

Deliberazione della Giunta Regionale 31 marzo 2022, n. 18-4834

**Modifica e integrazione, secondo le indicazioni del Ministero della Salute, del progetto regionale di cui alla D.G.R. n. 9-3951 del 22.10.2021 per la sperimentazione di strutture di prossimità, nella tipologia di Centro Servizi Distrettuali Integrato (CSDI), 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 4.8.22.**

A relazione dell'Assessore Icardi:

Premesso che:

- la Regione Piemonte con la D.G.R. n. 9-3951 del 22.10.2021, ha proceduto all'approvazione della proposta di progetto regionale, da sottoporre al Ministero della Salute, per la sperimentazione delle strutture di prossimità, ai sensi dell'art. 1, comma 4 bis del D.L. n. 34 del 19.5.2020 come convertito dalla L. n. 77 del 17.7.2020 e 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);
- il Ministero della Salute, con nota della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ufficio 2, prot. n. 26889 del 29.12.2021, ha formulato richiesta di integrazioni relativamente al progetto presentato con la D.G.R. n. 9-3951/2021, evidenziando altresì la necessità di rettificare, con apposita deliberazione, l'importo del finanziamento spettante alla Regione Piemonte per l'anno 2021, ai sensi dell'art. 1, comma 11 della citata L. n. 77/2020, indicando la quota di € 1.843.142,00 in luogo della cifra riportata, per mero errore materiale, nella suddetta deliberazione pari ad € 1.841.194,66 (importo relativo all'anno 2020).
- Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza individua tra l'altro, i temi chiave del futuro impianto programmatico e organizzativo in ambito sanitario, prevedendo nella missione 6 il rafforzamento della rete erogativa di prestazioni sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali quali le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali, nonché lo sviluppo dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

Dato atto che, sulla base delle valutazioni istruttorie dei competenti Settori della Direzione Sanità e Welfare, risulta opportuna, a fronte delle richieste ministeriali, una modifica parziale della precedente D.G.R. n. 9-3951/2021, al fine di apportare la suddetta rettifica e di integrare la proposta progettuale fornendo gli elementi informativi di seguito citati, come descritto nell'Allegato A facente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- per quanto attiene alla richiesta di integrazione relativa all'individuazione agli ambiti territoriali di applicazione del progetto, considerata l'articolazione della rete dei servizi territoriali sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali attualmente esistente sul territorio regionale e la potenziale capacità degli stessi di implementare reti di prossimità idonee al perseguimento degli obiettivi di cui al presente progetto sperimentale, si ritiene di dare mandato a ciascuna ASL, in collaborazione con gli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali, di individuare nel proprio ambito territoriale, un distretto nel quale avviare e sviluppare la sperimentazione del Centro servizi distrettuali integrato (CSDI), in forma coordinata con l'Ente gestore dei servizi socio-assistenziali di riferimento territoriale.

- Per quanto attiene alla richiesta relativa alla descrizione delle esperienze regionali pregresse, nell'ambito delle quali si inserisce la presente sperimentazione, la proposta progettuale di cui alla suddetta D.G.R. n. 9-3951/2021 viene integrata con i dati ed elementi informativi riguardo ai principali servizi, attività ed esperienze a carattere sanitario, socio-sanitario e sociale già presenti sul territorio regionale per rispondere in modo appropriato ai bisogni della non autosufficienza, delle fragilità ed in genere delle cronicità patologiche che, con l'invecchiamento della popolazione, sono in costante incremento.
- Per quanto attiene infine alla richiesta inerente alla tipologia di Associazioni di volontariato ed Enti del Terzo Settore che si prevede di coinvolgere nel progetto, si ritiene di dare mandato a ciascuna ASL e relativo Distretto, unitamente all'Ente/i Gestore/i socio-assistenziale/i sede di sperimentazione del CSDI, di attivare la funzione di supporto, nella rete di prossimità, da parte delle organizzazioni di volontariato già attive a livello locale per lo svolgimento di azioni in campo sociale e assistenziale a favore di persone e nuclei familiari in condizioni di fragilità, nonché delle organizzazioni del privato sociale già impegnate in attività solidaristiche ed in progetti distrettuali o comunali a sfondo sociale nell'ambito territoriale oggetto della sperimentazione.

Ritenuto pertanto:

- di procedere all'aggiornamento, secondo le indicazioni del Ministero della Salute di cui alla sopra citata nota e a parziale modifica ed integrazione della D.G.R. n. 9-3951/2021, del progetto regionale per la sperimentazione di strutture di prossimità, predisposto dalla Direzione Sanità e Welfare, tramite i competenti 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 descritto nell'Allegato A facente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di demandare a ciascuna ASL la definizione, entro 30 giorni dall'approvazione del presente provvedimento, di apposito progetto sperimentale operativo, in collaborazione con l'Ente gestore dei servizi socio-assistenziali di riferimento territoriale per le funzioni di competenza e coerente con linee d'indirizzo di cui all'Allegato A facente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di demandare a successiva deliberazione, da adottarsi entro 60 giorni dall'approvazione del presente provvedimento e sulla base delle linee d'indirizzo progettuali di cui all'Allegato A facente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, la ricognizione dei CSDI oggetto di sperimentazione nell'ambito di ciascuna ASL e relativo distretto a tal fine individuato;
- di confermare, per quanto non modificato con il presente provvedimento, le disposizioni di cui alla precedente D.G.R. n. 9-3951/2021.

Ritenuto altresì di rettificare l'ammontare della spesa annua complessiva stimata per l'attuazione del progetto, a carattere biennale, pari ad € 1.843142,00 riferita al secondo anno, fermo restando l'importo di € 1.841.194,66 riferito al primo annodi sperimentazione .

Dato atto che la suddetta spesa annua 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.

Dato atto che il presente provvedimento verrà trasmesso al Ministero della Salute, a riscontro delle richieste di cui alla sopra citata nota prot. n. 26889/2021, per le valutazioni di competenza ai sensi dell'Intesa in oggetto.

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. 8 del 15.4.2021 (Bilancio di previsione Finanziario 2021-2023),

Vista la L.R. n.21 del 29.7.2021 (Assestamento del bilancio di previsione finanziario 2021-2023 e disposizioni finanziarie),

Vista la D.G.R. n. 9-3951 del 22.10.2021,

Vista la D.G.R. n. 4 - 4628 dell'11.2.2022, "Approvazione della programmazione relativa: localizzazione dei siti delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali. Proposta al Consiglio regionale",.

Vista la D.C.R. n. 199 del 22.2.2022, "Approvazione della programmazione relativa alle strutture di prossimità ed intermedie nelle Aziende Sanitarie Locali: localizzazione dei siti delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali.

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 disponibilità del DL 19 maggio 2020, n. 34, coordinato con la legge di conversione 17 luglio 2020, n. 77 (...)*"

Vista la D.G.R. n. 1-3115 del 19/04/2021 "*Legge regionale 15 aprile 2021, n. 8 'Bilancio di previsione finanziario 2021-2023'. Approvazione del Documento Tecnico di Accompagnamento e del Bilancio Finanziario Gestionale 2021-2023. Disposizioni di natura autorizzatoria ai sensi dell'articolo 10, comma 2, del D.lgs. 118/2011 s.m.i*";

La Giunta Regionale, con voto unanime

*delibera*

- di aggiornare, secondo le indicazioni del Ministero della Salute di cui alla nota prot. n. 26889 del 29.12.2021, a modifica ed integrazione della D.G.R. n. 9-3951 del 22.10.2021, il progetto regionale per la sperimentazione di strutture di prossimità, nella tipologia di Centro Servizi Distrettuali Integrato (CSDI), 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 demandare a ciascuna ASL, la definizione, entro trenta giorni dall'approvazione della presente deliberazione, di apposito progetto operativo per l'avvio della sperimentazione del CSDI in un distretto, in collaborazione con l'Ente Gestore dei Servizi Socio-assistenziali di riferimento territoriale ed in coerenza con le linee d'indirizzo riportate nell'Allegato A facente parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

- di demandare a successiva deliberazione, da adottarsi entro 60 giorni dall'approvazione del presente provvedimento, sulla base delle linee d'indirizzo progettuali di cui al suddetto Allegato A, la ricognizione dei Centri Servizi Distrettuali Integrati oggetto di sperimentazione nell'ambito di ciascuna ASL e relativo distretto a tal fine individuato;
- di dare atto che, per quanto non modificato con il presente provvedimento, sono confermate le disposizioni di cui alla precedente D.G.R. n. 9-3951/2021;
- di dare atto che la spesa stimata per la sperimentazione biennale delle strutture di prossimità, come quantificata nell'Allegato A alla presente deliberazione per l'importo complessivo pari ad € 1.841.194,66 (finanziamento anno 2020) e ad € 1.83.142,00 (finanziamento anno 2021, come rettificato con la presente deliberazione) 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;
- di dare atto che la presente deliberazione verrà trasmessa al Ministero della Salute per le valutazioni di competenza, a riscontro della nota della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ufficio 2, prot. n. 26889 del 29.12.2021.

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

**Linee d'indirizzo per la sperimentazione regionale delle strutture di prossimità  
(art.4 bis della L. n. 77 del 17.7.2020)**

**SCHEMA DI PROGETTO**  
(annulla e sostituisce la scheda di progetto di cui alla D.G.R. n. 9-3951 del 22.10.2021, Allegato A)

<b>1</b>	<b>TITOLO DEL PROGETTO</b>	<b>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: progettazione partecipata, presa in carico in un ambito prossimo al cittadino e alla comunità locale.</b>
----------	----------------------------	---

<b>2</b>	<b>REGIONE / PROVINCIA AUTONOMA RESPONSABILE DEL PROGETTO</b>	Regione Piemonte
----------	---	------------------

<b>3</b>	<b>RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO - MODALITA' DI REPERIMENTO DELLE RISORSE</b>		
	<b>Finanziamento</b>	<b>Riferimento (delibera, atto, ecc.)</b>	<b>Importo annuo</b>
	- 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	""	1.843.142,00 Euro

<b>4</b>	<b>DESCRIZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO A LIVELLO REGIONALE</b>	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. 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 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 da 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.

#### **QUADRO NORMATIVO ESISTENTE A LIVELLO REGIONALE**

Nell'ambito della fitta produzione normativa dell'ultimo decennio in base alla quale si è sviluppata e consolidata la rete territoriale piemontese, si evidenzia la seguente:

- 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);
- D.G.R. n. 3-2257 del 13 novembre 2020 "Programmazione regionale degli interventi ed i servizi per l'attuazione del Piano nazionale per la non autosufficienza per il triennio 2019-2021 di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 novembre 2019. Approvazione delle 'Disposizioni attuative della Regione Piemonte';
- 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

		<p>organizzativo dell'Assistenza Primaria, attraverso la sperimentazione delle Case della Salute.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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..</li> <li>- 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.</li> <li>- 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-Regioni in data 15 settembre 2016 sul Piano nazionale della cronicità e approvazione delle linee di indirizzo regionali per le annualità 2018 – 2019.”</li> <li>- Legge regionale 9 marzo 2021, n. 5 “Sviluppo delle forme associative della medicina generale”.</li> </ul> <p>Coerentemente con la strategia di potenziamento dell’assistenza territoriale e domiciliare in atto a livello nazionale e regionale, è stata approvata la DGR. 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>Richiamate altresì:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la DGR n. 4 - 4628 dell’11.2.2022 “Approvazione della programmazione relativa: localizzazione dei siti delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali. Proposta al Consiglio regionale”.</li> <li>- la DCR n. 199 del 22 febbraio “Approvazione della programmazione relativa alle strutture di prossimità ed intermedie nelle Aziende Sanitarie Locali: localizzazione dei siti delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali”</li> </ul>
	<p><b>5 ESPERIENZE REGIONALI PREESISTENTI ALLA SPERIMENTAZIONE DELLE STRUTTURE DI PROSSIMITÀ</b></p>	<p>La rete territoriale piemontese si avvale di un complesso articolato di attività e servizi, dal versante sanitario a quello socio-sanitario, gestiti e coordinati dai distretti sanitari in forma integrata con i competenti enti gestori dei servizi socio-assistenziali.</p> <p>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 coordinata e finalizzata all’obiettivo di garantire la continuità delle cure e dell’assistenza sul territorio, nonché fra ospedale e territorio e viceversa, con particolare riferimento alle patologie croniche a maggior impatto sociale e alle situazioni di fragilità</p>

sociale.

Tale rete è articolata nei seguenti filoni di attività sanitaria e socio-sanitaria:

- i servizi di cure domiciliari, articolate nelle diverse tipologie previste dalla normativa vigente (ADI, ADP, Servizi infermieristici domiciliari, ecc.);
- la rete dei presidi di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS) e delle strutture sanitarie per malati terminali;
- la rete delle strutture residenziali e semi-residenziali socio-sanitarie;
- la rete territoriale delle Case della Salute, funzionalmente collegata agli studiMMG/PLS e relative forme associative esistenti nei rispettivi ambiti distrettuali, nonché al servizio di continuità assistenziale e all'area specialistica ambulatoriale ed ospedaliera.

Tale rete si è sviluppata sul territorio regionale in forma capillare e coerente con i bisogni a cui far fronte nelle diverse aree, nell'ambito di specifiche esperienze maturate sulla base delle connotazioni e delle esigenze locali, in coerenza con la normativa regionale di riferimento.

Si riportano qui di seguito alcune fra le esperienze più significative, attinenti al tema del presente progetto, avviate nel corso dell'ultimo quinquennio e oggi consolidate nella rete territoriale piemontese:

#### **1. L'esperienza delle Case della Salute (CS).**

La sperimentazione delle Case della Salute, avviata nel 2016 ai sensi della sopra citata D.G.R. n. 3-4287/2016 ed oggi consolidata nella rete territoriale piemontese, rappresenta il modello regionale "precursore" della rete di prossimità delineata nel piano attuativo del PNRR.

Nell'ambito della sperimentazione sono state realizzate 75 Case della Salute nei 33 distretti delle ASL piemontesi, articolate, sulla base delle specificità locali, delle caratteristiche del territorio e della tipologia di bisogni prevalenti a cui far fronte sull'area delle cronicità, nei seguenti tre modelli organizzativi:

- strutturale, consistente in un presidio territoriale in cui sono concentrate prestazioni di assistenza primaria (MMG/PLS), specialistica, infermieristica e socio-sanitaria, continuità assistenziale e collegamento con i servizi sociali; rientra in tale modello anche la sperimentazione di posti letto territoriali a gestione infermieristica/MMG nella tipologia "ospedale di comunità";
- funzionale, consistente in una rete distrettuale o sub-distrettuale fra strutture/servizi ASL e forme associative MMG/PLS fra loro funzionalmente coordinate al fine di garantire il percorso complessivo (PDTA) del paziente cronico. ;
- strutturale-funzionale, consistente in un modello cd "misto", in cui una struttura con funzioni HUB, in cui sono concentrate le funzioni specialistiche, il coordinamento delle attività infermieristiche e socio-sanitarie distrettuali, nonché le funzioni di interazione con i servizi ospedalieri, si interfaccia direttamente con uno o più centri e/o forme associative MMG/PLS con funzioni SPOKE, operanti nelle rispettive ambulatori e/o sedi sul territorio, quale primo livello per l'accesso del cittadino al SSR e per la risposta ai suoi bisogni di cure primarie.



Il modello più diffuso è il terzo (50%), seguito da quello funzionale (30%) e da quello strutturale (20%).

I modelli fondati sull'articolazione territoriale di reti funzionali delle cure primarie si avvalgono del coordinamento con le forme associative della medicina generale, nella tipologia di medicine di gruppo, in rete e in associazione, che il Piemonte coinvolgono complessivamente il 78% dei MMG e il 42% dei PDLs.

Tutti i modelli CS esistenti sono rivolti alle seguenti finalità:

- la presa in carico complessiva del paziente affetto da patologie croniche e l'accompagnamento nel percorso assistenziale appropriato rispetto al suo bisogno;
- il coordinamento delle singole prestazioni previste nei PDTA, superando la frammentarietà nei vari passaggi tramite l'interazione fra i diversi professionisti coinvolti in ciascun percorso (MMG/PLS - funzioni specialistiche, infermieristiche e socio-sanitarie);
- la garanzia della continuità assistenziale in caso di accesso ai servizi ospedalieri e viceversa, nella fase di deospedalizzazione;
- la funzione di "filtro" rispetto al livello ospedaliero, garantendo il collegamento operativo con le reti specialistiche e dell'emergenza-urgenza.

## **2. Il progetto Co.N.S.E.N.So.**

Tale progetto (Community Nurse Supporting Elderly in a changing Society) è incentrato sul principio dell'inclusione sociale, mirando a rigenerare il capitale umano presente nella comunità locale e a riattivare le reti di relazione sociale e di reciprocità.

Il progetto è stato realizzato attraverso un intervento di comunità, di presa in carico e supporto della popolazione anziana ultra sessantaquattrenne residente in territori periferici piemontesi, caratterizzati da decremento demografico e problemi di accesso e distanza dai centri più grandi e dai servizi, per aiutarla a vivere presso il proprio domicilio il più a lungo possibile e prevenire o ritardare l'istituzionalizzazione.

Il ruolo chiave nell'esecuzione degli interventi è stato svolto dalla figura dell'infermiere di famiglia e comunità (IFeC), un professionista opportunamente formato e addestrato nello svolgimento della fondamentale funzione di raccordo tra l'anziano e le sue reti sociali, familiari e di accesso ai servizi socio-sanitari ed assistenziali. Gli interventi sono stati programmati e realizzati nell'ambito delle 'aree interne' piemontesi, ovvero territori con traiettorie di sviluppo fortemente instabile, caratterizzati da caduta demografica e da problemi di accesso e distanza dai centri più grandi e dai servizi.

Attraverso tale progetto e tramite l'operato della suddetta figura professionale, è possibile rilevare in modo sistematico i bisogni nella popolazione anziana che vive in queste aree vulnerabili ed attivare appropriate risorse di cura e prevenzione in loco, usufruendo delle reti sociali e di reciprocità già presenti sul territorio, con ricadute importanti anche in termini di sostenibilità organizzativa ed economica.

Il progetto è inoltre stato sottoposto ad un processo di valutazione per verificare e valutare, in termini di efficacia, se i soggetti che hanno ricevuto l'intervento dell'IFeC rispetto a quelli che non lo hanno ricevuto abbiano migliorato il loro

benessere in modo più evidente, misurandolo attraverso un diverso accesso, utilizzo e consumo di alcuni servizi sanitari. Al fine di quantificare il contributo dell'intervento in termini di 'induzione al cambiamento' nell'intensità di accesso e uso dei servizi, è stato impostato un disegno di studio di tipo pre-post con gruppo di controllo e si è valutato su alcuni esiti di salute traccianti come sia cambiato l'accesso e il consumo dei servizi sanitari da parte dei soggetti esposti e non esposti all'intervento, attraverso l'uso di flussi informativi correnti di tipo amministrativo, statistico e sanitario.

I risultati hanno mostrato tendenzialmente effetti dell'intervento più pronunciati rispetto all'uso dei servizi nei soggetti esposti maschi, meno anziani e con un livello di istruzione più elevato.

### **3. La gestione coordinata della patologie croniche fra MMG e medicina specialistica: il modello della Gestione integrata del Diabete.**

Il modello regionale della gestione integrata del diabete di tipo 2 (GID), nato da una sperimentazione avviata ai sensi della D.G.R. n. 40-9920 del 27.10.2008, resa operativa con il protocollo sottoscritto dalle OO.SS. MMG e Diabetologi del SSR (D.D. n. 979 del 23.12.2008) e consolidato a regime con la D.G.R. n. 18-2663 del 3.10.2011, rappresenta il primo intervento avviato in Piemonte per la gestione di una patologia cronica in forma coordinata e condivisa fra medici di famiglia e specialisti.

La GID si articola nell'ambito del PDTA "quadro" del Diabete definito dalla D.G.R. n.61-13646 del 22.3.2010 e aggiornato con la D.D. n. 709 del 13.11.2017, in seguito all'attivazione della Rete Endocrino-Diabetologica Regionale ai sensi della D.G.R. n. 27-4072 del 17.10.2016, che coordina in un unico modello gestionale ed organizzativo le attività di diabetologia ed endocrinologia svolte nel SSR.

Il migliore indicatore dell'efficacia del PDTA e nel suo ambito, della GID per il diabete di tipo 2, è l'elevata aderenza alle linee guida per il corretto monitoraggio della patologia: nel 2019 il 77% dei pazienti con diabete tipo 2 ha misurato almeno una volta l'emoglobina glicata, il 72% il colesterolo, il 55% la microalbuminuria; nella prima metà degli anni 2000 le percentuali erano, rispettivamente, 70%, 64%, 30%. Si tratta (e si trattava già in passato) di valori ampiamente superiori alla media italiana.

A conferma della positività del modello vi è in primo luogo l'assenza di differenze sociali (equità) negli indicatori di processo e di esito, unita alla sostanziale omogeneità di questi tra le ASL del Piemonte e, non ultimo, la modesta riduzione delle prestazioni ambulatoriali (- 10% glicate) registrata durante l'epidemia da COVID-19, assai inferiore a quanto accaduto in altre branche specialistiche, senza un peggioramento di indicatori di esito quali accessi in PS per codici rossi, ricoveri per gravi complicanze e mortalità.

### **4. I Servizi per la non autosufficienza**

La sperimentazione regionale della sanità di prossimità, più vicina alle persone, si inserisce in un contesto territoriale in cui

la rete dei servizi e delle attività dedicati alla non autosufficienza è capillarmente diffusa e articolata sulla base dei bisogni rilevati in ciascuna area e resi sempre più impellenti dalla progressiva cronicizzazione delle malattie e aumento delle fragilità sociali.

La programmazione regionale sull'area socio-sanitaria è da sempre orientata all'obiettivo di promuovere, attraverso la rete integrata di interventi e servizi sociali e socio-sanitari consolidata sul territorio, il benessere, la qualità della vita e l'autonomia delle persone non autosufficienti, operando per prevenire l'aggravamento delle loro patologie, per evitare ricoveri impropri e per favorire la loro permanenza nel proprio ambiente di vita: ciò nel rispetto prioritario della cultura della domiciliarità espressa dalla persona e dalla famiglia nell'ambito di contesti fondati sull'integrazione delle fragilità sociali.

In Piemonte la popolazione anziana ultra65enne non autosufficiente/disabile ammonta, nell'anno 2021, a 1.111.333 persone (rif. 1.1.2021). Gli utenti in carico ai servizi sociali sono complessivamente 41.245 (3,71% della popolazione tot.), ai quali si aggiungono 28.433 anziani autosufficienti (2,45% su pop. totale). In totale: 69.678 persone.

Le persone disabili adulte in carico ai servizi sociali sono 30.487: il 55% di tali dati si riferisce al territorio dell'area metropolitana torinese.

Il complesso degli interventi socio-sanitari a favore delle persone non autosufficienti si articola nelle seguenti tipologie:

- Domiciliarità. Tali interventi, finalizzati all'obiettivo di fare della casa il luogo di cura e di assistenza, vanno dalle prestazioni di cure domiciliari erogate tramite equipaggi integrate di operatori sanitari e socio-sanitari, alle prestazioni sociali di assistenza familiare, di affidamento diurno, di consegna pasti a domicilio e di telesoccorso.  
Il contributo economico a sostegno della domiciliarità in lungoassistenza si configura come erogazione monetaria che può essere riconosciuta al beneficiario sulla base di un Piano Assistenziale Individuale (PAI) o come prestazione diretta da parte di figure professionali.  
Le prestazioni possono essere erogate tramite:
  - assunzioni di un assistente familiare;
  - acquisto di prestazioni di assistenza familiare;
  - acquisto del servizio di telesoccorso.Hanno accesso agli interventi economici a sostegno della domiciliarità i cittadini residenti sul territorio che siano stati valutati dall'UVG, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa regionale, e che siano stati inseriti in un progetto domiciliare.
- Residenzialità, nei diversi livelli di fasce d'intensità e complessità assistenziale, a fronte di bisogni sanitari e sociali di anziani non autosufficienti che non possono essere assistiti a domicilio.
- Residenzialità temporanea, per ricoveri di sollievo presso strutture residenziali, al fine di garantire un periodo di riposo alle famiglie che assistono l'anziano a domicilio, qualora non siano temporaneamente in grado di provvedere all'assistenza, per motivi di salute o altri motivi contingenti.
- Semi-residenzialità, che prevede l'inserimento in centri diurni per l'assistenza ad anziani parzialmente non autosufficienti, attraverso programmi socio-riabilitativi e

l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie correlate alla tipologia di bisogno rilevato.

Dati regionali persone anziane in carico:

- Cure domiciliari/ADI (dato 2021): n. 47.395 di cui n. 3.571 pz. Covid;
- Domiciliarità in lungoassistenza (*rif.piattaforma ministeriale SIOSS anno 2019*): tot. n. 19.602, il 60% dei quali ultra65enni. Il 65% degli assistiti verte in situazione di gravità, mentre il restante 35% verte in condizioni di elevata gravità.
- Assistenza domiciliare socio-assistenziale: 7.465 casi (dato 2019)
- Servizio di telesoccorso/teleassistenza/telecompagnia: 2.172 casi (dato 2019);
- Interventi complementari all'assistenza domiciliare: 3.103 casi (dato 2019).
- Assistenza residenziale non autosufficienti: n. 19.733 assistiti (dato 2021), inclusa la residenzialità temporanea e i nuclei specialistici ad elevata intensità.

Dati regionali persone disabili adulte in carico (dati al 3° trimestre 2021):

- Assistenza domiciliare: n. 4.125 assistiti
- Assistenza residenziale: n. 4.886 “
- Assistenza semi-residenziale: n. 4.159 “
- Educativa territoriale: n. 3.841 “

#### **4.1 Progetti in corso per favorire il benessere delle persone anziane attraverso le rete di comunità.**

Nell'ambito della progettazione in corso a livello territoriale assume particolare rilievo l'esperienza denominata “*La Cura è di Casa*”, avviata a partire dal 2016 nella provincia Verbano Cusio Ossola.

Il progetto, finanziato dal Bando “Welfare in azione” di Fondazione Cariplo e dal Programma WE.CA.RE della Regione Piemonte, mira a prevenire e contrastare la solitudine e l'isolamento degli anziani vulnerabili, intercettando precocemente gli eventi acuti e promuovendo l'attivazione della comunità su azioni di prevenzione e coinvolgimento attivo dei cittadini.

Sul territorio si è avviato un ripensamento dell'organizzazione dei servizi tradizionali di assistenza domiciliare, rivolgendo l'attenzione:

- agli anziani “vulnerabili”, fragili ma non ancora non autonomi, tramite azioni di monitoraggio e sostegno a casa;
- agli anziani attivi, per promuovere iniziative di prevenzione e coinvolgimento della comunità locale e per costruire città e paesi “amici delle persone anziane”.

L'obiettivo della “*Cura è di Casa*” è consistito nell'aiutare gli anziani ad invecchiare bene a casa propria, migliorando la loro qualità di vita e offrendo un supporto alle famiglie e alla comunità. Il tutto con l'occhio vigile e attento di operatori e volontari, in un'ottica di prevenzione e con il supporto delle tecnologie di comunità.

La sperimentazione di tale modello ha dimostrato che è possibile raggiungere il suddetto obiettivo attraverso la valorizzazione e la messa in rete delle risorse esistenti,

introducendo elementi di innovazione, secondo una logica di sussidiarietà e integrazione e attraverso lo sviluppo di una cultura di welfare di comunità.

Il partenariato ha visto coinvolti 23 enti e più di 20 associazioni del territorio: capofila è stata la Provincia del Verbano Cusio Ossola, in collaborazione con i tre Consorzi intercomunali dei Servizi Sociali, con ASL VCO (Unità valutativa geriatrica), 9 RSA del territorio, numerose Organizzazioni di Volontariato e tre Fondazioni di Comunità.

La sperimentazione, conclusa ad agosto 2021 con la coda di We.Ca.Re e progetto Intrecci Compagnia S.Paolo, ha intercettato:

- 759 anziani con La Cura è di Casa (Fondazione Cariplo)
- 100 anziani con We.Ca.Re VCO (Regione Piemonte FSE);
- 69 anziani con Community for Care & Cure VCO (Fondazione Compagnia San Paolo).

La rete di monitoraggio è stata così composta:

- 115 operatori professionali appartenenti ai Consorzi Intercomunali dei Servizi Sociali, ai Comuni e alle Residenze per Anziani, operanti con modalità condivise per offrire cura e igiene della persona, assistenza fisioterapica e infermieristica, attività motorie e supporto psicologico;
- 181 volontari formati e coordinati con gli operatori professionali, che si sono occupati di servizi e attività di "bassa soglia": socializzazione, accompagnamento e aiuto nella vita domestica.

E' stato istituito un Registro dei volontari "*La Cura è di Casa*" che in fase pre-pandemia contava 181 iscritti. Obiettivo del progetto è stato principalmente quello di riattivare la comunità, ricreare coesione sociale come condizione da cui partire per costruire benessere nel territorio a cui si appartiene.

Uno dei pilastri fondamentali della sperimentazione è rappresentato quindi dalla comunità dei cittadini, che si è mobilitata per sensibilizzare i territori, anche quelli montani e decentrati, sul tema dell'invecchiamento, degli stili di vita e della rete di monitoraggio "comunitario", che solo i legami relazionali sanno coltivare e promuovere per costruire reti di buon vicinato e ripensare all'azione volontaria, in una logica organizzativa integrata con i servizi professionali.

Questo approccio partecipato ha infine facilitato la collaborazione e la co-progettazione tra partner della Pubblica Amministrazione, Residenze Assistenziali del privato sociale, Associazioni e piccole organizzazioni anche informali che, insieme, si sono attivati anche per presentare ulteriori bandi di finanziamento e quindi pensare alla sostenibilità futura della sperimentazione.

Una delle azioni trainanti previste nel progetto ma che durante la pandemia da Covid 19 per ovvi motivi non è stata implementata, è il coinvolgimento attivo della Medicina territoriale e delle Cure domiciliari sanitarie: coinvolgimento che invece potrà rappresentare la base di partenza perché il progetto "*La Cura di Casa*" possa confluire nella sperimentazione del CSDI di cui al presente provvedimento regionale, con l'obiettivo di consolidare una rete di prossimità estesa anche all'ambito sanitario, al servizio della popolazione anziana e delle persone in situazione di fragilità e/o con patologie croniche invalidanti: le quali sempre di più chiedono di poter restare a casa propria, con il supporto di servizi capillarmente diffusi e vicini ai luoghi di vita delle persone.

<p><b>6. PROSPETTIVE DI SVILUPPO DELLE ESPERIENZE IN ESSERE</b></p>	<p>A partire dalla sopra elencata produzione normativa e tenuto conto della situazione consolidata e delle esperienze in corso nella realtà regionale, emergono alcuni aspetti rilevanti di un nuovo modello territoriale che ha cominciato recentemente a delinearsi e che potrebbero essere sviluppati e rafforzati con la presente sperimentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• articolazione di reti strutturate di professionisti, anche multi-professionali, con funzioni svolte all'interno dei PDTA e della medicina d'iniziativa;</li> <li>• utilizzo delle nuove figure professionali, come l'IFeC, in modo trasversale rispetto all'operatività dei servizi sanitari e dei servizi sociali, per aumentare l'integrazione dei processi intorno alle persone fragili;</li> <li>• 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;</li> <li>• 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.</li> </ul>
---	--

<p><b>7</b></p> <p><b>OBIETTIVI</b></p>	<p>Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza individua tra l'altro i temi chiave del futuro impianto programmatico e organizzativo in ambito sanitario, prevedendo nella Missione 6 il rafforzamento della rete erogativi di prestazioni sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali quali le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali, nonché lo sviluppo dell'assistenza domiciliare, della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.</p> <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, vulnerabili e/o non autonome.</p> <p>Si individuano pertanto i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sperimentazione, in ciascuna ASL e sotto la 'regia' distrettuale, di un modello innovativo nella tipologia di "Centro Servizi distrettuale integrato a carattere multidisciplinare e multiprofessionale" (CSDI), finalizzato a</li> </ul>
---	---

		<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• potenziare l'accessibilità dei cittadini ai servizi sanitari e socio-sanitari territoriali e la sanità d'iniziativa rivolta ai soggetti a rischio;</li> <li>• incrementare il numero di pazienti ad elevato bisogno sanitario e sociale presi in carico e seguiti sul territorio; implementazione delle cure e dell'assistenza a livello distrettuale e domiciliare e conseguente riduzione dell'istituzionalizzazione e dell'esclusione, soprattutto di persone anziane, disabili e/o in situazioni di fragilità;</li> <li>• 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;</li> <li>• 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;</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• implementare operativamente tale modello con la figura “trasversale” dell'IFeC, quale riferimento fondamentale: <ul style="list-style-type: none"> <li>- nella presa in carico dei pazienti, previa analisi dei relativi bisogni di salute;</li> <li>- nella garanzia della continuità dei percorsi assistenziali in forma integrata fra tutte le figure professionali sanitarie e socio-sanitarie competenti e coinvolte.</li> </ul> </li> </ul> <p>Il distretto dell'ASL in cui avviene la sperimentazione è responsabile del governo e del coordinamento della stessa, garantisce l'interazione fra tutte le risorse coinvolte nel progetto e rappresenta l'interfaccia con la Direzione regionale Sanità e Welfare ai fini del suo sistematico monitoraggio e rendicontazione.</p>
--	--	---

8	<b>RISULTATI ATTESI</b>	
---	-------------------------	--

	<p><i>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati all'esperienza esistente</i></p>	<p>I risultati attesi sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul>
	<p><b>RISULTATI ATTESI</b> <i>A cui tendere nel lungo periodo, raggiungibili al termine del progetto</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miglioramento della integrazione tra ambito sociale e ambito sanitario.</li> <li>• 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.</li> <li>• Sviluppo del lavoro fondato sulla trasversalità e sull'intersectorialità, in forma multidisciplinare e multiprofessionale, nella ricerca attiva delle persone a rischio, nella loro presa in carico precoce e nella gestione appropriata dei loro percorsi di salute.</li> <li>• 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.</li> </ul>

<b>9</b>	<b>PUNTI DI FORZA</b>	
	<p><b>Indicare i punti di forza</b></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><b>Indicare le strategie/azioni per l'implementazione</b></p> <p>Sviluppo di un sistema organizzativo orientato alla gestione proattiva degli assistiti e dei pazienti più complessi a livello territoriale. Selezione dei pazienti candidabili. Valutazione sistematica di processo ed esito ai fini di monitorare i risultati raggiunti e di migliorare i percorsi di salute in atto.</p>

<b>10</b>	<b>PUNTI DI DEBOLEZZA</b>	
	<b>Indicare i punti di debolezza</b>	<b>Indicare le strategie/azioni per la riduzione</b>



	<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"> <li>- 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;</li> <li>- di un case manager per la gestione di ciascun paziente;</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>Implementazione dei sistemi di follow up dei pazienti tramite gli strumenti di telemedicina/televisita, ecc., come disciplinati dalla D.G.R. n. 6-1613/2020.</p> <p>Informazione, formazione strutturata dei pazienti fragili complessi e dei loro familiari con partecipazione dei diversi livelli istituzionali.</p>
--	--	---

11	<b>DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO</b>	Data inizio prevista	Data termine prevista
		Gennaio 2021	31 dicembre 2022

**Il finanziamento statale è biennale**

12	<b>DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO</b>		
	<b>Fase</b>	<b>Azioni</b>	<b>Breve descrizione del progetto</b>
	1. <u>Individuazione Distretto per la sperimentazione in ciascuna ASL</u>	Informazione ai Direttori Generali. Condivisione del percorso progettuale con le Aziende Sanitarie. Formalizzazione del Distretto/i in cui procedere alla sperimentazione.	<p>Il progetto prevede l'individuazione di un Distretto in ciascuna delle ASL della Regione Piemonte, con caratteristiche strutturali, funzionali e territoriali adeguate alla sperimentazione di strutture/reti integrate di prossimità.</p> <p>Num. residenti coinvolti</p> <p>Partner di progetto</p>

	<p>2) <u>Localizzazione della sede del Centro Servizi distrettuale integrato di tipo multidisciplinare e multiprofessionale (CSDI) a sostegno dei servizi integrati e della domiciliarità.</u></p>	<p>Individuazione della sede del Centro servizi distrettuale nell'ambito di una Casa della Salute, Ambulatorio della Salute o altra struttura già operante nell'ambito della rete distrettuale con funzioni afferenti o che possono essere facilmente orientate agli obiettivi e linee d'indirizzo di cui al presente progetto: ovvero una struttura potenzialmente trasferibile verso il modello di struttura di prossimità.</p> <p>Formalizzazione della sede e locali.</p>	<p>Il progetto nella fase prevede l'individuazione della sede distrettuale del Distretto del Centro Servizi distrettuale a sostegno de pazienti fragili complessi,</p> <p>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"> <li>- servizi sanitari territoriali (amb.MMG/PLS/C.A., ambulatori specialistici, infermieristici ecc.);</li> <li>- servizi socio-sanitari (unità di valutazione multidisciplinari, servizi di cure domiciliari, ecc);</li> <li>- servizi socio-assistenziali gestiti dai Comuni/Consorzi o delega ASL;</li> <li>- spazi destinati al privato sociale/volontariato ecc. per le attività di supporto alla rete pubblica.</li> </ul>
--	--	---	--	--

<p><u>3) 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, con particolare riferimento alle organizzazioni di volontariato e/o altri enti del privato sociale (es. Fondazioni) radicate sul territorio) 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, l'identificazione e soluzione di problemi e 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)-          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.</p> <p>La formazione è continua ed è basata sul coinvolgimento attivo di tutti gli operatori nel miglioramento della qualità della prevenzione e della cura.</p> <p>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.</p> <p>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, previa adeguata formazione a cura del Distretto e/o Ente gestore dei servizi sociali, con il sistema degli operatori professionali ai fini di la sinergia fra tutte le risorse impegnate nel progetto.</p>	<p>Esplicitazione 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 socio-assistenziale rivolti a persone socialmente fragili e croniche attivati in forma integrata i servizi sanitari, del terzo settore e delle altre risorse comunitarie.</p>
---	---	--	---

	<p><u>4) Definizione di un modello per la presa in carico dei pazienti cronici/fragili complessi</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 tutta la popolazione a rischio. Formalizzazione del piano assistenziale e sociale. Applicazione di un 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 multiprofessionale. Il reclutamento è aperto, nasce dall'iniziativa di tutti i soggetti coinvolti, soprattutto attraverso il circuito MMG, Case della Salute, residenzialità, servizi sociali, terzo settore, associazioni del territorio, enti locali, ecc... Sono quindi analizzati i bisogni prevalenti sanitari e sociali a livello del paziente e del nucleo familiare. Il passo successivo consiste nel coinvolgimento della persona in modo flessibile e 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 un suo eventuale adeguamento per l'ottimizzazione. In questa fase assume un ruolo rilevante il <i>case manager</i>, 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>Impostazione di una logica operativa e di azione orientata al miglioramento continuo dei processi, attraverso il coinvolgimento degli operatori ed il coordinamento delle rispettive competenze riguardo ai casi da seguire. Effettuazione di momenti di audit di comunità sanitario e sociale.</u></p>	<p>Attivazione di un sistema di indicatori di processo e di 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>

### **13. Indicatori di risultato previsti**

#### **13.1 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 due livelli di aggregazione territoriale: quello regionale medio e quello di distretti/territori in tutto simili a quelli con i CSDI ma non 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

#### **13.2 Indicatori previsti relativi a risultati 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.

#### **13.3 Indicatori previsti relativi ad 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/assisti.