la regione Puglia, pari a un TS di 23 casi x 100.000 abitanti. Il tasso di ospedalizzazione tra gli uomini risulta essere circa 4 volte quello delle donne (39 vs 23 per 100.000 abitanti). [Tabella 2.1.6]. Il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nell'ASL Lecce mentre quello più alto nella ASL di Foggia (19 vs 27 per 100.000 abitanti). La figura 2.1.18 mostra una riduzione nel tempo del tasso di ospedalizzazione del tumore del fegato. Per l'intero periodo, l'ASL di Brindisi presenta i tassi di ospedalizzazione più bassi mentre l'ASL BAT quelli più alti: le differenze tra le ASL si riducono nel tempo con valori che convergono verso il valore regionale.

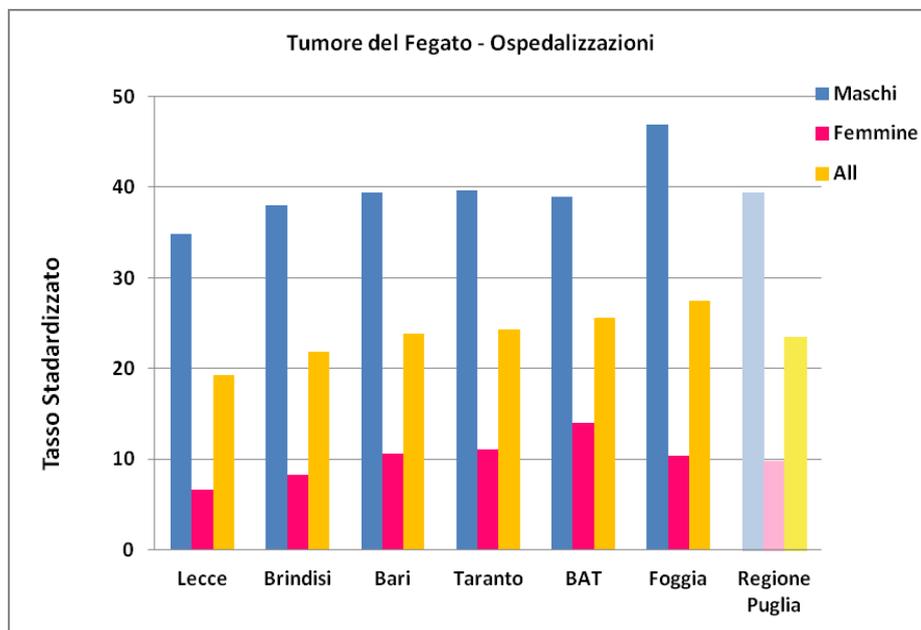
Per quanto riguarda la mortalità, nell'intera regione Puglia, nel triennio 2016-2018, si sono registrati 1811 decessi con un TS di mortalità pari a 14 per 100.000 abitanti, più alto tra gli uomini rispetto alle donne (21 vs 8 per 100.00 abitanti). In Puglia la mortalità si è ridotta passando da 22 decessi ogni 100.000 abitanti nel triennio 2001-2003 a 14 decessi ogni 100.000 abitanti nel triennio 2016-2018. Lo stesso trend si registra in tutte le ASL con una riduzione più marcata nell'ASL BAT. [Figura 2.1.19]

Tabella 2.1.6 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del fegato per ASL e genere - Triennio 2018-2020

Asl	Maschi			Femmine			Totale		
	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%
Brindisi	229	38	34;43	64	8	7;10	293	22	20;24
Taranto	358	40	36;43	119	11	9;13	477	24	23;26
BAT	219	39	35;44	90	14	12;17	309	26	23;28
Bari	747	39	37;42	236	11	9;12	983	24	1
Foggia	433	47	43;51	114	10	9;12	547	27	26;29
Lecce	439	35	32;38	110	7	6;8	549	19	18;21
Regione Puglia	2425	39	38;41	733	10	9;10	3158	23	23;24

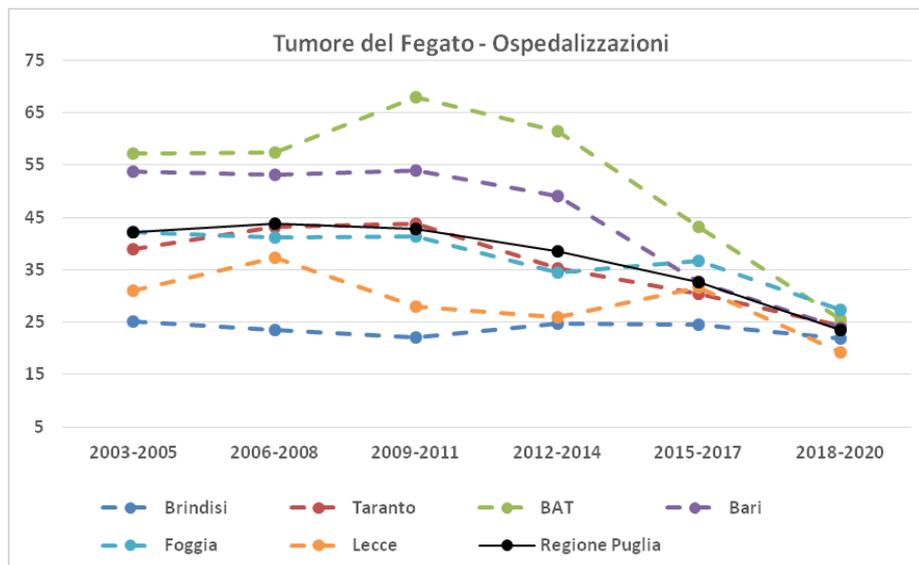
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.17 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del fegato per ASL e genere - Triennio 2018-2020



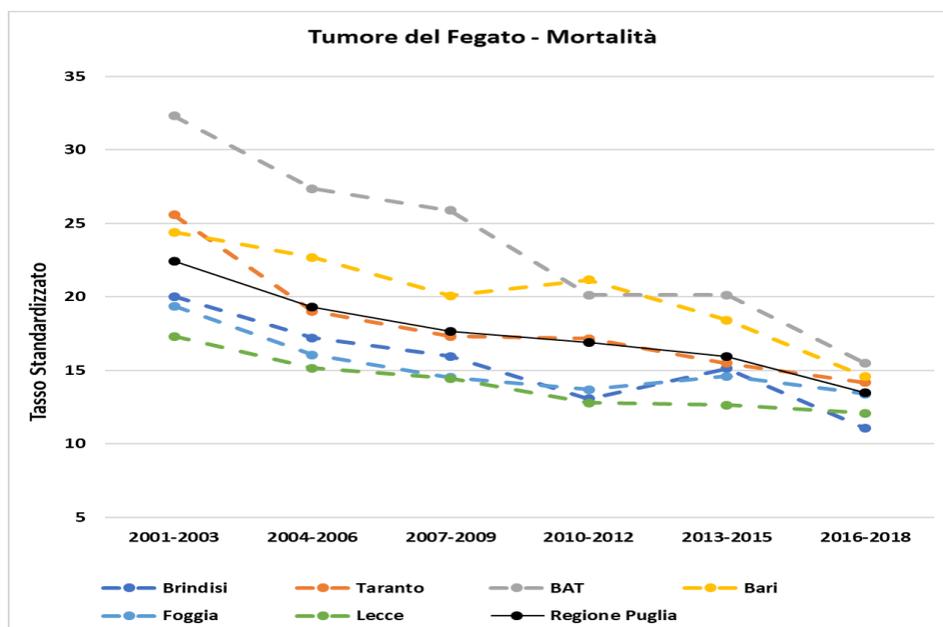
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.18 - Andamento temporale del tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del fegato



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.19 - Andamento temporale del tasso standardizzato di mortalità per 100.000 residenti per il tumore del fegato



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

2.2 Malattie Croniche

Introduzione

Le patologie croniche sono in progressiva crescita e, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata oltre ad una forte integrazione con i servizi sociali, impegnano gran parte delle risorse del SSR. Si stima, infatti, che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche.

La cura per questi pazienti, non potendo prevedere la guarigione, è finalizzata al miglioramento della qualità di vita attraverso una stabilizzazione del quadro clinico e alla prevenzione delle complicanze e della disabilità.

Si tratta in genere di pazienti anziani, spesso affetti da più patologie (comorbidità o multimorbidità), alle cui esigenze assistenziali sanitarie si sommano anche quelle di natura sociali: status socio-familiare, ambientale, accessibilità alle cure ecc...

Il Global Burden of Disease (GBD) 2019 ha confermato che le malattie croniche (Malattie Croniche Non Trasmissibili – MCNT) in generale rappresentano la più frequente causa di morte nei Paesi ad alto e medio reddito. In Italia la prevalenza di patologie croniche ammonta a oltre 95.551 casi per 100.000 residenti per entrambi i generi e per tutte le fasce d'età, con valori più elevati tra le donne rispetto agli uomini (97.448 vs 93.550) e per fasce d'età più elevate.

Le MCNT rendono conto di oltre il 93% di tutte le cause di morte e, di queste, oltre il 40% sono attribuibili a fattori di rischio comportamentali. La cronicità in Italia è inoltre responsabile di oltre il 90% degli anni di vita persi per disabilità o morte prematura - DALYs (Disability-Adjusted Life Years) di cui circa il 44% è attribuibile a fattori di rischio comportamentali. Agire sulla riduzione dei fattori di rischio comportamentali, che rappresentano determinanti della salute modificabili, si conferma una priorità di sanità pubblica.

La sorveglianza Passi ha evidenziato come, nel quadriennio 2016-2019, al 18.2% della popolazione italiana intervistata fra 18 e 69 anni e al 61% degli ultra64enni il medico ha diagnosticato una o più tra le seguenti patologie: insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori (comprese leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato o cirrosi.

In Puglia, la percentuale di soggetti con almeno una cronicità è più bassa rispetto a quella nazionale (9.9% vs 18.4%) nella fascia 18-69 anni mentre risulta del tutto confrontabile nella fascia degli ultra64enni (58.8% vs 59.4) [Tabella 2.2.1]. Le patologie croniche più frequentemente riferite, fra i 18 e i 64 anni, sono il diabete (4%), le malattie respiratorie croniche (3%) e le cardiopatie (3%). Tra gli ultra 64enni le cardiopatie (34%), il diabete (25%), le malattie respiratorie croniche (21%), l'insufficienza renale (10%), i tumori (10%), l'ictus o ischemia cerebrale (7%), e le malattie croniche del fegato e/o cirrosi (4%) [Figura 2.2.1].

La condizione di cronicità risulta essere più frequente tra i soggetti più anziani (49.9% nella fascia 65-74 anni vs 74.8 nella fascia ultra85enni), tra le persone meno istruite (68.3% tra i soggetti con nessuna istruzione o licenza elementare vs 47.6% tra i soggetti laureati) e tra le quelle con maggiori difficoltà economiche (54.9% tra i soggetti senza difficoltà vs 73.6% tra quelli con molte difficoltà economiche) [Tabella 2.2.2].

Tabella 2.2.1 – Cronicità nella popolazione generale: confronto Puglia vs Italia – Sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento (periodo 2020-2021).

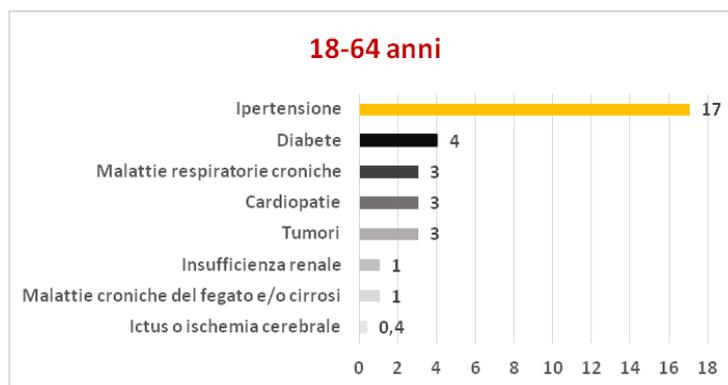
PASSI	18-64 anni					
	Puglia			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Persone senza patologie croniche*	90.1	89.2	90.9	81.6	81.1	82.1
Persone con almeno 1 patologie cronica*	9.9	9.1	10.8	18.4	17.9	18.9
Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbidità)*	1.9	1.5	2.3	4.2	4.0	4.5

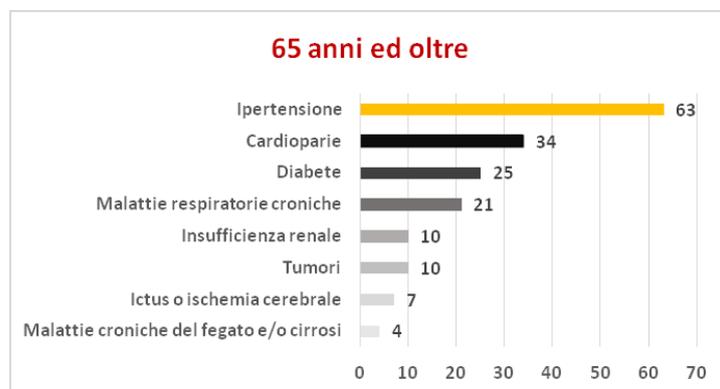
PASSI d'Argento	≥ 65 anni					
	Puglia			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Persone senza patologie croniche*	41.2	35.0	47.7	40.6	39.3	41.9
Persone con almeno 1 patologie cronica*	58.8	52.3	65.0	59.4	58.1	60.7
Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbidità)*	27.2	22.6	32.4	24.5	23.4	25.6

Fonte: <https://www.epicentro.iss.it/passi>

*insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori (comprese leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato o cirrosi.

Figura 2.2.1 – Patologie croniche più frequenti in accordo all'età: regione Puglia - Sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento – (%).





Fonte: <https://www.epicentro.iss.it/passi>

Tabella 2.2.2 – Presenza di almeno una cronicità in accordo alle caratteristiche socio-demografiche nella popolazione italiana - Sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento – Periodo 2020-2021.

		18-64 anni		
		Italia		
		%	IC95% inf	IC95% sup
Età	18-34	7.4	6.7	8.1
	35-49	12.9	12.1	13.7
	50-69	29.5	28.5	30.4
Sesso	uomini	18.7	18.0	19.5
	donne	18.3	17.4	18.8
Istruzione	nessuna/ elementare	37.0	33.5	40.6
	media inferiore	23.9	22.8	25.0
	media superiore	16.0	15.3	16.7
	laurea	14.4	13.4	15.4
Difficoltà economiche	molte	27.9	25.7	30.2
	qualche	19.9	19.0	20.9
	nessuna	16.3	15.7	17.0
Cittadinanza	italiana	18.5	18.0	19.0
	straniera	15.9	13.8	18.1
Macro area di residenza	nord	20.9	20.0	21.9
	centro	18.0	17.1	18.9
	sud e isole	16.7	16.0	17.5

>= 65 anni				
		Italia		
		%	IC95% inf	IC95% sup
Età	65-74	49.9	47.7	52.2
	75-84	66.2	64.4	67.9
	85 o più	74.8	72.6	76.8
Sesso	uomini	60.4	58.4	62.4
	donne	58.6	56.9	60.3
Istruzione	nessuna / elementare	68.3	66.4	70.1
	media inferiore	57.3	55.1	59.5
	media superiore	51.9	48.0	54.9
	laurea	47.6	44.0	51.2
Difficoltà economiche	molte	73.6	68.6	78.1
	qualche	65.5	63.1	67.1
	nessuna	54.9	53.3	56.4
Vivere soli	no	58.8	57.5	60.2
	sì	61.5	58.2	64.5
Macro area di residenza	nord	56.9	55.1	58.8
	centro	59.0	57.3	60.7
	sud e isole	61.5	58.9	63.9

Fonte: <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/croniche>

<https://www.epicentro.iss.it/passi-argento>

Focus sulle patologie croniche

Di seguito sono illustrati i tassi standardizzati diretti per diversi livelli di aggregazione territoriale relativamente alle seguenti patologie:

Diabete

Ipertensione

BPCO/Asma con e senza insufficienza respiratoria

Cardiopatia ipertensiva con Scompenso Cardiaco.

Per l'identificazione degli assistiti con una delle 4 patologie di interesse sono stati ridefiniti gli algoritmi ritenuti più opportuni sulla base delle ormai numerose esperienze condotte sui data base della Regione Puglia (in particolare nello sviluppo, definizione e validazione dell'Indice di esposizione ai farmaci - DDCl – DrugDerivedComplexity Index).

Diabete

Il diabete è una malattia cronica con impatto elevato per il sistema sanitario e destinato a crescere negli anni futuri. Si tratta di un trend coerente con quello che si osserva in tutto il mondo soprattutto nei Paesi sviluppati e legato strettamente all'invecchiamento della popolazione e allo stile di vita.

Relativamente all'anno 2019, tra i soggetti ultra40enni, la prevalenza del diabete per la regione Puglia è risultata pari a 114 casi per 1000 assistiti, più alta tra gli uomini rispetto alle donne (127 vs 102 – tasso standardizzato per 1000 assistiti) [Tabella 2.2.3]. La prevalenza del diabete aumenta con l'età: tra gli uomini, si passa da 48 casi per 1000 assistiti nella fascia 40-59 anni a 254 casi per 1000 assistiti nella fascia 70-79 per poi diminuire leggermente negli ultra85enni) [Figura 2.2.3].

L'analisi per asl di residenza mette in luce come, nel 2019, vi sia una variabilità nei tassi di prevalenza: l'asl di Lecce fa registrare una prevalenza più bassa di quella regionale ($103^0/_{00}$) mentre l'asl di Foggia presenta un tasso superiore ($122^0/_{00}$).

Dall'analisi dell'andamento temporale della patologia, si evince una crescita della prevalenza dal 2006 al 2011 mentre a partire dal 2012 il valore rimane costante e si attesta intorno a quello dell'anno 2019. Ciascuna asl ripercorre nel tempo lo stesso andamento temporale della regione Puglia confermando la variabilità tra le asl stesse: per tutto il periodo osservato, la curva relativa all'asl di Lecce rimane al di sotto di quella regionale mentre per l'asl di Foggia si registrano valori al di sopra del dato regionale [Figura 2.2.4].

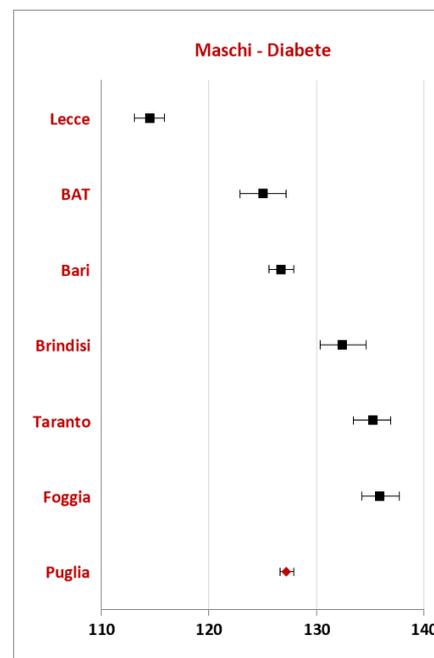
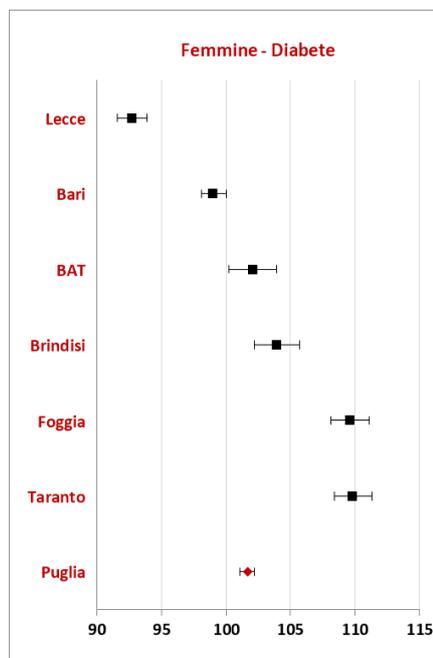
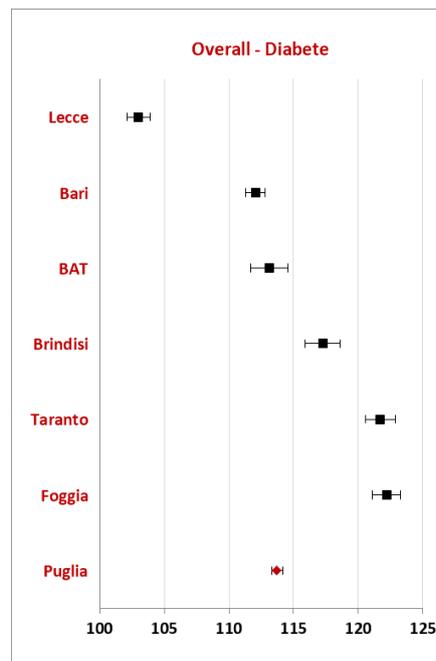
Tabella 2.2.3 - Tasso di prevalenza standardizzato del diabete per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2019

ASL	Totale			Femmine			Maschi		
	N	Tasso x 1.000	IC 95%	N	Tasso x 1.000	IC 95%	N	Tasso x 1.000	IC 95%
Brindisi	28564	117.3	115.9; 118.6	14082	103.9	102.2; 105.7	14482	132.4	130.3; 134.6
Taranto	44686	121.7	120.6; 122.9	22083	109.8	108.4; 111.3	22603	135.2	133.4; 136.9
BAT	24627	113.1	111.7; 114.6	11834	102.1	100.2; 103.9	12793	125.0	122.9; 127.2
Bari	87378	112.1	111.3; 112.8	41989	99.0	98.1; 100.0	45389	126.7	125.6; 127.9
Foggia	45110	122.2	121.1; 123.3	22159	109.6	108.1; 111.1	22951	135.9	134.2; 137.7
Lecce	54129	103.0	102.1; 103.9	27490	92.7	91.6; 93.9	26639	114.5	113.1; 115.9
Regione Puglia	284494	113.7	113.3; 114.2	139637	101.7	101.1; 102.2	144857	127.2	126.6; 127.9

Numerosità, tasso di prevalenza standardizzato per 1.000 assistiti e relativo intervallo di confidenza al 95% (CI 95%)

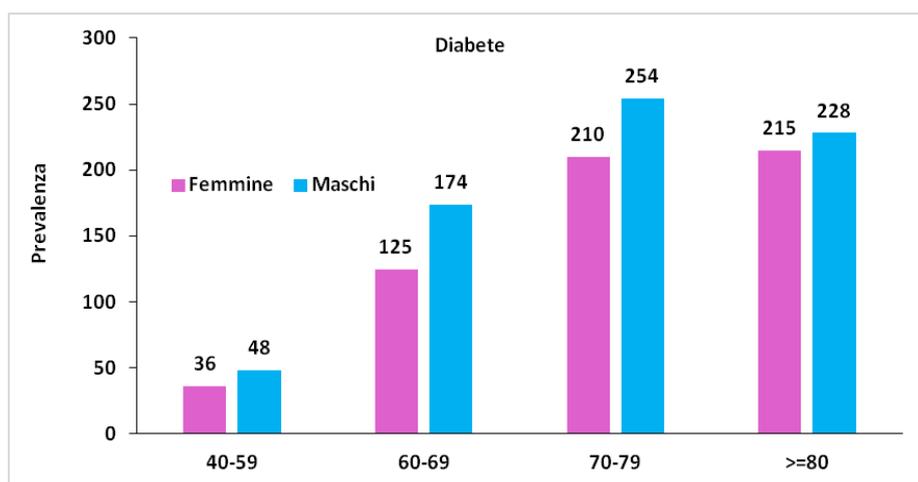
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.2 - Tasso di prevalenza standardizzato del diabete per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2019



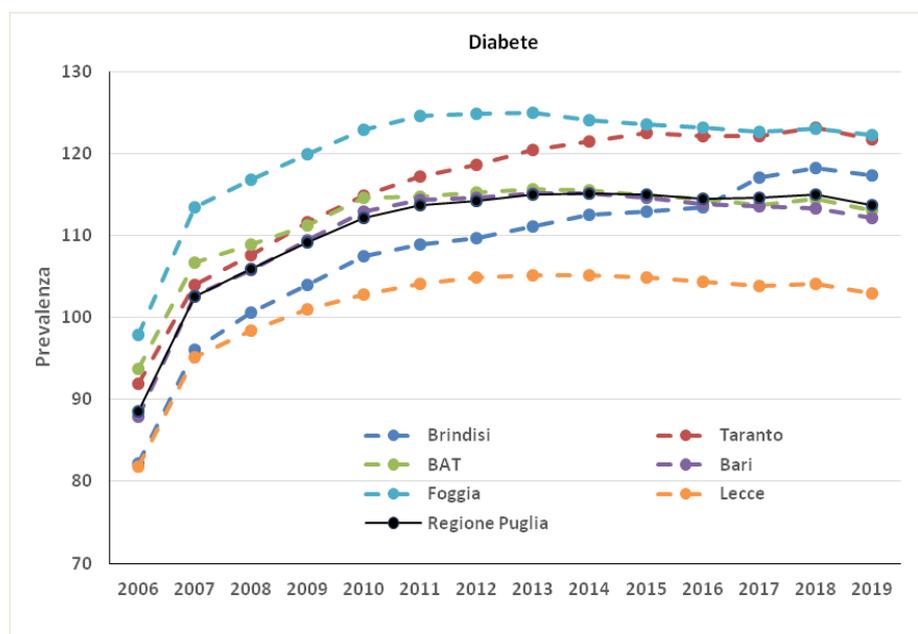
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.3 - Prevalenza del diabete per età e genere – Regione Puglia - anno 2019- tasso standardizzato per 1000 assistiti



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.4 – Andamento temporale della prevalenza di diabete per Asl e per la regione Puglia - tasso standardizzato per 1000 assistiti



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Ipertensione

L'ipertensione arteriosa, che costituisce non solo una condizione patologica di per sé, ma anche uno dei principali fattori di rischio cardiovascolare, risulta essere una condizione cronica ad elevata prevalenza.

Nel 2019, in Puglia, negli ultra40enni si sono registrati 414 casi ogni 1000 assistiti con valori diversi nei due sessi (408 tra le donne e 419 tra gli uomini ogni 1000 assistiti).

L'asl di Taranto registra la prevalenza più alta (447⁰/₀₀) mentre l'asl di BAT quella più bassa (397⁰/₀₀) [Tabella 2.2.4]. Questa variabilità tra asl è confermata dalla figura 2.2.7 che mostra come l'ASL di Taranto traccia una curva temporale al di sopra di quella relativa alla regione Puglia mentre l'asl BAT registra sempre valori al di sotto di quelli regionali. L'incremento della prevalenza si registra dal 2006 al 2010 raggiungendo un livello che si mantiene costante per il resto del periodo di osservazione.

La figura 2.2.6 mostra un approfondimento della prevalenza di ipertensione nella regione Puglia per genere e fasce d'età nella popolazione ultra40enne. Questa aumenta con l'età sia nei maschi che nelle femmine con valori che vanno da 177 e 209 casi ogni 1000 assistiti nella fascia 40-59 anni a 817 e 765 ogni 1000 assistiti nella fascia degli ultra80enni (rispettivamente per femmine e maschi).

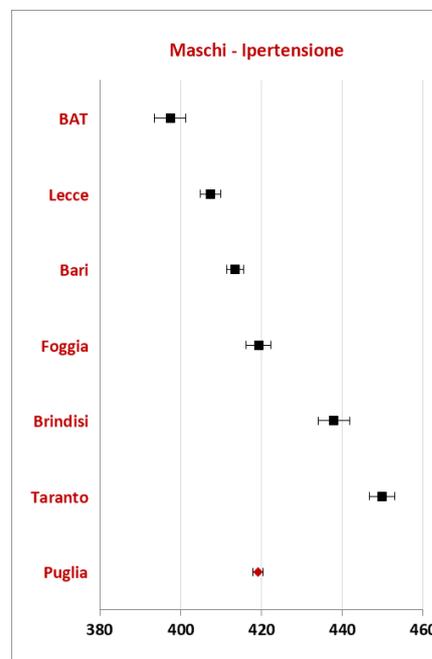
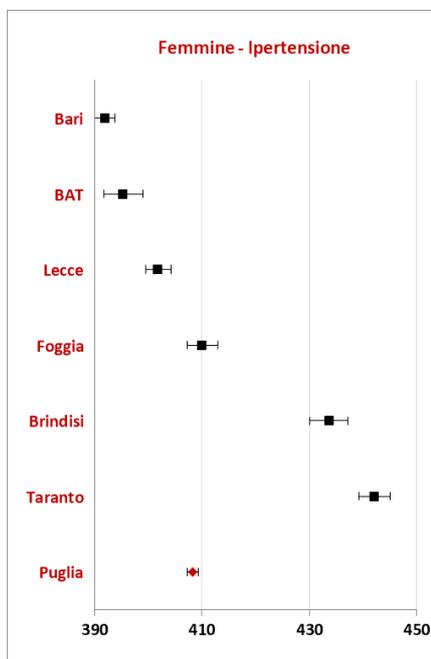
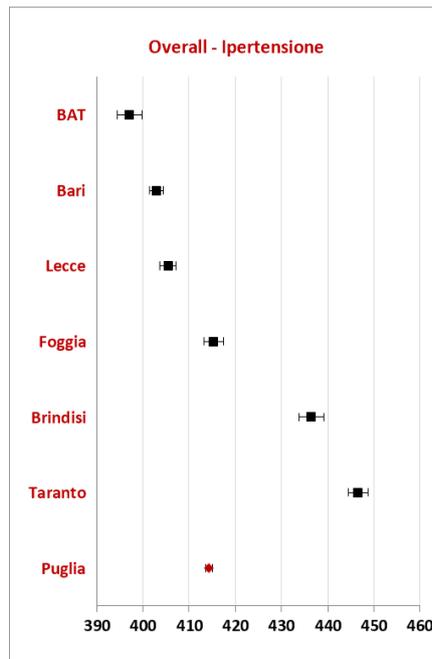
Tabella 2.2.4 - Tasso di prevalenza standardizzato di ipertensione per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2019

ASL	Totale			Femmine			Maschi		
	N	Tasso x 1.000	IC 95%	N	Tasso x 1.000	IC 95%	N	Tasso x 1.000	IC 95%
Brindisi	106145	436.4	433.8; 439.1	58334	433.6	430.1; 437.2	47811	437.9	434; 441.9
Taranto	163416	446.6	444.5; 448.8	88157	442.1	439.2; 445.1	75259	449.9	446.7; 453.1
BAT	86952	397.1	394.4; 399.7	46031	395.3	391.7; 399	40921	397.4	393.6; 401.3
Bari	315636	402.9	401.5; 404.3	166516	391.9	390; 393.8	149120	413.5	411.4; 415.6
Foggia	153911	415.3	413.2; 417.4	82773	410.0	407.2; 412.9	71138	419.3	416.2; 422.4
Lecce	212247	405.5	403.7; 407.2	117341	401.8	399.5; 404.2	94906	407.4	404.8; 410
Regione Puglia	1038307	414.3	413.5; 415.1	559152	408.3	407.2; 409.4	479155	419.2	418; 420.4

Numerosità, tasso di prevalenza standardizzato per 1.000 assistiti e relativo intervallo di confidenza al 95% (CI 95%)

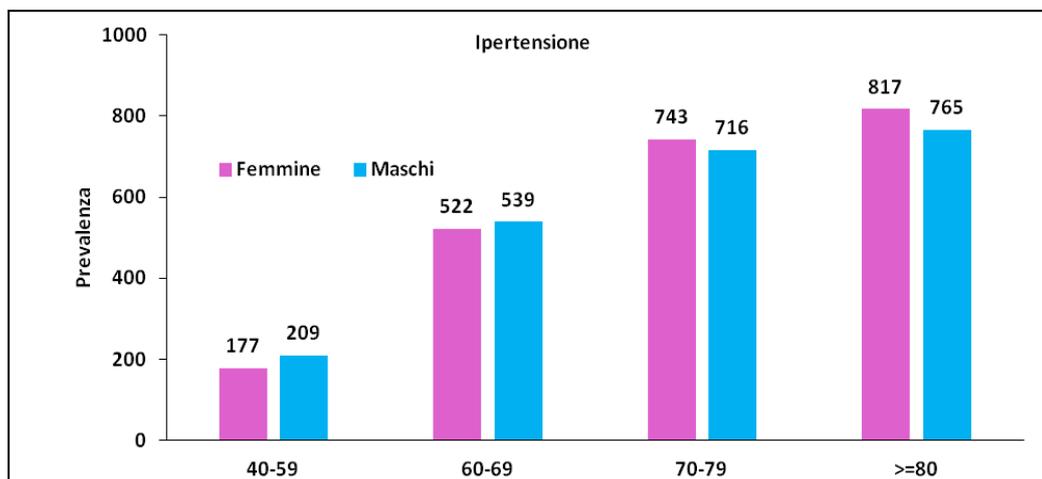
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.5 - Tasso di prevalenza standardizzato di ipertensione per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2019



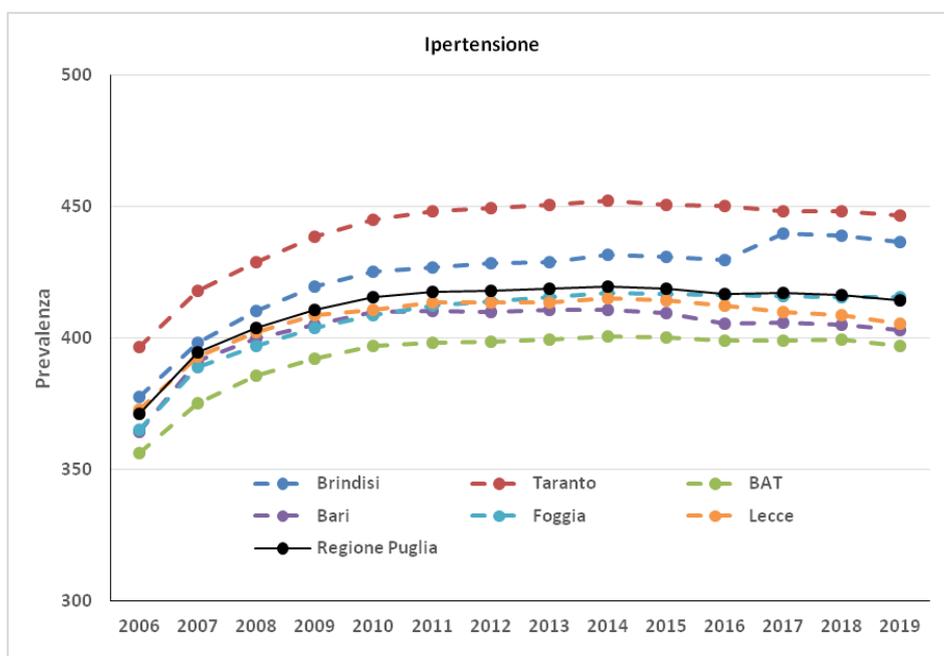
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.6 - Prevalenza dell'ipertensione per età e genere – Regione Puglia - anno 2019 - tasso standardizzato per 1000 assistiti



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.7 – Andamento temporale della prevalenza dell'ipertensione per Asl e per la regione Puglia - tasso standardizzato per 1000 assistiti



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

BPCO/Asma con e senza insufficienza respiratoria

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è una malattia infiammatoria progressiva delle vie aeree con forte impatto sui costi sociali e sanitari sia per la alta prevalenza (circa 20% nella classe di età 65+ anni) sia per le conseguenze invalidanti legate all'insufficienza respiratoria e lo scompenso cardiaco che caratterizzano gli stadi gravi.

Nel 2019, in Puglia, tra gli over40anni, si registra una prevalenza di BPCO pari a 64 casi ogni 1000 persone (tasso standardizzato). Complessivamente la prevalenza di BPCO è più alta tra gli uomini (73 casi ogni 1000 persone) che tra le donne (58 casi ogni 1000 persone) con un rapporto M/F che aumenta con l'età. La figura 2.2.9 infatti, mostra un approfondimento della prevalenza (per 1000 persone) con BPCO in Puglia per genere e fascia d'età nella popolazione con 40 anni o più. La prevalenza aumenta con l'età sia nei maschi che nelle femmine; nelle fasce di età più elevate (70-79, 80+) i maschi hanno una prevalenza nettamente più alta delle femmine.

Per quanto riguarda l'andamento temporale della patologia, sia nell'intera regione che nelle diverse provincie si registra un andamento ciclico di incremento e decremento della prevalenza con un ultimo quadriennio (2016-2019) discendente. [Figura 2.2.10]

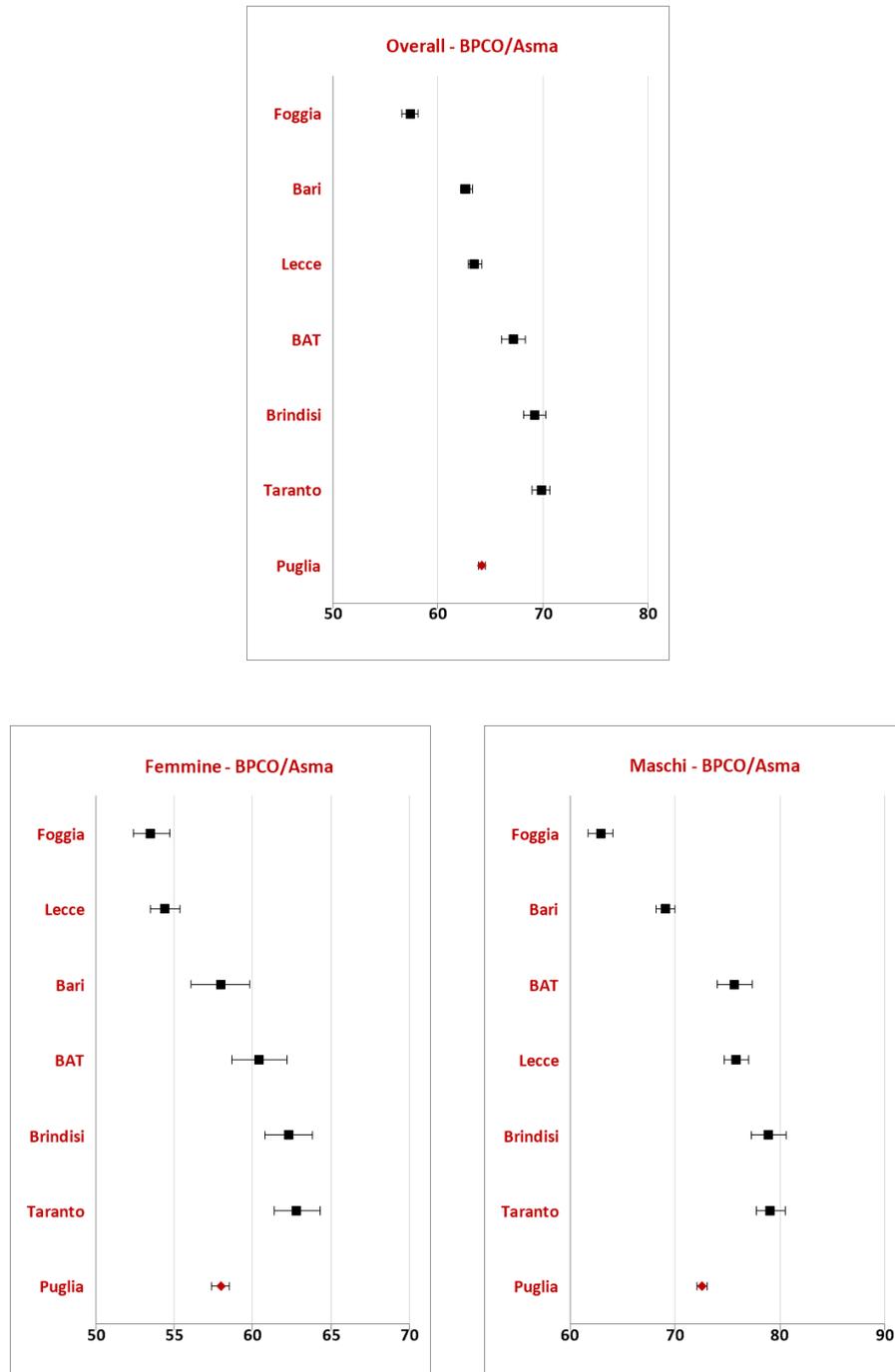
Tabella 2.2.5 - Tasso di prevalenza standardizzato di BPCO per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2018

ASL	Totale			Femmine			Maschi		
	N	Tasso x 1.000	IC 95%	N	Tasso x 1.000	IC 95%	N	Tasso x 1.000	IC 95%
Brindisi	16929	69.2	68.2; 70.3	8372	62.3	61; 63.7	8557	78.9	77.3; 80.6
Taranto	25813	69.9	69; 70.7	12616	62.8	61.7; 63.9	13197	79.1	77.8; 80.5
BAT	14785	67.2	66.1; 68.3	7074	60.4	59; 61.8	7711	75.7	74; 77.4
Bari	49486	62.7	62.2; 63.3	24700	58.0	57.3; 58.7	24786	69.1	68.2; 70
Foggia	21481	57.4	56.6; 58.1	10866	53.5	52.5; 54.5	10615	62.9	61.7; 64.1
Lecce	33838	63.5	62.9; 64.2	16071	54.4	53.6; 55.3	17767	75.8	74.7; 77
Regione Puglia	162332	64.2	63.9; 64.5	79699	58.0	57.5; 58.4	82633	72.6	72.1; 73.1

Numerosità, tasso di prevalenza standardizzato per 1.000 assistiti e relativo intervallo di confidenza al 95% (CI 95%)

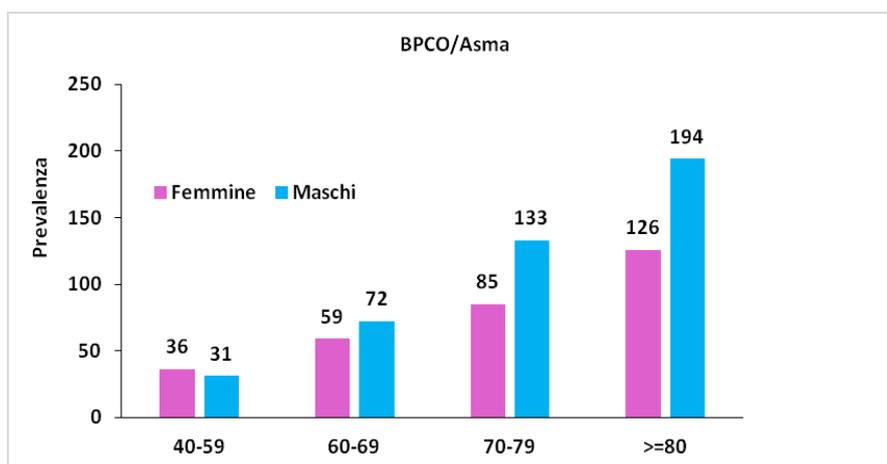
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.8 - Tasso di prevalenza standardizzato di BPCO per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) - anno 2019



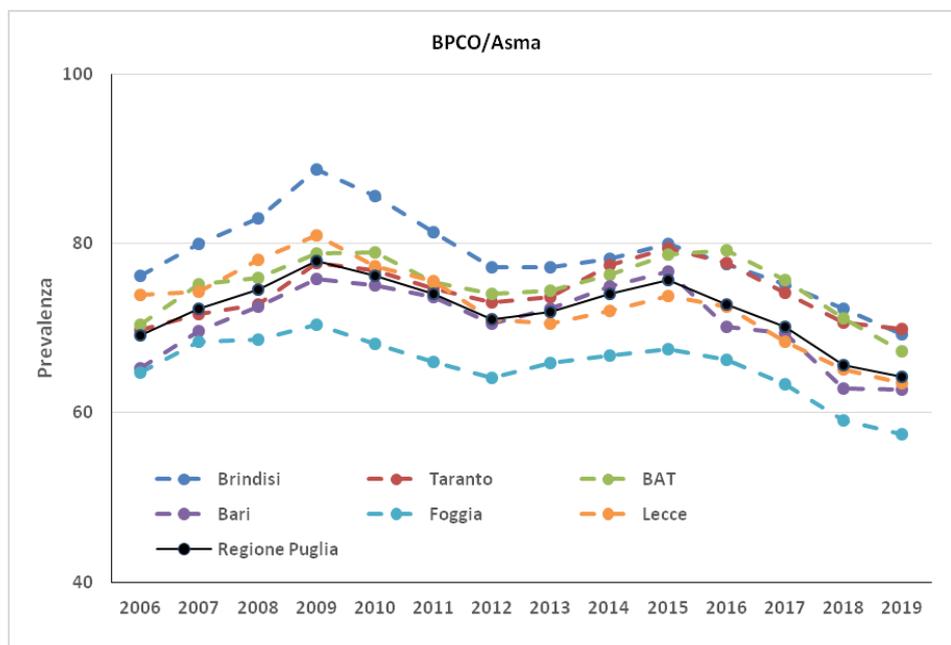
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.9 - Prevalenza della BPCO per età e genere – Regione Puglia - anno 2019 - tasso standardizzato per 1000 assistiti



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.10 – Andamento temporale della prevalenza della BPCO per Asl e per la regione Puglia - tasso standardizzato per 1000 assistiti



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Cardiopatia ipertensiva con Scoppio Cardiaco (CHF)

Nel 2019, in Puglia, negli ultra40enni si sono registrati 97 casi ogni 1000 persone con valori confrontabili nei due sessi (94 tra le donne e 100 tra gli uomini ogni 1000 assistiti). [Tabella 2.2.6]. La figura 2.2.12 mostra un approfondimento della prevalenza di scoppio cardiaco nella regione Puglia per genere e fasce d'età nella popolazione ultra40enne. Questa aumenta con l'età sia nei maschi che nelle femmine con valori che vanno da 19 e 28 casi ogni 1000 assistiti nella fascia 40-59 anni a 317 e 283 ogni 1000 assistiti nella fascia degli ultra80enni (rispettivamente per femmine e maschi).

Nell'anno 2019, l'asl di Taranto registra la prevalenza più alta (111⁰/₀₀) mentre l'asl di Bari quella più bassa (88⁰/₀₀) [Tabella 2.2.6]. Questa variabilità tra asl è confermata dalla figura 2.2.7 che mostra come l'ASL di Taranto traccia nel tempo una curva al di sopra di quella relativa alla regione Puglia mentre l'asl di Bari registra sempre valori al di sotto di quelli regionali. L'incremento della prevalenza si registra per tutto il periodo di osservazione (dal 2006 al 2019).

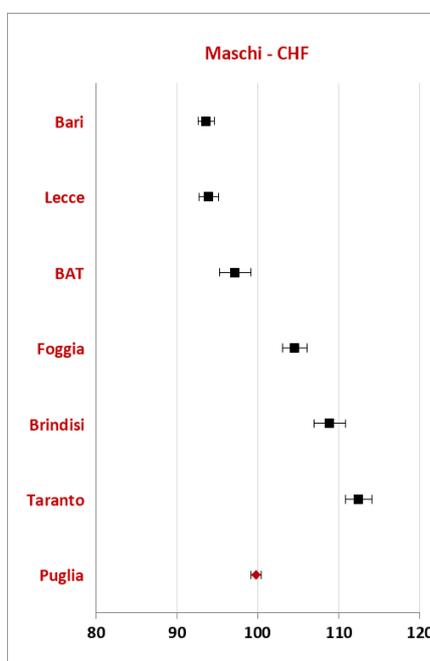
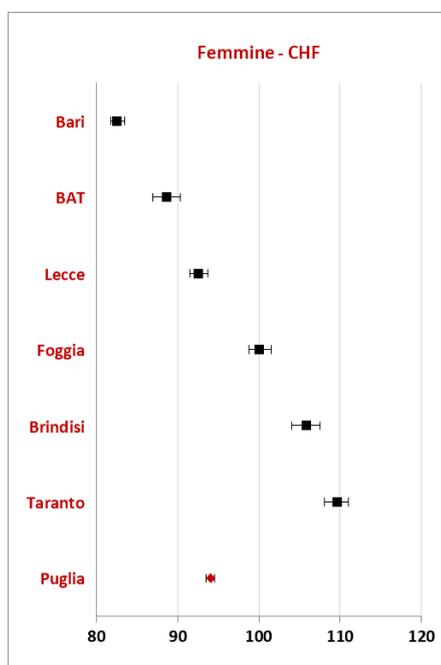
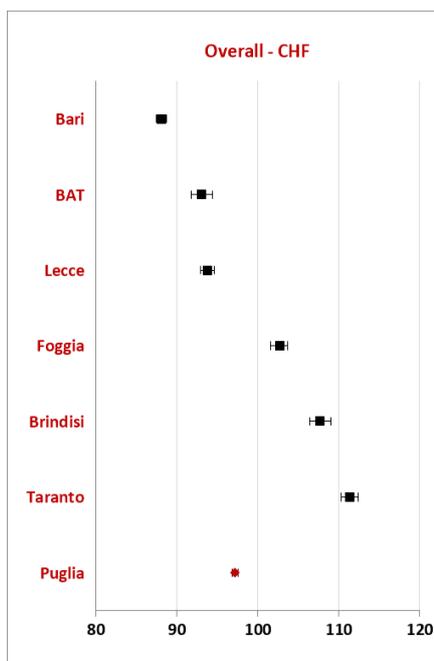
Tabella 2.2.6 - Tasso di prevalenza standardizzato della CHF per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2019

ASL	Totale			Femmine			Maschi		
	N	Tasso x 1.000	IC 95%	N	Tasso x 1.000	IC 95%	N	Tasso x 1.000	IC 95%
Brindisi	26925	107.7	106.4; 109	15102	105.8	104.1; 107.5	11823	108.8	106.9; 110.8
Taranto	41774	111.4	110.3; 112.4	23029	109.6	108.1; 111	18745	112.4	110.8; 114.1
BAT	20355	93.1	91.8; 94.4	10585	88.7	87; 90.4	9770	97.2	95.3; 99.2
Bari	70449	88.1	87.5; 88.8	37114	82.6	81.8; 83.5	33335	93.6	92.6; 94.6
Foggia	39105	102.7	101.6; 103.7	21488	100.1	98.8; 101.5	17617	104.5	103; 106.1
Lecce	51129	93.8	93; 94.6	29158	92.6	91.5; 93.7	21971	93.9	92.7; 95.2
Regione Puglia	249737	97.2	96.8; 97.6	136476	94.1	93.5; 94.6	113261	99.8	99.2; 100.4

Numerosità, tasso di prevalenza standardizzato per 1.000 assistiti e relativo intervallo di confidenza al 95% (CI 95%)

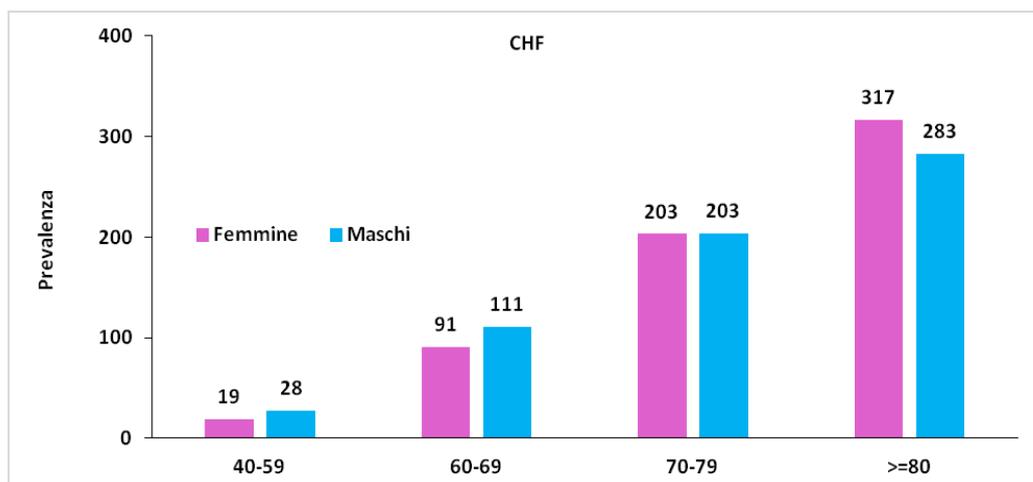
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.11 – Tasso di prevalenza standardizzato della CHF per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2019



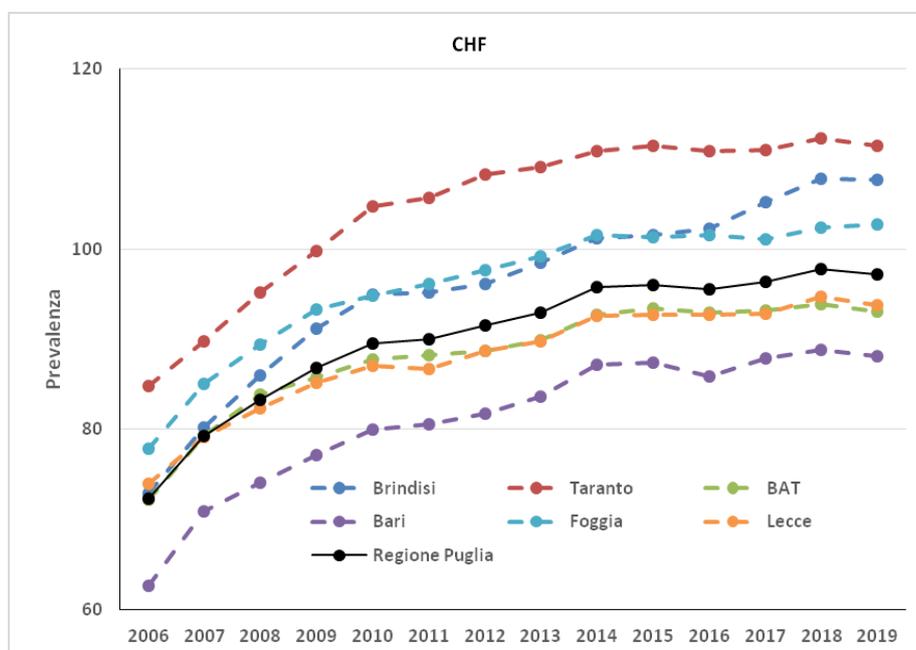
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.12 - Prevalenza della CHF per età e genere – Regione Puglia - anno 2019 - tasso standardizzato per 1000 assistiti



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.13 – Andamento temporale della prevalenza della CHF per Asl e per la regione Puglia - tasso standardizzato per 1000 assistiti



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

- Con riferimento ai **Presidi Territoriali di Assistenza** previsti nella Regione si rappresenta quanto segue.

Con il Regolamento regionale 21 gennaio 2019 n.7 ad oggetto “Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza” sono previsti n.33 Presidi Territoriali di Assistenza e i Presidi Post Acuzie derivanti dalla riconversione delle n.34 strutture ospedaliere.

Successivamente, con Deliberazione di Giunta Regionale 19 marzo 2020 n.375 è stato approvato il Regolamento regionale 11 maggio 2020, n.9, recante “Modifiche al Regolamento regionale 21 gennaio 2019 n.7 (Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza)”.

Nella seguente tabella sono riportati i Presidi Territoriali di Assistenza e n.4 Presidi Post Acuzie attualmente previsti dalla programmazione regionale.

ASL BA	ASL FG	ASL BT	ASL BR	ASL TA	ASL LE
RUTIGLIANO	TORREMAGGIORE	MINERVINO MURGE	MESAGNE	MASSAFRA	CAMPI SALENTINA
ALTAMURA	SAN MARCO IN LAMIS/SANNICANDRO GARGANICO	SPINAZZOLA	CEGLIE MESSAPICA	MOTTOLA	NARDÒ
GRAVINA	MONTE SANT'ANGELO	TRANI	CISTERNINO	GROTTAGLIE (PPA)	POGGIARDO
BITONTO	VICO DEL GARGANO/VIESTE	CANOSA (PPA)	FASANO		MAGLIE
RUVO	TROIA/ACCADIA		SAN PIETRO VERNOTICO		GAGLIANO DEL CAPO
GIOIA DEL COLLE			BRINDISI		
NOCI					
GRUMO APPULA					
CONVERSANO					
TERLIZZI (PPA)					
TRIGGIANO (PPA)					

- Con riferimento alla **assistenza primaria** e alla **pediatria di libera scelta** si rappresenta quanto segue.

Ai sensi dell'art 8 dell'ACN 28/4/2022 i medici di assistenza primaria operano all'interno del nuovo assetto definito dall'articolo 2, comma 3 e aderiscono, secondo quanto previsto dall'articolo 6 dello stesso ACN, al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso ed il mantenimento della convenzione.

Il nuovo assetto organizzativo prevede l'istituzione di forme organizzative mono professionali Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali Unità Complessa di Cure Primaria (UCCP), osservando i seguenti criteri generali:

- a) istituzione delle AFT in tutto il territorio regionale;
- b) istituzione delle UCCP in tutto il territorio regionale tenendo conto delle caratteristiche territoriali e demografiche, salvaguardando il principio dell'equità di accesso alle cure anche attraverso una gradualità della complessità organizzativa;
- c) realizzazione del collegamento funzionale tra AFT e UCCP tramite idonei sistemi informatici e informativi.

Gli AA.II.RR. saranno rispondenti alle esigenze assistenziali del territorio, anche attraverso la definizione di indicatori di performance, di processo e di risultato su obiettivi di salute dei cittadini così come di seguito riportato:

- a) miglioramento delle condizioni sociosanitarie e aumento della sopravvivenza, mediante incremento dell'assistenza domiciliare e la presa in carico dei pazienti cronici e non deambulabili;
- b) potenziamento del Piano Regionale prevenzione vaccinale da realizzarsi attraverso strategie efficaci e omogenee sul territorio nazionale, strutturando protocolli d'intesa nell'ambito degli Accordi integrativi regionali (AIR) con i MaP per la somministrazione dei vaccini e dei test di rilevazione delle infezioni;
- c) riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso. Con i nuovi AA.II.RR. sarà prevista l'integrazione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria e delle loro forme organizzative con le strutture, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio, per garantire la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata, e per sette giorni alla settimana ed evitare, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate, anche con il coinvolgimento dei medici nelle prestazioni diagnostiche di primo livello collegate all'accesso improprio.

Sempre in coerenza con la programmazione regionale in tema di prestazioni necessarie e di fabbisogno, negli AA.II.RR. devono essere previsti specificamente il coinvolgimento e la partecipazione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, che distinguano i primi accessi dai percorsi di follow-up nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previsti dalle normative vigenti, con una effettiva presa in carico dell'utente/paziente.

Le forme organizzative multiprofessionali (UCCP) per le quali è previsto il collegamento funzionale con le AFT tramite idonei sistemi informatici e informativi, realizzano i propri compiti attraverso:

- a) la programmazione delle proprie attività in coerenza con l'attività del Distretto di riferimento;
- b) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto, sentito il Comitato aziendale, e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità previste;
- c) la programmazione di audit clinici e organizzativi, coinvolgendo anche i referenti di AFT di medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale.

Come definito in ACN, le attività, gli obiettivi e i livelli di performance della AFT sono parte integrante del programma delle attività territoriali. All'interno della programmazione regionale e in relazione a eventuali specificità territoriali, saranno fornite indicazioni alle AA.SS.LL. al fine di garantire una logistica semplificata nella distribuzione dei vaccini, qualora gli stessi non siano distribuiti per il tramite delle farmacie territoriali.

- Con riferimento alla **continuità assistenziale** si rappresenta quanto segue.

Ai sensi dell'art. 31 dell'ACN 28.4.2022 i medici già titolari di incarico di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale assumono la denominazione di medici del ruolo unico di assistenza primaria.

Il ruolo unico di assistenza primaria di cui D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189 prevede che i medici del ruolo unico di assistenza primaria svolgano attività professionale a ciclo di scelta e/o su base oraria, operando nelle AFT e nelle forme organizzative multiprofessionali (UCCP) come in precedenza individuate.

Con riferimento ai medici di continuità assistenziale al fine di dare attuazione al dettato dell'art. 2 della L.R. 18 dicembre 2018, n. 66 le AA.SS.LL. sono state invitate a individuare spazi in prossimità dei Pronto Soccorso per allocare le sedi di continuità assistenziale a cui demandare la gestione dei codici bianchi o verdi a bassa complessità. Tale modello organizzativo consentirà la gestione dei pazienti privi di urgenza clinica spostando dal Pronto Soccorso al territorio le problematiche che non necessitano di risposta ospedaliera e che rientrano nella competenza territoriale.

- Con riferimento alla **specialistica ambulatoriale** si rappresenta quanto segue.

Ai sensi dell'art. 6 dell'ACN 30/3/2021, gli specialisti ambulatoriali e i professionisti operano obbligatoriamente all'interno delle nuove forme organizzative e aderiscono obbligatoriamente al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione. Le Regioni definiscono gli atti di programmazione inerenti alle forme organizzative (AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale e UCCP – Unità Complessa di Cure Primarie), comunque denominate a livello regionale. Le Regioni valutano la possibilità di integrare nelle AFT della specialistica ambulatoriale e nelle UCCP anche i veterinari per attività correlate alla prevenzione. In tal caso i veterinari interessati operano obbligatoriamente nelle nuove forme organizzative.

Le AFT di cui all'articolo 1 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, nella L. 8 novembre 2012, n. 189 sono forme organizzative mono-professionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione, tenuto conto della consistenza dell'offerta specialistica esistente nelle varie specialità e della potenziale domanda. Esse condividono in forma strutturata obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi. La AFT contribuisce a garantire l'assistenza attraverso la collaborazione con le AFT della medicina generale e della pediatria di libera scelta e con le UCCP del Distretto. L'organizzazione della AFT degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari di cui all'articolo 6, comma 3 e dei professionisti prevede che i suoi componenti operino presso le sedi indicate dall'Azienda, le UCCP ovvero presso le sedi delle AFT della medicina generale e della pediatria di libera scelta.

A tale riguardo con deliberazione di Giunta regionale n. 1618 del 21/11/22 si è proceduto a recepire l'Accordo Integrativo Regionale della Specialistica ambulatoriale.

- Con riferimento ai **Distretti Socio Sanitari** si rappresenta quanto segue.

Le funzioni e l'organizzazione del Distretto Socio Sanitario sono disciplinate dal REGOLAMENTO REGIONALE 18 aprile 2011 n. 6 "Regolamento di organizzazione del "Distretto Socio Sanitario" (D.S.S.)".

Di seguito si rappresenta l'attuale organizzazione dei distretti socio sanitari della Regione Puglia.

ASL BARI	DISTRETTO	N. COMUNI
	ALTAMURA	4 (Altamura - Gravina di Puglia - Santeramo in Colle - Poggiorsini)
	BARI	1 (Bari)
	BITONTO	2 (Bitonto - Palo del Colle)
	CONVERSANO	3 (Conversano - Monopoli - Polignano a Mare)
	RUVO DI PUGLIA	3 (Ruvo di Puglia - Terlizzi - Corato)
	GIOIA DEL COLLE	4 (Casamassima - Gioia del Colle - Sammichele di Bari - Turi)
	GRUMO APPULA	6 (Acquaviva delle Fonti - Binetto - Cassano delle Murge - Grumo Appula - Sannicandro di Bari - Toritto)
	MODUGNO	3 (Bitetto - Bitritto - Modugno)
	MOLA DI BARI	3 (Mola di Bari - Noicattaro - Rutigliano)
	MOLFETTA	2 (Molfetta - Giovinazzo)
	PUTIGNANO	5 (Alberobello - Castellana Grotte - Locorotondo - Noci - Putignano)
	TRIGGIANO	5 (Adelfia - Capurso - Cellamare - Triggiano - Valenzano)
	12	41

ASL BAT	DISTRETTO	N. COMUNI
	ANDRIA	1 (Andria)
	BARLETTA	1 (Barletta)
	CANOSA DI PUGLIA	3 (Canosa di Puglia - Minervino Murge - Spinazzola)
	MARGHERITA DI SAVOIA	3 (Margherita di Savoia - San Ferdinando di Puglia - Trinitapoli)
	TRANI	2 (Bisceglie - Trani)
	5	10

ASL BRINDISI	DISTRETTO	N. COMUNI
	BRINDISI	2 (Brindisi - San Vito dei Normanni)
	FASANO	3 (Cisternino - Fasano - Ostuni)
	FRANCAVILLA FONTANA	6 (Carovigno - Ceglie Messapica - Francavilla Fontana - Oria - San Michele Salentino - Villa Castelli)
	MESAGNE	9 (Cellino San Marco - Erchie - Latiano - Mesagne - San Donaci - San Pancrazio Salentino - San Pietro Vernotico - Torchiariolo - Torre Santa Susanna)
	4	20

ASL FOGGIA	DISTRETTO	N. COMUNI
	CERIGNOLA	6 (Carapelle - Cerignola - Ortona - Ortanova - Stornara – Stornarella)
	FOGGIA	1 (Foggia)
	LUCERA	14 (Alberona - Biccari - Carlantino - Casalnuovo Monterotaro - Casalvecchio di Puglia - Castelnuovo della Daunia - Celenza Valfortore - Lucera - Motta Montecorvino - Pietramontecorvino - Roseto Valfortore - San Marco la Catola - Volturara Appula – Volturino)
	MANFREDONIA	4 (Manfredonia - Mattinata - Monte Sant'angelo – Zapponeta)
	SAN MARCO IN LAMIS	4 (Rignano Garganico - San Giovanni Rotondo - San Marco in Lamis - Sannicandro G.co)
	SAN SEVERO	8 (Apricena - Chieuti - Lesina - Poggio Imperiale - San Paolo di Civitate - San Severo - Serracapriola – Torremaggiore)
	TROIA/ACCADIA	16 (Accadia - Anzano di Puglia - Ascoli Satriano - Bovino - Candela - Castelluccio de' Sauri - Castelluccio Valmaggiore - Celle San Vito - Deliceto - Faeto - Monteleone di Puglia - Orsara di Puglia - Panni - Rocchetta Sant'Antonio - Sant'Agata di Puglia – Troia)
	VICO DEL GARGANO	8 (Cagnano Varano - Carpino - Ischitella - Isole Tremiti - Peschici - Rodi Garganico - Vico del Gargano – Vieste)

	8	61
--	----------	-----------

ASL LECCE	DISTRETTO	N. COMUNI
	CAMPI SALENTINA	8 (Campi Salentina - Carmiano - Guagnano - Novoli - Salice Salentino - Squinzano - Trepuzzi – Veglie)
	CASARANO	7 (Casarano - Collepasso - Matino - Parabita - Ruffano - Supersano – Taurisano)
	GAGLIANO DEL CAPO	15 (Acquarica del Capo - Alessano - Castrignano del Capo - Corsano - Gagliano del Capo - Miggiano - Montesano Salentino - Morciano di Leuca - Patu' - Presicce - Salve - Specchia - Tiggiano - Tricase – Ugento)
	GALATINA	6 (Aradeo - Cutrofiano - Galatina - Neviano - Sogliano Cavour – Soletto)
	GALLIPOLI	8 (Alezio - Alliste - Gallipoli - Melissano - Racale - Sannicola - Taviano – Tuglie)
	LECCE	10 (Arnesano - Cavallino - Lecce - Lequile - Lizzanello - Monteroni - San Cesario - San Donato - San Pietro in Lama – Surbo)
	MAGLIE	12 (Bagnolo del Salento - Cannole - Castrignano de' Greci - Corigliano d'Otranto - Cursi - Giurdignano - Maglie - Melpignano - Muro Leccese - Otranto - Palmariggi – Scorrano)
	MARTANO	10 (Calimera - Caprarica - Carpignano Salentino - Castri' di Lecce- Martano - Martignano - Melendugno - Sternatia - Vernole – Zollino)
	NARDO'	6 (Copertino - Galatone - Leverano - Nardo' - Porto Cesareo - Secli')
	POGGIARDO	15 (Andrano - Botrugno - Castro - Diso - Giuggianello - Minervino - Nociglia - Ortelle - Poggiardo - San Cassiano - Sanarica - Santa Cesarea Terme - Spongano - Surano - Uggiano la Chiesa)

	10	97
--	-----------	-----------

ASL TARANTO	DISTRETTO	N. COMUNI
	GINOSA	4 (Castellaneta - Ginosa - Laterza – Palagianello)
	GROTTAGLIE	11 (Carosino - Faggiano - Grottaglie - Leporano - Monteiasi - Montemesola - Monteparano - Pulsano - Roccaforzata - San Giorgio Ionico - San Marzano di San Giuseppe)
	MANDURIA	7 (Avetrana - Fragagnano - Lizzano - Manduria - Maruggio - Sava – Torricella)
	MARTINA FRANCA	2 (Crispiano - Martina Franca)
	MASSAFRA	4 (Massafra - Mottola - Palagiano – Statte)
	TARANTO	1 (Taranto)
	6	29

- Con riferimento ai **Consultori Familiari** si rappresenta quanto segue.

Con deliberazione di Giunta Regionale n. 3066 del 27/12/2012.È stato approvato il Progetto di riorganizzazione della rete consultoriale pugliese.

Nella seguente tabella sono riportate le sedi dei consultori sul territorio regionale.

ASL	CONSULTORI
BRINDISI	Brindisi (N.2 Consultori), San Vito Dei Normanni, Fasano, Ostuni, Cisternino, Oria, Villa Castelli, San Michele Salentino, Carovigno, Francavilla Fontana, Ceglie Messapica, San Pietro Vernotico, Mesagne, Torre Santa Susanna, San Pancrazio Salentino
TARANTO	Castellaneta, Ginosa , Massafra , Mottola, Martina Franca, Grottaglie, Pulsano, San Giorgio Jonico, Manduria, Sava, Fragagnano, Avetrana, Taranto (V.Le Mediterraneo, Corso Umberto, Paolo Vi, Solito Corvisea) Via Cagliari Taranto, Borgo, Talsano, Salinella
BAT	Barletta (N.2 Consultori), Trani, Minervino, Canosa, Margherita, E.C.C.I.A.S.S. – Trinitapoli, Andria (N. 2 Consultori), Bisceglie
BARI	Giovinazzo, Molfetta, Ruvo Di Puglia, Terlizzi, Corato, Bitonto, Santeramo In Colle, Gravina, Cassano Delle Murge, Toritto, Acquaviva Delle Fonti, Dss Unico Di Bari , Modugno, Bitritto, Triggiano, Capurso, Mola, Noicattaro, Rutigliano, Conversano, Monopoli, Polignano A Mare, Gioia Del Colle, Sammichele, Casamassima, Turi, Noci, Putignano, Altamura , Picone-Poggiofranco, San Paolo, Santo Spirito, Liberta`, Via Fani,

	Carrassi-San Pasquale, Japigia- Torre A Mare, Carbonara, San Pio, Locorotondo
LECCE	Otranto, Ugento, Cutrofiano, San Cesario Di Lecce, Martano, Aradeo, Casarano, Galatone, Copertino, Tricase, Gallipoli, Galatina, Campi Salentina, Gagliano Del Capo, Maglie, Poggiardo, Nardo', Taviano, Racale, Uggiano, Parabita, Taurisano, Ruffano, Parabita -Sede Distaccata Di Matino, Presicce, Surbo, Lecce (N.2 Consultori), Trepuzzi, Squinzano, Leverano, Carmiano, Monteroni, Calimera, Melendugno, Neviano
FOGGIA	Torremaggiore, Serracapriola, San Severo, Apricena, Vieste, Ischitella, Rignano, Lucera, Troia, Orsara Di P., Casalvecchio P., Pietra Mont.No, Accadia, Bovino, Candela, Ascoli Satriano, M. S. Angelo, Mattinata, Manfredonia, Cerignola, Orta Nova, Stornarella

Con successivi provvedimenti di Giunta regionale si provvederà a rivedere l'intera offerta assistenziale territoriale, rispetto anche alla programmazione vigente, rendendola coerente con le disposizioni ex DM. n. 77/2022. In particolare, si dovrà aggiornare il ruolo dei Presidi Territoriali di Assistenza, tenuto conto del nuovo modello organizzativo riveniente anche dal PNRR.

Allegato A)

Il modello organizzativo e le tipologie di Case della Comunità

A. Definizione Macro-aree, Aree funzionali e Unità ambientali

1. Le diverse funzioni della CdC si articolano nelle seguenti n.4 macro-aree omogenee per tipologia di funzione da erogare:

- 1) **Macro-Area SPECIALISTICA** che ospita tutti i servizi di natura sanitaria quali servizi di diagnosi e cura con la presenza di diagnostica di base, area prelievi, servizi ambulatoriali e quelli specialistici;
- 2) **Macro-Area CURE PRIMARIE** che accoglie tutti gli spazi per la Medicina di Gruppo, tra cui i Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatria di Libera Scelta (PLS) e gli Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC), ecc.;
- 3) **Macro-Area ASSISTENZA DI PROSSIMITA'** che ospita Assistenza medica H24/12, servizi infermieristici, il Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e amministrativo, nonché uno sportello e uffici sede dei servizi socio-sanitari quali quelli sociali con la presenza di un assistente sociale, di prevenzione, di assistenza domiciliare, ecc.;
- 4) **Macro-Area SERVIZI GENERALI E LOGISTICI** che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali accoglienza utenti e personale sanitario, aree logistiche e locali tecnici. Questa macro-area può essere suddivisa in:
 - a. *servizi di accoglienza per gli utenti* (area CUP, area amministrativa, ecc.);
 - b. *servizi di accoglienza per il personale sanitario e non* (spogliatoi, aree relax, locale coordinatore, ecc.);
 - c. *servizi logistici* (archivi, magazzini, depositi, ecc.);
 - d. *locali tecnici* (locali tecnici, centrale tecnologica, locali UTA, ecc.).

2. Ogni Macro-area è suddivisa in **Aree funzionali**, sanitarie e non sanitarie, che, a loro volta, si suddividono in obbligatorie e facoltative secondo i seguenti criteri:

- **Obbligatorie**, se indicate come "Obbligatorie" in termini organizzativi nella Tab. 4 del DM 77 (pp. 29 e 30);
- **Facoltative**, se considerate "Fortemente Raccomandate", "Raccomandate" e "Facoltative" in termini organizzativi nella Tab. 4 del DM 77 (pp. 29 e 30).

3. In ogni CdC devono essere previste le funzioni ritenute obbligatorie dal seguente Regolamento, in attuazione del DM 77, e possono essere previste funzioni aggiuntive/facoltative secondo le indicazioni fornite dall'Azienda Sanitaria Locale.

4. Ogni Area Funzionale è composta da **unità ambientali** (singoli ambienti fisici), che possono essere:

- a. unità ambientali operative, che caratterizzano l'area funzionale e il servizio da erogare;
- b. unità ambientali per i servizi annessi e di supporto, cioè i locali che utili per lo svolgimento delle funzioni quali depositi, locali lavoro, ecc., che possono essere in comune con altre aree funzionali;
- c. unità ambientali per l'accoglienza pazienti e caregiver, cioè gli spazi destinati agli utenti e accompagnatori, che possono essere in comune con altre aree funzionali.

5. Alcuni spazi possono essere interscambiabili e adoperati per diverse attività erogate all'interno della CdC, come ad esempio l'area accoglienza, le aree di deposito, gli spogliatoi per il personale, le aree relax per il personale.

6. Nell'ipotesi di cui al capoverso precedente, a livello organizzativo e gestionale della struttura deve essere previsto un coordinamento delle attività socio-sanitarie adeguate all'uso degli spazi, nonché, da un punto di vista progettuale, gli spazi possono essere adattati per diverse esigenze.
7. Il numero dei locali operativi può variare in relazione alle attività previste all'interno della CdC, alle istanze epidemiologiche della popolazione e al modello organizzativo degli spazi. Per quanto concerne il dimensionamento minimo delle unità ambientali si rimanda ai riferimenti regionali relativi all'accreditamento delle strutture ospedaliere e/o socio-sanitarie assimilabili alle CdC.
8. In caso di CdC realizzata all'interno di poli ospedalieri o edifici sanitari già operativi (edifici interi e/o porzioni di esse) oppure di CdC Hub o Spoke integrate con OdC e/o COT, diverse aree funzionali non sanitarie afferenti alla Macro-area Servizi Generali e Logistici possono essere in comune e/o condivisione, quali per esempio l'area accoglienza, aree di deposito, spogliatoi per il personale, aree tecnologiche.

Tabella con l'elenco delle Macro-aree e Aree funzionali considerate obbligatorie e facoltative per la CdC Hub e Spoke

Unità Funzionali della CdC		Indicazioni CdC		
MACROAREA	AREE FUNZIONALI	METAPROGETTO		
		HUB	SPOKE	
SPECIALISTICA	AREA DIAGNOSTICA DI BASE			
	<i>Servizi di diagnosi e cura</i>	DIAGNOSTICA di BASE (retinografo, spirometro, ecografo, ecc.)	Obbligatorio	Facoltativo
	AREA PRELIEVI			
	<i>Area prelievi e PO</i>	AREA PRELIEVI	Obbligatorio	Facoltativo
CURE PRIMARIE	ATTIVITA' AMBULATORIALE SPECIALISTICA			
	<i>Servizi ambulatoriali specialistici</i>	AREA AMBULATORIALE SPECIALISTICA (diabetologo, cardiologo, ecc.)	Obbligatorio	Obbligatorio
	AREA CURE PRIMARIE			
		AMBULATORI per Medici di Medicina Generale (MMG)	Obbligatorio	Obbligatorio
	AMBULATORI per Pediatri di Libera Scelta (PLS)	Obbligatorio	Obbligatorio	
	AMBULATORI per Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC)	Obbligatorio	Obbligatorio	
ASSISTENZA DI PROSSIMITA'	SERVIZI INFERMIERISTICI			
		AMBULATORI INFERMIERISTICI (IFoC)	Obbligatorio	Obbligatorio
	ASSISTENZA MEDICA H24 / H12			
	<i>Assistenza medica</i>	ASSISTENZA MEDICA H24 / H12	Obbligatorio (H24)	Obbligatorio (H12)
	PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)			
		PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)	Obbligatorio	Obbligatorio
	INTEGRAZIONE con i SERVIZI SOCIALI			
		Spazi per ASSISTENTI SOCIALI	Obbligatorio	Obbligatorio
	ASSISTENZA DOMICILIARE			
		ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)	Obbligatorio	Obbligatorio
	UNITA' CONTINUITA' ASSISTENZIALE (UCA)	Obbligatorio	/	
SERVIZI PER LA COMUNITA'				
	SALA RIUNIONI POLIVALENTE	Obbligatorio	Obbligatorio	
SERVIZI GENERALI E LOGISTICI	AREA SERVIZI GENERALI			
	<i>Servizi urbani per utenti esterni e per il personale medico sanitario</i>	ACCOGLIENZA UTENTI - URP-CUP	Obbligatorio	Obbligatorio
		AREA PERSONALE	Obbligatorio	Obbligatorio
		AREA DIREZIONALE e AMMINISTRATIVA	Obbligatorio	Obbligatorio
	AREA SERVIZI LOGISTICI			
	<i>Servizi logistici per il funzionamento della struttura socio-sanitaria</i>	ARCHIVI - MAGAZZINI - DEPOSITI	Obbligatorio	Obbligatorio
		SERVIZI INFORMATIVI e TELEMEDICINA	Obbligatorio	Obbligatorio
		ISOLA ECOLOGICA	Obbligatorio	Obbligatorio
		AREA PULIZIA	Obbligatorio	Obbligatorio
	AREE LOCALI TECNICI			
<i>CT, Centrali gas, collegamenti impiantistici, sotto-centrali, ecc.</i>	LOCALI TECNICI, CENTRALE TECNOLOGICA, LOCALI UTA, ecc.			

B. Relazioni funzionali e spaziali della CdC

1. In riferimento alle relazioni funzionali e, nello specifico, quelle spaziali, è necessario assicurare la compattezza dell'intero complesso al fine di ottimizzare i percorsi e rendere pressoché contigue aree funzionali che necessitano di un'effettiva vicinanza. La localizzazione delle macro-aree e delle aree funzionali all'interno della CdC definisce non solo il sistema dei flussi e dei differenti percorsi (pazienti, personale sanitario, merci) ma contribuisce a conferire privacy, flessibilità, ed efficacia agli spazi.

2. Occorre definire e individuare le relazioni (funzionali e spaziali) delle diverse unità funzionali presenti nella struttura attraverso due matrici che evidenziano, rispettivamente:

- a. la relazione funzionale, ovvero il livello di relazione funzionale (alto, medio, standard, basso) tra due funzioni sanitarie o non sanitarie. Viene valutato il livello di collegamento che le due attività hanno in termini di servizio (ad esempio assistenza medica h24 con la diagnostica di base);
- b. la relazione spaziale, cioè il livello di prossimità e vicinanza che due funzioni devono avere tra di loro all'interno della struttura.

3. In relazione ai flussi principali è preferibile la presenza di un unico ingresso utenti centrale e riconoscibile che possa indirizzare le persone verso l'accoglienza principale il sistema distributivo per le varie funzioni presenti nella struttura. A questo vanno affiancati, ove possibile, gli accessi differenziati per il personale sanitario (o per le merci) ed eventuali ulteriori accessi che possano – in caso di esigenza – supportare la gestione di flussi separati per categoria di utenti o di entrata e/o uscita (come suggerito dall'esperienza Covid-19).

4. A livello distributivo, è possibile posizionare i percorsi a livello orizzontali e/o verticale. In relazione alla tipologia edilizia si possono originare diverse configurazioni con una serie di sale di attesa in prossimità delle macro-aree e per quanto riguarda i percorsi verticali, è preferibile una loro collocazione in punti strategici e facilmente individuabili dagli utenti. È preferibile, ove possibile, in relazione alla tipologia edilizia e distributiva, garantire i percorsi pubblici e sanitari differenziati (con relativi accessi separati). In ogni caso, occorre organizzare le relazioni spaziali e l'assetto distributivo al fine di garantire le migliori performance organizzativo-gestionali.

C. CdC Hub

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

- a) Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio sanitarie);
- b) Presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
- c) Presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7;
- d) Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
- e) Punto prelievi;
- f) Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione, ecc.);
- g) Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.);

- h) Servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali;
- i) Interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, anche attraverso i Consultori Familiari e l'attività rivolta ai minori – ove esistenti – che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 anni (facoltativo);
- j) Attività di Profilassi Vaccinale in particolare per alcune fasce di età o condizioni di rischio e di fragilità. Tutte le attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive sono in linea con le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione.
- k) Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- l) Servizio di assistenza domiciliare di base;
- m) Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato;
- n) Integrazione con i servizi sociali

2. La tipologia Hub, sulla base delle Aree funzionali obbligatorie, può essere strutturata nelle seguenti 4 Macroaree (3 sanitarie e una non sanitaria):

- a. 3 macro-aree sanitarie:
 - 1) Macro-area Specialistica con le Aree Funzionali: prelievi, diagnostica di base e ambulatori specialistici
 - 2) Macro-area Cure Primarie con l'omonima Area Funzionale
 - 3) Macro-area Assistenza di prossimità con le Aree Funzionali: assistenza medica h24; servizi infermieristici; punto unico di accesso (PUA); integrazione con i servizi sociali; assistenza domiciliare; servizi per la comunità
- b. 1 macro area non sanitaria: Servizi Generali e Logistici che comprende 3 Aree Funzionali che possono essere distribuite in diversi spazi all'interno della stessa struttura sanitaria:
 - 1) Servizi Generali di Accoglienza utenti
 - 2) Servizi Generali di Accoglienza personale sanitario
 - 3) Area logistica e Locali tecnici.

3. È preferibile garantire due corridoi per suddividere i flussi sanitari e quelli del pubblico, e in caso di strutture a sviluppo verticale, garantire gli ascensori differenziati; e, altresì, a partire dalla recente pandemia da Covid-19 e dalla relativa necessità di poter differenziare i flussi degli utenti (Covid /non Covid), e per esigenze di sicurezza ed efficientamento (es: compartimentazione della struttura durante la notte e/o nei giorni festivi, ecc.), degli accessi secondari di servizio:

- a. per l'Assistenza medica H24 un accesso autonomo nelle strutture ove sono garantiti i servizi medici H24/7 (accesso notturno, con una sala di attesa);
- b. collegamenti con le aree esterne per garantire - in caso di emergenza – possibili collegamenti con strutture prefabbricate e/o tensostrutture.

D. CdC Spoke

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

- a. Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- b. Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);

- c. Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
 - d. Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
 - e. Servizi infermieristici sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
 - f. Programmi di screening
 - g. Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento;
 - h. Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
 - i. Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.
2. La tipologia Spoke, sulla base delle Aree funzionali obbligatorie, può essere strutturata nelle seguenti 4 Macroaree (3 sanitarie ed una non sanitaria):
- a. 3 macro-aree sanitarie:
 - 1) Macro-area Specialistica con l'Area Funzionale ambulatori specialistici
 - 2) Macro-area Cure Primarie con l'omonima Area Funzionale
 - 3) Macro-area Assistenza di prossimità con le Aree Funzionali: assistenza medica h12; servizi infermieristici; punto unico di accesso (PUA); integrazione con i servizi sociali; assistenza domiciliare; servizi per la comunità.
 - b. 1 macroarea non sanitaria: Servizi Generali e Logistici che comprende 3 Aree Funzionali che possono essere distribuite in diversi spazi all'interno della stesa struttura sanitaria:
 - 1) Servizi Generali di Accoglienza utenti
 - 2) Servizi Generali di Accoglienza personale sanitario
 - 3) Area logistica e Locali tecnici.
3. È preferibile garantire due corridoi per suddividere i flussi sanitari e quelli del pubblico, e in caso di strutture a sviluppo verticale, di garantire gli ascensori differenziati

E. Il coordinamento della Casa della Comunità con i servizi territoriali

1. La CdC rappresenta un nodo centrale della rete dei servizi territoriali sotto la direzione del Distretto e proprio per questo adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni:
- a. **Rete Intra-CdC**, costituita dalla messa in rete dei professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno della CdC e quelle che vi sono funzionalmente collegate;
 - b. **Rete Inter-CdC**, con l'obiettivo di mettere in relazione la CdC Hub con le sue CdC Spoke, così da soddisfare al meglio le esigenze di erogare servizi in maniera più ampia e diffusa possibile; costituita dalla messa in rete tra CdC hub e CdC spoke al fine di contemperare le esigenze di capillarità erogativa e di prossimità con la necessità di raggiungere una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensità specialistica e tecnologica, sia per poter rispondere in modo flessibile ai diversi contesti geografici caratterizzati da differente densità abitativa e livelli di presenza attiva degli MMG nelle strutture ambulatoriali delle CdC;
 - c. **Rete Territoriale**, ovvero il sistema con il quale le CdC vengono messe in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale territoriale e ospedaliera ospedali di comunità, RSA, hospice e rete delle cure palliative, RSA, Consulteri familiari e attività rivolte ai minori ove già esistenti, servizi per la salute mentale, dipendenze e disabilità e altre forme di strutture intermedie e servizi;

- d. **Rete Territoriale Integrata**, che pone le CdC a sistema con l'attività ospedaliera. In questo caso è fondamentale il ruolo delle piattaforme informatiche: queste permettono il cruciale compito di poter destinare pazienti delle CdC alle strutture che possono garantire prestazioni ospedaliere ambulatoriali specialistiche, specie quando si tratta di malati con cronicità ad alta complessità. La CdC è in rete con l'attività ospedaliera, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche, in particolare quella specialistica ambulatoriale o di day service svolta in questo contesto. Questo può avvenire nella doppia direzione di invio di pazienti selezionati dalla 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 più complessi e ad alto grado di instabilità, che sono soggetti a frequenti ricoveri. In tal modo sono generati meccanismi di condivisione delle conoscenze tra i professionisti della CdC e quelli ospedalieri, a favore anche di una maggiore articolazione delle competenze professionali all'interno della CdC.
2. Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete nelle quattro direzioni è la Centrale Operativa Territoriale (COT) che opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.

F. Localizzazione della CdC e inserimento nel contesto urbano

1. È prevista una CdC hub ogni 40.000-50.000 abitanti; diversamente, il numero delle CdC spoke – in quanto presidi di supporto agli hub – possono variare in relazione alle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; alle Case della Comunità accedono anche gli specialisti ambulatoriali.
2. I servizi devono essere organizzati in relazione alle esigenze sanitarie e proporzionati secondo il bacino di utenza di riferimento. Le funzioni specialistiche che si affiancano ai servizi di assistenza primaria possono variare sia in relazione al loro livello di preesistenza nell'area di pertinenza della CdC, sia in relazione a scelte strategiche definite a priori e relative ai servizi e alle prestazioni da erogare;
3. Nella programmazione di queste strutture, all'interno di una rete di strutture sanitarie già esistenti, rivestono fondamentale importanza sia la localizzazione per la tipologia di contesto di riferimento e per il riuso di edifici esistenti e/o la realizzazione di una nuova costruzione, sia il dimensionamento rispetto al territorio di riferimento, alla presenza e al livello dei servizi previsti;
4. Le singole CdC oppure integrate con l'OdC e/o COT possono essere insediate:
- All'interno di poli ospedalieri o edifici o edifici sanitari già operativi (edifici e/o porzioni della struttura);
 - in presidi autonomi all'interno di edifici esistenti oppure con la realizzazione di una nuova costruzione.
- La scelta in ordine al relativo insediamento può essere valutata in relazione alla disposizione di edifici esistenti e/o di terreni ove poter inserire tali architetture.

5. Per definire la più adeguata localizzazione di una CdC oppure di una struttura integrata con l'OdC e/o COT, sotto il profilo metodologico, occorre effettuare alcune analisi preliminari secondo due scale di lettura che vanno considerate strettamente interrelate per informare le conseguenti scelte operative:

1. a scala territoriale occorre analizzare:
 - a. la rete ospedaliera esistente e programmata;
 - b. la rete dei servizi sanitari complementari esistenti e programmati;
 - c. il bacino d'utenza attuale e potenziale;
 - d. il sistema infrastrutturale esistente e programmato;
 - e. il sistema ambientale in tutta la sua complessità;
2. a scala locale occorre considerare:
 - a. la disponibilità, la conformazione oro-geografica, le caratteristiche e le dimensioni dell'area;
 - b. la posizione ottimale rispetto ai flussi e al bacino d'utenza;
 - c. il grado di accessibilità attraverso le principali infrastrutture viarie e di trasporto pubblico;
 - d. le caratteristiche e la localizzazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali esistenti;
 - e. le caratteristiche del manufatto architettonico, se esistente.

G. Casa di Comunità con Ospedale di Comunità e/o COT

1. La CdC Hub o Spoke può essere insediata all'interno di una struttura che ospita anche un OdC e una COT. In tal caso diversi spazi associati alla Macro-Area Servizi Generali e Logistici possono essere dimensionati in maniera tale da efficientare l'uso degli spazi.

2. La localizzazione delle funzioni deve garantire in particolar modo:
- a. prossimità tra l'OdC e la macro-area specialistica della CdC (ambulatori specialistici, diagnostica di base), in caso di evenienza;
 - b. prossimità tra la COT e la macro-area assistenza di prossimità della CdC ove sono localizzati i servizi infermieristici e il PUA, che potrebbero avere, sebbene in maniera marginale, possibili relazioni tra di loro.

H. Standard di personale

1. Lo standard di personale per 1 Casa di Comunità hub è il seguente:
- a) 7-11 Infermieri;
 - b) 1 assistente sociale;
 - c) 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).
2. Il modello organizzativo delle CdC Hub, al fine di assicurare i servizi previsti, prevede che ci siano 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC) così organizzati, come indicato dal DM 77:
- a) 1 Coordinatore Infermieristico;
 - b) 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali;
 - c) 1-2 IFoC per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute;
 - d) 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare, le attività di prevenzione e teleassistenza.

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

I. Dimensionamento parametrico della CdC

1. Il dimensionamento della CdC deriva dalla tipologia di attività sanitarie e non, da insediare e dalla loro organizzazione spaziale. Esso varia a seconda delle risultanze delle indagini preliminari alla progettazione a scala territoriale e locale (vedi art.5);

2. Secondo le indicazioni organizzative di cui al DM 77, e in relazione alla programmazione delle CdC, è preferibile che il dimensionamento minimo delle CdC secondo i livelli di complessità si attestino intorno a:

Dimensionamento	CdC Hub	CdC Spoke
Superficie Lorda di Pavimento indicativa	800/900 mq circa	500/600 mq circa

3. In considerazione delle caratteristiche delle strutture esistenti, possono essere ricomprese come CdC Hub strutture con superfici maggiori di 500 mq e come CdC Spoke strutture con superfici minori di 500 mq.

4. In relazione alla tipologia di intervento (nuova realizzazione e/o riuso dell'esistente), alla tipologia edilizia del manufatto architettonico (edificio a sviluppo verticale o orizzontale) e la tipologia distributiva (corpo doppio, triplo o quintuplo) la superficie può risultare superiore;

5. Una CdC Spoke può avere un dimensionamento maggiore rispetto a quello indicato;

6. Un edificio con una superficie pari o superiore a 800/900 mq non deve essere considerato necessariamente una CdC Hub;

7. I dimensionamenti sopra riportati si riferiscono alla superficie minima complessiva che la struttura deve garantire per ospitare le macro-aree sanitarie, e socio-sanitarie a valenza sanitaria. Nel caso di inserimento della CdC all'interno di una struttura ospedaliera e/o sanitaria, alcuni servizi generali, logistici e locali tecnici possono essere in condivisione con il polo sanitario preesistente;

8. A partire dai dimensionamenti minimi previsti nella programmazione a livello nazionale e, in considerazione delle superfici ideali stimate, sono definiti nella seguente tabella- in maniera indicativa - il numero minimo di locali operativi (ambulatori, studi medici, sale di trattamento, ecc.).

	CdC Hub	CdC Spoke
Stima del numero indicativo di locali operativi minimi previsti	24 LOCALI OPERATIVI	14 LOCALI OPERATIVI

9. In relazione al numero di locali riportati nel comma precedente, si precisa che:

a) per locale operativo si intende un locale adoperato per le visite mediche, sale di trattamento e/o studio medico/ufficio per gli assistenti sociali, e quindi dove viene erogato un servizio all'utenza, quali:

- 1) Sala esami e diagnostica di base;
- 2) Ambulatorio prelievi;
- 3) Ambulatori di visita di base e infermieristici;
- 4) Studi medici / Ambulatori per le visite degli MMG, PLS e IFoC, ecc.;
- 5) Ambulatorio di visita specialistica;
- 6) Ufficio per lo Psicologo e/o Assistente sociale;
- 7) Locali operativi per ADI e UCA;
- 8) Punto Unico di Accesso (PUA).

b) Non sono locali operativi i locali lavoro medici e infermieri, i depositi, gli uffici dei medici e del coordinatore infermieristico, poiché considerati come locali annessi e di supporto alle attività da svolgersi;

c) Il numero di locali operativi è calcolato a partire dallo staff sanitario e non previsto dal DM 77 attraverso un metodo parametrico che tiene in considerazione i dimensionamenti minimi di accreditamento indicati dal DPR 14/01/1997 dei locali operativi e di tutti quei locali relativi:

- 1) al pubblico un'area comune di attesa per utenti (pazienti diurni e caregiver) e i servizi igienici per il pubblico suddivisi per genere;
- 2) ai servizi annessi e di supporto per lo svolgimento dell'attività sanitaria e non;
- 3) alla distribuzione dei percorsi.

10. I dimensionamenti, che corrispondono ai valori minimi individuati, possono variare in relazione a una serie di fattori dovuti alla tipologia edilizia (monoblocco, a corte, torre, ecc.) e distributiva (corpo doppio, triplo o quintuplo).

Allegato B)

Il modello organizzativo della COT

A. Localizzazione delle COT e contiguità con altre strutture sanitarie

1. La COT è una nuova tipologia di Centrale che si aggiunge all'interno dell'insieme di Centrali Operative già tradizionalmente attive, quali le Centrali 118 e le CO NUE 112, e a quelle in stato di attuazione come le Centrali Operative NEA 116117.
2. Ogni tipologia di centrale operativa deve essere collocata in una zona a basso rischio idrogeologico e non alluvionale, posizionata al di fuori delle zone/raggi di sicurezza definiti dai Piani di Emergenza Esterni delle Industrie a Rischio d'Incidente Rilevante (rif. Direttiva Seveso III).
3. La COT può essere posizionata sia in presidi autonomi a proprio utilizzo esclusivo (di nuova realizzazione o edifici esistenti) sia all'interno una struttura sanitaria già operativa (edifici e/o porzioni della struttura), come i nuovi presidi della sanità territoriale (CdC e OdC), RSA, ospedali generali e/o strutture similari.
4. A prescindere dal collocamento delle COT, deve essere garantito un facile accesso alla struttura, nella quale deve essere prevista un'area di parcheggio a utilizzo esclusivo del personale operante in centrale, sia in condizioni ordinarie sia di emergenza.
5. È preferibile, ove possibile, localizzare le COT in prossimità degli altri servizi territoriali previsti dal DM 77, con particolare riferimento alle CdC e agli OdC. Per la tipologia di edificio dove collocare la COT occorre effettuare una preventiva valutazione di compatibilità nel riutilizzo di edifici esistenti, con l'intento di ridurre l'impatto sull'ambiente e valorizzare il patrimonio costruito esistente.

B. Definizione Macro-aree, aree funzionali e unità ambientali

1. Le diverse funzioni possono essere classificate in macro-aree, valide sia per COT collocate in un presidio autonomo sia per quelle posizionate in una struttura sanitaria esistente. A ciascuna macro-area corrispondono diverse aree funzionali. Ogni Area Funzionale è caratterizzata da diverse Unità Ambientali classificabili in spazi per:
 - a. le unità ambientali operative, che caratterizzano l'area funzionale;
 - b. i servizi annessi e di supporto, che possono essere in comune con altre aree funzionali.
2. Per le COT collocate dentro presidi esistenti è possibile prevedere aree funzionali che possono essere utilizzate congiuntamente sia dal personale della Centrale Operativa che dal personale della struttura sanitaria.
3. Per il dimensionamento minimo delle unità ambientali si rimanda ai riferimenti regionali relativi alle strutture assimilabili alle COT.
4. Le funzioni operative possono essere classificate secondo 2 macro-aree:

- 1) macro-area CENTRALE OPERATIVA che ospita l'area che comprende la sala operativa e i relativi uffici direzionali e amministrativi;
- 2) macro-area SERVIZI GENERALI E LOGISTICI che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali accoglienza utenti e personale sanitario, aree logistiche e locali tecnici. Questa macro-area è suddivisa in:
 - a) servizi di accoglienza per il personale sanitario e non (spogliatoi, aree relax, ecc.);
 - b) servizi logistici (magazzini, depositi, ecc.);
 - c) locali tecnici (locali tecnici, centrale tecnologica, locali UTA, ecc.).
5. Le predette aree sono valide sia per le COT collocate in un presidio autonomo sia in strutture sanitarie già operative, con le quali possono avere in condivisione i locali facenti parte dell'Area dei Servizi Generali e Logistici.
6. Per le COT inserite all'interno di presidi esistenti, l'area funzionale della macro-area centrale operativa è obbligatoria ed esclusiva, se destinata unicamente agli operatori della COT, ma può anche essere in condivisione, se il loro utilizzo è rivolto congiuntamente anche al personale della struttura sanitaria ospitante;
7. Nell'area funzionale della macro-area centrale operativa sono previsti: la sala operativa, organizzata in open space o in uffici e l'ufficio direzionale e amministrativo;
8. All'interno della macro-area Centrale Operativa devono essere previsti nello specifico una serie di servizi annessi e di supporto comuni, quali:
 - a. Locale per attrezzature tecnologiche e informatiche;
 - b. Archivio e deposito/magazzino;
 - c. Servizi igienici per il personale suddivisi per genere.
9. È preferibile ove possibile e, in particolar modo per le COT previste in presidi autonomi di nuova realizzazione, collocare la sala operativa in ambienti open space.
10. Se la COT è collocata in un presidio autonomo, è richiesto un unico ingresso; diversamente, se la COT è allocata all'interno di una struttura sanitaria con più servizi sanitari, è preferibile garantire gli accessi in condivisione con la struttura ospitante.
11. La macro-area servizi generali e logistici ospita tutte le aree funzionali di supporto alle attività operative della COT:
 - a. SERVIZI GENERALI in cui rientrano tutti i servizi di accoglienza sia per il personale;
 - b. AREA LOGISTICA in cui si considerano i depositi archivio, ecc.;
 - c. LOCALI TECNICI in cui rientrano la centrale tecnologica, locali UTA, ecc.
12. In relazione alle indicazioni definite dal DM 77 e all'adeguata erogazione dell'attività, i servizi generali e logistici sono obbligatori.
13. In caso di COT insediata all'interno di una struttura che ospita anche una CdC e/o OdC diversi spazi associati alla Macro-Area Servizi Generali e Logistici possono essere dimensionati in maniera tale da efficientare l'uso degli spazi.

14. In caso di COT realizzata all'interno di edifici esistenti e già operativi (edifici interi e/o porzioni di esse), diverse aree funzionali non sanitarie -associate alla macro-area Servizi Generali e Logistici- possono essere in comune e/o condivisione, quali per esempio: aree di deposito, spogliatoi per il personale, aree tecnologiche, ecc., come indicato nella la tabella seguente.

Tabella con l'elenco delle Macro-aree e Aree funzionali considerate obbligatorie e facoltative per la COT

Unità Funzionali della COT		indicazioni COT	
MACROAREA	AREE FUNZIONALI	METAPROGETTO	
CENTRALE OPERATIVA	CENTRALE OPERATIVA		
	<i>Centrale operativa con postazioni lavoro</i>	AREA OPERATIVA (sala operativa, locali per attrezzature tecnologiche, uffici direzionali e amministrativi, ecc.).	Obbligatorio
SERVIZI GENERALI E LOGISTICI	AREA SERVIZI GENERALI		
	<i>Servizi di accoglienza per gli utenti e il personale</i>	ACCOGLIENZA PERSONALE	Obbligatorio ma può essere in condivisione
	AREA SERVIZI LOGISTICI		
	<i>Servizi logistici per il funzionamento della struttura</i>	ARCHIVI - MAGAZZINI - DEPOSITI	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		AREA PULIZIA	Obbligatorio ma può essere in condivisione
	AREE LOCALI TECNICI		
	<i>CT, Centrali gas, collegamenti impiantistici, sotto-centrali, ecc.</i>	LOCALI TECNICI, CENTRALE TECNOLOGICA, LOCALI UTA, ecc.	Obbligatorio ma può essere in condivisione

C. Relazioni funzionali e spaziali della COT

1. In riferimento alle relazioni funzionali e, nello specifico, quelle spaziali, è necessario assicurare la compattezza dell'intero complesso al fine di ottimizzare i percorsi e rendere pressoché contigue aree funzionali che necessitano di un'effettiva vicinanza.

2. In relazione ai flussi è preferibile prevedere un unico ingresso.

3. Occorre definire e individuare le relazioni (funzionali e spaziali) delle diverse aree funzionali, attraverso due matrici che hanno la funzione di evidenziare rispettivamente la relazione funzionale, cioè se due funzioni sanitarie o non sanitarie sono in relazione tra di loro e, quindi, se devono essere collegate, e la relazione spaziale, cioè il livello di prossimità e vicinanza che due funzioni devono avere tra di loro.

D. Dimensionamento parametrico della COT

1. Il dimensionamento della COT può variare rispetto alla tipologia di presidi sanitari in cui viene collocata e dalla relativa organizzazione. Esso varia a seconda delle risultanze delle indagini preliminari alla progettazione a scala territoriale e locale.

2. Il dimensionamento minimo di una COT può attestarsi indicativamente come indicato nella tabella seguente.

Dimensionamento	COT
Superficie Lorda di Pavimento	100 mq circa

3. In relazione alla tipologia di intervento (nuova realizzazione e/o riuso dell'esistente), alla tipologia edilizia del manufatto architettonico (edificio a sviluppo verticale o orizzontale) e alla tipologia distributiva (corpo doppio, triplo o quintuplo) la superficie può risultare superiore;

4. Nel caso di inserimento della COT all'interno di una struttura ospedaliera e/o sanitaria, alcuni servizi generali, logistici e locali tecnici possono essere in condivisione con il polo sanitario preesistente.

5. A partire dai dimensionamenti minimi di accreditamento indicati dal DPR 14/01/1997, sono definiti nella tabella seguente – in maniera indicativa - il numero minimo di locali operativi (uffici e locali postazioni). I dimensionamenti indicati, che corrispondono ai valori minimi individuati, possono variare in relazione alla tipologia edilizia e layout distributivo in cui si va ad insediare la COT.

	COT
Stima del numero di locali operativi minimi	3/5 UFFICI/LOCALI POSTAZIONI

E. Caratteristiche strutturali e tecnologiche delle COT

1) È preferibile negli interventi di nuova realizzazione introdurre una maglia strutturale regolare, possibilmente quadrata, che possa permettere una serie di configurazioni dei layout per configurazioni future e futuribili.

2) L'impianto complessivo della struttura sanitaria e le soluzioni tecnico-costruttive devono garantire diversi gradi di flessibilità di scala differente: per l'intero complesso, per aree funzionali, per singolo ambiente. Nello specifico:

- a. il primo livello di flessibilità è quello dell'impianto complessivo, che deve consentire che siano già individuate le possibili aree di ampliamento e che queste siano coerenti con l'impianto originario, anche con strutture temporanee e tensostrutture;
- b. il secondo livello di flessibilità che deve essere assicurato investe la effettiva trasformabilità delle aree funzionali;
- c. il terzo livello di flessibilità, altrettanto importante, è la trasformabilità delle singole aree funzionali, ovvero la possibilità di modificare agevolmente le unità ambientali di base e questo

implica l'uso di materiali e soluzioni tecnologiche appropriate, con tecnologia a secco, su una maglia ordinatrice e con uno spazio tecnico di servizio distribuito in maniera uniforme.

- 3) Per la realizzazione di una nuova struttura sanitaria è necessario adoperare le tecnologie più consone alla funzione da erogare, in relazione al ciclo di vita della struttura e alle sue possibili configurazioni future e futuribili. Le scelte costruttive devono poter garantire caratteristiche di flessibilità:
- a) In relazione alla tipologia di intervento (nuova costruzione e riuso), l'edificio deve essere realizzato con una struttura e sistemi di compartimentazione con caratteristiche REI secondo i riferimenti di legge relativi alle strutture sanitarie e i materiali utilizzati per le finiture devono avere un'adeguata resistenza al fuoco. L'edificio deve essere progettato in modo tale da circoscrivere e limitare la propagazione di un eventuale incendio, suddividendo la struttura in compartimenti, distinguendo aree con diverse caratteristiche in funzione delle attività svolte;
 - b) In aggiunta, sempre in relazione alle disposizioni di legge, l'edificio deve garantire il minimo disagio in caso di sisma e/o emergenza ambientale.
- 4) Deve essere garantita la presenza di luce naturale in tutti i locali operativi, attraverso la presenza di viste verso l'esterno, corti verdi, ecc. In ogni caso, a supporto delle attività da svolgersi, è preferibile garantire la variabilità in termini di intensità della quantità di luce artificiale.
- 5) Devono essere previsti sistemi di ventilazione meccanizzati; per quanto concerne l'aerazione naturale, il ricambio dell'aria deve essere garantito in parte dalle finestrate che devono essere previste sull'involucro esterno.
- 6) Gli infissi possono avere un grado di permeabilità all'aria più o meno alto in modo tale da favorire l'ingresso di aria esterna dai giunti, o da altri elementi che compongono l'infisso oppure serramenti particolari con meccanismi meccanici di apertura di fessure che permettano l'ingresso dell'aria.
- 7) Con riferimento a tutte le componenti edilizie e impiantistiche occorre assicurare, non solo la totale idoneità e affidabilità per il relativo funzionamento, ma anche il mantenimento del valore e della funzionalità nel tempo.
- 8) È opportuno privilegiare soluzioni che permettano una regolare gestione e manutenzione degli impianti, nonché un'adeguata igienizzazione e sanificazione per la sicurezza di lavoratori e utenti. In generale, particolare attenzione deve essere rivolta a:
- a. ispezionabilità degli impianti;
 - b. facilità di eventuali verifiche dei parametri prestazionali;
 - c. facilità di pulizia e sanificazione delle canalizzazioni.
- 9) In relazione alla tipologia di intervento –nuova costruzione, riuso di un edificio in disuso oppure intervento all'interno di una struttura sanitaria- le soluzioni tecnologiche e impiantistiche possono fortemente variare e quindi devono essere valutate caso per caso. In generale, è preferibile introdurre e/o aggiornare il sistema impiantistico. È necessario, lavorare sull'efficientamento energetico non solo con riguardo ai grandi sistemi di generazione di energia, ma anche ai piccoli dettagli di funzionamento, ad esempio, le riduzioni delle quantità d'aria e d'acqua in circolo, in relazione all'operatività discontinua e prevedibile delle strutture, mediante l'utilizzo estensivo di sistemi impiantistici a portata variabile, o anche

l'installazione di recuperatori di calore, indispensabile ausilio al risparmio di energia negli impianti a tutt'aria esterna.

10) Per garantire flessibilità e adattabilità degli spazi e impianti, nella progettazione e realizzazione devono essere adottate soluzioni che consentano un facile cambiamento di utilizzo, mediante definizione a priori della possibilità di espansione interna o esterna, nella logica di adattare la struttura in modo ottimale alle funzioni.

11) È preferibile introdurre un sistema di edificio intelligente che consenta il controllo, preferenzialmente automatico o rimandato ad operatori, della situazione di attività dei diversi settori dei diversi impianti e consenta, con il fermo o la riduzione di attività degli impianti o delle attrezzature in periodi di non uso o di uso limitato, consistenti risparmi.

12) Per tutti i requisiti tecnici, si rinvia ai riferimenti di legge presenti in materia a livello nazionale e regionale.

F. Dimensione organizzativa

1. La COT svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

2. Per svolgere la propria funzione la COT deve operare in rete con gli altri servizi territoriali, tra cui anche il Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117 (NEA) e il Punto Unico di Accesso (PUA). Tali collegamenti devono consentire la presa in carico globale dei bisogni sanitari, sociosanitari e socioassistenziali delle persone con cronicità complesse e/o fragili insistenti sul territorio di afferenza del distretto della COT.

3. La COT assolve al proprio ruolo di raccordo tra i vari servizi/professionisti attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- a) 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);
- b) coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- c) tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- d) supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFoC, ecc.), riguardo alle attività e ai servizi distrettuali;
- e) raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, 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".

4. La COT, per garantire le funzioni di cui al comma precedente, oltre a interfacciarsi con il PUA e il NEA 116117, deve stabilire modalità formalizzate di comunicazione e i relativi strumenti tecnologici a supporto con i professionisti della salute che operano nelle Case della Comunità (CdC), nelle Unità di Continuità Assistenziale (UCA), nelle Cure Domiciliari Integrate (ADI), nelle residenze/centri diurni, nelle strutture ospedaliere, nelle altre strutture territoriali (es. SERD, Alcologia) e con gli MMG/PLS, oltre che con i servizi sociali dei Comuni.

5. Per assicurare il supporto informativo, organizzativo e logistico delle transizioni dei pazienti da un setting di assistenza all'altro, la COT deve farsi carico delle necessità espresse dal professionista del setting di provenienza responsabile del caso, contattando e attivando il servizio/i necessario/i alla definizione del setting di destinazione, dando supporto ai processi necessari (tra cui anche il processo di valutazione del setting) e tracciando, monitorando e registrando la transizione e il suo esito. In questo caso, la COT coordina le transizioni che coinvolgono i diversi setting per i casi gestiti nel proprio ambito territoriale.

6. La COT garantisce il coordinamento e l'ottimizzazione degli interventi, attraverso l'attivazione di tutte le risorse sociosanitarie presenti sul territorio di riferimento, anche mediante l'utilizzo dei sistemi di Telemedicina. Nello specifico, la COT assicura il collegamento di professionisti che operano in setting e servizi differenti, favorendo la tempestività e l'appropriatezza delle prestazioni erogate al cittadino. Nel supportare i processi, provvede a tracciarli, verificando al contempo, la corretta e completa alimentazione dei flussi informativi necessari.

7. Per svolgere le proprie funzioni basilari la COT deve godere di un patrimonio informativo pertinente e non eccedente rispetto alle finalità attribuite alla stessa dalla norma.

8. La COT deve raccordare le informazioni tra i professionisti che operano nei diversi servizi, supportandoli nell'accesso e nell'inserimento di tutte le informazioni utili a soddisfare lo specifico bisogno.

G. Il ruolo della COT nella transizione Ospedale – Territorio

1. La struttura ospedaliera esprime il bisogno di continuità delle cure per un paziente ricoverato per il quale, alla dimissione, si prevede la necessità di supporto sanitario/sociale anche attraverso l'utilizzo di strumenti e/o scale validate. La struttura ospedaliera individua gli elementi e il grado di complessità del caso in modo che, in raccordo con gli altri setting (ADI, servizio sociale, ecc.), la COT collabori con la stessa contribuendo a identificare la struttura/il servizio più appropriato rispetto al setting di cura verso il quale si vuole indirizzare il paziente. La COT coordina, traccia, monitora e interviene proattivamente per garantire il buon esito della transizione.

2. I Fase – Identificazione del bisogno e avvio del processo: Al momento del ricovero, la struttura ospedaliera trasmette una notifica di avvenuto ricovero alla COT la quale a sua volta deve verificare la presenza di altri servizi aperti su quel paziente (es. centro diurno, pasti a domicilio, ecc.) e deve informare del ricovero tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico della persona (es. MMG/PLS, Équipe di Cure Domiciliari, servizio sociale comunale, ecc.). Durante il ricovero la struttura ospedaliera esprime il bisogno di continuità delle cure alla COT per il paziente ricoverato, per il quale si prevede alla dimissione la necessità di supporto per la prosecuzione della presa in carico, configurandosi pertanto una "dimissione protetta". La COT visualizza la nuova richiesta attraverso il sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni, prendendola in carico. Alla COT vengono messe a disposizione tutte le sole informazioni

necessarie a garantire la continuità delle cure e attivare il percorso assistenziale più idoneo a rispondere alle necessità manifestate, monitorando il coinvolgimento di tutti gli attori necessari.

3. Attori e Azioni: 1) La Struttura Ospedaliera:
 - a) notifica alla COT l'avvenuto ricovero;
 - b) rileva il bisogno di continuità della presa in carico alla dimissione;
 - c) stratifica il bisogno utilizzando schede valutative a valenza predittiva dotate di score;
 - d) comunica tempestivamente (il prima possibile e auspicabilmente entro 48 ore dalla ammissione) alla COT la necessità di supporto post dimissione, prefigurando una "dimissione protetta".2) La COT:
 - a) comunica a tutti i soggetti interessati l'avvenuto ricovero (es. MMG/PLS, altri servizi che hanno già in carico il paziente - eventuale Centrale Operativa ADI, ecc.) in modo da informare e consentire il rilascio temporaneo delle eventuali risorse allocate;
 - b) raccoglie il bisogno espresso dalla struttura richiedente;
 - c) visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni sul caso comunicandole, laddove necessario, all'UVM;
 - d) monitora tutte le fasi del processo.
4. Supporti tecnici e informativi necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione (dimissione protetta) è necessario disporre di:
 - a) sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) corredata delle informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia, dei dati sulla complessità del caso e dei bisogni;
 - b) possibilità di verificare per il caso specifico servizi attivi/già attivati (sanitari, sociosanitari, sociali) sul paziente;
 - c) mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, disponibilità posti letto, referenti, ecc.);
5. Il Fase - Identificazione del setting di destinazione e coordinamento della transizione: a seguito della valutazione e della formulazione da parte dell'UVM, laddove necessaria, di una proposta di setting di destinazione e delle conseguenti informazioni necessarie ed essenziali desumibili dal PAI (comprensivo di obiettivi, tempistiche, modalità definite), la COT attiva il servizio o la struttura appartenente al setting assistenziale individuato (es. ADI, OdC, struttura riabilitativa, Hospice, RSA, ecc.). La COT, quindi, raccordandosi direttamente con la struttura ospedaliera, pianifica e organizza il momento della dimissione e la transizione verso il nuovo setting territoriale individuato, sulla base delle condizioni del paziente.
6. Attori e Azioni: 1) La COT:
 - a) Supporta l'individuazione della struttura/servizio di destinazione specifica;
 - b) attiva/prenota la struttura/servizio territoriale individuato e i relativi professionisti/servizi coinvolti (es. assistente sociale del comune, servizi di Telemedicina, ecc.);
 - c) coordina tutte le risorse necessarie al trasferimento;
 - d) registra le informazioni relative al trasferimento.

2) La Struttura Ospedaliera: mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia accompagnando alla dimissione.

7. Supporti tecnici e informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione (dimissione protetta) è necessario disporre di:

- a) cruscotto dei pazienti in dimissione (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) con lo stato di avanzamento (es. esito UVM, programmazione primo accesso al domicilio, ecc.) comprensiva di funzionalità di notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi);
- b) sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti al domicilio, ecc.);
- c) mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, disponibilità posti letto, referenti, ecc.) e con la possibilità di "riservare" la risorsa;

8. III Fase - Attuazione della transizione: La COT organizza il momento della dimissione dall'ospedale al setting territoriale di destinazione attivando e organizzando i servizi necessari.

9. Attori e azioni: la COT:

1. verifica la sussistenza degli aspetti organizzativi e logistici pianificati;
2. attiva gli attori necessari per la corretta presa in carico del paziente;
3. verifica l'avvenuta dimissione e l'avvenuta presa in carico da parte del servizio/strutture territoriale preposto;
4. supporta l'organizzazione del primo accesso da parte dei professionisti della salute;
5. monitora il completamento della transizione e supporta la risoluzione di eventuali problematiche;
6. notifica a tutti gli attori coinvolti l'esito della transizione e ne garantisce l'adeguato aggiornamento.

10. Supporti tecnici e informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione (dimissione protetta) è necessario disporre di:

- a) cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche per la valutazione della rispondenza alle fasi e tempi previsti e con funzionalità di notifica degli scostamenti eventuali;
- b) sistema informatico dove registrare i dati necessari per gestire la programmazione delle transizioni "intermedie" previste in modo da consentire alla COT di disporre di un monitoraggio anche della programmazione delle attività oltre che delle transizioni "in itinere".

H. Il ruolo della COT nella transizione Territorio – Ospedale

1. Il Territorio (rappresentato dai suoi diversi setting) esprime il bisogno di un ricovero ospedaliero (ammissione protetta) non a carattere di urgenza, ma programmabile.

2. I Fase – Identificazione del bisogno e avvio del processo: il MMG/PLS o il medico palliativista/medico del distretto o chi ha in gestione il caso, previo raccordo con MMG/PLS qualora la richiesta non provenga dallo stesso, concorda la necessità di un accesso ospedaliero programmabile. A fronte della necessità viene emessa una prescrizione/richiesta di attivazione della procedura con le relative informazioni sui bisogni e condizioni del paziente (es. necessità ossigeno o specifici presidi, presenza di accompagnatore, possibilità di trasporto da sdraiato/seduto, ecc.).
3. La COT visualizza la nuova richiesta attraverso il sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni, prendendola in carico.
4. Attori e azioni: 1) MMG/PLS o il medico palliativista/medico del distretto o chi ha in gestione il caso:
 - a) ravvisa il bisogno di un intervento che prevede un accesso ospedaliero programmabile e predisporre la prescrizione/richiesta;
 - b) invia alla COT la prescrizione/richiesta.2)La COT:
 - a) prende in carico la prestazione/richiesta
 - b) Integra informazioni sul caso
5. Supporti tecnici ed informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione è necessario disporre di:
 - a) Sistema di ricezione delle notifiche;
 - b) Possibilità di recuperare informazioni sulla presenza di esigenze clinico assistenziali specifiche (es. trasportabilità, utilizzo di particolari presidi, presenza di un accompagnatore);
 - c) Possibilità di recuperare informazioni sulla prestazione richiesta per cui è necessario un accesso in ospedale (es. sostituzione di catetere venoso centrale, PEG, programmazione di visite specialistiche o esami diagnostici);
6. II Fase - Identificazione del setting di destinazione e coordinamento della transizione: la COT, accedendo alle liste di attesa e alle agende di prenotazione, propone al richiedente la struttura ospedaliera più idonea con le relative disponibilità di appuntamento. Il servizio territoriale richiedente conferma la proposta sulla base della situazione clinica e organizzativa del paziente, lo informa e insieme alla COT organizza il trasporto. La COT fissa l'appuntamento concordato all'interno dell'agenda ospedaliera prescelta.
7. Attori e azioni: 1) La COT:
 - a) Accede in forma anonima alle liste di attesa, alle agende di prenotazione delle strutture ospedaliere idonee al caso per la prestazione richiesta per verificare la disponibilità e in forma nominativa relativamente ai soli pazienti di cui gestisce la transizione;
 - b) propone al richiedente la struttura disponibile individuata;
 - c) fissa l'appuntamento, supportando la valutazione e gestione delle priorità di risposta da dare
 - d) facilita, salvo diverse organizzazioni territoriali, la transizione (es. organizzazione dell'appuntamento e accesso) del paziente dal territorio alla struttura ospedaliera individuata.

- 2) La Struttura/servizio territoriale richiedente:
- a) conferma alla COT la proposta di appuntamento;
 - b) mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia.
8. Supporti tecnici ed informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione è necessario disporre di:
- a) cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni;
 - b) possibilità di accedere alle agende di prenotazione delle strutture ospedaliere con l'indicazione delle disponibilità per la fase di prenotazione e con la possibilità di riservare la risorsa individuata;
 - c) sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti a domicilio, ecc.).
9. III Fase - Attuazione della transizione: La COT traccia e registra il buon esito della transizione del paziente verso la Struttura Ospedaliera individuata. Il documento emesso dall'ospedale al termine della prestazione (es. foglio di ricovero, lettera di dimissione, referto, ecc.) genera una notifica alla COT la quale a sua volta informerà del buon esito della prestazione tutti i professionisti coinvolti. Nel caso in cui la prestazione non sia stata erogata, l'ospedale informa la COT che in accordo con la Struttura/servizio territoriale richiedente, che ha in gestione il caso, riprogramma un nuovo appuntamento.
10. Attori e azioni: 1) La COT:
- a) monitora il completamento della transizione e supporta la risoluzione di eventuali problematiche;
 - b) notifica a tutti gli attori coinvolti l'esito della transizione e ne garantisce l'adeguato aggiornamento, riprogrammando un nuovo appuntamento nel caso in cui la prestazione non venga erogata.
- 2) Struttura Ospedaliera:
- a) effettua la prestazione;
 - b) a seguito della prestazione emette la documentazione clinica dandone notifica alla COT;
 - c) eventualmente notifica la non avvenuta prestazione alla COT nel caso di impedimenti.
- 3) La Struttura/servizio territoriale richiedente:
- a) gestisce il paziente nella fase di transizione (es. informazione, coinvolgimento accompagnatori, ecc.);
 - b) riprende in carico il paziente al termine della transizione in ospedale;
 - c) in accordo con la COT riprogramma un nuovo appuntamento, nel caso in cui la prestazione non venga erogata.
11. Supporti tecnici ed informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione è necessario disporre di:
- a) cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche per la valutazione della rispondenza alle fasi e tempi previsti e con funzionalità di notifica degli scostamenti eventuali;

- b) sistema integrato con i principali applicativi di gestione ospedaliera per acquisire accettazione del paziente (prestazioni ospedaliere);
- c) sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti a domicilio, ecc.).

I. Il ruolo della COT nella transizione Territorio – Territorio

1. Il Servizio sociale/sociosanitario/MMG che ha in carico il soggetto sul territorio esprime il bisogno di modificare/integrare il setting assistenziale della persona.

2. Nel caso in cui si palesa la necessità di assecondare un bisogno sanitario di nuova manifestazione per un paziente che risiede in una struttura a valenza sociale (Comunità Alloggio, ecc.) oppure in una struttura sociosanitaria (RSA, Residenzialità per disabili, ecc.) o al proprio domicilio, la presa in carico di questa necessità esiterà in una transizione verso:

- a) un'integrazione di presa in carico con servizi aggiuntivi (transizione tra servizi);
- b) una transizione verso struttura sanitaria o altra sociosanitaria territoriale (transizione tra setting).

3. I Fase – Identificazione del bisogno e avvio del processo: il MMG/PLS o chi ha in gestione il caso, previo raccordo con MMG/PLS qualora la richiesta non provenga dallo stesso (es. referente di struttura, ecc.), individua un bisogno di natura clinico- assistenziale pianificabile non a carattere emergenziale, e invia una segnalazione alla COT. La segnalazione deve contenere la descrizione del bisogno, l'ipotesi di intervento necessario, le principali informazioni sul caso (es. diagnosi, descrizione della disabilità, grado di autonomia, ecc.). La COT visualizza la nuova richiesta attraverso il sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni), prendendola in carico.

4. Attori e azioni: 1) MMG/PLS o chi ha in gestione il caso (es. referente di struttura, ecc.), previo raccordo con MMG/PLS:

- a) individua un bisogno di natura clinico-assistenziale pianificabile che prevede una nuova/ulteriore presa in carico sanitaria;
- b) produce una scheda di valutazione del bisogno del paziente con le principali informazioni;
- c) notifica la prescrizione/richiesta alla COT nel cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni;
- d) informa il paziente/caregiver della avvenuta richiesta.

2)La COT:

- a) prende in carico la richiesta;
- b) si attiva, se necessario, in accordo con il Distretto, per far effettuare l'UVM e per la conseguente definizione del PAI;
- c) integra le informazioni e funge da facilitatore tra tutti i professionisti coinvolti;
- d) visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni sul caso comunicandole alla UVM.

5. Supporti tecnici ed informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione è necessario disporre di:
- sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) corredata delle informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia, dei dati sulla complessità del caso e dei bisogni;
 - possibilità di verificare per il caso specifico servizi attivi/già attivati (sanitari, sociosanitari, sociali) sul paziente;
 - mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, disponibilità posti letto, referenti, ecc.);
6. Il Fase - Identificazione del setting e Coordinamento della transizione: La COT, sulla base degli esiti della valutazione/rivalutazione/richiesta, verifica la disponibilità da parte dei servizi o delle strutture corrispondenti al setting assistenziale individuato, appropriate in termini di prossimità e di bisogni clinico-assistenziali ravveduti, attraverso la mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, posti letto, referenti, liste di attesa, ecc.). Una volta individuata la struttura o il servizio più idoneo, la COT provvede a contattarla e a pianificare la presa in carico, e quindi la transizione. Successivamente, notifica l'avvenuta pianificazione della transizione al soggetto richiedente e a tutti gli altri attori coinvolti nel processo (MMG/PLS ecc.).
7. Attori e Azioni:
- La COT:
 - raccoglie e trasmette le informazioni utili a gestire la transizione (es. bisogni specifici, personalizzazione della presa in carico, ecc.);
 - supporta l'individuazione del servizio/struttura di destinazione;
 - effettua un'analisi sul territorio per verificare la disponibilità dei servizi o strutture corrispondenti al setting assistenziale individuato;
 - attiva/prenota la struttura o il servizio territoriale individuato e i relativi professionisti coinvolti (es. assistente sociale del comune, servizi di Telemedicina, ecc.);
 - si interfaccia con il soggetto richiedente per gli aspetti organizzativi e logistici della transizione;
 - pianifica la transizione.
 - La Struttura/servizio Territoriale richiedente:
 - riceve notifica, da parte della COT, di avvenuta individuazione della struttura/servizio sanitaria/sociosanitaria idonea;
 - conferma/approva la proposta ricevuta;
 - riceve la notifica di tutti gli aspetti organizzativi e logistici della transizione, da parte della COT;
 - mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia, accompagnandolo nella transizione.
 - La Struttura/servizio Territoriale di destinazione:
 - conferma la disponibilità alla presa in carico;
 - pianifica la transizione, unitamente alla COT.
8. Supporti tecnici ed informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione è necessario disporre di:

- a) cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con lo stato di avanzamento (es. esito UVM, ecc.) comprensivo di funzionalità di notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi);
 - b) sistema per la “prenotazione/impegno” della risorsa/servizio individuati.
 - c) sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti a domicilio, ecc.).
 - d) database delle strutture/servizi territoriali con l’indicazione delle eventuali disponibilità (mappatura).
9. III Fase - Attuazione della transizione: la COT organizza e monitora la transizione e verifica che il primo accesso alla struttura di destinazione o al domicilio sia avvenuto secondo quanto programmato, dandone notifica a tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico.
10. Attori e azioni:
- 1. La COT:
 - a) verifica la sussistenza degli aspetti organizzativi e logistici pianificati;
 - b) attiva gli attori per la corretta presa in carico del paziente;
 - c) monitora lo stato della transizione e del primo accesso nella sede di destinazione;
 - d) in caso di scostamenti dal programmato, si attiva proattivamente con il referente del servizio/struttura di destinazione;
 - e) notifica a tutti gli attori coinvolti l’esito della transizione e ne garantisce l’adeguato aggiornamento.
 - 2. La Struttura/servizio territoriale di destinazione:
 - a) prende in carico il paziente;
 - b) mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia.
11. Supporti tecnici ed informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione è necessario disporre di:
- a) cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche comprensiva della notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi)
 - b) sistema di notifica esito transizione al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. pasti a domicilio, ecc.).
- J. Il ruolo della COT nel coordinamento e monitoraggio della salute al domicilio – Telemonitoraggio e/o Telecontrollo - (DM 29 aprile 2022)**
1. **I Fase – Identificazione del bisogno e presa in carico della richiesta:** nell’ambito dell’assistenza territoriale, il telemonitoraggio può essere richiesto da un medico (MMG/PLS, specialista) che ravvisa la necessità di monitorare da remoto, in maniera continuativa e automatica i parametri vitali di un paziente mediante l’utilizzo di dispositivi e sensori certificati forniti dall’Azienda sanitaria. La COT visualizza la richiesta, prendendola in carico e informando la Centrale operativa ADI ove presente o il servizio preposto all’erogazione del telemonitoraggio secondo l’organizzazione locale. Nel caso in cui venga ravvisata la

necessità di coordinare ulteriori setting e professionisti, la COT attiva l'UVM al fine di valutare la richiesta di attivazione del telemonitoraggio e/o telecontrollo.

2. Attori e azioni:

1. MMG/PLS o il medico specialista:

- a) ravvisa il bisogno di monitorare da remoto i parametri vitali di un paziente;
- b) invia alla COT la prescrizione/richiesta;
- c) informa il paziente/caregiver dell'avvenuta richiesta.

2. La COT:

- a) prende in carico la richiesta;
- b) informa la Centrale Operativa ADI (ove presente) o il servizio preposto secondo l'organizzazione locale;
- c) attiva, qualora necessario, l'UVM per la valutazione della richiesta;
- d) visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni sul caso comunicandole all'UVM.

3. Supporti tecnici ed informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata la richiesta di attivazione, è necessario disporre di:

- a) sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) corredata delle informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia e dati sulla complessità del caso e del bisogno;
- b) possibilità di verificare i servizi attivi/già attivati (sanitari, sociosanitari, sociali) sul paziente.

4. Il Fase – Attivazione ed erogazione: l'attivatore del telemonitoraggio/telecontrollo è la COT. La consegna dei dispositivi prescritti e la formazione di paziente e/o caregiver è in carico al personale sanitario che segue il paziente (eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio degli stessi) ed è organizzata dalla Centrale Operativa ADI, ove presente o dal servizio preposto secondo l'organizzazione locale. La COT monitora che la consegna dei dispositivi prescritti sia avvenuta con successo. Il servizio di telemonitoraggio/telecontrollo, inteso come l'accesso alla piattaforma, il settaggio dei valori soglia, ecc., è erogato dal Centro servizi per la telemedicina, il cui supporto viene richiesto dalla COT e/o dagli operatori che erogano l'assistenza. Il Centro servizi si deve occupare di fornire assistenza tecnica e servizio di help desk di secondo livello (supporto tecnico) in caso di necessità (attraverso canali, orari e giornate definiti). Il telecontrollo avviene attraverso il contributo attivo del paziente/caregiver che fornisce dati relativi al proprio stato di salute (es. questionari, sintomi, parametri fisiologici, esercizio fisico, alimentazione, aderenza alla terapia farmacologica, ecc.) agli operatori tramite una piattaforma digitale. La gestione degli allarmi del telemonitoraggio/telecontrollo generati dalla piattaforma prevede la stesura di uno specifico protocollo.

5. Attori e azioni:

1. Personale sanitario che ha in carico il paziente per il telemonitoraggio/telecontrollo:

- a) provvede alla consegna dei dispositivi prescritti, eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio degli stessi;
- b) provvede alla formazione del paziente e/o caregiver;

- c) rappresenta il riferimento per il paziente e/o caregiver per la gestione del telemonitoraggio/telecontrollo.

- 2. La COT:
 - a) attiva il servizio di telemonitoraggio/telecontrollo;
 - b) monitora che la consegna dei dispositivi prescritti sia avvenuta con successo;

- 3. Paziente/Caregiver (telecontrollo): Fornisce dati relativi al proprio stato di salute (PGHD);

- 6. Supporti tecnici e informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase II:
 - 1. sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere;
 - 2. cruscotto su dati di salute anonimi derivanti da strumenti di telemedicina ai fini di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

Allegato C

Modello organizzativo e tipologie dell' Ospedale di Comunità (OdC)

A. Localizzazione dell'OdC e contiguità con altre strutture sanitarie

1. L'OdC, in virtù della sua specifica funzione di transizione tra diverse modalità e/o strutture di assistenza, può avere una sede propria, essere collocato in una Casa della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, presso strutture residenziali sociosanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è sempre riconducibile ai servizi ricompresi nell'assistenza territoriale distrettuale.
2. Ai fini dell'inserimento dell'OdC nella rete socio sanitaria territoriale occorre valutare diversi aspetti quali, ad esempio, il contesto demografico e sociale di riferimento, la dotazione infrastrutturale e la possibile riconversione di edifici esistenti e/o la realizzazione di una nuova costruzione.
3. Al fine di favorire l'efficacia del servizio sia per gli utenti che per gli operatori sanitari è preferibile allocare l'OdC presso una Casa della Comunità (di tipo Hub), magari in compresenza anche di una COT.
4. Gli Ospedali di Comunità (con o senza CdC e/o COT) possono inoltre essere localizzati all'interno di poli ospedalieri o edifici socio-sanitari già operativi ad esempio all'interno di un padiglione ospedaliero o su un piano di un ospedale monoblocco oppure in presidi autonomi all'interno di edifici esistenti oppure con la realizzazione di una nuova costruzione. Tale scelta può essere valutata in relazione alla disposizione di edifici esistenti e/o di terreni ove poter inserire nuovi edifici, che devono tuttavia essere ben inseriti nel contesto territoriale e infrastrutturale, al fine di aumentarne l'accessibilità inclusiva.
5. Per definire la più adeguata localizzazione di un OdC, occorre analizzare:
 - a. la rete dei servizi sanitari e socio-complementari esistenti e programmati (per i rapporti di prossimità funzionale e per la gestione di eventuali emergenze sanitarie);
 - b. il bacino d'utenza attuale e potenziale (dati demografici e sanitari) per ogni distretto (per definirne il dimensionamento);
 - c. il sistema infrastrutturale esistente e programmato (per accessibilità delle aree);
 - d. il sistema ambientale in tutta la sua complessità (per localizzazione in aree di qualità ambientale e minore rischio climatico);
 - e. possibile disponibilità e localizzazione di aree ed edifici di proprietà delle Aziende.
6. Le analisi di cui al comma precedente sono utili all'individuazione di alcune possibili aree o edifici da adibire a OdC e valutare le possibili alternative in funzione di:
 - a. dimensionamento, appropriatezza dell'area o adattabilità dell'eventuale edificio esistente;
 - b. posizionamento ottimale rispetto ai flussi e al bacino d'utenza;
 - c. accessibilità (pubblica e privata) e visibilità dell'area.
7. È preferibile, ove disponibili strutture in disuso nel territorio comunale, allocare un OdC integrato con la CdC e COT in un edificio esistente per permettere rigenerazione urbana, ridurre l'impatto sull'ambiente e permettere la valorizzazione patrimonio costruito esistente: il riuso di edifici dismessi o sottoutilizzati (ad esempio nel caso di edifici sanitari), favorisce la riorganizzazione della rete sanitaria e al

contempo consente la riqualificazione di comparti urbani, grazie all'inserimento di nuovi servizi e funzionalità.

8. In relazione all'analisi sulle potenzialità di riuso di edifici esistenti, o di parte di essi, per la realizzazione di un OdC, è necessario preventivamente accertare l'assenza di vincoli e/o condizioni che rendano difficile il rispetto dei requisiti strutturali, tecnologici, ambientali e organizzativi oltre che delle condizioni di comfort e benessere degli utenti. A tale scopo è opportuno esaminare almeno i seguenti vincoli:

- a. storici e artistici;
- b. economici, connessi all'assetto delle proprietà, alla tipologia strutturale e costruttiva dell'edificio, e alle doverose opere da integrare, soprattutto dal punto di vista impiantistico;
- c. urbanistici e localizzativi;
- d. accessibilità;
- e. dimensionali dell'area e/o dell'edificio di riferimento.

Al fine di adottare una scelta adeguata e coerente in merito a queste specificità, occorre effettuare un'analisi preliminare dell'efficacia e convenienza di riutilizzo del patrimonio esistente. Tale scelta deve essere attuata al fine di garantire un'adeguata accessibilità dell'area in particolare alle categorie fragili, principali utenti dell'OdC. Alla rilevazione dei bisogni di salute del bacino d'utenza e all'analisi delle caratteristiche di accessibilità si unisce la verifica delle caratteristiche naturali e antropiche del territorio fisico di riferimento, soprattutto in quei casi in cui l'OdC risponde alle esigenze di più contesti urbani, e pertanto deve essere localizzato in aree che possano garantire un'adeguata raggiungibilità e fruibilità della struttura.

9. In relazione alla disponibilità di strutture esistenti e/o aree libere (adeguate alle necessità della funzione da ospitare), è preferibile che:

1. se l'OdC ha un bacino che corrisponde a un intero Comune o una parte, essa venga localizzata all'interno del contesto urbano – purché l'area sia facilmente accessibile e raggiungibile da tutti i cittadini anche con il trasporto pubblico;
2. se l'OdC serve invece più Comuni, è necessario valutare di localizzare la struttura:
 - a. in un'area baricentrica rispetto ai centri urbani, se il numero di cittadini è simile tra un Comune e l'altro, per garantire equità tra tutti – purché l'area sia facilmente accessibile e raggiungibile da tutti i cittadini anche con il trasporto pubblico;
 - b. all'interno del centro urbano di uno dei comuni di riferimento, magari quello con un bacino di utenti maggiore – purché facilmente accessibile e raggiungibile da tutti i cittadini anche con il trasporto pubblico.

B. Definizione macro-aree, Aree funzionali e Unità ambientali

1. Le diverse funzioni dell'OdC si articolano nelle seguenti n.2 macro-aree omogenee per tipologia di funzione da erogare:

- 1) Macro-Area DEGENZA, che ospita tutti i servizi di natura sanitaria quali degenze, ambulatori e aree per la riabilitazione, composta da 1 o 2 moduli da 20 posti letto ciascuno;

- 2) Macro-Area GENERALI E LOGISTICI che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali accoglienza utenti e personale sanitario, aree logistiche e locali tecnici. Questa macro-area può essere suddivisa in:
- servizi di accoglienza per gli utenti (area CUP, area amministrativa, ecc.);
 - servizi di accoglienza per il personale sanitario e non (spogliatoi, aree relax, ecc.);
 - servizi logistici (magazzini, depositi, ecc.);
 - locali tecnici (locali tecnici, centrale tecnologica, locali UTA, ecc.).
2. Ogni Macro-area è suddivisa in Aree funzionali e ogni Area Funzionale è composta da unità ambientali (singoli ambienti fisici), che possono essere:
- unità ambientali operative, che caratterizzano l'area funzionale e il servizio da erogare;
 - unità ambientali per i servizi annessi e di supporto, cioè i locali che utili per lo svolgimento delle funzioni quali depositi, locali lavoro, ecc., che possono essere in comune con altre aree funzionali;
 - unità ambientali per l'accoglienza pazienti e caregiver, cioè gli spazi destinati agli utenti e accompagnatori, che possono essere in comune con altre aree funzionali.
3. La Macro-area Degenza ospita esclusivamente l'area degenza comprendente tutti i servizi di ricovero degli utenti. In essa sono previste le seguenti unità ambientali:
- Camere di degenza singola o doppia (tripla o quadrupla), comprensive di servizio igienico dedicato
 - Camere protette, comprensive di servizio igienico dedicato
 - Ambulatorio e locale medicazioni
 - Locale dedicato all'attività riabilitativa Soggiorno comune
4. All'interno della macro-area degenza devono essere previsti nello specifico, come indicato nell'Intesa Stato- Regioni del 20 febbraio 2020, Allegato A, punto 2 dei requisiti minimi generali, strutturali e tecnologici specifici, organizzativi e standard minimi clinico-assistenziale:
- per il percorso pubblico: un'area comune di attesa per utenti (accompagnatori e caregiver) e i servizi igienici per il pubblico suddivisi per genere;
 - per il percorso sanitario una serie di servizi annessi e di supporto comuni, quali:
 - depositi sporco/pulito;
 - un deposito attrezzature e presidi medici;
 - un locale infermieri e relativa postazione controllo infermieri;
 - un locale medici;
 - una tisaneria;
 - servizi igienici per il personale suddivisi per genere.
5. Con riferimento all'Intesa Stato-Regioni sui Requisiti Minimi generali, strutturali e tecnologici specifici, organizzativi e standard minimi clinico-assistenziale l'OdC deve essere dotato di camere singole e da 2 a 4 posti letto. Vista la specifica categoria di utenti fragili e le criticità delle camere quadruple messe in luce dalla pandemia da COVID-19, è preferibile realizzare camere esclusivamente singole e doppie (e non triple e quadruple), salvo ovviamente particolari esigenze specifiche del contesto edilizio-territoriale di riferimento.
6. Gli OdC possono prevedere ambienti protetti, cioè camere singole con posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie croniche riacutizzate a

domicilio o in dimissione ospedaliera, in prossimità delle aree infermieristiche e delle palestre riabilitative, secondo i riferimenti di legge. Tali ambienti devono essere attrezzati con arredi appropriati alla tipologia di utenza a tutela della loro sicurezza e incolumità.

7. La Macro-area Servizi Generali e Logistici ospita tutti i servizi relativi a:
- SERVIZI GENERALI in cui rientrano tutti i servizi di accoglienza sia per gli utenti e il personale sanitario;
 - AREA LOGISTICA in cui si considerano le aree dei magazzini economici, l'isola ecologica, ecc
 - LOCALI TECNICI in cui rientrano la centrale tecnologica, locali UTA, ecc.

In relazione alle indicazioni definite dal DM 77 e all'adeguata erogazione dell'attività sanitaria, i servizi generali e logistici sono Obbligatori.

8. Nella macro-area Servizi Generali e Logistici, tra le aree funzionali ritenute facoltative vi sono la Cucina e la Lavanderia. Si tratta di servizi raccomandati per lo svolgimento delle attività sanitarie, ma quest'ultime possono essere effettuate in outsourcing.

9. Per ciascuna area funzionale sono previsti i seguenti locali:

SERVIZI GENERALI	Accoglienza utenti (Area accoglienza, Area di attesa /soggiorno, Servizi igienici utenti suddivisi per genere) Accoglienza personale sanitario (Spogliatoi suddivisi per genere, Servizi Igienici per il
AREA LOGISTICA	Magazzini – depositi (Magazzino / Deposito sporco, Magazzino / Deposito pulito, Sosta salme) Area pulizia (Deposito)
LOCALI TECNICI	Locale Unità Trattamento dell'Aria (UTA), ove presente

10. In caso di OdC realizzata all'interno di poli ospedalieri o edifici sanitari già operativi (edifici interi e/o porzioni di esse) oppure di OdC integrate con CdC e/o COT, diverse aree funzionali non sanitarie afferenti alla Macro- area Servizi Generali e Logistici possono essere in comune e/o condivisione, quali per esempio l'area accoglienza, aree di deposito, spogliatoi per il personale, aree tecnologiche, ecc.

Tabella con l'elenco delle Macro-Aree e Aree funzionali considerate obbligatorie e facoltative per l'OdC

MACROAREA	Unità Funzionali dell'OdC		indicazioni OdC
	AREE FUNZIONALI		METAPROGETTO
DEGENZA	AREA DEGENZA		
	<i>Servizio di degenza low-care</i>	AREA DEGENZA	Obbligatorio
SERVIZI GENERALI E LOGISTICI	AREA SERVIZI GENERALI		
	<i>Servizi di accoglienza per gli utenti e il personale sanitario</i>	ACCOGLIENZA UTENTI	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		ACCOGLIENZA PERSONALE	Obbligatorio ma può essere in condivisione
	AREA SERVIZI LOGISTICI		
	<i>Servizi logistici per il funzionamento della struttura sanitaria</i>	MAGAZZINI - DEPOSITI	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		ISOLA ECOLOGICA	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		AREA PULIZIA	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		CUCINA	Facoltativo
		LAVANDERIA	Facoltativo
	AREE LOCALI TECNICI		
<i>CT, Centrali gas, collegamenti impiantistici, sotto-centrali, ecc.</i>	LOCALI TECNICI e CENTRALE TECNOLOGICA, UTA, ecc.	Obbligatorio ma può essere in condivisione	

11. In relazione ai flussi principali è preferibile un unico ingresso pubblico centrale e riconoscibile che possa indirizzare l'utente verso le funzioni presenti nella struttura e la presenza di possibili accessi secondari (sanitari, merci, ecc.) che possano – in caso di esigenza- supportare la gestione di flussi separati di entrata e/o uscita.

12. Se l'OdC è allocato all'interno di una struttura sanitaria con più servizi sanitari, è preferibile garantire gli accessi in condivisione con la struttura ospitante ma separabili in caso di emergenza.

13. È preferibile, ove possibile, garantire due corridoi per suddividere i percorsi del pubblico e quelli sanitari, e in caso di strutture a sviluppo verticale, garantire ascensori differenziati.

C. Relazioni funzionali e spaziali dell'OdC

1. In riferimento alle relazioni funzionali e, nello specifico, quelle spaziali, è necessario assicurare la compattezza dell'intero complesso al fine di ottimizzare i percorsi e rendere pressoché contigue aree funzionali che necessitano di un'effettiva vicinanza.

2. Occorre definire e individuare le relazioni (funzionali e spaziali) delle diverse unità funzionali presenti nella struttura attraverso due matrici che evidenziano rispettivamente:

- la relazione funzionale, ovvero il livello di relazione funzionale (alto, medio, standard, basso) tra due funzioni sanitarie o non sanitarie. Viene valutato il livello di collegamento che le due attività hanno in termini di servizio;
- la relazione spaziale, cioè il livello di prossimità e vicinanza che due funzioni devono avere tra di loro all'interno della struttura.

3. Gli OdC possono prevedere ambienti protetti, di cui al precedente articolo 3, comma 6. Tali degenze devono essere di tipo singolo ed essere le più prossime alla postazione controllo infermieri.

D. Dimensionamento complessivo dell'OdC

1. Il dimensionamento dell'OdC deriva dalla tipologia organizzativa, ad esempio se collocato all'interno di edificio esistente o di una CdC, e dal numero di posti letto. Esso è variabile a seconda delle risultanze delle indagini preliminari alla progettazione a scala territoriale e locale.

2. Secondo le indicazioni organizzative di cui al DM 77 e in relazione alla programmazione degli OdC, il dimensionamento medio per un OdC da 20 pl può attestarsi indicativamente come suggerito nella tabella riportata di seguito.

Dimensionamento	OdC
Superficie Lorda di Pavimento (SLP)	1.000 mq circa

3. I dimensionamenti, che corrispondono ai valori minimi individuati, possono variare in relazione a una serie di fattori dovuti alla tipologia edilizia (monoblocco, a corte, torre, ecc.) e distributiva (corpo doppio, triplo o quintuplo). Per SLP si intende la Superficie Lorda di Pavimento di tutti gli spazi dell'OdC e quindi relativi:

- a) alle degenze;
- b) agli spazi pubblici: un'area comune di attesa per utenti (pazienti diurni e caregiver) e i servizi igienici per il pubblico suddivisi per genere;
- c) ai servizi annessi e di supporto per lo svolgimento dell'attività sanitaria e non;
- d) alla distribuzione dei percorsi.

4. Per il dimensionamento minimo dei locali si rimanda ai riferimenti di accreditamento regionale e al DPR 14/01/1997.

E. ODC integrato con la CDC e/o la COT

1. L'OdC può essere insediato all'interno di una struttura che ospita anche una CdC e/o COT. In tal caso diversi spazi associati alla Macro-Area Servizi Generali e Logistici possono essere dimensionati in maniera tale da efficientare l'uso degli spazi.

2. La localizzazione delle funzioni deve garantire in particolar modo la prossimità tra l'OdC e la macro-area specialistica della CdC (ambulatori specialistici, diagnostica di base, ecc.), in caso di evenienza.

F. Caratteristiche strutturali e tecnologiche degli ODC

1. La flessibilità degli spazi è fortemente dettata anche dalla maglia strutturale dell'edificio. Negli interventi di nuova realizzazione è preferibile introdurre una maglia strutturale regolare, possibilmente quadrata che possa permettere una serie di configurazioni dei layout per configurazioni future e futuribili.

2. L'impianto complessivo della struttura sanitaria e le soluzioni tecnico-costruttive devono garantire diversi gradi di flessibilità di scala differente: per l'intero complesso, per aree funzionali, per singolo ambiente. Nello specifico:
 - a) il primo livello di flessibilità è quello dell'impianto complessivo, che deve consentire che siano già individuate le possibili aree di ampliamento e che queste siano coerenti con l'impianto originario, anche con strutture temporanee e tensostrutture;
 - b) il secondo livello di flessibilità che deve essere assicurato investe la effettiva trasformabilità delle aree funzionali;
 - c) il terzo livello di flessibilità, altrettanto importante, è la trasformabilità delle singole aree funzionali, ovvero la possibilità di modificare agevolmente le unità ambientali di base e questo implica l'uso di materiali e soluzioni tecnologiche appropriate, con tecnologia a secco, su una maglia ordinatrice e con uno spazio tecnico di servizio distribuito in maniera uniforme.
3. Per la realizzazione di una nuova struttura sanitaria è necessario adoperare le tecnologie più consone alla funzione da erogare, in relazione al ciclo di vita della struttura e alle sue possibili configurazioni future e futuribili. Le scelte costruttive devono poter garantire caratteristiche di flessibilità.
4. In relazione alla tipologia di intervento (nuova costruzione e riuso), l'edificio deve essere realizzato con una struttura e sistemi di compartimentazione con caratteristiche REI secondo i riferimenti di legge relativi alle strutture sanitarie e i materiali utilizzati per le finiture devono avere un'adeguata resistenza al fuoco. L'edificio deve essere progettato in modo tale da circoscrivere e limitare la propagazione di un eventuale incendio, suddividendo la struttura in compartimenti, distinguendo aree con diverse caratteristiche in funzione delle attività svolte.
5. In aggiunta, sempre in relazione alle disposizioni di legge, l'edificio deve garantire il minimo disagio in caso di sisma e/o emergenza ambientale.
6. È preferibile adoperare materiali comuni che vengono adoperati tradizionalmente, quali il PVC o linoleum, pannelli metallici, ecc. che garantiscono una facile manutenzione e sanificazione, poiché assenti di fughe.
7. È necessario adoperare materiali sempre più performanti, duraturi e facilmente sanificabili in relazione alle esigenze;
8. L'assenza di materiali antibatterici e antivirali può essere superata da un'attenta, regolare e costante sanificazione. Una particolare attenzione deve essere posta alle superfici toccate più frequentemente (es. porte, maniglie delle porte, finestre, tavoli, interruttori della luce, servizi igienici, rubinetti e lavandini, scrivanie, sedie, ecc.).
9. È preferibile che l'ingresso alla struttura sanitaria sia uno e riconoscibile. L'ingresso dei visitatori da collocarsi verso la parte di edificio aperta al pubblico, deve essere facilmente identificabile e accessibile.
10. L'area d'ingresso deve coincidere con l'inizio della simil main street, corridoio del pubblico, oltre che con le aree d'informazione, prenotazione e accettazione. Per i servizi logistici invece è preferibile garantire almeno un accesso per facilitare l'ingresso e l'uscita delle merci.

11. È preferibile garantire accessi secondari che possano essere adoperati per diversi scenari ed esigenze organizzative della struttura sanitaria, quali per esempio: garantire l'estensione della struttura con componenti prefabbricati e/o tensostrutture, garantire accessi compartimentati utili per le attività di primo soccorso ed/o similari, ecc.
12. È preferibile differenziare i flussi tra utenti diurni e personale sanitario:
 - a. percorso pubblico: per percorso pubblico si intende il percorso degli utenti diurni e dei visitatori, del pubblico in generale. Gli utenti devono accedere all'atrio dall'ingresso principale della struttura, in corrispondenza dell'area accoglienza e del CUP. Tale distribuzione consente di accogliere e separare il flusso dei visitatori da quello degli interni, garantendo un elevato controllo e il quieto e ordinato svolgersi delle attività sanitarie.
 - b. percorso sanitario / tecnico: il percorso del personale deve essere generalmente separato da quello pubblico e può coincidere con il percorso tecnico/logistico.
13. L'organizzazione dei percorsi della struttura deve essere realizzata tenendo in considerazione la tipologia edilizia:
 - a) se a sviluppo orizzontale diventa strategico garantire un adeguato sistema di wayfinding che permetta agli utenti di raggiungere le diverse aree sanitarie e non;
 - b) se a sviluppo verticale, oltre a garantire un sistema di wayfinding chiaro e immediato, gli ascensori devono essere facilmente riconoscibili, devono aprirsi e chiudersi in modo veloce e silenzioso, essere affidabili nel tempo ed essere correttamente dimensionati per garantirne l'utilizzo a persone non autosufficienti (con carrozzina e accompagnatore). Quest'ultimi devono essere differenziati per i due differenti percorsi.

Gli ascensori per il pubblico devono essere adeguati ai volumi di attività che devono essere debitamente calcolati e devono essere posti in corrispondenza degli spazi d'accoglienza e facilmente individuabili.
14. Occorre ottimizzare i percorsi interni alla struttura sanitaria mediante progettazione di segnaletica che dia origine a un sistema di wayfinding capace di aiutare l'utente a riconoscere adeguatamente i percorsi e gli spazi sanitari, agevolando l'organizzazione dei flussi e gli accessi alle molteplici aree funzionali.
15. Deve essere prevista una segnaletica facile da comprendere per supportare l'orientamento del personale e la comprensione dei percorsi.
16. Devono essere previsti arredi e attrezzature adeguati alle attività da svolgersi e deve essere garantita sicurezza per gli utenti. In aggiunta devono essere garantiti la relativa totale idoneità e affidabilità per il funzionamento, e, altresì, il mantenimento del valore e la funzionalità nel tempo.
17. Occorre assicurare la qualità ambientale e gli aspetti sociali degli spazi sanitari per il raggiungimento di un'efficiente qualità degli ambienti per tutte le diverse tipologie di utenti mediante forma, illuminazione, viste, materiali di finitura e scelte cromatiche, nonché arredi, ergonomia, ecc.
18. Occorre prevedere spazi per garantire il benessere psico-fisico di tutti gli individui coinvolti (pazienti, personale sanitario e visitatori), nonché l'efficienza lavorativa dello staff sanitario. Tali spazi possono essere interni alla struttura, in prossimità delle aree funzionali o delle aree verdi, preferibilmente con una varietà di spazi, diverse sedute e punti di isolamento per garantire la privacy degli utenti.

19. Occorre prevedere i giardini sulle coperture e nelle corti interne, unitamente alle pareti verdi, nonché le viste sui parchi in prossimità della struttura sanitaria. In particolare cortili interni, terrazze e tetti verdi aperti ai pazienti, ai familiari e al personale sanitario, non solo per le attività terapeutiche e riabilitative ma anche per trascorrere momenti di relax e pausa.
20. Deve essere garantita la presenza di luce naturale in tutti i locali operativi (ad esclusione di quelli specifici per l'area di diagnostica di base, ove presenti) e dove c'è persistenza di utenti, attraverso la presenza di viste verso l'esterno, corti verdi, ecc. In ogni caso, a supporto delle attività da svolgersi, è preferibile che la quantità di luce artificiale sia variabile in termini di intensità.
21. Devono essere previsti sistemi di ventilazione meccanizzati; per quanto concerne l'aerazione naturale, il ricambio dell'aria deve essere garantito in parte dalle finestre che devono essere previste sull'involucro esterno.
22. Gli infissi possono avere un grado di permeabilità all'aria più o meno alto in modo tale da favorire l'ingresso di aria esterna dai giunti, o da altri elementi che compongono l'infisso oppure serramenti particolari con meccanismi meccanici di apertura di fessure che permettono l'ingresso dell'aria.
23. Nella fase di progettazione e realizzazione occorre assicurare che tutte le componenti edilizie e impiantistiche garantiscano agli impianti non solo la totale idoneità e affidabilità per il relativo funzionamento, ma anche il mantenimento del valore e della funzionalità nel tempo.
24. È opportuno privilegiare soluzioni che permettano una regolare gestione e manutenzione degli impianti, nonché un'adeguata igienizzazione e sanificazione per la sicurezza di lavoratori e utenti. In generale, particolare attenzione deve essere rivolta a:
- a. ispezionabilità degli impianti;
 - b. facilità di eventuali verifiche dei parametri prestazionali;
 - c. facilità di pulizia e sanificazione delle canalizzazioni.
25. In relazione alla tipologia di intervento –nuova costruzione, riuso di un edificio in disuso oppure intervento all'interno di una struttura sanitaria- le soluzioni tecnologiche e impiantistiche possono fortemente variare e quindi vanno valutate caso per caso. In generale però– ove possibile – è preferibile introdurre e/o aggiornare il sistema impiantistico. Una particolare attenzione deve essere ricondotta alla riduzione dell'impatto ambientale di tali strutture con strategie di efficientamento energetico. Occorre impiegare mezzi di generazione del miglior livello tecnologico di efficienza e quando possibile ricorrere all'integrazione della produzione termica ed elettrica, tramite l'installazione di impianti cogenerativi.
26. È necessario, in riferimento alle missioni e obiettivi del PNRR, assicurare l'efficientamento energetico anche mediante piccoli dettagli di funzionamento, ad esempio le riduzioni delle quantità d'aria e d'acqua in circolo, in relazione all'operatività discontinua e prevedibile delle strutture, promuovendo l'utilizzo estensivo di sistemi impiantistici a portata variabile, o anche l'installazione di recuperatori di calore, indispensabile ausilio al risparmio di energia negli impianti a tutt'aria esterna.
27. Per garantire flessibilità e adattabilità degli spazi e impianti, nella progettazione e realizzazione si devono adottare soluzioni che consentano un facile cambiamento di utilizzo, si devono definire a priori

possibilità di espansione interna o esterna, sempre nella logica che la struttura deve essere adattabile in modo ottimale alle funzioni.

28. È necessario assicurare in maniera elevata il comfort per gli ospitati in condizioni di fragilità: in questa ottica devono essere garantite le condizioni termo-igrometriche. In generale l'OdC deve essere dotato di un'impiantistica di condizionamento che garantisca un comfort opportuno per tutti, e al contempo garantisca un'adeguata qualità dell'aria, come indicato anche nei documenti suggeriti dall'Istituto Superiore di Sanità.

29. Trattandosi di aree low-care, tra i sistemi si possono introdurre dei sistemi a tutt'aria che possano risultare ottimali per una facile pulizia e manutenzione, nonché assenza di possibile discomfort acustico.

30. Deve essere disponibile per tutti i giorni dell'anno l'approvvigionamento e la distribuzione idrica.

31. È preferibile un sistema di edificio intelligente che consenta il controllo, preferibilmente automatico o rimandato ad operatori, della situazione di attività dei diversi settori dei diversi impianti e consenta, con il fermo o la riduzione di attività degli impianti o delle attrezzature in periodi di non uso o di uso limitato, consistenti risparmi.

32. Per tutti i requisiti tecnici, il documento rimanda ai riferimenti di legge presenti in materia a livello nazionale e regionale.

33. Per quanto non esplicitato si rinvia all'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020, recepita con la deliberazione di Giunta regionale n.134 del 15/02/2022.

Il Dirigente di Sezione

Mauro Nicastro
Mauro
Nicastro
14.12.2022
11:54:22
GMT+00:00





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38".

Rep. Atti n. *118/CSR del 27 luglio 2020*

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 27 luglio 2020:

VISTO l'articolo 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 197, n. 281, che affida a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTA la Legge 15 marzo 2010, n. 38, recante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", che ha previsto l'attivazione delle reti delle cure palliative e della terapia del dolore, al fine di assicurare ai pazienti risposte assistenziali su base regionale, in modo uniforme su tutto il territorio nazionale e, in tale quadro, la normativa pone una specifica attenzione ad un sistema di accreditamento con un coordinamento a livello regionale ed uno a livello locale, nonché l'integrazione sanitaria e sociosanitaria, il potenziamento dei rapporti tra le equipe operanti a livello ospedaliero e le attività territoriali della medicina generale, l'attivazione di nuovi percorsi formativi;

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2010 (Rep. Atti n. 239/CSR), di approvazione del documento "Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore", che prevede una regia centralizzata a livello regionale e una struttura di coordinamento a livello locale, al fine di garantire l'assistenza palliativa e la terapia del dolore in modo omogeneo e di pari qualità sul territorio nazionale;

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 25 luglio 2012 (Rep. Atti n. 151/CSR) di cui all'articolo 5 della legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessarie per l'accREDITAMENTO delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore;

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 87/CSR) con il quale sono state individuate le figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore e le strutture sanitarie coinvolte nelle reti di cure palliative e di terapia del dolore, nonché i contenuti minimi in termini di conoscenza, competenza e abilità per i professionisti operanti nelle suddette reti;





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

VISTA l'Intesa stipulata in data 19 febbraio 2015 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. Atti n. 32/CSR) che indica le modalità e i termini temporali per l'adozione, da parte delle Regioni e delle Aziende sanitarie, dei criteri e dei requisiti di accreditamento, e per la prima volta tratta, nell'Allegato sub A, di un programma per l'accreditamento di reti assistenziali, con particolare riferimento al punto 1.2.3 "Realizzazione di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico";

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 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", ed in particolare:

- l'articolo 21 che assicura l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociosanitari, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale, nonché la stesura di un piano di assistenza individuale (PAI) che definisce i bisogni terapeutici, riabilitativi e assistenziali;
- l'articolo 23 che garantisce, nell'ambito della rete di cure palliative e attraverso le unità di cure palliative domiciliari, la presa in carico a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci al fine della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita;
- l'articolo 31 che, nell'ambito della rete locale di cure palliative, garantisce alle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, l'assistenza sociosanitaria residenziale nei centri di cure palliative specialistiche – hospice o nell'ambito dell'assistenza territoriale anche quando operanti all'interno di una struttura ospedaliera;
- l'articolo 38 che include, tra le prestazioni del ricovero ordinario per acuti, anche le cure palliative;

VISTO l'Accordo stipulato in data 17 aprile 2019 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante "Revisione delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la rete oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale" (Rep. Atti n. 59/CSR) e, in particolare, il punto 1.6.4 laddove prevede che, a garanzia della continuità delle cure tra i diversi professionisti intra ed extra ospedalieri nei PDTA dei pazienti oncologici, siano coinvolte le reti locali di cure palliative che operano attraverso percorsi assistenziali integrati a livello domiciliare, residenziale, in regime di ricovero ordinario per acuti e di assistenza specialistica ambulatoriale, con team interdisciplinari dedicati e formati;

VISTA la nota del Ministero della salute del 7 aprile 2020 e diramata alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano il 10 aprile 2020, con la quale è stata trasmessa la documentazione indicata in oggetto, ai fini del perfezionamento di un accordo in sede di Conferenza Stato – Regioni;

VISTA la nota del 19 giugno 2020, diramata dall'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza in data 23 giugno, con la quale il Coordinamento interregionale in sanità ha trasmesso talune osservazioni relative al provvedimento in parola;

VISTA la nota dell'8 luglio 2020, diramata il 10 luglio 2020 dall'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza, con la quale il Ministero della salute ha inviato una nuova versione del testo del documento in parola, riformulato dal secondo le osservazioni richieste dalle Regioni;

6





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

ACQUISITO nel corso della seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38" nella versione diramata con nota del 10 luglio 2020;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome di Trento e di Bolzano, nei seguenti termini:

VISTI:

- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. che agli articoli da 8 bis a 8-quater disciplina il sistema delle autorizzazioni ed accreditamento istituzionale relativo alle strutture sanitarie e sociosanitarie, al fine di garantire sicurezza e qualità ai cittadini;
- il decreto del Ministro della salute 22 febbraio 2007, n. 43, recante "Regolamento recante: definizione degli standard relativi all'assistenza dei malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311";
- il decreto del Ministro della Salute 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", improntato al principio della valorizzazione delle reti integrate ospedale - territorio sia rispetto alle reti tempo dipendenti sia alle reti funzionali che operano in ambiti complessi e, in particolare, l'allegato 1, punto 10 "Continuità ospedale-territorio" laddove prevede la riorganizzazione della rete per garantire la continuità assistenziale, assicurando meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette e la presa in carico post - ricovero attraverso lo sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica e il completamento dell'attivazione degli hospice;
- il decreto del Ministro della salute 12 marzo 2019, recante "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria";

CONSIDERATO che con decreto del Direttore generale della programmazione sanitaria del 19 luglio 2016, nell'ambito della Sezione "O" del Comitato tecnico sanitario del Ministero della Salute, è stato istituito un apposito tavolo tecnico di lavoro con esperti della materia e referenti regionali, che ha prodotto un documento recante "Accreditamento delle reti di cure palliative ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38", riservando ad un approfondimento successivo gli aspetti relativi alle specificità della rete di CP e TD pediatrica;

CONSIDERATO, altresì, che l'obiettivo generale del presente accordo consiste nell'introduzione di un sistema di accreditamento della rete, quale presupposto per il governo clinico dei percorsi di cura e assistenza attraverso un'organizzazione che si modelli sui bisogni del paziente, che sia flessibile e sempre pronta ad adattarsi alle necessità mutevoli del malato e della sua famiglia, a garanzia dell'equità e dell'uniformità di accesso alle cure palliative e della continuità dell'assistenza;

RITENUTO che la qualità nell'erogazione delle cure palliative può essere realizzata solo se esistono forti sistemi coordinati di integrazione tra i diversi setting assistenziali e professionali che entrano nel percorso di cura e l'accesso unitario nella rete ha dimostrato, nelle esperienze



6



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

nazionali ed internazionali, di essere in grado di ottenere miglioramenti nella qualità della vita dei pazienti e dei loro caregiver, progressi nell'efficacia e nell'efficienza dei servizi di cure palliative prevenendo ricoveri ospedalieri spesso evitabili ed inappropriati;

RITENUTO, inoltre, che l'accreditamento della rete costituisce una modalità innovativa capace di migliorare l'erogazione dei servizi, rispondere ai bisogni di salute emergente, affiancando al tradizionale paradigma clinico l'approccio valutativo sistemico della malattia e della complessità dei bisogni con la conseguente rimodulazione degli interventi e dei trattamenti;

TENUTO CONTO che i requisiti indicati nel documento allegato, parte integrante del presente provvedimento, fanno riferimento alle funzioni di governo della rete e delle diverse strutture che lo compongono, e integrano quanto previsto per le singole strutture dalla citata Intesa del 25 luglio 2012, nel rispetto delle prerogative regionali sull'organizzazione dei servizi;

CONSIDERATO che:

- il documento di proposta di accreditamento delle reti di cure palliative, unitamente a quelli relativi all'accreditamento delle reti di terapia del dolore e dei profili formativi del volontariato, sono stati trasmessi al Coordinamento Interregionale della 5 Commissione Salute con nota DGPROGS prot. 21659-P del 23 luglio 2019 per una valutazione preliminare da parte delle Regioni e Province autonome;
- il presente documento ha sostanzialmente recepito le osservazioni formulate dalle Regioni nella predetta sede di confronto, come confermato in esito all'incontro tecnico svolto in data 26 novembre 2019 finalizzato ad una ulteriore valutazione e condivisione del testo con le Regioni che avevano presentato specifiche osservazioni in merito;

SI CONVIENE

tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Accreditamento delle reti di cure palliative ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38", Allegato 1, parte integrante del presente atto, nei termini seguenti:

1. le Regioni e le Province autonome si impegnano a recepire formalmente il presente Accordo entro 12 mesi dalla data di approvazione, inserendo i relativi contenuti di accreditamento della rete, volti alla qualificazione dei percorsi di cure palliative, nelle procedure di accreditamento ordinariamente utilizzate. Contestualmente si impegnano ad avviare le procedure per l'accreditamento delle reti locali di cure palliative nel territorio di competenza;
2. le stesse Regioni si impegnano ad attivare un sistema di monitoraggio coerente con quanto indicato nel documento di cui all'Allegato 1;
3. dall'attuazione del presente Accordo non derivano nuovi e maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate svolgono le attività ivi previste con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

Il Segretario
Cons. Elisa Grande



Il Presidente
Dott. Francesco Bosca

Proposta di accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi dell'articolo 5, comma 3, della legge 15 marzo 2010, n. 38

Premessa

Il progressivo invecchiamento della popolazione e il miglioramento delle cure nella fase acuta di malattia hanno determinato e determineranno nei prossimi anni profondi mutamenti dei bisogni di salute, con aumento della prevalenza delle patologie croniche e incremento dell'incidenza e prevalenza di condizioni di cronicità complesse e avanzate con criticità cliniche ricorrenti, motivo di crescente utilizzo delle cure ospedaliere.

Per questi malati, ancora oggi, le cure vengono spesso erogate in modo frammentato e non adeguatamente coordinato, con ripetute ospedalizzazioni che si traducono talvolta in trattamenti inappropriati, costosi, con scarsa soddisfazione da parte dei malati stessi e dei loro familiari.

Il Welfare State, e i Servizi Sanitari in particolare, si confrontano quindi con la necessità di fornire risposte nuove e adeguate ai bisogni di una popolazione crescente di malati sempre più anziani, affetti da patologie cronico-degenerative in fase avanzata o terminale, in condizioni cliniche di estrema fragilità e di grave sofferenza.

I sistemi sanitari regionali sono soggetti a importanti cambiamenti in ordine allo sviluppo delle Reti di Cure Palliative, in applicazione della legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle Cure Palliative e alla terapia del dolore" e successivi provvedimenti attuativi nonché al dPCM 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". Il paradigma delle Cure Palliative rappresenta un importante punto di riferimento per la globalità dell'approccio e per l'articolazione delle strutture organizzative che lo caratterizzano.

Nel promuovere il completamento delle Reti regionali di Cure Palliative, la normativa pone una specifica attenzione ad un sistema di accreditamento che prevede il coordinamento delle Reti locali, l'integrazione sanitaria, sociosanitaria e socio-assistenziale, il potenziamento dei rapporti tra le équipe operanti a livello ospedaliero e territoriale, l'attivazione di nuovi percorsi formativi.

L'approccio palliativo, la presa in carico precoce e la continuità delle cure garantite anche a malati con patologie cronico-degenerative in fase avanzata, in una prospettiva di integrazione e complementarità alle terapie "pro-attive" che prevedano l'empowerment del malato e dei suoi familiari al momento della diagnosi di malattia oncologica o non oncologica con prognosi severa richiedono:

una specifica caratterizzazione dei percorsi di cura integrati, globalmente considerati, lungo le tre principali traiettorie di malattia: cancro, insufficienza d'organo, malattie cronico degenerative;

- l'adozione di criteri per l'accreditamento delle Reti di assistenza orientati alla valutazione multidimensionale del bisogno, alla presa in carico integrata, al "care management" e alla valutazione dei risultati;
- la modifica degli ordinamenti didattici e la previsione di programmi di Formazione Continua per lo sviluppo di percorsi formativi capaci di preparare i professionisti e di governare la crescente complessità clinica, relazionale e organizzativa.

Le Reti locali di Cure Palliative¹ operano attraverso tre setting assistenziali: le Cure Palliative in Ospedale, con attività di consulenza nei reparti e negli ambulatori; le Cure Palliative Domiciliari di base e specialistiche, che garantiscono anche l'assistenza nelle Residenze per anziani, e le Cure Palliative in Hospice.

¹ Per Rete locale di Cure Palliative si intende una aggregazione funzionale e integrata delle attività erogate nei diversi setting assistenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale, che soddisfa specifici requisiti (Rif. Legge n. 38/2010; Intesa 25 luglio 2012 Rep. atti 151/CSR).



[Handwritten signature]

Il modello assistenziale proposto per la Rete pediatrica prevede un'unica Rete specialistica di terapia del dolore e Cure Palliative dedicata al paziente pediatrico². Tale Rete, coordinata da uno o più Centri di riferimento, risponde in maniera continuativa e competente a tutti i bisogni di salute di minori che necessitano di terapia del dolore specialistica e di Cure Palliative pediatriche.

Una recente revisione della letteratura scientifica circa il rapporto fra costi e benefici nelle Cure Palliative ha concluso che, sulla base delle evidenze considerate, i servizi di Cure Palliative sono in grado di ridurre i costi per l'assistenza delle persone che si avviano alla fine della vita, attraverso una riduzione del numero e della durata dei ricoveri ripetuti, delle procedure diagnostiche e degli interventi inappropriati. Questi importanti risultati coincidono con un profondo cambiamento che si sta sviluppando nell'organizzazione ed erogazione delle cure al malato fragile.

L'identificazione di fattori, criteri e indicatori qualifica il sistema di assistenza affiancando al paradigma clinico un approccio valutativo sistemico, dalla malattia alla complessità dei bisogni, con la conseguente rimodulazione degli interventi e dei trattamenti.

In questo contesto, la visione globale del malato, l'attenzione al controllo dei sintomi e della qualità della vita, l'appropriatezza e la proporzionalità degli interventi, il lavoro multi professionale in équipe e il coordinamento strutturato della Rete costituiscono elementi chiave per lo sviluppo di una progettualità orientata alla qualità che non intende sostituire quanto piuttosto integrare le procedure di autorizzazione e accreditamento istituzionali, già previste dai sistemi regionali e nazionali.

Tale contesto dovrebbe essere reso più agile da un miglioramento e consolidamento, a livello regionale e territoriale, dei sistemi di monitoraggio dell'erogazione delle prestazioni e degli indicatori di attività, che attestino il pieno raggiungimento dei requisiti minimi delle strutture dedicate alle cure palliative, ai sensi della normativa vigente.

Razionale – quadro di sintesi

Il bisogno di Cure Palliative

Si stima³ che per l'1,5% della popolazione l'accesso alle Cure Palliative (CP) sia appropriato e necessario, in considerazione dell'invecchiamento generale della popolazione e il costante incremento dell'incidenza e prevalenza di condizioni di cronicità complesse che comportano condizioni cliniche di estrema fragilità e di grave sofferenza.

Approccio patient centred

È necessario sviluppare un'organizzazione che si modelli sui bisogni del paziente, che sia flessibile, sempre pronta ad adattarsi alle necessità mutevoli di malato e familiari.

Una Rete per garantire la continuità delle cure

La qualità nell'erogazione delle CP può essere realizzata solo se esistono forti sistemi coordinati d'interazione tra i soggetti istituzionali e professionali che entrano nel percorso di cura, per assicurare che vengano soddisfatti i bisogni dei pazienti e dei loro familiari.

L'accesso alle Cure Palliative

L'accesso alle CP ha dimostrato in maniera evidente miglioramenti nella qualità della vita dei pazienti e dei loro caregiver. Favorirne l'accesso porterebbe progressi anche nell'efficacia e nell'efficienza dei servizi sanitari, prevenendo ricoveri ospedalieri spesso evitabili o inappropriati.

² Per Rete di Cure Palliative Pediatriche si intende una aggregazione funzionale e integrata delle attività di Terapia del dolore e Cure Palliative rivolte al minore, erogate nei diversi setting assistenziali, in un ambito territoriale e ospedaliero definito a livello regionale, che soddisfa specifici requisiti (Rif. Legge n. 38/2010; Intesa 25 luglio 2012 Rep. atti 151/CSR).

³ Gómez-Batiste X. et al. *Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: a cross-sectional study*. Palliative Medicine 2014; 28(4): 302-311



A fronte di una legislazione tra le più innovative in Europa, è necessario tener conto che l'equità, l'appropriatezza, la tutela e la promozione della qualità della vita per i malati non vengono ovunque garantite con il rischio di generare nel Paese gravi disparità e ritardi.

Lo sviluppo delle Reti Locali di Cure Palliative - Quale modello?

È necessario ideare e adottare modelli di cura innovativi, che sappiano portare miglioramenti nell'erogazione dei servizi sanitari per rispondere ai bisogni di salute emergenti. Il modello delle Reti Locali di Cure Palliative che si intende sviluppare prevede l'identificazione di fattori che qualificano il sistema di assistenza affiancando il paradigma clinico ad un approccio valutativo sistemico della malattia e della complessità dei bisogni, con la conseguente rimodulazione degli interventi e dei trattamenti nella logica del miglioramento continuo della qualità delle cure.

È stato preso come riferimento il modello di certificazione delle reti specialistiche prodotto di un progetto condotto dall'Agenza nazionale per i servizi sanitari nazionali (Agenas) *"Sviluppo di modelli di reti cliniche specialistiche (rete geografica, rete socio-sanitaria, rete infrastrutturale e delle tecnologie, rete IT) ed individuazione e sperimentazione di modelli di certificazione delle cure per disciplina specialistica"* ai sensi del già citato DM 2 aprile 2015, n. 70 laddove il Regolamento prevede che *"All'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale"* (Allegato 1, punto 8.1.1.).

Un modello di lettura delle organizzazioni funzionali complesse specifico finalizzato a definire e validare modelli reticolari di assistenza e garantire le premesse per azioni di valutazione e promozione del miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure. Per la definizione del Modello di Analisi e Valutazione delle Reti Specialistiche Regionali, è stato preso in considerazione il bagaglio di nozioni sviluppate per percorsi di accreditamento istituzionale di specifiche strutture assistenziali (strutture ospedaliere, strutture extra-ospedaliere e territoriali, strutture ambulatoriali ecc.) integrandole con ulteriori criteri in grado di cogliere le molteplici sfaccettature della specifica tipologia di organizzazione (Rete). Nel progetto, si è fatto riferimento al modello di analisi e sviluppo delle organizzazioni sanitarie offerto da Roberto Vaccani (2012)⁴, per sviluppare e orientare il "Modello di Analisi e Valutazione delle Reti Specialistiche Regionali" verso la misurazione degli esiti legati all'efficacia e all'efficienza dell'unità funzionale nel suo complesso (Rete di specialità), cercando di cogliere gli elementi di qualità sia legati agli elementi strutturali sia a quelli organizzativi.

I principi del modello

Un modello adeguato di clinical governance deve essere:

- Centrato sul paziente e sulla famiglia/caregiver
- Basato sui bisogni
- Accessibile
- Equo (a prescindere da età, diagnosi, residenza, cultura, ...)
- Integrato, garantendo la continuità delle cure
- Disponibile a garantire la possibilità di ricevere cure al proprio domicilio
- Sicuro ed efficiente
- Appropriato in termini di rapporto costo-efficacia

La formazione dei professionisti operanti nella Rete

Il modello, per esser applicato, necessita di una più ampia possibilità di accesso ad una formazione specifica in CP e dello sviluppo di metodologie formative, innovative ed efficaci per il miglioramento delle performance dei professionisti. *"The education of health professionals in the 21st century must focus less on memorizing*

⁴ Vaccani R.: Riprogettare la sanità – Modelli di analisi e sviluppo, Carocci Faber, Roma, 2012



and transmitting facts and more on promotion of the reasoning and communication skills that will enable the professional to be an effective partner, facilitator, adviser and advocate”⁵.

I principali riferimenti internazionali e normativi nazionali

L’organizzazione mondiale della sanità dal 2014 ha adottato una risoluzione specifica per promuovere lo sviluppo, il rafforzamento e l’implementazione di policy di cure palliative integrate.

I servizi di cure palliative promossi sono basati sulle evidenze, costo efficaci, equi in continuità di cura con tutti i livelli assistenziali ed integrati, si sviluppano in contesti di assistenza primaria con il coinvolgimento della comunità e privilegiano l’assistenza domiciliare, rafforzando così i sistemi sanitari nel loro complesso e l’assistenza globale della persona. (*Resolution of OMS A67/31 Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course*).

La creazione di reti per le cure palliative e le cure palliative pediatriche, promossa dalle risoluzioni internazionali e dalla commissione europea recepita nelle regolamentazioni nazionali, ha l’obiettivo di tenere insieme le strutture e il percorso evitando sofferenze e dolore non necessari.

La rete è, quindi, garante dell’equità all’accesso alle cure palliative, dell’integrazione tra i nodi/strutture e le loro equipe, della presa in carico integrata in relazione alle necessità del malato, della sua famiglia e del percorso di continuità di cura. Ha la responsabilità di garantire il governo clinico del percorso e la sua unitarietà.

Gli elementi essenziali della rete sono:

le Unità di cure palliative domiciliari di base e specialistiche, le Strutture residenziali (es. Hospice), le Strutture ospedaliere e le strutture ambulatoriali. Tali-strutture operano nell’ambito della rete delle cure palliative locali.

L’**Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010** (Rep. Atti n. 239/CSR) sulle “*Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell’ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore*” prevede una Regia centralizzata al livello regionale, formata da una **struttura specificatamente dedicata al coordinamento della rete al livello regionale** e da una struttura di **coordinamento a livello locale/aziendale**.

Le strutture della rete di cure palliative attivate nei due livelli istituzionali (regionale e locale/aziendale) ai sensi dell’**art. 3 della legge n. 38/2010**, devono assolvere alle seguenti funzioni:

Struttura di coordinamento regionale	Struttura locale/aziendale
<p><i>“per rete si intende l’aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali in un ambito territoriale corrispondente all’insieme delle Reti Locali (Aziendali - Interaziendali) che operano nel territorio regionale”</i></p>	<p><i>“Per rete locale di CP si intende una aggregazione funzionale integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali, in ambito territoriale definito al livello regionale” e che soddisfa i requisiti di cui all’Intesa 25.07.2012</i></p>
<p>Coordinamento e promozione del processo di sviluppo delle cure palliative a domicilio, in hospice, nelle strutture residenziali socio-sanitarie e nelle strutture ospedaliere al fine di garantire approccio omogeneo ed equità di sistema</p>	<p>Tutela del diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative</p>

⁵ Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. Lancet. 2010 Dec 4;376(9756):1923-58.



Monitoraggio dello stato di attuazione delle reti locali	Attivazione di un sistema di erogazione di CP in ospedale, hospice e a domicilio, coerente con quanto stabilito dall'art. 5 della legge n. 38/2010, per l'attuazione dei percorsi di presa in carico e assistenza, attraverso Care management, Valutazione multidimensionale, Gestione delle dimissioni protette (Ospedale-hospice-UCP domiciliari), Integrazione con i servizi territoriali socio-sanitari e sociali
Definizione degli indirizzi per lo sviluppo omogeneo dei percorsi di presa in carico e assistenza di CP	Definizione e attuazione nell'ambito della rete dei percorsi di presa in carico e di assistenza in cure palliative per i malati ai sensi dell'art. 2 comma 1 legge n.38/2010
Definizione di indicatori quali-quantitativi di CP ivi inclusi gli standard di cui al decreto ministeriale 22 febbraio 2007, n. 43 (pubblicato nella GU, Serie Generale, n.81 del 06.04.2007)	Adozione di sistemi di valutazione, miglioramento della qualità e controllo di gestione dei percorsi di cure palliative erogati, ivi inclusi gli standard della rete delle cure palliative di cui al decreto 22.02.2007 n. 43
Sviluppo del sistema informativo	Raccolta e trasmissione dei dati al sistema informativo
Promozione di programmi obbligatori di formazione continua in cure palliative coerentemente con quanto previsto dall'art. 8 comma 2 l. 38/2010 e secondo quanto indicato nell'allegato tecnico dell'Accordo Stato-Regioni 10 luglio 2014	Attivazione dei programmi formativi aziendali specifici in cure palliative e terapia del dolore
Promozione e monitoraggio di attività di ricerca in cure palliative	Partecipazione e sviluppo di iniziative di ricerca

Dopo la legge n. 38/2010 sono stati adottati numerosi provvedimenti attuativi che hanno regolato le cure palliative in Italia riconoscendone la disciplina anche nell'ambito delle professioni sanitarie.

L'Intesa 25 luglio 2012 (Rep. Atti n. 152/CSR) di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore prevede la presenza di determinati requisiti soddisfatti contemporaneamente:

1. Strutture organizzative di erogazione e coordinamento della Rete Locale Cure Palliative (RLCP);
2. Cure Palliative per qualunque patologia ad andamento cronico ed evolutivo per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia;
3. Operatività di equipe multi professionali dedicate, ai sensi dell'art.5, comma 2, legge n. 38/2010;
4. Unitarietà del percorso di cure domiciliari;
5. Continuità delle cure;
6. Formazione continua degli operatori;
7. Programmi di supporto psicologico all'equipe;
8. Misurazione della qualità della vita;
9. Cura attiva e globale e salvaguardia della dignità e autonomia del malato;
10. Supporto sociale e spirituale a malati e familiari;
11. Programmi di supporto al lutto;
12. Dilemmi etici;
13. Programmi di informazione alla popolazione sulle cure palliative;
14. Programmi di valutazione della qualità delle cure.

L'Intesa 19 febbraio 2015 (Rep. atti n. 32/CSR) in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie prevede un cronoprogramma a 12 e 24 mesi di adeguamento per le Regioni e Province autonome ai criteri e requisiti contenuti nel documento tecnico di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. atti n. 259/CSR); in particolare al punto **1.2 programmi per lo sviluppo delle reti assistenziali e al punto 1.2.3. Realizzazione di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente**



adulto e pediatrico in attuazione della legge n. 38/2010 fornisce indicazioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Il citato **DPCM 12 gennaio 2017** di aggiornamento dei **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** ha completato il quadro dei principali provvedimenti normativi in materia di cure palliative recependo la normativa progressivamente adottata e definendo i **seguenti livelli di assistenza nell'ambito della Rete Locale di cure palliative:**

- **all'art. 15 Assistenza specialistica ambulatoriale** che per la prima volta include, nel nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui all'allegato 4, le visite multidisciplinari per le cure palliative inclusa la stesura del Piano di assistenza individuale (PAI) e le visite di controllo, ivi compresa la visita per la rivalutazione del PAI (rispettivamente codici 89.07.A; 89.01. R).
- **all'art. 21 Percorsi assistenziali integrati** prevede l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona attraverso la valutazione multidimensionale dei bisogni (VMD), sotto il profilo clinico, funzionale e sociale e la predisposizione di un Piano di assistenza individuale (PAI). L'approccio "per percorso" rappresenta una novità importante, con la VMD che concorre ad identificare il malato con bisogni di cure palliative. Le cure palliative confermate dai LEA in questa cornice escono dall'orizzonte temporale dell'end stage ed estendono il loro ambito di applicazione alle fasi precoci della malattia inguaribile ad evoluzione sfavorevole.
- **art. 23 Cure palliative domiciliari**, che sono erogate dalle Unità di Cure Palliative- UCP e non più nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata: sono le UCP che erogano sia le cure palliative di base che quelle specialistiche garantendo l'unitarietà e l'integrazione dei percorsi di cura con un'equipe curante di riferimento sul percorso e non sul setting assistenziale. Il coordinamento delle cure è puntualmente caratterizzato, all'art. 23, comma 1, lettere a) e b) e all'art. 21 comma 3, contribuendo a chiarire la responsabilità del rapporto di cura.
- **art. 31 Centri residenziali di Cure palliative - Hospice**; la norma indica che tali strutture garantiscono in ambito territoriale l'assistenza residenziale ai malati nella fase terminale della vita.
- **art. 38 Ricovero ordinario per acuti**. Le cure palliative sono per la prima volta espressamente citate come prestazioni cliniche, farmaceutiche, strumentali, necessarie ai fini dell'inquadramento diagnostico e terapeutico, che devono essere garantite durante l'attività di ricovero ordinario. Il comma 2 stabilisce, infatti, che nell'ambito dell'attività di ricovero ordinario sono garantite tutte le prestazioni (..) incluse la terapia del dolore e le cure palliative.

Istituzione del codice di cure palliative e di terapia del dolore

Con decreto del Ministro della salute 21 novembre 2018, di aggiornamento dei codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 38 del 14.02.2019), sono stati individuati:

- il codice 99 "cure palliative", da utilizzare per i ricoveri in regime diurno per cure palliative, in conformità con le indicazioni di cui all'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012;
- il codice 96 "terapia del dolore", da utilizzare per i ricoveri in terapia del dolore, in conformità con le indicazioni di cui all'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012.

Riserva per le specificità della rete di CP e TD pediatrica

Le tabelle che seguono si riferiscono alla Rete regionale e locale di cure palliative, riservando ad un approfondimento successivo gli aspetti relativi alle specificità della rete pediatrica.



ELEMENTI CARATTERIZZANTI LA RETE REGIONALE DI CURE PALLIATIVE

Per **Rete Regionale di Cure Palliative** si intende l'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali in un ambito territoriale corrispondente all'insieme delle Reti Locali (Aziendali - Interaziendali) che operano nel territorio regionale.

Di seguito si esplicitano gli elementi caratterizzanti la rete regionale di cure palliative che la Regione è tenuta ad attivare/prevedere sulla base delle funzioni indicate nell'Accordo Stato - Regioni del 16 dicembre 2010 (Rep. atti n. 239/CSR).

Coordinamento e promozione del processo di sviluppo delle cure palliative a domicilio, in hospice, nelle strutture residenziali e nelle strutture ospedaliere al fine di garantire approccio omogeneo ed equità di sistema

- a. Istituzione di un organismo di coordinamento regionale, che consiste in una struttura specificatamente dedicata di coordinamento delle Reti Locali (Aziendali - Interaziendali) di Cure Palliative (CP).
La struttura di coordinamento della rete dovrà assolvere le specifiche funzioni indicate nell'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 (Rep. Atti n. 239/CSR) in materia di linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali.
- b. Partecipazione all'organismo di coordinamento regionale dei direttori/responsabili delle reti locali ed eventuali altri componenti-operanti nelle reti di cure palliative.
- c. Definizione dell'ambito territoriale delle reti locali di cure palliative (aziendali interaziendali) che siano dotate di tutte le strutture/setting assistenziali (Hospice, UCP domiciliari, cure palliative in ambito ospedaliero e specialistico ambulatoriale) e regolamentazione del loro funzionamento.
- d. Adozione di un atto formale di policy che contiene i valori e gli obiettivi di riferimento di medio e lungo periodo in coerenza con le scelte generali della programmazione regionale

Sviluppo del sistema informativo

- a. Istituzione della piattaforma informatica regionale, alla quale si collegano tutte le strutture appartenenti a ciascuna Rete Locale di Cure Palliative, che mette in condivisione il set minimo di informazioni definite a livello regionale.
- b. La piattaforma consente l'utilizzo dello strumento di valutazione multidimensionale adottato al livello regionale e garantisce:
 - la circolazione e l'interconnessione delle informazioni sul percorso del paziente
 - l'alimentazione dei flussi amministrativi per rispondere al debito informativo NSIS
 - la raccolta dati per la produzione della reportistica di livello regionale sul monitoraggio dello sviluppo delle reti locali di cure palliative e in attuazione dei LEA ai sensi del DPCM 12/01/2017.
- c. La trasmissione delle informazioni, sia di carattere sanitario sia gestionale, garantisce in modo tempestivo e trasparente la tracciatura dei bisogni assistenziali rilevati con la VMD, delle prestazioni e dei servizi previsti nel PAI, (Piano Assistenziale Individuale), delle prestazioni e dei servizi erogati dall'equipe, della rivalutazione periodica dei bisogni per la pianificazione dei percorsi e delle cure



Sviluppo di un sistema di monitoraggio dello stato di attuazione delle reti locali, delle loro attività e definizione degli indicatori quali-quantitativi di CP ivi inclusi gli standard di cui al decreto 22 febbraio 2007 n. 43 (GU, Serie Generale, n.81 del 06.04.2007)

- a. Definizione e formalizzazione di un set di indicatori qualitativi-quantitativi per il monitoraggio delle attività delle reti locali di cure palliative anche al fine di misurare il soddisfacimento del bisogno di Cure Palliative sulla base degli standard previsti dalla normativa e dalla letteratura scientifica.
- b. Indicatori sulla presa in carico da parte della rete di cure palliative: Le Regioni definiscono periodicamente un set di indicatori per il monitoraggio dello sviluppo e del funzionamento delle reti locali di cure palliative, tenendo conto di quanto previsto dal Nuovo sistema di garanzia dei LEA, con relativa reportistica da parte della rete locale di cure palliative
- c. Misurazione della completezza del soddisfacimento del bisogno di CP sulla base degli standard previsti della legge n. 38/2010.

Definizione degli indirizzi per lo sviluppo omogeneo dei percorsi di presa in carico e assistenza di CP

- a. Adozione di un documento contenente linee di indirizzo e criteri omogenei sui percorsi di cura nelle fasi di accesso, valutazione multidimensionale, redazione del Piano di assistenza individuale (PAI), erogazione delle prestazioni e servizi assistenziali di CP inclusi il monitoraggio e la rivalutazione del PAI

Promozione di programmi obbligatori di formazione continua in cure palliative coerentemente con quanto previsto dall'art. 8, comma 2, della legge n. 38/2010, secondo quanto indicato nell'allegato tecnico dell'Accordo Stato-Regioni 10 luglio 2014 (Rep. atti n. 87/CSR)

I programmi coprono le seguenti aree di competenza

- a. Competenze organizzative
- b. Competenze psico-relazionali e psicosociali
- c. Competenze etiche
- d. Competenza nella ricerca
- e. Competenze di formazione (ossia capacità di trasferire e comunicare le proprie competenze all'interno e all'esterno della équipe)
- f. Competenze professionali specifiche



REQUISITI DELLE RETI LOCALI DI CURE PALLIATIVE

(Ai sensi dell'Intesa Stato Regioni del 25 luglio 2012 (Rep. atti n. 151/CSR) - paragrafo su "Dimensioni strutturali e di processo che caratterizzano la Rete Locale di Cure Palliative" ai fini dell'accreditamento delle strutture)

La rete locale di Cure Palliative è intesa come "una aggregazione funzionale integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali, in ambito territoriale definito al livello regionale".

La funzione principale della rete, attraverso i suoi nodi, è quella di accogliere e valutare il bisogno di cure palliative del paziente e della sua famiglia, definire il percorso di cura individuando il setting assistenziale più adeguato in relazione allo sviluppo della malattia e garantire l'assistenza in tutti i setting assistenziali (ospedale, ambulatorio, hospice, domicilio) e la continuità di cura.

Prerequisito per l'accreditamento della RLCP è l'accreditamento delle strutture che la costituiscono, ai sensi del decreto legislativo 23 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, dell'Intesa Stato-Regioni 25 luglio 2012 e del DPCM 12 gennaio 2017 di definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza: i requisiti descritti dal presente documento integrano i requisiti generali di sistema e specifici (organizzativi, tecnologici, strutturali) già previsti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle stesse strutture, presso le quali sono erogate le prestazioni, e/o dei requisiti prescritti da altra eventuale normativa interveniente.

1.0	Organizzazione / sistema di governo
1.1 istituzione della RLCP	La rete Locale di Cure Palliative è istituita con un atto formale della Regione o dell'azienda sanitaria pubblica secondo gli indirizzi regionali ⁶
1.2 sistema di governance della rete (criterio 2 dell'Intesa 25.7.2012)	<p>La Regione o l'azienda sanitaria pubblica secondo gli indirizzi regionali:</p> <p>a. istituisce l'organismo di coordinamento della rete locale (di seguito Organismo di coordinamento) ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 (Rep. atti n. 239/CSR), esplicitandone la composizione: coordinatore di rete e referenti delle singole strutture, rappresentanti di tutte le figure professionali coinvolte e di una rappresentanza delle associazioni di volontariato del settore;</p> <p>b. identifica le funzioni del Coordinatore e dell'organismo di coordinamento della rete locale per la gestione/funzionamento della Rete; identifica le strutture che compongono la rete (Unità di Cure Palliative domiciliari di base e specialistica, hospice, ambulatori, strutture ospedaliere)</p> <p>Il Coordinatore della rete e l'Organismo di Coordinamento operano nella Rete Locale CP per garantirne la reale operatività.</p>

⁶, nel presente documento, per "Aziende sanitarie pubbliche" si intendono quelle che gestiscono ed erogano la cura e l'assistenza.



<p>1.3 piani di intervento per lo sviluppo della rete locale di CP e funzioni dell'organismo di coordinamento (criteri 1, 2 e 13 dell'Intesa 25.7.2012)</p>	<p>L'organismo di coordinamento redige, approva e aggiorna periodicamente il Piano di rete locale che esplicita:</p> <ol style="list-style-type: none"> gli obiettivi specifici annuali per lo sviluppo e il funzionamento della rete nonché l'individuazione delle particolari competenze distintive di ciascuna struttura della rete l'identificazione delle strutture e dei servizi sul territorio che concorrono a supportare-migliorare l'erogazione delle cure palliative (strutture ospedaliere, territoriali, IRCCS, aziende sanitarie, l'eventuale integrazione con componente universitaria, servizi sociali del Comune, i servizi del volontariato) modalità di coinvolgimento del cittadino e delle sue rappresentanze, sia nella fase di pianificazione sia nella fase di monitoraggio delle attività di rete le strategie di comunicazione e informazione ai cittadini
	<p>L'organismo di coordinamento, in coerenza con le indicazioni regionali, inoltre:</p> <ol style="list-style-type: none"> individua i punti e i criteri di accesso alla rete e alle sue strutture nonché le modalità di presa in carico del paziente compresi gli ospiti delle strutture residenziali sociosanitarie e nelle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate, anche attraverso consulenze specialistiche in regime di degenza (RO, DH, DS); ciò per garantire le cure palliative in coerenza con la normativa nazionale e gli indirizzi regionali definisce l'organizzazione del percorso di cura che si realizza dalla segnalazione del caso fino alla sua conclusione assicurando la continuità assistenziale in funzione dell'evoluzione del bisogno; identifica procedure condivise tra le strutture della Rete per gli aspetti clinico-assistenziali e di supporto ai caregiver e alla famiglia; predispone il piano annuale di sviluppo formativo delle competenze, previste dalla normativa vigente (<i>specificato al successivo punto 6.1 requisito sulla formazione continua degli operatori della rete</i>) sviluppa attività di ricerca/condivisione di buone pratiche clinico assistenziali e organizzativo, gestionali della rete di CP identifica i programmi sistematici di valutazione e miglioramento delle attività e promuove la misurazione della qualità di vita dei malati assistita con strumenti validati. predispone la carta dei servizi contenente informazioni per i cittadini inerenti le attività, l'organizzazione, le modalità di accesso alla stessa ed i servizi offerti dalla RLCP anche con il contributo delle associazioni di volontariato e non profit operanti nel settore, assicurandone la divulgazione.
2.0	<p>Risorse umane, tecnologiche, economiche del coordinamento della rete</p>
2.1	<p>L'azienda sanitaria pubblica individuata dalla regione nell'ambito territoriale come sede della rete locale di CP garantisce le necessarie dotazioni di personale, strutture e tecnologie per le attività di coordinamento della rete e l'operatività della stessa rispetto al fabbisogno determinato in sede regionale.</p>
3.0	<p>Processi assistenziali: percorsi di cura</p>
3.1 (criteri 3, 4, 14 dell'Intesa 25.7.2012)	<p>La Rete Locale di CP dispone di procedure condivise, aggiornate periodicamente, basate sulle evidenze scientifiche, per la pianificazione delle cure palliative oncologiche e non oncologiche, per l'interazione tra i diversi</p>

6



	<p>soggetti istituzionali e professionali coinvolti nel percorso di cura, incluse la famiglia e le associazioni di volontariato che operano all'interno della rete.</p> <p>Le procedure sono di tipo clinico organizzativo a garanzia dell'accessibilità, integrazione dei percorsi assistenziali e continuità di cure e si applicano in modo omogeneo a tutte le strutture afferenti alla rete locale di cure palliative.</p>
3.2 (criterio 3 dell'Intesa 25.7.2012).	<p>La Rete Locale di CP è costituita da strutture che si avvalgono di equipe multiprofessionali con personale dedicato ai sensi dell'art.5, comma 2, della legge n.38/2010. Le equipe delle cure palliative domiciliari, nell'ambito dell'accesso unitario ai servizi, si integrano con le cure domiciliari e con l'assistenza sanitaria di base (articoli 4, 21, 22, 23 del DPCM 12 gennaio 2017 di definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza).</p>
4.0	Processi Assistenziali: Dimissioni protette
4.1	<p>Nell'ambito della Rete Locale di CP si adotta una procedura che assicura e documenta programmi di dimissione ospedaliera protetta e/o assistita per garantire la continuità di cura palliativa nel setting assistenziale adeguato (in hospice, al domicilio, in residenza assistenziale).</p>
4.2	<p>La Rete Locale di CP è dotata di un sistema informativo per la condivisione dei Piani di Assistenza Individuale (PAI) e la circolazione delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, tra i professionisti della Rete relativi ai trasferimenti e i processi di dimissione dei pazienti in setting diversi, (in coerenza con il sistema informativo adottato al livello regionale).</p>
5.0 (Criteri 8 e 14 dell'Intesa 25.7.2012)	Processi Assistenziali: Monitoraggio della Qualità
5.1	<p>La Rete Locale di CP adotta/applica un sistema formalizzato di misurazione per monitorare la qualità dei processi di cura e assistenza erogati nell'ambito della Rete locale in coerenza con il sistema sviluppato al livello regionale.</p>
5.2	<p>All'interno della Rete Locale di CP si effettuano periodicamente audit di rete per la discussione ed il miglioramento degli aspetti organizzativi e assistenziali dei percorsi assistenziali nella rete e produce relativa documentazione.</p>
5.3	<p>La Rete Locale di CP raccoglie documentazione dalle strutture operanti al suo interno in merito all'utilizzo di strumenti validati di misurazione della qualità di vita nei malati assistiti (es. somministrazione di test con scale ad hoc).</p>
6.0 (Criterio 6 dell'Intesa 25.7.2012)	Processi di supporto: Formazione continua degli operatori della rete
6.1	<p>L'organismo di coordinamento, d'intesa con le strutture che compongono la rete, definisce il piano di formazione annuale multidisciplinare e multiprofessionale per gli operatori della rete individuando i relativi obiettivi formativi in coerenza con quanto previsto dall'art. 8, comma 2, della legge n. 38/2010, dall'Accordo 10 luglio 2014 (Rep. atti n. 87/CSR) e dai programmi obbligatori di formazione continua di cure palliative regionali.</p>
6.2	<p>L'organismo di coordinamento, d'intesa con le strutture che compongono la rete, promuove e monitora il grado di raggiungimento degli obiettivi formativi tramite reportistiche delle strutture sanitarie operanti nella rete e tramite i Dossier formativi individuali dei professionisti operanti nella rete sono annualmente verificati dall'organismo di coordinamento</p>
6.3	<p>L'organismo di coordinamento, d'intesa con le strutture che compongono la rete, promuove iniziative per la formazione dei volontari operanti nella rete di CP.</p>
7.0	Processi di supporto: Processi sociali
7.1	<p>La Rete Locale di CP raccoglie documentazione dalle strutture operanti nella rete in merito alle attività previste dall'Intesa 25 luglio 2012 in relazione a:</p>



(Criteri 6, 7 e 11 dell'Intesa 25.7.2012)	<ul style="list-style-type: none"> a. programma di supporto psicologico e di prevenzione del burn-out per gli operatori che lavorano alla Rete Locale di CP; b. risposte organizzate ai bisogni sociali e spirituali di malati e familiari; c. programmi di supporto per i familiari dei malati assistiti in caso di lutto patologico
7.2 (Criterio 12 dell'Intesa 25.07.2012).	La Rete Locale di CP definisce le procedure per la discussione e risoluzione dei dilemmi etici che si dovessero presentare, anche per quanto riguarda le procedure di eventuale segnalazione ad un Comitato Etico di riferimento
8.0 (Criterio 13 dell'Intesa 25.7.2012)	Processi strategico gestionali: comunicazione/trasparenza
8.1	L'azienda sanitaria pubblica sede/capofila della Rete Locale di CP istituisce una pagina dedicata sul proprio sito aziendale nella quale mette a disposizione le informazioni sulle funzioni svolte dalla Rete Locale di CP e dalle strutture che la costituiscono.
8.2	<ul style="list-style-type: none"> a. La Rete Locale di CP redige, aggiorna periodicamente e pubblica (via web, in forma cartacea, etc) la Carta dei servizi della Rete Locale CP avvalendosi anche dell'apporto di categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative della collettività e dell'utenza; b. la Rete Locale di CP garantisce che la Carta dei servizi contenga informazioni sulle strutture servizi, percorsi assistenziali e prestazioni della Rete Locale CP pubblica
8.3	La Rete Locale di Cure Palliative diffonde in un'area web dedicata alla rete locale delle CP dei dati rilevati dai sistemi di monitoraggio: <ul style="list-style-type: none"> a. della qualità percepita; b. dell'umanizzazione dell'assistenza; c. dell'esperienza dei pazienti; d. delle azioni di miglioramento

L'ente che rilascia il provvedimento di accreditamento della rete locale di cure palliative è il medesimo ente, previsto dalle singole normative regionali, che rilascia l'accreditamento di tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie. Le modalità per il rilascio dell'accreditamento e per la verifica periodica in ordine al mantenimento dei requisiti previsti dal presente documento sono quelle già definite dalle Regioni e Province autonome per tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie.

B



Riferimenti bibliografici

- ⇒ Resolution of OMS A67/31 Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course del 4 aprile 2014
- ⇒ DPCM 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"
- ⇒ Regione Lazio DCA 16 novembre 2016 n. U00360 "Indirizzi per l'implementazione della rete locale di cure palliative"
- ⇒ Regione Emilia Romagna DGR 31 ottobre 2016, n. 1770 "Requisiti specifici per l'accreditamento della Rete locale di cure palliative"
- ⇒ Regione Lombardia DGR 28 novembre 2016, n. X/5918 "Disposizioni in merito alla evoluzione del modello organizzativo della rete delle cure palliative in Lombardia: integrazione dei modelli organizzativi sanitario e sociosanitario."
- ⇒ European Pathway Association- EPA <http://e-p-a.org/care-pathways/>
- ⇒ Quill T.E., Abernethy A.P. "Generalist plus specialist palliative care: creating a more sustainable model" N.Engl.J.Med. March 7, 2013
- ⇒ McNamara B.A., Rosenwax L.K. et al. "Early admission to community-based palliative care reduces use of emergency departments in the ninety days before death" J. Pall. Medicine 2013;16:N.7
- ⇒ Building integrated palliative care programs and services. Gomez-Batiste X. & Connor S., 2017
- ⇒ Percorso integrato per la presa in carico del malato in condizioni di cronicità complesse e avanzate con bisogni di cure palliative. Un modello di clinical governance per lo sviluppo delle Reti Locali di Cure Palliative. Documento di consenso - Firenze, 27 giugno 2015.





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa ai sensi dell'articolo 8 comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 sul documento "Definizione di profili formativi omogenei per le attività di volontariato nell'ambito delle reti di cure palliative e di terapia del dolore ai sensi dell'articolo 8, comma 4, della legge 15 marzo 2010, n. 38".

Rep. Atti n. *103/CR* del 9 luglio 2020

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 9 luglio 2020:

VISTO l'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, il quale prevede che il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza Unificata, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. che agli articoli da 8 bis a 8-quater disciplina il sistema delle autorizzazioni ed accreditamento istituzionale relativo alle strutture sanitarie e socio sanitarie, al fine di garantire sicurezza e qualità ai cittadini;

VISTA la legge 15 marzo 2010, n. 38 recante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" che tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza;

VISTO, in particolare, l'articolo 8, comma 4, della legge 15 marzo 2010, n. 38, che ha previsto l'adozione di una Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, al fine di riconoscere l'importanza e il ruolo fondamentale del volontariato nelle reti di cure palliative e di terapia del dolore, attivando adeguati percorsi formativi omogenei e permanenti su tutto il territorio nazionale;

VISTA l'intesa tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 25 luglio 2012 (Rep. Atti n. 151/CSR) sulla proposta del Ministero della salute, di cui all'articolo 5 della legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e di terapia del dolore;

VISTO l'Accordo tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 87/CSR) con il quale sono state individuate le figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore e le strutture sanitarie coinvolte nelle reti di cure palliative e di terapia del dolore e i contenuti minimi in termini di conoscenza, competenza e abilità per i professionisti operanti nelle suddette reti;

VISTA l'intesa stipulata in data 19 febbraio 2015 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. Atti n. *32/CSR*) che indica le modalità e i termini temporali per l'adozione da parte delle regioni e delle Aziende Sanitarie, dei criteri e dei requisiti di accreditamento di cui all'intesa stipulata in data 20 dicembre

*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

2012 tra il Governo, le Regioni e le province autonome recante "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento", in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012 (Rep. Atti n. 259/CSR) e per la prima volta tratta, nell'Allegato sub A, di un programma per l'accreditamento di reti assistenziali, con particolare riferimento al punto 1.2.3 "Realizzazione di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico" e al punto 8.1 prevede programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 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" ed in particolare l'art. 21 dello stesso D.P.C.M. 12 gennaio 2017 sopra citato che prevede la definizione nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, di "percorsi assistenziali integrati" e prevede che il Servizio sanitario nazionale garantisca l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni sotto il profilo clinico, funzionale e sociale, e che le regioni e le province autonome organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio dei percorsi di cura nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale;

CONSIDERATO che con decreto del Direttore generale della Programmazione sanitaria del 19 luglio 2016, nell'ambito della Sezione "O" del Comitato tecnico sanitario del Ministero della Salute è stato istituito un apposito tavolo tecnico di lavoro con esperti della materia e referenti regionali, che ha prodotto un documento recante "Definizione di profili formativi omogenei per le attività di volontariato nell'ambito delle reti di cure palliative e di terapia del dolore, ai sensi dell'articolo 8, comma 4, della legge 15 marzo 2010, n. 38";

RITENUTO che gli obiettivi generali del documento consistono nel garantire il pieno ed efficace funzionamento delle reti di cure palliative e di terapia del dolore, la continuità dei percorsi integrati di cura mediante l'omogeneizzazione del processo di selezione, formazione e organizzazione del volontariato;

TENUTO CONTO che i requisiti minimi indicati nel documento allegato, parte integrante del presente provvedimento, garantiscono una formazione di base e periodica dei volontari, affinché acquisiscano competenze trasversali e non specialistiche, con particolare attenzione alla relazione inter-personale, alla comunicazione con il malato, la famiglia e all'interno dello staff, all'ascolto empatico e alla capacità di collaborare e confrontarsi con gli altri professionisti operanti nelle reti;

CONSIDERATO che il documento di proposta di accreditamento delle reti di cure palliative, unitamente a quelli relativi all'accreditamento delle reti di terapia del dolore e dei profili formativi del volontariato sono stati trasmessi al Coordinamento Interregionale della Commissione salute con nota DGPROGS prot. 21659-P del 23 luglio 2019 per una valutazione preliminare da parte delle Regioni e delle Province autonome;

CONSIDERATO altresì che in merito al documento di proposta le Regioni non hanno presentato osservazioni;

VISTA la nota del 7 aprile 2020 con la quale il Ministero della salute ha trasmesso il testo del documento;

VISTA la nota del 3 luglio 2020 con la quale il Coordinamento tecnico interregionale della Commissione salute ha trasmesso l'assenso tecnico sul documento;





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

ACQUISITO l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome

SANCISCE INTESA

Tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano nei termini sotto indicati:

Art.1

1. E' approvato il documento "Definizione di profili formativi omogenei per le attività di volontariato nell'ambito delle reti di cure palliative e di terapia del dolore, ai sensi dell'articolo 8, comma 4, della legge 15 marzo 2010, n. 38", che costituisce parte integrante della presente intesa (All.1).
2. Le Regioni e le Province autonome si impegnano a recepire la presente intesa entro 12 mesi dalla data di approvazione, inserendo e contestualizzando i relativi contenuti alla formazione dei volontari, nelle procedure di formazione ordinariamente utilizzate dalle Regioni e Province autonome.
3. Dall'attuazione della presente intesa non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate svolgono le attività ivi previste con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

Il Segretario
Cons. Elisa Grande



Il Presidente
On. Francesco Bossa

EP

<

EP

Am. A

Definizione di profili formativi omogenei per le attività di volontariato nell'ambito delle reti di cure palliative e di terapia del dolore, ai sensi dell'art. 8, comma 4 della legge 15 marzo 2010, n.38

Considerazione generali

Nell'ambito delle Cure Palliative e Terapia del Dolore, le Associazioni di Volontariato hanno avuto e continuano ad avere un ruolo fondamentale nelle equipe multidisciplinari e multiprofessionali dedicate alla presa in carico e all'assistenza dei pazienti e delle loro famiglie in situazioni di cronicità e di terminalità non esclusivamente correlate alla patologia oncologica.

Il contesto delle cure in generale sposterà il suo baricentro sempre di più verso il territorio, con modelli a rete di assistenza personalizzata a forte integrazione sociosanitaria e a forte coinvolgimento dei pazienti e delle loro famiglie. In questo ambito le Associazioni di Volontariato assumeranno un ruolo sempre più significativo nell'ambito dei Percorsi Assistenziali, fornendo, sostegno relazionale, sensibilizzazione informazione, orientamento, e attività di stimolo e controllo sull'operato di istituzioni pubbliche.

E' evidente, come, in tempi in cui la presenza e l'operato del volontario è e sarà sempre più preziosa, qualificare l'agire del volontario sia diventato più di prima una priorità. La formazione è citata esplicitamente nella Carta dei Valori del Volontariato 2001 (vedi sezione Atteggiamenti e ruoli) e, nello specifico, la legge 38/2010 all'art. 8, comma 4 riconosce l'importanza e il ruolo fondamentale del volontariato in Cure Palliative e pertanto, richiede che siano attivati adeguati percorsi formativi omogenei su tutto il territorio nazionale.

La formazione del volontario in cure palliative e terapia del dolore si realizza attraverso un percorso segnato da una fase di didattica finalizzata alla acquisizione di competenze specifiche e da una fase di tirocinio, esperienza sul campo, affinamento delle competenze relazionali e di lettura dei bisogni del contesto familiare, che prosegue negli anni. La qualità della formazione e la tutela degli utenti, dei volontari e della struttura ospitante sono garantite attraverso l'implementazione di un modello organizzativo relativo al processo di formazione e gestione dei volontari. **È necessario che le organizzazioni non profit che gestiscono attività di volontariato in cure palliative e terapia del dolore (Associazioni, Organizzazioni di Volontariato, Cooperative Sociali, Fondazioni, Enti Religiosi) uniformino il processo di selezione, formazione e organizzazione del volontariato ai contenuti del presente documento.**

La European Association for Palliative Care e la Federazione Cure Palliative distinguono il volontariato in cure palliative in due categorie:

- a. volontari che si occupano della relazione con le persone malate e con le loro famiglie



b. volontari che si occupano di attività di supporto: promozione, raccolta fondi, organizzazione di eventi, segreteria, ecc.

Il presente documento si rivolge in particolare ai volontari appartenenti alla prima categoria.

E' importante sottolineare che la formazione non deve costituire una forma di sbarramento per lo svolgimento di attività di volontariato (barriera all'ingresso) ma che deve anzi servire a salvaguardare tutti i soggetti coinvolti (cittadini, operatori, famigliari, pazienti) fornendo ai volontari il grado di preparazione necessario a svolgere correttamente e in sicurezza il loro compito.

Profilo del volontario

Il volontario è una persona che opera all'interno delle reti ponendo al centro del suo operato il malato inserito nel suo contesto socio-famigliare, lo accompagna nel percorso di malattia anche in fase terminale, e lo sostiene con interventi coordinati e integrati con l'equipe curante, interventi finalizzati ad alleviare il dolore psicologico sviluppando una efficace relazione di aiuto con il malato stesso e con la famiglia. Attraverso l'ascolto attivo, il volontario offre al malato e ai suoi famigliari la possibilità di comunicare i vissuti emotivi trasmettendo solidarietà e vicinanza. Nell'esercizio delle sue attività, il volontario può assumere il ruolo di trait d'union fra il paziente, la famiglia e il personale sanitario con cui condivide gli obiettivi assistenziali. Non è una figura professionale, fa parte dell'equipe e dell'Organizzazione cui appartiene e a cui riferisce il suo operato.

A chi si rivolge:

L'azione del volontario è rivolta alla persona malata considerata nella sua dignità, nella sua integrità e nel contesto delle relazioni familiari, sociali e culturali in cui vive.

Funzioni e attività

Le principali attività del volontario si identificano in attività di sostegno relazionale e sociale al malato e alla famiglia caratterizzate da: un mantenimento di comunicazione continua tra malato e familiare e il servizio di assistenza; il supporto nell'espletamento delle attività di vita quotidiana; sensibilizzazione e orientamento a corretti stili di vita, l'affiancamento al malato e l'aiuto alla famiglia nella gestione organizzativa della giornata garantendo anche una presenza nei periodi di assenza temporanea del caregiver; attività diversionali; confronto e vicinanza nel tempo dell'aggravamento e dopo il decesso.

Al volontario possono essere attribuite anche attività di tipo organizzativo, di segreteria, di fundraising e attività promozionali riferite all'associazione di appartenenza e più in generale alla promozione dei principi delle cure palliative.



Nell'esercizio delle sue attività il volontario si ispira a valori fondati sulla gratuità del servizio, promozione umana, solidarietà e sussidiarietà, partecipazione sociale, libertà e autonomia. In questo modo si impegna a promuovere la personalizzazione e l'umanizzazione delle cure .

Percorso formativo di base

Accesso al percorso formativo: selezione

Il programma di selezione dei volontari ha lo scopo di valutare l'idoneità dell'aspirante volontario e prevede un colloquio orale e la valutazione del curriculum.

Il colloquio è attuato preferibilmente da uno psicologo o comunque da una figura (ad es. il coordinatore dei volontari) che possieda competenze relazionali e nel campo dell'osservazione della comunicazione (verbale e non verbale), oltre che capacità di lettura dell'analisi motivazionale e delle aspettative del futuro volontario. Attraverso il colloquio, chi opera la selezione, approfondisce le seguenti aree di indagine: la dimensione motivazionale (equilibrio tra motivazione autocentrata e motivazione eterocentrata); la dimensione psicologica ed emozionale (capacità di reazione ad eventi stressanti e particolarmente coinvolgenti); la dimensione relazionale (capacità di stabilire rapporti empatici con l'altro); le aspettative (idoneità e possibilità effettiva di ritrovare risposta a bisogni individuali); la storia personale in rapporto al tema della malattia e alla dimensione del lutto (accordo tra emotivo e cognitivo nell'affrontare tematiche specifiche di malattia e morte, valutando se ci sono state perdite nella vita del soggetto richiedente, considerandone l'entità e il coinvolgimento).

La valutazione del curriculum permetterà al candidato di descrivere il suo percorso professionale/lavorativo, i percorsi formativi pregressi, i suoi interessi, hobby, impegno in attività ritenute rilevanti per la selezione in oggetto (attività sociali, culturali etc..). In questo modo il valutatore potrà completare la descrizione e la valutazione del candidato individuando le motivazioni, le capacità e le potenzialità del candidato utili ai fini dell'accesso al percorso formativo.

In particolare, nel colloquio orale e nella valutazione del curriculum si dovrà porre particolare attenzione ai seguenti elementi:

Età

L'aspirante volontario deve avere un'età superiore ai 18 anni. Questo dato oltre che essere in accordo alle considerazioni di ordine legale ed assicurativo, è volto a garantire una maturità anagrafica ed esistenziale, premessa indispensabile per confrontarsi con il mondo delle Cure Palliative e della Terapia del Dolore.

Stato di vita e ambito del servizio

Obiettivo della selezione è quello di connettere la richiesta dell'attività di volontariato allo stato di vita dell'aspirante volontario, valutando in maniera opportuna il settore entro cui il pensionato, l'adulto o il giovane è opportuno che operi. A questo proposito è importante avere elementi circa eventuali pregresse esperienze di servizio in altre associazioni, così da individuare il contesto operativo più idoneo.

Storia Personale, Fine vita e Cure Palliative

È indispensabile considerare anche la motivazione latente che spinge il volontario ad interessarsi del mondo delle Cure Palliative. Se l'aspirante volontario ha subito un lutto importante, si ritiene necessario che trascorrono almeno due anni prima di poter operare in un contesto così particolarmente esposto alla fine della vita. La selezione ha come obiettivo anche quello di verificare un personale equilibrio del futuro volontario su una tematica così estrema come quella della morte.

Corso di formazione di base

Per poter esercitare l'attività di volontariato è d'obbligo seguire un percorso formativo di base. Il corso di formazione di base prevede un minimo di 12 ore di parte teorica e un minimo di 20 ore di tirocinio pratico. Il corso di formazione è organizzato dagli Enti del Terzo settore, operanti nell'ambito della rete locale di cure palliative e terapie del dolore, riconosciuti ai sensi della normativa vigente.

Metodologia didattica

La programmazione didattica dei corsi di formazione dei volontari prevede il raggiungimento di obiettivi formativi basati su competenze "trasversali" e non specialistiche, con particolare attenzione alla relazione interpersonale, alla comunicazione con il malato, la famiglia e all'interno dello staff, all'ascolto empatico, alla capacità di collaborare e confrontarsi con gli altri professionisti, alla responsabilità e alla capacità di valorizzare le esperienze e le competenze altrui. La metodologia didattica deve essere coerente con gli obiettivi formativi. Servono pertanto metodologie conseguenti: se le competenze da acquisire più che conoscenze, sono skills e modalità di intervento, è necessario che l'impianto metodologico tenga conto degli stessi principi che sono alla base del lavoro d'equipe: multidimensionalità, interprofessionalità e transdisciplinarietà.

L'acquisizione da parte del volontario delle conoscenze specifiche e delle abilità (cognitive, pragmatiche e relazionali) necessarie all'espletamento dei compiti descritti nel core curriculum richiede un intervento formativo progettato ad hoc. Ciò presuppone il ricorso a strategie formative che garantiscano la migliore efficacia in termini di accrescimento delle conoscenze e di acquisizione di abilità.

La scelta delle metodologie didattiche deve avvenire in piena coerenza con gli obiettivi formativi. In particolare dovranno essere valorizzati i metodi che consentono apprendimenti interdisciplinari e lo sviluppo

di capacità di lavoro integrato e di gruppo. Le tecniche didattiche dovranno pertanto garantire il massimo coinvolgimento dei discenti, con la possibilità di applicare in situazioni simulate quanto viene proposto nel corso del training formativo e prevedere lavori in piccolo gruppo (con successive fasi di discussione in sessione plenaria tra i vari gruppi ed i docenti) al fine di favorire il confronto tra le diverse esperienze dei partecipanti, l'apprendimento riflessivo e la costruzione collaborativa della conoscenza.

Il corso di formazione dovrà essere articolato in un tempo adeguato e dovrà prevedere sia formazione teorica d'aula sia attività di formazione sul campo.

La formazione d'aula dovrà prevedere congiuntamente:

- didattica formale (lezioni frontali, letture magistrali);
- tecniche interattive in cui la partecipazione dei volontari costituirà il fulcro del processo di apprendimento (lavori di gruppo, discussione di casi, analisi dell'esperienza, role-playing, simulazioni, focus group).

La formazione sul campo dovrà partire dall'esperienza concreta dei volontari già inseriti nei servizi delle reti per creare contesti di apprendimento efficaci per i nuovi volontari. I nuovi volontari andranno inseriti in ambiti organizzativi valorizzati come luoghi di apprendimento e saranno affiancati da "volontari tutor" la cui formazione dovrà essere coerente, riconosciuta e valorizzata nell'organizzazione del lavoro. Per la formazione sul campo dei volontari sarà necessari dotarsi di standard minimi di progettazione, gestione e valutazione dei percorsi di tirocinio.

Obiettivi

- Fornire conoscenza sulla storia e i principi delle cure palliative e della terapia del dolore sul contesto specifico in cui il candidato presterà servizio;
- Fornire strumenti per identificare potenzialità e limiti del ruolo del volontario e definire gli ambiti specifici delle sue attività;
- Fornire al volontario gli strumenti tecnici, relazionali e comunicativi per supportare emotivamente e praticamente il malato e i familiari nei diversi setting assistenziali e nel corso della evoluzione della malattia
- Sviluppare nel volontario il senso di appartenenza all'organizzazione e aiutarlo ad acquisire capacità finalizzate a promuovere la cultura della lotta contro il dolore e la salvaguardia della dignità della vita umana
- Sviluppare nel volontario le competenze necessarie per connettersi con gli altri nodi delle reti di cure palliative e terapie del dolore con l'obiettivo di ottimizzare forme di cooperazione e collaborazione
- Far acquisire al volontario competenze specifiche per la ricerca e la raccolta di fondi finalizzate al finanziamento delle attività delle associazioni

Contenuti

I contenuti del processo di formazione si dividono in tre macro-aree:



- area delle competenze tecniche, finalizzate alla costruzione dell'identità di ruolo e all'acquisizione di conoscenze inerenti le nozioni generali sulla malattia inguaribile, sulle cure palliative e terapia del dolore;
- area delle competenze comunicative e relazionali finalizzate allo sviluppo di capacità di dialogo, di relazione empatica con gli assistiti e con le loro famiglie, alla gestione delle emozioni e strutturazione di comportamenti resilienti, allo sviluppo di relazioni di coping e di sostegno nell'acquisizione di pratiche di self care,
- area della capacità di agire nella comunità locale. In quest'ultimo ambito rientreranno i contenuti formativi relativi alla cultura della solidarietà, alla promozione del volontariato nelle cure palliative e terapie del dolore ed infine all'acquisizione di tecniche per il fundraising.

Tirocinio

La durata del tirocinio non deve essere inferiore alle 20 ore. Ogni volontario sarà affiancato da un tutor, volontario già in servizio da almeno 1 anno. Il tutor supporterà il tirocinante nel processo formativo pratico, favorendo l'integrazione tra teoria e pratica, verificherà il processo di apprendimento e valuterà il raggiungimento degli obiettivi formativi in coerenza con le finalità del corso di formazione.

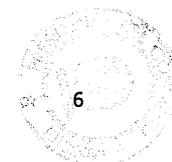
Profilo del tutor

Il tutor è la figura di riferimento e il garante del percorso formativo sul campo:

- interviene sulle condizioni di apprendimento;
- guida il percorso di formazione, individuale o collettivo, secondo le fasi e le modalità previste;
- esercita la funzione di raccordo fra formandi, docenti, esperti e organizzazione;
- garantisce nel tempo il mantenimento degli scopi e degli obiettivi;
- pianifica con ogni tirocinante il percorso formativo, definisce gli obiettivi e ne verifica la progressione. Aiuta a riflettere sui modi di apprendimento, sulle difficoltà e i successi, sull'inserimento nel gruppo;
- rileva e registra gli elementi di controllo e valutazione del processo;
- collega le aree disciplinari e aiuta nelle connessioni, nello sviluppo degli approfondimenti, nella pianificazione del lavoro individuale;
- garantisce l'efficacia della comunicazione risolvendo eventuali problemi organizzativi e comunicativi che si creano.

Capacità – competenze del tutor

- possiede buone capacità di gestione delle relazioni interpersonali e di comunicazione;
- possiede buone capacità di coordinamento, collaborazione e concertazione con i colleghi;
- sa utilizzare differenti "metodi" o supporti didattici;



- è in grado di governare contenuti e fasi del processo didattico e di integrare eventuali carenze;
- conosce molto bene il contesto organizzativo;
- ha una conoscenza approfondita del progetto complessivo e ne condivide gli scopi.

La formazione del tutor

La formazione dei tutor dovrà essere promossa dalle Organizzazioni di volontariato. Il programma di formazione dovrà comprendere:

- obiettivi e struttura dei tirocini con indicazione di principi e modelli di riferimento;
- apprendimento sul campo con indicazione di principi e metodologie;
- il progetto e il controllo del processo prevedendo esercitazioni pratiche;
- il ruolo del tutor.

Valutazione finale

La valutazione finale verrà effettuata dal responsabile del processo formativo che, acquisito il parere del tutor, effettuerà un **colloquio finale** con il tirocinante ed esprimerà una valutazione conclusiva.

Percorso formativo avanzato

Possono essere previsti percorsi formativi avanzati con moduli integrativi connessi alla necessità di sviluppare ulteriori competenze in contesti specifici:

- Ambito pediatrico, adolescenziale, geriatrico
- Contesto multiculturale
- Contesto familiare difficile
- Malati affetti da patologie neurologiche o altre patologie croniche degenerative

Formazione continua

Ai volontari deve essere garantita una adeguata formazione permanente. La frequenza alle proposte formative è obbligatoria. La formazione è a cura dell'Organizzazione di volontariato, in collaborazione con i servizi delle reti locali di cure palliative e di terapia del dolore.

Obiettivi della formazione permanente sono:

- garantire il continuo aggiornamento e approfondimento delle competenze e capacità necessarie allo svolgimento del servizio;
- costituire un gruppo di lavoro in grado di favorire un confronto e uno scambio di contenuti e di emozioni sull'attività di volontariato;
- mantenere il collegamento e il senso di appartenenza del volontario all'Organizzazione.

La formazione alternerà lezioni d'aula, role playing, simulazioni, discussioni di casi e supervisioni in **accordo** al programma e alle necessità rilevate.



Particolarmente rilevanti per la formazione permanente nelle Cure Palliative sono:

- la dimensione psicologica della malattia e del morire;
- il ruolo dei volontari, riconoscimento delle proprie risorse e dei propri limiti relazionali;
- la comunicazione verbale e non verbale;
- la famiglia, il sistema e le dinamiche familiari;
- il ruolo del volontario all'interno dell'equipe di Cure Palliative;
- aggiornamento sulle Cure Palliative e la Terapia del Dolore;
- l'attività dell'Organizzazione, evoluzione della mission e delle iniziative di promozione;
- l'attività del volontario, studio e discussione dei casi

 Mauro
Nicastro
14.12.2022
12:16:57
GMT+00:00

