

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 novembre 2023, n. 1729

Adozione Regolamento regionale avente ad oggetto: “Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022”. Approvazione relazione tecnica di analisi del contesto. Recepimento dell’Accordo Stato Regioni (Rep. Atti n.221/CSR del 24/11/2016)

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;
- l’Accordo ai sensi dell’articolo 5 comma 12 dell’Intesa del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n.82/CSR) “Patto per la Salute 2014-2016” sul documento recante “Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117” (Rep. Atti n. 221/CSR del 24/11/2016);
- 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";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1868 del 14/12/2022 di approvazione dello schema di Regolamento relativo alla definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022;
- l'Intesa (Rep. Atti n.266/CSR del 21 dicembre 2022) sullo schema di decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze concernente la ripartizione delle risorse PNRR-Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.1-Assistenza domiciliare;
- il decreto 23 dicembre 2022 "Riparto delle risorse per il potenziamento dell'assistenza territoriale";
- il decreto 23 gennaio 2023 del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze recante: "Ripartizione delle risorse relative all'investimento M6-C1-1.2.1. «Casa come primo luogo di cura (ADI)» del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR);
- la deliberazione di Giunta regionale n. 46 del 30/01/23: "Istituzione Tavolo tecnico per la Rete regionale di Cure Palliative. Recepimento Accordo Stato – Regioni sul documento ad oggetto: "Accreditamento delle reti di terapia del dolore, ai sensi della legge 15 marzo 2010 n.38" (Rep. Atti n. 119/CSR del 27 luglio 2020) e Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021 (Rep. Atti n. 30/CSR del 25 marzo 2021) sul documento: "Accreditamento della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, ai sensi della legge 15 marzo 2010, n.38;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 643 del 10/05/2023 recante: "Missione 6 Salute - Componente

1 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina Sub-Investimento 1.2.1 – Assistenza domiciliare. Approvazione Piano Operativo della Regione Puglia”;

- il Regolamento regionale n. 7 del 22/05/2023 ad oggetto: “Definizione dei 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 4 agosto 2021”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 938 del 03/07/2023 ad oggetto: “D.G.R. n. 302/2022 “Valutazione di impatto di genere. Sistema di gestione e di monitoraggio”. Revisione degli allegati”.

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 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 il 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 (Rep. Atti n. 256/CSR del 7 dicembre 2022). Precisamente, l'art. 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, dispone 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) nella relazione tecnica allegata al presente provvedimento e del quale costituisce parte integrante e sostanziale, è indicata una stima del fabbisogno di personale per setting assistenziale, secondo quanto previsto dagli Accordi Stato Regioni in materia, nonché dalle previsioni del D.M. n. 77/2022. nelle more della puntuale definizione in fase di predisposizione dei Piani Triennali di fabbisogno attesa la volontà di allineare il fabbisogno alle esigenze dettate dalle strategie di programmazione sanitaria, ospedaliera e territoriale;

e) per quanto attiene all'assunzione del personale per l'attuazione di quanto previsto nel DM 77/2022 nonché nel presente provvedimento, si fa riferimento alla vigente normativa in materia di spesa del personale SSR prevista dall'art.11, comma 1, DL 35/2019 nonché dai seguenti provvedimenti:

- art. 1, commi 10 e 11 del D.L. n. 34/2020 convertito in Legge n. 77/2020, nei quali è prevista l'autorizzazione in favore delle Regioni e delle province autonome, *"anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente, ad incrementare la spesa di personale, [...] a decorrere dal 2021 per l'attuazione dei commi 4, 5 e 8 fino agli importi indicati nella tabella di cui all'allegato B annesso al presente decreto, a valere sulle risorse di cui al comma 11"*;
- il decreto del Ministero della Salute 23 dicembre 2022 *"Riparto delle risorse per il potenziamento dell'assistenza territoriale"*;
- lo stanziamento PNRR per l'assistenza domiciliare.

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);
- 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:

- con la deliberazione di Giunta regionale n. 1868 del 14/12/2022, nel pieno rispetto del termine previsto dal precitato art. 1, comma 2, del DM 77/2022, è stato approvato lo schema di Regolamento relativo alla definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022;
 - lo schema di 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.;
 - il provvedimento è stato trasmesso ai Ministeri affiancanti e ad AGENAS per il previsto parere;
 - successivamente AGENAS, nell'ambito del monitoraggio semestrale ai sensi dell'art.2 del DM 77/2022, ha trasmesso alcune raccomandazioni sul provvedimento con nota n.2023/0001357 del 08/02/2023, che si riportano nella relazione tecnica allegata al presente provvedimento e del quale costituisce parte integrante e sostanziale;
 - sul provvedimento è stato espresso dalla Commissione consiliare competente, all'unanimità dei voti dei Commissari presenti, parere favorevole con raccomandazioni (decisione n.56 del 23/01/2023), del quale si riporta di seguito il contenuto in forma abbreviata.
“...La III Commissione, dopo ampia discussione, alla unanimità dei voti dei Commissari presenti, ha espresso parere “favorevole con raccomandazioni” al provvedimento di cui al punto 1...”;
- a) *“Nella definizione dei modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale non risulta inserito il ruolo delle farmacie territoriali, nonostante la loro previsione nelle disposizioni del DM 77/2022...”. In relazione alla citata raccomandazione, si ritiene opportuno richiamare nel presente provvedimento, e nell'allegato Regolamento, il ruolo delle farmacie in coerenza con quanto descritto nel paragrafo 2 del DM 77/22, anche sulla base della segnalazione pervenuta dall'Associazione Federfarma Puglia (nota prot. n. 18 del 18/01/2022) e, nello specifico, si ritiene opportuno introdurre nell'allegato Regolamento l'articolo 15 rubricato “Il ruolo delle farmacie” del seguente tenore: “Le farmacie convenzionate con il SSR ubicate uniformemente sull'intero territorio regionale, costituiscono presidi sanitari di prossimità e rappresentano un elemento fondamentale e integrante del Servizio sanitario regionale. La rete capillare delle farmacie convenzionate con il SSR assicura quotidianamente prestazioni di servizi sanitari a presidio della salute della cittadinanza: in tale ambito vanno inquadrare la dispensazione del farmaco, per i pazienti cronici la possibilità di usufruire di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci, la farmacovigilanza, le attività riservate alle farmacie dalla normativa sulla c.d. “Farmacia dei Servizi” (D. Lgs. 153/2009) e l'assegnazione delle nuove funzioni tra le quali le vaccinazioni anti-Covid e antinfluenzali, la somministrazione di test diagnostici a tutela della salute pubblica. Il ruolo delle farmacie si innesta integralmente con le esigenze contenute nel PNRR riguardanti l'assistenza di prossimità, l'innovazione e la digitalizzazione dell'assistenza sanitaria ”;*
- b) *“... Il primo degli aspetti è strettamente connesso all'assunzione di responsabilità da parte dei professionisti infermieri. In particolare per le Centrali Operative Territoriali (COT) e per gli Ospedali*

di Comunità (OdC)”. “In considerazione delle numerose “funzioni” in capo alle Centrali Operative Territoriali (COT), si ritiene opportuno attribuire l’incarico di responsabile a un professionista Infermiere, mediante incarico dirigenziale (Dirigente Sanitario) o mediante incarico di funzione, dell’Area di Elevata Qualificazione in coerenza con il nuovo vigente CCNL. Al punto 14 dell’articolo 9 della proposta di Regolamento è riportato che 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. Anche per questo tipo di incarico si ritiene opportuno attribuire l’incarico di responsabile a un professionista Infermiere, attraverso incarico dirigenziale (Dirigente Sanitario) o attraverso un incarico di funzione, dell’area di Elevata Qualificazione”. In relazione alla citata raccomandazione, si rimanda agli atti aziendali che verranno adottati dai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie nel pieno rispetto della normativa nazionale e regionale rispetto al conferimento degli incarichi ai dipendenti del Servizio sanitario regionale;

- c) “Il secondo aspetto è collegato alla questione delle risorse umane, in particolare alla sua numerosità. Fermo restando le certezze numeriche previste, per esempio, per gli Infermieri di Famiglia e di Comunità e per le UCA, bisognerà prevedere, nel caso vi sono dei range da rispettare, il numero massimo di questi ultimi”. In relazione alla citata raccomandazione, si richiamano i requisiti espressamente previsti dal DM 77/2022 e riportati nella relazione tecnica allegata al presente provvedimento e che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- d) Il terzo aspetto è connesso, in particolare, al governo del numerosissimo “pool” di Infermieri di Famiglia e di Comunità che svolgeranno il loro servizio presso ciascuna delle ASL della nostra Regione; All’uopo, si ritiene opportuno proporre un apposito “modello” di riferimento, di seguito riportato (.....). In relazione alla citata raccomandazione, si terrà conto della proposta in fase di implementazione del modello organizzativo ai sensi del DM 77;
- e) L’ultimo dei quattro aspetti è riferito alla programmazione di appositi percorsi formativi da destinare al personale infermieristico con funzioni di IFeC (.....)”. In relazione alla citata raccomandazione, si rinvia all’articolo 16 del Regolamento che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

TENUTO CONTO, ALTRESÌ, CHE:

- con riferimento all’indicazione delle sedi dei consultori familiari attualmente attivi contenuta nella “Sintesi del Profilo di Salute ed Equità Regione Puglia” alla pag.73 dell’allegato sono state apportate correzioni come indicate dalla ASL FG con nota n.5259 del 16/01/2023 e, successivamente, dalle restanti Aziende Sanitarie;
- 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;
- con il presente provvedimento si intende adottare il Regolamento approvato in prima lettura con deliberazione di Giunta regionale n. 1868 del 14/12/2022 integrato con le richieste pervenute da Agenas e con le proposte della Commissione consiliare competente.

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 succitato Regolamento UE.

Valutazione di impatto di genere (prima valutazione)
Ai sensi della D.G.R. n. 938 del 03/07/2023 la presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di impatto di genere. L'impatto di genere stimato è: <ul style="list-style-type: none">• diretto• indirettoX neutro• non rilevato

SEZIONE COPERTURA FINANZIARIA DI CUI AL D.LGS. n.118/2011 E SS.MM.II.

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette e/o indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale 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 prendere atto del parere favorevole espresso dalla competente Commissione consiliare competente, nella seduta del 23 gennaio 2023, in ordine alla deliberazione di Giunta regionale n. 1868 del 14/12/2022;
- 2) di adottare il 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 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, si compone dei seguenti allegati, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento:
 - 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 dare atto che il Presidente della Giunta regionale provvederà, ai sensi dell'art. 42, comma 2, lett.c) dello Statuto, all'emanazione dell'allegato Regolamento e dei relativi allegati di cui al precedente punto 2);
- 4) di approvare, la relazione tecnica di Analisi di contesto predisposta anche con il supporto di A.Re.S.S., di cui all'Allegato, modificata nella parte relativa alle indicazioni delle sedi dei consultori familiari, come da citata richiesta della ASL FG e da successive integrazioni pervenute dalle restanti Aziende Sanitarie, e integrata con riferimento alle raccomandazioni di Agenas circa la stima del fabbisogno di personale, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 5) di recepire l'Accordo ai sensi dell'articolo 5 comma 12 dell'Intesa del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n.82/CSR) "Patto per la Salute 2014-2016" sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117" (Rep. Atti n. 221/CSR del 24/11/2016), di cui all'allegato che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 6) di dare attuazione alle "linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117" di cui all'Accordo Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 24 novembre 2016 (Rep. Atti n.221/CSR del 24 novembre 2016) avviando il percorso finalizzato all'attivazione sul territorio regionale pugliese del numero Europeo armonizzato 116-117;

7) di prevedere che, per quanto attiene all'assunzione del personale per l'attuazione di quanto previsto nel DM 77/2022 nonché nel presente provvedimento, si fa riferimento alla vigente normativa in materia di spesa del personale SSR prevista dall'art.11, comma 1, DL 35/2019 nonché dai seguenti provvedimenti:

- art. 1, commi 10 e 11 del D.L. n. 34/2020 convertito in Legge n. 77/2020, nei quali è prevista l'autorizzazione in favore delle Regioni e delle province autonome, *“anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente, ad incrementare la spesa di personale, [...] a decorrere dal 2021 per l'attuazione dei commi 4, 5 e 8 fino agli importi indicati nella tabella di cui all'allegato B annesso al presente decreto, a valere sulle risorse di cui al comma 11”*;
- il decreto del Ministero della Salute 23 dicembre 2022 *“Riparto delle risorse per il potenziamento dell'assistenza territoriale”*;
- lo stanziamento PNRR per l'assistenza domiciliare.

8) di demandare alla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta la notifica del presente provvedimento ai Direttori Generali delle AASSLL ed Enti del Servizio Sanitario Regionale;

9) di demandare alla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta la trasmissione del presente provvedimento ai Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e MEF) e ad Agenas;

10) di disporre la pubblicazione del presente provvedimento e dei relativi allegati sul BURP e sui siti istituzionali.

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 prendere atto del parere favorevole espresso dalla competente Commissione consiliare competente, nella seduta del 23 gennaio 2023, in ordine alla deliberazione di Giunta regionale n. 1868 del 14/12/2022;
2. di adottare il 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 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, si compone dei seguenti allegati, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento:
 - 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 dare atto che il Presidente della Giunta regionale provvederà, ai sensi dell’art. 42, comma 2, lett.c) dello Statuto, all’emanazione dell’allegato Regolamento e dei relativi allegati di cui al precedente punto 2);
4. di approvare, la relazione tecnica di Analisi di contesto predisposta anche con il supporto di A.Re.S.S., di cui all’Allegato, modificata nella parte relativa alle indicazioni delle sedi dei consultori familiari, come da citata richiesta della ASL FG e da successive integrazioni pervenute dalle restanti Aziende Sanitarie, e integrata con riferimento alle raccomandazioni di Agenas circa la stima del fabbisogno di personale, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
5. di recepire l’Accordo ai sensi dell’articolo 5 comma 12 dell’Intesa del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n.82/CSR) *“Patto per la Salute 2014-2016”* sul documento recante *“Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117”* (Rep. Atti n. 221/CSR del 24/11/2016), di cui all’allegato che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
6. di dare attuazione alle *“linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117”* di cui all’Accordo Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 24 novembre 2016 (Rep. Atti n.221/CSR del 24 novembre 2016) avviando il percorso finalizzato all’attivazione sul territorio regionale pugliese del numero Europeo armonizzato 116-117;
7. per quanto attiene all’assunzione del personale per l’attuazione di quanto previsto nel DM 77/2022 nonché nel presente provvedimento, si fa riferimento alla vigente normativa in materia di spesa del personale SSR prevista dall’art.11, comma 1, DL 35/2019 nonché dai seguenti provvedimenti:
 - art. 1, commi 10 e 11 del D.L. n. 34/2020 convertito in Legge n. 77/2020, nei quali è prevista l’autorizzazione in favore delle Regioni e delle province autonome, *“anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente, ad incrementare la spesa di personale, [...] a decorrere dal 2021 per l’attuazione dei commi 4, 5 e 8 fino agli importi indicati nella tabella di cui all’allegato B annesso al presente decreto, a valere sulle risorse di cui al comma 11”*;
 - il decreto del Ministero della Salute 23 dicembre 2022 *“Riparto delle risorse per il potenziamento*

dell'assistenza territoriale”;

- lo stanziamento PNRR per l'assistenza domiciliare.

8. di demandare alla Sezione Strategie e governo dell'Offerta la notifica del presente provvedimento ai Direttori Generali delle AASSLL ed Enti del Servizio Sanitario Regionale;

9. di demandare alla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta la trasmissione del presente provvedimento ai Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e MEF) e ad Agenas;

10. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento e dei relativi allegati sul BURP e sui siti istituzionali.

Il Segretario della Giunta
ANNA LOBOSCO

Il Presidente della Giunta
RAFFAELE PIEMONTESE



Codice CIFRA: SGO/ DEL / 2023/00090

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 dialogo 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

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.

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 multimorbidità, 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.
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 il 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. Lo Standard massimo di popolazione per DP è pari a: 1: 500.000 abitanti (necessario per mantenere efficienza organizzativa e conoscenza del territorio che ha identità, omogeneità culturale e socioeconomica imprescindibili nell'azione preventiva).

19. Con deliberazione di Giunta regionale si provvede all'aggiornamento dell'organizzazione e del 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 **(Il ruolo delle farmacie)**

Le farmacie convenzionate con il SSR ubicate uniformemente sull'intero territorio regionale, costituiscono presidi sanitari di prossimità e rappresentano un elemento fondamentale e

integrante del Servizio Sanitario Regionale.

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

Il ruolo delle farmacie si innesta integralmente con le esigenze contenute nel PNRR riguardanti l'assistenza di prossimità, l'innovazione e la digitalizzazione dell'assistenza sanitaria.

Per l'attuazione del presente articolo si rimanda alle disposizioni regionali in materia.

Art. 16 (Formazione)

Entro 60 giorni dalla emanazione del presente Regolamento, con deliberazione di Giunta regionale, è definito il piano formativo con la previsione del coinvolgimento di Aress, delle Università insistenti sul territorio regionale e delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale.

Art. 17 (Attuazione)

1. I Direttori Generali delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale devono presentare al Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, entro sessanta giorni dalla entrata in vigore del presente Regolamento, un Piano Operativo attuativo delle previsioni di cui al D.M. n. 77/2022 nonché di quanto espressamente stabilito dai provvedimenti regionali. Il Piano operativo aziendale deve prevedere, altresì, un dettagliato cronoprogramma delle azioni da realizzare, secondo uno schema uniforme predisposto dalla competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta. Il Piano Operativo di ciascuna Azienda ed Ente del Servizio Sanitario Regionale è approvato con deliberazione di Giunta regionale.

Art. 18 (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:
 - a) Dirigenti di Sezione e di Servizio del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale;
 - b) Direttori di Area dell'Aress;
 - c) altre figure che si riterranno necessarie.
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 contenute nel Piano Operativo di cui al precedente art. 17.

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			
	Servizi di diagnosi e cura	DIAGNOSTICA di BASE (retinografo, spirometro, ecografo, ecc.)	Obbligatorio	Facoltativo
	AREA PRELIEVI			
	Area prelievi e PO	AREA PRELIEVI	Obbligatorio	Facoltativo
CURE PRIMARIE	ATTIVITA' AMBULATORIALE SPECIALISTICA			
	Servizi ambulatoriali specialistici	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			
	Assistenza medica	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 GENERALI E LOGISTICI	SERVIZI PER LA COMUNITA'			
		SALA RIUNIONI POLIVALENTE	Obbligatorio	Obbligatorio
	AREA SERVIZI GENERALI			
	Servizi urbani per utenti esterni e per il personale medico sanitario	ACCOGLIENZA UTENTI - URP-CUP	Obbligatorio	Obbligatorio
		AREA PERSONALE	Obbligatorio	Obbligatorio
		AREA DIREZIONALE e AMMINISTRATIVA	Obbligatorio	Obbligatorio
	AREA SERVIZI LOGISTICI			
	Servizi logistici per il funzionamento della struttura socio-sanitaria	ARCHIVI - MAGAZZINI - DEPOSITI	Obbligatorio	Obbligatorio
		SERVIZI INFORMATIVI e TELEMEDICINA	Obbligatorio	Obbligatorio
		ISOLA ECOLOGICA	Obbligatorio	Obbligatorio
	AREA PULIZIA	Obbligatorio	Obbligatorio	
AREE LOCALI TECNICI				
CT, Centrali gas, collegamenti impiantistici, sotto-centrali,	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, Consultori 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:
 - a) All'interno di poli ospedalieri o edifici o edifici sanitari già operativi (edifici e/o porzioni della struttura);
 - b) 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		
	Centrale operativa con postazioni lavoro	AREA OPERATIVA (sala operativa, locali per attrezzature tecnologiche, uffici direzionali e amministrativi, ecc.).	Obbligatorio
SERVIZI GENERALI E LOGISTICI	AREA SERVIZI GENERALI		
	Servizi di accoglienza per gli utenti e il personale	ACCOGLIENZA PERSONALE	Obbligatorio ma può essere in condivisione
	AREA SERVIZI LOGISTICI		
	Servizi logistici per il funzionamento della struttura	ARCHIVI - MAGAZZINI - DEPOSITI	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		AREA PULIZIA	Obbligatorio ma può essere in condivisione
	AREE LOCALI TECNICI		
	CT, Centrali gas, collegamenti impiantistici, sottocentrali, ecc.	LOCALI TECNICI, CENTRALE TECNOLOGICA, LOCALI UTA, ecc.	Obbligatorio ma può essere in condivisione

C. Relazioni funzionali e spaziali della COT

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

- 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.
- 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 finestre 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 socio-sanitarie, 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, socio-sanitari e socio-assistenziali 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, Equipe 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. Il 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:
- 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.);
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:
1. La COT:

- a) raccoglie e trasmette le informazioni utili a gestire la transizione (es. bisogni specifici, personalizzazione della presa in carico, ecc.);
 - b) supporta l'individuazione del servizio/struttura di destinazione;
 - c) effettua un'analisi sul territorio per verificare la disponibilità dei servizi o strutture corrispondenti al setting assistenziale individuato;
 - d) attiva/prenota la struttura o il servizio territoriale individuato e i relativi professionisti coinvolti (es. assistente sociale del comune, servizi di Telemedicina, ecc.);
 - e) si interfaccia con il soggetto richiedente per gli aspetti organizzativi e logistici della transizione;
 - f) pianifica la transizione.
2. La Struttura/servizio Territoriale richiedente:
- a) riceve notifica, da parte della COT, di avvenuta individuazione della struttura/servizio sanitaria/sociosanitaria idonea;
 - b) conferma/approva la proposta ricevuta;
 - c) riceve la notifica di tutti gli aspetti organizzativi e logistici della transizione, da parte della COT;
 - d) mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia, accompagnandolo nella transizione.
 - e) La Struttura/servizio Territoriale di destinazione:
 - f) conferma la disponibilità alla presa in carico;
 - g) 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. **II 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:
 - 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, ecc.);
 - c) servizi logistici (magazzini, depositi, ecc.);
 - d) 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:
- 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.
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:
- a) Camere di degenza singola o doppia (tripla o quadrupla), comprensive di servizio igienico dedicato
 - b) Camere protette, comprensive di servizio igienico dedicato
 - c) Ambulatorio e locale medicazioni
 - d) 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:
- a. per il percorso pubblico: un'area comune di attesa per utenti (accompagnatori e caregiver) e i servizi igienici per il pubblico suddivisi per genere;
 - b. per il percorso sanitario una serie di servizi annessi e di supporto comuni, quali:
 - o depositi sporco/pulito;
 - o un deposito attrezzature e presidi medici;
 - o un locale infermieri e relativa postazione controllo infermieri;
 - o un locale medici;
 - o una tisaneria;
 - o 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 quaduple messe in luce dalla pandemia da COVID-19, è preferibile realizzare camere esclusivamente singole e doppie (e non triple e quaduple), 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:
 - a) SERVIZI GENERALI in cui rientrano tutti i servizi di accoglienza sia per gli utenti e il personale sanitario;

- b) AREA LOGISTICA in cui si considerano le aree dei magazzini economici, l'isola ecologica, ecc
 c) 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

Unità Funzionali dell'OdC		indicazioni OdC	
MACROAREA	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-</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:
 - 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;
 - b. 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.

Codice CIFRA: SGO/ DEL / 2023/00090

ANALISI DI CONTESTO

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 famigliare (€) (2020)		
	23.116	26.597
Distribuzione per quintili di reddito (2020)		
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

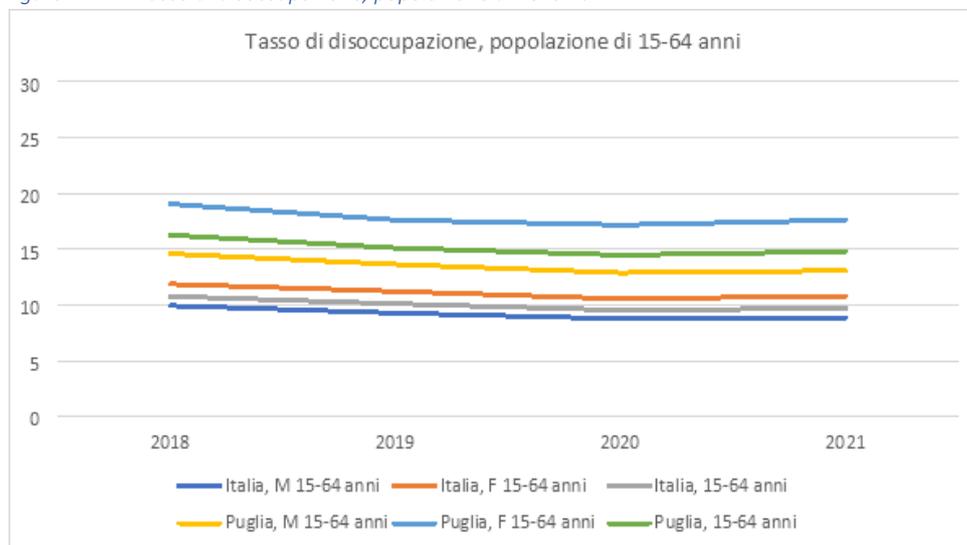
Fonte: ISTAT, <https://dati.istat.it>

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 familiari 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_FAMILIE#

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.

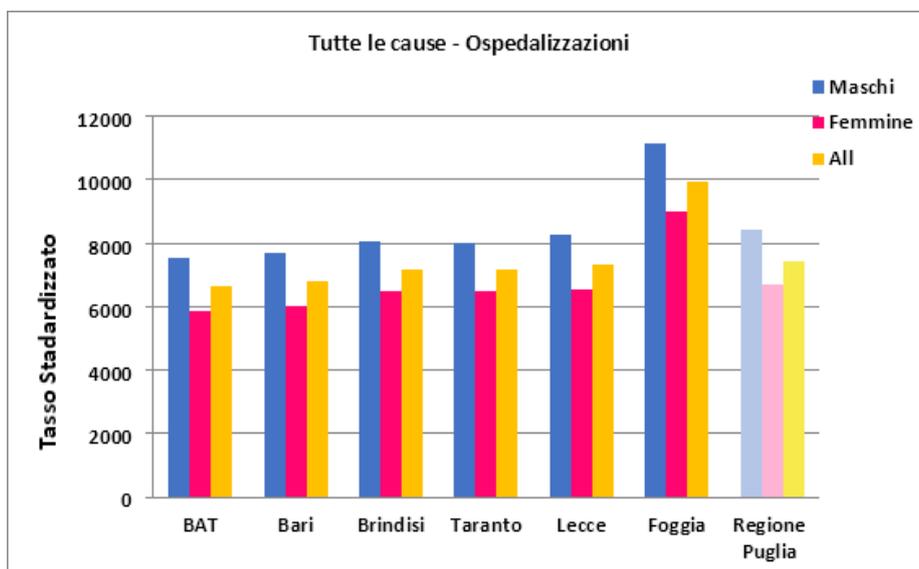
Nel triennio 2016-2018 si sono verificati 117.077 decessi con un tasso di mortalità complessivo pari a 839 per 100.000 abitanti. La mortalità per tutte le cause è significativamente più elevata negli uomini che nelle donne (1007 vs 705 per 100.000 abitanti) e presenta una variabilità geografica con valori 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

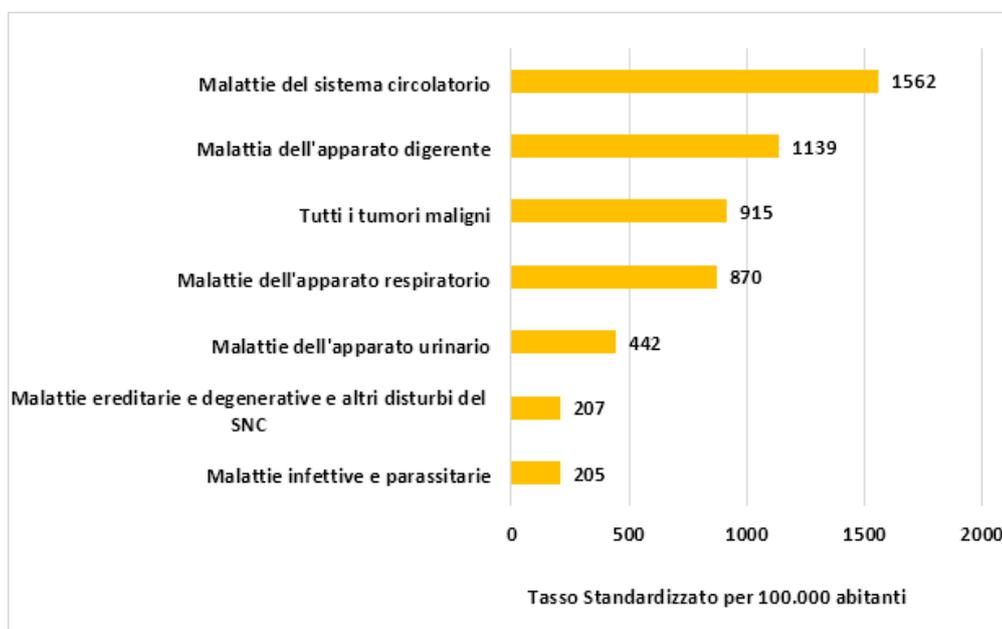
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

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



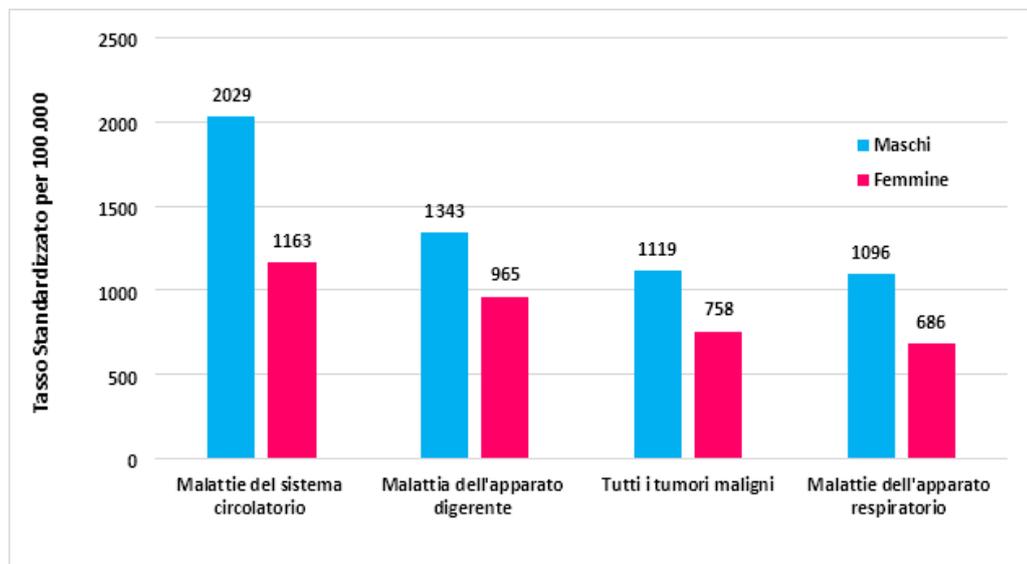
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

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



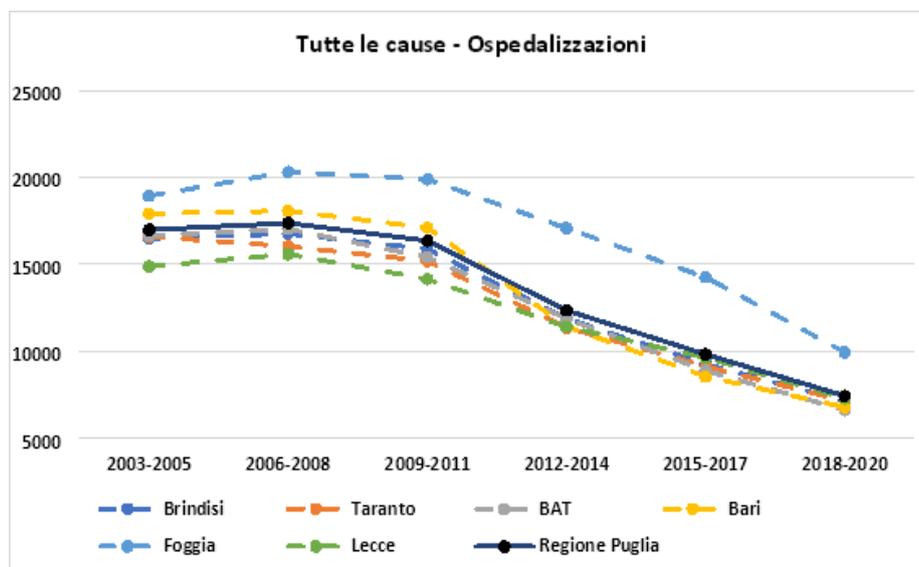
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

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



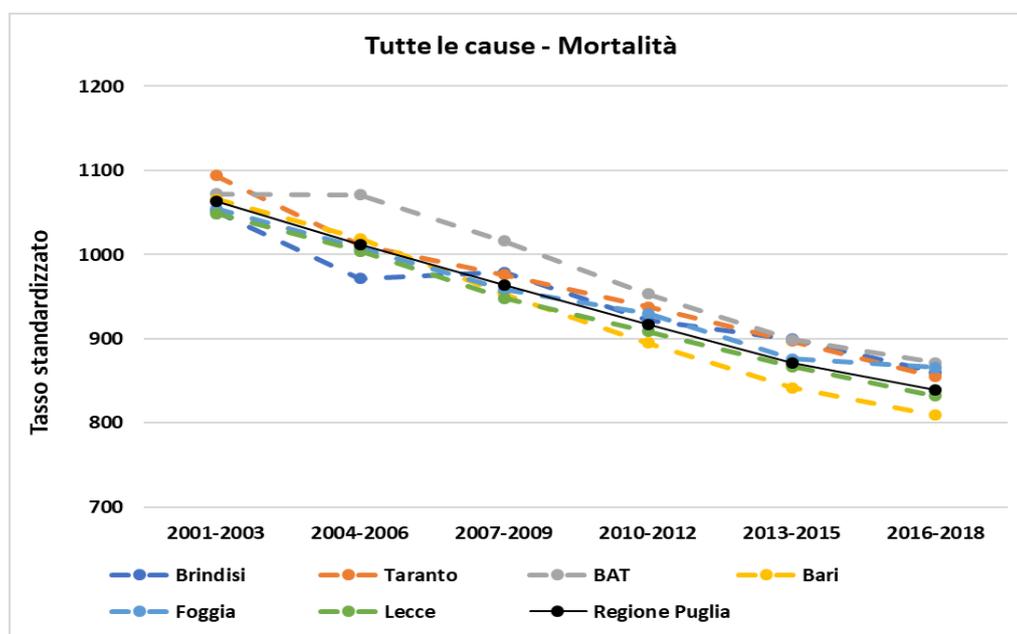
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

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.

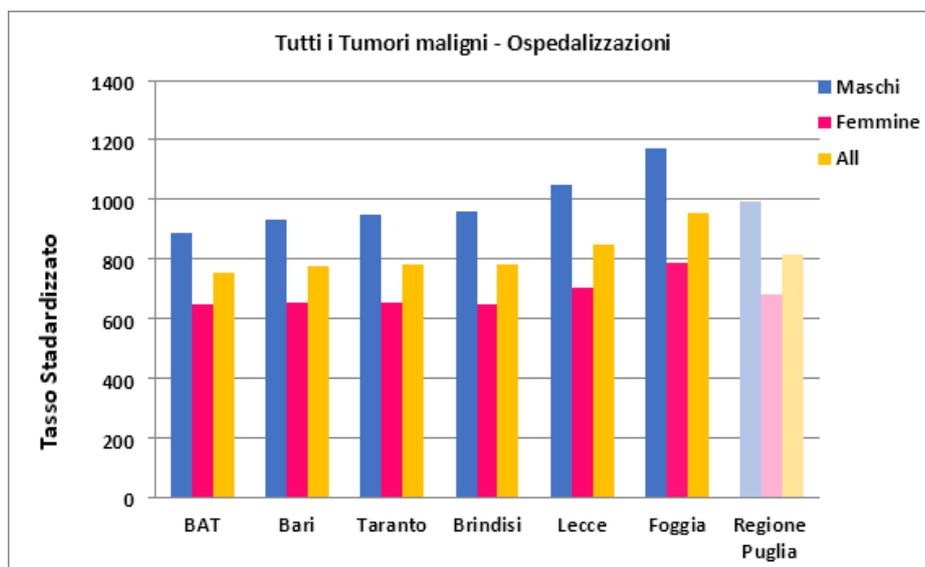
Per quanto riguarda la mortalità, nell'intera regione Puglia, nel triennio 2016-2018, si sono registrati 31.223 decessi con un TS pari a 232 per 100.000 abitanti, più alto tra gli uomini che tra le donne (310 decessi tra gli uomini vs 175 decessi tra le donne ogni 100.000 abitanti). Per il periodo osservato (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

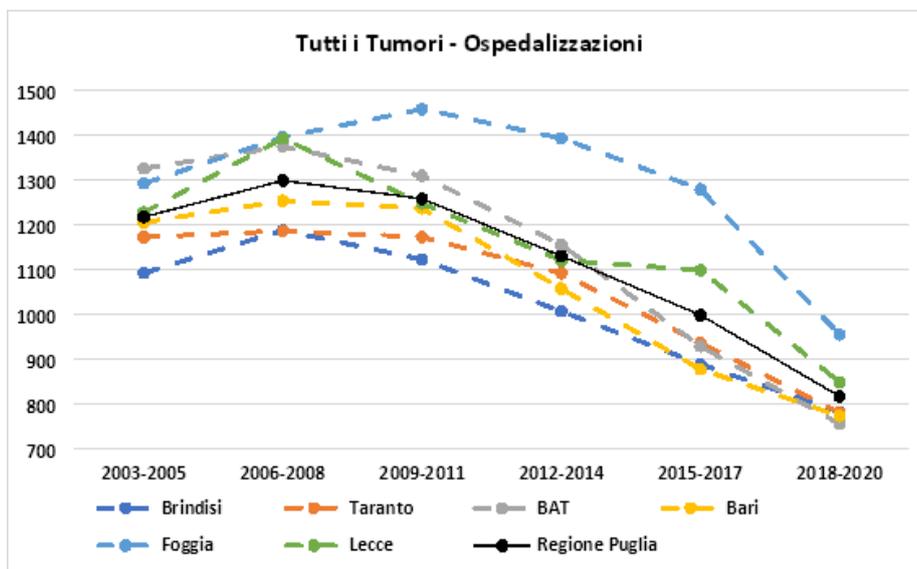
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

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



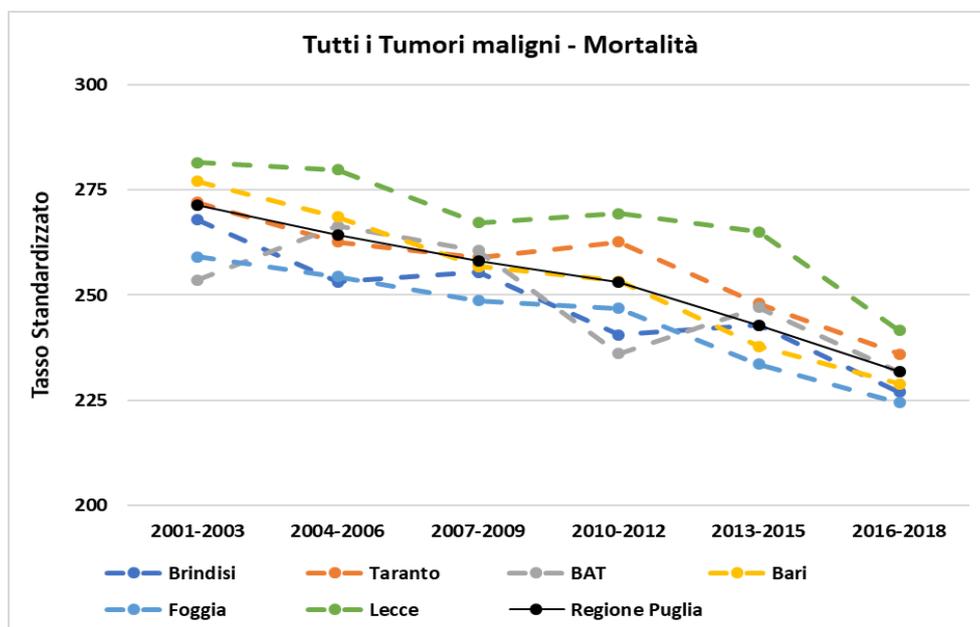
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

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.

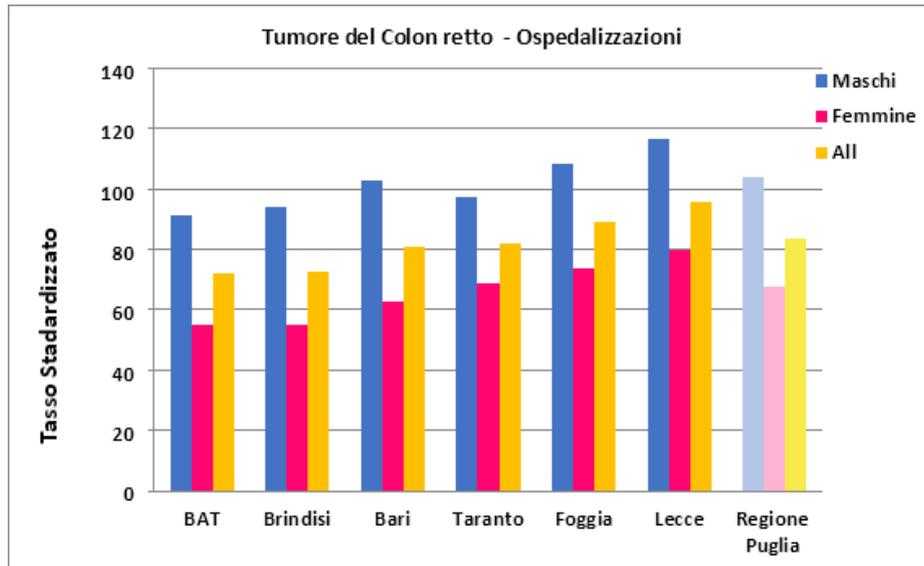
Per quanto riguarda la mortalità, nell'intera regione Puglia, nel triennio 2016-2018, si sono registrati 3456 decessi con un TS pari a 25: il TS di mortalità risulta più alto tra gli uomini che tra le donne (34 vs 19 per 100.000 abitanti). Inoltre, la mortalità rimane stabile per l'intero periodo di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

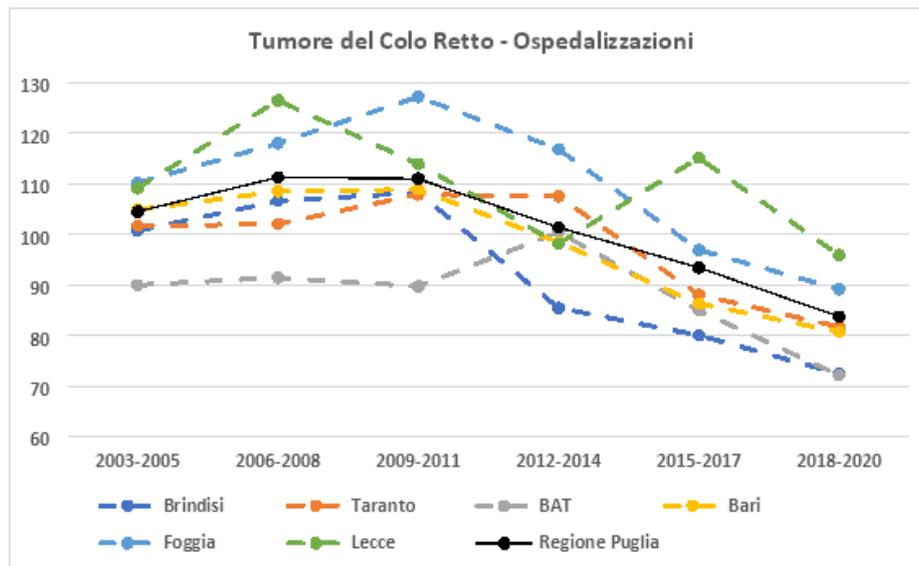
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

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



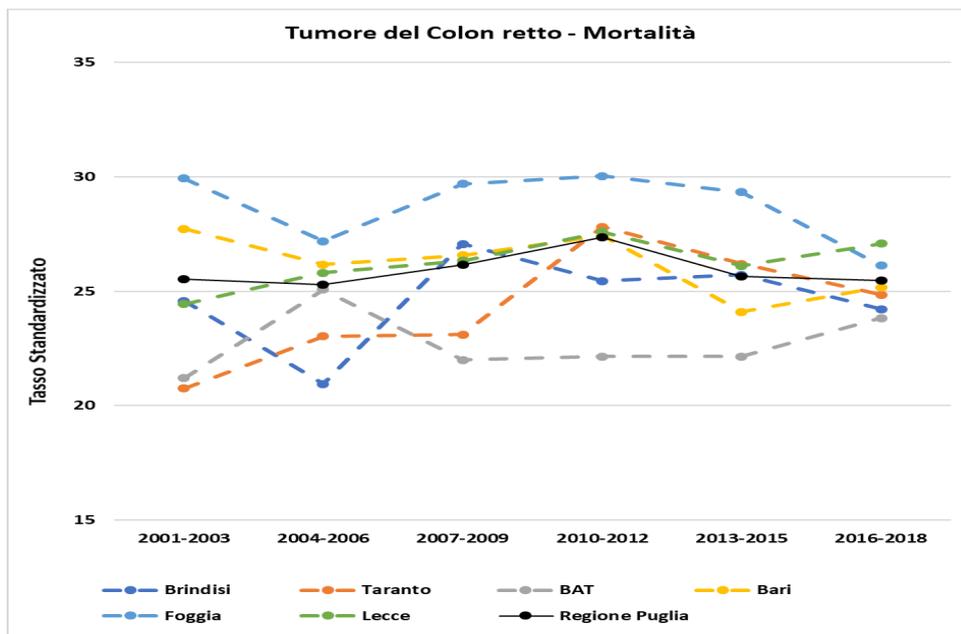
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

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.

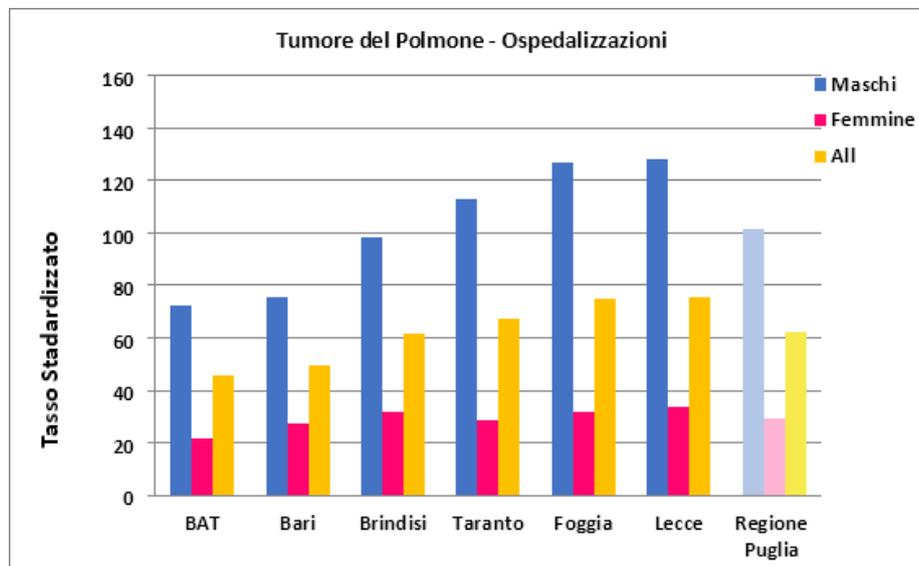
Per quanto riguarda la mortalità, nell'intera regione Puglia, nel triennio 2016-2018, si sono registrati 5519 decessi con un TS di mortalità pari a 41 per 100.000 (16 per le donne e 74 per gli uomini). Per il periodo osservato (2001-2018), in Puglia la mortalità si è ridotta passando da 52 decessi a 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

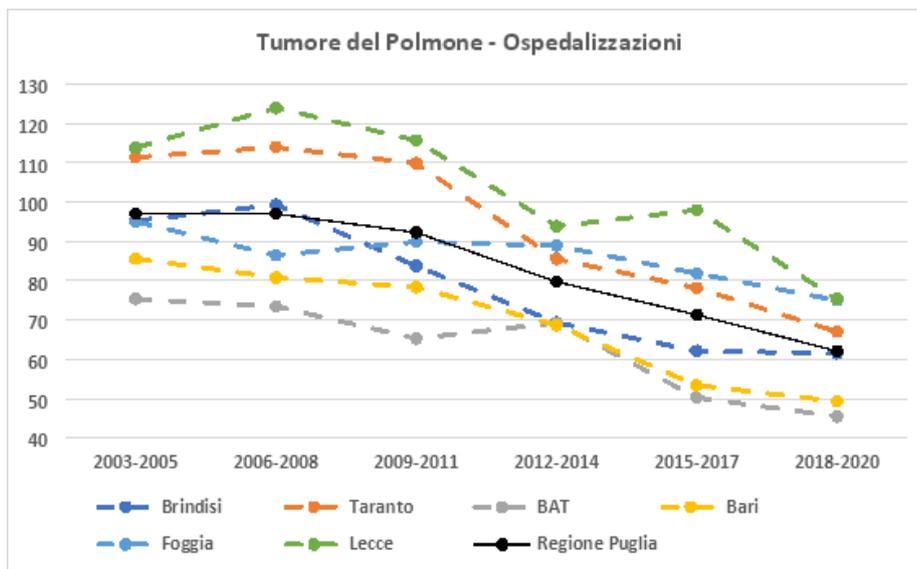
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

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



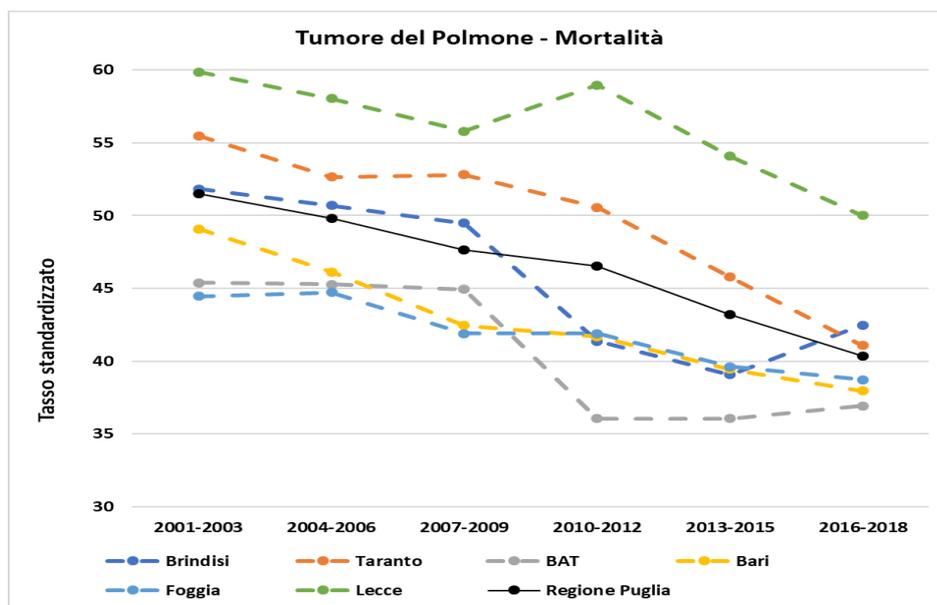
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

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]

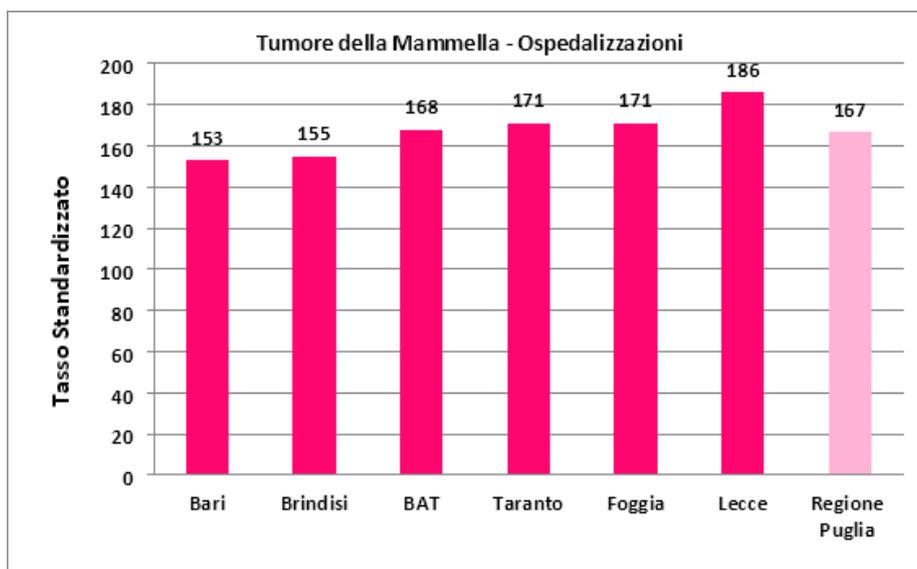
Nell'intera regione Puglia, nel triennio 2016-2018, si sono registrati 2498 decessi con un TS di mortalità pari a 33 per 100.000 donne con una mortalità che è rimasta stabile per tutto il periodo osservato (2001-2018). [Figura 2.1.16]

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

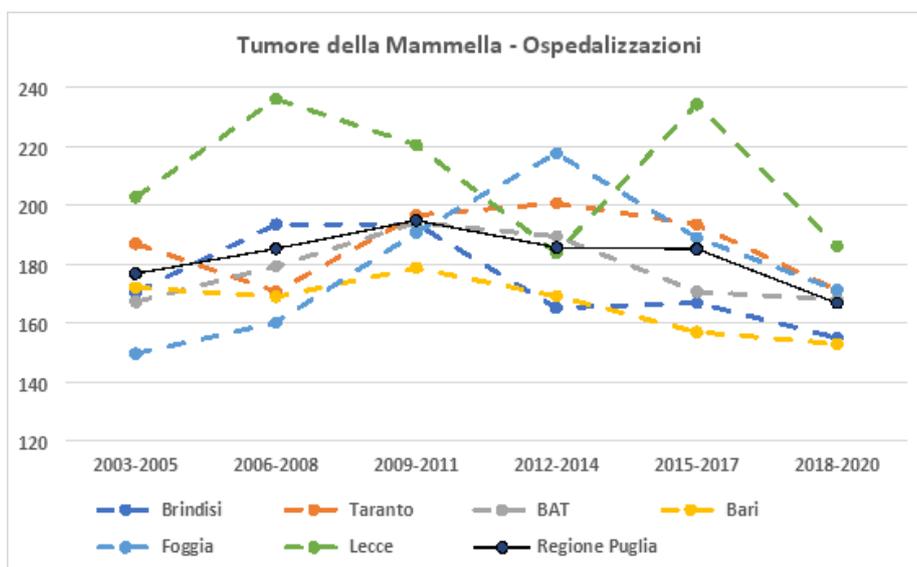
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

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



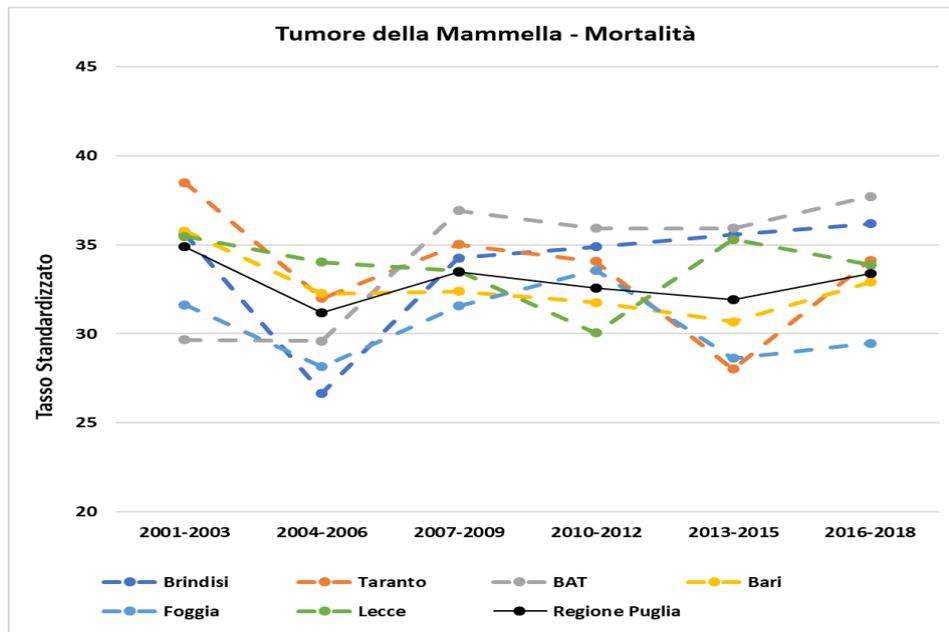
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

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.

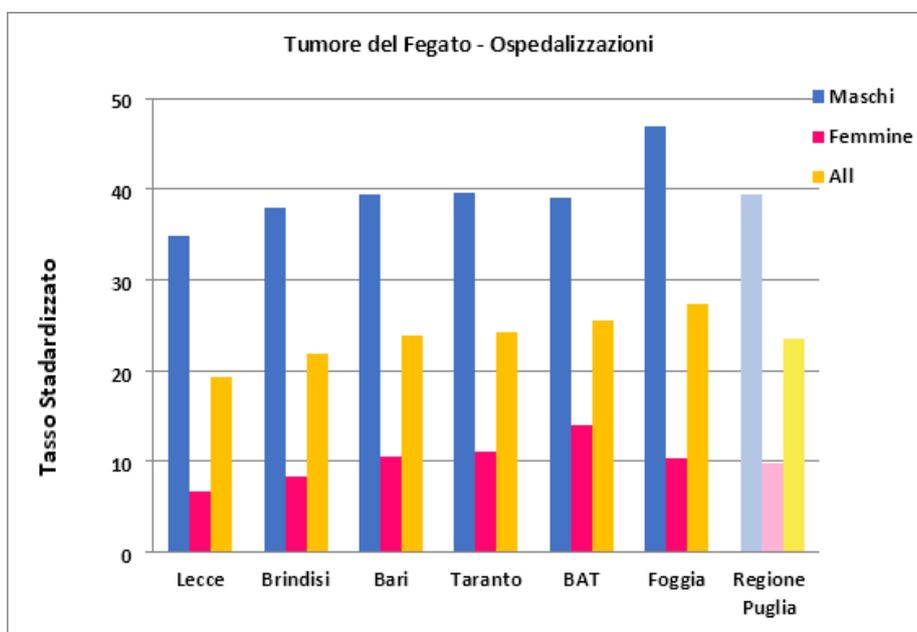
Per quanto riguarda la mortalità, nell'intera regione Puglia, nel triennio 2016-2018, si sono registrati 1811 decessi con un TS di mortalità pari a 14 per 100.000 abitanti, più alto tra gli uomini rispetto alle donne (21 vs 8 per 100.00 abitanti). In Puglia la mortalità si è ridotta passando da 22 decessi 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

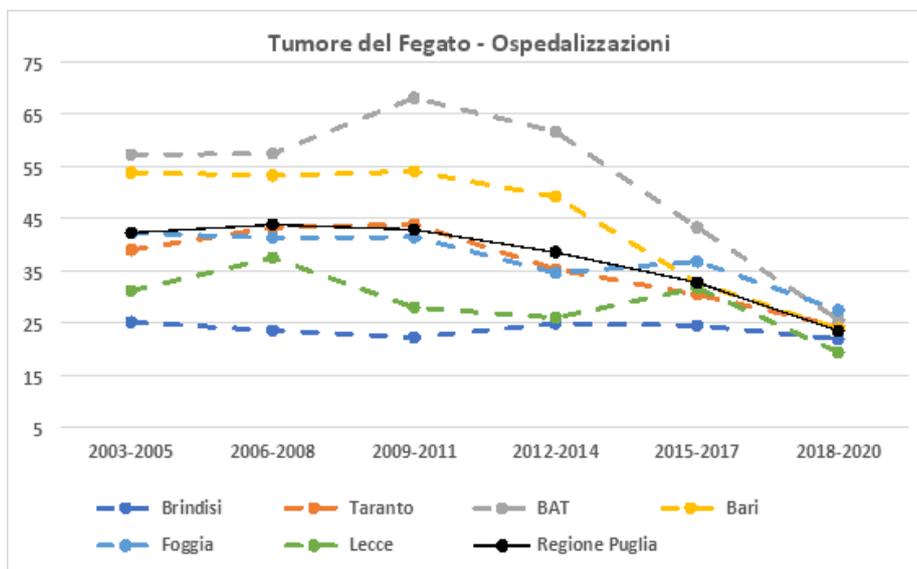
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

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



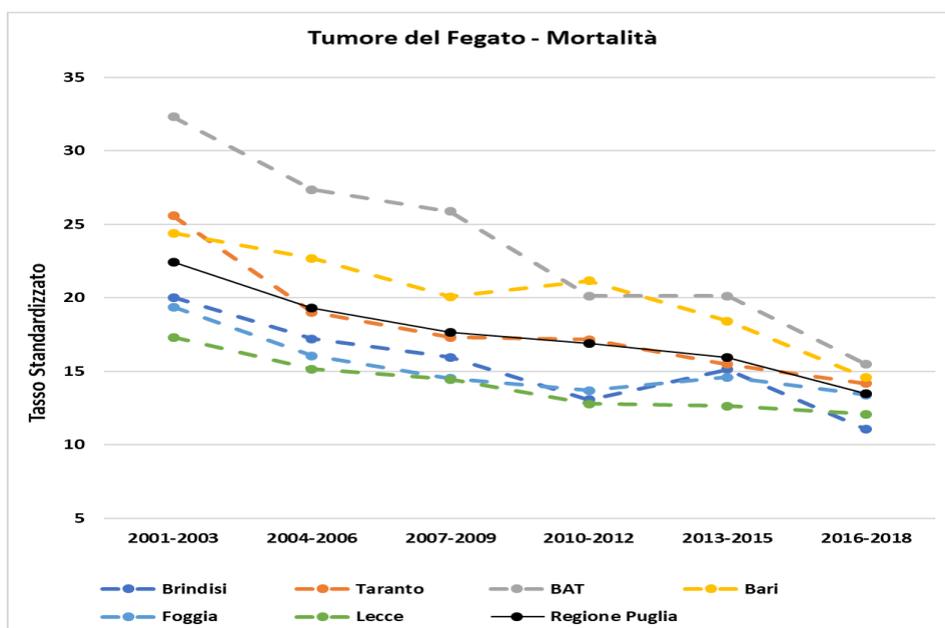
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

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).

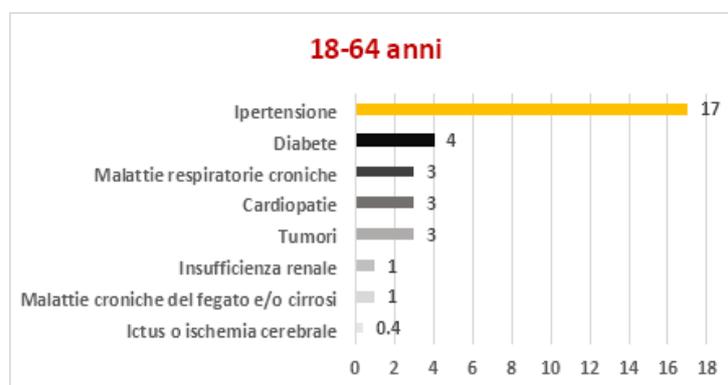
PASSI	18-64 anni					
	Puglia			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Persone senza patologie croniche*	90.1	89.2	90.9	81.6	81.1	82.1
Persone con almeno 1 patologie cronica*	9.9	9.1	10.8	18.4	17.9	18.9
Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbidità)*	1.9	1.5	2.3	4.2	4.0	4.5

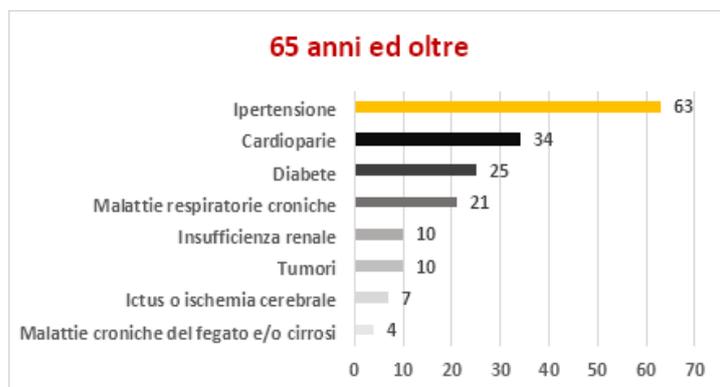
PASSI d'Argento	≥ 65 anni					
	Puglia			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Persone senza patologie croniche*	41.2	35.0	47.7	40.6	39.3	41.9
Persone con almeno 1 patologie cronica*	58.8	52.3	65.0	59.4	58.1	60.7
Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbidità)*	27.2	22.6	32.4	24.5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

Cardiopatía 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 (103⁰/₀₀) mentre l'asl di Foggia presenta un tasso superiore (122⁰/₀₀).

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].

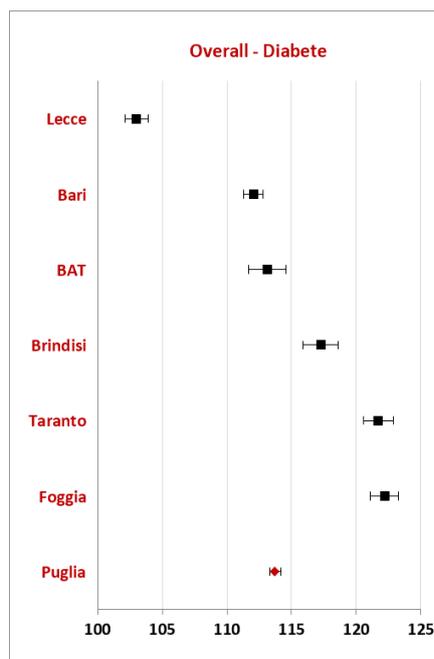
Tabella 2.2.3 - Tasso di prevalenza standardizzato del diabete per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2019

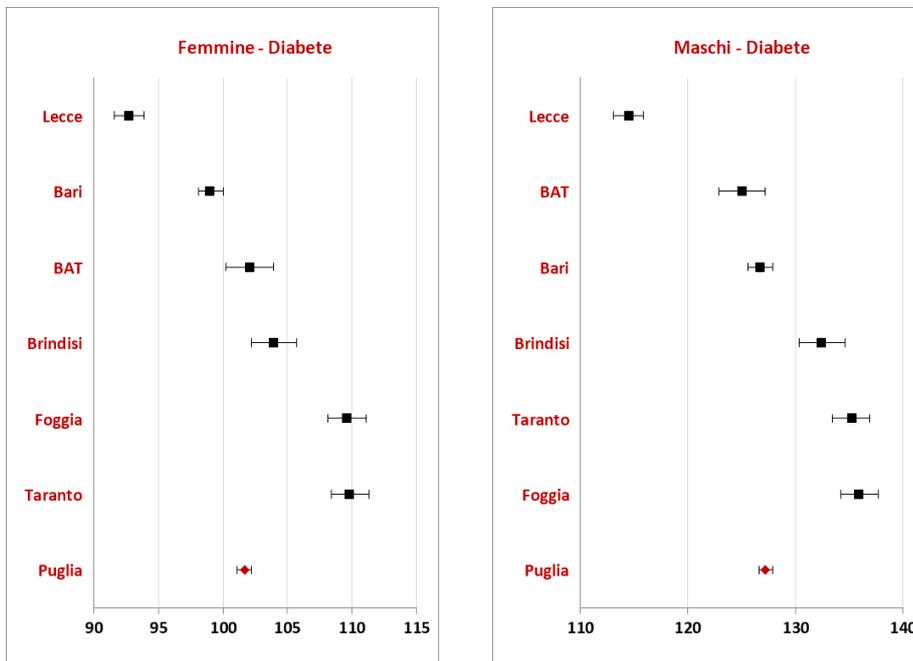
ASL	Totale			Femmine			Maschi		
	N	Tasso x 1.000	IC 95%	N	Tasso x 1.000	IC 95%	N	Tasso x 1.000	IC 95%
Brindisi	28564	117.3	115.9; 118.6	14082	103.9	102.2; 105.7	14482	132.4	130.3; 134.6
Taranto	44686	121.7	120.6; 122.9	22083	109.8	108.4; 111.3	22603	135.2	133.4; 136.9
BAT	24627	113.1	111.7; 114.6	11834	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

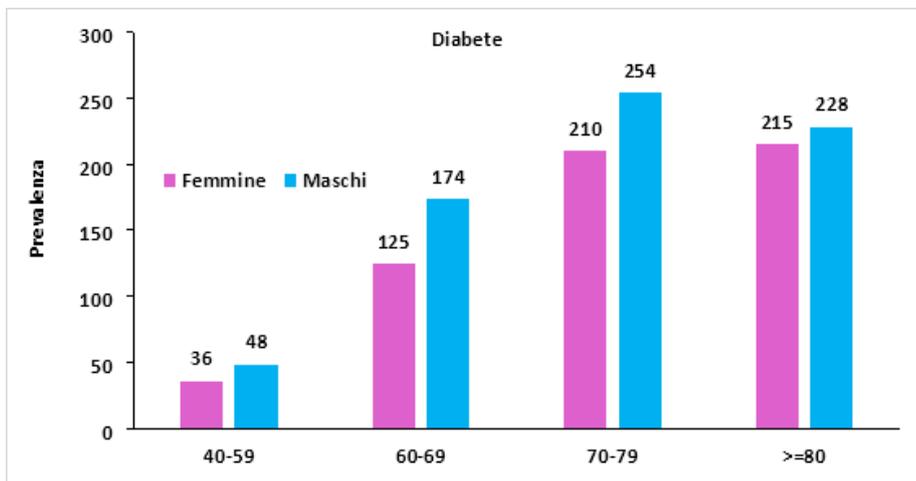
Figura 2.2.2 - Tasso di prevalenza standardizzato del diabete per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2019





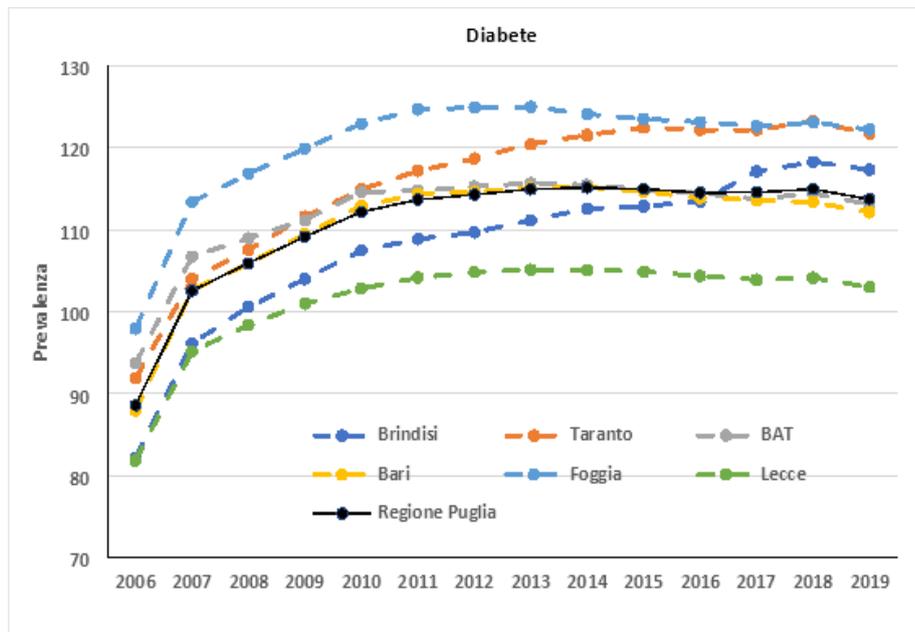
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

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 (447^{0/00}) mentre l'asl di BAT quella più bassa (397^{0/00}) [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).

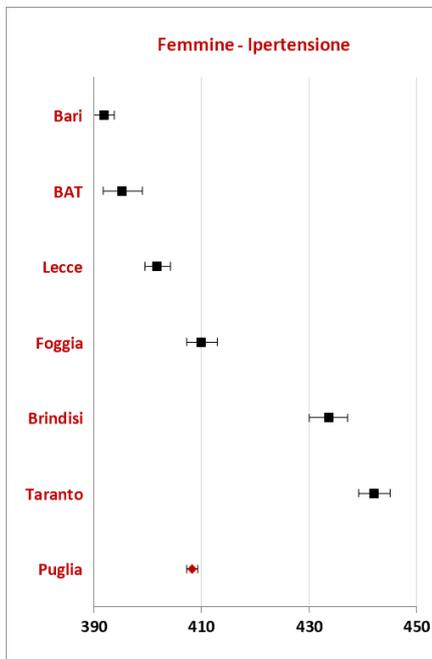
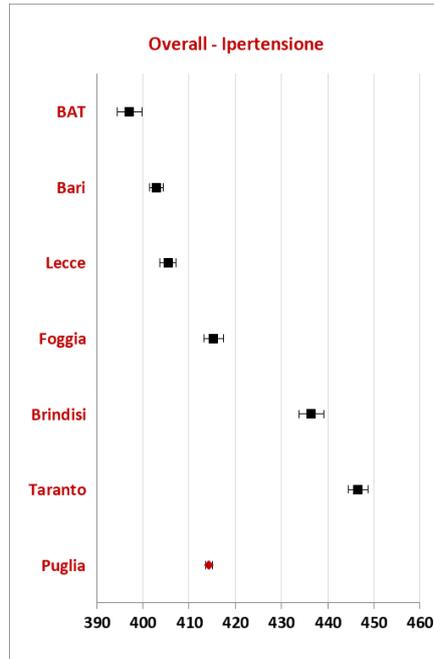
Tabella 2.2.4 - Tasso di prevalenza standardizzato di ipertensione per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2019

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%)

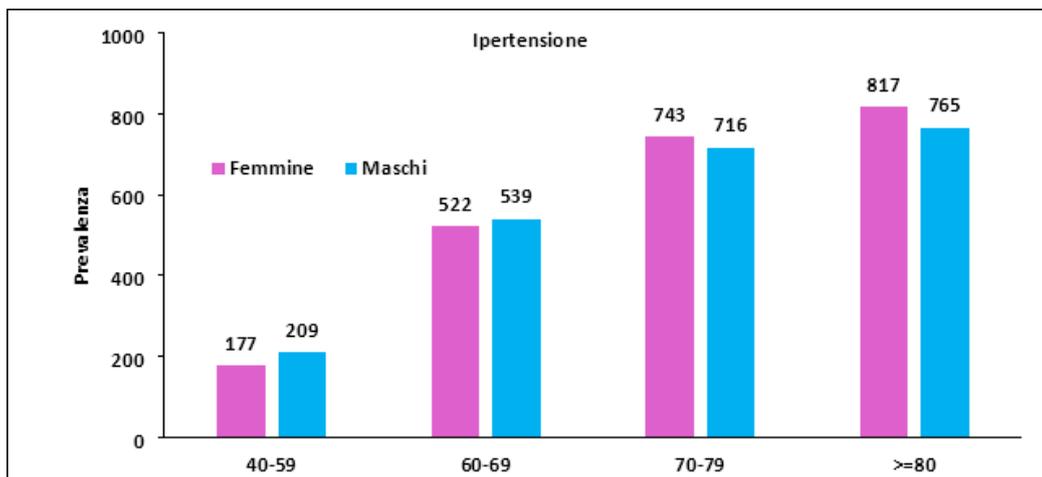
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

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



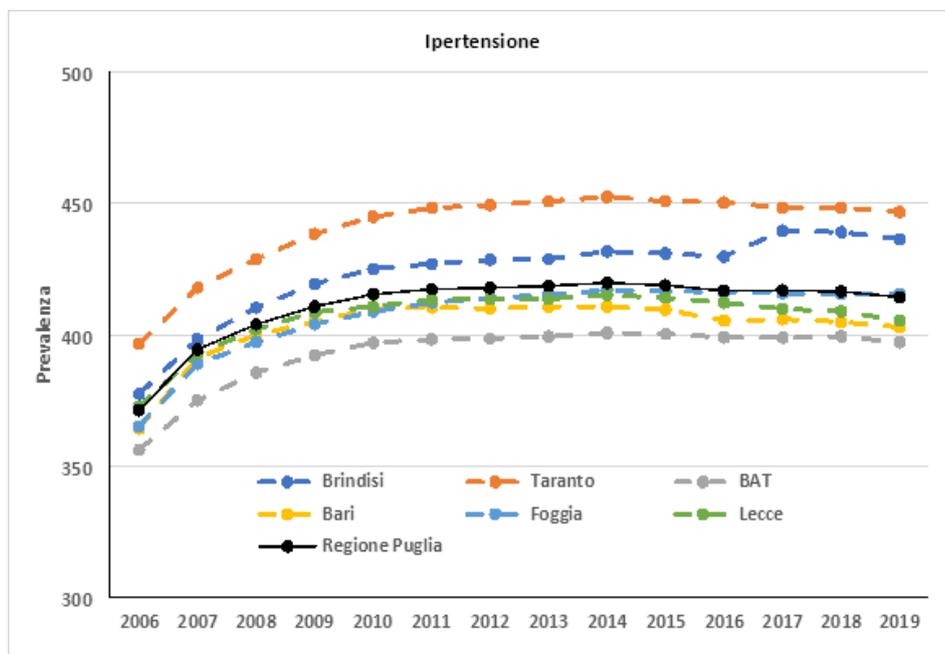
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

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]

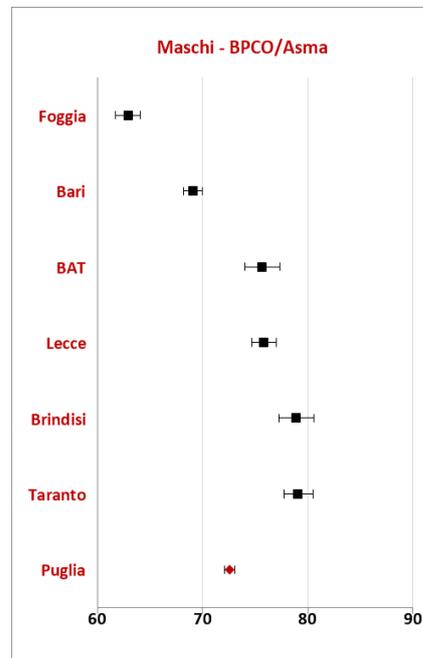
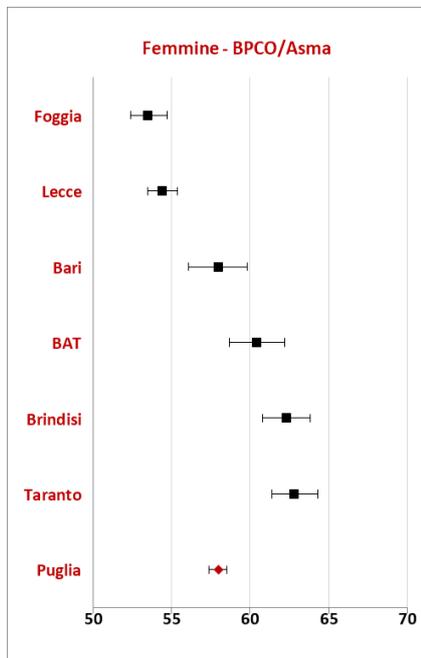
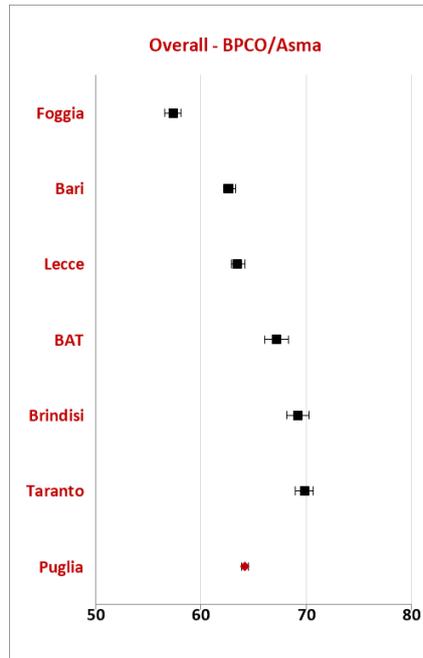
Tabella 2.2.5 - Tasso di prevalenza standardizzato di BPCO per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2018

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%)

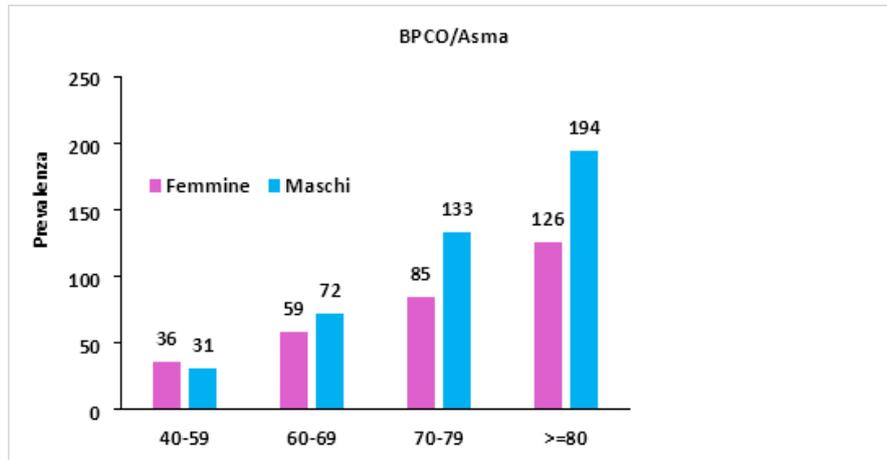
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

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



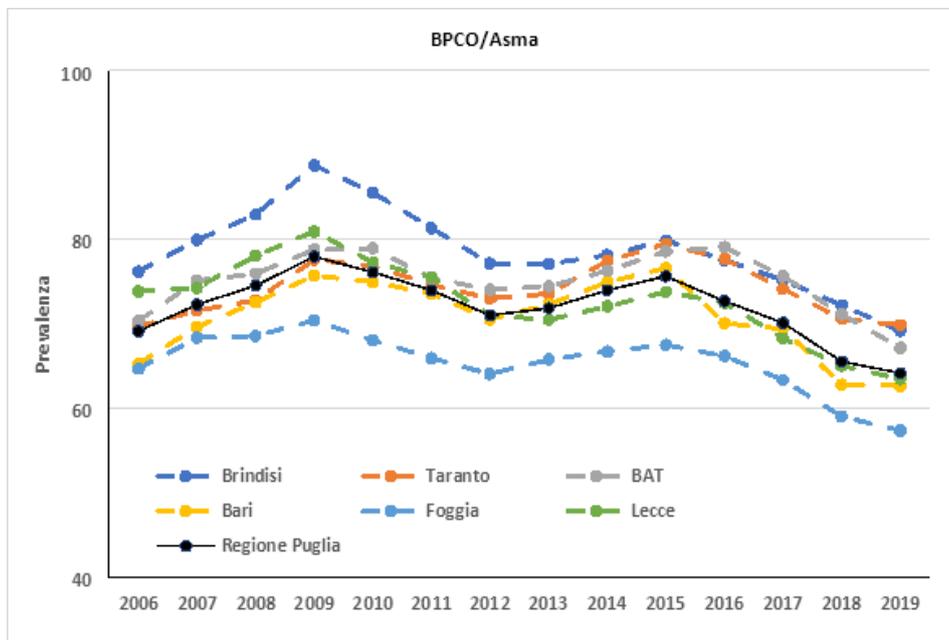
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

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 Scompenso 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 scompenso 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).

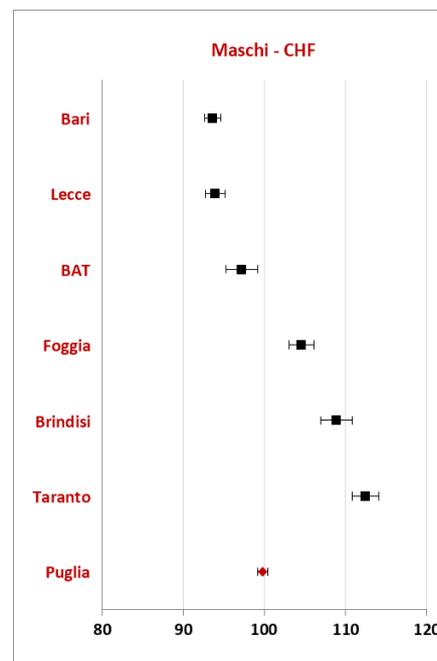
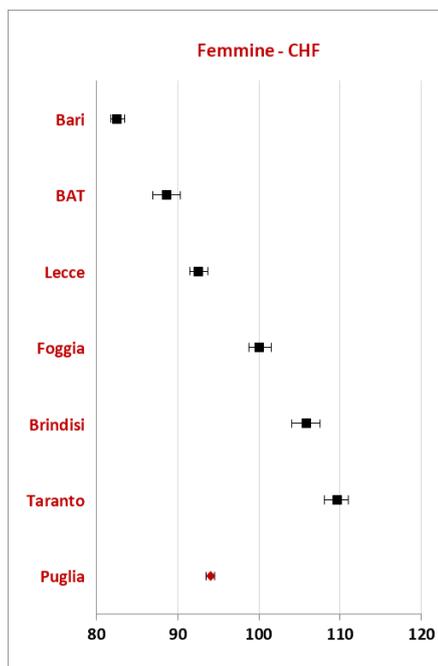
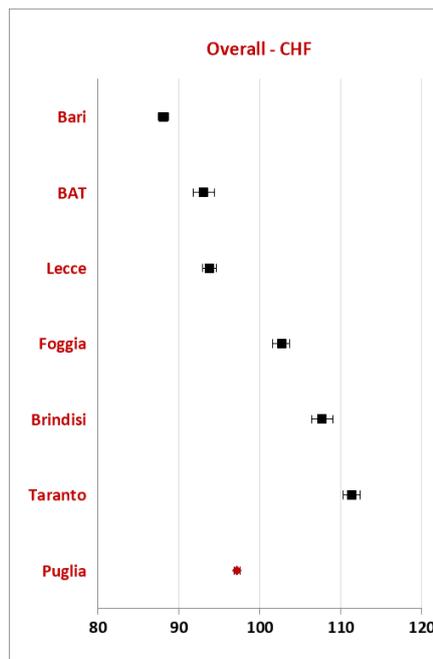
Tabella 2.2.6 - Tasso di prevalenza standardizzato della CHF per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2019

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%)

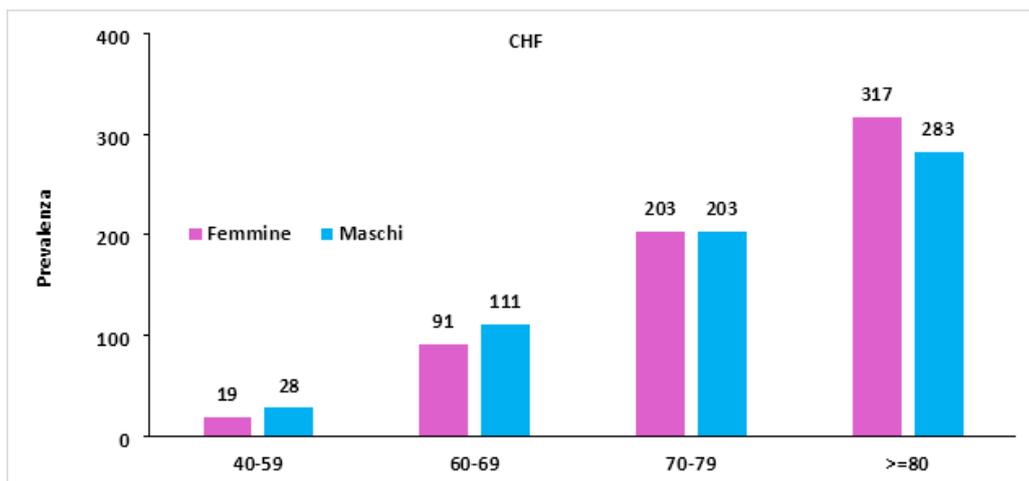
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

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



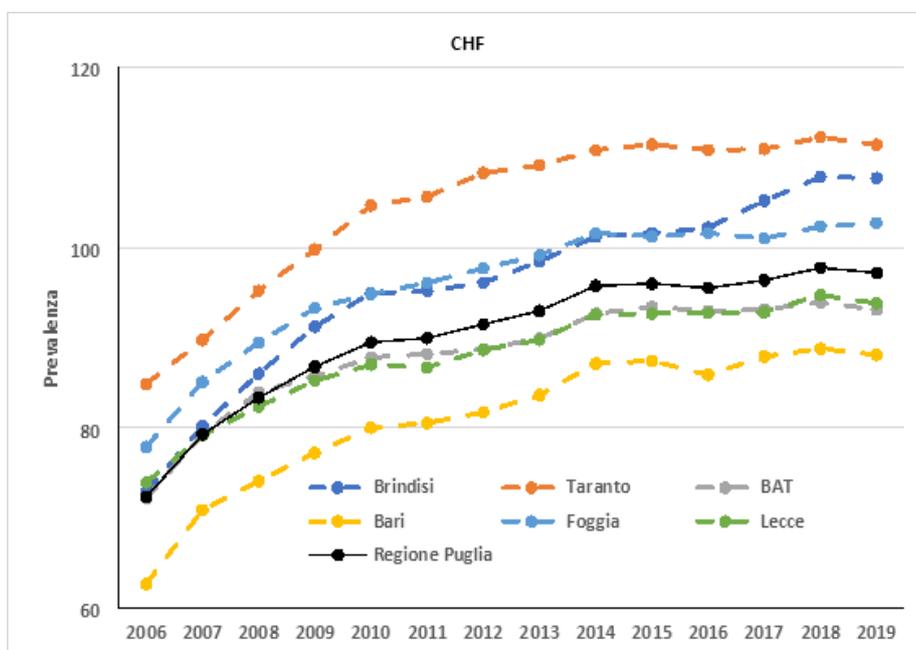
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

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 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	POGGIARDO
BITONTO	VICO DEL GARGANO/VIESTE	CANOSA	FASANO		MAGLIE
RUVO	TROIA/ACCADIA		SAN PIETRO VERNOTICO		GAGLIANO DEL CAPO
GIOIA DEL COLLE			BRINDISI		
NOCI					
GRUMO APPULA					
CONVERSANO					
TERLIZZI					
TRIGGIANO					

- Con riferimento agli **Ospedali di Comunità**, con la deliberazione di Giunta regionale n. 564 del 29/03/2019 è stato approvato lo schema di Regolamento Regionale relativo al "Modello organizzativo e di funzionamento dell'Ospedale di Comunità".

L'Ospedale di Comunità (O.d.C.) è una struttura territoriale di ricovero breve rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio acuto o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare), o in quanto necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio per motivi sia di natura clinica che sociale.

Ad oggi sono previsti dalla programmazione regionale i seguenti Ospedali di Comunità:

ASL BARI	Posti letto attivi	Posti letto da attivare
PTA RUTIGLIANO		10
PTA BITONTO	10	
PTA RUVO DI PUGLIA		10
ASL LECCE	Posti letto attivi	Posti letto da attivare
PTA CAMPI SAL.NA	8	12
PTA NARDO'	15	
PTA POGGIARDO		12
PTA MAGLIE		12
PTA GAGLIANO DEL CAPO		12
ASL BRINDISI	Posti letto attivi	Posti letto da attivare
PTA SAN PIETRO VERNOTICO		16
PTA CEGLIE MESS.CA	12	4
PTA CISTERNINO	12	4
PTA FASANO	10	10
PTA MESAGNE	12	
PTA BRINDISI		20
ODC SAN PANCRAZIO SALENTINO (DGR 1336/2020)		11
LATIANO (DGR 134/2022)		14
ASL FOGGIA	Posti letto attivi	Posti letto da attivare
PTA TORREMAGGIORE	12	
PTA SAN MARCO/SANNICANDRO	20 (SANNICANDRO)	12 (SAN MARCO IN LAMIS)
PTA MONTE SANT'ANGELO		12
PTA VICO/VIESTE	12 (VICO) + 10 (VIESTE)	
PTA TROIA/ACCADIA		18
ASL TARANTO	Posti letto attivi	Posti letto da attivare
PTA MASSAFRA	12	

PTA GROTTAGLIE		12
ASL BT	Posti letto attivi	Posti letto da attivare
PTA MINERVINO MURGE		20
PTA TRANI		20

- 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:

- istituzione delle AFT in tutto il territorio regionale;
- 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;
- 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:

- miglioramento delle condizioni sociosanitarie e aumento della sopravvivenza, mediante incremento dell'assistenza domiciliare e la presa in carico dei pazienti cronici e non deambulabili;
- 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;
- 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 - Torchiarolo - Torre Santa Susanna)
	4	20

ASL FOGGIA	DISTRETTO	N. COMUNI
	CERIGNOLA	6 (Carapelle - Cerignola - Ordona - 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)
	8	(Apricena - Chieuti - Lesina - Poggio Imperiale - San Paolo di Civitate - San Severo - Serracapriola – Torremaggiore)
	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 - Seclì')
	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 attivi nel 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	Foggia, Borgo-Mezzanone-Foggia, Torremaggiore, Serracapriola, San Severo, Apricena, Vieste, Ischitella, Lucera, Troia, Orsara Di P., Casalvecchio P., Pietra Mont.No, Accadia, Bovino, Candela, Ascoli Satriano, M. S. Angelo, Mattinata, Manfredonia, Cerignola, Orta Nova, Stornarella

• **Raccomandazioni di Agenas sul provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale.**

Con riferimento alla deliberazione di Giunta regionale n. 1868 del 14 dicembre 2022 di approvazione dello schema di Regolamento relativo alla definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022, AGENAS, nell'ambito del monitoraggio semestrale ai sensi dell'art.2 del DM 77/2022, ha trasmesso alcune raccomandazioni sul provvedimento, con nota n.2023/0001357 del 08/02/2023, che si elencano di seguito.

a) *“esplicitare e contestualizzare nel territorio gli standard previsti per l'Infermiere di famiglia o comunità (IFoC) e 116117”.* In relazione alla citata raccomandazione, si prevede che le Aziende Sanitarie Locali, in base alla popolazione/provincia di riferimento, dovranno procedere all'assunzione degli infermieri di comunità secondo gli standard indicati nella seguente tabella:

AZIENDA SANITARIA LOCALE	n° infermieri di comunità
ASL BA	408
ASL BR	126

ASL BT	126
ASL FG	198
ASL LE	257
ASL TA	185
TOTALE	1300

b) "procedere all'approvazione e deliberazione del fabbisogno di personale, sulla base dei calcoli riportati in questo documento derivanti dall'applicazione degli standard e della dotazione già presente per singola AASSLL, distinta per profilo professionale". In relazione alla citata raccomandazione, nella seguente tabella è indicata una stima del fabbisogno di personale per setting assistenziale, nelle more della puntuale definizione in fase di predisposizione dei Piani Triennali di fabbisogno:

SETTING DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE EX DM 77/2022							
SINTESI N. STRUTTURE - FABBISOGNO PERSONALE							
SETTING ASSISTENZIALE	ASL SSR	N. STRUTTURE	FABBISOGNO PERSONALE				TOTALE
			MEDICI	INFERMIERI	OSS	ALTRO PERSONALE	
Case della Comunità (CdC)	ASL BA	36	360	288	-	216	864
	ASL BR	9	90	72	-	54	216
	ASL BT	9	90	72	-	54	216
	ASL FG	26	260	208	-	156	624
	ASL LE	24	240	192	-	144	576
	ASL TA	17	170	136	-	102	408
	TOTALE	121	1.210	968	-	726	2.904
Centrali Operative Territoriali (COT)	ASL BA	12	-	48	-	12	60
	ASL BR	4	-	16	-	4	20
	ASL BT	5	-	20	-	5	25
	ASL FG	6	-	24	-	6	30
	ASL LE	7	-	28	-	7	35
	ASL TA	6	-	24	-	6	30
	TOTALE	40	-	160	-	40	200
Infermiere di famiglia o di comunità	ASL BA	-	-	408	-	-	408
	ASL BR	-	-	126	-	-	126
	ASL BT	-	-	126	-	-	126
	ASL FG	-	-	198	-	-	198
	ASL LE	-	-	257	-	-	257
	ASL TA	-	-	185	-	-	185
	TOTALE	-	-	1.300	-	-	1.300
Ospedali di Comunità (OdC)	ASL BA	9	9	63	36	9	117
	ASL BR	6	6	42	24	6	78
	ASL BT	6	6	42	24	6	78
	ASL FG	7	7	49	28	7	91
	ASL LE	6	6	42	24	6	78
	ASL TA	4	4	28	16	4	52
	TOTALE	38	38	266	152	38	494
Unità di continuità assistenziale (UCA)	ASL BA	12	12	12	-	-	24
	ASL BR	4	4	4	-	-	8
	ASL BT	4	4	4	-	-	8
	ASL FG	6	6	6	-	-	12
	ASL LE	8	8	8	-	-	15
	ASL TA	6	6	6	-	-	11
	TOTALE	39	39	39	-	-	78
TOTALE COMPLESSIVO		238	1.287	2.733	152	804	4.976

- c) *“emanare un piano specifico di formazione del personale”*. In relazione alla citata raccomandazione, si rinvia all’articolo 16 del Regolamento di cui all’ allegato alla deliberazione di approvazione del presente provvedimento;
- d) *“approvare l’atto di programmazione previsto dall’art. 8 degli ACN MMG e PLS”*. In relazione alla citata raccomandazione, si richiamano la deliberazione di Giunta regionale n. 830 del 12/06/2023 ad oggetto: “ Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta del 28 aprile 2022 – Recepimento Accordo Integrativo Regionale”; e la deliberazione di Giunta regionale n.742 del 29/05/2023 ad oggetto: “A.C.N. per la disciplina dei rapporti con I Medici di Medicina Generale ai sensi dell’art. 8 del D.Lgs. n.502 del 1992 e s.m.i. del 28.04.2022 – Istituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (A.F.T.) ;
- e) *“approfondire e dettagliare la parte relativa dell’attuazione sia in relazione al cronoprogramma sia per l’ambito relativo al piano di formazione del personale”*. In relazione alla citata raccomandazione, si rinvia a successivo provvedimento da adottarsi entro 60 giorni dall’adozione del presente provvedimento;
- f) *“rendere operativo il monitoraggio e valutazione dei risultati, individuando dati e flussi informativi regionali ad hoc”*. In relazione alla citata raccomandazione, si prevede il monitoraggio trimestrale mediante i flussi informativi già attivi.



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 5 comma 12 dell'Intesa del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 82/CSR) "Patto per la salute 2014-2016" tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117".

Rep. Atti n. *221/CSR del 24 novembre 2016*

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

Nella odierna seduta del 24 novembre 2016:

VISTA l'Intesa del 10 luglio 2014 (Rep. atti n. 82/CSR), concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, che all'articolo 5, comma 12 recante "Assistenza territoriale" prevede che con apposito Accordo tra le Regioni ed il Ministero della salute, si definiscano modalità e tempi di realizzazione del numero unico "116117" su tutto il territorio nazionale rinviando alle Regioni tutte le necessarie operazioni tecniche per implementarne l'utilizzo;

VISTA la nota del 4 novembre 2016, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso copia del documento in argomento, tempestivamente diramato alle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano;

VISTA la nota del 7 novembre 2016, con la quale l'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza ha convocato una riunione tecnica per il giorno 16 novembre 2016, nel corso della quale i rappresentanti del Ministero hanno condiviso una modifica proposta dai rappresentanti regionali;

VISTA la nota del 18 novembre 2016, con la quale l'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza ha diramato la versione definitiva dell'accordo in questione, sulla base degli esiti dell'incontro tecnico;

ACQUISITO nel corso dell'odierna seduta l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome sulla proposta in esame;

SANCISCE ACCORDO

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

- è approvato il documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo armonizzato a valenza sociale 116117" che, allegato al presente Accordo (Allegato A e relativa appendice), ne costituisce parte integrante;
- le Regioni definiscono progressivamente, anche sulla base delle risultanze sperimentazione, i tempi e le modalità per l'applicazione delle suddette Linee di indirizzo





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

tenuto conto delle peculiarità organizzative dei S.S.R. e prevedendo la realizzazione per step successivi;

- alle disposizioni di cui al presente Accordo, si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie previste a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

IL
An



SU A

*Ministero della Salute***DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA****UFFICIO V**

**Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione
del Numero Europeo
armonizzato a valenza sociale
116117**

Documento**Anno 2016**

Sommario

PREMESSA.....	3
CONTESTO DI RIFERIMENTO.....	3
1. La numerazione europea 116	3
2. I numeri UNICI Nazionali.....	5
3. La numerazione 116 in Italia.....	8
IL NUMERO EUROPEO 116117: DEFINIZIONE, FUNZIONI E CARATTERISTICHE.....	8
IL NUMERO EUROPEO 116117: CRITERI E MODALITÀ PER LA REALIZZAZIONE	10
1. Ambiti territoriali	10
2. Garanzia di risposta H 24.....	10
3. Tipologia delle informazioni e dei servizi.....	10
Tabella 1.“Numero 116117 per cure mediche non urgenti - servizi da erogare”.....	12
Tabella 2.“Numero 116117 per altri servizi sanitari erogabili”.....	13
4. Dimensionamento delle postazioni e delle linee telefoniche.....	14
5. Bacini di riferimento dei centri di risposta 116-117 e loro integrazione con le Centrali Operative 118 e NUE 112.....	14
6. Corretto utilizzo dei sistemi di gestione automatica	15
7. Trattamento delle chiamate in lingua straniera e garanzia di accesso ai disabili.....	15
8. Gestione informatizzata dell’attività.....	16
9. Autorizzazione all’attivazione del numero.....	16
10. Sperimentazione – sistema di monitoraggio	16
11. Attivazione a regime del 116117: Tempi e Sistemi di monitoraggio.....	17



PREMESSA

La Commissione Europea, con le decisioni del 2007/116/CE e del 2009, ha riservato l'arco della numerazione nazionale che inizia con il "116" a 5 numeri armonizzati destinati a servizi di valenza sociale; tra questi, il n. 116 117 è destinato al Servizio di Guardia Medica non urgente. In attuazione di tale decisione, gli Stati membri sono invitati ad adottare i provvedimenti necessari a garantire che l'Autorità nazionale possa assegnare tali numeri.

L'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni (AGCOM) ha assegnato al Ministero della Salute, in qualità di Ministero competente, il suddetto numero per il "Servizio di Guardia Medica per cure non urgenti".

Per attivare operativamente il numero 116117 si è reso necessario individuare una idonea procedura al fine di consentire alle Regioni l'utilizzo di tale numero nei territori di loro competenza, come previsto anche dall'Articolo 5 (assistenza territoriale), comma 12, del Patto per la salute 2014-2016 (Intesa del 10 luglio 2014).

Il presente documento definisce le linee di indirizzo nazionali sui requisiti minimi tecnici e operativi che le Regioni dovranno garantire per l'attivazione del numero 116117.

L'attivazione del numero 116117 non costituisce una mera sostituzione dei numeri dell'attuale servizio di Continuità Assistenziale, ma rappresenta un'opportunità per il miglioramento dell'assistenza sanitaria e si può inserire nel contesto della rimodulazione delle attività delle Cure Primarie che le Regioni stanno avviando o si accingono a riorganizzare, per gli aspetti di loro competenza.

Il numero unico 116117 potrà anche consentire di disporre di un flusso informativo uniforme a livello nazionale utile alla programmazione di successivi indirizzi di politica sanitaria.

CONTESTO DI RIFERIMENTO

1. La numerazione europea 116

La numerazione 116 è individuata in diversi passaggi della normativa comunitaria, a partire dalla decisione 2007/116/CE della Commissione, del 15 febbraio 2007, che riserva l'arco di numerazione nazionale con il 116 iniziale, ai numeri armonizzati destinati a servizi armonizzati, su scala europea, a valenza sociale.

Più recentemente, con la Direttiva 2009/136/CE del 25 novembre 2009, recante modifica della Direttiva Servizio Universale 2002/22/CE, è stato introdotto l'articolo 27 bis che specifica, in modo più dettagliato, l'utilizzabilità da parte degli Stati membri delle numerazioni con radice 116.

In particolare la Direttiva prevede che gli Stati membri:

1. promuovano i numeri specifici nell'arco di numerazione che inizia con il "116" ed favoriscano la prestazione nel loro territorio dei servizi per cui tali numeri sono riservati,
2. provvedano a facilitare il più possibile gli utenti finali disabili nell'accesso ai servizi forniti nell'arco della numerazione che inizia con il "116",



3. provvedano ad informare i cittadini circa l'esistenza e le modalità di utilizzo dei servizi forniti con la numerazione "116", in particolare mediante iniziative specificatamente destinate a persone che viaggiano tra gli Stati membri. Tale orientamento andrebbe a conformarsi alla necessità della "awareness" paneuropea dei servizi resi attraverso la numerazione "116", in forte analogia con quello della numerazione "112".

Tabella n. 1: numeri per i servizi armonizzati a valenza sociale

Numero	Servizio
116000	Linea diretta per l'emergenza
116006	Linea diretta per vittime di reati
116111	Linea diretta di assistenza sanitaria
116117	Servizio di guardia medica per cure non urgenti
116123	Linea diretta di sostegno ai minori

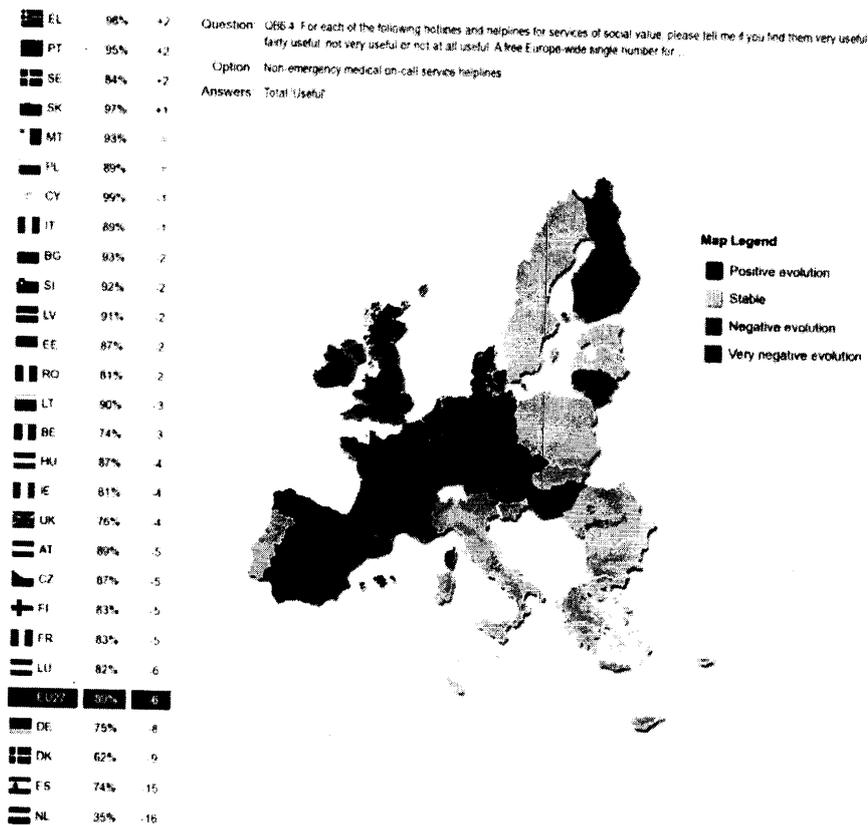
L'European Commission¹ rende noto che il numero 116117 per le chiamate di non urgenza è operativo in due stati membri, l'Austria (attivo dall'anno 2013) e la Germania (attivo dall'anno 2012). Un'indagine dell'Eurobarometro² ha rilevato, tramite interviste alla popolazione europea, che il numero 116117 viene considerato molto utile per il 49% degli intervistati, abbastanza utile per il 31%, non utile per il 13% e affatto utile per il 5%. In 9 Paesi dell'UE, almeno il 90% degli intervistati ritiene che un numero unico helpline per la non emergenza su chiamata è utile. In particolare è considerato utile per una percentuale molto elevata di rispondenti a Cipro (99%), Grecia (98%) e in Slovacchia (97%). Nella seguente figura viene riportata l'opinione degli intervistati per Paese di appartenenza.

¹ <http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/about-116-helplines> del 18.11.2014.

² Special Eurobarometer 387 - HARMONISED NUMBERS FOR SERVICES OF SOCIAL VALUE – 116, May 2012



Figura n. 1



Evolution EB77.2 (Mar 2012) - EB75.2 (Apr-May 2011)

2. I numeri UNICI Nazionali

I numeri telefonici UNICI NAZIONALI (non geografici) brevi o mnemonici hanno sempre rappresentato una soluzione molto efficiente per garantire facilità di accesso degli utenti ai servizi pubblici. In particolare i numeri brevi per i servizi di soccorso pubblico sono universalmente considerati tra i servizi indispensabili e sempre presenti anche nei più remoti e meno sviluppati paesi del mondo.

In Italia, i primi servizi di telefonia pubblica attivati all'inizio del '900 avevano già la capacità di collegare l'utente, attraverso l'operatore delle centrali delle compagnie telefoniche, ai distaccamenti dei servizi antincendio, alle stazioni di polizia, ai medici e ai singoli ospedali. In conseguenza di tale approccio e aumentando il ricorso della popolazione all'uso del telefono, i vari servizi di emergenza cominciarono ad organizzare le prime centrali operative dotandole di specifici numeri telefonici che, evitando il passaggio della telefonata attraverso gli operatori delle compagnie telefoniche,



consentivano una maggior rapidità degli interventi e una maggior possibilità di sviluppare più efficienti modelli di coordinamento dei mezzi e del personale addetto al soccorso pubblico.

Anche nel nostro Paese, all'inizio del secolo scorso, si sono sviluppati sistemi di ricezione e di gestione delle chiamate da parte di Polizia, Carabinieri, Vigili del fuoco e Sanità, ma solo dagli anni '60 si sono diffuse moderne centrali operative nel momento in cui sono stati adottati specifici numeri di chiamata breve a tre cifre. La sanità, sulla quale confluiva 1/3 di tutte le chiamate di emergenza, solo dal 1990 ha attivato in modo diffuso le centrali operative in concomitanza con la partenza del 118.

In Italia la nascita dei numeri brevi di emergenza in "decade uno" è stata molto lunga e tormentata: il primo numero ad esser attivato fu, nel 1954, il 116 Servizio Soccorso Stradale S.p.A. mentre l'ultimo numero di emergenza è stato il 118 nel 1990.

Il servizio nazionale di soccorso della Polizia di Stato venne istituito nel 1968, con un numero unico, il 113, che sostituiva quello precedente, diverso in ogni località (per esempio 777 a Milano e 555.555 a Roma). Il 113 è il numero di emergenza per antonomasia: essendo stato l'unico numero "breve" per oltre dieci anni, veniva utilizzato per qualsiasi tipo di emergenza anche quando gradualmente vennero introdotti gli altri.

In Italia il 112, che collega ai Carabinieri, nacque nel 1976 (precedentemente 212121).

Il numero unico nazionale per le chiamate ai Vigili del fuoco (115) è attivo dal 1987, prima di tale data ogni Comando provinciale aveva un proprio numero urbano.

In questo contesto va ricordato che l'esigenza del **numero unico sanitario** fu formalizzata dal Ministero della Sanità nell'anno 1967³, ripresa molti anni dopo (1986) con una specifica circolare⁴. Tale numero fu realizzato in via sperimentale nel 1990, normato nel 1992⁵ e definitivamente attivato a livello nazionale solo nel 2005.

La Deliberazione del 3 luglio 2003 dell'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni avente ad oggetto "Piano di numerazione nel settore delle telecomunicazioni e disciplina attuativa" individua all'Art. 12 i Codici per i servizi di emergenza precisando che *"...i codici per i servizi di emergenza sono univoci a livello nazionale e consentono all'utenza di accedere a tali servizi senza alcun onere per il chiamante"*

³Circolare n.55 del 1° aprile 1967 il Ministero della Sanità fornì ai Medici provinciali, competenti in materia di organizzazione dei servizi sanitari pubblici, precise disposizioni per attivare il numero telefonico unico nazionale 116 per le chiamate di pronto soccorso sanitario stradale

⁴Nel 1986 il Ministero della Sanità emana una prima circolare riguardante l'istituzione del numero unico di emergenza sanitaria. La circolare, a firma del Ministro Degan, era ispirata ai contenuti, allora ancora in fase di elaborazione, del documento "Relazione finale del 29.4.1987 della Commissione di Studio presieduta dal Prof. Cravero istituita con D.M. 21.4.83". La predetta Circolare dava per acquisite una serie di intese con la SIP per la messa a disposizione del Numero Unico su tutto il territorio nazionale, intese che poi non furono riscontrate nei fatti.

⁵D.P.R. 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza"



Tabella n. 1: numeri nazionali di emergenza

<i>Codice</i>	<i>Denominazione servizio</i>	<i>Attribuito a</i>
112		
113	Soccorso pubblico di emergenza	Ministero dell'interno
114		
115	Vigili del fuoco Pronto intervento	Ministero dell'interno
118		

L'Art. 13 della stessa deliberazione individua i Codici per servizi di pubblica utilità precisando che *"..i codici per i servizi definiti di pubblica utilità sono univoci a livello nazionale e consentono all'utenza di accedere a tali servizi senza alcun onere per il chiamante"*.

Tabella n. 2: numeri nazionali di pubblica utilità

Numero	Servizio	Assegnato a
117		
1500	Comunicazioni per emergenze per la salute pubblica	Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali
1515		
1518	Servizio informazioni CCISS	Ministero delle attività produttive e Ministero dell'Interno
1522		
1525	Servizio emergenza ambientale	Ministero dell'ambiente, della tutela del territorio e del mare
1530		
1533	Prenotazione dei servizi sanitari	Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali
1544		
45045	Servizio di informazione ai consumatori svolto mediante SMS	Ministero delle politiche agricole

In riferimento all'utilizzo dei numeri "unici", l'esperienza maturata in Italia ha evidenziato delle caratteristiche comuni:

- I numeri unici semplificano significativamente l'accesso ai servizi;
- Tutti i numeri nazionali unici, anche quelli di pubblica utilità, sono percepiti dagli utenti e offrono servizi sostanzialmente omogenei a livello nazionale;
- Il numero unico identifica il servizio (es. chiamo il 118 Invece di chiamo l'emergenza sanitaria, chiamo il 113... invece di chiamo la Polizia..);



- Tutti i numeri unici, anche quelli di pubblica utilità, sono direttamente risposti da operatori senza utilizzo di segreterie automatiche o altre funzionalità di risposta preregistrate.

Da osservare inoltre che:

- L'attivazione dei servizi è sempre avvenuta con gradualità in relazione all'effettivo approntamento delle tecnologie e dei servizi sottostanti;
- I tempi di memorizzazione dei numeri unici sono molto lunghi (il 118 ha impiegato 4-5 anni per essere utilizzato dal 90 % della popolazione dei singoli territori dove è stato attivato).

3. La numerazione 116 in Italia

In relazione alla numerazione "116", la situazione normativa in Italia fa riferimento alla Delibera AGCOM n. 52/12/CIR (Allegato A) "*Piano di numerazione nel settore delle telecomunicazioni e disciplina attuativa*" che all'art. 14 specifica:

- Comma 3: Le numerazioni di cui al comma 1 sono assegnate **dagli uffici dell'Autorità**, a seguito di richiesta, **al Ministero competente** nella materia oggetto del servizio al quale la numerazione è attribuita dalle pertinenti norme comunitarie, come segue:
 - 116117 Servizio per cure mediche non urgenti.
- Comma 4: L'accesso ai servizi armonizzati europei a valenza sociale è senza alcun onere per il cliente chiamante.
- Comma 5: Gli operatori offrono l'accesso al servizio direttamente o indirettamente tramite accordi di interconnessione con altri operatori.

In attuazione di quanto previsto dalla Commissione Europea con la decisione del 2007/116/CE del 2009 e con la nota del 25 luglio 2011 (prot. 25287 DGPROG) il Ministero della Salute ha provveduto a chiedere all'Autorità per le Garanzie delle Comunicazioni (nota n. prot. n. 16245 DGPROGS del 10.6.2014) l'assegnazione del Numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117.

La stessa AGCOM ha rapidamente proceduto (nota prot. n. 16789 DGPROGS del 7/6/2014) ad assegnare il numero al Ministero della Salute in qualità di Ministero competente.

IL NUMERO EUROPEO 116117: DEFINIZIONE, FUNZIONI E CARATTERISTICHE

Il numero 116117 è il numero unico nazionale per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari; concorre alla gestione della domanda assistenziale a bassa intensità/priorità.

L'attivazione del numero 116117 non è legata solo alla sostituzione dei numeri di Continuità Assistenziale, ma anche al raccordo con il servizio di emergenza urgenza dalle ore 24 alle ore 8, in linea con il documento integrativo dell'atto di indirizzo della medicina convenzionata approvato dal



comitato di settore, comparto regioni sanità, nella riunione del 13 aprile 2016, e all'implementazione dei servizi h 24 secondo i contenuti dell'Accordo SR del 7 febbraio 2013 e del Patto per la salute 2014-2016, con particolare riferimento alle funzioni in grado di assicurare la continuità delle cure e di intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità.

L'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 – “Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale” ha fornito, infatti, le indicazioni relativamente all'adozione di sistemi di ricezione delle richieste di Assistenza primaria nelle 24 ore finalizzati ad assicurare la continuità delle cure al fine di intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità, mediante la:

- Centralizzazione almeno su base provinciale delle chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale;
- Condivisione con il servizio di Emergenza Urgenza delle tecnologie e integrazione con i sistemi informativi regionali, lasciando comunque distinto l'accesso degli utenti alle numerazioni 118 e alla Continuità assistenziale.

Il numero 116117 risponde alle seguenti caratteristiche:

- È uno strumento di comunicazione rivolto a tutti i cittadini, italiani e stranieri, senza alcun obbligo di registrazione preventiva.
- Il numero è unico in Italia ed in Europa.
- È un numero a chiamata rapida e non necessita di prefisso.
- Il numero è disponibile H24 per 7 giorni a settimana.
- Fornisce assistenza e/o informazioni.
- Il servizio non è limitato nel tempo.
- Non è richiesto all'utente alcun pagamento per la chiamata.
- Le chiamate possono essere effettuate da telefono fisso o mobile o apparecchio pubblico.
- I dati personali vengono trattati nel rispetto della privacy, secondo quanto previsto dal D.Lgs n. 196/2003 e s.m.i..
- La struttura organizzativa del servizio può avere delle variazioni da Regione a Regione.

Numero	Funzione del numero	Obiettivo del numero	Vantaggi
116117	Numero unico nazionale per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari; concorre alla gestione della domanda assistenziale a bassa intensità/priorità.	Mette in contatto l'utente con un operatore competente oppure con un medico per assicurare assistenza o consulenza sanitaria.	I cittadini devono ricordare un unico numero per avere risposta a diversi bisogni di salute.

IL NUMERO EUROPEO 116117: CRITERI E MODALITÀ PER LA REALIZZAZIONE

In analogia con quanto avvenuto in passato per il servizio 118, e a quanto sta avvenendo per il servizio NUE 112, le Regioni/PP.AA. possono richiedere, all'interno di un programma di attivazione regionale, l'attivazione del servizio 116117 nel rispetto dei *requisiti* di seguito riportati.

1. Ambiti territoriali

Nella prima fase è possibile prevedere l'attivazione del numero anche per aree territoriali più limitate rispetto all'intero ambito regionale.

In ogni caso, per motivazioni tecniche analoghe a quelle del 118 e del NUE 112, l'ambito minimo di raccolta della chiamata è il *distretto telefonico*. Di conseguenza, un centro di risposta può raccogliere le chiamate di uno o più distretti telefonici, in funzione delle dimensioni dei distretti stessi e delle modalità organizzative della Regione/PP.AA.

A regime, e sempre in coerenza con la configurazione tecnologica del sistema 118, potranno essere attivati reinstradamenti delle chiamate a livello sub distrettuale.

2. Garanzia di risposta H 24

Le Regioni possono richiedere l'attivazione del n. 116117, anche per ambiti territoriali limitati (vedi paragrafo precedente), solo in presenza di una capacità di risposta H24, come meglio dettagliato successivamente.

Il servizio non deve essere, quindi, una mera sostituzione dei vari numeri utilizzati attualmente per il Servizio di Continuità Assistenziale che, per sua caratteristica, opera su archi temporali limitati, ma deve garantire a tutti i cittadini, nelle 24 ore, la possibilità di ricevere senza soluzione di continuità risposte a tutte le chiamate di cure mediche non urgenti.

In appendice, sono riportate le schede informative sui numeri telefonici utilizzati per il servizio di CA, distinti per Regione e relativi all'anno 2015.

3. Tipologia delle informazioni e dei servizi

La risposta all'utente deve essere garantita da un operatore in grado di valutare la richiesta e di instradarla verso servizi/professionisti in grado di soddisfare il bisogno.

Pertanto, in relazione ad ogni tipologia di chiamata, è necessario definire il requisito minimo di risposta, sia tecnico che operativo.

I Centri di risposta 116-117 dispongono dei dati aggiornati delle anagrafiche regionali degli assistiti residenti.

Al fine di uniformare a livello nazionale la risposta che il numero 116117 garantisce agli utenti, sono stati individuati :



1. i Servizi erogabili **obbligatori**, descritti in **tabella 1**,
2. i Servizi erogabili **opzionali** presenti in **tabella 2**.

Il set minimo dei servizi riportato nella **Tabella 1**, a sua volta, è distinto in due tipologie.

A – Risposta di tipo **informativo** tramite:

- *l'utilizzo di schede informative* presenti nell'applicativo del Centro di Risposta 116117. Le schede devono essere realizzate e aggiornate sulla base delle indicazioni fornite dai servizi sanitari dell'area di riferimento e della normativa nazionale/regionale/PP.AA. o dei regolamenti delle singole Aziende Sanitarie.
- *Il trasferimento della chiamata* al servizio in grado di erogare l'informazione

B – Risposta di tipo **operativo**, tramite trasferimento della chiamata al servizio in grado di erogare la prestazione.



Tabella 1. "Numero 116117 per cure mediche non urgenti - servizi da erogare".

NUMERO 116117				
PER CURE MEDICHE NON URGENTI - SERVIZI DA EROGARE				
MACRO CATEGORIA	N.RO	CATEGORIA	OBBLIGATORI A	CONSIGLIATI A
P1 - Mediche non urgenti (Prioritarie)	P1.1	Prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di CA	B	
	P1.2	Modalità di accesso al MMG/PLS anche in caso di difficoltà di reperimento	A	B
	P1.3	Consigli sanitari non urgenti prima dell'orario di apertura del servizio DI CA e dopo l'orario di chiusura, con eventuale inoltro della chiamata al 118 se appropriato	A	B
	P1.4	Individuazione e trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente al Servizio di Emergenza Territoriale 118	B	
	P1.5	Modalità di accesso Guardia Turistica	A	B



Tabella 2. "Numero 116117 per altri servizi sanitari erogabili".

NUMERO 116117 PER ALTRI SERVIZI SANITARI EROGABILI		CATEGORIA
MACRO CATEGORIA	N.RO	
INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	1.1	Assistenza non autosufficienti
	1.2	Assistenza per ausili/protesi/alimenti/
	1.3	Assistenza disabili/agevolazioni trasporto/contributi
	1.4	Assistenza alle dipendenze
SANITÀ PUBBLICA	2.1	Pareri/autorizzazioni/accertamenti/verifiche
	2.2	Certificati/vaccinazioni
	2.3	Servizio veterinario
ANAGRAFE SANITARIA/ASSISTENZA PRIMARIA	3.1	Iscrizione SSN/Tessera sanitaria/Ricette mediche/Fascicolo sanitario elettronico
	3.2	Modalità di scelta/revoca MMG PLS
	3.3	Assistenza sanitaria all'estero/soggiorno temporaneo in Italia
STRUTTURE SANITARIE	4.1	Ricoveri (ordinari, day hospital/day surgery, ecc)
	4.2	Rilascio documentazione sanitarie
	5.1	Modalità di accesso ai servizi
CONSULTORIO FAMILIARE		
EDUCAZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE.	6.1	Campagne di prevenzione, formazione ed informazione
PARTECIPAZIONE ALLA SPESA: TICKET /ESENZIONI/ PAGAMENTI/RIMBORSI	7.1	Esenzioni per patologia, reddito/età, gravidanza, crisi, terremoto, alluvione ...
	7.2	Ticket/pagamenti/rimborsi
	7.3	Farmaci gratuiti/pagamento/generici
VISITE/ESAMI/TERAPE/INTERVENTI	8.1	Modalità di accesso a visite/esami/terapie/interventi Prenotazione /cambio/disdetta visite/esami urgenti, agende, tempi di attesa, presso strutture pubbliche, private accreditate in libera professione, a domicilio
STRUTTURE SOCIO-SANITARIE	9.1	Strutture e operatori socio-sanitari/tel, orari, indirizzi
SALUTE MENTALE		Strutture e operatori servizi di salute mentale /tel, orari, indirizzi
RECLAMI	11.1	Reclami/lamentele/segnalazioni
TRASPORTO SANITARIO	12.1	Richiesta trasporto sanitario a mezzo ambulanze a carico SSN
	12.2	Richiesta trasporto sanitario a mezzo ambulanze NON a carico SSN
A.R.P.A	13.1	Segnalazioni fenomeni di inquinamento che arrecano grave ed immediato danno all'ambiente
FAUNA	14.1	Soccorso medico veterinario alla fauna selvatica
	14.2	Soccorso medico veterinario animali affetto/protetti/reddito
ASPETTI ETIC/DEONTOLOGICI		Codice della strada modificato (Art. 31 della legge 29 luglio 2010, n. 120)
ALTRE	15.1	Trapianti, donazioni, DAT

N. EUROPEO 116117: CRITERI E MODALITÀ DI ATTIVAZIONE

Pag. 13



4. Dimensionamento delle postazioni e delle linee telefoniche.

La capacità di risposta del servizio 116117, ovvero il numero degli operatori contemporaneamente presenti in ricezione, e le risorse fisiche di rete, intese come il numero di canali dei flussi telefonici in ingresso, dovranno essere dimensionate in base al traffico rilevato ed alla qualità del servizio atteso: ad esempio il numero di chiamate/ora, la durata media della chiamate, il tempo di attesa accettabile e la percentuale di perdita di traffico accettabile. A tal fine si utilizzano le classiche formule di dimensionamento del traffico telefonico (B-erlang; C-erlang).

Le risorse fisiche di rete dovranno prevedere anche un certo numero di canali per le chiamate uscenti, necessarie per mettere in comunicazione il chiamante con la destinazione esterna (es. MMG, PLS) e, di conseguenza, tale traffico dovrà essere contemplato nel dimensionamento anche del punto precedente.

Il sistema, nel caso di inoltro della chiamata verso un contatto esterno al centro di risposta, dovrà prevedere anche opportune modalità di recupero della chiamata, qualora l'inoltro non vada a buon fine e/o la risposta alla chiamata non sia stata completamente o in parte soddisfatta.

Al fine della definizione omogenea di tali parametri, a livello nazionale, si stabilisce che il tempo di attesa della prima risposta da parte dell'operatore, a regime del servizio, *non dovrà essere superiore a 2 minuti nel 75 % dei casi.*

5. Bacini di riferimento dei centri di risposta 116-117 e loro integrazione con le Centrali Operative 118 e NUE 112

Il bacino minimo di riferimento di ogni centro di risposta 116-117 è provinciale. In coerenza con quanto già definito per il 118 e il NUE 112 si auspica la realizzazione, a regime, di centri di risposta 116-117 con ambiti di riferimento più ampi (D.M. 70/15).

In via sperimentale, in caso di riordino delle Centrali Operative 118, le Regioni possono riconvertire le CO 118 disattivate in Centri di risposta 116117.

Poiché attualmente è in corso di realizzazione l'integrazione del 118 verso il NUE 112, che prevede l'impiego di nuove soluzioni tecnologiche di tipo telefonico e informatico, è auspicabile che sia integrato in tale percorso anche lo sviluppo delle soluzioni tecnologiche 116117, lasciando comunque distinto l'accesso degli utenti alle due numerazioni.

La condivisione di una unica piattaforma tecnologica produce numerosi vantaggi, in quanto garantisce prioritariamente:

- affidabilità e sicurezza di funzionamento del sistema (mantenimento delle funzionalità del sistema in caso di guasti, eventi climatici eccezionali, reinstradamento rapido delle chiamate in caso di interruzioni di funzionamento degli impianti, gestione guasti, etc);



- presa in carico di chiamate originate da cittadini diversamente abili (es. Impiego di sistemi di ricezione SMS da persone non udenti);
- disponibilità per il personale sanitario di dati e informazioni relativi ai pazienti, alla sicurezza per le persone nonché sistemi di mediazione multilingue, di registrazione informatizzata delle attività di localizzazione dei mezzi e di teletrasmissione;
- contenimento della spesa.

6. Corretto utilizzo dei sistemi di gestione automatica

Nel centro di risposta 116117 **non** sono previsti “*sistemi di risposta automatica*” che chiudono la chiamata con un messaggio informativo (es: “Gli operatori sono attualmente occupati, si prega di richiamare più tardi”) né segreterie telefoniche di raccolta delle chiamate (es: “si prega di lasciare il vostro recapito telefonico, sarete richiamati più tardi”).

Nella fase di attesa della risposta dell’operatore, è utile disporre di risponditori di cortesia o sistemi di messaggistica che informino il chiamante sui tempi previsti di attesa (es. “ci sono altre 3 chiamate in coda, si prega di attendere”).

Non sono altresì previsti, per l’instradamento della chiamate entranti, sistemi automatici quali IVR (*Interactive Voice Response*), sistemi di riconoscimento vocale, “posto operatore automatico” o sistemi di post selezione di alcun genere.

7. Trattamento delle chiamate in lingua straniera e garanzia di accesso ai disabili

Il servizio 116117 deve garantire la possibilità di accesso a tutti i cittadini che parlano lingue diverse dall’italiano. A questo proposito, a supporto della numerazione 116117, è previsto un servizio di interpretariato telefonico in tempo reale, così come avviene per il NUE 112.

Il servizio viene attivato dall’operatore al momento della chiamata e prevede l’avvio di una conferenza “a tre” (il chiamante, l’operatore e l’interprete) nella lingua del chiamante.

Nell’ambito del servizio 116117 è importante, inoltre, utilizzare diversi canali di comunicazione alternativi al tradizionale uso del telefono in sola modalità audio. Al fine di garantire l’accesso al servizio da parte di persone con difficoltà di comunicazione vocale (ipoudenti o muti) può essere prevista anche la possibilità di ricevere e inviare SMS. Tale sistema di gestione della messaggistica SMS è opportuno che sia integrato con l’applicativo delle centrali di risposta 116117, in analogia con le soluzioni che si stanno adottando per il servizio NUE 112. Tali soluzioni prevedono la possibilità di ricevere ed inviare sia SMS “strutturati” sia SMS “a testo libero”; può essere altresì prevista la possibilità di integrare eventuali applicativi delle Associazioni delle persone con disabilità.



8. Gestione informatizzata dell'attività

Il centro di risposta 116117 deve disporre di un sistema di gestione informatizzato dell'attività; il sistema deve garantire anche la registrazione vocale delle chiamate sia in entrata che in uscita e la loro archiviazione. Il riascolto delle registrazioni archiviate segue le stesse disposizioni di sicurezza relative alla consultazione della documentazione clinica, secondo la normativa vigente.

L'elaborazione dei dati registrati e l'utilizzo di specifici indicatori permettono di monitorare l'attività del servizio.

9. Autorizzazione all'attivazione del numero

Per l'attivazione del numero 116117, le Regioni e le PPAA richiedono l'autorizzazione al Ministero della Salute unitamente alla dichiarazione di possesso dei requisiti previsti dal presente documento e al provvedimento formale di approvazione del progetto di realizzazione del numero nei territori individuati.

10. Sperimentazione – sistema di monitoraggio

Il progetto prevede una prima fase di attivazione del numero a carattere **sperimentale** che interessi un territorio di uno o più distretti telefonici, *per un bacino di riferimento non inferiore a 150.000 abitanti*.

La sperimentazione avrà una durata non superiore ad un anno.

Le Regioni provvedono a monitorare la sperimentazione mediante l'utilizzo di un data set minimum di indicatori, di attività e di processo, uguali per tutte le Regioni/PP.AA., appositamente individuati e riportati di seguito:

Tabella n. 1: Set di indicatori fase di sperimentazione 116117

INDICATORE 1	• NUMERO accessi al 116117 (assoluto)
INDICATORE 2	• NUMERO trasferimenti alla C.A. (assoluto e su 100.000 ab.)
INDICATORE 3	• NUMERO di richieste di modalità di accesso per prestazioni e/o consigli medici e/o sanitari pervenute dai non residenti (assoluto e su 100.000 ab.)
INDICATORE 4	• NUMERO di richieste accesso al MMG/PLS pervenute dai residenti nella Regione/PA (assoluto e su 100.000 ab.)
INDICATORE 5	• NUMERO trasferimenti al 118 (assoluto e su 100.000 ab.)
INDICATORE 6	• TEMPI DI RISPOSTA DEL SERVIZIO 116117 • attesa media, dal primo squillo alla risposta, in secondi • durata media della chiamata (dalla risposta alla chiusura), in secondi

11. Attivazione a regime del 116117: Tempi e Sistemi di monitoraggio

A conclusione della fase di sperimentazione, le Regioni e le PP.AA.,² sulla base dei risultati raggiunti, definiscono i tempi per l'avvio a regime dell'attivazione del numero sulla restante parte del territorio, prevedendone anche la realizzazione per step successivi. Di questo daranno comunicazione formale e tempestiva al Ministero della Salute.

Il Ministero della Salute, con apposita struttura di monitoraggio, provvede a verificare la progressiva realizzazione del numero a livello delle Regioni e PP.AA. A tale scopo, con cadenza periodica, le Regioni inviano alla struttura di monitoraggio i report sull'attività svolta.

Al fine di predisporre un flusso informativo dedicato, inoltre, il Ministero della Salute, in accordo con le Regioni, definisce le informazioni necessarie a rilevare l'attività del servizio 116117, anche valutando l'eventuale integrazione con il sistema EMUR.

Per garantire l'uniformità del servizio a livello nazionale, la struttura di monitoraggio individua le esperienze positive e ne promuove la diffusione, in particolare in quelle situazioni che presentano evidenti criticità.





Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

**Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione
del Numero Europeo
armonizzato a valenza sociale
116117**

APPENDICE

RILEVAZIONE DEI NUMERI TELEFONICI DEL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

ANNO 2015

Anno 2015



APPENDICE

RILEVAZIONE DEI NUMERI TELEFONICI DEL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE PER REGIONE - ANNO 2015

Premessa. Nel nostro Paese il Servizio di Guardia Medica per cure non urgenti, come definito dal testo della Decisione europea, è rappresentato dal Servizio di Continuità Assistenziale (C.A.- ex Guardia Medica), servizio pubblico essenziale che eroga prestazioni di prima risposta ai bisogni dei cittadini, per situazioni che rivestono carattere di non differibilità.

L'accesso al servizio avviene attraverso numeri telefonici dedicati, diversi da regione a regione e, nell'ambito della stessa regione, diversi anche per provincia, ASL, distretto e/o comune. In alcuni casi è utilizzato un numero verde e, in molti casi, il numero per l'utenza corrisponde al numero telefonico della singola postazione.

Negli ultimi anni la riorganizzazione della rete territoriale, in atto in alcune realtà, ha previsto anche la centralizzazione delle chiamate per la C.A. con utilizzo di un unico numero (n. verde) con conseguente riduzione dei numeri telefonici utilizzati.

Ai fini conoscitivi viene di seguito riportata una rilevazione dei numeri telefonici funzionanti, nell'anno 2015, nelle 18 Regioni e 2 PPAA che hanno comunicato i dati.

Dall'analisi delle schede, distinte per Regione, si riscontra che nel nostro Paese risultano attivi e funzionanti 2.164 numeri telefonici destinati alla CA; mancano i dati della Regione Campania che non ha partecipato alla rilevazione.



Tabella 1: Numeri telefonici per la CA della Regione ABRUZZO

REGIONE ABRUZZO			
ASL	DISTRETTI	COMUNE	TELEFONO
ASL 1 L'AQUILA - AVEZZANO - SULMONA	AREA L'AQUILA	COLLEMARE L' Aquila	0862410790 - 0862368836
		COMINIO L' Aquila	
		COMINIO	
		COPPITO L' Aquila	
		CONVENTO SANTANGELO Ocre	
		FONTE AUGELLI L' Aquila	
		FOCE L' Aquila	
		FILETTO L' Aquila	
		FONTE MORTALE L' Aquila	0862368310 0862902362
		COLLENOVERI Capitignano	
		COLLEPIETRO	0862959285 - 0862959316
		FORCA DI PENNE L' Aquila Castrano	
		FRASCA Ofena	
		COLLETTARA Scoppito	086272725 - 086272312
		CONTRADA DAPPOLLONI Scoppito	
		CONTRADA CIVITATOMASSA Scoppito	
		COLLIMENTO Luoli	
		FORCELLE Tornimparte L' Aquila	
		FORCELLETTE Scoppito L' Aquila	
		Francoisico Luoli	
		COLLI Barete	0864899311 - 0862976014
		COLLI Cagnano Amiterno	
		COLLICELLO Cagnano Amiterno	
		CORRUCCIONI Cagnano Amiterno	
		FIUGNI Cagnano Amiterno	
		FOSSATILLO Cagnano Amiterno	
		CORBELLINO Fagnano Alto	0862810141 - 0862810313
		FAGNANO ALTO	
		FONTECCHIO L' Aquila	
		FOSSA L' Aquila	
		FRASCARA Fagnano Alto	0864274010 0864274339
		COSTA DORSA Pratola Peligna	
FONTAVIGNONE ROCCA DI MEZZO	0862917142		
FORME Massa D'Albe	0862917315		
	0863699231		
	0863699327		



REGIONE ABRUZZO			
ASL	DISTRETTI	COMUNE	TELEFONO
ASL 1 L'AQUILA - AVEZZANO - SULMONA	AREA MARSICA AVEZZANO	COLLEPIANO Balsorano	086395525 - 086395334
		FOSSATO di Sasso Balsorano	
		FOSSE Balsorano	
		COLLI di MONTEBOVE Carsoli	0863995146 - 0863995325
		FORNACE ORICOLA	
		CONTRADA Croce Scurcola Marsicana	0863699231 - 0863699327
		CORONA Magliano dei Marsi	
		CONTRADA PORCINI Scurcola Marsicana	0863699231
			0863699327
		CONTRADA VICENNA Aielli	0863791743
			0863791323
		CORCUMELLO Capistrello	086397473 - 086397324
		COTARDO Canistro	
		Curioso Civita D'Antino	
		De Blasis Civita D'Antino	
		Curioso Civita D'Antino	
	De Blasis Civita D'Antino	0862368836	
	Esperita L' Aquila		
		0862410790	
	AREA PELIGNO- SANGRINA SULMONA	COLLI Ateleta	0864899262 - 0864899347
		COTICA MINGONE Ateleta	
		COLLI Prezza	0864274010 - 0864274339
		CORFINIO	
		CONCA Pettorano sul Gizio	0862410340
		FAIELLA Bugnara	864747290
			864747337
FEMMINELLA Civitella Roveto		086397473	
		086397324	
FONTE DAMORE Sulmona		0864499262	
	0864499340		
FRATTURA Scanno	0862810337		
GAGLIANO ATERNO	086479393		
	086479338		



REGIONE ABRUZZO				
ASL	DISTRETTI	COMUNE	TELEFONO	
ASL 2 LANCIANO - VASTO - CHIETI	ATESSA 227	VIA MALHERBA	0872864296	
	CARUNCHIO 218	VIA ROMA	0873953243	
	CASALBORDINO 237	VIA PORTA NUOVA 6	0873902285	
	CASOLI 216	VIA AVENTINO	0872989254	
	CASTIGLIONE M.M. 231	VIA DE GASPERI 1	0873978440	
	CELENZA SUL TRIGNO 238	VIA RINASCITA 6	0873958295	
	CHIETI 209	STANZA MEDICO CHIETI	0871358817	
	CHIETI 210	STANZA MEDICO CHIETI	0871358816	
	CUPELLO	VIA PIAZZA BENICARLO	0873317904	
	FOSSACESIA 225	VIA POLIDORI	0872607708	
	FRANCAVILLA AL MARE 2	VIA SECONDO MEDICO ESPOSITO	3355740006	
	FRANCAVILLA AL MARE 211	VIA TORREVECCHIA	085817183	
	GISSI 246	VIA ITALIA SP97	0873947312	
	GUARDIAGRELE 241		08718991	
	PELIGNI 226	VIA CALATA FRENATA	087291587	
	LANCIANO	PIAZZA MISCIA	0872724389	
	MIGLIANICO 212		0871951933	
	ORSOGNA 215	VIA ORSOGNA	087186129	
	ORTONA 213	VIA ORTONA	0859172275	
	PALENA 232	VIA CIRCONVALLAZIONE	0872918369	
	PALMOLI 240	PIAZZA GIOVANNI XXIII	0873955285	
	PIZZOFERRATO 224	VIA ROMA	0872946131	
	QUADRI 229	VIA MARCONI	0872945422	
	SAN SALVO	VIA SAN SALVO	0873547703	
	SAN VITO CHIETINO 230	VIA RAFFAELLO SANZIO	087261452	
	SCERNI 236	VIA IV NOVEMBRE	0873919285	
	TOLLO 245		0871961647	
	TORRICELLA PELIGNA 223	VIA BRIGATA MAIELLA	0872969459	
	VASTO 235	VIA MARCO POLO 51 873368831	0873368831	
	VILLA S. MARTA BREVE 214		0872944460	
	FRANCAVILLA		085817183	
	SAMBUCETO		871358817	
	GIARDIA TURISTICA AMBULANZE	S.SALVO MARINA		0873803400
		BOMBA		0872860475
PIZZOFERRATO			0872946221	
TORINO DI SANGRO			03277139858	
SAN VITO MARINA			087261553	
CASALBORDINO			0873918225	
VASTO MARINA			0873801206	
FOSSACESIA MARINA			0872608326	
PASSOLANCIANO			03392044771	
ORTONA		0859173267		
PESCARA		0854253358		

REGIONE ABRUZZO				
ASL	DISTRETTI	COMUNE	TELEFONO	
ASL 3 PESCARA	PESCARA	PESCARA	08528868	
			0854252663	
			0854253191	
	MONTESILVANO	CAPPELLE SUL TAVO Via DEL CONVENTO SPOLTRE	0854253610	
			CONGIUNTI	0854253357
			MONTESILVANO C.SO UMBERTO 447	0854253357
			MONTESILVANO S LUCIA	0854253357
	MAIELLA MORRONE	ABBATEGGIO SAN VALENTINO	0859898935	
			ALANNO SCAFA	0859898810
			BOLOGNANO TORRE DE PASS.	0858885318
			CARAMANICO	336950242
				0859290135
			CASTIGLIONE A CASAURIA TORRE DE PASS.	0858885318
			CORVARA TORRE DE PASSER	0858885318
			CUGNOLI SCAFA	0859898810
			MANOPPELLO C.SO SANTARELLI	085859700
			SERRAMONACESCA MANOPPELLO	085859700
			PESCOSANONESCO	0858885318
			PIETRANICO TORRE DE PASS.	0858885318
			POPOLI	3356175213
			POPOLI BUSSI	085980308
			ROCCAMORICE S.VALENTINO	0858574815
			SALLE CARAMANICO	0859290135
			SCAFA	0859898810
				336950240
			S.EUFEMIA CARAMANICO	0859290135
			S.VALENTINO	0859898935
		336950233		
	TOCCO DA CASAURIA	085980308		
	TORRE DE PASSERI	0858885318		
		336950238		
	TURRIVALIGNANI SCAFA	0859898810		



REGIONE ABRUZZO			
ASL	DISTRETTI	COMUNE	TELEFONO
ASL 3 PESCARA	VESTINA	BRITTOLI CATIGNANO	085841615
		VICOLI CIVITELLA FR. CONTR E PIETRE CIV.CASANOVA	
		CIVITAQUANA CATIGNANO	
		BUSSI SUL TIRINO	085980308
		VILLA CELIERA CIV.CASANOVA	085845268
		CARPINETO CIV.CASANOVA	
		CIVITELLA CASANOVA P.ZA DUCA DEGLI ABRUZZI	
		LORETO APRUTINO	0858276712
		FARINDOLA PENNE	0858276702
		PENNE PICCIANO	
		MONT. DI BERTONA PENNE	
		PENNE VIA BATTAGLIONE DEGLI ALPINI	
			336950237
			0858276355
			336950232
	METROPOLITANA	CAPRARA Via DEL CONVENTO Spoltore	0854253610
		SPOLTORE	336950230
		CASTELLANA PIANELLA	085971376
		CAVATICCHI PIANELLA	085841615
		CATIGNANO	336950244
		PIANELLA VIA S.LUCIA	336950245
		MOSCUFO PIANELLA	336950231
		CEPAGATTI	0854253304
		CITTA S ANGELO ELICE	336950246
		CITTA S ANGELO	085974535
		NOCCIANO CEPAGATTI	
		ROSCIANO CEPAGATTI	
GUARDIA TURISTICA AMBULANZA	PESCARA	0854253358	



Tabella 2: Numeri telefonici per la CA della Regione Basilicata

REGIONE ABRUZZO		
ASL	COMUNE	TELEFONO
ASL 4 TERAMO	ALBA ADRIATICA VIA ISONZO - D.S.B.	0861777245
	TORRICELLA S.	
	ANCARANO S.EGIDIO ALLA V.	0861888281
	S.EGIDIO VIA MURRI (DSB)	
	S.OMERO NERETO	
	CIVITELLA DEL TRONTO S.EGIDIO ALLA VIBRATA	0861997133
	ARSITA BISENTI	
	CASTIGLIONE BISENTI	
	BISENTI	
	ATRI	0858707820
	VILLA BOZZA ATRI	
	CASTILENTI ATRI	
	BASCIANO CERMIGNANO	086166588
	CERMIGNANO	
	PENNA S.ANDREA CERMIGNANO	
	BELLANTE MOSCIANO	
	MOSCIANO S.A.	0858061233
	CAMPLI	0861569156
	CANZANO CASTELLALTO	0861556294
	CASTELLALTO	
	CASTEL CASTAGNA COLLEDARA	
	CASTELLI COLLEDARA	0861697264
	COLLEDARA	
	CELLINO ATTANASIO NOTARESCO	085895466
	COLONNELLA MARTINSICURO VILLA ROSA	0861710103
	CONTRGUERRA MARTINSICURO VILLA ROSA	
	MARTINSICURO VILLA ROSA	
	CORROPOLI NERETO	0861888208
	NERETO	
	TORANO NUOVO NERETO	
	CORTINO TORRICELLA	0861554680
	ROCCA S.MARIA TORRICELLA	
	CROGNALETO FANO ADRIANO	086195105
	FANO ADRIANO	
	GIULIANOVA	858020362
	ISOLA DEL GRAN SASSO	0861975431
	MONTORIO	0861429909
	TOSSICA MONTORIO	
	MORRO DORO ROSETO DEGLI ABRUZZI	0858020886
	ROSETO DEGLI ABRUZZI	
	NOTARESCO ATRI	0858958078
	PIETRACAMELA FANO ADRIANO	086195105
PINETO SILVI	0859353281	
SILVI		
TERAMO	0861420486	
TORTORETO	0861777248	
VALLE CASTELLANA	086193303	

REGIONE BASILICATA			
ASL	DISTRETTO	SEDE	TELEFONO
MATERA	MATERA	MATERA	0835262260
		BERNALDA	0835253944
		IRSINA	0835745265
		MIGLIONICO	0835629737
		POMARICO	0835253962
		NOVASIRI SCALO	08355877681
		MONTESCAGLIOSO	0835207127
	TRICARICO	TRICARICO	0835524222
		CALCIANO	0835672169
		FERRANDINA	0835253985
		GARAGUSO	0835671114
		GRASSANO	0835524455
		GROTTOLE	0835758521
		OLIVETO LUCANO	0835677127
		SALANDRA	0835677127
	POLICORO	POLICORO	0835986455
		COLOBRARO	0835841111
		NOVA SIRI	0835877681
			0835505544
		ROTONDELLA	0835504381
		SAN GIORGIO LUCANO	0835846492
		SCANZANO JONICO	0835953003
		TURSI	0835532545
	STIGLIANO	VALSINNI	0835818368
		STIGLIANO	0835569883
		ACCETTURA	0835675025
		CIRIGLIANO	0835563207
		ALIANO	0835568214
		GORGOGNONE	0835560310
	PISTICCI	SAN MAURO FORTE	0835674179
			0835443218
		PISTICCI	0835582284
		METAPONTO LIDO	0835745265
TINCHI		0835411153	
CRACO		0835459052	
MARCONIA		0835411153	
MONTALBANO JONICO	0835596249		



REGIONE BASILICATA			
ASL	DISTRETTO	SEDE	TELEFONO
POTENZA	MELFI	MELFI	0972773312
		ATELLA	0972715004
		BARILE	0972770242
		PESCOPAGANO	09765456
		RAPOLLA	0972760321
		RAPONE	097696133
		RIONERO IN VULTURE	0972721182
		RIPACANDIDA	0972645191
		RUVO DEL MONTE	097697287
		SAN FELE	097694136
		VENOSA	097239270
		BANZI	0971947332
		FORENZA	0971773835
	GINESTRA	0972646142	
	GENZANO DI LUCANIA	0971776526	
	LAVELLO	097239112	
	MASCHITO	097233115	
	MONTEMILONE	097299109	
	PALAZZO SAN GERVASIO	097244155	
	POTENZA	097152441	
		097153939	
		0971425425	
		0971699231	
		03299457826	
		03299457827	
	ABRIOLA	0971923273	
	ACERENZA	0971741463	
	ALBANO DI LUCANIA	0971984151	
	ANZI	0971962526	
	AVIGLIANO	097181306	
	BALVANO	0971992062	
	BARAGIANO	0971997046	
	BELLA	09763697	
	BRIENZA	0975381114	
	BRINDISI DI MONTAGNA	0971985177	
	CALVELLO	0971921437	
	CAMPOMAGGIORE	0971982192	
	CANCELLARA	0971942362	
	CASTELMEZZANO	0971986083	
	CASTELGRANDE	09764397	
	FILIANO	097183038	
	LAGOPESOLE	097186121	
	LAURENZANA	0971961583	
	MURO LUCANO	0976723979	
	OPPIDO LUCANO	0971945447	
	PICERNO	0971995081	
	PIETRAGALLA	0971940298	
		0971946640	
	PIETRAPERIOSA	0971983283	
	PIGNOLA	0971420763	
	RUOTI	097184294	
	SAN CHIRICO NUOVO	0971731211	
	SAN FELE	097694136	
	SANT'ANGELO LE FRATTE	0975386295	
		0975386552	
	SASSO DI CASTALDA	0975385169	
	SAN GIORGIO DI PIETRAGALLA	0971940298	
SATRIANO DI LUCANIA	0975383388		
SAVOIA DI LUCANIA	0971711173		
TITO	0971794682		
TOLVE	0971737039		
TRIVIGNO	0971981026		
VAGLIO BASILICATA	0971487239		
VIETRI DI POTENZA	0971718377		



REGIONE BASILICATA			
ASL	DISTRETTO	SEDE	TELEFONO
POTENZA	VILLA D'AGRI	MARSICOVETERE	0975312111
			0975312280
		ARMENTO	0971751113
		CORLETO PERTICARA	0971983227
		GALLICCHIO	0971752228
		GRUMENTO NOVA	097566215
		GUARDIA PERTICARA	0971964211
		MARSICO NUOVO	0975342442
		MISSANELLO	0971955198
		MOLITERNO	097564231
		MONTEMURRO	0971753318
		PATERNO	0975340080
		SAN CHIRICO RAPARO	0973831398
		SAN MARTINO D'AGRI	0973834200
	SANT'ARCANGELO	0973819177	
	SARCONI	097566151	
	SPINOSO	0971954455	
	TRAMUTOLA	0975353497	
	VIGGIANO	097561229	
	LAURIA	LAURIA	0973821417
			0973828281
		CASTELLUCCIO INFERIORE	0973863734
		CASTELLUCCIO SUPERIORE	0973862170
		CASTEL SARACENO	0973832354
		LAGONEGRO	097348855
		LATRONICO	0973851434
			0973858588
			0973876282
		MARATEA	0973878002
			03407197084
		NEMOLI	097340024
		RIVELLO	097348256
			097377025
		ROTONDA	0973861280
		TRECCHINA	0973828345
		VIGGIANELLO	0973864052
	SENISE	SENISE	0973584718
		CALVERA	0973573043
		CHIAROMONTE	0973841207
		CARBONE	0973578187
		CASTRONUOVO DI SANT'ANDREA	0973835172
		CERSOSIMO	097394208
		EPISCOPIA	0973859188
FARDELLA		0973572181	
FRANCAVILLA IN SINNI		0973574418	
NOEPOLI		097392297	
ROCCANOVA		0973833173	
SAN COSTANTINO ALBANESE		097391171	
SAN PAOLO ALBANESE		097394214	
SAN SEVERINO LUCANO		0973578122	
		0973641340	
TEANA		0973572259	
TERRANOVA DI POLLINO		097393155	



Tabella 3: Numeri telefonici per la CA della Regione Calabria

REGIONE CALABRIA		
DISTRETTO	SEDE	TELEFONO
CROTONE	Belvedere di Spinello - Via Alvaro	0962/555805
	Cutro - Via Giovanni XXIII	0962/775800/1
	Isola Capo Rizzuto - P.za del Popolo	0962/791970
	Rocca di Neto - Corso Umberto,1	0962/818808
		0962/818809
	S. Mauro Marchesato - V. Pozzo,4	0962/555803
	Scandale - Via G. Pastore,24	0962/555804
	Cerenza - Via Giardullo	0984/995325
	Caccuri - Via Del Convento	0984/975010
	Castelsilano - Via Colla	0984/975012
Savelli - Via Nazionale	0984/975013	

REGIONE CALABRIA		
DISTRETTO	SEDE	TELEFONO
CIRO' MARINA	Carfizzi - Via Roma	0962/818805
	Casabona - V. Edificio Zinca	0962/818804
	Cirò - Via De Gasperi	0962/373005
	Cirò Mariana - Via Togliatti	0962/372207
	Crucoli - Via P. Nenni	0962/373006
	Melissa - Via Risorgimento	0962/818806
	Pallagorio - V. Vittorio Emanuele	0962/908054
	San Nicola dell'Alto - V. De Rada	0962/818810
	Strongoli - Corso B. Miraglia	0962/818802
		0962/889136
	Umbriatico - Via Bristacia	0962/908052
	Verzino - Via A. Benincasa	0962/908053

REGIONE CALABRIA		
DISTRETTO	SEDE	TELEFONO
MESORACA	Cotronei - Via Catodo,1	0962/434802
	Mesoraca - V. Nazionale	0962/818806
	Petilia Policastro - v. Arringa,12	0962/434800
	Pagliarelle - V Carmine	0962/434804
	Roccabernarda - Via Trieste	0962/555801
	S. Severina - V.Municipio	0962/555800



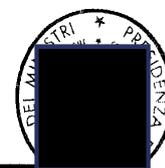
REGIONE CALABRIA		
DISTRETTO	SEDE	TELEFONO
COSENZA SAVUTO	Cosenza via Medaglie d'Oro, 18	0984 411333
	Camigliatello via Roma	0984 578728
	Celico V.le della Repubblica	0984 435117
		3381496992
	Mendicino via O. Greco	0984 630406
	Aprigliano via Bruzzini - fraz. Corte	0984 420053
	Dipignano via Millenario	0984 621697
	Domanico via Roma	0984 633263
	Donnici via Nazionale	0984 780490
	Trenta Bivio Casole	0984 432952
	Colosimi variante Provinciale	0984 963125
	Figline Vegliaturo via Roma	0984 422755
	Grimaldi via Trento	0984 964326
	Panettieri via Municipio	0984 82781
	Parenti Bocca di Piazza	0984 965137
	Rogliano via E. Altomare	0984 951395
Scigliano via Umberto I'	0984 966580	

REGIONE CALABRIA		
DISTRETTO	SEDE	TELEFONO
VALLE CRATI	Acri Via Viola P.O. "Beato Angelo"	0984 313249
	Acri c.da San Martino	0984 959081
	Acri via Izzo	0984 917089
	Bisignano via Collina Castello	0984 958077
	Bisignano c.da Macchia Tavola	0984 524374
	Castiglione Cosentino via C. Battisti, 1	0984 442677
	Castrolibero via Papa Giovanni XXIII	0984 853352
	Lattarico p.zza ex Municipio	0984 933513
	Luzzi via Ina Casa, 1	0984 549827
	Marano P.to via Annunziata	0984 856238
	Montalto Uffugo via Dante Alighieri	0984 933147
	Montalto Uffugo via S.S Trinita'-Taverna	0984 939810
	Rose via XXIV Maggio	0984 901143
	S. Pietro In Guarano via Pozzillo	0984 471085
	Santa Sofia D'Epiro via A. Gramsci	0984 957000
	Rende Centro Sanitario UNICAL - Arcavacata	0984 402518
	Rende centro via Mazzini, 18	0984 443014
	Rende via c. Alvaro, 6 - Commenda	
Torano Castello via Lazzinaro	0984 504112	



REGIONE CALABRIA		
DISTRETTO	SEDE	TELEFONO
ESARO POLLINO	Altomonte via S. Pertini	0981 948070
	Castrovillari via delle Bouganville	0981 22976
	Civita via Cavallotti, 2	0981 73221
	Laino Borgo via Abate Gioia	0981 82231
	Lungro c/o Ospedale	0981 947221
	Morano Calabro via De Cardona	0981 31276
	Mormanno c/o Ospedale	0981 8401
	Saracena via G. La Pira	0981 349533
	Fagnano Castello via Bellisario Brusco	0984 525928
	Roggiano c/da Cardosa	0984 507106
	San Donato di Ninea via Giardini	0981 63345
	San Lorenzo del Vallo c/da Fedula	0981 950982
	San Marco Argentano via Belvedere	0984 511725
	San Sosti via Orto Sacramento	0981 60038
	Sant'Agata d'Esaro via Nazionale, 8	
	Spezzano Albanese via Anna Frank, 20	0981 953721
Tarsia via Olivella	0981 952741	
Terranova da Sibari via Margherita	0981 955748	

REGIONE CALABRIA		
DISTRETTO	SEDE	TELEFONO
TIRRENO	Aiello Calabro	0982 43123
	Aieta via Arciprete Moliterni	0985 71020
	Acquappesa via Vittorio Emanuele	0982 999145
	Amantea via Santa Maria	0982 491290
	Belmonte	0982 400437
	Bonifati via C. Alvaro	0982 93120
	Buonvicino via Manzoni	0985 85883
	Campora San Giovanni	0982 48043
	Cetraro via Occhiuzzi	0982 91073
	Cieto	0982 44693
	Diamante via B. Croce	0985 81000
	Falconara Albanese via Dragato	0982 612909
	Fiumefreddo Bruzio	0982 71716
	Fuscaldo via Molino	0982 686194
	Guardia Piemontese Terme via M. Uscegljo, 71	0982 90064
	Grisolia	0982 83200
	Lago	0982 454331
	Longobardi	0982 75180
	Maierà via Roma	0985 889111
	Papasidero via Sabbana	0981 83005
	Paola via S. Rocco, 21	0982 589006
	Praia a Mare via delle Industrie	0985 704727
	San Gineto	0982 970910
	San Lucido via G. Marina	0982 81088
	San Lucido via Marina	0982 81109
	Santa Maria del Cedro via Sottocasale	0985 5117
	San Nicola Arcella via A. Pepe	0985 3900
	Scalea	0985 20266
	Serra D'Aiello via Aldo Moro	0982 44767
	Tortora via G. Tortora	0985 75010
Verbicaro via XXIV Maggio	0985 6161	



REGIONE CALABRIA		
DISTRETTO	SEDE	TELEFONO
JONIO NORD	Albidona Via Circonvallazione	0981 57447
	Alessandria del Carretto via Regina Elena	0981 57478
	Amendolara Scalo via Lagaria,	0981 915454
	Canna via G. Pitrelli	0981 930120
	Cassano allo Jonio via Ponte Nuovo	0981 708545
	Castroregio via Crispi	0981 912076
	Cerchiara di Calabria C.so Umberto, Centro Servizi	0981 991173
	Doria (fraz. di Cassano) via Provinciale	0981 76131
	FrancaVilla Marittima via Vittorio Emanuele II	0981 992621
	Montegiordano Scalo via Marina, 1	0981 930122
	Nocera via SS Annunziata	0981 930119
	Oriolo via Carfizi, 1	0981 931035
	Plataci Via Gramsci	0981 500622
	Rocca Imperiale c/da Rivustica	0981 936360
	San Lorenzo Bellizzi Rione Sgotto	0981 991255
	Villapiana via dei Glicini, 2	0981 57437
	Corigliano Centro c/o Ospedale	0983 880218
	Corigliano - Cantinella via dell'Agricoltura, 55	0983 887165
	Corigliano - Schiavonea via Lisbona	0983 856271
	San Cosmo Albanese via Municipio	0983 84548
San Demetrio Corone vico 2 dx Dante Alighieri	0984 956857	
San Giorgio Albanese via Fontana	0983 886900	
Vaccarizzo Albanese via Dante, 5	0983 84332	



REGIONE CALABRIA		
DISTRETTO	SEDE	TELEFONO
JONIO SUD	Rossano Centro via Acqua di Vale	0983 522440
	Rossano Scalo via Ippocrate	0983 517414
	Caloveto via S. Antonio	0983 530362
	Cropalati via Roma, 27	0983 530364
	Longobucco via S. Giuseppe	0983 513630
	Mirto-Crosia via Togliatti	0983 42719
	Paludi via Verdi	0983 530641
	San Giovanni in Fiore via Gramsci	0984 979201
	Lorica via Nazionale	0984 975011
	Cariati c/o Ospedale	0983 9411
	Bocchigliero via Arento, 1	0983 968005
	Campana via A. De Gasperi, 13	0983 968218
	Mandatoriccio via Nazionale	0983 994597
	Pietrapaola via San Francesco	0983 994647
	Scala Coeli via Provinciale	0983 95305



REGIONE CALABRIA		
DISTRETTO	SEDE	TELEFONO
VIBO VALENTIA	MONTEROSSO Via Margherita	0963 325557
	POLIA Via Roma	0963 321157
	VIBO VALENTIA Moderata Durant c/o i Poliambulatori	0963 41774
	VIBO VALENTIA MARINA Trav. Lucca	0963 572621
	BRIATICO Via Regina Margherita	0963 391946
	CAPISTRANO Via D. Alighieri	0963 325548
	SAN COSTANTINO CALABRO Via IV novembre	0963 331574
	SAN GREGORIO D'IPPONA Via Romano	0963 261483
	SANT'ONOFRIO Via R. Teti	0963 267214
	PIZZO Via Nazionale	0963 534102
	STEFANACONI Via Provinciale	0963 508637
	CESSANITI Via Umberto I	0963 501005
	FILADELFIA P.zza Serrao	0968 724425
	MAIERATO Via G. Labate	0963 253399
	MILETO Via A. Moro	0963 336303
	ACQUARO Via Roma	0963 353289
	ARENA Via S. Maria	0963 355312
	DINAMI Via Palazzi	0966 904478
	DRAPIA (BRATTIRO') Via II Trav.	0963 68455
	FABRIZIA Via Calvario	0963 314156
	MONGIANA Via Vittorio Emanuele III	0963 311214
	NARDODIPACE Via Roma	0963 313135
	PIZZONI Via Giardino	0963 358688
	SPILINGA P.zza Italia	0963 65500
	ZAMBRONE Via Provinciale	0963 392450
	ZUNGRI Via Pertini	0963 664404
	JOPPOLO Contrada Canturi	0963 883336
	LIMBADI Via E. Teti	0963 85990
	RICADI Via Roma	0963 663818
	SAN CALOGERO Via G. Pepe	0963 361092
	ROMBIOLO Via Curiel	0963 366077
	NICOTERA Via Filippella	0963 886222
	SIMBARIO Via F. Ceniti	0963 74776
GEROCARNE (CIANO) Via XXIV Maggio	0963 356314	
SAN NICOLA DA CRISSI c/o Municipio	0963 73013	
SERRA SAN BRUNO c/o Ospedale	0963 - 777111	
SORIANO CALABRO c/o Ospedale	0963 351433	
	0 962700	
TROPEA Via F. Barone	0963 61366	



REGIONE CALABRIA		
DISTRETTO	SEDE	TELEFONO
REGGIO CALABRIA	Africo via San Leo	0964-991216
	Agnana Via Roma 20	0964-323433
	Ardore Via De Gasperi	0964-629594
	Bagnara Calabra C.so Vittorio Emanuele	0966-372251
	Benestare via Vittorio Emanuele	0964-68309
	Bianco Via G. Garibaldi 18	0964-911151
	Bova Marina Via Fiume	0965-761500
		334-6685408
	Bovalino Via Euclide 22	0964-61071
	Brancaleone Via Milite ignoto	0964-933422
	Calanna Via Bruca,	0965-742336
	Canolo Nuova Via XXV Aprile	0964-385906
	Caraffa del Bianco Via Coridoni 5	0964-1910891
	Cardeto Via Torrente Sant'Agata, 5	0965-343771
	Carerì Via De Gasperi	0964-63088
	Cataforio Via Provinciale 23	0965-341300
	Caulonia Superiore Largo Mescinia	0964-861008
	Giminà Via XX Settembre	0964-334011
	Cinquefrondi via B. Buozzi 3	0966-949156
		0966-661822
	Cittanova viale Merano	0965-727085
		3346685409
	Condefuri Via Cavallotti	0966-962032
	Cosoleto Via Roma 37	0966-963561 fax 963042
	Dellianuova Piazza Leuzzi	0964-914205
	Feruzzano Via D. Romeo	0965-785490
	Fossato Jonico Via Casaluccio	3404520641
		0966-903461
	Galatro via della Pace	0965-370804
	Gallico via Quamaro	0964-356599
	Gerace Via L. Chiappi	0966-934018
	Giffone Via Conforto	0966-589222
		0966-52614
	Gioia Tauro via Madame Curie	0964-51552
		0964-53192
	Gioiosa Jonica	0966-991636
	Grotteria Corso Gramsci 75	0964-22612
	Laureana di Borrello Via Regina Margherita	0964-414022
	Locri Piazza Re Umberto	0964-416314
	Mammola Via Mulino	0964-51742
	Marina di Gioiosa Jonica Via L. Sturzo 8	0966-930019
	Martone Via Colacà	0965-732250
Melicucco Via Gramsci	0966-624497	
Melito Porto Salvo Via Garibaldi	0964-732081	
Molochio Vico Il Carosella		
Monasterace Marina Via Nazionale 63		



REGIONE CALABRIA			
DISTRETTO	SEDE	TELEFONO	
REGGIO CALABRIA	Motta San Giovanni Via Messana	0965-711397	
	Oppido Mamertina Piazza San Rocco	0966-613882	
	Orti Via Municipio Contrada Piano,10	0965-336436	
	Palizzi Via Palizzi Superiore	0965-765203	
	Palmi Via Bruno Buozzi		0966-418261
			0966-424284
	Pazzano Via Prelato snc	0964-731146	
	Pellaro S.S. Jonica 106, palazzo Cardea, 123	0965-358385	
	Placanica Via San Tommaso		0964-772294
			0964-738045
	Plati Via Cavour	0964-47033	
	Portigliola Case Popolari	0964-365039	
	Ravagnese Via Carrera 1 San Gregorio	0965-644379	
	Reggio Calabria Nord Viale Amendola,66	0965-347052	
	Reggio Calabria Sud via delle Vittorie o Modena Via Loreto trav. VIII n. 39	0965-347432	
	Riace Superiore Via Roma 1	0964-733300	
	Roccaforte del Greco Via Provinciale 151		0965-722987
			3.346.685.213
	Roccella Jonica c/o PST Roccella Via V. Emanuele	0964-84224	
	Rosarno via Convento	0966-712500	
	Samo Piazza Municipio	0964-977255	
	San Ferdinando Villaggio Praia	0966-766644	
	San Giorgio Morgeto Via Giacomo Oliva	0966-946430	
	San Lorenzo Via Zuccalà		0965-721143
			334-6685400
	San Luca Piazza Municipio	0964-985799	
	San Pietro di Caridà Largo dei Nobili	0966-904350	
	San Procopio Piazza Vittorio Veneto	0966-333180	
	San Roberto Via Giovanni Busceti trav. Priv. 123	0965-753347	
	Santa Cristina D'Aspromonte Piazza V. Emanuele 10	0966-88350	
	Santo Stefano d'Aspromonte Via Nazionale	0965-740057	
	Scilla Via Tripi superiore	0965-754830	
	Seminara Via Consalvo 4	0966-317624	
	Siderno Piazza Oreste Sorace		0964-399602
		0964-399603	
Staiti Via Musitano	0964-941180		
Taurianova Via Principe di Piemonte	0966-613220		
Villa S.Giovanni Via Belluccio n.9	0965-751356		



REGIONE CALABRIA		
DISTRETTO	SEDE	TELEFONO
CATANZARO	ALBI Viale Trieste	0961.923075
	BADOLATO Via Giardino	0967.85010
	BELCASTRO Via Poerio	0961.932116
	BORGIA Via Alfieri	0961.951318
	BOTRICELLO Via Tasso	0961.963069
	CARAFFA Via dei Mille	0961.953193
	CARDINALE Via San Francesco	0967.938217
	CARLOPOLI Via R. Elena	0968.820706
	CATANZARO 1 Via Tommaso Campanella 128	0961.773413
	CATANZARO 2 Via Molise	0961.63146
	CATANZARO LIDO Viale Crotone	0961.737562
	CHIARAVALLE	0967.999416
	CICALA Via Immacolata 36	0968.85076
	CONFLENTI C.da Coscaro, 73	0968 60190
	CORTALE Via Municipio	0968 76139
	CROPANI Padre Giovanni in fiore (Via Livorno)	0961.965309
	CURINGA Via. M. Perugino	0968 73086
	DAVOLI Via Carlo Renda	0967.533101
	DECOLLATURA Via G. Marconi	0968 61964
	GASPERINA Via Spadea	0967.486101
	GIMIGLIANO Via 16 Marzo	0961.995015
	GIRIFALCO Piazza della Repubblica	0968.741093
	GIZZERIA Via Fiorentino, 1	0968 403269
	GUARDAVALLE Via Sirloto	0967.82024
	ISCA SULLO JONIO	0967.44168
	LAMEZIA TERME - Nicastro - Via Scaramuzzino	0968.22150
	LAMEZIA TERME - Sambiasi - Via De Gasperi	0968.433491
	LAMEZIA TERME - Sant'Eufemia - V.le Europa	0968.53424
	MAIDA Via Garibaldi	0968 751107
	MARTIRANO ANTICO P.zza Municipio	0968 99496
	MARTIRANO LOMBARDO P.zza Giovanni XXIII	0968 99065
	MIGLIERINA Via Telesio	0961.993144
	MONTAURO	0967.486101



REGIONE CALABRIA		
DISTRETTO	SEDE	TELEFONO
CATANZARO	MONTEPAONE Via Mazzini	0967.576391
	MOTTA SANTA LUCIA P.zza Colosimo	0968 65223
	NOCERA TERINESE P.zza San Giovanni	0968 91488
	PALERMITI Via Marconi	0961917542
	PENTONE Corso de Laurenzi	0961925041
	PETRONA' Via Pantano, 5	0961.933402
	PIANOPOLI Via Roma, 1	0968 35077
	PLATANIA Via Fosso, 106	0968 205237
	SAN PIETRO A MAIDA Via Davoli	0968 79216
	SAN PIETRO APOSTOLO Via Griè	0961.994050
	SAN MANGO D'AQUINO Via G. Verdi, 106	0968 96213
	SAN SOSTENE	0967.533101
	SANTA CATERINA Via Sotto Castello	0967.84307
	SAN VITO JONIO Via Casalnuovo	0967.96194
	SANT'ANDREA J. Via Regina Elena	0967.44168
	SATRIANO Via C. Battisti	0967.543012
	SELLIA MARINA Località Chiubita 106	0961.964514
	SERRASTRETTA Via Asilo Nido	0968 81310
	SERSALE Piazza Borelli	0961.931292
	SETTINGIANO	0961.931115
	SIMERI CRICHI Via Gilea	0961.953193
	SOVERATO Piazza Casalnuovo	0961.481282
	SQUILLACE Via D. Assanti	0967.21018
	STALETTI' Via Glurzo	0961.912052
	TAVERNA Via Campo Sportivo	0961.918012
	TIRIOLO Via Magna Grecia	0961.923194
	VALLEFIORITA Via della Resistenza	0961.992285
ZAGARISE Via 1ª trav. Milano, 3	0961.919335	
	0961.937042	



Tabella 4: Numeri telefonici per la CA della Regione Emilia Romagna

REGIONE EMILIA ROMAGNA			
AUSL	Numero Verde	numero unico di chiamata	numero singolo per sede di CA
Bolegna	no	051 3131	
Cesena	848 800 865		
Imola	848 804 000		"MODENA, CASTELFRANCO EMILIA e NONANTOLA 059 375050 CARPI 059 659342 FANANO 0536 309552 FORMIGINE 059 558077 FRASSINORO 0536 309650 LAMA MOCCOGNO 0536 44880 MONTEFIORINO 0536 309500 MONTESE 059 982076 PALAGANO 0536 309680 PAVULLO 0536 309720 PIEVEPILAGO 0536 309801 PRIGNANO 0536 874180 SASSUOLO 0536 874015 SERRAMAZZONI 0536 954255 SESTOLA 0536 62669 SPILAMBERTO 059 782732 VIGNOLA 059 7574740 ZOCCA 059 7574780"
Modena	no	no	
Piacenza	no	0523 343000	
Ravenna	800 244 244		
Reggio Emilia	848.800.261		
Rimini	no	0541-787461	



REGIONE EMILIA ROMAGNA - AUSL PARMA			
AUSL	DISTRETTI	numero singolo per sede di CA	
PARMA	PARMA	0521/292555	
SORBOLO		0521/690184	
COLORNO		0521/815583	
FIDENZA	FIDENZA	0524 / 8 943	
SALSOMAGGIORE		0524 / 574276	
NOCETO		0521 / 625230	
FONTANELLATO		0521 / 822424	
BUSSETO		0524 / 91000	
S.SECONDO		0521/872267	
CALESTANO		0521 857454	
COLLECCHIO	SUD/EST	0521 805889	
CORNIGLIO		0521 857454	
LANGHIRANO		0521 857454	
NEVIANO		0521 857454	
PALANZANO		0521 857454	
TIZZANO VAL PARMA		0521 857454	
TRAVERSETOLO		0521 842853	
BEDONIA		VALLI TARO E CENO	0525/820012
BARDI			0525/72309
BERCETO			0525/60040
BORE	0525/79119		
MEDESANO	0525/420074		
BORGIO VAL DI TARO	0525/970353		
FORNOVO TARO	0525/2745		



REGIONE EMILIA ROMAGNA - AUSL FERRARA		
COMUNI di competenza	SEDI	TELEFONO
ARGENTA	c/o Ospedale Via Nazionale n° 7 - 44011 Argenta	840000922
BERRA	c/o Poliambulatorio Via Bellaria n° 10 - 44033 Berra	840000574
BONDENO	c/o Ospedale Via Dazio n° 113 - 44012 Bondeno	840000541
CENTO Mirabello S. Agostino	Via Cremonino 18 - 44045 Cento	840000215
CODIGORO Lagosanto	c/o ex Ospedale Via Cavallotti n° 347 - Codigoro	840000204
COMACCHIO	c/o Ospedale Via Felletti n° 2 - 44020 Comacchio	840000369
COPPARO Ro Ferrarese	c/o Ospedale Via Roma n° 18 - 44034 Copparo	840000517
FERRARA Masi Torello	Via Gandini n° 26 - 44124 Ferrara	840000875
TRESIGALLO Formignana Iolanda di Savoia	c/o ex Ospedale Piazzale Forlanini n° 5 - 44039 Tresigallo	840000911
GORO	c/o Poliamb. Med Gruppo P.zza Togliatti n° 65 - 44020 Goro	840000325
MIGLIARINO Migliaro Massafiscaglia	c/o Poliambulatorio Via Fiorella n° 8 - 44027 Migliarino	840000867
MESOLA	c/o Poliambulatorio Via Pomposa n° 26 - 44026 Mesola	840000618
OSTELLATO	c/o Quisisana 2 Piazza Bassani n° 1 - 44020 Ostellato	840000127
PORTOMAGGIORE Voghiera	c/o ex Ospedale Via E. De Amicis n° 22 - 44015 PORTOMAGGIORE	840000138
POGGIORENATICO	Via XX Settembre n° 10 44028 Poggiorenatico	840000768

REGIONE EMILIA ROMAGNA - AUSL FORLI'	
SEDI	TELEFONO
Forlì	0543731601
Forlimpopoli	0543733287
Predappio	0543731272
Meldola	0543731273
Dovadola	0543731275
Premilcuore	0543731274
Modigliana	0543731271
S. Sofia	0543731270

Tabella 5: Numeri telefonici per la CA della Regione Friuli Venezia Giulia

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA recapiti CA			
AZIENDA	DISTRETTO	SEDE	TELEFONO
Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina"	Trieste		118
Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana - Isontina"	Alto Isontino	Gorizia - V.le Fatebenefratelli, 34	0481547209
	Basso Isontino	Grado - Via Buonarroti, 10 Monfalcone - Via Galvani, 1	0431878154 0481791981
Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 3 "alto Friuli - Collinare - Medio Friuli"	Carnia	Ampezzo - c/o Poliamb. Pz. Caduti, 17	0433811083
		Forni di Sopra - c/o Poliamb. Com. via nazionale, 1	043388519
		Ovaro - c/o Poliamb. Via ex Ferrovia, 1	043367062
		Paluzza - c/o Poliamb. Pz. XXI - XXII Luglio, 7	0433775004
		Paularo - c/o Poliamb. Via Nascimbeni, 7	0433711166
		Tolmezzo - c/o Presidio Ospedaliero	0433488430
		Codroipese	Codroipo - c/o Polo Sanitario V.le Duodo, 82
	Gemonese	Gemona del Friuli - c/o Presidio Ospedaliero	0432989252
		Pontebba c/o Poliamb. Via Cardini, 7	042890576
		Moggio Udinese - via Ermolli c/o Poliamb.	043351341
	Sandaniele	Tarvisio - c/o Poliamb. Via V. Veneto	04282931
		Buia - Via Vidiset, 2	0432960802
		San Daniele del Friuli c/o Presidio Ospedaliero	0432941773

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA recapiti CA			
AZIENDA	DISTRETTO	SEDE	TELEFONO
Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 4 "Friuli Centrale"	Cividale	Cervignano del Friuli - via Trieste, 35	0431387708
		Cividale del friuli c/o Presidio Ospedaliero	0432708227
		Latisana - c/o Presidio Ospedaliero	0431529200
		Lignano Sabbiadoro - Pineta	0431409540
		Lignano Sabbiadoro - Sabbiadoro	043170455
		Manzano - c/o Poliamb. Via T. Drusin, 25	0432742400
		Palmanova - c/o ex Ospedale via Molin, 21	0432921243
		San Giorgio di Nogaro - v.le Europa Unita - Cond. Heartv 2	0431624822
		San Michele al Tagliamento (VE) - p.za Galasso, 2	0431525933
		San Pietro al Natisone - c/o Poliamb. Via Klancic, 4	0432727282
		Vito d'Asio - via Macilas 1 Anduis	0427807784
		Udine	Tavagnacco - Feletto Umberto via Udine, 85
	Udine - via Gervasutta, 48		0432553090
	Tarcento	Povoletto - c/o Poliamb. Via Dante, 9	0432679593
		Tarcento - c/o Poliamb. Via Cojaniz, 2	0432784389



REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA recapiti CA			
AZIENDA	DISTRETTO	SEDE	TELEFONO
Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale"	SUD	Azzano Decimo - via XXV Aprile, 4	0434631206
	Urbano	Pordenone - Casa Serena - via Revedole	118
	OVEST	Roveredo - RSA Via Carducci, 42	0434949016
		Sacile - c/o Ospedale via Ettoreo, 4	04347361
	EST	San Vito al Tagliamento - c/o Ospedale via Savorgnano, 2	0434841295
	NORD	Anduins - c/o Poliamb. Via Macilas, 1	0427807784
		Claut - c/o Poliamb. Via A. Giordani, 18	0427878102
		Maniago - c/o Ospedale via Unità d'Italia, 7	0427735111
		Meduno - c/o Poliamb. Via del Municipio, 33	042786256
Spilimbergo - c/o Ospedale via Raffaello, 1		0427595595	
		0427595513	

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA recapiti Guardia Turistica			
AZIENDA	DISTRETTO	SEDE	TELEFONO
Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale"	NORD	Barcis - pz. Vittorio Emanuele II, 5	042776017
	OVEST	Piancavallo	3281004727



Tabella 6: Numeri telefonici per la CA della Regione Lazio

REGIONE LAZIO			
PROVINCIA	AZIENDA	TELEFONO	
ROMA	ASL RM A	06/570600	
	ASL RM B		
	ASL RM C		
	ASL RM D		
	ASL RM E		
	ASL RM F		Distretto 4 centrale di ascolto di Roma - Campagnano, Castelnuovo di Porto, Fiano Romano
	ASL RM G	Distretti 1-5-6	0766/31624
	ASL RM F	Distretto 1 - Civitavecchia	06/96669696
		Distretto 2 e 3 - Bracciano	0774/313911
	ASL RM G	Distretti 2-3-4	0774/313973
			06/9334049
	ASL RM H	Distretti 1-2-3-5 - zona Castelli Romani	06/9334039
Distretti 4-6 zona Litoranea		06/9888302	



REGIONE LAZIO			
AZIENDA	DISTRETTI	TELEFONO	
FROSINONE	Cassino	0776/24422	
	Frosinone - Anagni	118	
	Sora	0776/833536	
LATINA	Distretto 1	06/9888302	
	Distretti 2 - 3	0773/662175 - 0773/661038	
	Distretti 4 - 5	0771/779337 (interno di centralino) 0771/740127 (urbano di emergenza)	
RIETI	Centrale ascolto	800 199910	
	Distretto 1 e 2	0746/197220	
	Distretto 3	0746/194220	
	Amatrice	0746/825079	
	Ascrea	0765/723190	
	Citta ducale	0746/602446	
	Leonessa	0746/922543	
	Osteria Nuova	0765/841396	
	S. Agapito	0746/53130	
	Corvaro	0746/306513	
	Poggio Mirteto	0765/423282	
	Passo Corese	0774/630090	
	Magliano Sabina	0744/921102	
	VITERBO	Distretto 1	Acquapendente
Bagnoregio			0761/833410
Montefiascone			0761/833250
Valentano			0761/833454
Distretto 2		Canino	0761/437110
		Montalto	0766/846500
		Tarquinia	0766/846294-31624
		Tuscania	0761/435195
Distretto 3		Soriano nel Cimino	0761/745021
		Viterbo	0761/237695
Distretto 4		Ronciglione	0761/625002-651254
		Vetralla	0761/461242
Distretto 5		Civita Castellana	0761/592203
		Orte	0761/3391-338210



Tabella 7: Numeri telefonici per la CA della Regione Liguria

REGIONE LIGURIA	
AZIENDA	TELEFONO
ASL 1	800554400
ASL 2	800556688
ASL 3	-----
118 San Martino	010/354022
ASL 4	0185/371020
ASL 5	0187/026198



Tabella 8: Numeri telefonici per la CA della Regione Lombardia

REGIONE LOMBARDIA - ASL BERGAMO			
DISTRETTO	COMUNE	INDIRIZZO	n° telefonico per i cittadini (esteso)
VALLE SERIANA E VALLE DI SCALVE	ALBINO	Viale Stazione 26/a	035/75242 035/73711009
VALLE SERIANA E VALLE DI SCALVE	ALZANO LOMBARDO	Via Ribolla, 1	035/753242
BERGAMO	BERGAMO	Via Croce Rossa, 2	035/73711010
ISOLA BERGAMASCA	BONATE SOTTO	Via Garibaldi, 15	035/4555111
ISOLA BERGAMASCA	CALUSCO D'ADDA	Via Locatelli, 265	035/995377
EST PROVINCIA	CASAZZA	Piazza della Pieve, 2	035/995377
DALMINE	DALMINE	Viale Betelli, 2	035/811031
VALLE SERIANA E VALLE DI SCALVE	GANDINO	Via San Giovanni Bosco	035/4555111 035/745363
VALLE SERIANA E VALLE DI SCALVE	GROMO	Piazza Pertini, 1	035/7238616
EST PROVINCIA	GRUMELLO DEL MONTE	Via S.Siro, 30	035/7238619
EST PROVINCIA	LOVERE	Piazzale Bonomelli, 8	035/830782
DALMINE	OSIO SOTTO	Via Cavour, 6/a	035/4349647
VALLE SERIANA E VALLE DI SCALVE	PIARIO	Via Papa Giovanni XXIII	035/4555111
VALLE BREMBANA E VALLE IMAGNA	PIAZZA BREMBANA	Ingresso Palazzina CSE	0346/1252
BASSA BERGAMASCA	ROMANO DI LOMBARDIA	Via Monte Sole, 2	035/7238617
VALLE BREMBANA E VALLE IMAGNA	SAN GIOVANNI BIANCO	Via M.Cavagnari, 5	0345/81078
VALLE BREMBANA E VALLE IMAGNA	SANT'OMOBONO TERME	Via Castelli, 5	0363/919229
EST PROVINCIA	SARNIGO	Via Vanoncini dott. Gianonio, 20 (ex Via Vittorio Veneto)	0345/41871 035/995377
VALLE SERIANA E VALLE DI SCALVE	SELVINO	Via Faccaroni	035/851052
EST PROVINCIA	SERIATE	Via Milano, 15	035/914553
VALLE BREMBANA E VALLE IMAGNA	SERINA	Via Paderno, 40/d	035/7238613
EST PROVINCIA	TRESCORE BALNEARIO	Via Palma Il Vecchio, 20	035/300696
BASSA BERGAMASCA	TREVIGLIO	Via Mazzini, 13	0345/66676
VALLE BREMBANA E VALLE IMAGNA	VILLA D'ALME'	Viale Pieve, 43/b	035/940888
VALLE SERIANA E VALLE DI SCALVE	VILMINORE DI SCALVE	Via Roma, 16	0363/305045
DALMINE	ZANICA	Via Pollini, 7	035/4555111
VALLE BREMBANA E VALLE IMAGNA	ZOGNO	Via Serio, 3/a	0346/51990
		Via P.Pollì	035/4555111 0345/94097



REGIONE LOMBARDIA - ASL BRESCIA			n° telefonico per i cittadini (esteso)
DISTRETTO	COMUNE	INDIRIZZO	
1	Brescia	Viale Duca degli Abruzzi, 11	030/8377111
2	Travagliato	Via Raffaello, 24	030/8377123
2	Gussago	Via Richiedei, 8/b	030/8377122
3	Fierro	Via Mazzini, 9	030/8377124
3	Rezzato	Via F.lli Kennedy, 115	030/8377121
4	Tavernole	Via Amadini, 43	030/8377133
4	Sarezzo	Via IV Novembre, 19	030/8377131
4	Nave	Via Brescia 155	030/8377132
5	Isco	Via Giardini Garibaldi 2/B	030/8377143
5	Marone	Via Metelli 23/C	030/8377144
5	Monte Isola	Località Carzano 28/A	030/8377145
6	Palazzo	Via Sgrazutti c/o Presidio ospedaliero	030/8377146
7	Chinari	P.zza Martiri della Libertà, 25	030/8377141
7	Rovato	Via Lombardia 33/A	030/8377142
8	Dello	Piazza Roma, 75	030/8377153
8	Orzinuovi	Via Crispi, 2 c/o Presidio ospedaliero	030/8377154
9	Bagnolo Mella	Via Mazzini, 2	030/8377155
9	Verolanuova	Via Grimani, 20	030/8377152
9	Pralboino	Via Veronica Gamba 14/c	030/8377157
9	Ghedì	P.zza Donatori di Sangue, 1	030/8377156
10	Montichiari	Via Falcone, 18	030/8377151
10	Remedello	P.zza Padre Bonsignori	030/8377158
11	Desenzano	Via Adua 2 (edificio 5-c/o centro commerciale "Le Vele")	030/8377167
11	Bedizzole	Via Monsignor Bontacchio, 1	030/8377168
11	Salò	Via Fantoni, 89	0365/296461
11	Gargnano	Via Repubblica, 2	0365/296466
12	Gavardo	Via A. Gosa, 83" Palazzina del Chiese"	0365/296462
12	Sabbio Chiese	Via Parrocchiale, 44	0365/296465
12	Nozza Vestone	Via Reverberi, 2	0365/296463
12	Bagolino	Via S. Giorgio, 56	0365/296464



REGIONE LOMBARDIA - ASL COMO			n° telefonico per i cittadini (esteso)
DISTRETTO	COMUNE	INDIRIZZO	
Brianza	Cantu	Via Ariberto, 20	840.000.661
	Longone al Segrino	Località Beldosso	
	Mariano Comense	Via Felice Villa, 5	
Carpione	Carpione	Corso Italia, 10	
	Cernobbio	Largo Europa, 1	
	Como	Via Carso, 88	
Medio Alto Lario	Pognana	Via don Bernasconi, 2	
	Dongo	Via Falk, 3	
	Menaggio	Via Camozzi, 2	
	San Fedele	Via Andreotti, 12	
	Appiano Gentile	Via Nazario Sauro, 2	
Sud Ovest	Fino Mornasco	Via Trieste, 5	
	Locate Varesino	2/O Polo Medico del Municipio - Via Parini, 1	
	Lomazzo	Via Graffignana, 17	
	Olgiate Comasco	Via Roncoroni, 18	



REGIONE LOMBARDIA - ASL CREMONA		
DISTRETTO	COMUNE	INDIRIZZO
Cremona	Cremona	Via S. Maria in Betlem n.3
	Gadesco Pieve Delmona	Via Berlinguer c/o C.C. ipermercato "Cremona due "
	Soresina	Via A. Moro n.35
	Castelleone	Via Brocchi n.13
Crema	Crema	Via Da Monte n.2
	Casal maggiore	Via don P. Antonini n.12
		n° telefonico per i cittadini (esteso)
		800 567 866



REGIONE LOMBARDIA - ASL LECCO			
DISTRETTO	COMUNE	INDIRIZZO	n° telefonico per i cittadini (esteso)
LECCO	LECCO	VIA TUBI, 43	0341482482
	CALOLZOCORTE	VIA MAZZINI SNC	0341631436
	OGGIONO	VIA BERSAGLIO, 4	0341577502
BELLANO	COLICO	VIA MAZZINI 6/a	0341940418
	INTROBIO	LOCALITA' SCEREGALLI 8	0341980042
	PREMANA	VIA VITTORIO EMANUELE, 13	0341819191
	MANDELLO DEL LARIO	VIA DEGLI ALPINI, 3	0341730251
	MERATE	LARGO MANDIC, 1	399901055
MERATE	CASATENOVO	VIA MONTEREGIO, 15	399901056
			03999231225



REGIONE LOMBARDIA - ASL LODI			n° telefonico per i cittadini (esteso)
DISTRETTO	COMUNE	INDIRIZZO	
Alto Lodigiano	Lodi	sede ASL, Piazza Ospedale 10 Lodi	800940000
	Zelo Buon Persico	CRI, via Roma 42, 26839 Zelo Buon Persico (LO) Comune di Zelo B. P.	
	Sant'Angelo Lodigiano	H Delmati, Sp19 - 26866 Sant'Angelo Lodigiano (LO)	
	San Colombano al Lambro	Croce Bianca - Via Marconi, 4	
	Casalpusterlengo	H di Casalpusterlengo - Via Fleming 1- 26941	
Basso Lodigiano	Codogno	H di Codogno - Viale Marconi 1	



REGIONE LOMBARDIA - ASL MANTOVA			
DISTRETTO	COMUNE	INDIRIZZO	n° telefonico per i cittadini (esteso)
ASOLA	Asola	Via Fulvio Ziacchi, 2	800533167
	Castiglione D/Stiviere	Via Garibaldi, 10	
GUIDIZZOLO	Volta Mantovana	Via Guido Tonello, 5	
	Mantova	Via Valle D'Aosta	
MANTOVA	Mantova	Via Hrovatin, 1	
	Roncoferraro	Via Nuvolari, 3	
	Borgo Virgilio	Via Gandhi, 1	
OSTIGLIA	Ostiglia	Via Belfanti, 1	
	Quistello	Via Fratelli Cervi, 2	
	Sermide	Via Castellani, 15	
	San Benedetto Po	Via Dugoni, 20	
SUZZARA	Suzzara	Via Cadorna, 2	
	Bozzolo	Via XXV Aprile, 71	
VIADANA	Viadana	Via Grazzi Soncini, 21	



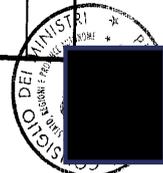
REGIONE LOMBARDIA - ASL MILANO			n° telefonico per i cittadini (esteso)
DISTRETTO	COMUNE	INDIRIZZO	
1	MI	Via S.Vincenzo 25	0234567
2	MI	P.zza S. di Santarosa 10	
	MI	Via Guerzoni 34	
3	MI	Via Zuretti 68	
	MI	Via Amadeo 78/A	
4	MI	Via Mincio 23	
	MI	Via C. Baroni 48	
5	MI	P.zza Stovani 7	
	MI	Via Gonin 3	
6	Sesto S. Giovanni	Via Carlo Marx 111	
7	Cusano Milanino	Via Pedretti 55	

REGIONE LOMBARDIA - ASL MILANO 1			n° telefonico per i cittadini (esteso)
DISTRETTO	COMUNE	INDIRIZZO	
Centrale Medica Operativa	Garbagnate Milanese	via per Cesate, 62 Garbagnate Milanese	800103103
1	Garbagnate Milanese	via per Cesate, 62 Garbagnate Milanese	
2	Rho	via Settembrini, 1 Passirana di Rho	
3	Corsico	via Marzabotto	
4	Legnano	via Stelvio Angolo via Monte Nevoso	
5	Castano Primo	Piazza della Filanda Buscate	
6	Magenta	via Al Donatore di Sangue, 50 (dal 1.12.2014)	
7	Abbiategrosso	Piazza G.B. Mussi, 1 Abbiategrosso (dal 1.12.2014)	



REGIONE LOMBARDIA - ASL MILANO 2			
DISTRETTO	COMUNE	INDIRIZZO	n° telefonico per i cittadini (esteso)
ASL	Melegnano - Centrale Coordinamento	Via 8 Giugno, 69	848 800 804
6	Binasco	Via Virgilio, 1	
4	Carnusco sul Naviglio	Via Cavour, 22	
5	Gorgonzola	Via Bellini	
2	Inzago	Via Marchesi	
1	Melegnano	Largo Crocetta, 8	
6	Paullo	Via A. Moro, 1/A	
6	Peschiera Borromeo	Via Carducci, 7	
3	Pieve Emanuele	Via Mascagni, 2	
7	Piofilippo	Via Milano, 86	
2	Rozzano	Via Perseghetto	
2	S. Donato Milanese	Via Sergnano, 2	
8	S. Giuliano Milanese	Via Giovanni XXIII, 21	
3	Trezzo sull'Adda	Via Nenni, 20	
	Vimodrone	Via Battisti, 27	

REGIONE LOMBARDIA - ASL MONZA E BRIANZA			
DISTRETTO	COMUNE	INDIRIZZO	n° telefonico per i cittadini (esteso)
Carate	Besana in Brianza	Via Manzoni 21	840500092
	Lissone	Via A. da Giussano 56	
Desio	Cesano Maderno	Via Padre Boga 8	
	Limbiate	Via Monte Grappa 19	
Monza	Nova Milanese	Via Croce Rossa 2	
	Brugherio	Via Oberdan 83	
Seregno	Monza	Via Piave 2	
	Seregno	Via Verdi 2	
Vimercate	Seveso	Via Monte Grappa 18	
	Concorezzo	Via De Giorgi 9	
	Bellusco	Via Roma 9	



REGIONE LOMBARDIA - ASL PAVIA			n° telefonico per i cittadini (esteso)
DISTRETTO	COMUNE	INDIRIZZO	
PAVIA	PAVIA	Via Lovati 45	
	BELGIOIOSO	Via Nenni 10	
	CHIGNOLO PO	Via Gen. Alberto Dalla Chiesa 23/25	
	SIZIANO	Via della Stazione 1	
	VOGHERA	Via Volturmo 14	
VOGHERA	VARZI	Via Repetti	
	BRONI	Via Emilia 351	
	S-MARIA DELLA V.	Via Crispi 96	
	CASTEGGIO	Via Pisani 1	
	VIGEVANO	Corso Cavour 46	848881818
VIGEVANO	ROBBIO	Via Mortara 5	
	GARLASCO	Via Borgo San Siro 2	
	MEDE	Via dei Mille 27	
	SANNAZZARO DE' B.	Piazza Palestro 1	



REGIONE LOMBARDIA - ASI SONDRIO			
DISTRETTO	COMUNE	INDIRIZZO	n° telefonico per i cittadini (esteso)
Bormio e Tirano	Livigno	Via Freita 1521/B - LIVIGNO	800 312 678
	Bormio	Via Agol 8 - BORMIO	
	Sondalo	Via Ezio Vanoni 32 - SONDALO	
	Tirano	Via Cappuccini 4 - TIRANO	
Sondrio	Sondrio	Via Steivio 25 - SONDRIO	
	Chiesa in Valmalenco	Via Roma 120 - CHIESA VALMALENCO	
Chiavenna e Morbegno	Morbegno	Via Morelli 1 - MORBEGNO	
	Chiavenna	Via Cereria 4 - CHIAVENNA	



REGIONE LOMBARDIA - ASL VARESE			
DISTRETTO	COMUNE	INDIRIZZO	n° telefonico per i cittadini (esteso)
ARCISATE	BESANO	Via Restelli n° 4	0332/917073
AZZATE	GAZZADA S.	Via Roma n° 38	0332/461358
BUSTO ARSIZIO/CASTELLANZA	BUSTO ARSIZIO	Via Cellini n° 19	0331/678543
CITTIGLIO	CITTIGLIO	Via Marconi	0332/603000
GALLARATE	GALLARATE	Via Pastori n° 4	0331/793966
LUINO	LUINO	Via Forlanini n° 6	0332/535553
SARONNO	SARONNO	Via Marconi	02/9605225
SESTO CALENDE	ANGERA	Via Bordini n° 29	0331/960260
SOMMA LOMBARDO	SOMMA LOMBARDO	Via Bellini n° 29	0331/259510
TRADATE	TRADATE	Via Del Carso n° 29	0331/844344
VARESE	VARESE	Via J.H. Dunant n° 2	0332/831073

REGIONE LOMBARDIA - ASL VALLECAMONICA - SEBINO			
DISTRETTO	COMUNE	INDIRIZZO	n° telefonico per i cittadini (esteso)
EDOLO	EDOLO	PIAZZA DONATORI DI SANGUE N.1	0364_7721
PONTE DI LEGNO	PONTE DI LEGNO	PIAZZALE EUROPA N.14	
CEDEGOLO	CEDEGOLO	VIA NAZIONALE N.44	
PIAMBORNO	PIAMBORNO	VIA NAZIONALE N.45	0364_3691
PISOGNE	PISOGNE	VIA ANTICA VALERIANA N.18 B	



Tabella 9: Numeri telefonici per la CA della Regione Marche
REGIONE MARCHE

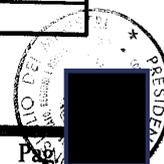
AREA VASTA	SEDE/POSTAZIONE	n. TELEFONICO
AREA VASTA 1 PESARO	PESARO, PESARO, VIALE DELLA VITTORIA 189	0721 22405
	MONTECCHIO, VALLEFOGLIA, VIA PIO LA TORRE	0721 424828
	GABICCE MARE, GABICCE MARE, VIA BERLINGUER 1	0541 950355
	URBINO, URBINO, VIA GRAMSCI	0722 301927
	MACERATA FELTRIA, MACERATA FELTRIA, VIA PENSIERINI 9	0722 730221
	LUNANO, LUNANO, PIAZZA DELLA LIBERTA'	0722 70250
	MERCATINO CONCA, MERCATINO CONCA, VIA LUNGO CONCA 30	0541 970361
	SANT'ANGELO IN VADO, SANT'ANGELO IN VADO, VIA ROBERT BADEN POWELL	0722 88488
	URBANIA, URBANIA, VIA ROMA 75	0722 316729
	PIOBICO, PIOBBICO, VIA LEOPARDI 14	0722 985140
	APECCHIO, APECCHIO, VIA ISIDORO PAZZAGLIA	0722 99517
	SASSOCORVARO, SASSOCORVARO, VIA G. LANCIARINI 5	0722 760322
	CAGLI, CAGLI, VIA ATANAGI 66	0721 792203
	FANO, FANO, VIA PIZZAGALLI	0721 882261
	CALCINELLI, SALTARA, VIA CARDUCCI 112	0721 895276
	FOSSOMBRONE, FOSSOMBRONE, VIA KENNEDY	0721 721252
	MONDOLFO, MONDOLFO, PIAZZA BARTOLINI	0721 9368872
PERGOLA, PERGOLA, VIA G. DI VITTORIO 2	0721 739721	
MONDAVIO, MONDAVIO, PIAZZA BARTOLINI	0721 9368872	
AREA VASTA 1 PESARO Sedi estive aggiuntive	PESARO TURISTICA, PESARO, VIALE DELLA VITTORIA 189	0721 21344
	GABICCE MARE, GABICCE MARE, VIA XXV APRILE	0541 836562
	CARPEGNA TURISTICA, CARPEGNA, VIA AMADUCCI 34	0541 836562
	FANO, FANO, TURISTICA, VIA PIZZAGALLI	0721 806403
	MAROTTA TURISTICA, VIA FERRARI 2/D	0721 967795



REGIONE MARCHE		
AREA VASTA 2 ANCONA	SEDE/POSTAZIONE	n. TELEFONICO
AGUGLIANO	C/O CROCE GIALLA	071.7490430
		3357439046
ANCONA	Viale della Vittoria , 9	071.8705620
		0718705670
		3387820231
		3387807568
ARCEVIA		118
		3488971324
CAMERANO	Via Marinelli, 3, presso Croce Gialla	071.95247
		071.95797
		3357458579
CASTELFIDARDO	Via XXV Aprile, 61, presso RSA	0717214180
		0717214111
		3357012762
CHIARAVALLE	Via Rosselli, 176, c/o PPI	071.7490006
		0717490018
		3389422858
CORINALDO		118
		3316476875
CUPRAMONTANA	C/O RSA	0731786745
		335340898
FABRIANO	Via Stelluti Scala, 26, presso ospedale	0732.22860
FALCONARA MARITTIMA	presso Poliambulatori VIA ROSSELLI	071.9178532
		3357439047
FILOTTRANO	C/O RSA	071.7227929
		335340893
JESI	C/O C.R.I	07315555
		335340901
		335340902
LORETO	Via San Francesco, c/o PPI	071.75091
		3357439041
MONTEMARCIANO	Via Umberto I, 39/41, presso AMS	071.915224
		0719158468
		0731706815
MOIE		335340883
OSIMO	Via Leopardi, 15, presso ospedale	071.71301
		3357732288
OSTRA		118
		3488971308
OSTRA VETERE		118
		3488971306
		071.906270
POLVERIGI	Via Dante Alighieri, presso Presidio Distrettuale	3357439046
		0731267028
SAN MARCELLO		335340886
SASSOFERRATO	Via Marconi, 1, c/o RSA	0732.95519
SENGALLIA		118
		3487400113
		3487400116
SERRA SAN QUIRICO	Via Martiri della Libertà, 4/6, presso Distretto Sanitario	0731.86139
SIROLO	Via del Gelso, 4, presso Croce Azzurra	071.9330825
		3357458579



REGIONE MARCHE	
AREA VASTA 3 MACERATA	n. TELEFONICO
Caldarola	0733 905105
	3489180480
Corridonia	0733 433221
	3489180321
Macerata-1	0733 231378
	3489179534
Macerata-2	0733 231378
	3402301626
Mogliano	0733 556757
	3402268730
Montecassiano	0733 598684
	3499180383
Passo S. Angelo	0733 663140
	3402301674
Penna S. Giovanni	0733 669368
	3484014263
Pollenza	0733 549117
	3489179345
Sarnano	0733 659713
	3488803570
Tolentino	0733 900232
	3489179150
Treia	0733 218577
	3489179130
Civitanova M.-1	0733 823990
	3297603868
Civitanova M.-2	0733 823990
	3297603869
Morrovalle	0733 823726
	3297603863
Potenza Picena	0733 675158
	3297603817
Porto Recanati	071 9798182
	336636897
Recanati	071 7583800
	3297603865
Gingoli	0733 601765
	335340891
Castelraimondo -1	0737 641474
Castelraimondo -2	0737 641474
Fiastra	0737 52332
Fiuminata	0737 54669
Pioraco	0737 42418
Pievotorina	0737 518324
Visso	0737 9488



REGIONE MARCHE		n. TELEFONICO
AREA VASTA 4 FERMO	SEDE/POSTAZIONE	
FERMO	Ospedale A. Murri Via A. Murri, 189 – Fermo	
PORTO SAN GIORGIO	Distretto Poliambulatorio P.S.Giorgio Via Misericordia	
PORTO SANT'ELPIDIO	Distretto Poliambulatorio P.S.Elpidio Via della Montagnola, 90	
SANT'ELPIDIO A MARE	Distretto Poliambulatorio S.Elpidio a Mare Via A. Murri, 151	
MONTEGRANARO	Distretto Poliambulatorio Montegrano C.da Santamaria	
MONTEGIORGIO	Distretto Poliambulatorio Montegiorgio Via dell'Ospedale	
PETRITOLI	Distretto Poliambulatorio Petritoli Via P.Marini, 52	
AMANDOLA	Ospedale V.emanuele II Amandola Largo Plebani, 6	
PONTE MAGLIO (S.Vittoria in M.)	Poliambulatorio Ponte Maglio (S.Vittoria in M.) Viale Europa	0734/625111



REGIONE MARCHE		n. TELEFONICO
AREA VASTA 5 ASCOLI PICENO	SEDE/POSTAZIONE	
AREA VASTA 5	ASCOLI PICENO Via Zeppelle c/o RSA/RP/SRR Luciani	118
	ASCOLI PICENO Via Zeppelle c/o RSA/RP/SRR Luciani	
	OFFIDA Via Garibaldi 1 c/o Casa della Salute	
	ACQUASANTA fraz. PAGGESE c/o RSA/RP	0735/82680
	S. BENEDETTO DEL TRONTO c/o Ospedale Via Manara	
	S. BENEDETTO DEL TRONTO c/o Ospedale Via Manara	0736/829460
	MONTALTO MARCHE Via Papa Sisto V 1	
	MONTEFIORE DELL'ASO Pzz. Antoniozzi 4 c/o Casa della Salute	0734/938109
	RIPATRANZONE Pzz. M. Teresa di Calcutta c/o Casa della Salute	0735/99343

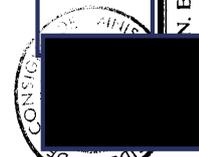


Tabella 10: Numeri telefonici per la CA della Regione Molise

REGIONE MOLISE			
DISTRETTI	COMUNE	SEDE	TELEFONO
Campobasso	Campobasso	via Toscana, 73	0874 411530
	Baranello	via Marconi	0874 460998
	Montagano	Corso Umberto I, 83	0874 451054
	Castropignano	via Umberto I, 10	0874 503323
	Fossalto	piazzetta Marconi	0874 768672
			874768029
	Torella del Sannio	via Sandro Pertini, 20	0874 76412
	Lucito	via Roma	0874 747399
	Petrella Tifernina	via Roma, 56	0874 745521
	Castellino del Biferno	via Orto del Capitano	0874 745547
	Sant'Angelo Limosano	piazza Marone, 3	0874 701467
	Trivento	via Acquesantianni	0874 871079
Bojano -Riccia	Toro	via San Francesco	0874 461096
	Jelsi	piazza Umberto I, 42	0874 710348
	Gambatesa	via XXIV Maggio	0874 719441
	Campolieto	via Galdina, 10	0874 52527
	Monacilioni	largo De Gasperi	0874 520004
	Bojano	via Colle Bellavista	0874 773196
	Cercemaggiore	via Saraceni	0874 799720
	Campitello Matese		0874 784193
Isernia	Isernia	via S. Ippolito	0865 4421
	Cantalupo nel Sannio	via Taverna	0865 814357
	Civitanova del Sannio	via Piavese	0865 830482
	Macchia di Isernia	piazza Municipio	0865 55273
	Sessano del Molise	via Rimembranza	0865 930320
Venafro	Venafro	via Ospedale	0865 907743
	Colli al Volturno	via G. Matteotti	0865 957228
	Rionero Sannitico	via Roma	0865 848528
	Rocchetta al Volturno	piazza S. Domenico	0865 955385
Termoli	Campomarino	via Marconi	0875 530069
	Guglionesi	via Sangro	0875 680124
	Petacciatto	v.le Pietravallo	0875 678272
	Montenero	via Madonna di Bisaccia	0875 966851
	Mafalda	via Galilei	0875 978490
	Guardiafiera	via Aldo Moro	0874 840541
	Lupara	via Antonarelli	0874 741341
	Castelmauro	c.so Italia	0874 744808
	Civitacampomariano	via XXIV Maggio	0874 748157
	Montefalcone	via V. Emanuele II	0874 877957
	Montemitro	c. Santa Lucia	0874 877958
	San Felice del Molise	sal. Calvario	0874 879274
	Palata	via dei Giardini	0875 977764

Tabella 11: Numeri telefonici per la CA della Regione Piemonte

REGIONE PIEMONTE		
AZIENDA	DISTRETTI	TELEFONO
ASL TO1	Distretti 1, 2, 3, 8, 9, 10	0115747
ASL TO3	Distretti di Collegno, Giaveno, Orbassano, Pinerolo, Rivoli, Susa, Val Pellice, Valli Chisone e Germanasca, Venaria	011 4153523
		011 9576071
		011 9013248
		011 9360217
		0122 621212
		011 9325294
		0122 832302
		0122 89687
		800233111
		011 4524000
		011 9941421
		011 9675528
		0119672822
ASL TO4	Distretti di Ciriè, Chivasso, Settimo Torinese, San Mauro, Ivrea, Cuornè	0124654111
		012353285
		0123300500
		0123696285
		01254141
		0119214071
		0124518111
		0119176250
		0119187453
		0114508098
		0119606544
		0119971477
		0161842655
		0118225353
		0118005605
ASL TO5	Distretti di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino	011641265
		0119653053
		0116802041
		0119719558
		01194294511
		0119492159
		0119872341



REGIONE PIEMONTE		
AZIENDA	DISTRETTI	TELEFONO
ASL Biella	Distretti di Biella e Cossato	015/407121
		015/8494390
		015/666913
		0161/96470
		015/922801
		015/756566
ASL Cuneo1	Distretti di Cuneo, Borgo San Dalmazzo-Dronero, Mondovì, Ceva, Savigliano-Fossano, Saluzzo	848.817.817
ASL Cuneo2	Distretti di Alba e Bra	0173/316316
		0172/ 420377
ASL Vercelli	Distretti di Vercelli e Valsesia	0163 71170
		0163 560671
		0163 25513
		0163 835411
		0161255050
		0161 929200
		0161 424524
ASL Verbania	Distretti di Verbania, Omegna, Domodossola	800448118
ASL Asti	Distretti di Asti Centro, Asti Nord, Asti Sud	800700707



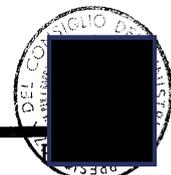
REGIONE PIEMONTE		
AZIENDA	DISTRETTI	TELEFONO
ASL Novara	Distretti di Arona, Borgomanero, Galliate, Novara	0322 516307
		0321 960047
		0322 81500
		0163 841406
		0321 864180
		0321 71466
		0321 626000
		0321 838325
		0321 882386
		0321 825457
ASL Alessandria	Distretti di Acqui Terme, Alessandria, Casale Monferrato, Novi Ligure, Ovada, Tortona, Valenza	0131-265000
		0131-449010
		0131- 791296
		0142-435222
		0142-943423
		0161-829585
		0143-746569
		0143-636129
		0143-642551
		0131-865956
		0131-826763
		0131-786209
		0131-959111
		0143-81777
0144-321321		
0144-311440		

Tabella 12: Numeri telefonici per la CA della Provincia Autonoma di Bolzano



P.A. BOLZANO	
SEDE	TELEFONO
Bolzano	0471908288

Tabella 13: Numeri telefonici per la CA della Regione Puglia



REGIONE PUGLIA		
PROVINCIA	NOME CO 118	NUMERO
BARI- BAT	GM-ACQUAVIVA	00803077063
	GM-ADELFA	00804597254
	GM-ALBEROBELLO	00804328230
	GM-ALTAMURA	00803108201
	GM-ANDRIA	00883299200
	GM-BARI CENTRO	00805842004
	GM-BARI JAPIGIA	00805494587
	GM-BARI S.PIO	00805333069
	GM-BARI SAN GIROLAMO	00805348348
	GM-BARI SAN PAOLO	00805370118
	GM-BARI TORRE A MARE	00805432541
	GM-BARLETTA	00883575130
	GM-BISCEGLIE	00803363234
	GM-BITETTO	00809920879
	GM-BITONTO	00803737253
	GM-BITRITTO	0080637361
	GM-CANOSA DI PUGLIA	00883641301
	GM-CAPURSO	00804553385
	GM-CARBONARA	00805650125
	GM-CASAMASSIMA	0080675378
	GM-CASSANO	0080763267
	GM-CASTELLANA GROTTA	00804965623
	GM-CELLAMARE	00804626357
	GM-CONVERSANO	00804091232
	GM-CORATO	00808724780
	GM-GIOIA DEL COLLE	00803489500
	GM-GIOVINAZZO	00803947805
	GM-GRAVINA IN PUGLIA	00803108502
	GM-GRUMO APPULA	00803830801



REGIONE PUGLIA		
PROVINCIA	NOME CO 118	NUMERO
BARI- BAT	GM-LOCOROTONDO	00804351239
	GM-MARIOTTO	00803736202
	GM-MINERVINO MURGE	00883696625
	GM-MODUGNO	00805327084
	GM-MOLA DI BARI	00804737754
	GM-MOLA DI BARI	00804717748
	GM-MOLFETTA	00803349264
	GM-MONOPOLI	00804149248
	GM-NOCI	00804050721
	GM-NOI CATTARO	00804782199
	GM-PALESE	00805300067
	GM-PALO DEL COLLE	0080626398
	GM-POGGIORSINI	00803231001
	GM-POLIGNANO	0804247062
	GM-PUTIGNANO	00804050815
	GM-RUTIGLIANO	00804761657
	GM-RUTIGLIANO	00804776733
	GM-RUVO DI PUGLIA	00803608226
	GM-SAMMICHELE DI BARI	00808917330
	GM-SANNICANDRO	0080632259
	GM-SANTERAMO	00803023194
	GM-SPINAZZOLA	00883687002
	GM-TERLIZZI	00803608388
	GM-TORITTO	00803830988
	GM-TRANI	00883486880
	GM-TRIGGIANO	00804626342
	GM-TRIGGIANO	00804683334
	GM-TURI	00808915365
GM-VALENZANO	00804675001	



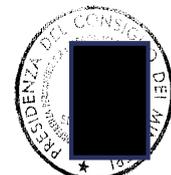
REGIONE PUGLIA		
PROVINCIA	NOME CO 118	NUMERO
BRINDISI	GM-ERCHIE	00831767852
	GM-LATIANO	00831724225
	GM-FASANO	00804392842
	GM-OSTUNI	00831309277
	GM-SAN DONACI	00831681416
	GM-FRANCAVILLA	00831859960
	GM-ORIA	00831845170
	GM-SAN PIETRO V.	00831652054
	GM-SAN MICHELE	00831966563
	GM-SAN PANCRAZIO	00831667306
	GM-MESAGNE	00831739312
	GM-SAN VITO	00831981837
	GM-TORCHIAROLO	00831620116
	GM-TORRE S.S.	00831746797
	GM-VILLA CASTELLI	00831866081
	GM-CEGLIE	00831377258
	GM-CELLINO S.MARCO	00831618258
	GM-CAROVIGNO	00831995505
GM-BRINDISI	00831520089	
GM-BRINDISI	00831510236	
GM-CISTERNINO	00804446336	



REGIONE PUGLIA		
PROVINCIA	NOME CO 118	NUMERO
FOGGIA	GM-PANNI	00881965298
	GM-PIETRAMONTECORVINO	00881519100
	GM-ROCCHETTA SANT'ANTONIO	00885654438
	GM-ROSETO VALFORTORE	00881594324
	GM-IOLE TREMITI (SAN DOMINO)	3298123307
	GM-IOLE TREMITI (SAN DOMINO)	00882463752
	GM-MONTELEONE DI PUGLIA	00881983541
	GM-ORSARA DI PUGLIA	00881964084
	GM-LESINA	00882991963
	GM-SAN PAOLO DI CIVITATE	00882555205
	GM-RIGNANO GARGANICO	00882820019
	GM-VIESTE	00884711222
	GM-SAN NICANDRO GARGANICO	00882474148
	GM-VICO DEL GARGANO	00884920305
	GM-PESCHICI	00884964576
	GM-SAN MARCO IN LAMIS	00882816000
	GM-SAN SEVERO	00882225412
	GM-RODI GARGANICO	00884965255
	GM-SAN GIOVANNI ROTONDO	00882451537
	GM-TORREMAGGIORE	00882380206
	GM-SERRACAPRIOLA	00882681612
	GM-CARLANTINO	00881552501
	GM-CASTELNUOVO DELLA DAUNIA	00881559436
	GM-CAGNANO VARANO	00884855211
	GM-CAGNANO VARANO	008848127
	GM-DELICETO	00881914006
	GM-MOTTA MONTECORVINO	00881551900
	GM-MOTTA MONTECORVINO	00881551800
	GM-FAETO	00881973441
	GM-CELENZA VALFORTORE	00881554902
	GM-MONTE SANT'ANGELO	00884565929
	GM-CERIGNOLA	00885419485
GM-MARGHERITA DI SAVOIA	00883657804	
GM-CASTELLUCCIO DEI SAURI	00881962372	
GM-CASALVECCHIO DI PUGLIA	00881553700	



REGIONE PUGLIA		
PROVINCIA	NOME CO 118	NUMERO
FOGGIA	GM-CASTELLUCCIO VALMAGGIORE	03483911192
	GM-CASTELLUCCIO VALMAGGIORE	00881972187
	GM-CHIEUTI	00882681612
	GM-ALBERONA	00881592449
	GM-CARPINO	00884992620
	GM-SAN MARCO LA CATOLA	00881556600
	GM-CASALNUOVO MONTEROTARO	00881558110
	GM-SANT'AGATA DI PUGLIA	00881984665
	GM-TROIA	00881979384
	GM-VOLTURARA APPULA	00881557013
	GM-CARAPELLE	00885419911
	GM-VOLTURINO	00881550296
	GM-APRICENA	03356700772
	GM-APRICENA	00882642054
	GM-CANDELA	00885653215
	GM-LUCERA	00881543378
	GM-ISOLE TREMITI (SAN NICOLA)	00882463061
	GM-STORNARELLA	00885432281
	GM-ASCOLI SATRIANO	00885651853
	GM-BOVINO	00881961596
	GM-ISCHITELLA	00884996214
	GM-ANZANO DI PUGLIA	00881982205
	GM-STORNARA	00885431465
	GM-ZAPPONETA	00884529333
	GM-SAN FERDINANDO DI PUGLIA	00883622004
	GM-BICCARI	03483911199
	GM-BICCARI	00881591916
	GM-ORDONA	00885796222
	GM-FOGGIA	00881618301
	GM-FOGGIA	00881617798
	GM-FOGGIA	00881618101
	GM-FOGGIA	00881733100
	GM-ACCADIA	00881981174
	GM-ORTA NOVA	00881884160
GM-TRINITAPOLI	00883634121	
GM-MATTINATA	00884551372	
GM-MANFREDONIA	00884510216	



REGIONE PUGLIA		
PROVINCIA	NOME CO 118	NUMERO
LECCE	GM-ALESSANO	00833521954
	GM-ALEZIO	00833281691
	GM-ANDRANO	00836926015
	GM-ARADEO	00836554819
	GM-ARNESANO	00832324097
	GM-BAGNOLODELSA.	00836318062
	GM-BOTRUGNO	00836992285
	GM-CALIMERA	00832873998
	GM-CAMPI SALENTINA	00832790217
	GM-CARMIANO	00832606452
	GM-CASARANO	00833508466
	GM-CASTRIGNANOC.	00833751293
	GM-CASTRO	00836947176
	GM-COLLEPASSO	00833345655
	GM-COPERTINO	00832932551
	GM-CORIGLIANO	00836329137
	GM-CORSANO	00833532318
	GM-CUTROFIANO	00836515382
	GM-GAGLIANODELC	00833791219
	GM-GALATINA	00836529272
	GM-GALATONE	00833867190
	GM-GALATONE	00833568342
	GM-GALLIPOLI	00833266250
	GM-LECCE	00832343460
	GM-LEVERANO	00832925170
	GM-LIZZANELLO	00832651116
	GM-MAGLIE	00836420201
	GM-MARTANO	00836571267
	GM-MATINO	00833506361
	GM-MELENDUGNO	00832831002
	GM-MELISSANO	00833581163
	GM-MIGGIANO	00833761070



REGIONE PUGLIA		
PROVINCIA	NOME CO 118	NUMERO
LECCE	GM-MONTERONI	00832326482
	GM-MUROLECCESE	00836342304
	GM-NARDO'	00833568371
	GM-NARDO'	00833564021
	GM-NEVIANO	00836619588
	GM-NOCIGLIA	00836936311
	GM-NOVOLI	00832712405
	GM-OTRANTO	00836801676
	GM-PARABITA	00833594389
	GM-POGGIARDO	00836908311
	GM-PORTO CESAREO	00833569545
	GM-PRESICCE	00833727531
	GM-RACALE	00833552776
	GM-RUFFANO	00833691159
	GM-SALICE SALENTINO	00832732286
	GM-SALVE	00833741103
	GM-SAN DONATO	00832658175
	GM-SANCESARIO	00832215466
	GM-SANNICOLA	00833231641
	GM-SANTA CESAREA TERME	00836958153
	GM-SQUINZANO	00832784843
	GM-STERNATIA	00836666032
	GM-SURBO	00832362450
	GM-TAURISANO	00833622386
	GM-TAVIANO	00833912306
	GM-TREPUZZI	00832758474
	GM-TRICASE	00833544118
	GM-TUGLIE	00833596663
	GM-UGENTO	00833555371
	GM-UGGIANO	00836812361
GM-VEGLIE	00832966340	
GM-VERNOLE	00832892303	



REGIONE PUGLIA		
PROVINCIA	NOME CO 118	NUMERO
TARANTO	GM-MONTEIASI	00995901161
	GM-MASSAFRA	00998850605
	GM-MONTEPARANO	009959267
	GM-MONTEMESOLA	00995664547
	GM-LATERZA	00998216652
	GM-LIZZANO	00999552688
	GM-MANDURIA	00999712365
	GM-MARTINA FRANCA	00804805092
	GM-MARUGGIO	0099675458
	GM-TALSANO-LAMA	00997310010
	GM-TORRICELLA	00999579545
	GM-SAVA	00999727423
	GM-PALAGIANELLO	00998444391
	GM-PALAGIANO	00998885333
	GM-PALAGIANO	00998885311
	GM-MOTTOLA	00998862719
	GM-MOTTOLA	00998870260
	GM-SAN GIORGIO JONICO	0099562
	GM-S.MARZANO DI S.GIUSEPPE	009995740
	GM-ROCCAFORZATA	00995926
	GM-GINOSA	00998496914
	GM-GINOSA	00998292936
	GM-STATTE	00994741799
	GM-GROTTAGLIE	00995661427
	GM-FRAGAGNANO	00999574015
	GM-GINOSA MARINA	00998277411
	GM-GINOSA MARINA	00998271754
	GM-CRISPIANO	0099612244
	GM-FAGGIANO	00995338736
	GM-CASTELLANETA	00998496601
	GM-CAROSINO	00995926773
	GM-AVETRANA	00999704062
	GM-TARANTO PAOLO VI	00994721404
	GM-TARANTO CENTRO	00994521997



Tabella 14: Numeri telefonici per la CA della Regione Sardegna

REGIONE SARDEGNA ASL -1- SASSARI			
DISTRETTO	SEDI DI GUARDIA	Ubicazione/indirizzo	TELEFONO
SASSARI	STINTINO	VILLAGGIO COUNTRY PARADISE	346 79 80 991
		LOCALITA' BORGIO DEI MERCANTI	
	PLATAMONA	ROTONDA CENTRALE	079 31 20 000
	CASTELSARDO	PORTO TURISTICO LOC. FRIGIANO	079 47 00 85
	VALLEDORIA	VIA AMPURIAS LOC. LA FOCE	079 58 43 84
ALGHERO	ALGHERO	ACCANTO PRONTO SOCCORSO	079 98 71 61
		VIA DON MINZONI	
	FERTILIA	PIAZZA VENEZIA GIULIA	079 93 05 33

REGIONE SARDEGNA ASL -2- OLBIA			
DISTRETTO	SEDI DI GUARDIA	Ubicazione/indirizzo	TELEFONO
OLBIA	Olbia	Viale A. Moro	0789 552266
	Budoni	Via Nazionale	0784 844494
	Cannigione	Via Normandia	0789 88223
	Golfo Aranci	Via Libetà	0789 615087
	La Maddalena	Loc. Palude	0789 722074
	Palau	Via Degli Achei	0789 771014
	Porto Cervo	Via P. Cervo	0789 92375
	Porto Rotondo	P.zza Quadra	0789 381024
	Porto S. Paolo	Via Nazionale	0784 40752
	S. Teodoro	Via Sardegna	0784 865054
	S. Teresa di G.	Via C. Felice	0789 754959
TEMPIO PAUS.	Aglientu	Loc. Vignola Mare	079 602026
	Badesi	Loc. Li Junchi	079 684335
	Trinità D'Agultu	C.so Trinità Isola Rossa	079 680003



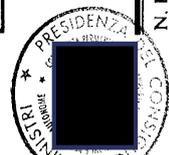
REGIONE SARDEGNA ASL - 3- NUORO			
DISTRETTO	SEDI DI GUARDIA	Ubicazione/indirizzo	TELEFONO
SINISCOLA	SINISCOLA	VIA MATTEOTTI	0784874022
	LODE'	VIA SS. ANNUNZIATA	0784899763
	OROSEI	VIA GRAMSCI 22	0784998096
	LOCULI	VIA SAN MICHELE 12	078497248
			3469846864
POSADA	VIA NAZIONALE 113	0784854684 3924387319	
MACOMER	BOLOTANA	VIA ROMA N° 1	078543182
	BORORE	VIA MAZZINI N° 2	078586422
	MACOMER	LOC.NURAGHE RUIU	07845222360
	SILANUS	VIA STAZIONE N° 19	078584750
ARITZO	ARITZO	CORSO UMBERTO	0784629622
DESULO	DESULO	VIA LAMARMORA	0784619184
MEANA SARDO	MEANA SARDO	VIA MAGENTA	078464015
OVODDA	OVODDA	VIA ORISTANO	078454116
SORGONO	SORGONO	VIA DE CASTRO	0784 60285
TONARA	TONARA	VIA REGIONE	078463813
BITTI	BITTI	LOC. GURUMURU	0784415079
DORGALI	DORGALI	VIA KENNEDY	078496521
		VIA DEL BUE MARINO	3402127533
FONNI	FONNI	VIA MERCATO,1	078457024
GAVOI	GAVOI	VIA DANTE	078453145
LULA	LULA	VIA GRAMSCI, 113	0784418611
MAMOIADA	MAMOIADA	VIA DE GASPERI, 2	078456760
NUORO	NUORO	VIA DEFFENU, 42	0784240848
OLIENA	OLIENA	VIA GALIANI S.P., 46	0784288014
OLZAI	OLZAI	CORSO VITTORIO EMANUELE	3404567299
ORANI	ORANI	VIA LAMARMORA	078474209
ORGOSOLO	ORGOSOLO	VIA ANGIOI	0784403285
OROTELLI	OROTELLI	VIA TRIESTE	0784 78033
ORUNE	ORUNE	VIA R. GATTU	3457464754
OTTANA	OTTANA	VIA REPUBBLICA	078475689



REGIONE SARDEGNA ASL -4 - LANUSEI			
DISTRETTO	SEDI DI GUARDIA	Ubicazione/Indirizzo	TELEFONO
TORTOLI'	S.MARIA NAVARRESE	Indirizzo P.zza Ulivi,	0782 615010
	BARISARDO	Indirizzo Loc. Sa Marina,	0782 29078
	TERTENIA "sairala"	Indirizzo Loc. Sa Marina,	3393118890

REGIONE SARDEGNA ASL - 5 - ORISTANO			
DISTRETTO	SEDI DI GUARDIA	Ubicazione/Indirizzo	TELEFONO
Ghilarza-bosa ORISTANO	Santa Caterina	Loc. Su Paris de Sa Turre di Pittinuri Tel.	3402700346
	San Vero Millis	c/o Istituto Evaristiani via Madeddu località Putzu Idu	3456619173
	Torregrande	piazza della Torre, 26	3486689144

REGIONE SARDEGNA ASL - 6 - SANLURI			
DISTRETTO	SEDI DI GUARDIA	Ubicazione/Indirizzo	TELEFONO
USPINI	GUTTURU E FLUMINI		0709750017
	TORRE DEI CORSARI	VIA DELLA TORRE SNC	0709751003



REGIONE SARDEGNA ASL - 7 - CARBONIA			
DISTRETTO	SEDI DI GUARDIA	Ubicazione/Indirizzo	TELEFONO
CARBONIA	BACU ABIS	PIAZZA LAMARMORA, 1	078165540
	CALASETTA	VIA S. ANTIOCO, 36	078188440
	CARBONIA	PIAZZA CAGLIARI	078161431
	CARLOFORTE	VIA DON PAGANI, 5	0781855666
	CORTOGHIANA	PIAZZA VENEZIA, 64	078160143
	GIBA	VIA E. D'ARBOREA	0781964265
	NARCAO	VIA PESUS, 39	0781959112
	NUXIS	VIA DELLA LIBERTA'	0781957473
	PORTOSCUSO	VIA TEMPIO, 8	0781509541
	SANTADI	PIAZZA REPUBBLICA	0781941065
	S.ANNA ARRESI	PIAZZA ALDO MORO, 1	0781955060
	S.ANTIOCO	VIA RINASCITA, 23	078183591
	S.GIOV.SUERGIU	VIA BELLINI, 1	078168179
	BUGGERRU	VIA DEL TEATRO, 1	0781548021
	DOMUSNOVAS	VIA MAGENTA, 26	078170622
IGLESIAS	FLUMINIMAGGIORE	VIA ARGIOLAS, 20	0781580023
	GONNESA	VIA G. BRUNO, 12	078145105
	IGLESIAS	VIA S. LEONARDO, 1	078122389
	NEBIDA	PIAZZA FLORIS	078147032
	VILLAMASSARGIA	VIA STAZIONE, 1	078174770

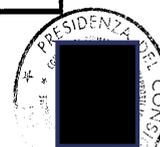


REGIONE SARDEGNA ASL - 8 - CAGLIARI			
DISTRETTO	SEDI DI GUARDIA	Ubicazione/indirizzo	TELEFONO
AREA OVEST	TEULADA	VICO MARCONI 9	0709270087
	PULA	VIA TIGELLIO	0709209894
QUARTU -PARTEOLLA	SOLANAS	VIA SANTA BARBARA 3/5	070750795
	FLUMINI	VIA BIZET a QUARTU S.ELENA	070826494
SARRABUS- GERREI	VILLASIMIUS	VIA REGINA ELENA 10	070791374
	MURAVERA - COSTA REY	c/o CAMPEGGIO "LE DUNE"	0709919082
	CASTIADAS	c/o COMPLESSO TURISTICO " GARDEN BEACH	3601032181
	VILLAPUTZU	VIA LEONARDO DA VINCI	3601032183



Tabella 15: Numeri telefonici per la CA della Regione Sicilia

REGIONE SICILIA				
AZIENDA	DISTRETTO	PRESIDIO	INDIRIZZO	n. TELEFONO
A.S.P. n. 1 AGRIGENTO	SCIACCA	Sciacca	via P. Gerardi, 7	092526840
		S. Margherita Belice	via Cannitello	092531165
		Menfi	via Raffaello, 1	092572354
		Caltabellotta	via Fiori, 7	0925951065
	Montevago	via Magellano, 4	092538393	
	Sambuca di Sicilia	via P. Togliatti	0925942842	
	S. Anna di Caltabellotta	corso Vitt. Emanuele	0925951499	
	Ribera	via Circonvallazione	092566742	
	Villafanca Sicula	via Vitt. Emanuele, 83	0925550047	
	Lucca Sicula	via F. Crispi, 12	092560635	
RIBERA	Montallegro	via Cesare Battisti	0922847086	
	Cattolica Eraclea	via Oreto	0922849012	
	Burgio	via Leone	092564777	
	Bivona	via Benedettini	0922983600	
BIVONA	Ciandiana	piazza A. Di Giovanni	0922984555	
	S. Biagio Platani	via Veneziano, 1	0922910685	
	S. Stefano Quisquina	piazza Castello, 1	0922982311	
	Alessandria Della Rocca	via Umberto, 104	0922981225	
CASTELTERMINI	Casteltermini	via Kennedy, 55	0922916001	
	S. Giovanni Gemini	via vitt. Veneto, 50	0922900789	



REGIONE SICILIA				
AZIENDA	DISTRETTO	PRESIDIO	INDIRIZZO	n. TELEFONO
A.S.P. n. 1 AGRIGENTO	AGRIGENTO	Agrigento 2° Posto	viale dei Giardini, 136 - S. Le	0922413590
		Agrigento 3° Posto	Via Napoli Giardina Gallotti	0922410152
		Agrigento 4° Posto	via Renato Candida, 9	0922604088
		Aragona	via Trapani, 1	0922368818
		Comitini	piazza M. A. Butera s.n.c.	0922600212
		Favara	via della Sanità, 1	092232281
		Joppolo Giancaxio	via Erice, 5	0922631237
		Porto Empedocle	via Colombo, 22	0922637222
		Raffadali	via america, 10	092239966
		Realmonte	via Miramare	0922816716
		S. Angelo Muxaro	via P. Santi Mattarella	0922919317
		S. Elisabetta	via S. Lucia, 2	0922476972
		Siculiana	via A. De Gasperi, 1	0922815845
		Canicatti	via Pietro Micca, 10	0922733600
		Camastra	via rombò, 5	0922950569
Racalmuto	corso Garibaldi	0922948002		
CANICATTI'	CANICATTI'	Campobello di Licata	via Luigi Giglia	0922877173
		Grotte	via confine, 23	0922943139
		Naro	via don guanella,4	0922956026
		Ravanusa	viale Lauricella, 10	0922875525
LICATA	LICATA	Castrofilippo	via Milano, 2	0922829722
		Licata	c. da Cannavecchia	0922869135
		Palma	via Maccaaro, 1	0922961585



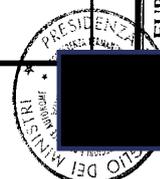
REGIONE SICILIA				
AZIENDA	DISTRETTO	PRESIDIO	INDIRIZZO	n. TELEFONO
A.S.P. n. 2 CALTANISETTA	CALTANISETTA	VillaIba	via Roma	0934811753
		Caltanissetta 1	via Malta	0934506859
		Caltanissetta 2	via del Minatore	0934566469
		Gela 1°	via E. Romagnoli	0933833278
		Gela II°	via E. Romagnoli	0933833278
		Mazarrino	via Roma	0934300237
		Niscemi	via Bellini	0933952155
		Butera	via Matteotti	0934346156
		San Cataldo	c/o P.O. "M. Raimondi"	0934573388
		Serradifalco	via Mintina	0934931025
		Delia	c/da vignazza	0922820265
		Mussomeli	via don Gliotti	0934991506
		Santa Caterina Villarmosa	via Risorgimento	0934671153
		Resuttano	via Circonvallazione, 4	0934673464
		Montedoro	via delle Cooperazioni	0934934206
Bompensiere	via Macchiaielli	0934938158		
Campofranco/Sutera	via Mussomeli	0934999255		
Acquaviva Platani	via Cesare Battisti	0934953170		
Riesi	c/da Cicione	0934923200		
Vallelunga Pratameno	via L. Da Vinci	0934814144		
Marianopoli	via Mimiami, 5	0934674112		



REGIONE SICILIA				
AZIENDA	DISTRETTO	PRESIDIO	INDIRIZZO	n. TELEFONO
A.S.P. n. 3 CATANIA	ACIREALE	Acireale	corso Savola, 120	095894492
		Aci Catena	Via Turi D'Agostino, 35	095801591
		Aci Castello	Via Stazione, 3	0957111839
	ADRANO	Aci S. Antonio	Via Umberto, 89	0957891458
		Aci Bonaccorsi	Via Garibaldi, 44	0957899013
		S. Venerina	Via Mazzini Nettuno, 29	095953869
	BRONTE	Zafferana Etnea	Via del Giardino	0957082634
		Adrano	piazza S. Agostino, 27	0957690996
		Biancavilla	Via C. Colombo	095688327
	CALTAGIRONE	S. M. di Licodia	Via Verdi, 25	095629076
		Bronte	Via Catania, 5	0957746401
		Maletto	Via Aldo Moro, 10	095698717
		Maniace	piazza Beato Placido, 34	095690169
		Randazzo	Via Dominidò	095923755
		Caltagirone	Via Circonvallazione, 329	093326616
Grammichele		piazza Marconi	0933353502	
Licodia Eubea		Via Marconi	0933963006	
Mazzarrone		Via Canonica	093328168	
Mineo		Via Trinacria, 183	0933982896	
CATANIA 1	Mirabella Imbaccari	Via Firenze, 2	0933991145	
	S. Cono	Via Firrarello	0933970115	
	S. Michele di Ganzaria	Via P. Mattarella, 2	0933976777	
CATANIA 2	Vizzini	Via Roma, 4	0933965062	
	Catania 1	corso Italia, 234	095377122	
	Catania 2	stradale S. Giorgio, 105	09509389700	
CATANIA 3	Misterbianco	Via Galileo Galilei, 65	095303508	
	Motta S. Anastasia	corso Sicilia, 59/61	095306460	
CATANIA 3	Playa (turistica)	Viale Kennedy, 10	095345105	
	Vaccarizzo (turistica)	Vilaggio Delfino via Rombo, 1		
		Catania 3	corso Italia, 234	095377122



AZIENDA	DISTRETTO	REGIONE SICILIA PRESIDIO	INDIRIZZO	n. TELEFONO
A.S.P. n. 3 CATANIA	GIARRE	Calatabiano	via Trifilò, 38	095645292
		Castiglione	Via R. Cimino, 1	0942984285
		Flumefreddo	Via La Farina, 48	095642311
		Giarre	Via Forlanini	0957782227
		Linguaglossa	Via S. Nicola, 14	0957782506
		Mascali	Via Immacolata, 18	0957784535
		Milo	corso Italia, 1	095955286
		Piedimonte Etneo	Via L. Capuana, 24	095644146
		Riposto	Via Roma, 36	095934884
		S. Alfio	Via Mons. Nicotra, 11	095968521
		Fondachello (turistica)	Via Immacolata, 18 - Mascali	0957784535
		Piano Provenzana (turistica)		
		Camprotrondo	Via IV Novembre, 3	0957502653
		Gravina	Via Monte Arsi, 1	0957502625
Mascalucia	Via Regione Siciliana, 12	0957502668		
GRAVINA		Nicolosi	Via Firenze, 13	095914757
		Nicolosi Nord (turistica)	rifugio Sapienza	0957801357
		Pedara (ordinaria-turistica)	Via Etnea	0957027004
		S. A. Li Battiati	Via Sangiuliano, 24/A	0957253837
		S. Gregorio	Via Zizzo, 5	0957502422
		S. G. La Punta	Via Duca D'Aosta, 43	0957410749
		S.P. Clarenza	largo Mannino	0957502652
		Trecastagni	Via Cavour, 26	0957806222
		Tremestieri Etneo	Via Vitt. E. Orlando, 26	09577252911
		Valverde	Via Seminara, 5	0957213909
		Viagrande	Via Teocrito, 5	0957894103
		Castel Di Iudica	Via Pasubio	095661045
		Militello Val Di Catania	Via S. Francesco di Paola	095655666
		PALAGONIA		Palagonia
Raddusa	Via Asilo Nido, 2			095662062
Ramacca	Via Foscolo, 1			095653892
Scordia	Via Barchitta, 2			095657280
Belpasso	piazza Municipio, 3			095918167
PATERNO'		Ragalna	Via Dott. Giuffrida	095620300
		Paternò	Via Massa Carrara, 2	095621288



REGIONE SICILIA				
AZIENDA	DISTRETTO	PRESIDIO	INDIRIZZO	n. TELEFONO
A.S.P. n. 4 ENNA	ENNA	Agira	via V. Emanuele, 56	0935692263
		Aidone	via Martiri d'Ungheria, 2	093588018
		Assoro	via Crisa, 1	0935667660
		Barrafranca	corso Italia, 1	0934464493
		Calascibetta	via Nazionale	093534289
		Capizzi	piazza Mercato, 1	0935933877
		Catenuova	corso Sicilia, 57	093575804
		Centuripide	piazza Enna, 1	093574164
		Cerami	via F. Crispi, 24	0935932056
		Enna	via Calascibetta	0935500896
		Gagliano	via Madonna dell'Alto	0935693377
		Leonforte	contrada S. Giovanni	0935903306
		Nicosia	via San Giovanni	0935638332
		Nissoria	(G.M. di Leonforte)	0935903306
		Pergusa	(G.M. di Enna)	0935500896
		Piazza Armerina	(c/o P. O. Chiello)	0935684222
		Pietraperizia	via S. Orsola, 208	0934401118
Regalbuto	via andrea del Guasto	093572510		
S. Giorgio	(G.M. di Leonforte)	0935903306		
Sperlinga	(G.M. di Nicosia)	0935638332		
Troina	via Calatafimi, 1	0935657110		
Valguarnera	via Convento, 18	0935956645		
Villadoro	via Umberto	0935644240		
Villarosa	via Rosa Ciotti	093531990		



REGIONE SICILIA				
AZIENDA	DISTRETTO	PRESIDIO	INDIRIZZO	n. TELEFONO
A.S.P. n. 5 MESSINA	TAORMINA	Coccella Valdemone	Via Alcide De Gasperi, 1	0942965075
		S. Alessio Siculo	contrada Siena	0942751019
		Savoia	Via Borgo	0942761124
		S. Domenica Vittoria	Piazza Germanà	095925104
		Antillo	Via Roma, 188	0942723142
		Casalvecchio	Piazza Croce, 2	0942761121
		Castelmola	Via Alcide De Gasperi, 49	094228256
		Cesarò	Via R. Margherita, 1	095697147
		Forza D'Agrò	Via Belvedere, 23	0952721601
		Francavilla di Sicilia	Via Dei Mulini, 4	0942981271
	Gaggi	Via E. Berlinguer	094263005	
	Gallodoro	Viale Europa, 39	094236892	
	Giardini Naxos	Via Vittorio Emanuele trav. 1	094253932	
	Graniti	Via Roma, 144	094229043	
	Letojanni	Via Vittorio Emanuele, 235	094236388	
	Limina	Via L. Da Vinci, 1	0942726192	
	Malvagna	Via Manganelli, 2	0942964175	
	Molo Alcantara	Via Torre, 1	0942963106	
	Mongiluffi Mella	piazza S. Nicolò	094220127	
	Motta Camastra	piazza Croce, 1	0942985283	
Messina Nord	Viale Giostra	09059606		
Messina Centro Nord	Via Garibaldi, 240-242	09045077		
Rometta	Via Don G. Mento Visalli	0909924223		
Saponara	Via Kennedy	090334079		
Villafrauca	P. Di Castelnuovo, 71	090334536		
Messina Sud	Via Del Mille, 251	0902932510		
Itala	Via Salita Italia Sup.	090951167		
Nizza Di Sicilia	Via C. Todaro, 70	0942715986		
Ali Terme	Via M. Guglielmo	0942715212		
Ali	Via Spirito Santo, 8	0942700171		
Roccalumera	Via Torrente Sciglio	09427462233		
Furci Siculo	Via Milano, 65	0942793793		
Pagliara	Via Vallone Rinaldo, 1	0942737237		
Mandanici	Via SS Trinità	094278230		
Flumedinisi	Piazza Matrice	0942771164		

N. EUROPEO 116117: CRITERI E MODALITÀ DI ATTIVAZIONE



AZIENDA	REGIONE SICILIA		n. TELEFONO	
	DISTRETTO	PRESIDIO		
A.S.P. n. 5 MESSINA	MILAZZO	Milazzo	via Impallomeni, 45	0909281158
		S. Pier Niceto	Via Boilvar	0909975084
		Torregrotta	Via Verga	0909910599
		S. Filippo Del Mela	Via Serro, 10	090931755
		S. Lucia Del Mela	piazza Milite Ignoto, 1	0909335072
		Pace Del Mela	Via Libertà, 35	0909385076
		Venetico	Via Roma	0909920093
		Spadafora	Via Galleano	0909941525
		Monforte S. Giorgio	Via Principe di Piemonte, 14	0909934006
		Gualtieri Sicaminò	Via Nuova, 5	0909936132
		Roccavaldina	Via Colleggio, 4	0909977373
		Lipari	Via Garibaldi, 240-242	0909885426
		Ginostra	Via Portella	0909885408
		Panarea	Via S. Pietro	0909885433
		Stromboli	Via V. Emanuele	0909885435
BARCELLONA	LIPARI	Malifa	Via Umberto I*	0909885432
		Vulcano	Via porto Levante	0909885431
		Alicudi	Via Comunale Perclato	0909889913
		Filicudi	Via Rocca Ciauli	0909889961
		Barcellona	Via Cattafi	0909751557
		Basico	Via Vittorio Emanuele, 206	094185112
		Castroreale T.	Via siracusa, 33	0909746051
		Falcone	Via Piazza Romeo	094134374
		Fondachelli	Via Patri, 2	0941651207
		Furnari	piazza Municipio	094181170
		Mazzarà S. Andrea	Via Umberto I*	094183368
		Merì	Via Brigadiere Nania, 4	0909763294
		Montalbano Elicona	Via Giardino, 34	0941679362
		Novara di Sicilia	Via F. Calcajno	0941650446
		Rodi Milici	Viale della Libertà	0909741333
Terme Vigliatore	Via S. Biagio	0909781578		
Tripi	Via F. Todaro, 186	094182081		



AZIENDA	DISTRETTO	REGIONE SICILIA PRESIDIO	INDIRIZZO	n. TELEFONO
	PATTI	Briolo	Via Kennedy	0941563605
		Ficarra	Via IV Novembre	0941582338
		Floresta	Via A. Moro	0941662152
		Giolisa Marea	Via G. Natali Gatto	0941301050
		Librizzi	Via Salita Toselli	094132196
		Montagnareale	Via Belvedere	0941315236
		Oliveri	Via Baden Powell	0941313088
		Piraino	Via Roma	0941585109
		Raccuja	Via Gramsci	0941663202
		S. Angelo Di Briolo	Via S. Francesco di Paola	0941533150
		S. Piero Patti	Via Scaglione	0941669263
		Sinagra	Via Patri	0941594164
		Ucria	Via Padre Berardino	0941664422
		Castel Di Lucio	Via Vittorio Veneto	0921384235
		S. Stefano Di Camastra	Via Libero Grassi	0921331934
A.S.P. n. 5 MESSINA	MISTRETTA	Reitano	villaggio S. Giuseppe	0921338149
		Motta D'Affermo	Via Roma	0921336491
		Tusa	Via Roma	0921330537
		Pettineo	Via A. Pedevillano C.	0921336295
		Acquedolci	Via Buonriposo	0941730006
		Alcara Li Fusi	Via U. Foscolo	0941793383
		Capo D'Orlando	Via Mancini, 1	0941911958
		Capri Leone	Piazza Municipio	0941958596
		Caronia	Via L. Orlando	0921305019
		Castell'Umberto	Via C. Battisti, 1	0941438032
		Galati Mamertino	Via Roma	0941434796
		Longi	Via Matteotti, 1	0941485282
		Militello Rosmarino	Via Umberto I°, 5	0941726296
		Mirto	Via S. Rocco	0941919358
		Naso	Via Convento, 2	0941961068
S. Fratello	Via Milano, 2	0941799241		
S. Marco D'Alunzio	Via Garibaldi, 20	0941797001		
S. Salvatore Di Fitalia	Via Caduti sul Lavoro	0941486173		
Torrenova	Via Meli	0941785616		
Tortorici	Via Vittorio Emanuele	0941430318		

N. EUROPEO 116117: CRITERI E MODALITÀ DI ATTIVAZIONE



REGIONE SICILIA				
AZIENDA	DISTRETTO	PRESIDIO	INDIRIZZO	n. TELEFONO
A.S.P. n. 6 PALERMO	DISTRETTO 33	Cefalù	via Mazzini, 8	0921423623
		Campofelice Di Roccella	piazza Garibaldi, 3	0921428607
		Castelbuono	salita S. Antonino	0921672796
		Collesano	v. A. Amedeo	0921661301
		Finale Di Pollina	via Boccaccio	0921426233
		Gratteri	piazza Monumento	0921429498
		Isnello	via Roma, 1	0921662364
		Lascari	via U. La Malfa, 12	0921427275
		Pollina	c/da Auricella	0921425019
	S. Mauro Castelverde	corso Umberto		
	DISTRETTO 34	Carini	piazza S. Francesco	0918620173
		Capaci	viale dei Pini, 1	0918671561
		Gnisi	piazza Caduti della Patria	0918665981
		Isola Delle Femmine	via Mattarella	0918677042
		Terrasini	fondo Pozzo Vallone, 1	0918682855
		Torretta	piazza Vittorio Emanuele III*	0918670205
	DISTRETTO 35	Petralia Sottana	via Vittorio Veneto, 40	091682832
		Alimena	via Ing. Calabrese	091646050
		Blufi	via A. Romano, 12	0921648139
		Bompietro	via Cavour, 1	0921647476
		Castellana Sicula	via Leone XIII*, 1	0921562125
		Gangi	via Cappuccini, 1	0921645363
		Geraci Siculo	via S. Salvatore, 1	0921643389
		Petralia Soprana	corso Umberto, 36	0921641684
		Polizzi Generosa	via Vindiguerra	0921649364
	DISTRETTO 36	Misilmeri	via Orto Botanico, 16	0918710281
		Baucina	via Fratelli Carroli, 1	0918202493
		Bolognetta	via Fratelli Carroli, 1	0918202493
		Campofelice Di Fitalia	via Croce, 8	0918200142
		Ciminna	via G. Falcone, 2	0918204581
		Godrano	via Roccaforte, 29	0918208123
		Marineo	via Peppino Piraino	0918725117
		Mezzojuso	via Palermo, 30	0918203332
		Ventimiglia di Sicilia	piazza Santa Rosalia, 5	0918209591
		Villafraati	via Procida, 4	0918201159
		DISTRETTO 37	Termini Imerese	c/o Ospedale "Gimino"
	Caccamo		piazza S. Agostino	0918148109
	Caltavuturo		piazza Emanuela Loi	0921541579
	Cerda		via A. De Gasperi, 1	0918991776
	Montemaggiore Belsito		via Maria SS degli Angeli, 44	0918993766
	Sciarra		via Anime Sante, 1	0918994183
	Scillato		via Europa, 154	0921663154
	Sclafani Bagni		via Rione S. antonio, 17	0921541792
	Trabia		via Verga	0918147284



REGIONE SICILIA				
AZIENDA	DISTRETTO	PRESIDIO	INDIRIZZO	n. TELEFONO
A.S.P. n. 6 PALERMO	DISTRETTO 38	Lercara Friddi	via S. D'Acquisto, 2	0918251190
		Alia	via Montemaggiore	0918214010
		Castronovo di Sicilia	corso Umberto I°, 1	0918217234
		Palazzo Adriano	via Messina, 2	091838256
		Prizzi	piazza IV Novembre	0918346952
		Roccapalumba	via L. Avellone, 2	0918215107
		Valledolmo	via Stagnone, 2	0921542581
	DISTRETTO 39	Vicari	via P. Umberto I°, 1	0918216283
		Bagheria	via Liszt. 32/34	091991316
		Altavilla Milicia	via Guglielmo Oberdan, 23	091991338
		Aspra	via S. Diego di California	091991317
		Casteldaccia	largo Salaparuta, 31	091991320
		Ficarazzi	corso Umberto I°, 392	0916360872
	DISTRETTO 40	Santa Flavia - Porticello	via De Gasperi, 41	091991319
		Corleone	via Papa Giovanni XXIII*	0918462296
		Bisacchino	via Camerano, 2	0918351570
		Campofiorito	via dei Pioppi	0918466389
		Chiusa Sclafani	via Conte	0918353627
		Contessa Entellina	via roam, 20	0918355375
	DISTRETTO 41	Giuliana	salita Castello	0918356278
		Roccamena	via Turati, 1	0918465158
		Partinico	via P. Umberto, 224	0918911176
		Balestrate	via Giliberti, 42	0918786790
		Borghetto	piazza V. E. Orlando	0918981767
		Camporeale	c/da Mandrianova	092436620
		Giardinello	via Trento, 17	0918984503
		Montelepre	via F. Purpura, 82	0918983853
		S. Cipirrello	via Macello, 2	0918572567
	DISTRETTO 42	S. Giuseppe Jato	piazza del Popolo	0918572250
		Trappeto	via Fiume	0918788342
		Lampedusa	via Grecale	0922970604
		Linosa	via Re Umberto, 32	0922972115
		Ustica	largo Gran Guardia	0918449392
		Altofonte	via Cavour, 34	091437203
		Belmonte Mezzagno	via A. De Gasperi, 47	0918729037
		Grisi	via Firenze, 6	0918785158
		Monreale	c/da Cirba	0916404310
		Piana Degli Albanesi	via Martiri di Portella delle Gi	0918571081
		S. Martino Delle Scale	piazza Platani, 11	091418884
		Villabate	corso Vittorio Emanuele, 138	0916143165
		Palermo - A.R.S.	c/o Assemlea Regionale Siciliana	
		Palermo - Porrazzi	via La Loggia, 5	0917033331
	Palermo - Cantieri Navali	via Massimo d'Azeglio, 6/a	0917032171	
	Palermo - Partanna Mondello	via Landolino, 12	0916842827	
	Palermo - Oreto Stazione	via Villagrazia, 46	0917037250	
	Palermo - PA Centro 1 e 2	piazza degli Aragonesi	091581316	
	Palermo - Settecannoli	corso dei Mille, 930	0917037253	



REGIONE SICILIA				
AZIENDA	DISTRETTO	PRESIDIO	INDIRIZZO	n. TELEFONO
A.S.P. n. 7 RAGUSA	GM ORDINARIA	Acate	via Vittorio Veneto, 98	0932989849
		Chiaromonte Gulfi	via Vittorio Emanuele, 9/A	0932922619
		Comiso	via Keplero	0932961186
		Donnalucata	via Savona	0932930056
		Frigintini	via Gianforma	0932901660
		Giarratana	via Calatafimi, 1	0932976044
		Ispica	via Duca d'Aosta, 32	0932951269
		Marina di Ragusa	via Schembri	0932239085
		Modica	via Loreto Gallinara III* trav. 5	0932754994
		Monterosso Almo	via Acqua Santa, 73	0932977216
		Pedalino	via XXV Luglio, 276	0932729595
		Pozzallo	via M. Rapisardi, 126	0932446623
		Ragusa Centro	piazza Igea, 3	0932623946
		Roccazzo - Sperlinga	contrada Sperlinga	0932921111
		S. Croce Camerina	via Di Vittorio, 3	0932912920
		S. Giacomo	via Giasante, 11/A	0932231721
		Sciacca	via Mazzini, 1	0932931590
		Vittoria I° Posto	stradale per Scoglitti, 29	0932986425
		Vittoria II° Posto	stradale per Scoglitti, 30	0932986425
	Cava D'Aliga	via Tolstoj	0932851816	
	Donnalucata	via Savona	0932930056	
	Casuzze	via del Ginepro, 1	0932915437	
	Marina Di Acate	lungomare Marina di Acate	0932801124	
	Marina Di Modica	scuole elementari ex piscina	0932902460	
	Marina Di Pozzallo	via M. Rapisardi, 126	0932446623	
	Marina Di Ragusa	via Schembri	0932239085	
	Punta Braccetto	c/o Camping Baia Coralli	0932918008	
	S. Maria Del Focallo	S.P. Pozzallo-Pachino, 257 Km.	0932791509	
	Scoglitti	prolungamento via Taranto	0932980367	
	Sciacca		0932446309	
	Scoglitti	c/o Poliambulatorio	0932995633	
	Chiaromonte Gulfi	c/o Poliambulatorio c/da Pezza	0932925580	
	Pozzallo	via Mario Rapisardi, 126	0932446624	
	P.T.E.			



REGIONE SICILIA				
AZIENDA	DISTRETTO	PRESIDIO	INDIRIZZO	n. TELEFONO
A.S.P. n. 8 SIRACUSA	NOTO	Avola	c/o Ospedale "Di Maria" -c/da	0931582288
		Noto	c/o Ospedale "Trigona" - via d	0931894781
		Pachino	via S. Quasimodo, 3	0931801141
		Portopalo	via L. Sturzo, 17	0931842510
		Rosolini	via Ronchi, 2	0931858511
		Testa dell'Acqua	strada Prov.Le Noto-Testa dell'	0931810110
	SIRACUSA	Belvedere	via Consolazione, 1	0931712342
		Buccheri	via A. De Gasperi, 2	0931873299
		Buscemi	via Don L. Sturzo, 30	0931878207
		Canicattini Bagni	via Umberto I°, 39	0931945833
		Cassaro	via S. Sebastiano	0931877236
		Cassibile	via dell'Iris, 8	0931718722
		Ferla	via Garibaldi	0931879090
		Floridia	zona Artigianale	0931942000
		Palazzolo Acreide	via Cavalcanti	0931989650
		Priolo Gargallo	via Crimaldi, 92	0931768077
		Siracusa 1		
		Siracusa 2	c/o Ospedale "A. Rizza", c/da P	0931484629
	Solarino	strada per Priolo	0931922311	
	Sortino	contrada Lago	0931954747	
	AUGUSTA	Augusta	via Megara	0931521277
		Melilli	via Fani	0931955526
		Villasmundo	via V. Emanuele, 134	0931950278
	LENTINI	Carlentini	via dello Stadio	095909985
		Francofonte	c/da da Coco, 1	0957841659
		Lentini	ex Ospedale di Lentini	0957838812
		Pedagoggi	via Messina, 10	095995075

REGIONE SICILIA				
AZIENDA	DISTRETTO	PRESIDIO	INDIRIZZO	n. TELEFONO
A.S.P. n. 9 TRAPANI	CASTELVETRANO	Santa Ninfa	piazza Flemming	092461538
		Selinunte	via Marco Polo	092446548
		Salaparuta	via Palermo	092475499
		Poggioreale	via Papa Giovanni XXIII	092475522
		Triscina (turistica)	via 12	092484371
		Tre Fontane (turistica)	via Trapani	092480468
	ALCAMO	Alcamo	viale Europa, 41	0924599503
		Balata Di Baida	via G. Pascoli, 32	092438115
		Calatafimi	via A. De Gasperi, 101	0924950370
		Castellammare Del Golfo	c/da Duchessa	092433222
		Alcamo (turistica)	c/da Plaia, 1316	0924597500
		Castellammare Del Golfo (tu	c/da Duchessa	092431705
		Scopello (turistica)	c/da Scopello Baglio	0924541145



Tabella 16: Numeri telefonici per la CA della Regione Toscana

REGIONE TOSCANA					
Azienda USL	DISTRETTO	SEDE/POSTAZIONE	n. TELEFONICO		
EX USL 10 di Firenze	Toscana Centro	Santa Maria Nuova	055-6938980		
		Firenze 1	Sant'Agostino	055-215616	
		Firenze 2	Torrigiani	055-679293	
		Firenze 3	Galluzzo	055-2320082	
			Badia a Ripoli	055-6536899	
		Firenze 4	Il Giglio	055 700536	
			Rifredi	055-42691	
		Firenze 5	Ponte di Mezzo	055-419779	
			Peretola	055-315225	
		Nord/Ovest 1	Campi Bisenzio	055-890480	
			Calenzano	055-8878223	
		Nord/Ovest 2	Fiesole	055-599214	
			Vaglia	055-407704	
		Nord/Ovest 3	Sesto Fiorentino	055-4200050	
			Scandicci	055-6930793	
		Sud/Est 1	Le Signe	055-876500	
			Bagno a Ripoli	118	
		Sud/Est 2	Pontassieve		
			Rufina		
			Inpruneta		
		Sud/Est 3	San Casciano		
			Tavarnelle		
			Figline		
		Mugello 1	Reggello		
			Rignano		
			Dicomano		055-8316868
		Mugello 2	Borgo San Lorenzo		055-8495959
			San Piero a Sieve		055-8487042
	Firenzuola	055-819467			
	Marra di	055-8042413			
	Palazzuolo Sul Senio	055-8046209			



REGIONE TOSCANA				
Azienda USL	DISTRETTO	SEDE/POSTAZIONE	n. TELEFONICO	
EX ASL 3 di Pistoia	zona distretto Valdinievole	Montecatini Terme, Massa e Cozzile, Ponte Buggianese - c/o Soccorso Pubblico Via Manin 22 - Montecatini Terme	0572-909033	
		Monsummano Terme e Pieve a Nievole - c/o Misericordia Via Empolese 366 - Monsummano Terme	0572-53362	
		Pescia, Uzzano, Borgo a Buggiano, Chiesina Uzzanese - c/o Casa della Salute Via Cesare Battisti 9 - Pescia	0572-460497	
		Lamporecchio e Larciano - c/o Casa della Salute Piazza IV Novembre 28 - Lamporecchio	0573-81123	
	zona distretto Pistoiese	Pistoia e Serravalle P.se - Viale Adua 70 - Pistoia	0573-368378	
		Montale e Agliana - c/o Casa della Salute Via Curiel - Agliana	0573-228139	
		Quarrata - c/o Croce Rossa Via Bocca di Gora e Tinaia 67 - Quarrata	348-6972322	
		Sambuca e Taviano - c/o Centro Socio Sanitario Piazza del Comune 4 - Taviano	0573-893772	
		S.Marcello P.se e Piteglio - c/o RSA Turati - Gavinana	0573-66032	
			0573-66384	
		Cutigliano e Abetone - Piazza Risorgimento - Cutigliano	0573-68120	
	Prato	Mariana e Femminamorta - ex Scuola elementare Via Mammianese 593 loc. Val di Forfora - Mariana	0572-69103	
		Prato Via Cavour 118/120	0574/38038	
		Vaiano Via Val di Bisenzio 205/D	0574/988162	
Vernio Via di Bisenzio 80		0574/950010		
Montemurlo Via Milano 13/A		0574/650123		
Poggio a Caiano Via Giotto 1	055/8778694			
EX ASL 4 di Prato	EMPOLESE	EMPOLI	0571-9411	
		MONTELUPO		
		CASTELFIORENTINO		
		CERTALDO		
	FUCECCHIO			
	VALDARNO	SANTA CROCE		
		SAN MINIATO		
EX USL 11 di Empoli	Toscana Centro			



REGIONE TOSCANA				
Azienda USL	DISTRETTO	SEDE/POSTAZIONE	n. TELEFONICO	
EX USL 5 di Pisa	AFT - PISA1	PISA : c/o DISTRETTO SANITARIO - Via Garibaldi - 56124 PISA	050/959866	
	AFT - PISA2	MARINA di PISA: c/o DISTRETTO SANITARIO - Via F.Andò - 56013 Marina di Pisa	050/954671	
	AFT - CASCINA SUD e NORD	CASCINA: c/o Pubblica Assistenza - Viale Comaschi 42 - 56021 Cascina	050/701723	
		LORENZANA: Via Prov.le Livornese, 35 Lorenzana	050/959041	
	VECCHIANO	c/o DISTRETTO SANITARIO - Via della Rocca 56019 Vecchiano	050/868313	
			050/954777	
	SAN GIULIANO TERME	c/o DISTRETTO SANITARIO - Via King 7 - 56017 San Giuliano Terme	050/954863	
	AFT - PONTEDERA	Via Valtriani, 30 - 56025 Pontedera	0587/54381	
	AFT - ALTA VALDERA PONSACCO	PONSACCO: c/o Pubblica Assistenza - Via Rospicciano, 21/a - 56038 Ponsacco	050/959033	
		LARI	0587/685086	
	AFT - BASSA VALDERA BIENTINA	BIENTINA: c/o Misericordia - P.zza V.Emanuele II	0587/755285	
		S.MARIA A MONTE: c/o Distretto Sanitario - Via S.Michele	0587/709340	
	AFT - LA ROSA	LA ROSA. c/o DISTRETTO SANITARIO - Via Verdi - 56030 La Rosa-Terricciola	0587/273858	
	VOLTERRA / PONTEGINORI	SALINE DI VOLTERRA c/o Misericordia - Via Borgolisci, 179 - Saline di Volterra	0588/37491	
0588/44496				
POMARANCE / LARDEDELLO	POMARANCE: c/o DISTRETTO SANITARIO Via Roma 2 - 56045 Pomarance	0588/44500		
		0588/62402		
EX USL 12 di Viareggio	Zona Lunigiana	Aulla	0585 885456	
		Gragnola	0585 885458	
		Villafranca	0585 885454	
		Zeri	0585 885460	
		Montedivalli	0585 885459	
		Fosdinovo	0585 885455	
Zona Apuane	Carra	0585 885452		
		Massa-Montignoso	0585 885451	
EX USL 6 di Livorno	Zona Val di Cornia	Val di Cornia/PIOMBINO	per esterni numero verde 800064422	
		Val di Cornia/AVENTURINA		
		Val di Cornia/SAN VINCENZO		
		Val di Cornia/MONTEVERDI MM		
		Elba/MARINA DI CAMPO		
Zona Livornese	Elba/RIO MARINA	Livorno/LIVORNO 1	586905024	
		Livorno/LIVORNO 2		
		Livorno/LIVORNO 3		
		Livorno/LIVORNO 4		
		Livorno/COLLESALVETTI		
		Livorno/CAPRAIA ISOLA		
Zona Bassa Val di Cecina	Bassa Val di Cecina/DONORATICO	per esterni numero verde 800064422		
Zona Bassa Val di Cecina	Bassa Val di Cecina/ROSIGNANO			
Zona Bassa Val di Cecina	Bassa Val di Cecina/CECINA			
EX USL 2 LUCCA	PIANA DI LUCCA	Altopascio	0584-616780	
		Capannori	0584-616787	
		Lucca - Campo di Marte	0584-616779	
		Lucca - Ponte a Moriano	0584-616786	
		Bagni di Lucca	0584-616788	
VALLE DEL SERCHIO	Barga	Barga	0584-616793	
		Coreglia Antelminelli	0584-616789	
		Galliano	0584-616790	
		Castelnuovo Garfagnana	0584-616794	
		Piazza al Serchio	0584-616795	



REGIONE TOSCANA				
	Azienda USL	DISTRETTO	SEDE/POSTAZIONE	n. TELEFONICO
EX ASL 8 di Arezzo	Toscana SudEst		BIBBIENA	0575/303730
	Area provinciale aretina	ZONA CASENTINO	POPPI	
			STIA	
		ZONA VALTIBERINA	BADIA TEDALDA/SESTINO(A MESI ALTERNI)	
			SANSEPOLCRO	
		ZONA VALDICHIANA	Cortona, vicolo Mancini,	
			Mercatale, via Mazzini 8	
			Castiglion Fiorentino, via Madonna del Rivaio 86	
			Foiano Viale Umberto I, 83	
		ZONA AREZZO	AFT 1-Via Guadagnoli 20 52100 Arezzo	
			AFT 2-Via Guadagnoli 20 52100 Arezzo	
			AFT 3-Via Guadagnoli 20 52100 Arezzo	
			AFT 4-C.S.S.Subbiano-Via Aretina 27 52010 Subbiano (AR)	
			AFT 5- C.S.S.M.S.Savino-Via della Pace 1 52048 Monte San Savino (AR)	
		ZONA VALDARNO	Casa della Salute di Bucine	
	C/o ASP Masaccio San Giovanni V.no			
EX ASL 9 di Grosseto	Toscana SudEst	1 Coll Metallifere	Follonica	118
			Gavorrano	
			Massa Marittima	
			Montieri	
			Monterotondo	
		2 Coll. Dell'Albegna	Albinia	
			Capalbio	
			Isola del Giglio	
			Magliano in Toscana	
			Manciano	
		3 Amiata Grossetna	Porto Santo Stefano	
			Sorano	
			Castell'Azzara	
			Ginigiano	
			Grosseto	
EX USL 7 di Siena	Sede Operativa Siena		Paganico	
			Scansano	
			Siena	
			Castellina in Chianti	
			Castelnuovo Berardenga	
			Asciano	
			Monteroni d'Arbia	
			Chiusdino	
			Montalcino	
			Poggibonsi	
			Colle Val d'Elsa	
			San Gimignano	
			Casole d'Elsa	
			Torrita di Siena	
			Montepulciano	
Le Piazze				
Abbadia S. Salvatore				

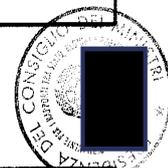


Tabella 17: Numeri telefonici per la CA della Provincia Autonoma di Trento

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO			
DISTRETTO	AMBITO	SEDE	TELEFONO
EST	FIEMME	Cavalese Via Dossi, 17	0462 - 242156
		Predazzo Via De Gasperi, 12	0462 - 508811
	LADINO DI FASSA	Pozza di Fassa Strada di Pré de Gejja, 4	0462 761001
			0462 - 761000
	PRIMIERO	Tonadico Via Roma, 1	118
	BASSA VALSUGANA E TESINO	Borgo Valsugana Viale Vicenza, 9	
		Pieve Tesino Via brigata Abruzzi, 7	
	ALTA VALSUGANA	Baselga di Pine' Via del 26 Maggio, 10	
		Levico Terme Via Slucca de Matteoni, 10	
		Pergine Valsugana Via S. Pietro, 2	
CENTRO NORD	TRENTO E VALLE DEI LAGHI	Trento Via Paolo Orsi, 1 (di fronte Ospedale S.Chiera)	0461 - 904298
		Calavino Via Gentilini, 7	0461 - 564296
OVEST	ROTALIANA - PAGANELLA	Mezzolombardo Via degli Alpini, 7	0461 - 611269
		Andalo Piazza Paganella, 3	0461 - 585637
	VALLE DI CEMBRA	Cembra Piazza Marconi, 7	0461 - 683755
		Segonzano Loc. Scancio, 26	0461 - 686121
	VALLE DI NON	Cles Viale Degasperri, 31	0463 - 660111
		Denno Via C. Battisti, 2	0461 - 655516
		Fondo Via C. Battisti, 55	0463 - 831217
		Taio Piazza di S. Vittore, 5	0463 - 468096
	VALLE DI SOLE	Male' Via IV novembre, 8	0463 - 909405
		Pellizzano Via Baschenis, 6	0463 - 752538
CENTRO SUD	GIUDICARIE E RENDENA	Tione c/o presidio ospedaliero di Tione - Via Ospedale, 11	0465 - 321019
		Condino - Casa Sanitaria - Via Roma, 38	0465 - 331500
		Bleggio Superiore c/o A.P.S.P. Giudicarie Esteriori, fr. S. Croce, 41	0465 - 779989
		Spiazzo fraz. Fisto, 58	0465 - 801600
	ALTO GARDA E LEDRO	Riva del Garda Lgo Marconi, 2	0464 - 582629
		Arco via Capitelli, 48	0464 - 582257
		Ledro Via Giacomo Cis, 23	0464 - 591207
	VALLAGARINA	Rovereto Corso Verona, 4	0464 - 433347
		Ala Via Brigata Mantova, 1	0464 - 671624
		Folgaria Via Battisti, 24	0464 - 721645
		Mori Via Giovanni XXIII, 18	0464 - 918299



Tabella 18: Numeri telefonici per la CA della Regione Umbria

REGIONE UMBRIA					
AZIENDA	DISTRETTO	GUARDIA MEDICA	INDIRIZZO	TELEFONO	
USL 1 Umbria	Alta Valle del Tevere	Città di Castello	Via A. Diaz, 1	075/ 8509203	
		Pietralunga	Via Cesare Battisti	075 /9460338	
		San Giustino	Via Alfieri, 28	075/ 856481	
		Umbertide	Largo Cimabue, 2	075 /9413741	
	Alto Chiascio	Scheggia e Pascelupo	Via Masaccio	075 /9259197	
		Gualdo Tadino	Via Valle del Molino	075/ 9109259	
		Gubbio	Largo San Francesco	075 /9239468	
	Assisano	Assisi	Via san Bernardino, Santa Maria degli Angeli	075 /8139274 075/8043616	
		Valfabbrica	Via Roma	075/8020250	
	Lago Trasimeno	Città della Pieve	Via Beato Giacomo Villa	0578290850	
		Panicale	Via Belvedere	075/8354416	
		Magione	Piazza Simoncini	075/847781	
		Passignano	Via Della Pieve	075/8298751	
		Castiglion del Lago	Via Belvedere	075/9526674	
	Valle del Tevere	Todi	Via Matteotti	075/8858223	
		Marsciano	Via Piccolotti	075 /8782265 075 /8742972	
	Perugino	Perugia	Via Della Pallotta 42	075 /34024 075/36584	
	USL 2 Umbria	AREA DI TERNI	Terni	viale Trento	0744/275888
			Amelia	Via I Maggio 21	0744/901203
			Acquasparta	Via Roma 1	0744/275888
Arrone			Via Matteotti 58	0744/275888	
Fabro Scalo			via Gramsci 22	0763/832831	
Lugnano in Teverina			via Umberto I 36/A	0744/902204	
Montecastrilli			via Verdi 2	0744/940324	
Montecchio			via della Selciata 15	0744/951216	
Monterubiagio (Fraz. Di Castelviscardo)			via Orvieto	0763/626180	
Narni			Ospedale, Via dei Cappuccini Nuovi 1	0744/740329	
Orvieto Scalo			Piazza Monte Rosa 13/33	0763/301884	
Otricoli			via Roma 74	0744/719447	
AREA DI FOLIGNO			Foligno	Via Arcamone	0742/339010
		Colfiorito	Via Adriatica-Casermette		
		Bevagna	Via S. Anna,16		
		Nocera Umbra	Via Martiri Libertà		
		Spello	Via della Liberazione		
		Trevi	Via Coste		
		Gualdo Cattaneo	Via della Centrale		
Sellano		Via Terni	0743/925013		



Tabella 19: Numeri telefonici per la CA della Regione Valle d'Aosta

	numero unico
REGIONE VALLE D'AOSTA	118



Tabella 20: Numeri telefonici per la CA della Regione Veneto

REGIONE VENETO			
PROVINCIA	AZIENDA	SEDE	TELEFONO
BELLUNO	ULSS n. 1	Ponte nelle Alpi	118
		Forno di Zoldo	
		Santo Stefano di Cadore	
		Cortina d'Ampezzo	
		Canale d'Agordo	
		Caprile	
	ULSS n. 2	Mel	0439883783
			0439883784
		Feltre	0439883785
			0439883787
La mon		0439883781	
		0439883782	
VICENZA	ULSS n. 3	Bassano del Grappa	0424888814
		Marostica	0424738329
		Asiago	0424604289
		Rosà	0424885728
		Valstagna	042499808
		Enego	0424490126
		Conco	0424700014
	ULSS n. 4	Vicenza (call center estern.)	800239388
			0445388636
		Thiene	0445388704
			0445388417
			0445509122
		Schio	0445509433
			0445509485
		Arsiero	0445742525
	ULSS n. 5	Osp. Arzignano	844000880
		Osp. Lonigo	
		Osp. Montecchio M.	
		Osp. Valdagno	
		UTAP Chiampo	
	ULSS n. 6	Vicenza	0444571852
		Noventa Vicentina	0444861336
			0444860557
		Sandrigo	0444750253
		Torri di Quartesolo	0444380711
		Montegalda	0444737150
			0444920628
		0444922310	
Ospedale Vicenza		0444924674	
		0444922866	



REGIONE VENETO			
PROVINCIA	AZIENDA	SEDE	TELEFONO
TREVISO	ULSS n. 7	Farra di Soligo	0438980398
		Vittorio Veneto	0438553708
		Conegliano	043862948
		Vazzola	0438740124
		Francenigo di Gaiarine	0434768511
	ULSS n. 8	Castelfranco Veneto	0423732753
		Crespiano del Grappa	0423935777
		Giavera del Montello	0422728999
		Montebelluna	0423601570
		Valdobbiadene	0423977301
	ULSS n. 9	Treviso	0422405100
		Oderzo	0422715242
		Mogliano Veneto	0415904687
		Paese	0422454200
		Spresiano	0422725039
VENEZIA	ULSS n. 10	Roncade	0422848295
		Donà di Piave	0421484500
		Caorle	0421484500
		Jesolo	0421484500
		San Michele al Tagliamento	0421484500
	ULSS n. 12	Portogruaro	0421484500
		Mestre	0412385631
			0412385639
		Quarto d'Altino	0412385642
		Venezia Giustinian	0412385648
		Pellestrina	0412385653
		Burano	0412385659
		Murano	0412385659
		Lido di Venezia	0412385668
	ULSS n. 13	Cavallino Treporti	0412385678
		Favaro Veneto	0412385639
	ULSS n. 14	Dolo	041410313
		Noale	041442828
	ULSS n. 15	Chioggia	041492224
		Cavarzere	0426316111
		Cittadella	0495971919
		Carmignano di Brenta	0499438400
		Piazzola sul Brenta	0499697100
Vigonza	Camposampiero	0495790284	
		0498090700	



REGIONE VENETO			
PROVINCIA	AZIENDA	SEDE	TELEFONO
PADOVA	ULSS n. 16	Padova	0498216860
		Montegrotto Terme	0498912777
		Pieve di Sacco	0499718223
	ULSS n. 17	Montagnana	0429822069
		Conselve	0499598158
		Este	042951666
		Monselice	0429788397
ROVIGO	ULSS n. 18	Rovigo	118
		Badia Polesine	
	ULSS n. 19	Adria	
		Portoviro	
		Porto Tolle	
VERONA	ULSS n. 20	Verona v. Bramante	0457614565
		Verona V. Rovigo	
		Marzana	
		Cerro Veronese	
		San Bonifacio	
		Cologna Veneta	
		Montecchia di Crosara	
	Tregnago		
	ULSS n. 21	Legnago	0442622000
		Bovolone	
		Nogara	
		Zevio	
	ULSS n. 22	Bussolengo	0456703569
		Sommacampagna	045510571
		Castelnuovo	0456450630
		Caprino Veronese	0456230849
		Malcesine	0456570306
		San Pietro in Cariano	0457701482
		Villafranca Veronese	0456336806
Valeggio sul Mincio		0457952530	
Isola della Scala	0457330055		

