

Programmazione regionale della Rete Territoriale ai sensi del DM77/2022

1. FINALITA' DEL DOCUMENTO	pag. 3
2. INTRODUZIONE /ANALISI DI CONTESTO	pag. 4
3. RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE	pag 7
3.1 Funzionamento e organizzazione del Distretto	pag 8
3.2 Integrazione Sociosanitaria	pag 9
3.3 Recepimento forme organizzative (art. 8 ACN MMG 28/04/2022)	pag 11
3.4 Recepimento e attuazione degli standard previsti dal DM 77/2022.....	pag 12
3.4.1 Casa della Comunità	pag 12
3.4.2 Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC)	pag 13
3.4.3 Centrali operative Territoriali (COT)	pag 14
3.4.4 Centrali Operative 116117	pag 15
3.4.5 Unità di continuità assistenziale (UCA)	pag 15
3.4.6 Assistenza Domiciliare e Rete Cure Palliative.....	pag 16
3.4.7 Ospedali di Comunità	pag 17
3.4.8 Consultori Familiari	pag 17
3.4.9 Dipartimenti di Prevenzione.....	pag 18
3.4.10 Telemedicina.....	pag 18
3.4.11 Integrazione e interazione degli altri servizi	pag 20
4. FABBISOGNO DEL PERSONALE PER IL FUNZIONAMENTO E PIANI DI FORMAZIONE	pag 20
5. CRONO PROGRAMMA DELLE ATTIVITA'	pag 21
6. MODALITA' DI GOVERNO E MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI RIORGANIZZAZIONE.....	pag 21
Allegato 1: Case di Comunità	pag 22
Allegato 2: Centrali Operative Territoriali	<u>pag 23</u>
Allegato 3: Ospedali di Comunità.....	<u>pag 24</u>

1. FINALITA' DEL DOCUMENTO

Il presente documento recepisce le indicazioni del PNRR e del DM 77/2022 con una revisione della rete territoriale che vedrà l'interazione di diverse professionalità quali anche l'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), necessarie per il funzionamento delle Case di Comunità (CdC), degli Ospedali di Comunità (OdC), delle Centrali Operative Territoriali (COT), per promuovere la "prevenzione di prossimità" intesa come un intervento agito con/per/sulla Comunità che termina così di essere spettatore passivo e diviene, anche grazie a processi di empowerment, soggetto attivo e competente nella costruzione di proposte per il miglioramento delle condizioni di salute del territorio e per la valutazione delle politiche sociosanitarie locali. Grande attenzione andrà data alle componenti di ordine sociale, relazionale, psicologico che influenzano lo stato di salute per prevenire efficacemente il disagio prima che diventi malattia. A questo proposito diventa estremamente importante sviluppare interventi mirati alla diagnosi precoce, alla prevenzione e alla gestione anche della fragilità in particolare alla condizione di pre-fragilità che si riferisce alla dimensione bio-psico-sociale richiedendo un approccio preventivo integrato tra i servizi sanitari e sociali.

Particolare rilevanza avrà la centralità della persona in una logica di offerta più sfumata rispetto ad un rigido modelling organizzativo in grado di aprirsi al coinvolgimento integrato fra servizi sanitari e servizi sociali governati in una prospettiva di integrazione inter istituzionale. La finalità di potenziare l'integrazione complessiva dei servizi socio-sanitari e assistenziali per la promozione della salute e la presa in carico globale della comunità e di tutte le persone, siano esse sane o in presenza di patologie e/o cronicità, si consegue prevedendo la realizzazione di strutture fisicamente identificabili, le Case di Comunità, che si qualificano quale punto di riferimento per un'assistenza di prossimità e punto di accoglienza e orientamento ai servizi di assistenza primaria di natura sanitaria, socio-sanitaria e sociale per i cittadini, garantendo interventi interdisciplinari attraverso la contiguità spaziale dei servizi e l'integrazione delle comunità di professionisti (équipe multi professionali e interdisciplinari) che operano secondo modelli e percorsi integrati, tra servizi sanitari (territorio-ospedale) e tra servizi sanitari e sociali.

L'organizzazione prevede l'identificazione di un modello di riferimento comune Hub e Spoke, attraverso il quale distribuire in maniera capillare e omogenea tali strutture su tutto il territorio regionale, indentificandole quale nodo, facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, all'interno della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, e al tempo stesso come parte integrante dei luoghi di vita della comunità locale. Fondamentale ai fini della realizzazione del nuovo assetto territoriale sarà la creazione di un modello di sistema informativo e di un'architettura tecnologica in grado di informatizzare i servizi per i cittadini tenendo conto delle trasformazioni digitali in atto al fine di agevolare tutte le fasi operative e gestire complessivamente i bisogni di assistenza sociosanitaria dei cittadini e le relative risposte. Si tratterà di ampliare e migliorare le risorse tecnologiche, acquisire nuove modalità di interfaccia utilizzate anche in contesti diversi dalla sanità e soprattutto creare le interconnessioni tra sistemi tradizionalmente poco propensi all'interoperabilità.

2. INTRODUZIONE/ANALISI DI CONTESTO

La popolazione residente nella Regione Liguria, all'1 gennaio 2021 risulta costituita da 1.507.438 residenti (723.763 maschi, 783.675 femmine) con una tendenza generale al calo delle nascite (8.672 nati per un tasso di natalità pari al 6,8‰) mentre nel 2019 erano 8.747, e nel 2018 erano 9.043. Il calo è di oltre il 29% rispetto al 2008 (12.450 nuovi nati) e parallelamente a questo si è assistito ad un progressivo invecchiamento della popolazione. L'età media dei liguri corrisponde a 49,3 anni e la percentuale di individui di 65 anni ed oltre è pari al 28,8% del totale della popolazione (23,5% in Italia) con un indice di dipendenza pari al 47,7% a fronte del 36,4 % nazionale. Tali dati demografici testimoniano che siamo di fronte ad una popolazione regionale che continua ad invecchiare con una popolazione over 65 che si stima raggiunga nel 2036 la percentuale del 34,13%. Gli ultra settantacinquenni sono pari al 15,9% della popolazione, a fronte dell'11,8% di presenza a livello nazionale. Nelle diverse ASL della nostra regione la popolazione, in base ai dati ISTAT al 1° gennaio 2022, presenta le seguenti caratteristiche:

*totale della popolazione over 65 ed over 75 rispetto al totale della popolazione residente

ASL	Popolazione Residente			Popolazione.≥ 65anni			%*	Popolazione.≥ 75anni			%*
	M	F	TOT	M	F	TOT		M	F	TOT	
1	100.774	107.787	208.561	25.350	33.688	59.038	28,3%	12.834	19.282	32.116	15,3%
2	128.701	139.047	267.748	34.106	45.409	79.515	29,6%	17.667	26.884	44.551	16,6%
3	324.258	354.489	678.747	82.849	113.751	196.600	28,9%	42.181	66.733	108.914	16%
4	67.196	73.210	140.406	17.817	23.854	41.671	29,6%	8.950	14.005	22.955	16,3%
5	102.834	109.142	211.976	25.178	33.199	58.377	27,5%	12.812	19.322	32.134	15,1%
totali	723.763	783.675	1.507.438	185.300	249.901	435.201	28,8%	94.444	146.226	240.670	15,9%

L'ASL 2 si conferma la più vecchia della Liguria mentre l'ASL 5 la più giovane anche se le differenze fra le diverse ASL non sono così rilevanti. Essa presenta la struttura demografica più anziana, con valori degli indicatori decisamente superiori alla media regionale (età media 49,8 anni, indice di vecchiaia 278,4, indice di dipendenza anziani 49,3, indice di struttura della popolazione attiva 172,6), seguita dalla provincia di Genova ovvero ASL 4 e successivamente ASL 3. Gli stranieri residenti in Liguria all'1 gennaio 2021 sono 140.478 e rappresentano il 9,3% della popolazione totale; rispetto alla popolazione autoctona si tratta di una popolazione molto più giovane: il 17,5% degli stranieri residenti ha meno di 15 anni (10,8% cittadini autoctoni) e solo il 6,3% ha 65 anni e oltre (vs il 28,7% cittadini autoctoni) con bisogni socio sanitari diversi dalla popolazione ligure. Lo scenario dei prossimi anni evidenzia una popolazione regionale che crescerà a ritmi molto contenuti, e per contro la sua composizione manterrà la tendenza all'invecchiamento con la previsione al 2047 che gli over 65 sfioreranno il 38% (elaborazioni Demo.Istat.it "Previsioni della popolazione, anni 2018-2065).

STATO DI SALUTE NELLA REGIONE LIGURIA

Lo stato di salute di una popolazione è influenzato da molteplici fattori quali la cultura in senso lato, la condizione socioeconomica (che a loro volta influenzano i comportamenti e gli stili di vita) e l'ambiente inteso come ecosistema. A questi determinanti definiti socio economici vanno poi aggiunti i fattori di rischio suddivisi in non modificabili, predisposizione genetica, età e sesso e modificabili che possono essere corretti attraverso adeguati stili di vita (attività fisica, alimentazione, fumo...) o mediante l'uso di farmaci.

Istruzione

I dati aggiornati all'ultimo censimento evidenziano che tra il 2011 e il 2019 il livello dell'istruzione nella regione Liguria è migliorato, in linea con quanto si registra a livello nazionale. La quota di analfabeti è dimezzata mentre gli alfabeti privi di titolo di studio passano dal 3,5% al 3,0%. È cresciuta, inoltre, l'incidenza dei titoli di studio più alti e non obbligatori.

L'istruzione, in quanto elemento circolare tra persone e ambiente di riferimento, è fortemente condizionata dal contesto, a partire dalla presenza sul territorio di strutture scolastiche e universitarie fino alla disponibilità di infrastrutture di mobilità adeguate. La distribuzione per provincia dei titoli di studio non è del tutto omogenea. Genova è la provincia dove è maggiore l'incidenza delle persone con titoli di studio più alti: il 16,7% ha un titolo di studio terziario, di cui il 12,4% un titolo terziario di secondo livello; la quota di persone con un titolo terziario di primo livello è superiore, seppur di poco, al valore regionale (3,7% rispetto a 3,6%). La percentuale di persone con il diploma di scuola secondaria di secondo grado o qualifica professionale è pari al 37,9% nella regione e varia tra il 35,4% nella provincia di Imperia e il 39,4 nella provincia di La Spezia. Le province di Imperia e Savona registrano, invece, una maggiore incidenza di persone con formazione fino alla secondaria di primo grado: il 53,1% ad Imperia e il 50,3% a Savona, rispetto ad una media regionale del 47,1%.

Dalla distribuzione percentuale della popolazione per grado di istruzione nei diversi comuni si osserva che in Liguria il livello di istruzione dipende dalla collocazione geografica del comune. Meno di un quinto dei comuni registrano una quota di persone con istruzione terziaria maggiore della media regionale (14,9%) e sono principalmente collocati sulla costa. I primi tre comuni per la percentuale di educazione terziaria sono Pieve Ligure (25,1%), Bogliasco (23,2%) e Camogli (22,6%). Diversamente la percentuale di popolazione con al più la scuola secondaria di primo grado è maggiore nei piccoli centri dell'entroterra: è superiore al 60% in 26 comuni con meno di 5.000 abitanti, che rappresentano soltanto l'1,1% della popolazione con più di 9 anni. La distribuzione dei titoli di istruzione per genere in Liguria si presenta sostanzialmente in linea con quella nazionale, con una prevalenza delle donne fra le persone che al massimo hanno conseguito la licenza elementare e tra i residenti in possesso di un titolo di studio terziario e superiore.

La situazione economica

Con riguardo ai livelli degli indicatori semplici nell'ultimo anno disponibile, la Liguria si assesta ad un minor grado di povertà relativa familiare rispetto alla media italiana (9,2% nel 2019 contro 11,4% a livello italiano), e a un livello inferiore alla media italiana per la povertà assoluta (6,8% in Liguria e 8,4% in Italia). In termini di equità di genere, analizzata in riferimento al mercato del lavoro, la Liguria registra valori spesso migliori di quelli rilevati per l'Italia e per la ripartizione del Nord-Ovest, nella fattispecie le differenze, calcolate tra i due generi, del tasso di occupazione e di attività, che si configurano, rispettivamente, come la terza e la seconda meno elevate d'Italia. A fronte del netto progresso dell'indicatore relativo alla povertà relativa familiare (-1,4 punti percentuali tra il 2010 e il 2019) e quello relativo alla bassa intensità lavorativa (-2,2 punti percentuali tra il 2010 e il 2019) non si osserva ancora un miglioramento per la povertà assoluta (+3,3 punti percentuali tra il 2010 e il 2019),

la grave deprivazione materiale (+1,7 punti percentuali tra il 2010 e il 2018), e la percentuale di persone che vivono in abitazioni con problemi strutturali o problemi di umidità (+2,5 punti percentuali tra il 2010 e il 2018). La differenza tra il tasso di occupazione maschile e femminile della Liguria, nel 2020 è pari a 13,1 punti percentuali, un valore più contenuto rispetto a quello rilevato nei due contesti di riferimento (18,2 punti percentuali in Italia e 14,4 punti percentuali nel Nord-Ovest), pertanto la regione nel 2020 ha registrato il terzo valore più basso a livello nazionale, preceduta solo dalla Valle d'Aosta e dal Trentino-Alto Adige (Fonte: elaborazione Liguria Ricerche su dati Istat). Nel 2020 il tasso di occupazione femminile regionale è pari al 56,2%, un valore superiore alla media italiana (49,0%) e in linea a quella del Nord-Ovest (58,6%). (Fonte: Strategia Regionale per lo Sviluppo Sostenibile – Regione Liguria. Anno 2021).

Fattori di Rischio

I fattori di rischio non modificabili in particolare età e sesso sono già stati valutati nella loro distribuzione anche nelle diverse ASL della Regione Liguria nella descrizione della struttura della popolazione. È ormai noto che l'aumentare dell'età determina un incremento del rischio di sviluppare malattie in particolare cardiovascolari, diabete, BPCO e malattie neurologiche degenerative che nel complesso rappresentano le principali malattie croniche. Il rischio è maggiore nel sesso maschile anche se nella donna aumenta molto dopo la menopausa. Di importanza rilevante sono sicuramente i fattori di rischio modificabili attraverso la promozione di stili di vita salutari, come una sana alimentazione caratterizzata da un adeguato apporto di sostanze nutritive in modo equilibrato ed una corretta attività fisica comportano benefici effetti sulla qualità della vita ad ogni età, e in modo particolare nell'età avanzata.

Tra i principali fattori di rischio modificabili vi sono:

- l'obesità che anche in Italia sta diventando un importante problema di salute, anche se rispetto al 2010 si rileva un trend in lieve miglioramento. L'obesità rappresenta un fattore di rischio che incide, non tanto sulla mortalità, quanto sullo stato funzionale con una maggiore esposizione al rischio di sviluppo di malattie croniche. A questo proposito, si evidenzia come accanto ad un lieve miglioramento dell'obesità, rispetto al 2010, anche le malattie croniche presentano un trend in positivo. In Liguria le persone obese nel 2020 sono pari all'8,2% della popolazione.

- L'assunzione di alcolici fuori pasto ha visto un incremento nel valore percentuale rispetto al 2010: studi scientifici hanno rilevato come l'isolamento, determinato dalla recente pandemia, abbia influito nel favorire questo comportamento a rischio soprattutto tra le persone giovani ed anziane. In Liguria nel 2020 le persone di età uguale o superiore a 11 anni che consumano superalcolici fuori pasto è pari al 31,3% della popolazione.

- Il fumo che anche nell'età avanzata può determinare l'insorgenza di patologie cronico-degenerative soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardio-vascolare (i dati del 2020 rivelano che la quota di fumatori di tabacco tra la popolazione di 55-59 superava il 23%, mentre si osservava una diminuzione nelle successive classi di età fino a registrare tra gli ultrasessantacinquenni un 5,8% e che la quota di fumatrici nelle classi di età adulte e anziane è sempre più contenuta di quella dei maschi). In Liguria i dati 2020 evidenziano un numero di fumatori di età uguale o superiore a 14 anni pari al 15,4% della popolazione.

Attraverso la Banca Dati Assistiti del Sistema Sanitario Ligure al 1 gennaio 2022 sono stati rilevati i dati di maggior dettaglio relativi alla distribuzione dei malati cronici nelle 5 ASL e l'incidenza sulla popolazione residente in ogni ASL come da tabella precedente:

ASL	Diabete	Ipertensione	Neuropatie	BPCO	Cardiovascolari
ASL 1	9.458	31.424	3.693	3.725	13.995
ASL 2	14.814	44.298	5.600	5.748	22.252
ASL 3	33.850	112.092	13.662	14.216	52.546
ASL 4	6.444	21.648	2.728	2.684	9.967
ASL 5	11.327	34.538	4.155	4.505	17.283
TOTALE	75.893	244.000	29.838	30.878	116.043

65 anni ed oltre							
Cardiopatie	Malattie respiratorie e croniche	Tumori	Diabete	Insufficienza renale	Ictus o ischemia cerebrale	Malattie croniche del fegato e/o cirrosi	Ipertensione
22%	19%	15%	14%	9%	8%	4%	59%

3. RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE

L'assistenza territoriale pone senza dubbio maggiori problemi rispetto a quella ospedaliera, risulta più complessa nel suo governo per la molteplicità degli interlocutori, per l'eterogeneità delle prestazioni (prossimità, risposte socioassistenziali, prevenzione, assistenza alla cronicità, supporto alla non autosufficienza, al fine vita e alle piccole acuzie), per la difficoltà nella misurazione dei risultati. La struttura sociodemografica attuale e la sua proiezione futura evidenzia una prevalenza delle patologie croniche- involutive e pone il sistema sociosanitario come principale attore della risposta ai bisogni di salute della popolazione attuale imponendo profondi cambiamenti nel modello organizzativo di intervento.

La governance del nuovo impianto della rete dei servizi territoriali sociosanitari è affidata al

Distretto che si struttura con:

- ◆ la riorganizzazione dell'assistenza territoriale attraverso il potenziamento e la creazione di strutture ad hoc come le Case di Comunità (CdC) e gli Ospedali di comunità (OdC);
- ◆ il rafforzamento delle Cure Domiciliari (CD), che attraverso la costituzione delle COT, che tra le varie funzioni hanno anche quella di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari assicurando l'interfaccia con gli ospedali e con la rete dell'emergenza-urgenza; in questo contesto devono essere valorizzate le attività domiciliari svolte dai servizi sociosanitari, quali ad esempio Salute Mentale o Disabili, che tradizionalmente non afferiscono alle Cure Domiciliari ma realizzano interventi finalizzati al mantenimento a domicilio delle persone fragili.
- ◆ una più efficace integrazione tra i servizi socio-sanitari e sociali del territorio. La Casa della comunità (CdC) rappresenta il luogo fisico del coordinamento per la presa in carico delle persone attraverso team multidisciplinari e multi professionali e della promozione della medicina di iniziativa.
- ◆ il potenziamento della figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) per l'attivazione di percorsi di prevenzione primaria e secondaria della fragilità con l'individuazione precoce del rischio ed interventi proattivi e l'attivazione di percorsi di presa in carico e la facilitazione all'accesso ai PDTA per la gestione delle principali patologie croniche.

3.1 DISTRETTO

È il luogo privilegiato di gestione e coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari e sanitari territoriali, centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL facilitatore dell'integrazione tra le strutture sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali.

Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Il Distretto è dotato di autonomia tecnico gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della ASL. La definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale, delineata dal PNRR, porta ad un modello di razionalizzazione della rete che concentra nelle Case di Comunità le strutture ambulatoriali territoriali, rafforzandole in termini di spazi, volumi e tipologia di servizi, tecnologie, professionalità e accessibilità al pubblico.

Il Distretto valuta i bisogni della popolazione e sulla base di questi, nel rispetto delle linee di indirizzo regionali e aziendali, programma i servizi da erogare nell'ambito delle risorse disponibili. A tal fine svolge funzioni di:

COMMITTENZA → responsabilità di governare la domanda valutando i bisogni emersi, gestire ed organizzare l'offerta attraverso le unità operative che lo compongono (indicate nell'art.3 quinquies D.lgs.502/1992) le connessioni funzionali con le altre macro strutture aziendali (Ospedale e Dipartimento di Prevenzione e Dipartimento di Salute mentale), le strutture del privato accreditato e la rete degli attori locali (Comuni, scuola, Terzo settore) sviluppando progettualità condivise.

PRODUZIONE → ossia di erogazione dei servizi sanitari territoriali necessari che possono essere acquisiti facendo ricorso a :

risorse interne attraverso un processo di negoziazione;

risorse esterne provenienti comunque dal Servizio Sanitario;

provider esterni al Servizio Sanitario in una logica di implementazione di una Rete sociosanitaria sussidiaria.

GARANZIA → svolge un ruolo di governance del sistema pubblico-privato assicurando l'accesso ai servizi, l'equità di trattamento, la verifica della adeguatezza dei servizi in

funzione dei volumi di attività attesi, e degli standard di qualità e sicurezza delle cure.

Direttore del Distretto

Il direttore di distretto deve avere una formazione che garantisca competenze strategiche, organizzative e gestionali. Sono inoltre richieste specifiche competenze manageriali e professionali oltre ad una maturata esperienza in Aziende/Enti pubblici di servizi sanitari e/o sociosanitari.

I compiti organizzativi e gestionali del Direttore fanno riferimento alle seguenti aree:

- ◆ analisi dei bisogni, progettazione e valutazione dei servizi;
- ◆ programmazione e gestione del budget, anche attraverso l'assunzione di responsabilità economico finanziaria delle risorse imputate alle relative autorizzazioni di spesa;
- ◆ acquisizione dei servizi;
- ◆ gestione organizzativa di personale, strutture, processi;
- ◆ verifica dei volumi e delle tipologie di prestazioni acquistate;
- ◆ monitoraggio e valutazione dei risultati sulla base di dati e informazioni di natura differente compreso il feedback restituito dall'utenza ed il confronto interno ed esterno (benchmark);
- ◆ piani di formazione del personale formalmente assegnato;
- ◆ attività di promozione della Salute e definizione di strategie di prevenzione concertate con il Dipartimento di Prevenzione;
- ◆ gli accordi strategici interaziendali (Contratti di Servizio, Convenzioni, Deleghe, Accordi di Programma, Protocolli d'intesa con i Comuni per le attività sociosanitarie) e il Piano Attuativo Territoriale (PAT per la parte sanitaria) e i Piani di Zona (PdZ per la parte sociale).

3.2 REALIZZAZIONE DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Il PNRR rappresenta un'occasione imperdibile per realizzare l'integrazione in quanto identifica il sistema sanitario come parte di un più ampio sistema di welfare. In tal senso la Casa della Comunità diventa il luogo privilegiato dell'integrazione sociosanitaria attraverso specifici strumenti, alcuni dei quali individuati come Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), che consentono il funzionamento dei servizi presenti all'interno e le loro sinergie, sinteticamente riportati nella tabella.

PUA - punto unico di accesso	Definito LEP dal Piano di Interventi e Servizi Sociali 2021-2023 e qui da intendersi come un punto di accesso "diffuso" sul territorio ma "unico" sotto il profilo del metodo e degli strumenti in modo da garantire un percorso unitario di presa in carico con l'attivazione della rete dei servizi per le situazioni ad elevata complessità. Garantisce e crea il collegamento tra i servizi competenti (sanitari, sociali e relativi all'inclusione)
------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>assicurando alla persona una risposta unitaria attraverso la ricomposizione di interventi e risorse in un unico percorso. La frammentazione dei diversi punti d'accesso, viene superata grazie all'interoperabilità dei sistemi informativi, all'apporto delle nuove tecnologie per il raggiungimento degli obiettivi di digitalizzazione così come promossi dal PNRR. La facilitazione per l'utente di accedere ad un percorso di presa in carico è garantita dalla presenza capillare sul territorio di molteplici punti di accesso (servizi sociali, studi dei MMG, sportelli sociosanitari già operanti sul territorio...) che rappresentano "porte virtuali" che grazie alla connessione informatica, restituiscono alla persona una risposta unitaria evitandole l'effetto "flipper". Le attività svolte confluiscono in una cartella informatica interoperabile che dovrà necessariamente contenere elementi utili alla prosecuzione del percorso.</p>
UVM – Unità di Valutazione Multidimensionale	<p>Costituisce un momento puntuale, non continuativo, che si attiva quando necessario su istanza di uno dei servizi della rete. Si prevede l'adozione di strumenti di assessment condivisi. A tal fine è previsto un tavolo di lavoro istituzionale sulla ricognizione degli strumenti valutativi in atto e l'aggiornamento dello strumento utilizzato da Regione Liguria, scheda AGED.</p>
EQUIPE INTEGRATE SOCIO SANITARIE	<p>Nelle situazioni complesse dove al bisogno sociale si affianca un bisogno sociosanitario o sanitario è necessario attivare il percorso di presa in carico congiunta attraverso le equipe integrate. Previste ed operanti presso le CdC queste hanno carattere strutturale e permanente e sono composte da operatori nominalmente individuati dai rispettivi servizi/enti di appartenenza.</p>
PROGETTO PERSONALIZZATO DI SALUTE: PIANO INDIVIDUALIZZATO DI ASSISTENZA (PAI) E RIABILITATIVO (PRI, sotto articolazione del PAI)	<p>Costituiscono gli strumenti attraverso cui si definisce, nell'ambito delle equipe integrate sociosanitarie, il Progetto Personalizzato (PP) cui concorrono operatori, servizi, enti istituzionali diversi. Il PP pianifica e organizza, in chiave dinamica, l'insieme dei sostegni, formali e non formali di assistenza, anche ad alta o altissima intensità utili a garantire al beneficiario la</p>

	migliore condizione di salute, l'accesso e la permanenza al lavoro, la piena partecipazione sociale l'indipendenza economica ed abitativa. Il PP garantisce la piena esigibilità e come tale è un livello essenziale, indipendentemente dall'età, dalla gravità della menomazione o dall'intensità o complessità dei sostegni necessari alla persona.
SISTEMI INFORMATIVI INTEGRATI	L'implementazione del SISS – Sistema integrato sociosanitario attraverso la creazione della piattaforma di interconnessione ed interoperabilità dei dati con i vari attori di tutto il Sistema sociosanitario, diventa condizione necessaria per l'attivazione e il funzionamento delle COT e per la costruzione della “cartella socio-sanitaria” che alimenta il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).
FORMAZIONE CONGIUNTA	È previsto un piano di formazione per gli operatori delle ASL e dei Comuni coinvolti nell'attività delle equipe integrate per la valutazione multidimensionale. E' altresì possibile, per tematiche specifiche, prevedere percorsi formativi che coinvolgano anche gli operatori degli enti privati accreditati che operano per conto del SSR.

3.3 RECEPIMENTO E INTEGRAZIONE DELLE FORME ORGANIZZATIVE AI SENSI DELL' ART. 8 DELL'ACN MMG e PLS 28/04/2022

Un aspetto di particolare rilevanza è quello relativo al coinvolgimento dei MMG, dei PLS e degli Specialisti ambulatoriali che operano secondo il modello delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e possono assumere una delle forme giuridiche previste dalla vigente legislazione assicurando un'interfaccia organizzativa alla casa della comunità più larga e strutturata del singolo medico.

I coordinatori delle AFT partecipano alla definizione degli obiettivi strategici nell'ambito territoriale di competenza e sono previsti 2 coordinatori di AFT quali membri di diritto del “Collegio di Direzione” aziendale.

I MMG e i PLS assicurano la coerenza dei piani di cura dei loro assistiti attraverso:

- le attività ambulatoriali presso il proprio studio, la sede di riferimento della AFT e/o la CdC;
- l'assistenza domiciliare programmata o Cure Domiciliari nei confronti dei propri assistiti;

- la continuità assistenziale durante i periodi di eventuale ricovero nella fase acuta, post acuta e negli OdC;
- l'adozione di programmi di revisione della politerapia verso il deprescribing a tutela della salute del fragile in collaborazione con il farmacista di comunità;
- la partecipazione alle attività promosse dal Distretto e dalla CdC (progetti individuali di salute, ADI, PDTA, PAI, campagne di prevenzione, vaccinazioni, telemedicina e altro) sulla base della programmazione nazionale, regionale, aziendale/distrettuale secondo la suddivisione oraria stabilita dall'accordo contrattuale.

Gli studi degli MMG costituiscono una rete che fa capo alle CdC con le quali devono essere funzionalmente collegate anche grazie ad un'infrastruttura informatica comune. Nelle aree interne dove la CdC risulta particolarmente distante, lo studio dei MMG deve essere ulteriormente rafforzato (strumenti di prima diagnostica, rete e telemedicina) al fine di garantire un'assistenza di prossimità adeguata e compensare diseguaglianze territoriali.

L'organizzazione del Distretto, che prevede la presenza di MMG/PLS, Specialisti ambulatoriali all'interno delle Case di Comunità o a queste collegati funzionalmente, garantisce quindi la prossimità con tutti gli operatori sanitari e sociali favorendo la collaborazione nel percorso di presa in carico. Inoltre la co-presenza di professionisti del sistema sanitario e del sistema dei servizi sociali, all'interno della CdC e il collegamento in rete con l'ospedale favoriscono la partecipazione attiva dei diversi operatori alla definizione e gestione dei PDTA e dei PAI in una logica di continuità assistenziale.

L'infrastruttura informatica distrettuale rappresenta il presupposto necessario per la realizzazione della rete dei servizi territoriali e la valutazione dei fabbisogni, delle attività e dei risultati, garantendo interoperabilità di una base dati sempre più larga per analizzare i risultati e sviluppare sistemi predittivi progressivamente più precisi ed efficaci per raggiungere i migliori obiettivi di salute dei cittadini.

E' in fase di redazione l'atto di programmazione ACN MMG e PLS ai sensi dell'art.8 del vigente ACN, i cui caposaldi sono:

- Obiettivi prioritari di politica sanitaria regionale nell'ambito della rete di assistenza primaria (Piano Nazionale Criticità art.4 DM 77/2022 – Tecnologie Mediche DM 29 luglio2022);
- Revisione e integrazione del modello di AFT per la Medicina Generale alla luce del nuovo ruolo unico di Medico di Assistenza Primaria;
- Indirizzi programmatici per il coinvolgimento delle AFT nella nuova rete di Assistenza Sanitaria Territoriale ai sensi del DM 77/2022 (CdC, UCA, OdC);
- Forme organizzative multiprofessionali;
- Indirizzi programmatici per attuazione di quanto previsto dal DM 29/07/2022 e per la definizione di progetti di telemedicina

3.4 RECEPIMENTO E ATTUAZIONE DEGLI STANDARD PREVISTI DAL DM 77/20

3.4.1 Casa di Comunità

Il PNRR pone al centro del disegno della riorganizzazione della rete territoriale, la CASA DI COMUNITÀ quale riferimento di prossimità, di accoglienza ed orientamento ai servizi di assistenza primaria, per la "presa in carico (PIC)" delle persone a maggiore intensità assistenziale, sedi del lavoro multiprofessionale e dell'integrazione sociosanitaria e

socioassistenziale. Posta sotto la direzione del Distretto, è strutturata per garantire interventi interdisciplinari attraverso la contiguità spaziale dei servizi e l'integrazione delle comunità di professionisti (equipe multiprofessionali e interdisciplinari) che operano secondo programmi, protocolli e percorsi integrati, tra servizi sanitari (territorio-ospedale) e tra servizi sanitari e sociali supportati da una forte infrastruttura informatica. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione con i servizi sociali dei Comuni.

L'attività all'interno della CdC prevede un lavoro interprofessionale e multidisciplinare e interventi coordinati tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia e Comunità, assistenti sociali (sia dei Comuni sia delle ASL) ed altri eventuali professionisti sanitari e sociali afferenti anche ad altre Agenzie/Enti pubblici o privati del territorio. Il coinvolgimento delle AFT e delle Medicine di Gruppo dei MMG e PLS nella definizione e assegnazione di obiettivi condivisi dall'équipe multi professionale valorizza le competenze delle professioni sanitarie e sociali, evita l'isolamento di "singoli professionisti" o di singole "aggregazioni mono professionali".

La CdC quindi costituisce un modello organizzativo di integrazione istituzionale e professionale non solo in ambito sanitario ma anche tra sanità e sociale, quale luogo di prevenzione e promozione della salute e della partecipazione della comunità.

L'attività della CdC è improntata ad un sistema organizzativo orientato in prevalenza verso un lavoro di equipe interprofessionale secondo il modello organizzativo della cronicità.

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

l'accesso integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale nella logica di prossimità al cittadino per ricompattare i percorsi di risposta assistenziale;

la prevenzione e promozione della salute anche attraverso interventi di comunità ed individuali realizzati dalle equipe sanitarie e dalle aree della fragilità con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione aziendale per gli aspetti di competenza;

la presa in carico della cronicità e fragilità secondo un approccio di medicina d'iniziativa;

la valutazione multidimensionale del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata nell'ambito dei servizi sanitari e sociali;

la continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori ecc.);

l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra diversi servizi; il coinvolgimento nelle iniziative delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.

Si riporta negli allegati la distribuzione delle CdC nei Distretti Liguri

3.4.2 Infermiere di Famiglia e Comunità

L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFoC) è la figura professionale che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella CdC in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona e la sua rete familiare e di comunità.

Nella CdC, l'IFoC svolge attività di:

- collaborazione con i MMG/PLS, per reclutamento e gestione dei pazienti affetti da patologie croniche e per la definizione ed implementazione dei progetti di salute, svolgendo attività di case management e assistenziale nei confronti di tali pazienti. Partecipa inoltre alla programmazione di interventi di sanità di iniziativa per definiti

- sottogruppi di assistiti in base alle caratteristiche della popolazione afferente alla CdC, privilegiando iniziative con gruppi di persone e non solo individuali;
- analisi del bisogno e accompagnamento alla presa in carico, per i pazienti segnalati dal MMG, dalla COT o dalla centrale 116117. Come descritto nel paragrafo relativo al Punto Unico di Accesso, l'IFoC può effettuare valutazione del bisogno, promuovere l'identificazione precoce del bisogno di cure palliative attraverso l'impiego degli strumenti previsti ex DGR 1046/2018, distinguere il tipo di bisogno (semplice o complesso) e prendere in carico il caso per passaggi successivi (interazione con MMG; attivazione della Rete Locale di Cure Palliative, colloquio con assistenti sociali, ecc...);
 - collaborazione e coordinamento con operatori ADI rispetto ai pazienti presi in carico dalla CdC. l'IFoC si coordina sistematicamente con gli erogatori ADI e UCA, costruendo una relazione bi-direzionale da parte dell'IFoC agli operatori ADI/UCA (es. se si nota una ridotta aderenza alle terapie) e dagli operatori ADI/UCA all'IFoC (es. se osservano una situazione di contesto abitativa o sociale critica o scarsa aderenza allo stile di vita auspicato);
 - monitoraggio dei pazienti in carico, dialogando proattivamente con il paziente e/o il suo caregiver, con un approccio di promozione della salute, per i casi di insufficiente aderenza alle terapie o agli stili di vita richiesti, oppure attivando il medico di riferimento in caso di esiti clinici intermedi insoddisfacenti rispetto ai target terapeutici programmati.
 - L'IFoC può erogare prestazioni in ambulatori dedicati per i pazienti affetti da patologie croniche (es. monitoraggio pressione, glicemia, ecc...), recarsi al domicilio del paziente per effettuare interventi sanitari previsti dal servizio di Assistenza Domiciliare di base (es. medicazioni, riposizionamento catetere, verifica terapia, ecc...) o di primo accompagnamento del paziente verso un nuovo setting di cura;
 - collaborazione e coordinamento con il personale di studio del MMG e con gli operatori sociali del comune/Ufficio di Piano, secondo protocolli di integrazione elaborati a livello di Distretto;
 - collaborazione e raccordo con le équipes di cure palliative

3.4.3 La centrale operativa territoriale (COT)

Il disegno sopra esposto descrive un meccanismo di funzionamento del modello organizzativo garantito dalla COT-centrale operativa territoriale quale servizio di back-office che facilita l'attivazione e garantisce la continuità della presa in carico attraverso una piattaforma comune ed integrata con i principali applicativi di gestione aziendale e di interconnessione con tutti gli enti/strutture presenti sul territorio, garantendo il coordinamento e raccordo tra i nodi delle diverse reti e i professionisti.

La COT assicura un lavoro di coordinamento dei vari servizi distrettuali e nello specifico svolge un lavoro di transitional care garantendo la continuità dell'assistenza e l'integrazione sociosanitaria tra i diversi setting assistenziali; in particolare garantisce la sua funzione di coordinamento:

- registrando ed indirizzando le richieste di transizione tra i diversi setting assistenziali assicurandone il tracciamento;
- garantendo il supporto informativo e logistico ai professionisti della rete;
- raccordando i servizi ed i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali (attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere) ottimizzandone gli

- interventi;
- raccogliendo, gestendo e monitorando i dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, domotica, digitalizzazione, sperimentazione di strumenti di Intelligenza artificiale;
- assicurando il collegamento con la rete dell'emergenza ed urgenza.
-

Si riporta negli allegati la distribuzione delle COT nei Distretti Liguri

3.4.4 Centrali Operative 116117

Il DM 77/2022 indica il numero unico 116117 come uno dei canali chiamato a diventare progressivamente una delle modalità ordinarie per accedere al SSN in modo non urgente, sia per ottenere informazioni, sia per avere un primo orientamento nei servizi, sia per esigenze di continuità assistenziale, sia per orientarsi e accedere ai servizi socio-sanitari.

La revisione dell'assistenza territoriale richiede l'adozione di un nuovo approccio anche per la gestione del numero unico AREU dedicato all'accesso ordinario ai servizi del SSN e alla continuità assistenziale (NEA 116117) con la possibilità per gli operatori, sulla base di quelle che saranno le indicazioni regionali, a fronte di una valutazione basata su protocolli definiti, di indirizzare l'utente al proprio MMG o a un IFoC, ad un percorso di visita ambulatoriale presso gli ambulatori di CA presenti nella CdC di riferimento, chiedere l'attivazione di un intervento domiciliare IFoC/ADI/UCA attraverso la COT a seconda dell'urgenza del caso, attivare il PUA e UVM, indicare le modalità per prenotare servizi specialistici, ecc.

A tendere e con il supporto di strumenti dedicati, dovranno poter indirizzare il cittadino che ne necessita anche verso un percorso di gestione delle problematiche sociali, attivando il PUA della CdC di riferimento tramite la COT.

3.4.5 Unità di continuità assistenziale (UCA)

In situazione di particolare complessità clinico assistenziale può essere attivata attraverso la condivisione con MMG, l'Unità di continuità assistenziale (UCA) quale equipe mobile distrettuale composta da 1 medico e 1 infermiere eventualmente integrata anche con altre figure sociosanitarie, dotata di un sistema integrato comprendente una infrastruttura di telemedicina collegata alle COT ed accessibile via internet per garantire teleconsulto attraverso l'interoperabilità della rete degli specialisti collegati.

L'UCA è dotata altresì di strumentazione avanzata e dispositivi medici, anche diagnostici, portatili al fine di monitorare le condizioni cliniche dei pazienti.

La sede operativa delle UCA è nella Casa di Comunità HUB

L'UCA interviene a richiesta (non in sostituzione dei professionisti responsabili della PIC delle cure domiciliari) per un periodo di tempo definito:

- a supporto delle cure domiciliari in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostico terapeutiche;
- per la presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante eventuali focolai

epidemici, garantendo accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici;

- nei programmi di prevenzione territoriale (quali ad esempio ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e presso le RSA/case di riposo per pazienti fragili) in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica;
- nella partecipazione a programmi di prevenzione nella Comunità;

3.4.6 Assistenza domiciliare e Rete Cure Palliative

L'obiettivo è di far sì che la "casa" sia considerata il principale luogo di cura implica necessariamente il potenziamento dei servizi sociosanitari territoriali. Per il raggiungimento dell'obiettivo è necessario integrare i servizi di assistenza domiciliare e di prossimità dei Comuni con le misure per la Non autosufficienza che completano l'offerta degli interventi a sostegno della domiciliarità.

Per raggiungere gli obiettivi previsti dal PNNR si dovrà incrementare il numero di pazienti in carico alle cure domiciliari comprese quelle palliative nelle diverse ASL liguri.

Tale risultato potrà essere raggiunto con l'inserimento del servizio di Cure domiciliari e delle Unità di Cure palliative domiciliari (UCPDom) all'interno delle Case di Comunità, con il potenziamento delle figure professionali dedicate all'assistenza domiciliare, valorizzando altresì tutte le altre prestazioni domiciliari svolte dai servizi sociosanitari quali ad esempio la salute mentale e il servizio per i disabili e promuovendo l'impiego di strumenti telemedicina. Inoltre è necessario procedere alla messa in atto di nuovi modelli assistenziali con approccio multi- e inter- disciplinare in grado di porre in essere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali territoriali ed ospedaliere e con la messa in campo di nuovi strumenti come la televisita, il teleconsulto e il monitoraggio a distanza utilizzati con la fattiva collaborazione di tutti i servizi presenti nella Casa di Comunità, dei MMG/PLS, IFoC e medici specialisti territoriali ed ospedalieri. Le cure domiciliari potranno essere esternalizzate e svolte da erogatori autorizzati e accreditati secondo quanto previsto dalla normativa vigente. In questo caso la richiesta avverrà da parte del MMG con autorizzazione del Distretto che supervisionerà e monitorerà i percorsi di PIC.

Per quanto riguarda le UCP Domiciliari al fine di definire percorsi omogenei a livello regionale all'interno delle Reti Locali di Cure Palliative sono stati definiti, dalla Rete Regionale di Cure Palliative, gli indirizzi per la definizione del percorso integrato per la presa in carico della persona in condizioni di cronicità complesse e avanzate con bisogni di Cure Palliative dall'accesso alla valutazione, secondo i seguenti passaggi ai sensi della normativa vigente:

1. Eleggibilità del paziente con bisogno di Cure Palliative
2. Segnalazione e l'accesso alla Rete Locale di Cure Palliative (RLCP);
3. Rivalutazione del bisogno e dell'intensità assistenziale;
4. Chiusura e valutazione della presa in carico.

La Regione Liguria ha attivato un sistema di autorizzazione e di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione cure domiciliari attualmente in fase di aggiornamento secondo la programmazione regionale, recependo le indicazioni della legge

15 marzo 2010, n. 38, intende attuare un programma triennale nonché un percorso di definizione delle procedure di accreditamento delle Reti locali, come previsto dall'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano "Accreditamento delle reti di terapia del dolore" (Rep. Atti n.119/CSR del 27 luglio 2020). È altresì previsto il potenziamento del modello *Simultaneous Care* che implica la possibilità di accedere simultaneamente alle cure oncologiche e alle cure palliative e che consiste nella definizione di un percorso di accesso e presa in carico precoce del paziente oncologico con bisogno di cure palliative. Nell'ambito della Rete Regionale di Cure Palliative sono in via di definizione nuovi criteri di eleggibilità specifici per l'accesso in Hospice per i pazienti non oncologici. Nell'ambito della *Terapia del dolore* si prevede la realizzazione del progetto mediante l'implementazione e lo sviluppo della rete stessa, l'avvio di percorsi formativi, l'implementazione di strumenti informativi e l'utilizzo della telemedicina, anche sulla base delle indicazioni del PNRR, contestualmente all'avvio del processo di qualificazione dei percorsi di Terapia del Dolore.

Alla luce dell'importante contributo che le Associazioni e il privato no-profit svolgono quotidianamente in sinergia con i servizi territoriali, risulta particolarmente significativo sviluppare questo apporto attraverso il sistematico utilizzo di equipe integrate.

3.4.7 Gli Ospedali di Comunità

Per il potenziamento e la riorganizzazione della filiera dei percorsi di assistenza sono previsti gli OSPEDALI DI COMUNITÀ. Si tratta di strutture sanitarie afferenti all'area territoriale che svolgono una funzione intermedia tra il domicilio/residenzialità sociosanitaria e il ricovero ospedaliero, per ricoveri brevi a bassa e media intensità di cura, rivolti a pazienti con deficit funzionali e/o cronici stabili dal punto di vista clinico provenienti dall'ospedale, dalle strutture residenziali sociosanitarie o dal domicilio:

- dimissibili dal setting ospedaliero ma che non possono rientrare a domicilio per la necessità di cure infermieristiche continue, per mancanza temporanea o non strutturale di una rete di sostegno familiare, per la necessità di un recupero psico – fisico; in questo caso l'OdC costituisce la prima tappa verso il domicilio;
- che necessitano di riabilitazione multidimensionale motoria, cognitiva e funzionale, supporto riabilitativo-educativo o interventi fisioterapici nell'ambito dei PDTA/protocolli già attivati nel reparto di provenienza prima del rientro a domicili
- che necessitano di assistenza per la somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, di interventi di educazione terapeutica al paziente e al caregiver.

È fondamentale la messa in rete con gli altri setting assistenziali e il collegamento funzionalmente con gli ospedali e con i servizi territoriali (residenze sociosanitarie extra ospedaliere). Il collegamento deve garantire il consulto con le equipe specialistiche ospedaliere e a tal fine devono essere predisposte specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari, valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalle COT.

Si riporta negli allegati la distribuzione degli OdC nei Distretti Liguri.

3.4.8 Consultorio Familiare

L'attività consultoriale si caratterizza da un approccio multidisciplinare e olistico che richiama il "Planetary Health". Nell'ambito dell'assistenza territoriale, il Consultorio Familiare eroga l'attività rivolta ai minori, alle coppie e alle famiglie, garantendo prestazioni, anche di tipo

domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. Tali attività possono svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni che ne tutelino la riservatezza e consentendo l'integrazione con tutti i professionisti afferenti ai servizi ospedalieri e territoriali: quelli dedicati alla presa in carico della persona, quelli rientranti nell'area di assistenza primaria e quelli diretti alla tutela della salute.

Il principio ispiratore è un approccio intersettoriale in quanto, oltre al sociale, vi sono innumerevoli altri attori che possono contribuire alla produzione di benessere dell'individuo e delle comunità (es. settore scolastico, culturale, sportivo), al contenimento del disagio familiare e sociale (es. settore della giustizia, del lavoro). Le attività del Consultorio Familiare devono essere definite e coordinate con gli altri servizi sanitari (territoriali e ospedalieri) e con gli altri protagonisti della Rete Materno Infantile, sui piani del funzionamento interno e dell'integrazione in rete.

La Regione Liguria sta lavorando in collaborazione con il Ministero per l'adozione nel corso del 2023 del nuovo flusso informativo dedicato a rilevare l'attività sanitaria dei Consultori Familiari, come previsto dalla Missione 6 "Salute" componente 2 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

3.4.9 Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione nel Sistema Sanitario Regione Liguria rappresenta l'articolazione dell'Azienda Socio Sanitaria Locale preposta alle attività di tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità di vita mediante iniziative coordinate con i Distretti e gli altri Dipartimenti aziendali.

Il Dipartimento predisponde programmi di lavoro, favorisce l'integrazione fra le strutture organizzative professionali, l'omogeneizzazione delle prestazioni, la verifica la qualità delle stesse, la formazione e l'aggiornamento degli operatori, l'armonizzazione delle attività di prevenzione con quelle di vigilanza.

Gli obiettivi sono riportati nel Piano Regionale della Prevenzione 2021-25.

Il Dipartimento assolve le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica:

- a) sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- b) tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- c) sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- d) salute animale e igiene urbana veterinaria;
- e) sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- f) sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- g) attività medico legali per finalità pubbliche.

Le prestazioni che richiedono una distribuzione capillare sul territorio come vaccinazioni e screening, saranno svolte all'interno delle case di comunità.

3.4.10 Telemedicina

La telemedicina è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie

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

Le diverse prestazioni e servizi di telemedicina, quali la televisita specialistica, la teleassistenza, il telemonitoraggio, la teleriabilitazione, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico sanitaria, o la telerefertazione, costituiscono un'opportunità e un fattore abilitante la strutturazione di modelli di gestione integrata dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria, in grado di rispondere sia alle necessità dei sistemi sanitari, con particolare riferimento alla gestione della cronicità, sia, in un'ottica di medicina personalizzata, a quelle individuali del singolo assistito,

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

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

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

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

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

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

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

3.4.11 Integrazione interazione con altri servizi

La casa della comunità è la sede dove avviene la valutazione multidimensionale del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata nell'ambito de servizi sanitari e sociali, promuovendo la continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori, dipendenze e residenzialità) e l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra diversi servizi.

La COT assicura un lavoro di coordinamento dei vari servizi distrettuali e nello specifico svolge un lavoro di transitional care garantendo la continuità dell'assistenza e l'integrazione sociosanitaria tra i diversi setting assistenziali.

La telemedicina in questo rappresenta un elemento abilitante per l'attuazione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, favorendo, la correlazione degli interventi per una presa in carico integrata tra ospedale e territorio, anche assicurando processi di de-ospedalizzazione, quali ad esempio le dimissioni protette e la collaborazione tra gli operatori appartenenti alle diverse reti assistenziali ospedaliere e territoriali.

L'inserimento del servizio di Cure domiciliari e delle Unità di Cure palliative domiciliari (UCPDom) all'interno delle Case di Comunità, con il potenziamento delle figure professionali dedicate all'assistenza domiciliare, rappresenta un valore aggiunto per tutte le altre prestazioni domiciliari svolte dai servizi sociosanitari quali ad esempio la salute mentale e il servizio per i disabili, promuovendo anche l'impiego di strumenti telemedicina.

4. FABBISOGNI DEL PERSONALE PER IL FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI

Sono stati recepiti gli standard previsti dal DM 77 nei nuovi modelli organizzativi (CdC – COT – OdC).

Sono in atto le interlocuzioni A.Li.Sa. – AA.SS.LL. per le valutazioni in merito al fabbisogno del personale necessario al funzionamento dei servizi, rispettando il range degli standard previsti dal DM 77/2022, per le strutture che saranno progressivamente attivate.

Sono altresì in corso interlocuzioni con l'Università competente territorialmente per la definizione di un piano formativo integrativo, al fine di corrispondere progressivamente al fabbisogno.

5. CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITA'

Si rimanda a quanto previsto dalla DGR n. 350 del 21.04.2022 recante "PNRR - Missione 6 SALUTE – APPROVAZIONE PIANO OPERATIVO REGIONALE (POR)

Target

Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità

T2 2022

Target

Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità

T1 2023

Target

Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP (ossia si è avviata almeno una gara per l'opera ma non necessariamente tutte)

T1 2023

Target Stipula dei contratti per la realizzazione della Case di Comunità T3 2023

Target

Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche

T1 2026

6. MODALITA' DI GOVERNO E MONITORAGGIO

Con Delibera Alisa n. 462 del 14/12/2021 è stato istituito "Gruppo di lavoro per la programmazione condivisa delle azioni previste dai Piani di Potenziamento territoriali e dalla Missione 6 C1 del PNRR

E' stato nominato con nota Alisa n. 16437 Referente Regionale per Gruppo di Lavoro " Monitoraggio degli standard DM 77/2022

Allegato 1 DISTRIBUZIONE CASE DI COMUNITA' NEI DISTRETTI LIGURI

Distretto - 01 - VENTIMIGLIESE	5	➤ Struttura «Eiffel» area parco ferroviario di Ventimiglia, Via San Secondo
Distretto - 02 - SANREMESE		➤ Nuovo Palasalute Baragallo di Sanremo, Via San Francesco ➤ Arma di Taggia (stazione ferroviaria nuova - Arma di Taggia), Via Stazione Nuova
Distretto - 03 - IMPERIESE		➤ Palasalute Imperia Via Lorenzo Acquarone, 9 Imperia ➤ Pieve di Teco (ex Caserma Manfredi), Viale Vittorio Veneto
Distretto - 04 - ALBENGANESE	6	➤ Ospedale S.Maria di Misericordia Casa di Comunità Viale Martiri della Foce,40 Albenga ➤ Ospedale S.Corona di Pietra Ligure Via XXV Aprile
Distretto - 05 - FINALESE		➤ Sede del Distretto, Via della Pineta 6, Finale Ligure
Distretto - 06 - BORMIDE		➤ Ospedale San Giuseppe di Cairo, Via Martiri della Libertà 30, Cairo Montenotte
Distretto - 07 - SAVONESE		➤ Sede del Distretto Via Collodi 13, Savona ➤ Vado Ligure, Via alla Costa
Distretto - 08 - GENOVA PONENTE	13	➤ Casa della Salute Voltri (Ex Tecsaldo - COPROMA), via Odicini ➤ MARTINEZ, Via Pegli, 41, Pegli ➤ Campoligure, Via Rossi, 33 Campoligure
Distretto - 09 - GENOVA MEDIO E PONENTE		➤ Palazzo Salute Fiumara- Via Operai 80 ➤ Sede Poliambulatori/Palazzo della Salute Via Soliman Genova
Distretto - 10 - GENOVA VALPOLCEVERA E VALLESCRIVIA		➤ Ex scuola Trucco, Via Pasquale Pastorino,32 Bolzaneto ➤ Struttura ASL 3 Borgo Fornari – Ronco Scrivia ➤ CELESIA, Via Pierino Negrotto Cambiaso, 62 - Rivarolo
Distretto - 11 - GENOVA CENTRO		➤ Casa della Salute via Assarotti – Genova
Distretto - 12 - VALTREBBIA E VALBIS.		➤ Palazzo della Salute Doria - Via Struppa 150, Struppa ➤ Poliambulatorio Via Archimede – Genova
Distretto - 13 - GENOVA LEVANTE		➤ Casa Della Salute Quarto - Via G.Maggio 6, Quarto ➤ Casa Della Salute di Recco – Via A.Bianchi, Recco
Distretto - 14 - TIGULLIO OCCID.		➤ Ospedale di Rapallo, Casa della Salute Distrettuale 14 - Via San Pietro 8, Rapallo
Distretto - 16 - TIGULLIO	3	➤ Ospedale di Sestri di Levante, Casa della Salute Distrettuale 16 - Via A. Terzi 37, Sestri Levante Piano 2° progetto collegamento Villa Laura
Distretto - 15 - CHIAVARESE		➤ Ex PO-Casa della Salute Distrettuale 15 - Via G.B. Ghio 9, Chiavari
Distretto - 17 - RIVIERA VAL DI VARA	5	➤ Val di Vara, Distretto 17, Piazza Novellini 11 - Ceparana
Distretto - 18 - DEL GOLFO		➤ Distretto 18 Sede de La Spezia, Via Sardegna 45 – La Spezia ➤ Struttura aziendale Via XXIV Maggio 139 – La Spezia
Distretto - 19 - VAL DI MAGRA		➤ Distretto 19 – Via Paci 1, Località S.Caterina Sarzana ➤ Struttura aziendale – Via Madonnina 101, Luni

Allegato 2 DISTRIBUZIONE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI NEI DISTRETTI LIGURI

ASL 1	2	<p>Ex Archivio di Bussana, Via Aurelia 97, Sanremo – Bussana</p> <p>Ex Poliambulatorio Via Diano Calderina 1/4 Imperia</p>
ASL 2	3	<p>Sede della CdC Via della Pineta 6 Finale Ligure</p> <p>Ospedale S. Giuseppe di Cairo, C.so Martiri della Libertà – Cairo Montenotte</p> <p>Sede Distretto, Via Collodi 13, Savona</p>
ASL 3	6	<p>Ex Ospedale Camozzini – Via Camozzini 15 Voltri, Genova</p> <p>Casa di Comunità Palazzo della Salute Fiumara, Via Operai 80</p> <p>Casa di Comunità Ex scuola Trucco, via pasquale Pastorino32 Bolzaneto</p> <p>Casa di Comunità, Via Assarotti 35</p> <p>Casa di Comunità Palazzo Salute Doria, Via Struppa 150</p> <p>Casa di Comunità Casa della salute Quarto - Via G.Maggio 6</p>
ASL 4	2	<p>Polo ospedaliero di Chiavari – Via G.B. Ghio 9 – Chiavari</p> <p>Ospedale di Sestri di Levante, Casa della Salute Distrettuale 16 - Via A. Terzi 37, Sestri Levante Piano 2° progetto collegamento Villa Laura</p>
ASL 5	3	<p>Struttura via Briniati 2 – Brugnato</p> <p>Struttura aziendale via XXIV Maggio 139 – La Spezia</p> <p>Distretto 19 Via Cisa Loc S.Caterina Sarzana</p>

Allegato 3 DISTRIBUZIONE OSPEDALI DI COMUNITA' NEI DISTRETTI LIGURI

ASL 1	1	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ospedale di Imperia, Via Sant'Agata, 57 - Imperia
ASL 2	2	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ospedale S. Maria di Misericordia Albenga Viale Martiri della Foce,40 ➤ Ospedale San Giuseppe di Cairo, Corso Martiri della Libertà, 30 - Cairo Montenotte
ASL 3	4	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sede di Quarto - Via G.Maggio 6, Quarto ➤ Ospedale Celesia - Via Pierino Negrotto Cambiaso, 62/C, Genova ➤ Ex ospedale di Busalla - Via Roma, 100, Busalla ➤ Poliambulatorio Campoligure A.S. Rossi
ASL 4	2	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ospedale di Sestri Levante ➤ Presso Ospedale di Rapallo
ASL 5	2	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ex Presidio ospedaliero San Nicolò di Levante via N.Sig della Guardia ➤ Immobile in fase di terminazione presso il Presidio ospedaliero San Bartolomeo di Sarzana Via Cisa Loc S.Caterina