

Deliberazione della Giunta Regionale 22 ottobre 2021, n. 9-3951

Art. 1, comma 4 bis del Decreto-Legge 19 maggio 2020, n.34 ,convertito con modificazioni dalla L. n. 77 del 17.7.2020. Approvazione proposta di progetto regionale da sottoporre al Ministero della Salute per la sperimentazione di strutture di prossimità', nella tipologia di Centro Servizi Distrettuali Integrato (CSDI).

A relazione degli Assessori Icardi, Caucino:

Visti:

-l'art. 1 del Decreto-Legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni dalla L. 17.7.2020,n. 77 del recante *“Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale”*, che al terzo e quarto comma individua, fra gli obiettivi fondamentali da perseguire, l'implementazione delle cure domiciliari ed in linea generale delle *“azioni terapeutiche e assistenziali svolte a livello domiciliare, sia al fine di ‘assicurare le necessarie attività di monitoraggio connesse all'emergenza epidemiologica, sia per rafforzare i servizi di assistenza domiciliare integrata per i pazienti in isolamento domiciliare o sottoposti a quarantena nonché per i soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità tutelate ai sensi del Capo IV del D.P.C.M. 12.1.2017 ‘Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502’”*;

-il comma 4 bis dell'articolo suindicato che, al fine di realizzare i suddetti obiettivi, *stabilisce che “il Ministero della salute, sulla base di un atto di intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, coordina la sperimentazione, per il biennio 2020-2021, di strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore senza scopo di lucro. I progetti proposti devono prevedere modalità di intervento che riducano le scelte di istituzionalizzazione, favoriscano la domiciliarità e consentano la valutazione dei risultati ottenuti, anche attraverso il ricorso a strumenti innovativi quale il budget di salute individuale e di comunità”*.

Preso atto che:

- la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, con atto n. 134 del 4.8.2021, ai sensi della suddetta normativa, ha sancito l'Intesa sul documento recante le *“Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali sulla sperimentazione delle strutture di prossimità”* e sul riparto delle relative risorse assegnate. Tale documento ha individuato le linee guida per la pianificazione e la fattibilità del progetto, da redigere nell'ambito dell'apposita *“scheda di progetto”* facente parte integrante dell'Intesa stessa (Allegato 1);

-quanto sopra illustrato si integra con le strategie programmatiche contenute Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) approvato dal Governo il 13.7.2021 e valutato positivamente dalla Commissione Europea il 13.8.2021, nell'ambito del quale la Missione Salute si articola nelle seguenti due componenti:

- Riforma 1: *“Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: (...) rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di*

Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari”

- Riforma 2: “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale”.

Richiamata la D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016 e i successivi provvedimenti attuativi, inerenti l'approvazione delle “Linee di indirizzo per l'avvio e lo sviluppo del modello sperimentale di Assistenza Primaria: le Case della Salute”.

Dato atto che in Piemonte tali realtà sperimentali per il potenziamento della prossimità delle cure e dell'assistenza di cui alla L. 77 del 17.7.2020 prenderanno avvio dalle esperienze già consolidate delle Case della Salute, le quali di fatto offriranno anche spunto per la progettazione delle nuove Case della Comunità previste dal PNNR.

Richiamata altresì la D.G.R. n. 6-3472 del 2.7.2021 che in attuazione dell'art. 1, comma 5 della sopra citata L. n. 77/2020, ha definito le linee d'indirizzo riguardo al ruolo e alle funzioni dell'infermiere di famiglia e di comunità (IFEC), figura professionale che concorre al raggiungimento dell'obiettivo della sperimentazione, consistente nell'avvicinare l'attuale sistema territoriale sanitario e socio-sanitario non solo al domicilio fisico ma più in generale alle necessità assistenziali delle persone.

Rilevato infatti che l'assistenza territoriale di prossimità non ha solo il compito di avvicinarsi alle difficoltà logistiche delle persone nel raggiungimento di strutture sanitarie ma anche quello di sopperire al disagio e alla difficoltà e di perseguire il benessere sociale della comunità e dei singoli cittadini, che a volte non esprimono i propri bisogni anche per le criticità legate all'eccessiva distanza dalle sedi di erogazione dei servizi.

Dato atto pertanto che le sopra citate deliberazioni rappresentano la base di partenza per la sperimentazione delle strutture di prossimità di cui al presente provvedimento, nella tipologia di Centro Servizi Distrettuali Integrato, anche potenziando il coordinamento con la rete dei servizi sociali e valorizzando tutti i contributi e risorse presenti sul territorio e utili per migliorare il benessere della comunità locale.

Acquisite le risultanze delle attività istruttorie condotte dai competenti Settori della Direzione Sanità e Welfare (Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari e Settore Politiche Sociali) con il supporto del Servizio regionale di Epidemiologia, da cui emerge che la sperimentazione del Centro Servizi Distrettuali Integrato è rivolta alle seguenti finalità:

- superamento della frammentarietà delle risposte tipica della fase emergenziale in funzione di un approccio socio-sanitario complessivo rispetto ai bisogni delle persone con problemi di cronicità e/o fragilità;
- orientamento delle azioni secondo modalità trasversali e non settoriali, garantendo non solo cure riparative ma soprattutto azioni preventive;
- implementazione delle misure di “sanità di iniziativa”, ossia l'offerta attiva di visite mediche e socio-sanitarie per l'individuazione precoce di casi sospetti e/o a rischio e per il loro inserimento in percorsi di prevenzione e tutela;
- adozione di un approccio multidisciplinare e multifunzionale nell'impostazione delle risposte territoriali ottimizzando in tal senso le competenze degli operatori e valorizzando la partecipazione comunitaria, permettendo così un aumento di accessibilità e fruibilità dei servizi;
- promozione di approcci calibrati sulle esigenze e sulle caratteristiche delle singole comunità, anche attraverso il dialogo con le istituzioni locali al fine di migliorare l'accessibilità e la fruibilità delle misure di prevenzione, soprattutto per le persone con vulnerabilità;
- risposta adeguata alle esigenze di quelle aree caratterizzate da un contesto socio-demografico ad elevata dispersione e/o disagio sociale, economico e abitativo, nelle quali l'assistenza di prossimità possa contribuire a migliorare la qualità della vita delle persone, delle famiglie e dell'intera comunità.

Ritenuto, pertanto, di procedere all'approvazione della proposta di progetto regionale per la sperimentazione di strutture di prossimità, nella tipologia di Centro Servizi Distrettuali Integrato, predisposta dalla Direzione Sanità e Welfare, tramite i sopra citati Settori regionali ed in collaborazione con il Servizio regionale di Epidemiologia, secondo le linee d'indirizzo di cui all'Intesa sancita in Conferenza Permanente per i Rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome in data 4.8.2021 (Rep. Atti n. 134), come descritta nell'Allegato A facente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Dato atto che, come previsto dalla suddetta Intesa:

- la deliberazione regionale che approva la proposta di progetto deve essere trasmessa al Ministero della Salute entro il termine di novanta giorni dall'adozione dell'Intesa, ovvero entro il 4.11.2021;
- il Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, valuta i progetti chiedendo, se ritenute necessarie, integrazioni o chiarimenti; la proposta di progetto si considera approvata se non intervengo tali richieste entro 60 giorni dalla data di ricevimento della documentazione regionale.

Ritenuto di demandare a successiva determinazione della Direzione Sanità e Welfare, sulla base delle finalità sopra elencate e della proposta di progetto di cui all'Allegato A facente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, l'individuazione delle aree territoriali nelle quali verrà sperimentato il progetto, nonché delle specifiche modalità organizzative per l'attuazione dello stesso che devono essere prioritariamente orientate a rispondere ai fabbisogni epidemiologici di quella numerosa parte della popolazione regionale che vive nelle periferie e/o aree ad elevata dispersione e che pertanto presenta le maggiori difficoltà nell'accesso e nella fruizione dei servizi e delle prestazioni essenziali.

Ritenuto inoltre di demandare ad apposita determinazione della Direzione Sanità e Welfare, da adottarsi entro 45 giorni dalla conclusione delle attività progettuali, ovvero entro la data dal 15.2.2023, l'adozione della relazione illustrativa delle attività poste in essere in attuazione del progetto e la "scheda dei risultati raggiunti", utilizzando il format di cui all'Allegato 2 alla predetta Intesa, come riportato nell'Allegato A facente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Dato atto che la spesa stimata per la sperimentazione del modello di "strutture di prossimità", come quantificata nell'Allegato A al presente provvedimento per l'importo complessivo annuo di Euro 1.841.194,66, trova copertura finanziaria nell'ambito delle risorse previste dall'art. 1 comma 11 del D.L. n. 34/2020 convertito dalla L. n. 77/2020, stanziata nel bilancio regionale sul capitolo 157319 (Missione 13 programma 1) in base alla spettante quota di accesso al finanziamento del SSN per gli anni di riferimento 2020 e 2021, a valere sulle risorse ripartite con la D.G.R. n. 37-2474 del 4.12.2020.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17.10.2016, come modificata dalla D.G.R. n. 1-3361 del 14.6.2021.

Vista la L. n. 77 del 17.7.2020;

visto il P.N.R.R. approvato dal Governo il 13.7.2021;

vista l'Intesa sancita in Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome con atto n. 134 del 4.8.2021;

vista la L.r. n. 5 del 9.3.2021 “*Sviluppo delle forme associative della medicina generale*”;

vista la D.C.R. n. 306-28185 del 10.7.2018 “*Linee di indirizzo regionali per il recepimento del Piano nazionale cronicità*”;

vista la D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016 sulla sperimentazione delle Case della Salute;

vista la D.G.R. n. 6-1613 del 3.7.2020 “*Prima attivazione dei servizi sanitari di specialistica ambulatoriale erogabili a distanza (Televisita)*”;

vista la D.G.R. n. 6-3472 del 2.7.2021 “*Linee d’indirizzo regionali in materia di infermiere di famiglia e di comunità*”;

vista la D.G.R. n. 37-2474 del 4.12.2020 “*Riparto di risorse alle Aziende sanitarie pubbliche del SSR per la copertura delle spese COVID a valere sulle disponibilita' del DL 19 maggio 2020, n. 34, coordinato con la legge di conversione 17 luglio 2020, n. 77 (...)*”.

La Giunta Regionale, con voto unanime

delibera

- di approvare la proposta di progetto regionale, da sottoporre al Ministero della Salute, per la sperimentazione di strutture di prossimità, nella tipologia di Centro Servizi Distrettuali Integrato, predisposta sulla base delle linee d’indirizzo di cui all’Intesa sancita in Conferenza Permanente per i Rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome in data 4.8.2021 (Rep. Atti n. 134), come descritta nell’Allegato A facente parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di dare atto che la sperimentazione di cui alla proposta di progetto allegata si svolgerà fino al 31.12.2022;
- di demandare ad apposita determinazione della Direzione Sanità e Welfare, sulla base delle finalità indicate in premessa e nella proposta di progetto di cui all’Allegato A alla presente deliberazione, l’individuazione delle aree territoriali nelle quali verrà sperimentato il progetto, nonché delle specifiche modalità organizzative per l’attuazione dello stesso, che devono essere prioritariamente orientate a rispondere ai fabbisogni epidemiologici di quella numerosa parte della popolazione regionale che vive nelle periferie e/o aree ad elevata dispersione e che pertanto presenta le maggiori difficoltà nell’accesso e nella fruizione dei servizi e delle prestazioni essenziali;
- di demandare ad apposita determinazione della Direzione Sanità e Welfare, da adottarsi entro 45 giorni dalla conclusione delle attività progettuali, l’adozione della relazione illustrativa delle attività poste in essere in attuazione del progetto e la “scheda dei risultati raggiunti”, utilizzando il format di cui all’Allegato 2 alla predetta Intesa, come riportato nell’Allegato A facente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di dare atto che la spesa stimata per la sperimentazione del modello di “strutture di prossimità”, come quantificata nell’Allegato A alla presente deliberazione per l’importo

complessivo annuo di Euro 1.841.194,66, trova copertura finanziaria nell'ambito delle risorse previste dall'art. 1 comma 11 del D.L. n. 34/2020 convertito dalla L. n. 77/2020, stanziato nel bilancio regionale sul capitolo 157319 (Missione 13 programma 1) in base alla spettante quota di accesso al finanziamento del SSN per gli anni di riferimento 2020 e 2021, a valere sulle risorse ripartite con la D.G.R. n. 37-2474 del 4.12.2020.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

REGIONE PIEMONTE
SCHEMA DI PROGETTO

SCHEMA DI PROGETTO			
1	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Sperimentazione regionale delle strutture di prossimità: il Centro Servizi distrettuale integrato (CSDI), di tipo multidisciplinare e multiprofessionale, a sostegno dei percorsi di salute degli utenti fragili e complessi ad elevato bisogno sanitario e sociale: microprogettazione partecipata, presa in carico in un ambito prossimo al cittadino e alla comunità locale.	
2	REGIONE PROVINCIA AUTONOMA RESPONSABILE DEL PROGETTO	/ Regione Piemonte	
3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO - MODALITA' DI REPERIMENTO DELLE RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (delibera, atto, ecc.) Importo annuo	
	- Risorse assegnate con decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, art. 1, comma 11, convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77	D.G.R. n. 37-2474 del 4.12.2020.	1.841.194,66 Euro
	- Risorse assegnate per l'anno 2021 dalla suddetta normativa	"" ""	1.841.194,66 euro
4	DESCRIZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO E DI ESPERIENZE ESISTENTI A LIVELLO REGIONALE / P.A	<p>La popolazione residente in Piemonte è aumentata tra il 2001 e il 2011 per poi contrarsi e raggiungere 4.311.000 abitanti nel 2020. La piramide per età è del tutto analoga a quella dei paesi industrializzati, con la maggior quota di residenti nella fascia di età 50-59 e con una preponderanza di persone oltre i 70 anni.</p> <p>Altri aspetti importanti nella descrizione dello stato di salute della popolazione sono informazioni sugli stili di vita e i fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili. Nella sorveglianza Passi (18-69 anni) relativa al triennio 2015-2018, circa il 37,5% degli intervistati ha un eccesso ponderale (media regionale), il 24% è un fumatore, in prevalenza giovani, ed il 6,4% riporta una sintomatologia depressiva, soprattutto in coloro che hanno</p>	

difficoltà economiche o sono portatori di una patologia cronica. Nell'ambito di Passi e Passi d'argento (ultra 65enni) è stato indagato, inoltre, l'impatto che la pandemia COVID-19 ha avuto sulle condizioni economiche e lavorative, sullo stato emotivo e sulla domanda di cura della popolazione nazionale. L'emergenza pandemica in sé e le stesse misure di contenimento del contagio hanno avuto conseguenze sulla gestione di prestazioni di cura e assistenziali alla popolazione, sulla socialità dei singoli e sulle condizioni economiche delle famiglie.

In Piemonte, le famiglie composte esclusivamente da persone anziane sono il 30,8 % ed il 20,7% da persone sole con più di 60 anni (superando la media nazionale del 17,8 %) (dati riferiti al 2018). Circa 430.000 residenti sono stranieri immigrati da paesi poveri ad alta pressione migratoria, più sani della popolazione nativa ma ad alto rischio di peggioramento del fabbisogno di salute a causa delle precarie condizioni di vita e di lavoro.

La Regione Piemonte presenta una delle popolazioni più anziane a livello nazionale, con circa il 24% della popolazione oltre i 65 anni.

La stratificazione del rischio in Piemonte ha permesso di identificare le persone portatrici delle principali malattie croniche (diabete, BPCO, infarto, scompenso di cuore, patologie cerebrovascolari, insufficienza renale) e il loro grado di fragilità clinica e funzionale, tutti indicatori distribuiti in modo disuguale a sfavore delle persone in condizioni di vulnerabilità sociale.

I bisogni assistenziali di questa parte consistente di popolazione sono racchiusi in alcuni dati:

- Soggetti anziani in carico ai servizi sociali, il dato (agg. 2018):

Anziani autosuff. 28.433 (2,56% su pop. tot.)

Anziani disabili e non autosuff. 41.245 (3,71% su pop. tot.)

Totale **69.678**

- Principali servizi assistenziali erogati:

Assistenza	domiciliare	socio-assistenziale
7.465		

Assistenza	domiciliare	Integrata	e/o	a	rilievo	sanitario
7.926						

Contributi	integrazioni	rette	in	presidio
5.889				

Contributi	integrazioni	rette	in	centro	diurno
1.825					

Servizio di telesoccorso / teleassistenza / telecompagnia
2.172

Interventi e voucher, assegno di cura, buono socio-san.
2.740

Interventi complementari alla assistenza domiciliare
3.103

ESPERIENZA ESISTENTE A LIVELLO REGIONALE / P.A

La rete territoriale piemontese si avvale di un complesso articolato di attività e servizi, dal versante puramente sanitario a quello socio-sanitario, gestiti e coordinati dai distretti sanitari in forma integrata con i competenti enti gestori dei servizi socio-assistenziali.

Le esperienze di potenziamento e d'integrazione dei servizi territoriali che si sono sviluppate sul territorio nel corso dell'ultimo decennio si articolano nell'ambito di una rete

		<p>coordinata e finalizzata all'obiettivo di garantire la continuità delle cure e dell'assistenza sul territorio, con particolare riferimento alle patologie croniche a maggior impatto sociale ed alle situazioni di fragilità sociale.</p> <p>Tale rete è articolata nei filoni di attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> - I servizi di cure domiciliari - la rete delle strutture residenziali socio-sanitarie; - la rete territoriale delle strutture ambulatoriali e delle Case della Salute, funzionalmente collegata alla rete MMG/PLS/MCA e relative forme associative esistenti nei rispettivi ambiti distrettuali. <p>Tale rete si è sviluppata sul territorio regionale in forma omogenea, pur nell'ambito di specifiche esperienze maturate sulla base delle connotazioni e delle esigenze locali, in coerenza con la normativa regionale di riferimento.</p> <p>-</p> <p>In particolare, nell'ambito della fitta produzione normativa dell'ultimo decennio, si evidenzia la seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - DGR 7 maggio 2002, n. 41-5952. Linee guida per l'attivazione del Servizio di Cure domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte e successive delibere di modifica ed integrazione (DGR 3 agosto 2004, n. 55-13238; DGR 28 febbraio 2005, n. 37-14908); - DGR 6 aprile 2009, n. 39-11190. Riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria ed istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungoassistenza di anziani non autosufficienti. Estensione dei criteri per la compartecipazione al costo delle prestazioni di natura domiciliare di cui alla D.G.R. n. 37-6500 del 23.7.2007. - Legge regionale 18 febbraio 2010, n. 10. Servizi domiciliari per persone non autosufficienti. - DGR 30 luglio 2012, n. 45-4248 Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifica D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.09 e D.G.R. n. 35-9199 del 14.07.08. Revoca precedenti deliberazioni. - D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015 recante le linee d'indirizzo per il riordino della rete territoriale sul territorio regionale; - DGR 29 novembre 2016, n. 3-4287. Interventi regionali e linee d'indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria, attraverso la sperimentazione delle Case della Salute. - DGR 16 maggio 2019, n. 91-9000, attuativa del D.P.C.M 12 gennaio 2017 art. 22. Nuove procedure e modalità organizzative delle Cure Domiciliari Riabilitative in Piemonte – Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 80-10902 del 3 febbraio 1987 e s.m.i.. - DGR 3 luglio 2020, n. 6-1613 Prima attivazione dei servizi sanitari di specialistica ambulatoriale erogabili a distanza (Televisita), in conformità alle "Linee di indirizzo nazionali di telemedicina" (repertorio atti n.16/CSR), ai sensi dell'Intesa del 20 febbraio 2014, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. - DCR 306-29185/10 luglio 2018. DGR Recepimento dell'Accordo tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sancito in sede di Conferenza Stato-
--	--	--

		<p>Regioni in data 15 settembre 2016 sul Piano nazionale della cronicità e approvazione delle linee di indirizzo regionali per le annualità 2018 – 2019.”</p> <p>Coerentemente con la strategia di potenziamento dell’assistenza territoriale e domiciliare in atto a livello nazionale e regionale, è recentemente stata approvata la D.G.R. n. 6-3472 del 2.7.2021 recante le Linee d’indirizzo sulla figura dell’Infermiere di famiglia e di Comunità (IFEC), in attuazione dell’art. 1, comma 5 della L. 77/2020. Con la formalizzazione di tale figura, già da anni sperimentata su più aree del territorio regionale nell’ambito del progetto europeo “Consenso”, si intende promuovere in misura sempre più incisiva un modello di rete territoriale integrato, centrato su percorsi di presa incarico della cronicità e sulle attività di prevenzione di promozione della salute, in coerenza con gli indirizzi dei Piani nazionali della Prevenzione e delle Cronicità, nonché con il Patto per la Salute 2019-2021.</p> <p>A partire dalla sopra elencata produzione normativa e dalle esperienze in corso, emergono nella realtà regionale alcuni aspetti innovativi di un nuovo modello territoriale che ha cominciato a delinearsi e che potrebbero essere sviluppati e rafforzati con la sperimentazione in oggetto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • articolazione di reti strutturate di professionisti, anche multi-professionali, con funzioni più estese all’interno dei PDTA e della medicina d’iniziativa; • utilizzo delle nuove figure professionali, come l’IFEC, in modo integrato con l’operatività dei servizi sanitari e dei servizi sociali, per aumentare l’integrazione dei processi intorno alle persone fragili; • uso più esteso e sistematico di strumenti di stratificazione del rischio, come ossatura di un sistema informativo maggiormente orientato a personalizzare gli interventi, a sostenere l’iniziativa dei servizi e la riduzione delle disuguaglianze, compresa la prevenzione; • allargamento dei PDTA al contributo e all’integrazione con i servizi sociali, il terzo settore e in generale con una maggiore attivazione e coordinamento delle risorse progettuali e operative della comunità territoriale; • miglioramento delle capacità integrate di intervento dei servizi sociali al fine di evitare condizioni di rischio che possono aggravare o compromettere le situazioni di salute di persone fragili e/o croniche. • promozione da parte dei servizi pubblici sanitari e sociali e da parte del terzo settore di relazioni sociali utili all’inclusione delle persone a rischio e alla prevenzione di situazioni critiche di isolamento e dipendenza, per rendere luoghi (ad esempio Case della comunità, della salute, ambulatori, RSA, ecc.) e relazioni (incontri, formazione, empowerment, ecc.) più orientate alla risposta ai bisogni, all’attivazione delle persone e delle reti, al mutuo aiuto e allo sviluppo di una cultura comunitaria.

5	OBIETTIVI	
---	-----------	--

	<p>Considerato che la salute individuale è strettamente correlata a quella collettiva, la sperimentazione regionale del CSDI è orientata verso la realizzazione di un modello fondato sul potenziamento dell'assistenza di prossimità da erogarsi nell'ambito di reti locali in cui l'attuale articolazione dei servizi territoriali si evolva verso un sistema più integrato con i servizi sociali e con la realtà locale, "prossimo" ed il più vicino possibile alla comunità, per offrire una risposta complessiva soprattutto alle esigenze dei malati cronici, degli anziani e di tutte le persone estremamente fragili o non autosufficienti.</p> <p>Si individuano pertanto i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sperimentazione, in 4 distretti "pilota", di un modello innovativo nella tipologia di "Centro Servizi distrettuale integrato a carattere multidisciplinare e multiprofessionale", finalizzato a fornire, in un ambito "vicino" al cittadino e alla comunità locale, un punto di riferimento territoriale ed una rete di prossimità a carattere socio-sanitario, prioritariamente a sostegno delle persone che vertono in condizioni di complessa fragilità, con bisogni trasversali di tipo sanitario, socio-sanitario e sociale di grado elevato. - Potenziare l'accessibilità dei cittadini ai servizi sanitari e socio-sanitari territoriali e l'iniziativa rivolta ai soggetti a rischio. - Incrementare il numero di pazienti ad elevato bisogno sanitario e sociale presi in carico e seguiti sul territorio, in adeguamento agli standard definiti; implementazione delle cure e dell'assistenza a livello distrettuale e domiciliare e conseguente riduzione dell'istituzionalizzazione e dell'esclusione, soprattutto di persone anziane e/o in situazioni di fragilità. - Favorire la microprogettazione anche per quanto riguarda gli aspetti relativi al coinvolgimento di operatori sociali e sanitari, alla cooperazione e alla collaborazione partecipata tra i diversi stakeholder. - Integrare il contributo degli stakeholder e i processi di servizio sociali e sanitari rivolti ai soggetti fragili/cronici all'interno di un unico flusso di servizi e all'interno di un'unica rete di relazione tra operatori, in modo da coordinare ogni aspetto a vantaggio della persona. - Rafforzare la produzione e l'utilizzo di dati integrati sul versante sociale e sanitario, in modo da ricostruire i percorsi longitudinali delle persone, dalle fasi della stratificazione del rischio, alla presa in carico, agli esiti, utilizzando le diverse fonti sociali e sanitarie in modo integrato. - Valutare sistematicamente le capacità di prevenzione delle situazioni di non autosufficienza parziale o totale e il livello di erogazione e gestione dei servizi per i pazienti in forma partecipata a livello di comunità coinvolgendo servizi sanitari e sociali, terzo settore, associazioni del territorio, enti locali ecc. - Implementazione in tale modello, della figura "trasversale" dell'IFEC, quale riferimento fondamentale nella presa in carico dei pazienti, previa analisi dei relativi bisogni di salute e nella garanzia della continuità dei percorsi assistenziali in forma integrata fra tutte le figure professionali sanitarie e socio-sanitarie competenti e coinvolte.
--	--

6	RISULTATI ATTESI	
	<i>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati all'esperienza esistente</i>	<p>I risultati attesi sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - attivazione di un sistema strutturato di pianificazione e progettazione flessibile e personalizzata centrata sulla persona, attraverso l'articolazione di una rete di prossimità e valutazione sistematica dei percorsi di salute posti in essere riguardo agli assistiti e pazienti complessi. - Definizione puntuale di un sistema di presa in carico dei bisogni dei pazienti complessi a livello territoriale-distrettuale, in forma integrata con l'area ospedaliera da un lato e con l'area socio-assistenziale dall'altro, per la garanzia delle risposte di rispettiva competenza. - Miglioramento della qualità del servizio di prevenzione e cura, attraverso la definizione di un sistema di monitoraggio dei processi e della loro efficienza, di valutazione degli esiti e del loro impatto in termini di efficacia rispetto agli obiettivi generali e specifici prefissati nel progetto.
	RISULTATI ATTESI	
	<i>A lungo periodo, a cui tendere, raggiungibili al termine del progetto</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento della integrazione tra ambito sociale e ambito sanitario. - Miglioramento nell'attivazione degli assistiti e nel coinvolgimento di tutte le risorse della comunità, per rafforzare reti sociali, mutuo aiuto, crescita di una cultura orientata alla reciprocità e alla prossimità. - Sviluppo del lavoro fondato sulla trasversalità e sull'intersettorialità, in forma multidisciplinare e multiprofessionale, nella ricerca attiva delle persone a rischio, nella loro presa in carico e nella gestione dei loro percorsi di salute. - Sviluppo del lavoro fondato sulla progettazione e sulla valutazione dell'impatto del servizio reso, anche in modo partecipato tra operatori, cittadini, pazienti e istituzioni locali.

7	PUNTI DI FORZA	
	<p>Indicare i punti di forza</p> <p>Attenzione alla presa in carico e alla continuità dell'assistenza a favore dei pazienti affetti da patologie croniche e/o in condizioni fragilità, ad elevato bisogno sanitario e sociale, al loro domicilio</p>	<p>Indicare le strategie/azioni per l'implementazione</p> <p>Sviluppo di un sistema organizzativo orientato alla gestione proattiva degli assistiti e dei pazienti più complessi a livello territoriale.</p> <p>Selezione dei pazienti candidabili.</p> <p>Valutazione sistematica di processo ed esito ai fini di monitorare i risultati raggiunti e di migliorare i percorsi di salute in atto.</p>

8	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione

	<p>Criticità ancora persistenti dell'attuale realtà organizzativa della Sanità territoriale a garantire in modo sistematico servizi integrati e domiciliari a favore dei pazienti affetti da patologie croniche ad elevata complessità</p>	<p>Attivazione di team multidisciplinari e multiprofessionali con individuazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - di strumenti organizzativi efficaci e fluidi per il coinvolgimento degli operatori sanitari e sociali nel miglioramento dei processi e nell'attivazione e gestione delle persone; - di un case manager per la gestione di ciascun paziente; - della rete di prossimità a supporto del case manager sul versante socio-sanitario e sociale, con il coinvolgimento delle risorse pubbliche e del privato sociale presenti nelle diverse aree territoriali coinvolte nel progetto. <p>Implementazione dei sistemi di follow up dei pazienti tramite gli strumenti di telemedicina/televista, ecc., come disciplinati dalla D.G.R. n. 6-1613/2020.</p> <p>Informazione, formazione/azione strutturata dei pazienti fragili complessi e dei loro familiari con partecipazione dei diversi livelli istituzionali.</p>
--	--	---

9	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista Novembre 2021	Data termine prevista 31 dicembre 2022
---	--	---------------------------------------	---

Il finanziamento è biennale

10	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO		
	Fase	Azioni	Breve descrizione del progetto
	1. <u>Individuazione Aziende Sanitarie e Distretti per la sperimentazione.</u>	Informazione ai Direttori Generali. Condivisione del percorso progettuale con le Aziende Sanitarie. Formalizzazione del Distretto/i coinvolto/o nella sperimentazione.	Il progetto prevede l'individuazione di quattro Distretti nelle ASL della Regione Piemonte, con caratteristiche strutturali, funzionali e territoriali variabili (urbani, rurali, montani, ecc...) ai fini della sperimentazione di strutture/reti integrate di prossimità.
			Indicatori di processo Num. distretti individuati Num. residenti coinvolti

	<p>2) <u>Localizzazione della sede del Centro Servizi distrettuale integrato di tipo multidisciplinare e multiprofessionale a sostegno dei servizi integrati e della domiciliarità.</u></p>	<p>Individuazione locali sede del Centro servizi distrettuale; Messa a punto strutturale e funzionale dei locali; Formalizzazione della sede e locali.</p>	<p>Il progetto nella fase prevede l'individuazione della sede del Distretto del Centro Servizi distrettuale a sostegno de pazienti fragili complessi, preferibilmente in una casa della comunità (attuale Casa della Salute in fase di conversione verso il nuovo modello di Casa della Comunità) o comunque in una struttura di prossimità. Il Centro Servizi distrettuale prevede al suo interno le attività svolte dallo Sportello unico socio-sanitario al fine di offrire un unico riferimento territoriale di carattere orientativo alle famiglie sui temi della cura e dell'assistenza alla persona anziana.</p>	<p>N. sedi del Centro Servizi individuate. Per ciascuna sede CSDI elenco dei seguenti servizi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - servizi sanitari territoriali (amb.MMG/PLS/C.A., ambulatori specialistici, infermieristici ecc.); - servizi socio-sanitari (unità di valutazione multidisciplinari, servizi di cure domiciliari, ecc); - servizi socio-assistenziali gestiti dai Comuni/Consorzi o delega ASL; - locali destinati al privato sociale/volontariato ecc. per le attività di supporto alla rete pubblica.
--	---	--	---	---

<p>3) <u>Individuazione del personale operativo nel Centro servizi distrettuale e delle risorse tecnologiche, organizzative e strumentali; microprogettazione operativa e formazione</u></p>	<p>Individuazione personale del Centro servizi distrettuale e delle risorse per lo svolgimento delle attività (es. strumentazione diagnostica di base e per la telemedicina; sistema informatizzato per la gestione multidisciplinare dei percorsi di salute, ecc); Coinvolgimento degli operatori nei differenti ruoli professionali sanitari e sociali per il disegno integrato dei processi e per la definizione degli strumenti organizzativi appropriati. Micro-progettazione operativa partecipata a livello locale per il coinvolgimento delle risorse della comunità. Stipula protocollo di intesa con ente gestore servizi sociali. Formazione dei professionisti e dei nuclei familiari. Identificazione di strumenti e momenti organizzativi per la gestione del miglioramento continuo, la identificazione e soluzione di problematiche difficoltà nella gestione efficace delle attività di cura e prevenzione.</p>	<p>Articolazione del personale del Centro servizi distrettuale operante nelle seguenti aree: -sanitaria e socio-sanitaria (medici specialisti, MMG/PLS/MCA, infermieri, psicologi, e altre figure professionali dell'area); -socio-assistenziale (assistenti sociali e altre figure professionali dell'area); - volontariato e privato sociale)- Il disegno dei processi integrati deve partire dalla mappa dei processi sanitari e sociali attuali e vederne lo sviluppo, ampliamento e integrazione con la partecipazione dei diversi soggetti e ruoli professionali sociali e sanitari. Nella microprogettazione operativa locale sono coinvolti servizi sociali, terzo settore, associazioni del territorio, enti locali ecc... con l'individuazione di specifici compiti in capo a ciascun soggetto nella gestione della medicina d'iniziativa, della prevenzione e della cura sul territorio, creando reti sociali e valorizzando le risorse della comunità. In questo quadro vanno anche previste specifiche e flessibili cure domiciliari di soglia bassa/media (cura alla persona, accompagnamenti, contrasto solitudine, supporto ai caregiver, pasti a domicilio, ecc.) La costituzione della rete viene formalizzata attraverso la stipula di un apposito accordo di collaborazione fra il Distretto, l'Ente gestore socio-assistenziale e l'Ente/i del terzo settore. La formazione è continua ed è basata sul coinvolgimento attivo di tutti gli operatori nel miglioramento della qualità della prevenzione e della cura. La formazione iniziale viene sviluppata a partire dai bisogni dei pazienti, prevedendo ore teoriche e pratiche e favorendo le azioni integrate tra i diversi professionisti e il lavoro di squadra. Parte della formazione degli operatori viene sviluppata sul tema della domiciliarità e del welfare di prossimità. Il coinvolgimento di volontari e associazioni, all'interno di un sistema bilanciato di sviluppo della comunità, mira a far crescere azioni di aiuto e reciprocità a bassa soglia da integrare con il sistema degli operatori professionali (a cura del Distretto sanitario, dell'Ente gestore servizi sociali e di soggetti del Terzo settore)</p>	<p>Explicitazione della rete attivata nel progetto, con elenco dei servizi coinvolti sul versante sanitario/socio-sanitario e su quello sociale, nonché delle reti del privato sociale.</p> <p>Numero di personale individuato per professione e disciplina e relative ore settimanali dedicate al Centro distrettuale.</p> <p>N. di infermieri di famiglia e di Comunità inseriti/numero di abitanti (rif.L. n. 77/2020, art. 1, comma 5)</p> <p>N. ore di formazione erogate.</p> <p>Percentuale di processi di servizio sanitari (PDTA) e di processi di gestione della prevenzione di responsabilità del distretto sanitario rivolti a persone fragili/croniche attivati in forma integrata con i servizi sociali, del terzo settore e delle altre risorse comunitarie.</p> <p>Percentuale di processi di servizio sociali e di processi di gestione della prevenzione sociale di responsabilità dell'Ente Gestore rivolti a persone socialmente fragili e croniche attivati in forma integrata i servizi sanitari, del terzo settore e delle altre risorse comunitarie.</p>
--	--	--	--

<p>4) <u>Presa in carico dei pazienti cronici/fragili complessi e dei relativi nuclei familiari.</u></p>	<p>Ricerca e individuazione dei pazienti candidabili. Messa a punto di una modalità di analisi dei bisogni sanitari e sociali da adottare in modo standard per la tutta la popolazione a rischio. Formalizzazione del piano di assistenziale e sociale. Applicazione del nuovo protocollo di gestione attiva a tutti i casi che raggiungono determinate soglie di bisogno/rischio.</p>	<p>Individuazione dei pazienti cronici/fragili "complessi", ad elevato bisogno sanitario e sociale che necessitano di un intervento multidisciplinare e mutiprofessionale Il reclutamento è aperto, nasce dall'iniziativa di tutti i soggetti coinvolti, soprattutto attraverso il circuito MMG, case di comunità (già Case della Salute), residenziale, servizi sociali, terzo settore, associazioni del territorio, enti locali, ecc... Sono quindi analizzati i bisogni sanitari e sociali a livello del paziente e del nucleo familiare secondo i nuovi standard definiti dal progetto sperimentale di casa della comunità. Il passo successivo consiste nel coinvolgimento della persona in modo flessibile e continuamente personalizzato in modo che possa fruire di tutti gli interventi sanitari sociali e comunitari appropriati, sotto il controllo continuo della sua condizione da parte degli operatori coinvolti. In tale modo l'azione è valutata sistematicamente ai fini di una sua eventuale ottimizzazione. In questa fase assume un ruolo rilevante il case manager, al quale compete mantenere i rapporti con utenti e famiglie, coordinare il lavoro degli operatori professionali e dei volontari, raccogliendo le loro segnalazioni e indicazioni come quelle del paziente e di tutti i soggetti coinvolti al fine di ottimizzare l'intervento; garantire l'integrazione fra le cure sanitarie e gli interventi correlati a bisogni di carattere sanitario e socio-assistenziale in una logica di human-centered care.</p>	<p>N. di pazienti presi in carico. N. di piani formulati ed attivati. N. di piani monitorati.</p>
--	---	--	---

<p>5) <u>Assunzione di una logica di ricerca-azione fondata sul miglioramento continuo dei processi e sul coinvolgimento degli operatori.</u> <u>Effettuazione di momenti di audit di comunità sanitario e sociale.</u></p>	<p>Attivazione sistema di indicatori di processo e di risultato/esito. Coinvolgimento diretto degli operatori nella valutazione di processi e di esiti, attraverso gli indicatori, letti alla luce dell'esperienza quotidiana del servizio e della conoscenza del territorio.</p>	<p>Il progetto prevede una strutturata e sistematica attività di valutazione. La metodologia di riferimento è rappresentata dal miglioramento continuo dei processi e dall'audit che in questo caso viene focalizzato su aspetti sanitari e sociali. Le azioni di standardizzazione e di correzione sono sottoposte a specifico monitoraggio. Sono anche organizzati momenti di valutazione di comunità con servizi sociali, terzo settore, associazioni del territorio, enti locali ecc.</p>	<p>N. di audit effettuati N. di operatori sanitari e sociali coinvolti nel percorso di valutazione continua. N. di attori sociali attivi nella comunità coinvolti nel percorso di valutazione continua.</p>

11. Indicatori di risultato previsti

11.1 Indicatori riconducibili allo stato di salute della popolazione assistita

Si prevede di valutare separatamente due periodi temporali: quello in cui si sviluppa il progetto (anno 2022) e quello antecedente all'avvio del progetto (2019).

- L'analisi verrà condotta per tre livelli di aggregazione territoriale: quello regionale medio, quello di territori in tutto simili a quelli con i CSDU ma non oggetto di sperimentazione e quello per singoli bacini distrettuali di residenza della popolazione afferente ai CSDI oggetto di sperimentazione.

L'analisi prende in esame i seguenti indicatori, raffrontandoli nel periodo precedente e successivo all'attivazione del progetto:

- accessi al Pronto soccorso in codici bianchi e verdi confermati come non urgenti alla dimissione;
- ricoveri di pazienti affetti da patologie croniche a maggior impatto sociale per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale (Diabete, BPCO, Scompenso cardiaco, I.R.C. e altre patologie correlate ai PDTA erogati in ciascun Centro);
- ricoveri ripetuti in pazienti ultra65enni;
- inserimenti in strutture residenziali socio-sanitarie per anziani;
- assistiti in cure domiciliari;
- di cui: %assistiti in Cure Domiciliari con il supporto di telemedicina e dispositivi

11.2 Indicatori previsti relativi a risultati (proxy) di salute

- Miglioramento dell'aderenza a raccomandazioni di linee guida/PDTA/PAI di cura e prevenzione
- N. di persone a rischio elevato e non in carico, raggiunte attraverso l'attivazione dei servizi e coinvolte in azioni di cura/assistenza
- N. persone a rischio elevato che a seguito dell'intervento migliorano la propria posizione rispetto ai fattori di rischio, stili di vita, esposizione a fattori socio-economici di fragilità, isolamento sociale, indicatori di quadro clinico, ecc.

11.3 Indicatori previsti relativi a aumento di capitale sociale

- N. di persone in cura/assistenza che partecipano ad attività sociali comunitarie
- N. di volontari coinvolti nelle attività rivolte alle persone in cura/assistenza

- N. di operatori del terzo settore che hanno lavorato in modo integrato con il personale sanitario e sociale pubblico nelle attività rivolte alle persone in cura/assistenza
- N. di familiari e caregiver coinvolti in attività formative e in forme coordinate di cura/assistenza
- N. di persone della comunità che hanno frequentato i luoghi di socializzazione con finalità di partecipazione e animazione in cui le persone in cura/assistite erano presenti