

ALLEGATO 1

Modello organizzativo del Servizio sanitario regionale

Sommario

Introduzione	2
ANALISI DEL CONTESTO DEMOGRAFICO E GEOGRAFICO DEL FVG E BISOGNI DELLA POPOLAZIONE	2
Aspetti demografici della popolazione	2
Aspetti geografici	7
Indicatori di salute, socio sanitari e sociali	8
Programmi di prevenzione	11
Impatto sui bisogni di salute della popolazione del Friuli Venezia Giulia e il PNRR.....	12
Modelli organizzativi per l'erogazione dei servizi e lo svolgimento delle attività – ricognizione e linee di indirizzo di revisione in adeguamento alle linee programmatiche del PNRR – definizione provvisoria	13
PRINCIPI ORGANIZZATIVI E INDIRIZZI GENERALI DI ATTIVITÀ E SERVIZI	14
Assistenza territoriale	14
Il distretto: funzioni e standard organizzativi	18
La Centrale Operativa Territoriale (COT)	22
L'Ospedale di Comunità.....	23
Cure intermedie.....	24
Funzionigramma dell'assistenza territoriale	26
Dipartimento delle Dipendenze e Salute Mentale	30
Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	31
Dipartimento di Prevenzione	35
Assistenza ospedaliera.....	40
Programmazione e sviluppo dei servizi sociali e dell'integrazione e assistenza sociosanitaria	41
Politiche per gli Enti del Terzo Settore, delle ASP e delle Fondazioni.....	45
Altre funzioni	46
Psicologia clinica	46
Centro di riferimento regionale sistemi di sorveglianza Passi e Passi d'Argento.....	46
Sorveglianza sanitaria degli operatori del SSR	46
Centrale operativa regionale 116117	46

Introduzione

Conformemente a quanto richiesto dall'art. 54 della legge regionale 22/2019 le indicazioni contenute nel presente documento sono finalizzate a garantire un'attuazione omogenea sul territorio regionale delle politiche sanitarie e sociosanitarie, adeguati flussi di casistica in relazione alle disposizioni del D.M. 70/2015, il governo clinico dei percorsi di cura attraverso gli strumenti operativi dei PDTA, la misurazione degli esiti, la valutazione della qualità e la presa in carico delle persone.

Con il presente documento vengono fissati, in via provvisoria – nelle more della definizione dei nuovi criteri e standard organizzativi per l'assistenza territoriale e ospedaliera da adottarsi in attuazione del Patto per la Salute 2019-2021 – indirizzi, criteri, standard e cui gli enti del SSR devono attenersi per la definizione dell'articolazione organizzativa, valutata la situazione sanitaria e sociosanitaria attuale dell'offerta e di quella a tendere e conformemente agli attuali indirizzi nazionali di pianificazione e programmazione dell'intero sistema sanitario nazionale, così come definiti, in particolare, dal D.L. 34/2020 e dal Piano nazionale di ripresa e resilienza, che alla missione 6 individua quali obiettivi fondamentali per il valore salute:

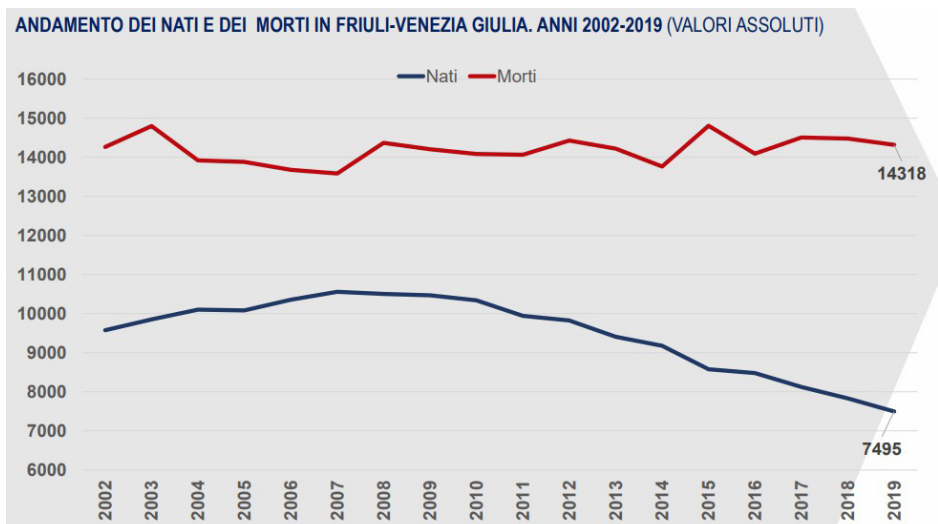
- ✓ lo sviluppo delle reti prossimità delle strutture di prossimità e della telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;
- ✓ l'innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del SSR;
- ✓ lo sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario.

Il presente documento sostituisce, nelle previsioni incompatibili, e integra quanto disposto con le deliberazioni di Giunta regionale n. 929 del 15 maggio 2015 recante *"Individuazione delle strutture complesse sanitarie della prevenzione, distrettuali e ospedaliere, nonché dei criteri standard per l'individuazione delle strutture semplici"* e n. 1437 del 17 luglio 2015 recante *"Principi e criteri per l'adozione degli atti aziendali"*, apportando le necessarie modifiche, tra cui quelle in attuazione dell'articolo 8 della legge regionale 27/18.

ANALISI DEL CONTESTO DEMOGRAFICO E GEOGRAFICO DEL FVG E BISOGNI DELLA POPOLAZIONE

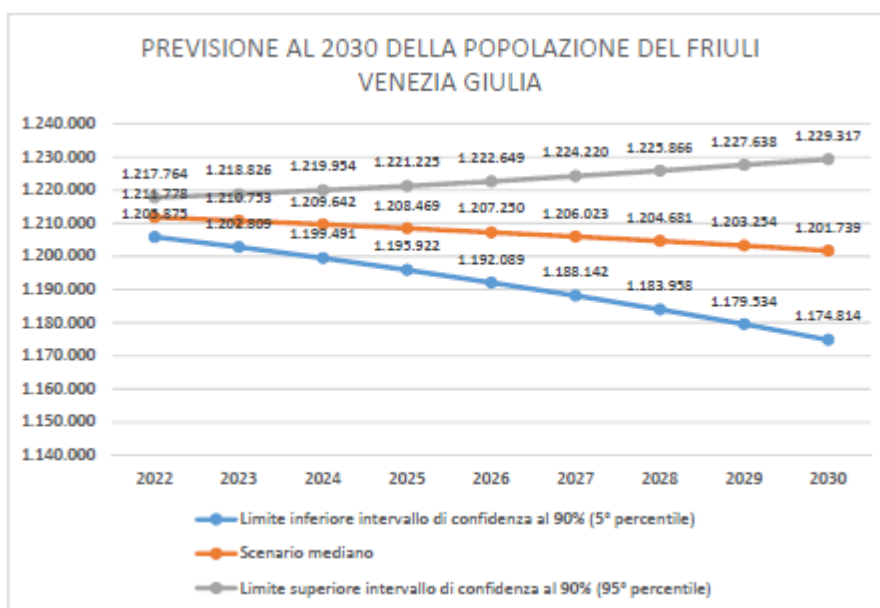
Aspetti demografici della popolazione

Come si può notare dalla tabella di seguito riportata, sono ormai diversi anni che nella nostra Regione il saldo annuale fra nati e morti è negativo, con la forbice in progressivo allargamento.



Fonte: Stati generali della Famiglia in Friuli Venezia Giulia - Presentazione del Presidente di Istat G.C. Blangiardo. Udine 16 Ottobre 2020.

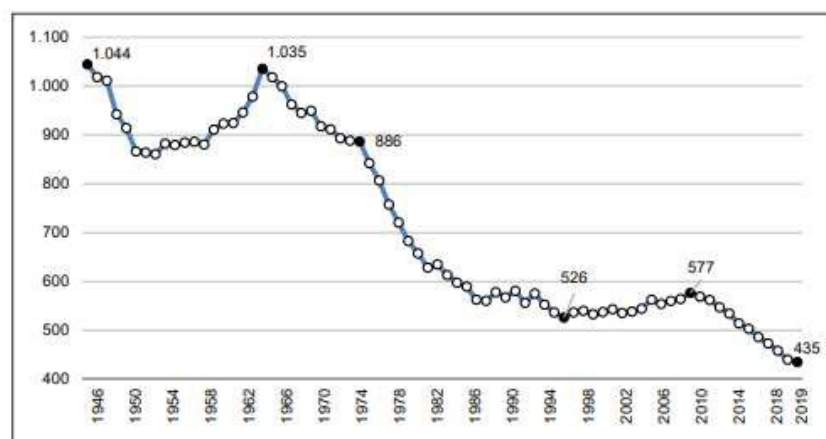
La previsione ISTAT sotto riportata, per il decennio da poco iniziato, prevede per la popolazione della nostra Regione tre possibili scenari. Il primo comporta un leggero e progressivo aumento della popolazione (+1%), grazie a un saldo immigrazione/emigrazione che prevale sul saldo nati/morti; il secondo determina una progressiva flessione (-0,8%), con saldo nati/morti che prevale sul saldo immigrazione/emigrazione pur positivo; il terzo rappresenta una decisa flessione (-2,5%) con scarso effetto del saldo immigrazione/emigrazione sul saldo nati/morti.



In realtà, già alla data del 1.01.2020, la popolazione della Regione è scesa a 1.206.265 unità. Per effetto della pandemia, i saldi nati/morti del 2020 e del 2021 sono probabilmente in ulteriore peggioramento. I numeri della previsione ISTAT dovrebbero pertanto essere corretti al ribasso, sempre che il saldo immigrazione/emigrazione non riesca a compensare la discesa della curva in modo più energico.

La curva delle nascite dell'Italia mette in evidenza il picco di natalità degli anni '60, per poi registrare il crollo mai più recuperato da metà degli anni '70.

Figura 1 – Italia: numero annuo di nati. Anni 1946-2019 (in migliaia)



Fonte: Istat, Bilancio demografico, Anni diversi

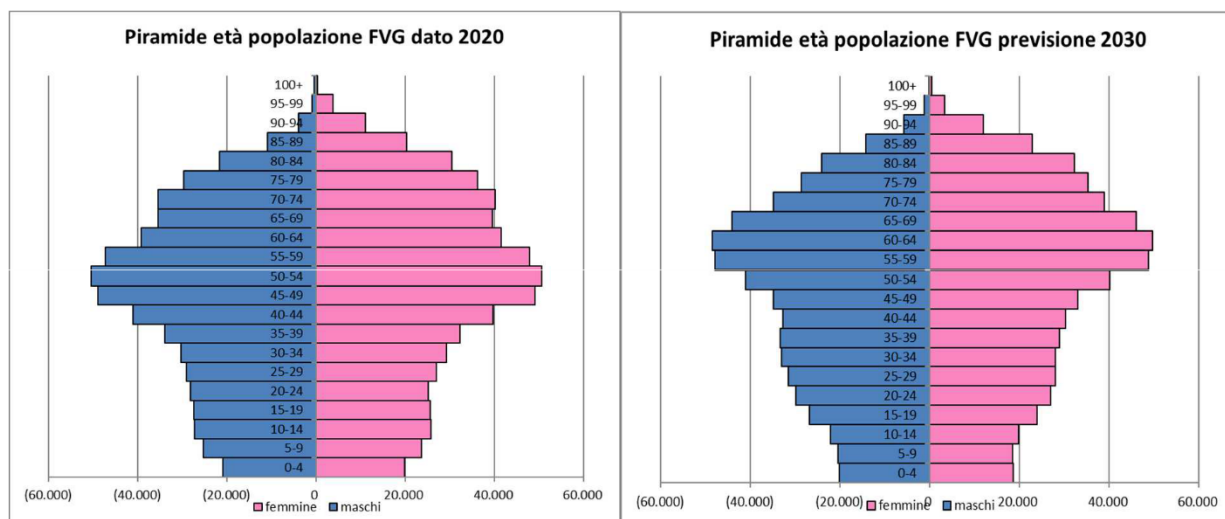
REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA - ISCRITTI IN ANAGRAFE PER NASCITA PER PROVINCIA - Anni 2017-2018

	PORDENONE		UDINE		GORIZIA		TRIESTE		FVG
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	
Tasso di fecondità totale (TFT) (*)	1,37	1,35	1,24	1,21	1,44	1,38	1,29	1,26	1,28
Età media al parto della madre	31,8	32,0	32,0	32,3	31,7	31,3	32,3	32,6	32,1
Età media al parto del padre	35,4	35,6	35,5	35,9	35,2	35,1	35,8	35,9	35,7
TFT donne italiane	1,21	1,20	1,14	1,12	1,24	1,13	1,22	1,21	1,16
Età media al parto donne italiane	32,7	32,9	32,7	32,9	32,8	32,3	33,1	33,2	32,9
TFT donne straniere	2,14	2,06	1,86	1,89	2,46	2,64	1,79	1,67	2,00
Età media al parto donne straniere	29,2	29,2	29,2	29,4	28,4	28,4	28,7	29,4	29,2
Nati da madre coniugata (%) (**)	63,2	63,0	59,2	57,6	54,8	53,9	54,6	57,4	58,7
Nati da padre coniugato (%) (**)	60,0	63,0	57,2	57,2	53,0	53,3	52,7	57,8	58,5
Rapporto di mascolinità alla nascita	105,8	108,2	104,1	105,8	101,3	104,8	99,6	105,3	106,3

Nota: (*) Numero medio di figli per donna feconda, somma dei tassi specifici di fecondità per età nell'anno in oggetto; (**) I nati in cui lo stato civile del genitore non è indicato sono considerati come nati da genitori non coniugati.

Fonte: ISTAT

L'effetto delle dinamiche sopra descritte determina per la nostra Regione il cambiamento della piramide dell'età rappresentato dal successivo confronto fra 2020 e 2030. La "piramide" si è da tempo trasformata in "fungo" ed evidenzia che, con il passare degli anni, la popolazione nata nel picco di nascite degli anni '60 entrerà nella fascia d'età nella quale aumenta l'incidenza e la prevalenza di malattie cronic-degenerative.

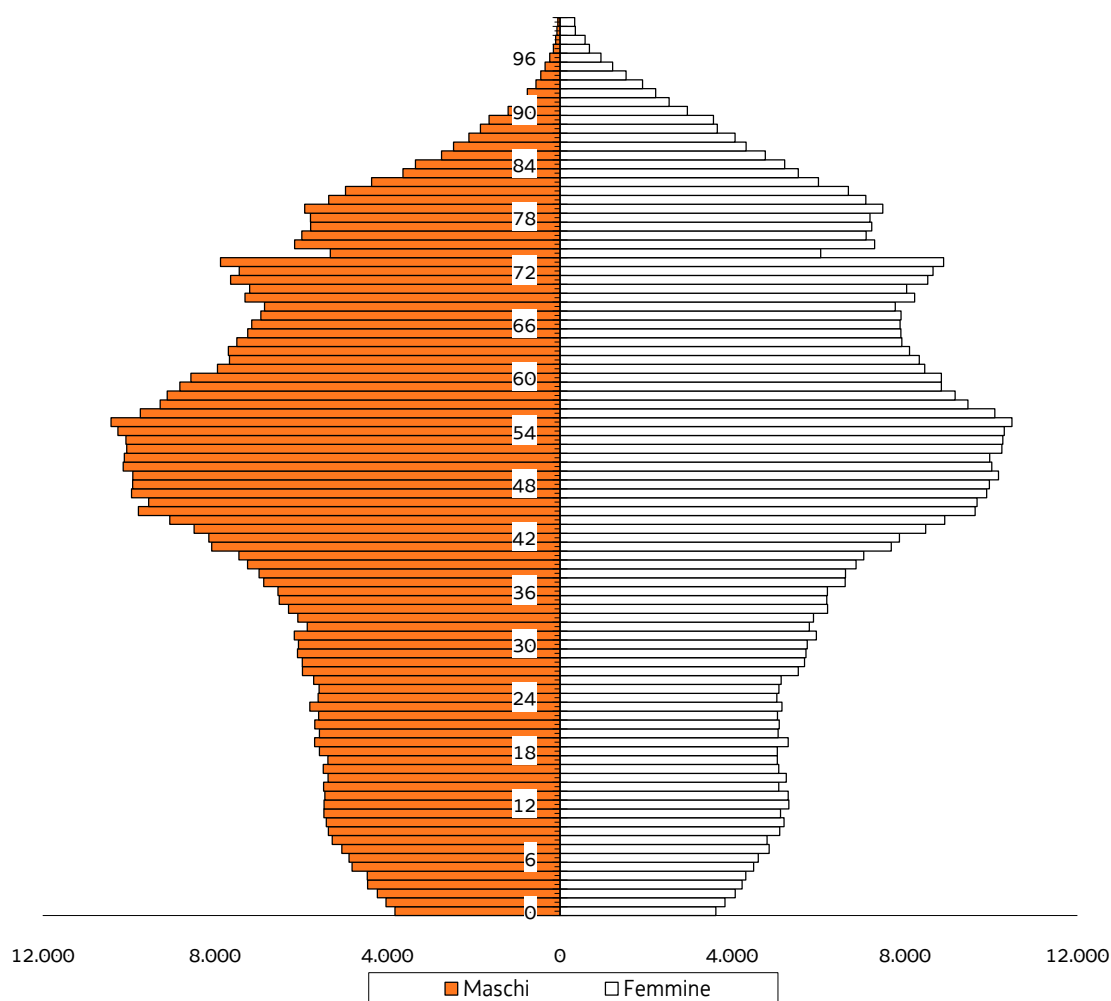


REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA - INDICATORI DEMOGRAFICI PER PROVINCIA - Anni 2018-2019

	PORDENONE		UDINE		GORIZIA		TRIESTE		FVG	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Tasso di natalità	7,2	7,0	6,1	5,9	6,4	6,1	6,1	5,8	6,4	6,2
Tasso di mortalità	10,4	9,9	11,7	11,8	13,0	12,7	13,7	13,7	11,9	11,8
Crescita naturale	-3,2	-2,9	-5,6	-5,9	-6,6	-6,6	-7,6	-7,9	-5,5	-5,6
Saldo migratorio interno	3,5	2,3	0,8	1,1	2,8	1,7	3,9	3,6	2,3	2,0
Saldo mig. con l'estero	3,4	2,1	2,5	0,6	5,8	3,5	3,9	1,2	3,4	1,4
Saldo mig. per altri motivi (*)	-2,3	-1,9	-1,4	-1,0	-2,2	-1,0	-0,8	-0,9	-1,6	-1,2
Saldo migratorio totale	4,6	2,5	1,9	0,7	6,4	4,2	7,0	3,9	4,1	2,2
Crescita totale	1,4	-0,4	-3,7	-5,2	-0,2	-2,4	-0,6	-4,0	-1,4	-3,4
Indice di vecchiaia	177,4	183,4	224,2	231,8	225,9	228,2	259,4	263,8	217,2	223,1
Indice di dipendenza	59,4	59,7	61,5	61,9	62,7	62,7	65,4	65,4	61,8	62,1
Età media	45,9	46,2	47,7	48,0	47,9	48,1	48,9	49,1	47,5	47,8
Punto di Lexis (**) - maschi	90	....	87	....	86	....	90	....	88	....
Punto di Lexis (**) - femmine	90	....	90	....	90	....	90	....	91	....
Età media al decesso	81,9	....	81,7	....	81,3	....	81,8	....	81,7	....

Nota: Dati riferiti alla situazione al 1.1. dell'anno successivo per indice di vecchiaia, di dipendenza ed età media, all'anno nel complesso per gli altri. (*) Variazioni dovute principalmente a revisioni anagrafiche. (**) Età modale alla morte, ovvero età in cui, in un dato anno, si verificano più morti.

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA - PIRAMIDE DELLE ETÀ DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE - Situazione al 31.12.2019



Fonte: ISTAT, Anagrafi comunali.

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA- POPOLAZIONE RESIDENTE E SUPERFICIE PER COMUNE - Sit. al 31.12.2019

Codice ISTAT	PROVINCE e COMUNI	31.12.2018 Totale	31.12.2019 M	31.12.2019 F	Totale	Var. % 19/18	Sup. kmq	Densità abitativa
Prov. di	PORDENONE	312.533	153.670	158.949	312.619	0,0	2.275,4	137,4
Prov. di	UDINE	528.791	255.237	271.019	526.256	-0,5	4.969,2	105,9
Prov. di	GORIZIA	139.403	68.354	70.852	139.206	-0,1	475,4	292,8
Prov. di	TRIESTE	234.493	111.954	121.322	233.276	-0,5	212,5	1.097,8
TOTALE FVG		1.215.220	589.215	622.142	1.211.357	-0,3	7.932,5	152,7

Fonte: ISTAT

INDICATORI DEMOGRAFICI DI CONFRONTO INTERNAZIONALE - Anni 2018-2019

ANNO	Tasso di crescita totale della popolazione (per mille)	Tasso di crescita della popolazione naturale (per mille)	Tasso di crescita della popolazione (per mille)	Tasso di fecondità totale (numero di figli per donna feconda)	Tasso natalità (per mille)	di Età media al parto (anni)
UE-28	2,1 (*)	-0,6 (*)	1,56 (*)	1,56 (*)	9,7 (*)	30,8 (*)
ITALIA	-2,1	-3,2	1,29	1,29	7,3	32,0
FVG	-0,3	-5,5	1,28	1,28	6,4	32,1
Bolzano-Bozen	6,5	1,7	1,72	1,72	10,0	31,8
Trento	2,2	-1,2	1,45	1,45	8,1	32,1

INDICATORI DEMOGRAFICI DI CONFRONTO INTERNAZIONALE - Anni 2018-2019

	Tasso di crescita totale della popolazione (per mille)	Tasso di crescita della popolazione naturale (per mille)	Tasso di crescita della popolazione (per mille)	Tasso di fecondità totale (numero di figli per donna feconda)	Tasso natalità (per mille)	di Età media al parto (anni)
Veneto	0,2	-2,8	1,33	1,33	7,2	32,2
AUSTRIA	4,1	0,2	1,47	1,47	9,7	30,9
Carinzia	0,1	-2,7	1,44	1,44	8,3	30,5
Stiria	2,3	-1,2	1,42	1,42	8,9	30,7
Tirolo	4,7	2,1	1,50	1,50	10,2	31,3
SLOVENIA	6,8	-0,4	1,60	1,60	9,4	30,4
CROAZIA	-7,1	-3,9	1,47	1,47	9,0	30,4

	Popolazione di 15-64 anni (% sul totale)	Età mediana (anni)	Speranza di vita alla nascita MASCHI (anni)	Speranza di vita alla nascita FEMMINE (anni)	Tasso di mortalità infantile (per 1.000 nati)
ANNO	2019	2019	2018	2018	2018
UE-28	64,4 (**)	43,3 (**)	78,3 (*)	83,6 (*)	3,5
ITALIA	64,1	46,7	81,2	85,6	2,8
FVG	61,8	49,2	81,2	85,7	1,9
Bolzano-Bozen	64,6	44,0	82,3	86,4	3,4
Trento	63,6	46,1	82,7	86,3	3,7
Veneto	63,9	47,2	81,7	86,1	2,1
AUSTRIA	66,6	43,4	79,4	84,1	2,7
Carinzia	64,9	47,1	78,9	84,2	2,4
Stiria	66,3	44,9	79,6	84,7	2,4
Tirolo	67,4	42,4	80,7	85,3	2,2
SLOVENIA	65,1	44,0	78,5	84,4	1,7
CROAZIA	65,0	44,0	74,9	81,5	4,2

Nota: La definizione degli indicatori è riportata nel glossario alla sezione "Popolazione". (*) Stima provvisoria. (**) Dato provvisorio.

Fonte: EUROSTAT; elaborazione a cura del Servizio servizi distrettuali e ospedalieri

Aspetti geografici

La superficie complessiva della regione è pari a 7.932,5 kmq, suddivisa in 215 comuni. Le dimensioni dei comuni variano dagli 1,6 kmq di Vajont ai 208,4 kmq di Tarvisio. La montagna copre il 43,0% del territorio regionale contro il 35,2% medio nazionale. La densità abitativa è pari a 152,7 abitanti per kmq, valore inferiore alla media nazionale di 199,4 ab./kmq. Le caratteristiche geografiche influiscono sulla densità abitativa, considerato che il 43% del territorio regionale si caratterizza per la natura montana, mentre il 37,8% pianura e il restante collinare. Come si evince vi è una limitatissima densità abitativa nella zona montana.

ITALIA SUPERFICIE REGIONALE PER ZONA ALTIMETRICA - Situazione al 1.1.2020

REGIONI	Pianura		Collina		Montagna	
	Kmq	%	Kmq	%	Kmq	%
Piemonte	6.721,3	26,5	7.688,6	30,3	10.976,8	43,2
Valle d'Aosta	-	-	-	-	3.260,9	100,0
Lombardia	11.245,4	47,1	2.982,9	12,5	9.634,8	40,4
Trentino-Alto Adige	-	-	-	-	13.604,7	100,0
Veneto	10.412,7	56,8	2.648,8	14,4	5.283,9	28,8
FVG	2.998,5	37,8	1.519,7	19,2	3.414,3	43,0

ITALIA SUPERFICIE REGIONALE PER ZONA ALTIMETRICA - Situazione al 1.1.2020

REGIONI	Pianura		Collina		Montagna	
	Kmq	%	Kmq	%	Kmq	%
Liguria	-	-	1.892,7	34,9	3.523,4	65,1
Emilia-Romagna	10.527,6	46,9	6.192,7	27,6	5.724,3	25,5
Toscana	1.928,5	8,4	15.292,3	66,5	5.766,6	25,1
Umbria	-	-	5.984,1	70,7	2.480,1	29,3
Marche	-	-	6.487,4	69,0	2.913,7	31,0
Lazio	3.434,1	19,9	9.302,2	54,0	4.495,4	26,1
Abruzzo	-	-	3.781,4	34,9	7.050,0	65,1
Molise	-	-	1.994,7	44,7	2.465,8	55,3
Campania	2.005,4	14,7	6.937,9	50,8	4.727,3	34,6
Puglia	10.417,2	53,3	8.834,9	45,2	288,4	1,5
Basilicata	811,5	8,1	4.540,3	45,1	4.721,3	46,9
Calabria	1.371,7	9,0	7.470,5	49,1	6.379,5	41,9
Sicilia	3.664,0	14,2	15.852,1	61,4	6.316,4	24,5
Sardegna	4.451,2	18,5	16.367,6	67,9	3.280,6	13,6
ITALIA	69.989,2	23,2	125.770,8	41,6	106.308,3	35,2

Fonte: ISTAT; elaborazione a cura del Servizio

ITALIA - DENSITÀ ABITATIVA PER ZONA ALTIMETRICA (residenti per kmq) - Situazione al 1.1.2020

REGIONI	Pianura	Collina	Montagna	Totale
Valle d'Aosta	-	-	38,5	38,5
Lombardia	621,5	698,5	107,1	423,4
Trentino-Alto Adige	-	-	79,0	79,0
Veneto	361,5	305,9	63,1	267,5
FVG	240,0	282,6	18,3	152,7
Liguria	-	408,8	218,4	284,9
Emilia-Romagna	288,9	200,1	32,6	199,0
Toscana	397,2	161,2	85,2	161,9
Umbria	-	124,0	55,7	104,0
Marche	-	218,5	34,7	161,5
Lazio	1.031,6	217,4	66,9	340,4
Abruzzo	-	250,6	50,8	120,6
Molise	-	77,1	60,2	67,8
Campania	1.092,1	468,0	73,8	423,2
Puglia	280,0	122,5	33,3	205,1
Basilicata	88,3	51,5	53,2	55,3
Calabria	214,3	160,5	67,6	126,4
Sicilia	532,7	151,7	96,8	192,3
Sardegna	181,3	46,9	17,0	67,7
ITALIA	422,7	185,7	68,8	199,4

Fonte: ISTAT; elaborazione a cura del Servizio

Indicatori di salute, socio sanitari e sociali

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA - DISTRIBUZIONE DELLE ESENZIONI DAL PAGAMENTO DEL TICKET PER PRESTAZIONI SANITARIE - Anni 2018 e 2019

CATEGORIA ESENZIONE	2018	%	2019	%
Malattie croniche	487.948	53,2	498.234	53,8
Invalità	81.304	8,9	82.313	8,9
Malattie Rare	11.526	1,3	12.492	1,3
Gravidanza	3.492	0,4	3.676	0,4
Non Raggruppate (*)	333.744	36,4	329.665	35,6
TOTALE FVG	918.014	100,0	926.380	100,0

Note: (*) Comprende: AFIR D.G.R. del 22.11.91 n. 6033, D01 Prest. diagnostiche campagne screening, E01 Età < 6 / > 65 ANNI, E02 Disoccupato, E03 Titolare pensione sociale, E04 Età > 60 anni e pensione al minimo, F01 Prestazioni a favore di detenuti ed internati, ISEE Contributo regionale spesa sanitaria, M_ Maternità, T01 Pre.Spec.Att.Donazione, ISEE <= 6.000, 6.000 < ISEE <= 10.000, 10.000 < ISEE <= 15.000, 15.000 < ISEE <= 25.000, 25.000 < ISEE <= 35.000.

Fonte: Sistema Informativo Sanitario Regionale

PERSONE IN STATO DI SEVERA DEPRIVAZIONE MATERIALE (valori %) - Anni 2017-2019

AREA	2017	2018	2019	Diff. % 2017-2018
ITALIA	10,1	8,5	....	-1,6
FVG	6,0	3,6	....	-2,4
Bolzano-Bozen	2,5	2,8	....	0,3
Trento	5,9	1,6	....	-4,3
Veneto	4,1	3,6	....	-0,5
AUSTRIA (*)	3,7	2,8	2,6	-1,1
Carinzia	0,9	0,6	....	-0,3
Stiria	3,1	2,6	....	-0,5
Tirolo (**)	....	2,8	....	-0,6
SLOVENIA (*)	4,6	3,7	2,6	-2,0
CROAZIA (*)	10,3	8,6	7,2	-3,1

Nota: Dati in % della popolazione residente. Per la definizione di "persone in stato di severa deprivazione" si veda la relativa voce del glossario. (*) Diff. % 2017-2019. (**) Diff. % 2016-2018.

Fonte: EUROSTAT; elaborazione a cura del Servizio

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA - ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO PER CODICE COLORE DI URGENZA - Anno 2019

STRUTTURA EROGANTE	CODICE					TOTALI
	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	BLU e NERO	
ASUI Trieste	23.131	37.052	14.331	1.271	3	75.788
ASUI Udine	17.392	53.840	22.429	2.099	8	95.768
AAS 2. Bassa Friulana-Isontina	41.844	63.052	20.303	1.097	7	126.303
AAS 3. Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	27.353	27.726	8.254	387	2	63.722
AAS 5. Friuli Occidentale	33.897	64.724	20.253	1.557	10	120.441
Irccs - Burlo-Garofolo	7.608	15.552	1.861	52	-	25.073
TOTALE FVG	151.225	261.946	87.431	6.463	30	507.095

Fonte: Sistema Informativo Sanitario Regionale

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA- DECESSI PER GRANDI GRUPPI DI CAUSE E CLASSI D'ETÀ - Anno 2019

GRUPPI DI CAUSE	CLASSI D'ETÀ			TOTALE
	0-14	15-64	65+	
390-459 Malattie sistema cardiocircolatorio	-	156	3.309	3.465
140-239 Tumori	2	466	2.606	3.074
460-519 Malattie apparato respiratorio	2	31	1.225	1.258
290-319 Disturbi psichici	-	11	508	519
520-579 Malattie apparato digerente	-	56	406	462
780-799 Sintomi mal definiti	1	37	400	438
800-999 Traumatismi ed avvelenamenti	2	104	261	367
320-389 Malattie sistema nervoso	-	22	297	319
580-629 Malattie apparato genitourinario	-	11	235	246
240-279 Malattie ghiandole endocrine	-	9	202	211
001-139 Malattie infettive e parassitarie	-	10	172	182
710-739 Malattie del sistema osteomuscolare	-	2	64	66
N.D. Non definiti	-	12	26	38
280-289 Malattie del sangue	-	2	33	35
680-709 Malattie della pelle	-	3	19	22
740-759 Malformazioni congenite	-	2	9	11
630-679 Complicazioni gravidanza, parto e purperio	-	2	-	2
760-779 Mortalità perinatale	1	-	-	1
TOTALE DECESSI	8	936	9.772	10.716

Nota: Dati provvisori

Fonte: Sistema Informativo Sanitario Regionale, archivio SIASI - Certificati di decesso

ITALIA - SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA PER SESSO E REGIONE E NUMERO MEDIO DI FIGLI PER DONNA - Anni 2017-2019

REGIONI	2017			2018			2019 (*)		
	M	F	TFT (**)	M	F	TFT (**)	M	F	TFT (**)
Piemonte	80,4	84,7	1,34	80,5	84,9	1,28	80,7	85,0	1,30
Valle d'Aosta	79,8	84,3	1,35	79,1	84,8	1,38	79,6	85,4	1,31
Lombardia	81,2	85,5	1,39	81,3	85,7	1,35	81,4	85,8	1,36
Trentino-Alto Adige	81,5	86,2	1,62	81,9	86,1	1,59	82,0	86,4	1,57
Bolzano-Bozen	81,4	86,2	1,74	81,7	86,1	1,72	81,8	86,2	1,69
Trento	81,6	86,3	1,49	82,0	86,2	1,45	82,2	86,6	1,43
Veneto	81,3	85,6	1,36	81,4	85,8	1,33	81,7	86,0	1,32
FVG	80,7	85,5	1,31	80,8	85,4	1,28	81,3	85,8	1,23
Liguria	80,6	84,9	1,28	80,5	85,0	1,23	80,8	85,3	1,21
Emilia-Romagna	81,2	85,4	1,35	81,5	85,6	1,34	81,5	85,7	1,35
Toscana	81,3	85,4	1,28	81,6	85,7	1,25	81,6	85,7	1,25
Umbria	81,3	85,4	1,24	81,8	85,8	1,21	81,9	86,0	1,23
Marche	81,2	85,5	1,25	81,6	85,9	1,22	81,8	85,9	1,20
Lazio	80,4	84,7	1,27	81,0	85,1	1,22	81,0	85,2	1,27
Abruzzo	80,3	84,9	1,24	80,8	85,3	1,19	81,0	85,5	1,18
Molise	79,9	84,9	1,19	80,1	85,4	1,09	80,3	85,8	1,15
Campania	78,9	83,3	1,35	79,3	83,7	1,31	79,4	83,6	1,31
Puglia	80,6	84,8	1,24	81,0	85,1	1,22	81,1	85,2	1,22
Basilicata	79,9	84,8	1,19	80,3	85,1	1,13	80,2	84,5	1,15
Calabria	79,9	84,4	1,28	80,3	84,7	1,26	80,1	84,6	1,26
Sicilia	79,5	83,7	1,35	79,9	84,0	1,34	79,9	84,0	1,32
Sardegna	80,3	85,3	1,06	80,7	85,6	1,02	80,4	85,9	1,03
ITALIA	80,6	84,9	1,32	80,9	85,2	1,29	81,0	85,3	1,29

Nota: I valori 2018 rettificano quelli della precedente edizione. (*) Stima. (**) Tasso di fecondità totale o numero medio di figli per donna.

Fonte: ISTAT

Programmi di prevenzione

Si rileva una media adesione ai programmi di prevenzione che andranno pertanto migliorati attraverso il miglioramento delle campagne informative e dell'importanza di sottoporsi periodicamente a campagne di screening, anche attraverso il coinvolgimento degli Enti del terzo settore.

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA - PROGRAMMA DI PREVENZIONE DEL TUMORE AL COLON RETTO PER AAS DI RESIDENZA - Anni 2018-2019

AAS	2018			2019		
	N. invitati (M+F)	N. adesioni (M+F)	Adesione (%)	N. invitati (M+F)	N. adesioni (M+F)	Adesione (%)
ASUI Trieste	32.363	17.299	53,5	33.328	16.624	49,9
ASUI Udine	33.188	18.961	57,1	34.611	19.690	56,9
AAS 2. Bassa Friulana-Isontina	32.950	20.108	61,0	34.946	20.546	58,8
AAS 3. Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	23.024	13.467	58,5	24.267	14.652	60,4
AAS 5. Friuli Occidentale	38.128	22.902	60,1	40.213	25.238	62,8
TOTALE FVG	159.653	92.737	58,1	167.365	96.750	57,8

Nota: La tavola aggiorna i dati 2018; dati 2019 provvisori.

Fonte: Sistema Informativo Sanitario Regionale

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA - PROGRAMMA DI PREVENZIONE DEL CERVICOCARCINOMA PER AAS DI RESIDENZA - Anni 2018-2019

AAS	2018			2019(*)		
	N. donne invitate	N. donne screenate	Adesione (%)	N. donne invitate	N. donne screenate	Adesione (%)
ASUI Trieste	15.800	9.775	61,9	7.909	4.923	62,3
ASUI Udine	17.991	10.351	57,5	10.467	5.945	56,8
AAS 2. Bassa Friulana-Isontina	17.812	10.983	61,7	10.694	6.688	62,5
AAS 3. Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	11.502	7.442	64,7	6.429	4.284	66,6
AAS 5. Friuli Occidentale	23.393	15.540	66,4	12.812	8.348	65,2
TOTALE FVG	86.498	54.091	62,5	48.311	30.188	62,5

Nota: La tavola aggiorna i dati 2018; dati 2019 provvisori. (*) Dato al 30.06.2019.

Fonte: Sistema Informativo Sanitario Regionale

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA - FVG PROGRAMMA DI PREVENZIONE DEL TUMORE ALLA MAMMELLA PER AAS DI RESIDENZA - Anni 2018-2019

AAS	2018			2019		
	N. donne spontanee +invitate	N. donne screenate	Adesione (%)	N. donne spontanee +invitate	N. donne screenate	Adesione (%)
ASUI Trieste	19.051	11.856	62,2	17.437	10.421	59,8
ASUI Udine	17.298	11.116	64,3	22.847	14.224	62,3
AAS 2. Bassa Friulana-Isontina	20.111	13.357	66,4	19.067	12.935	67,8
AAS 3. Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	13.812	9.326	67,5	14.203	9.463	66,6
AAS 5. Friuli Occidentale	23.523	15.592	66,3	22.631	14.997	66,3
TOTALE FVG	93.795	61.247	65,3	96.185	62.040	64,5

Nota: La tavola aggiorna i dati 2018.

Fonte: Sistema Informativo Sanitario Regionale

ITALIA - PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ PER ABITUDINE AL FUMO (valori %) - Anno 2019

	Fumatori	Ex Fumatori	Non fumatori	Numero medio di sigarette al giorno
FVG	17,8	25,9	55,2	10,9
Nord-Est	16,7	24,9	57,1	10,3
ITALIA	18,4	23,0	57,4	11,1

Fonte: ISTAT

ITALIA - CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE (valori %) - Anno 2019

	Consumo fuori pasto	<i>di cui meno di una volta alla settimana</i>	Non consumano alcolici fuori pasto
FVG	45,2	71,5	29,8
Nord-Est	38,3	73,7	30,3
ITALIA	30,6	77,1	33,6

Nota: I dati sono riferiti a persone di 11 anni e più con le stesse caratteristiche.

Fonte: ISTAT

Impatto sui bisogni di salute della popolazione del Friuli Venezia Giulia e il PNRR

L'analisi dei dati demografici e geografici della Regione FVG mette in luce alcuni temi importanti da affrontare affinché il sistema sanitario regionale possa prendersi cura dei bisogni che derivano dal progressivo invecchiamento della popolazione e dalla conseguente necessità di dare maggiori risposte ai bisogni delle malattie croniche e della fragilità in generale.

La necessità di contemperare sostenibilità e efficacia del Servizio sanitario regionale impone un'adeguata valutazione dei seguenti temi:

- la riduzione della prossimità ospedaliera e l'incremento della prossimità territoriale;
- valutazione e governo per far fronte ai maggiori costi farmaceutici;
- l'orientamento, l'accompagnamento e l'accessibilità della popolazione alle reti di cura e di assistenza
- il potenziamento degli interventi rivolti alla salute mentale
- potenziamento della resilienza del sistema (la situazione pandemica attuale che ha reso maggiormente evidenti alcune fragilità del sistema di cura che richiedono risposte organizzative territoriali - domiciliari e residenziali - flessibili e innovative).

Il piano nazionale della cronicità, di cui all'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016, fra le varie indicazioni, suggerisce che per affrontare la cronicità in modo compiuto è necessario dotarsi di luoghi e professionisti dedicati che operano in ambienti extra-ospedalieri ben distribuiti nel territorio, per prevenire le complicanze e preservare l'autonomia delle persone. Appare pertanto opportuno superare progressivamente la commistione di attività per pazienti acuti, prevalentemente ospedaliera, e cronici, prevalentemente extra- ospedaliera.

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) focalizza nell'ambito della Missione Salute obiettivi prioritari quali:

- il rafforzamento della prevenzione e dell'assistenza sul territorio, con l'integrazione tra servizi sanitari e sociali e l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del Servizio sanitario nazionale;
- il potenziamento del fascicolo elettronico e lo sviluppo della telemedicina;
- sostenere le competenze tecniche, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario;
- promuovere la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario.

Modelli organizzativi per l'erogazione dei servizi e lo svolgimento delle attività – ricognizione e linee di indirizzo di revisione in adeguamento alle linee programmatiche del PNRR – definizione provvisoria

Il Patto per la salute 2019-2021, approvato con l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano il 18 dicembre 2019 (rep. 209/CSR), ha previsto di concordare nell'ambito dell'assistenza territoriale indirizzi e parametri di riferimento per promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socio-assistenziali (scheda 8 dell'Intesa - Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale -) e ha convenuto sulla necessità di revisione del Decreto del Ministro della Salute 2 aprile 2015, n. 70, recante "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", aggiornandone i contenuti sulla base delle evidenze e delle criticità di implementazione individuate dalle diverse Regioni, nonché integrandolo con indirizzi specifici per alcune tipologie di ambiti assistenziali e prevedendo specifiche deroghe per le regioni più piccole (Scheda 15 - Revisione del DM 70/2015).

La Conferenza delle Regioni e Province autonome nella seduta dell'11 febbraio 2021 ha approvato la costituzione della Cabina di regia e dei gruppi di lavoro tematici in attuazione Patto per la Salute 2019-2021, provvedendo ad individuare la composizione dei seguenti gruppi di lavoro: Cabina di Regia Programmazione e coordinamento attività; Gruppo Assistenza Ospedaliera (revisione DM 70/2015); Gruppo Assistenza Territoriale; Gruppo riforma RSA. I lavori di tali gruppi di lavoro, tuttavia, non si sono ancora conclusi e, pertanto, non sono ancora disponibili principi e contenuti della revisione organizzativa e funzionale dei servizi territoriali e di quelli ospedalieri da definire in attuazione di quanto concordato nel Patto per la Salute 2019-2021.

Il testo definitivo del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - trasmesso ufficialmente alla Commissione europea dal Presidente del Consiglio dei Ministri il 30 aprile 2021 ai sensi dell'articolo 18 del Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 e approvato definitivamente con Decisione di esecuzione del Consiglio il 13 luglio 2021 - e i contenuti delle schede di dettaglio allegate a tale Piano richiederanno anche al Sistema sanitario regionale di modificare e adeguare la pianificazione e la programmazione regionale attuativa in attuazione del PNRR, e ciò sulla base delle nuove linee di indirizzo, criteri e nuovi standard organizzativi dell'assistenza territoriale e ospedaliera che saranno adottati in attuazione del Patto per la Salute 2019-2021.

Di seguito, pertanto, si espongono i principi riorganizzativi generali a cui gli enti devono dare concreta e progressiva attuazione nella necessaria attività di cambiamento organizzativo, fermo rimanendo che il richiesto cambiamento delle attuali strutture organizzative degli enti potrà concretamente definirsi solo dopo che i nuovi standard e criteri organizzativi saranno disponibili e che sulla base degli stessi sarà operabile una adeguata redistribuzione delle risorse, soprattutto umane, rispetto alle nuove strutture organizzative richieste.

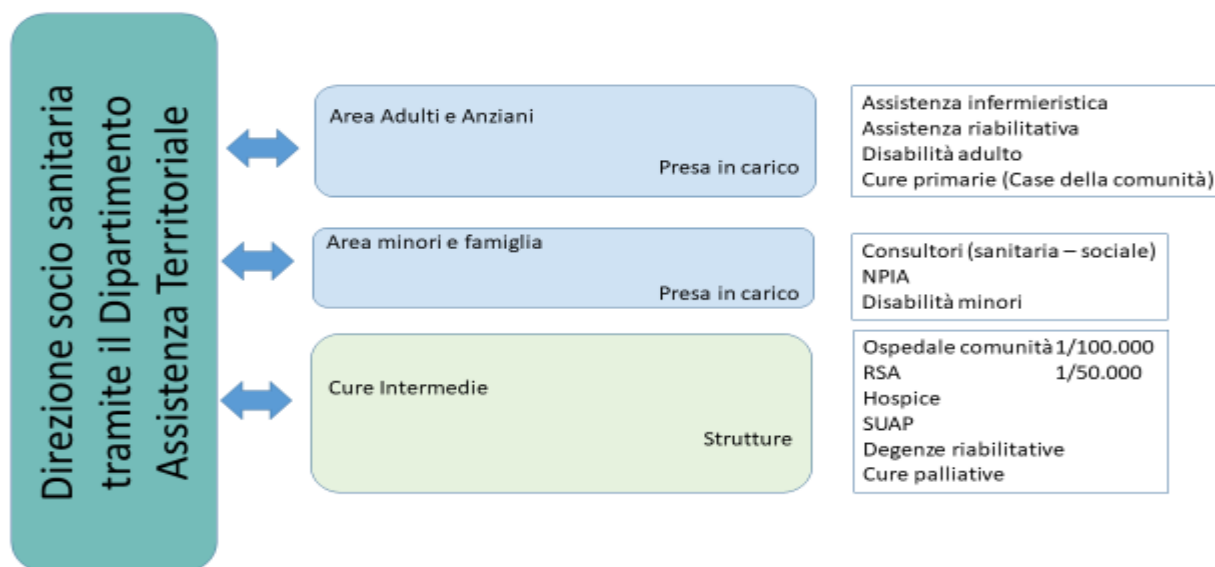
PRINCIPI ORGANIZZATIVI E INDIRIZZI GENERALI DI ATTIVITÀ E SERVIZI

Assistenza territoriale

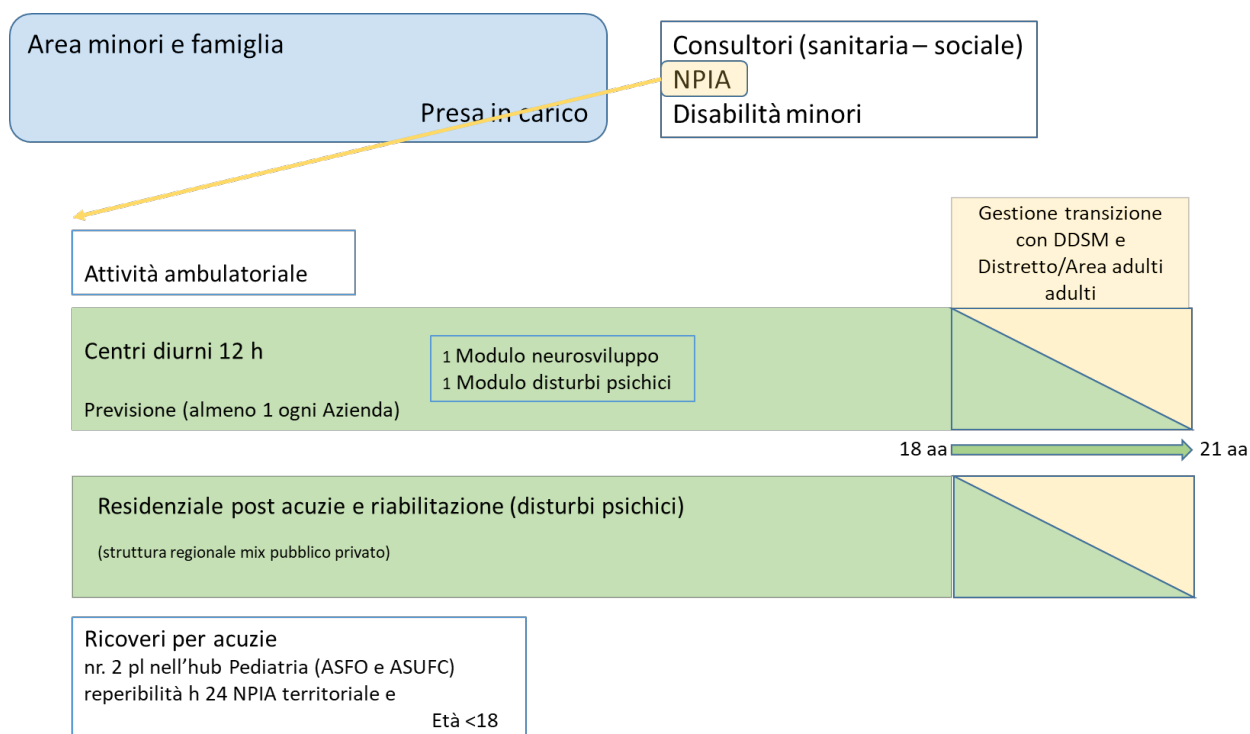
Le strutture che assicurano le funzioni di assistenza distrettuale e l'assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e di lavoro sono:

- **Dipartimento assistenza territoriale**
 - **Distretti**
 - **Dipartimento delle dipendenze e salute mentale**
- **Dipartimento di prevenzione**

I Distretti sono aggregati nel Dipartimento dell'assistenza territoriale (DAT); il Dipartimento delle dipendenze e salute mentale si raccorda funzionalmente con il DAT. In particolare, per la funzione che attiene la disabilità e il tema della presa in carico della fragilità il DAT agisce in forte sinergia con la Direzione socio sanitaria dell'Azienda per quanto riguarda lo sviluppo degli interventi di partenariato e di coprogettazione con gli Enti del Terzo settore.¹



¹ Il modulo neurosviluppo è previsto in stretta connessione con l'IRCSS materno infantile Burlo Garofolo



Le Aziende sanitarie, ai sensi dell'articolo 3-*quater* del decreto legislativo 502/1992, articolano i relativi ambiti territoriali in distretti individuati garantendo una popolazione minima di almeno cinquantamila abitanti. Sono concesse deroghe al limite minimo per i distretti delle zone montane, dei comuni turistici e delle zone a bassa densità della popolazione residente.

Il decreto legislativo 502/1992 all'art.3 comma 3 prevede, inoltre, che i Comuni possano delegare all'azienda sanitaria territoriale le funzioni proprie dei servizi sociali, come recepito dalla legge regionale 6/2006 e ss. mm. e ii.

Ai sensi della legge regionale n. 27/2019 il territorio di competenza del distretto coincide con il territorio dell'ambito del Servizio sociale dei Comuni, o ne è multiplo; qualora detto ambito abbia una popolazione superiore a 200.000 abitanti, il territorio di competenza del distretto potrà costituirne frazione.

Inoltre, alle aziende sanitarie territoriali i Comuni possono delegare le funzioni relative all'area della disabilità stabilite dalla legge regionale 41/1996.

La legge regionale n. 22 del 12 dicembre 2019 attribuisce ai distretti le funzioni di integrazione, presa in carico, committenza, controllo e produzione, prevedendo che le ultime tre possano essere svolte in forma aggregata per un'area distrettuale più ampia.

Ai sensi della legge regionale 22/2019 le funzioni di presa in carico e di integrazione sono assicurate da ogni distretto tramite:

- Assistenza sanitaria di base
- Assistenza integrativa
- Assistenza protesica
- Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale.

Le funzioni di committenza, controllo e produzione possono essere assicurate in forma aggregata fra più distretti, in relazione al bacino di utenza, attraverso un Dipartimento di assistenza territoriale.

Pur nel rispetto delle specificità di ogni territorio, è opportuno assicurare un modello uniforme di organizzazione dell'assistenza distrettuale, in modo da ottenere una lettura omogenea dei servizi offerti con le relative

performance, nonché chiari riferimenti e responsabilità. In particolare, si fa riferimento all'individuazione di aree funzionali dimensionate su bacini d'utenza ampi e, a tendere, orientativamente superiori ai 100.000 abitanti.

La struttura organizzativa dell'assistenza territoriale è riportata all'Allegato 3 della presente delibera.

La normativa nazionale ha previsto, quale risposta alla pandemia da SARS-CoV-2, un potenziamento dell'assistenza territoriale dapprima con il DL n: 34/2020 convertito con la L. 77/2020 e successivamente ridefinendo nell'ambito del PNRR un modello diverso, più articolato e uniforme da implementare su tutto il territorio nazionale. Il modello di assistenza territoriale prevede un potenziamento dell'offerta di cure intermedie, strettamente coordinato con le cure per acuti erogate dagli ospedali, con un'attenzione particolare alla medicina di prossimità.

In Regione FVG le cure intermedie sono attualmente rappresentate dalle strutture di riabilitazione intensiva (articolata nelle diverse sedi ospedaliere) e dalle RSA, che possono garantire assistenza articolata su tre livelli (bassa intensità, media intensità, riabilitativa). In tale contesto si embricano e si integrano le funzioni della rete delle cure palliative e degli Hospice che completano l'offerta assistenziale pur non configurandosi propriamente come cure intermedie.

Il modello presente nelle indicazioni ministeriali prevede la presenza di strutture specifiche quali gli "Ospedali di Comunità" e le "Case della comunità" che integrano e completano l'offerta di assistenza territoriale.

L'Ospedale di comunità (ODC) rappresenta una struttura "intermedia" tra l'assistenza domiciliare e l'assistenza ospedaliera, destinato alla presa in carico di pazienti che necessitano di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che hanno anche la necessità di sorveglianza infermieristica continuativa. I requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità sono delineati ed esplicitati nell'Intesa Stato Regioni 17/CSR del 20 febbraio 2020, alla quale si rimanda.

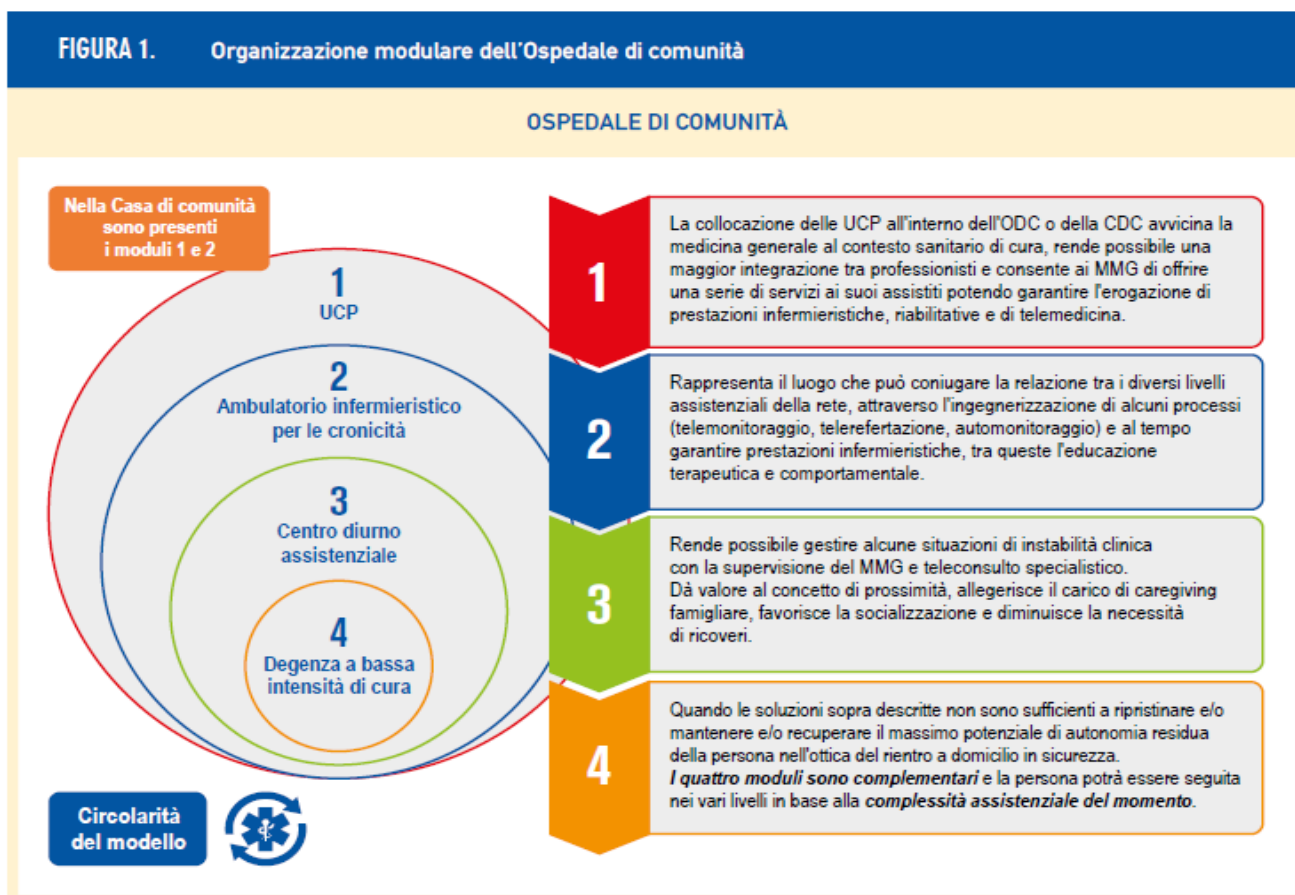
L'ODC è una struttura sanitaria territoriale che si colloca tra l'ospedale per acuti, l'assistenza domiciliare integrata e/o le altre strutture residenziali e semiresidenziali assistenziali; non si pone in alternativa, ma in stretta collaborazione, con la rete ospedaliera e la rete territoriale attraverso un alto grado di interdisciplinarietà e di integrazione e proprio per questo viene definita "intermedia". Non dev'essere, tuttavia, una duplicazione o un'alternativa alle forme di residenzialità e semiresidenzialità socio-sanitarie già esistenti che erogano le prestazioni sanitarie indicate dagli articoli dal 29 al 35 del d.p.c.m. del 12 gennaio 2017 (*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*).

L'adozione dell'ODC, con il potenziamento delle Case della comunità, dell'Assistenza domiciliare e delle Reti di prossimità, avvia la fase applicativa del processo di riassetto strutturale e di qualificazione della rete assistenziale. Tale riassetto, insieme al supporto tecnologico delle Centrali operative territoriali e dei sistemi di telesalute, contribuisce alla qualità dell'assistenza, alla sicurezza delle cure e all'uso appropriato delle risorse, implementando forme alternative al ricovero ospedaliero. L'ODC può avere una sede propria, essere collocato in strutture sanitarie polifunzionali, presso presidi ospedalieri riconvertiti, presso strutture residenziali oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è sempre riconducibile all'assistenza territoriale. Si tratta di una struttura con un numero limitato di posti letto, di norma tra 15 e 20; è possibile prevedere l'estensione fino a due moduli.²

Il modello proposto permette un'organizzazione modulare della risposta alle esigenze assistenziali secondo un concetto di circolarità e di prossimità della cura, con l'intento anche di evitare il ricorso inappropriato a setting di cura non adatti alla persona.

² Agenas – Monitor 45

Le Case della Comunità possono essere utilmente collocate in prossimità o all'interno dello stesso edificio che ospita l'Ospedale della comunità con l'obiettivo di facilitare sinergie nella presa in carico da parte delle equipe multidisciplinari, oltre ad essere un punto privilegiato di offerta integrata della Medicina di Base.

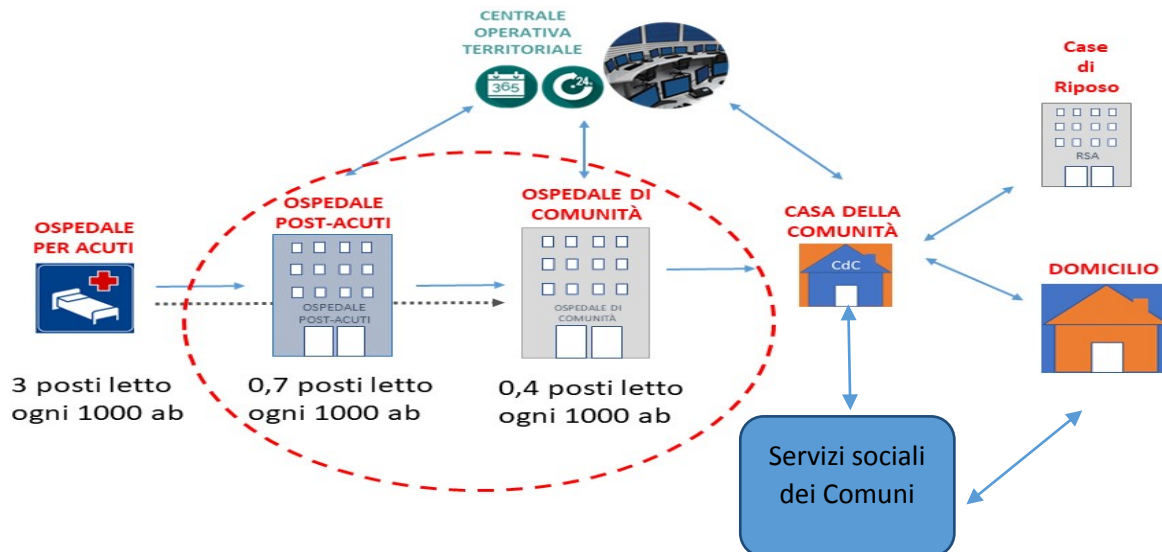


Agenas – Monitor 45

La **Casa della Comunità** è una struttura fisica in cui opera un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute. Al fine di garantire la salute nella sua eccezione più ampia, tenuto conto dei modelli organizzativi di integrazione che si sono sviluppati nei territori tra sistema sociale e sistema sanitario, è fortemente auspicabile e raccomandata nella casa della comunità l'integrazione con i servizi sociali dei Comuni.

La Casa della Comunità è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento

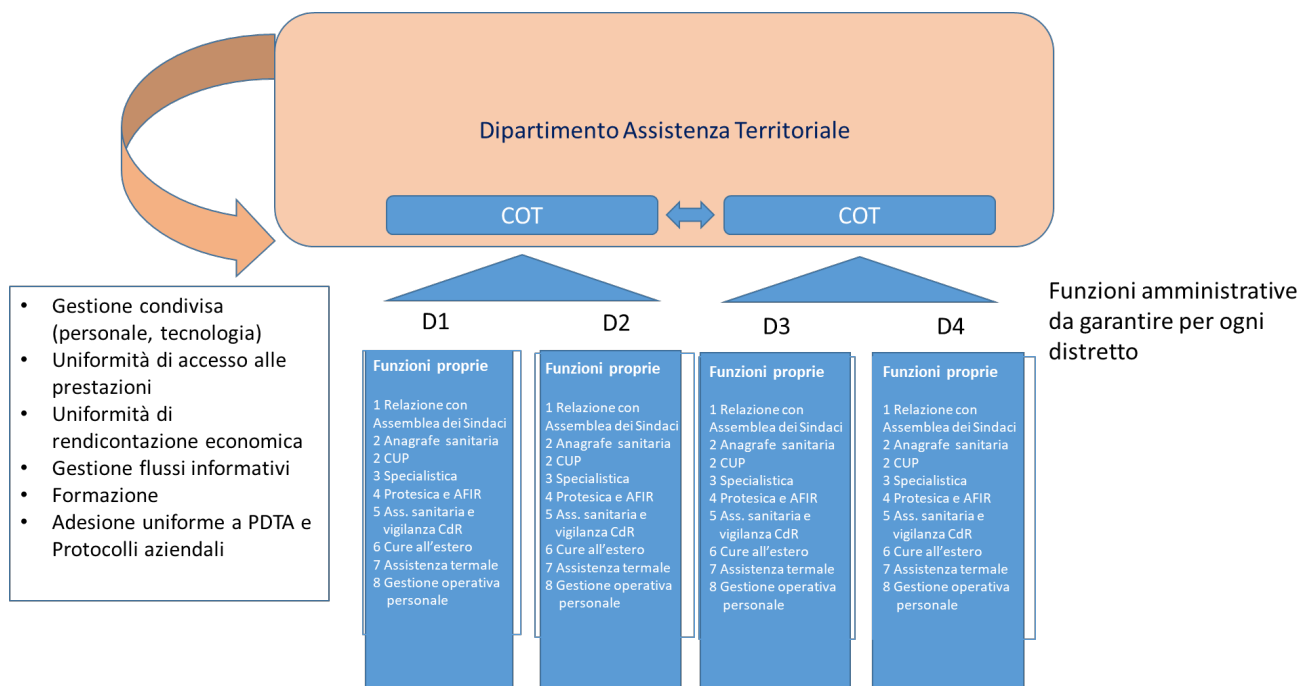
Una funzione fondamentale di coordinamento dell'offerta, presa in carico e risposta alle esigenze assistenziali è rappresentata dalla **Centrale Operativa Territoriale (COT)** presente in ragione di una struttura ogni 100.000 abitanti con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.



Il distretto: funzioni e standard organizzativi

Il Distretto è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'azienda sanitaria sul territorio. L'articolazione in distretti dell'azienda sanitaria è disciplinata dalla legge regionale, garantendo comunque una popolazione minima di almeno cinquantamila abitanti, salvo che, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, si ritenga opportuno derogare da tale valore in ragione dei criteri di accessibilità e prossimità³.

La posizione funzionale del Distretto rispetto alle altre strutture organizzative dell'assistenza territoriale può essere sintetizzata dal seguente diagramma:



³ Legge Regionale n°27/2018 Art. 6, comma 2.

Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali e centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'azienda sanitaria. È inoltre deputato al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni rilevati nella popolazione di riferimento, nonché di uniformità dei livelli di assistenza e di pluralità dell'offerta.

Il Distretto garantisce inoltre una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento. È un'articolazione fondamentale del governo aziendale, è funzionale allo sviluppo delle nuove e più incisive forme di collaborazione fra l'azienda sanitaria ed Enti locali.

Ai Distretti, eventualmente in forma tra loro aggregata, sono ricondotte le seguenti funzioni:

- a) funzione di committenza, consistente nella definizione della programmazione dell'assistenza, attraverso l'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento e delle risorse necessarie, nell'acquisizione dei servizi, nel monitoraggio dei risultati⁴;
- b) funzione di presa in carico, consistente nella definizione di un sistema di accesso ai servizi per garantire la continuità assistenziale della persona;
- c) funzione di controllo, consistente nella verifica di appropriatezza delle prestazioni oggetto di committenza, nel monitoraggio sulla corretta applicazione degli accordi contrattuali stipulati, nella verifica del mantenimento dei requisiti strutturali e professionali per lo svolgimento delle attività di assistenza;
- d) funzione di integrazione, consistente nella creazione e nel consolidamento di una rete di supporto tra le strutture per la funzione di produzione in relazione alle differenti aree di intervento;
- e) funzione di produzione, consistente nell'erogazione dell'assistenza.

In particolare, l'organizzazione del distretto, così come indicato nella normativa vigente deve garantire:

- l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;
- il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.

Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale.

Al fine di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente in relazione ai bisogni sociosanitari del territorio, i Distretti Sanitari operano, inoltre, in raccordo con gli enti gestori dei servizi sociali dei Comuni per coniugare la loro azione programmatoria in riferimento agli aspetti socio-sanitari attraverso gli strumenti di programmazione del distretto: Piano di Zona (PdZ) e Programma delle Attività Territoriali (PAT).

⁴ Legge Regionale n°22/2019 Art.15 comma 2

Casa della Comunità

La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. La CdC promuove un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso équipe territoriali. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale.

Le CdC promuovono un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sedi privilegiate per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale. L'attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Comunità, altri professionisti della salute, quali ad esempio Logopedisti, Fisioterapisti, Dietisti, Tecnici della Riabilitazione e Assistenti Sociali, anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali del comune di riferimento. L'organizzazione della CdC, ancora, deve tendere a rendere disponibili modalità e strumenti di facilitazione e promozione di una effettiva erogazione di servizi sociali e sociosanitari, da attuarsi in modo coordinato con il servizio sociale dei Comuni.

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

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la prevenzione e promozione della salute anche attraverso il coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;
- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il paradigma della medicina d'iniziativa;
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata, programmabile e non;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali;
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.

La CdC hub garantisce l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio-sanitarie);
- Presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
- Presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7;
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale;
- Punto prelievi;
- Programmi di screening;
- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione);
- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Servizio di assistenza domiciliare di base;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato.

La CdC spoke garantisce l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio-sanitarie);
- Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);
- Punto Unico di Accesso;
- Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Programmi di screening;
- Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.

All'interno delle CdC operano inoltre **gli Infermieri di Comunità (IFeC)**⁵, con l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunità.

L'Infermiere di Comunità:

- collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età;
- contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti della Medicina di Popolazione;
- favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita e l'integrazione fra assistenza sanitaria e sociale, in raccordo e sinergia con i diversi soggetti istituzionali, nodi della rete e le diverse professionalità presenti sul territorio;
- promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità, organizzando processi e momenti di educazione sanitaria in presenza o in remoto di gruppo, in collaborazione con tutti i livelli, i setting e gli attori, sanitari ed extra-sanitari, interessati al fine di influenzare e controllare maggiormente i determinanti di salute e la qualità di vita all'interno della propria comunità, a supporto dello sviluppo di comunità resilienti e di ambienti favorevoli alla salute;
- promuove attività di informazione/comunicazione sia sui singoli che in gruppo, segmentando linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si riferisce;
- svolge o contribuisce ad attività di counseling motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e responsabilizzazione individuale e collettiva, intercettando la persona nei diversi momenti della vita, al fine di migliorarne la competenza socio-emozionale (es. capacità di autogestirsi, consapevolezza di sé e sociale, capacità decisionale e di relazione) e la responsabilità;
- valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver;
- fornisce prestazioni dirette sulle persone assistite qualora necessarie e si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale in forte integrazione con le reti socio-sanitarie e territoriali, con i MM.M.G., con i PP.L.S., le altre figure professionali del territorio e con i Servizi sociali dei Comuni;

⁵ DL n. 34/2020, art. 1 c. 5, convertito in L. 17 luglio 2020, n. 77, e "Linee di Indirizzo Infermiere di Famiglia/Comunità" della Conferenza delle Regioni e delle Provincie Autonome del 10 settembre 2020.

- utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina.

La CdC, proprio per il suo ruolo centrale nella rete dei servizi, adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete (Rete tra-CdC – Rete tra-CdC hub e spoke - Rete territoriale e territoriale integrata).

Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete nelle quattro direzioni è la Centrale Operativa Territoriale che opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.

La Centrale Operativa Territoriale (COT)

La Centrale Operativa Territoriale è un modello organizzativo che svolge una fondamentale funzione di coordinamento per la presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali (attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere) e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

È prevista 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti.

La centrale operativa territoriale assolve funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- Coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare).
- Coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale.
- Tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro.
- Supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali.
- Monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

La COT può essere attivata da tutti gli attori del sistema: personale distrettuale e ospedaliero, dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale, dai medici specialisti ambulatoriali interni, e dagli altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonché dal personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali, dai servizi sociali, e dai familiari, limitatamente ai pazienti protetti e critici che ne costituiscono il target di riferimento.

Al fine dello svolgimento delle sue funzioni la COT deve essere operativa 7 giorni su 7 e deve essere dotata di adeguate infrastrutture tecnologiche ed informatiche quali ad esempio piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al FSE e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate. Inoltre, al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché ad affrontare situazioni complesse o di emergenza, è fondamentale che la COT, a livello regionale, usufruisca di un sistema informativo condiviso.

Per l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di erogazione dei servizi territoriali le Centrali Operative Territoriali utilizzano, tra i criteri di definizione delle priorità di azione seguiti, anche i criteri di priorità di azione indicati dalla funzione epidemiologica aziendale al fine di operare la più appropriata ripartizione delle risorse disponibili in rapporto alla domanda di servizi sanitari e sociosanitari attuale, potenziale e futura, anche funzionalmente alla prevenzione degli aggravamenti delle cronicità e dell'insorgenza di comorbidità. A tale scopo le COT si adoperano per il continuo miglioramento dell'efficacia dei dati creati e disponibili dalle attività di

monitoraggio dei pazienti in assistenza domiciliare e dai processi di presa in carico della persona, al fine di migliorare la raccolta, l'analisi, la decodifica e la classificazione dei bisogni di servizi, rendendo, altresì, disponibile alla funzione epidemiologica aziendale ogni dato disponibile alle stesse COT.

L'Ospedale di Comunità

L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria di ricovero breve che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio-sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e più prossimi al domicilio.

L'Ospedale di Comunità (OdC) come previsto dalla normativa vigente e dagli atti concertativi di riferimento⁶, svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio-sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e più prossimi al domicilio.

L'OdC è una struttura di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio, in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio.

Come già ricordato, l'OdC non dev'essere, tuttavia, una duplicazione o un'alternativa alle forme di residenzialità e semiresidenzialità socio-sanitarie già esistenti che erogano le prestazioni sanitarie di cui agli articoli dal 29 al 35 del d.p.c.m. del 12 gennaio 2017 (LEA).

L'OdC può avere una sede propria, essere collocato in adiacenza ad una Casa della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, presso presidi ospedalieri riconvertiti, presso strutture residenziali socio-sanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è gerarchicamente sempre riconducibile all'assistenza territoriale distrettuale.

L'OdC ha un numero di posti letto di norma tra 15 e 20. È possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto, per garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione.

Possono accedere all'OdC pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (15-30 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti. Tra gli obiettivi primari del ricovero deve essere posto anche il coinvolgimento attivo e l'aumento di consapevolezza, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare/caregiver, attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

I pazienti eleggibili sono classificabili essenzialmente secondo quattro tipologie:

- a) pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;

⁶ DM 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità, Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 20.02.2020

- b) pazienti, prevalentemente affetti da multimorbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
- c) pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;
- d) pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); counselling ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

I pazienti ospitati necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità.

L'accesso presso l'OdC avviene su proposta di:

- medico di medicina generale;
- medico di continuità assistenziale;
- medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero;
- medico del pronto soccorso;
- pediatra di libera scelta.

Il ricovero presso l'OdC può avere una durata massima di 20/30 giorni. Solo in casi eccezionali e comunque, motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte, la degenza potrà prolungarsi di ulteriori 30 giorni.

Indicatori di Monitoraggio degli Ospedali di Comunità

- Tasso di ricovero della popolazione >75 anni
- Tasso di ricovero della popolazione <14 anni
- Tasso di ricovero in Ospedale per acuti durante la degenza in OdC
- Tasso di riospedalizzazione a 90 giorni
- Degenza media in OdC
- Degenza oltre le 6 settimane (o N° di outlier)
- N. pazienti inviati da MMG/PLS
- N. pazienti inviati da ospedali

Cure intermedie

L'attuale pianificazione, sulla base degli standard nazionali, indica i seguenti parametri per le seguenti tipologie di degenza per cure intermedie:

- degenze post-acuti, alle quali attribuisce uno standard di 0,7 PL x 1.000 abitanti per riabilitazione e lungodegenza, dei quali 0,2 PL x 1.000 ab. per lungodegenza;
- speciali Unità di Assistenza Protratta (SUAP), con 0,05 PL x 1.000;
- hospice e cure palliative, anche per patologie non oncologiche, nella misura di 0,1 PL x 1.000 abitanti rientranti nell'assistenza distrettuale;
- ospedali di comunità, ai quali è attribuito uno standard di 0,4 PL x 1.000 abitanti, tutti riferiti all'assistenza distrettuale e da implementare secondo gli indirizzi e gli standard organizzativi definiti a livello nazionale.

Ogni azienda sanitaria deve pertanto raggiungere almeno la dotazione di posti letto per degenza per cure intermedie sopra indicata. Nel caso il target di posti letto sia già raggiunto ed eventualmente superato, i posti letto eccedenti possono essere mantenuti.

Funzionigramma dell'assistenza territoriale

Nella tabella che segue sono elencati i modelli e le strutture attraverso cui è erogata l'assistenza territoriale, associati alle relative funzioni:

Revisione organizzazione	Norma	Funzioni	Ente	Afferenza
Dipartimento dell'assistenza territoriale	Art. 15 c. 4 LR 22/2019	<ul style="list-style-type: none"> - Assicura le funzioni di committenza: programmazione dell'assistenza in base all'analisi epidemiologica della popolazione di riferimento e delle risorse necessarie, nell'acquisizione dei servizi, nel monitoraggio dei risultati - Assicura le funzioni di controllo: verifica appropriatezza delle prestazioni oggetto di committenza, monitoraggio corretta applicazione accordi contrattuali, verifica e mantenimento dei requisiti strutturali e professionali per lo svolgimento delle attività di assistenza - Garantisce l'uniformità dei livelli di assistenza tra i Distretti e l'uniformità di accesso alle prestazioni - Governa la gestione condivisa e integrata tra i Distretti del personale, delle apparecchiature e delle tecnologie - Garantisce l'adesione uniforme da parte dei Distretti ai PDTA e ai protocolli aziendali (anche per quanto riguarda la gestione del farmaco) - Coordina, in sinergia con la Direzione socio sanitaria il partenariato pubblico con enti del Terzo Settore per quanto riguarda gli interventi territoriali - Cura la gestione dei flussi informativi territoriali - Orienta i percorsi di formazione del personale dei distretti 	In ogni Azienda sanitaria	Direzione sanitaria
Centrali Operative Territoriali (Equipe funzionali)	Piano nazionale di ripresa e resilienza Missione 6 Art. 22 della legge regionale 22/2019	<p>La COT è uno strumento organizzativo e innovativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico del cittadino/paziente e raccordo tra i servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e della rete dell'emergenza-urgenza.</p> <p>L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, attraverso un servizio rivolto prevalentemente ad operatori sanitari e sociosanitari.</p> <p>È una piattaforma di interconnessione con tutte le strutture presenti sul territorio e si occupa di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • analisi e classificazione del bisogno • individuazione delle risorse più appropriate • pianificazione interventi e attivazione rete assistenziale per attuazione processi integrati standardizzati in PDTA • case management nel passaggio della persona da un livello clinico/assistenziale ad un altro 	Prevista una COT circa ogni 100.000 abitanti. Più distretti possono fare riferimento alla stessa COT in relazione al bacino di utenza e alle caratteristiche geografiche e demografiche del territorio e in	DAT

Revisione organizzazione	Norma	Funzioni	Ente	Afferenza
		<ul style="list-style-type: none"> • tracciabilità dei percorsi integrati. <p>La COT assume altresì un ruolo di <i>device</i> per pazienti e operatori ed è un luogo di sperimentazione di strumenti di Intelligenza Artificiale e Machine Learning a supporto della gestione clinica e organizzativa dei pazienti.</p> <p>Anche la legge regionale 22/2019 ha individuato una centrale operativa attribuendo ad essa le seguenti funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • assicurare l'integrazione tra le attività servizi e prestazioni dell'assistenza di prevenzione, dell'assistenza distrettuale, ospedaliera e sociale; • programmazione interventi valutazione multidimensionale del bisogno e progettazione personalizzata • supporto ai programmi di promozione della salute. <p>La COT è riservata ad una popolazione target complessa, da definire i criteri di complessità.</p>	<p>relazione all'efficienza che consenta di disporre di tutte le strumentazioni tecnologiche e di telemedicina. Per la qualità dell'assistenza e la presenza di servizi e strutture tra cui svolgere coordinamento e raccordo. In FVG sono previste 12 COT.</p>	
<p>Distretto Le Aziende di cui all'articolo 3, comma 1, lettere b), c) e d), della l.r. n.27/2018, ai sensi dell' articolo 3 quater del decreto legislativo 502/1992, articolano i relativi ambiti territoriali in distretti individuati dal relativo organo di vertice, previo parere obbligatorio dei Comuni coinvolti, garantendo una popolazione minima di almeno cinquantamila abitanti. Sono concesse deroghe al limite</p>	<p>articolo 3 quater del decreto legislativo 502/1992 e art. 6 della LR 27/2018</p>	<p>Le seguenti funzioni amministrative sono garantite in ogni distretto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anagrafe sanitaria • sportello CUP e attività amministrative distrettuali • specialistica ambulatoriale • assistenza protesica e AFIR • igiene e sicurezza ambienti di lavoro • cure all'estero • assistenza sanitaria e vigilanza case di riposo • assistenza termale • relazione con i Sindaci e assemblea dei sindaci • gestione operativa del personale attinente le attività • igiene e medicina preventiva (vaccinazioni, idoneità guida, porto d'armi) <p>Sono individuate tre Aree le cui attività sono garantite da equipe multidisciplinari operanti anche su più distretti (1/100.000) e il cui governo condiviso e integrato tra i distretti compete al DAT.</p> <p>Area adulti e anziani</p>	<p>ASUGI ASUFC ASFO</p>	<p>DAT</p>

Revisione organizzazione	Norma	Funzioni	Ente	Afferenza
<p>minimo per i distretti delle zone montane, dei comuni turistici e delle zone a bassa densità della popolazione residente.</p>		<p>Garantisce la presa in carico della popolazione adulta e anziana e la continuità assistenziale attraverso l'organizzazione e il coordinamento di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • assistenza infermieristica • assistenza riabilitativa • cure primarie • telesoccorso <p>Sono collocate anche le funzioni di valutazione multidimensionale e di presa in carico della disabilità adulta e dei disturbi del neurosviluppo.</p> <p>Nell'ambito della presa in carico sono sviluppati/implementati anche gli interventi di governo della rete delle assistenti familiari, il supporto e la formazione dei <i>caregivers</i> in raccordo con i Servizi sociali dei Comuni e attraverso partenariati con gli Enti del Terzo settore.</p> <p>Sono svolte anche le funzioni di sanità penitenziaria (DAT)</p> <p>Nell'Area è prevista l'implementazione delle Case della Comunità (vedi sezione dedicata).</p> <p>Area Minori e famiglia</p> <p>Garantisce le funzioni di consultorio familiare (area sanitaria e area psico-sociale).</p> <p>Sono qui collocate le funzioni che attengono la disabilità e i disturbi del neurosviluppo nell'ambito dell'età evolutiva, in raccordo con le strutture territoriali di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA). La funzione di NPIA è caratterizzata da una forte integrazione presente a partire dal livello territoriale dell'Area Minori e Famiglia, con una transizione per la presa in carico progressiva nella fascia d'età 18-21 anni da parte del DDSM con forti interrelazioni con l'Area Adulti territoriale.</p> <p>Nell'ambito della presa in carico sono sviluppati gli interventi di supporto e formazione ai <i>caregivers</i> in raccordo con i Servizi sociali dei Comuni e gli interventi in partenariato con gli Enti del Terzo settore.</p> <p>Area Cure intermedie</p> <p>Garantisce la risposta al bisogno intermedio tra l'assistenza ospedaliera e i servizi erogati in sede di assistenza sociosanitaria domiciliare e di assistenza specialistica ambulatoriale. È assicurata da operatori sanitari che si fanno carico delle diverse tipologie di degenze intermedie extra-ospedaliere di cui all'art. 20 della LR 22/2019.</p> <p>Nell'ambito del rafforzamento delle cure intermedie previsto dal PNRR sono implementati i progetti di Ospedale di Comunità secondo gli standard previsti dall'Accordo Stato Regioni del 20 febbraio 2020</p>		
<p>Case della Comunità</p>	<p>Piano nazionale di ripresa e resilienza</p>	<p>Le Case della Comunità (standard 1/15.000-25.000 abitanti) sono organizzate capillarmente su tutto il territorio aziendale.</p>	<p>ASUGI ASUFC ASFO</p>	<p>Distretto</p>

	Missione 6	<p>Sono strutture fisiche in cui opera un team multidisciplinare di: MMG, medici specialisti, altri professionisti della salute e può ospitare anche assistenti sociali.</p> <p>Sono un punto di riferimento continuativo per la popolazione che, anche attraverso una infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica permette di garantire la presa in carico della comunità di riferimento.</p> <p>Sono luoghi fisici di prossimità con la funzione anche di punti di accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari, attraverso accordi tra Distretto e SSC e sviluppando partenariati con Enti del Terzo settore.</p> <p>Sono presidi sul territorio con la funzione di rafforzamento dell'assistenza domiciliare e per una più efficace integrazione con i servizi sociosanitari per la presa in carico della popolazione fragile.</p> <p>Possono essere organizzati anche attraverso forme di collaborazione con le Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP) e con le Residenze per anziani convenzionate.</p>		
Ospedale di Comunità	Piano nazionale di ripresa e resilienza Missione 6	<p>L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria di ricovero breve che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio-sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e più prossimi al domicilio.</p> <p>L'Ospedale di Comunità (OdC), svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio-sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e più prossimi al domicilio. È rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio, in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio. L'OdC ha un numero di posti letto di norma tra 15 e 20. È possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto, per garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione.</p>	ASUGI ASUFC ASFO	DAT

Dipartimento delle Dipendenze e Salute Mentale

Il Dipartimento delle dipendenze e salute mentale, previsto dalla LR 22/2019 art. 17, è costituito da strutture aziendali, ai sensi dell' articolo 9 della legge regionale 27/2018, individuate da ciascun ente del Servizio sanitario regionale nel relativo atto aziendale, che si fanno carico, partecipando in relazione alle proprie peculiarità, della domanda di assistenza alla persona con dipendenze, anche comportamentali, e con disturbi mentali, ed è articolato attraverso attività, servizi e prestazioni:

- a) per l'assistenza domiciliare;
- b) per l'assistenza ambulatoriale;
- c) per l'assistenza semiresidenziale;
- d) per l'assistenza residenziale;
- e) per l'assistenza ospedaliera.

Al fine di garantire una risposta appropriata alla complessità dei bisogni specifici per ogni utente è necessario quindi potenziare modelli clinico-organizzativi per il governo del percorso di cura, attraverso una maggiore integrazione non solo tra i vari servizi sanitari, ma anche sociali e scuola/lavoro.

Va quindi potenziata ed ampliata la valutazione multidisciplinare che, nei casi a maggiore complessità, necessita di Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati (PTRI), eventualmente supportati dai Budget Individuali di Salute. I PTRI comprendono sia la componente clinica che quella riabilitativa, sono redatti dall'equipe del servizio di riferimento e dagli eventuali Enti partner (Servizi sociali dei Comuni, Enti del terzo settore), dalle strutture intermedie di riabilitazione funzionale, con l'eventuale coinvolgimento di altri Enti partner, e la partecipazione attiva della persona e della famiglia, all'esito di valutazioni multi-dimensionali e multi-professionali. Tale approccio personalizzato di cura appare elemento qualificante ed imprescindibile per una maggiore uniformità, coerenza e valorizzazione di nuovi assetti organizzativi, come quelli prospettati.

Salute Mentale Adulti

Il modello organizzativo attraverso il quale è assicurata l'assistenza per la salute mentale è rappresentato dal Centro di Salute Mentale, struttura aziendale di primo riferimento per la persona con disturbi mentali, che garantisce la funzione ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale.

Per quanto riguarda il bacino di utenza del CSM, appare necessario trovare il giusto equilibrio fra accessibilità in termini di vicinanza alla popolazione ed efficienza in rapporto al bacino stesso, in modo da assicurare l'assistenza in un ambito territoriale di almeno 50.000 abitanti, fatte salve deroghe al limite minimo per le zone montane e quelle a bassa densità abitativa.

Ogni azienda sanitaria mantiene una funzione dedicata alla diagnosi e cura in regime di ricovero ospedaliero, in particolare per le persone con disturbo mentale in fase di acuzie. Tale funzione è collocata nei presidi ospedalieri hub e accoglie i pazienti per l'intero territorio aziendale.

Trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare

Presso ogni azienda sanitaria è prevista una funzione per la gestione ambulatoriale e diurna del trattamento dei disturbi del comportamento alimentare. In regione potrebbe essere previsto un Centro residenziale per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare con sede, dotazione di posti letto, risorse, tariffe e modalità di accesso alla struttura da definire.

Dipendenze

È la funzione assicurata da un'equipe multi-professionale di operatori che si fa carico della prevenzione, della cura e della riabilitazione di ogni forma di dipendenza, da sostanze illegali, legali e da altre forme di dipendenza, come il gioco d'azzardo patologico.

La complessità di tale funzione è inoltre legata alla mutata scena dei consumi, all'emergere delle diverse forme di dipendenze giovanili, alla comparsa di nuove problematiche, che rimandano a stili di vita sempre più diffusi e accettati all'interno della società, tra i quali il gioco, il lavoro, le relazioni affettive, l'uso delle nuove tecnologie, alla frequente compresenza di patologie correlate e/o di stati di disagio psicosociale, alle normative in tema di sicurezza (codice della strada e lavoro), che hanno attribuito nuove responsabilità e compiti ai servizi specialistici per le dipendenze.

I servizi per le dipendenze comprendono attività ambulatoriali e semiresidenziali, garantite dai Centri per le Dipendenze comportamentali e da sostanze legali e Dipendenze da sostanze illegali. Inoltre vi sono in ogni azienda le Strutture Residenziali per la Terapia Riabilitativa delle Dipendenze, con posti letto dedicati in particolare alle persone con problemi alcool-correlati. A questo si aggiungono le comunità terapeutiche, che si integrano col servizio pubblico, rispondendo a bisogni di cura, di reinserimento sociale, di supporto alla persona e alla famiglia.

Anche per le dipendenze è necessario trovare il giusto equilibrio fra accessibilità in termini di vicinanza alla popolazione, continuità di servizio per la quale servono equipe con un congruo numero di operatori ed efficienza in rapporto a un bacino d'utenza.

Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

È la funzione assicurata da un'equipe multi-professionale di operatori che si fa carico della diagnosi, della cura e della riabilitazione dei pazienti minorenni affetti da una patologia neurologica o psichiatrica. La funzione di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza afferisce al Dipartimento dell'Assistenza Territoriale (DAT); in considerazione dell'età di esordio di tali quadri clinici, è presente una forte integrazione presente a partire dal livello territoriale dell'Area Minori e Famiglia, con una transizione per la presa in carico progressiva nella fascia d'età 18-21 anni da parte del DDSM con continue interrelazioni con l'Area Adulti territoriale.

Attualmente in Regione è presente presso l'IRCCS Burlo Garofolo un reparto di degenza per i casi più complessi, mentre nelle aziende territoriali l'attività viene svolta in regime ambulatoriale e/o semiresidenziale.

Va promossa, pertanto, in tutto il resto del territorio regionale sia la funzione semiresidenziale (Centri Diurni) che quella residenziale, con disponibilità di accoglienza a livello territoriale per l'età evolutiva, allo scopo di prevenire sistematici invii fuori regione di questa tipologia di utenza che, a parte i costi di fuga che genera, perde il raccordo con le equipe di neuropsichiatria e il legame con il contesto familiare e sociale di riferimento.

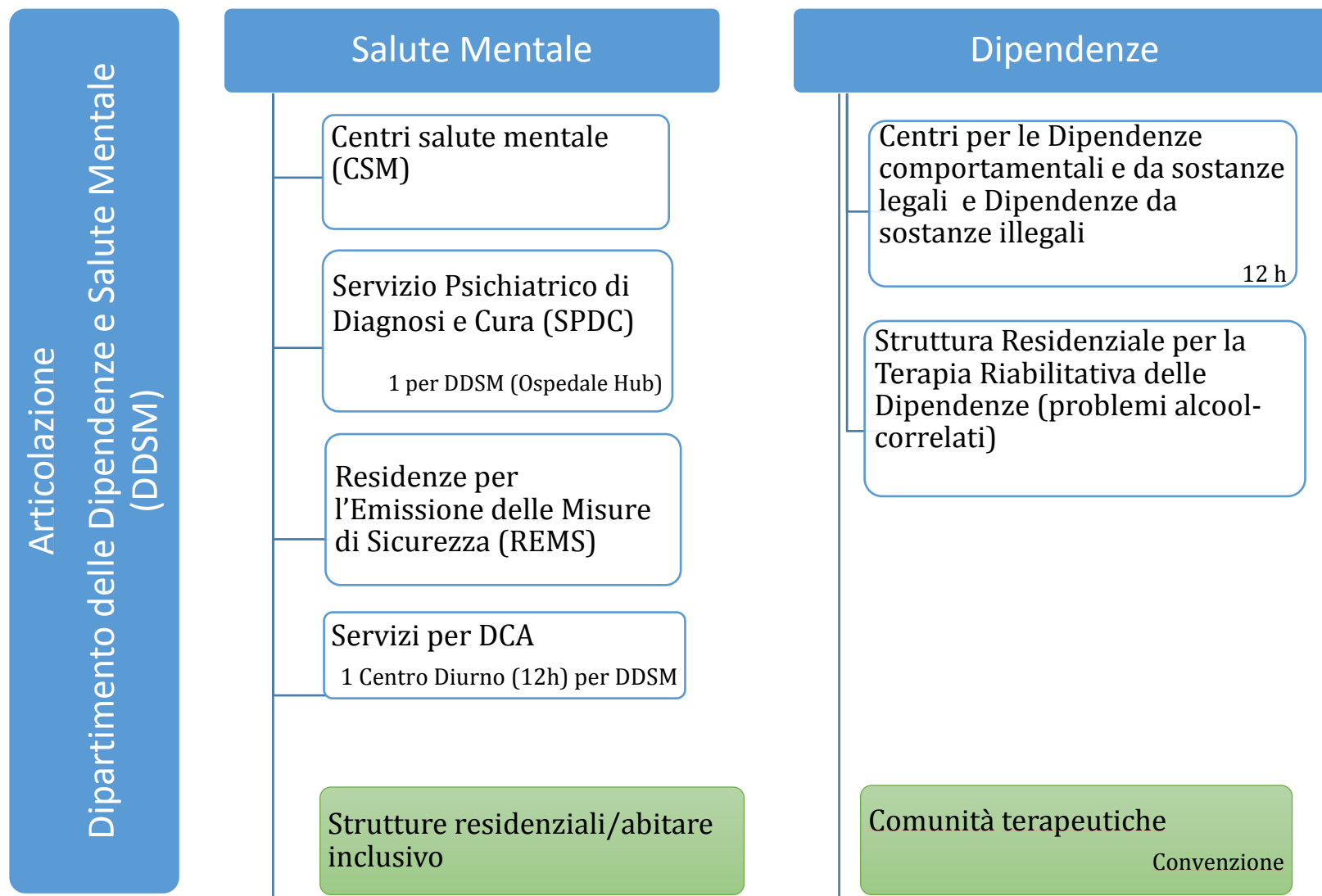
Funzionigramma

Nella tabella che segue sono elencati modelli e funzioni relativi alle dipendenze e alla salute mentale:

Previsione organizzazione	Norma	Funzioni	Ente	Afferenza
Dipartimento delle Dipendenze e Salute Mentale	LR 22/2019 art. 17	<p>Il Dipartimento delle dipendenze e salute mentale, previsto dalla LR 22/2019 art. 17, è costituito da strutture aziendali, ai sensi dell'articolo 9 della legge regionale 27/2018, individuate da ciascun ente del Servizio sanitario regionale nel relativo atto aziendale.</p> <p>La presa in carico e l'assistenza alle persone affette da dipendenza e/o disturbi mentali, è articolata nelle seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) domiciliare; b) ambulatoriale; c) semiresidenziale; d) residenziale; e) ospedaliera. <p>Salute mentale adulti</p> <p>Il modello organizzativo attraverso il quale è assicurata l'assistenza per la salute mentale è rappresentato dal Centro di Salute Mentale, struttura aziendale di primo riferimento per la persona con disturbi mentali, che garantisce la funzione ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale.</p> <p>Trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare</p> <p>Presso ogni azienda sanitaria è prevista una funzione per la gestione ambulatoriale e diurna del trattamento dei disturbi del comportamento alimentare.</p> <p>Dipendenze</p> <p>È la funzione assicurata da un'equipe multi-professionale di operatori che si fa carico della prevenzione, della cura e della riabilitazione di ogni forma di dipendenza, da sostanze illegali, legali e da altre forme di dipendenza, come il gioco d'azzardo patologico.</p> <p>I servizi per le dipendenze comprendono attività ambulatoriali e semiresidenziali, garantite dai Centri per le Dipendenze comportamentali e da sostanze legali e Dipendenze da sostanze illegali. Inoltre vi sono in ogni azienda le Strutture Residenziali per la Terapia Riabilitativa delle Dipendenze, con posti letto dedicati in particolare alle persone con problemi alcool-correlati. A questo si aggiungono le comunità terapeutiche, che si integrano col servizio pubblico, rispondendo a bisogni di cura, di reinserimento sociale, di supporto alla persona e alla famiglia.</p>	ASUGI ASUFC ASFO	DAT
Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza		<p>La funzione che afferisce al DAT, è assicurata da un'equipe multi-professionale di operatori che si fa carico della diagnosi, della cura e della riabilitazione dei pazienti minorenni affetti da una patologia neurologica o psichiatrica. In considerazione dell'età di esordio di alcuni quadri clinici, la funzione è caratterizzata da una forte integrazione presente a partire dal livello territoriale dell'Area Minori e Famiglia, con una transizione per la presa in carico progressiva nella fascia d'età 18-21 anni da parte del DDSM</p>		

		con forti interrelazioni con l'Area Adulti territoriale.		
--	--	--	--	--

L'articolazione del Dipartimento è pertanto la seguente:



Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione (DP), come previsto dall'articolo 7 del decreto 502/1992 e successive modifiche, ha il compito di promuovere le attività di controllo e mitigazione dei fattori di nocività delle malattie di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, e il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. al fine di garantire la tutela della salute collettiva perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità e di miglioramento della qualità della vita.

Gli enti nello svolgimento delle proprie attività conformano la propria azione a principi di gestione coerenti con l'approccio "One-Health": è un approccio cooperativo, multisettoriale e interdisciplinare, il cui scopo è quello di migliorare la salute dell'uomo mediante il monitoraggio dell'interfaccia uomo-animale-ambiente e la gestione proattiva dei rischi ambientali alle loro origini, per mezzo di un potenziamento delle azioni di prevenzione primaria e della promozione di scelte che favoriscono positivamente lo stato di salute. Nel seguire l'approccio "One-Health" le attività poste in essere dagli enti vengono svolte all'interno di un quadro di coordinamento governato dal livello regionale (Direzione Centrale Salute, o per mezzo di ente delegato o ausiliario) e a supporto o implementazione operativa della complessiva azione regionale.

Il DP, alla luce di quanto definito dal LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", come da Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) 12 gennaio 2017, garantisce le seguenti funzioni:

- A -Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
- B -Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati
- C -Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
- D -Salute animale e igiene urbana veterinaria
- E -Sicurezza alimentare –Tutela della salute dei consumatori
- F -Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- G -Attività medico legali per finalità pubbliche.

Nel pianificare le attività dipartimentali le Aziende sanitarie devono tener conto di quanto sancito dai Piani Nazionali della Prevenzione a partire dal 2005:

- approccio multidisciplinare e intersettoriale nell'ottica della Salute in tutte le politiche;
- valutazione dell'impatto sanitario (health impact assessment) e identificazione del rischio (risk assessment e health equity audit) attraverso l'uso del Profilo di salute ed equità, strumento essenziale per compiere una corretta analisi dello scenario e definire i bisogni e le priorità di intervento;
- integrazione delle attività in raccordo con gli altri nodi della rete sociosanitaria, al fine di estendere gli ambiti di intervento (prevenzione universale, medicina predittiva, prevenzione nella popolazione a rischio, prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia).

Per garantire i Livelli di Assistenza di cui al DPCM 12 gennaio 2017, l'art. 23 della legge regionale 22 del 2019 prevede che le aree dipartimentali di sanità pubblica, di tutela della salute negli ambienti di lavoro e di sanità pubblica veterinaria, siano articolate in strutture aziendali, ai sensi dell'articolo 9 della legge regionale 27/2018, individuate da ciascun ente del Servizio sanitario regionale nel relativo atto aziendale.

Prevenzione delle malattie infettive e parassitarie

È la funzione che assicura la sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffuse, le indagini epidemiologiche e gli interventi di contenimento della loro diffusione, le attività vaccinali e il monitoraggio dello stato vaccinale della popolazione, la gestione dei focolai di infezione e delle emergenze infettive con gestione degli isolamenti nel territorio e dei prelievi necessari al loro monitoraggio, la prevenzione delle infezioni per i

viaggiatori, la sorveglianza sanitaria dei migranti, l'assistenza e la vigilanza nelle operazioni pubbliche di disinfestazione e derattizzazione o gestione delle stesse in situazioni di emergenza, la raccolta dei dati inerenti le attività svolte, l'informazione alla popolazione, la collaborazione nella gestione delle maxi-emergenze di origine infettiva.

Prevenzione delle malattie cronico-degenerative

È la funzione che assicura la prevenzione primaria e secondaria delle malattie cronico-degenerative, la promozione della salute attraverso programmi di informazione ed educazione sanitaria, le attività inerenti i programmi di screening della cervice uterina, del colon-retto e della mammella, la lotta contro i fattori di rischio più comuni (fumo, alcool, obesità, iper-colesterolemia, eccetera), le campagne di prevenzione mirate a determinate patologie, la promozione della medicina predittiva per prevenire il rischio individuale, le attività connesse ai programmi ministeriali di sorveglianza (okkio alla salute, hbsc, passi).

Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro

È la funzione che assicura la sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro, la prevenzione dei rischi nei luoghi di lavoro, la vigilanza sui luoghi di lavoro, l'implementazione di programmi di miglioramento della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro e di promozione di stili di vita sani dei lavoratori, la prevenzione delle malattie lavoro-correlate, la sorveglianza degli ex- esposti a cancerogeni o sostanze chimiche/fisiche con effetti a lungo termine, la cooperazione del sistema sanitario con le altre istituzioni e le rappresentanze sindacali e datoriali per la realizzazione di programmi intersettoriali, si raccorda con gli enti locali, le associazioni e le altre organizzazioni per attuare la promozione della sicurezza e salute in ambito lavorativo.

Tutela dai rischi degli ambienti di vita

È la funzione che assicura la tutela della salute pubblica dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita o legate all'igiene nell'abitato e negli ambienti domestici, qualora prevista da normative vigenti o a seguito di segnalazione da parte di enti o privati cittadini, la tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici a uso scolastico e ricreativo, nonché delle strutture destinate ad attività artigianali, commerciali, assistenziali, sanitarie o turistico alberghiere, la tutela della salute nell'uso delle piscine pubbliche o di uso pubblico e nell'uso delle acque di balneazione, la promozione della sicurezza stradale, la prevenzione e sicurezza nell'uso di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, di sostanze chimiche, miscele e articoli (REACH-CLP), la tutela della collettività dal rischio Radon, la valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica, il supporto a enti e istituzioni in caso di emergenze da fenomeni naturali o provocati (climatici, sismici, nucleari, biologici, chimici).

Igiene degli alimenti e della nutrizione

È la funzione che assicura le attività di prevenzione, controllo e monitoraggio dell'adeguatezza delle imprese del settore alimentare e dei prodotti alimentari, l'indagine e la sorveglianza sui casi presunti o accertati di tossinfezioni alimentari, la sicurezza delle acque destinate al consumo umano, il commercio e l'utilizzo dei prodotti fitosanitari, la prevenzione delle intossicazioni da funghi (attraverso l'ispettorato micologico), la promozione dell'alimentazione sana, sicura e sostenibile, gli aspetti igienici e nutrizionali di alimenti e bevande nella ristorazione collettiva, la divulgazione alla popolazione delle buone pratiche nutrizionali.

Medicina dello sport

È la funzione che assicura le attività finalizzate alla idoneità della pratica sportiva agonistica per i minorenni e le persone con disabilità e alla pratica sportiva non agonistica nell'ambito scolastico, la promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale e in gruppi a rischio, lo sviluppo per setting (ambiente scolastico, ambiente di lavoro, comunità) di programmi di promozione dell'attività fisica condivisi tra servizi sanitari e socio- sanitari, istituzioni educative e organizzazioni datoriali, la promozione del counselling sull'attività fisica, la valutazione dell'idoneità fisica con simulazioni e consigli per il raggiungimento di alte quote, le campagne informativo-educative rivolte alla popolazione generale e/o a target specifici, la promozione di programmi strutturati di esercizio fisico per soggetti a rischio, l'implementazione di programmi di prevenzione e contrasto al doping, sviluppa protocolli d'intesa sulla materia specifica con i diversi portatori di interesse.

Medicina legale

È la funzione che assicura la medicina necroscopica e funeraria, i riscontri diagnostici, gli accertamenti per il riconoscimento dell'invalidità, della condizione di handicap e del collocamento mirato al lavoro delle persone con disabilità, la tutela sanitaria e promozione della sicurezza stradale, l'erogazione di pareri richiesti dalla pubblica amministrazione in applicazione di norme o regolamenti (legge 210/1992, benefici di legge per persone con disabilità, idoneità per affidamento minori, trapianti, ecc.), i pareri di responsabilità connessi al contenzioso medico-legale, l'informazione ai cittadini su temi di interesse sociale (bioetica, prelievo d'organi a scopo di trapianto, sicurezza delle prestazioni sanitarie, ecc.), l'interlocuzione tecnica e il supporto in materia di polizia mortuaria con gli enti locali, ditte private e altri portatori di interesse.

Epidemiologia e sanità pubblica veterinaria

È la funzione che svolge le attività per il settore import/export degli animali e dei prodotti derivati, assicura gli adempimenti programmatici, tecnici e amministrativi di derivazione dalla normativa comunitaria, statale e regionale, verifica l'implementazione a sistema delle informazioni inerenti la sanità animale e la sicurezza alimentare, elabora i piani di controllo a seguito delle nuove normative emanate e ne monitora l'applicazione, gestisce i piani di profilassi, effettua la valutazione e il controllo epidemiologico delle malattie infettive e delle zoonosi, gestisce le emergenze sanitarie veterinarie, gli audit di sistema e di settore (ex Reg. UE 625/2017 e il sistema delle allerte alimentari nazionali e comunitarie, gestisce le risorse finanziarie finalizzate all'attuazione degli interventi nelle materie di competenza, predispone i piani integrati dei controlli in materia di sanità animale e sicurezza alimentare e i piani di campionamento, gestisce e implementa i sistemi informatici e delle banche dati nazionali (SINTESIS, SINVSA, SANAN, ecc.), assicura le attività di farmacovigilanza e l'osservatorio epidemiologico veterinario e per la sicurezza alimentare regionale coordinando l'attività con la funzione "Igiene degli alimenti e della nutrizione", concede i contributi (strutture di ricovero, corsi di formazione, disinfestazioni, animali esotici e pericolosi, colonie feline, associazioni, ecc.), assicura le autorizzazioni, le registrazioni e le cancellazioni di legge (laboratori analisi, impianti e stabilimenti, vendita medicinali ad uso veterinario, imprese di acquacoltura, ecc.).

Inoltre, collabora nella conduzione dei rapporti e dei flussi informativi con il Ministero della Salute, le altre amministrazioni centrali, la Comunità Europea e gli altri Organi di controllo, programma e coordina le attività svolte dalle strutture afferenti al dipartimento. A tal fine, la funzione è articolata con competenze interne.

Sanità animale

È la funzione che assicura la profilassi delle malattie infettive negli animali, comprese per le specie ittiche e la vigilanza, la prevenzione e il controllo delle zoonosi, predispone, attiva e gestisce i piani d'emergenza a seguito d'insorgenza di focolai di malattie infettive degli animali, implementa i dati nell'anagrafe sugli animali da reddito e

d'affezione, controlla la riproduzione animale, effettua controlli finalizzati alla qualità dell'alimentazione animale, tutela gli animali d'affezione, assicura la lotta al randagismo e il controllo delle strutture di cura veterinarie, rilascia certificazioni sanitarie come disposto dal regolamento di polizia veterinaria, effettua interventi su richieste di privati o di enti pubblici, svolge l'attività di polizia veterinaria e giudiziaria, garantisce il rispetto dei requisiti sanitari relativi all'import/export di animali vivi d'affezione o destinati alla produzione di alimenti, implementa i piani nazionali e regionali per il controllo della produzione primaria e dell'alimentazione animale, svolge attività di comunicazione, informazione ed educazione sanitaria indirizzata all'utenza. La funzione viene esercitata dalle aziende sanitarie ASU GI, ASU FC e ASFO.

Igiene degli alimenti di origine animale

È la funzione che assicura la sicurezza alimentare e l'igiene della produzione, trasformazione, conservazione, trasporto e commercializzazione degli alimenti di origine animale e dei loro derivati, al fine di tutelare lo stato igienico sanitario degli alimenti di origine animale. In particolare, assicura le procedure di registrazione e riconoscimento degli stabilimenti compresi gli accertamenti e i pareri istruttori per i provvedimenti autorizzativi, prescrittivi e concessivi di competenza dell'Autorità sanitaria, effettua i controlli pre/post macellazione ordinaria e d'emergenza, effettua i campionamenti per verificare la presenza di residui tossici su animali produttori di alimenti e su alimenti di origine animale, garantisce i controlli necessari all'inserimento in lista e le conseguenti certificazioni degli stabilimenti che esportano verso paesi terzi, svolge attività di informazione e formazione per operatori, associazioni e istituzioni in tema di sicurezza alimentare ed educazione alimentare. La funzione viene esercitata dalle aziende sanitarie ASU GI, ASU FC e ASFO.

Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

È la funzione che tutela il benessere animale in allevamento e durante il trasporto, rilascia l'autorizzazione degli automezzi per il trasporto degli animali, vigila sulle concentrazioni di animali (fiere, mercati e stalle di sosta), effettua i controlli anagrafici sugli allevamenti, effettua la vigilanza e il controllo su preparazione, commercializzazione e impiego dei mangimi e degli integratori per alimenti animali, assicura la farmacovigilanza ad uso veterinario, controlla allevamenti, stalle di sosta, stabulari e canili, assicura la vigilanza e l'ispezione degli impianti e delle strutture di produzione del latte in allevamento e dei sottoprodotti di origine animale. La funzione viene esercitata dalle aziende sanitarie ASU GI, ASU FC e ASFO.

Epidemiologia

L'esercizio della funzione di epidemiologia viene svolto sui due livelli, quello regionale e quello aziendale. A livello regionale, la Direzione centrale Salute, politiche sociali e disabilità esercita le attività di analisi, indirizzo e coordinamento epidemiologici, anche avvalendosi di ARCS ai sensi dell'art. 4, c. 4, lett. e), della l.r. n. 27/2018 quale struttura di osservazione epidemiologica a supporto della pianificazione regionale nello svolgimento della valutazione di qualità delle informazioni cliniche e dell'affidabilità dei dati, delle analisi epidemiologiche e statistiche di popolazione finalizzate a supportare le scelte strategiche, dell'individuazione degli indicatori per la valutazione delle performance sanitarie, della valutazione dell'appropriatezza delle cure, della valutazione degli esiti e del rapporto volumi/esiti, della pianificazione, coordinamento e supervisione delle attività di preparazione delle fonti di dati sanitari e amministrativi per il loro inserimento nel Data Warehouse Sanitario Regionale (DWH), nonché dei registri di patologia, della gestione dei flussi informativi verso il Ministero della salute per l'implementazione di NSIS - Nuovo Sistema Informativo Sanitario e del supporto alle attività di HTA e promozione della salute. L'epidemiologia del livello regionale fornisce anche il supporto tecnico scientifico per le attività di epidemiologia analitica e clinica delle Aziende e dei Dipartimenti, attua e mantiene necessari collegamenti con le corrispondenti strutture epidemiologiche dello Stato delle altre Regioni e Province Autonome, portando a soddisfare i debiti informativi di tipo epidemiologico, conducendo monitoraggi, studi e ricerche multicentriche,

supportando l'alimentazione, e garantendo l'appropriatezza e la validazione di flussi informativi nella competenze delle Aziende sanitarie.

A livello aziendale, l'azienda sanitaria, nel rispetto degli indirizzi regionali e in modo coordinato con il livello regionale e con le altre aziende, esegue, in relazione al territorio di competenza, attività di osservazione e sorveglianza epidemiologica su scala individuale e su gruppi di popolazione e valuta i rischi e i bisogni di servizi espressi dalla comunità di riferimento anche in una visione prospettica.

Conformemente agli indirizzi regionali e per mezzo dell'attività epidemiologica dall'azienda viene operata e gestita in modo continuo anche la definizione dei criteri di priorità nella gestione dei servizi funzionalmente all'appropriata ripartizione delle risorse disponibili in rapporto alla domanda di servizi sanitari e socio-sanitari attuale, potenziale e futura, con previsione a breve-medio termine, valutata per la popolazione di riferimento, anche funzionalmente alla prevenzione degli aggravamenti delle cronicità e dell'insorgenza di comorbidità.

Nello svolgimento delle attività di erogazione dei servizi territoriali le Centrali Operative Territoriali danno conto dell'adeguato utilizzo, tra i criteri di definizione delle priorità di azione seguiti, di quelli indicati dalla funzione epidemiologica, anche per un più efficace svolgimento del progetto Prisma 7, finalizzato al miglioramento della sorveglianza attiva per individuare eventuali situazioni di difficoltà funzionali nella popolazione anziana (ultra 75enne) non ancora conosciuta dal sistema socio assistenziale e socio-sanitario territoriale, al fine di ridurre e/o ritardare il rischio di disabilità, di istituzionalizzazione nonché promuovere una migliore qualità della vita nelle persone.

Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

In ottemperanza a quanto previsto dal comma 4, lettera c) punto 4) dell'articolo 4 della LR 27/2018, la funzione assicura le attività di coordinamento e controllo delle azioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica.

In particolare, la funzione garantisce il coordinamento delle attività dei dipartimenti di prevenzione per quanto riguarda la prevenzione delle malattie infettive e parassitarie, la prevenzione delle malattie cronico-degenerative, la tutela dai rischi degli ambienti di vita, la prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro, l'igiene degli alimenti e della nutrizione, la medicina dello sport e la medicina legale.

Promozione della salute

La funzione assicura il coordinamento delle azioni di quanto previsto dall'art.24 della LR 22/2019, in particolare la promozione degli stili di vita corretti e di campagne di informazione ed educazione sanitaria, l'implementazione di progetti tesi a preservare o migliorare lo stato di salute della popolazione, lo sviluppo di programmi per il benessere degli operatori della sanità, l'interrelazione con le strutture sanitarie aziendali ed extra-aziendali, gli enti, le pubbliche amministrazioni, gli uffici scolastici, le imprese e le associazioni al fine di implementare i programmi di prevenzione e promozione della salute.

Inoltre, assicura lo sviluppo e il coordinamento della rete HPH regionale, in linea con le reti nazionale e internazionale, tramite l'implementazione di progetti e azioni di promozione della salute nelle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate.

Coordinamento della Rete Cure Sicure FVG

La funzione assicura le attività di coordinamento per i programmi di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, delle lesioni da pressione e delle cadute; fornisce indicazioni per la corretta gestione dei rifiuti sanitari, implementa programmi per la prevenzione degli errori, effettua analisi degli eventi avversi e dei *near miss* anche con audit clinici ad

hoc, misura l'aderenza alle linee guida, verifica la conoscenza e l'applicazione dei protocolli e delle procedure, attua programmi di sicurezza nella gestione dei farmaci compresa la riconciliazione farmaceutica.

Laboratorio di Sanità Pubblica

La funzione assicura i test di laboratorio per le attività di sanità pubblica e di tossicologia forense, l'esecuzione dei test di laboratorio per le attività di prevenzione delle malattie infettive e cronico degenerative, nonché di quelli rivolti alla popolazione sana finalizzati a valutazioni epidemiologiche, oltre ai test per le attività di tossicologia forense, per la prevenzione e la lotta al doping e quelli rivolti ai dipendenti del SSR finalizzati alla sorveglianza sanitaria.

Assistenza ospedaliera

In una visione integrata dell'assistenza sanitaria, l'ospedale deve assolvere ad una funzione specifica di gestione delle problematiche assistenziali dei soggetti affetti da una patologia (medica o chirurgica) ad insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, ovvero di gestione di attività programmabili che richiedono un contesto tecnologicamente ed organizzativamente articolato e complesso, capace di affrontare, in maniera adeguata, peculiari esigenze sanitarie sia acute che post- acute e riabilitative. In ogni caso, l'ospedale assicura la gestione del percorso diagnostico terapeutico (PDT) del problema clinico di cui si fa carico, sia all'interno del presidio che all'interno della rete ospedaliera, affinché possa essere assicurata, anche in fase successiva alla prima accettazione, l'allocazione dei pazienti presso i presidi che dispongano di un livello organizzativo coerente con la complessità assistenziale del caso da trattare.

Nel prospetto relativo alle funzioni articolate sui vari presidi ospedalieri sono espresse anche funzioni di nuova attivazione espressamente richieste dagli stessi enti. L'attivazione delle nuove funzioni è gestita dagli enti nel rispetto degli esistenti vincoli di bilancio e di obbligo di destinazione delle risorse per finalità di livello di assistenza da garantirsi, ad invarianza di risorse complessivamente utilizzate dall'ente.

L'ospedale integra la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione ordinaria di linee guida per la gestione integrata dei PDT per le patologie complesse ed a lungo termine (in particolare quelle oncologiche e cardiovascolari) e di Protocolli di Dimissione protetta per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta (in particolare per i pazienti con lesioni traumatiche e neurologiche).

Gli standard di riferimento per l'assistenza ospedaliera per acuti prevedono la presenza di 3 posti letto ogni 1.000 abitanti. Nel computo sono inclusi i posti letto delle strutture private accreditate, i posti letto di terapia intensiva, pari allo 0.14 per mille abitanti, e i posti letto di diagnosi e cura psichiatrica in regime di ricovero ospedaliero.

La dotazione di posti letto per acuti per la Regione FVG, ripartita sulle aziende in rapporto alla loro popolazione pesata, è pertanto la seguente:

	ASUGI	ASUFC	ASFO	REGIONE
PL CALCOLATI SU POP. AL 31.12.2018 PESATA	1.328	1.817	1.021	4.166
PL CALCOLATI SU POP. AL 31.12.2020 PESATA	1.305	1.822	1.023	4.150

Nella ripartizione delle dotazioni di posti letto a livello aziendale vanno tenuti presenti i seguenti parametri:

- tipologia di struttura (hub & spoke)
- reti di patologia
- tasso di occupazione dei posti letto (idealmente 90%)
- degenza media (idealmente 7 gg.)
- volumi di attività

Relativamente ai posti letto per acuti, questi si suddividono in ordinari (P.L. di terapia intensiva, P.L. semi-intensivi e altri P.L. di degenza sulle 24H) e di day hospital (medici e chirurgici). Grazie alle tecniche chirurgiche innovative, sempre meno invasive, l'area chirurgica ha progressivamente un minore fabbisogno di posti letto, mentre quella medica, gravata dall'avanzamento dell'età media della popolazione, necessita di un numero crescente.

Il DM 70/2015 indica inoltre alcuni parametri oggettivi di riferimento in materia di rapporto tra Volumi di attività, esiti favorevoli/sfavorevoli delle cure e numerosità delle strutture, cui si rimanda per i necessari approfondimenti.

Le Aziende dovranno pertanto articolare la propria offerta in termini di P.L. di ricovero nelle due aree medica e chirurgica sia modulando la numerosità di P.L. in rapporto ai parametri sopra esposti, sia adottando modalità organizzative che consentano la concentrazione di offerta di specifiche prestazioni su strutture in grado di esprimere la numerosità di casistica adeguata per mantenere l'expertise dei propri professionisti, evitando la dispersione della casistica su troppe sedi.

Per ogni presidio ospedaliero l'allegato 3 alla presente delibera riporta le funzioni previste e i posti letto.

Programmazione e sviluppo dei servizi sociali e dell'integrazione e assistenza socio-sanitaria

Premessa

L'assetto istituzionale e i modelli organizzativi che definiscono il sistema di welfare incidono profondamente sulle dinamiche di gestione ed erogazione delle prestazioni e dei servizi socio-sanitari, sull'effettività delle tutele sociali.

Come previsto dalla L.R. 22 /2019 il sistema regionale dei servizi sanitari e quello dei servizi sociali concorrono congiuntamente, in forma strutturata e sinergica, a garantire una risposta appropriata ai bisogni complessi di salute delle persone, attuando, quindi, il superamento di un modello legato all'esercizio separato delle proprie funzioni e competenze organizzative e riconoscendo nell'integrazione socio-sanitaria la formula organizzativa di ricomposizione dell'unitarietà della persona attraverso una produzione unitaria di salute e di benessere. Va garantita la massima personalizzazione nella risposta ai bisogni della persona, valorizzando, entro i percorsi assistenziali integrati, la natura relazionale, abilitante e capacitante dell'assistenza anche attraverso il riconoscimento e potenziamento della rete di cura e sostegno, delle risorse familiari, solidali e comunitarie locali, con particolare riguardo alle realtà del Terzo settore.

Particolare attenzione va dedicata al modello assistenziale definito dal Titolo II Capo I dalla LR 22/19 con la definizione dei percorsi di presa in carico, della valutazione multidimensionale, dei progetti personalizzati del budget di salute e del partenariato con gli enti del terzo settore.

Per l'innovazione dell'assistenza socio-sanitaria, fermo restando la titolarità pubblica della presa in carico integrata, è opportuno sperimentare percorsi assistenziali attraverso forme di partenariato con enti del Terzo settore attraverso gli strumenti della coprogrammazione, coprogettazione e cogestione per l'organizzazione e la gestione di servizi e di interventi più flessibili e meglio rispondenti alla evoluzione dei bisogni.

Al fine di rendere efficace l'integrazione socio-sanitaria è indispensabile che le Aziende Sanitarie e i Servizi sociali die Comuni provvedano ad una pianificazione attraverso gli strumenti di programmazione previsti dalla L.R. 22/2019 e dalla L.R. 6/2006. In particolare ci si riferisce alla stesura e definizione del programma delle attività territoriali (PAT) che deve corrispondere al Piano di zona per la parte socio-sanitaria del territorio di riferimento al garantire un sistema efficace, efficiente, capace di produrre promozione, prevenzione, cura, tutela e inclusione sociale, anche attraverso il coinvolgimento delle risorse locali di solidarietà e di auto-mutuo aiuto.

Altrettanta attenzione va posta alla stesura di eventuali Piani regionali settoriali sociali che devono declinare e definire principi, obiettivi, funzioni e azioni specifiche rispetto alle aree di cui trattano.

L'articolo 1 del D.L. 34/2020, al comma 4-bis, prevede che il Ministero della salute, sulla base di un'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, coordini la sperimentazione, per il biennio 2020-2021, di strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore senza scopo di lucro.

Il suddetto comma prevede inoltre che i progetti proposti debbano prevedere modalità di intervento che riducano le scelte di istituzionalizzazione, favorendo la domiciliarità anche attraverso il ricorso a strumenti innovativi quale il budget di salute.

A tal riguardo la Regione Friuli Venezia Giulia, in seguito all'adozione dell'intesa sul documento "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali sulla sperimentazione di prossimità", intende promuovere e sviluppare la sperimentazione di modelli organizzativi innovativi, sia nell'ambito dei servizi per le persone con disabilità che nell'area della non autosufficienza, che siano in linea con i principi enunciati dal suddetto decreto. Rientrano nell'ambito di tale azione gli interventi di seguito descritti.

Sperimentazioni di un sistema di servizi e interventi per la "domiciliarità"

1. Sperimentazioni di "Abitare inclusivo" (abitare possibile e domiciliarità innovativa)

Nell'ambito degli interventi promossi dalla Regione per incentivare la domiciliarità e prevenire l'istituzionalizzazione delle persone fragili rientrano le cosiddette sperimentazioni di "Abitare inclusivo". Tali sperimentazioni perseguono la finalità di contribuire a ridurre e prevenire l'istituzionalizzazione attraverso la realizzazione di soluzioni abitative innovative, sia sul piano strutturale che sul piano gestionale organizzativo, che siano integrate nel contesto comunitario e in grado di riprodurre quanto più possibile l'ambiente familiare, offrendo una reale alternativa alle forme di residenzialità classicamente intese.

I primi indirizzi regionali sono già stati forniti con la DGR n. 671 del 14 aprile 2015 di approvazione delle "Linee guida per le sperimentazioni Abitare possibile e Domiciliarità innovativa", con la quale vengono definiti principi e le modalità di attuazione delle sperimentazioni, nonché le forme di sostegno regionale per la loro realizzazione. Tali indirizzi sono stati poi aggiornati con DGR 2089/2017 e, successivamente, con DGR 1625/2019, con la quale si è provveduto in particolare ad implementare gli indirizzi per la conduzione delle sperimentazioni alla luce della DGR 1624/2019 che ha introdotto e definito l'utilizzo del budget di salute quale strumento a sostegno dei progetti personalizzati rivolti alle persone anziane non autosufficienti coinvolte nelle sperimentazioni di abitare inclusivo.

I temi al centro della sperimentazione sono:

- la centralità della persona e la personalizzazione degli interventi;
- i contesti abitativi assimilabili alla propria casa e l'accessibilità ai normali ambienti di vita anche attraverso l'utilizzo di tecnologie domotiche e assistenziali finalizzate al loro adattamento;
- i modelli gestionali innovativi, basati sulla coproduzione, in grado di coniugare in modo sinergico tutte le risorse, sia pubbliche e che private, attivabili nei contesti territoriali;
- le nuove forme di rapporto pubblico-privato in grado di favorire il protagonismo delle famiglie e delle comunità nei sistemi di welfare locali e il ruolo dei servizi di cura domiciliare.

Ad oggi, le sperimentazioni radicate nel territorio e favorite dalle politiche regionali, sono ormai alcune decine: si contano in regione 12 sperimentazioni di Abitare possibile e 13 esperienze di Domiciliarità innovativa destinate in particolare alle persone adulte con disabilità.

2. Sperimentazioni di domiciliarità comunitaria

La Regione intende sperimentare l'estensione a livello domiciliare della copertura dell'assistenza sociosanitaria prevista dai Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 12 gennaio 2017), introdotta nel contesto regionale con la modifica apportata all'articolo 13 della legge regionale 10/97. Con essa, infatti, la Regione ha dato la possibilità di utilizzare, in via sperimentale, una quota delle risorse afferenti al Fondo sanitario, destinate al sostegno delle

persone non autosufficienti accolte nelle strutture residenziali, anche per progetti personalizzati di assistenza domiciliare definiti nell'ambito di percorsi di presa in carico integrata tra Servizi sociali e sanitari, tale quota costituirà la parte del budget di salute a carico del sistema sanitario regionale, alla quale si aggiungerà la parte di finanziamento a carico del sistema sociale, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 9 della L.R. 22/19. La sperimentazione in oggetto si propone di mettere a disposizione della persona non autosufficiente che voglia rimanere al proprio domicilio e della sua famiglia l'intera gamma di servizi e interventi, attivati o attivabili da parte di tutti i soggetti pubblici e del privato sociale, formale e informale, presenti nel territorio. Per questa realizzazione è necessario ripensare il rapporto tra soggetti pubblici e soggetti del privato sociale in termini non di sostituzione dell'ente pubblico da parte della famiglia o delle risorse comunitarie, né in termini di delega alla famiglia o alle risorse comunitarie di funzioni proprie dell'ente pubblico, bensì in termini di co-presenza della persona, della famiglia, delle risorse comunitarie e dell'ente pubblico, finalizzata alla co-progettazione e co-produzione di servizi e interventi, muovendo dal riconoscimento dello specifico apporto che ciascuno di essi può fornire per garantire una permanenza sostenibile nel lungo periodo della persona anziana non autosufficiente al proprio domicilio. È importante, quindi, l'attivazione di percorsi propri dell'amministrazione condivisa, alternativo a quello del profitto e del mercato e regolato nei suoi requisiti sostanziali dal Codice del Terzo Settore (in particolare, vedasi articolo 55, decreto legislativo 117/2017) e, in quelli procedurali, dalla legge 241/1990. In tal senso la co-programmazione, la co-progettazione e il partenariato (che può condurre anche a forme di accreditamento) sono da considerare fasi di un procedimento complesso, espressione di un diverso rapporto tra pubblico e privato sociale non fondato semplicemente su un rapporto sinallagmatico predeterminato.

3. Sperimentazioni nei servizi per le persone con disabilità

Con la recente DGR 1134 del 24 luglio 2020 la Regione ha approvato, in attuazione a quanto previsto dall'articolo 20-bis della LR 41/1996, le linee guida per la sperimentazione di percorsi innovativi nel sistema regionale dei servizi per le persone con disabilità.

Il preciso obiettivo assunto dalla regione attraverso questo atto è quello di promuovere, mediante indirizzi il più possibile facilitanti, un nuovo modo di pensare, progettare e assicurare risposte appropriate alle persone con disabilità, facendo leva sulla capacità degli attori pubblici e privati del sistema regionale dei servizi di cooperare in partenariato per massimizzare la qualità dell'offerta e l'efficacia d'impiego delle risorse.

L'asse portante delle sperimentazioni è la centralità della persona e del suo progetto di vita, che postula personalizzazione della risposta e valorizzazione dei contesti relazionali abilitanti, da potersi e doversi sostenere esplorando le inedite possibilità che può offrire la mobilitazione integrata delle risorse istituzionali e della comunità civile, nelle sue articolazioni della dimensione familiare, comunitaria e dell'apporto del Terzo settore.

Le linee guida prevedono che le sperimentazioni si sviluppino a seguito della definizione di proposte progettuali che, in linea con le previsioni della legge regionale 22/2019 in materia di presa in carico integrata, dovranno essere incentrati sulla valutazione multidimensionale, la progettazione personalizzata e il budget di salute. Sul versante della *governance*, le proposte dovranno invece caratterizzarsi per il ricorso a nuove forme di regolazione dei rapporti tra Ente Pubblico e soggetti del Terzo settore, non più basata sulla logica cline-fornitore, ma improntata a criteri di co-progettazione e cogestione in cui gli apporti delle realtà *no profit* vengano valorizzati e "incorporati".

4. Sperimentazione Strutture residenziali per anziani "Aperte" al territorio

L'emergenza sanitaria e le misure adottate per contenere il rischio di diffusione dell'epidemia hanno di fatto comportato una riduzione e, in alcuni casi, una sospensione degli accoglimenti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani.

Tali limitazioni, seppur allentate, rischiano di protrarsi oltre il periodo dell'emergenza in atto, anche alla luce della necessità di prevedere all'interno delle residenze per anziani apposite aree destinate all'isolamento degli ospiti (spazi per "quarantene" e spazi per isolamento casi sospetti), con conseguenti pesanti ricadute sia in termini di sostenibilità economica dei servizi, che in termini di capacità di risposta dei servizi stessi ai bisogni degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie.

È evidente che le imprescindibili cautele da adottare a tutela della salute di coloro che accedono ai suddetti servizi, così come i bisogni e le esigenze emersi a seguito dell'emergenza COVID-19 richiedono ai servizi stessi cambiamenti per adattarsi al nuovo contesto creatosi.

In questo senso, l'emergenza sanitaria in atto può diventare un'importante occasione per sperimentare nuove forme di presa in carico orientate al mantenimento della persona anziana al proprio domicilio in cui gli enti gestori di servizi semiresidenziali e residenziali per anziani possono diventare protagonisti dell'assistenza domiciliare. Si tratta di ripensare i modelli organizzativi e gestionale dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani, nell'ottica di una loro maggior apertura verso il territorio, quali presidi o centri multiservizi attivi a livello territoriale e in grado di dare risposte diversificate e personalizzate ai bisogni della popolazione anziana, anche attraverso interventi sanitari e sociosanitarie erogati al domicilio e non solo in ambito residenziale o semiresidenziali.

Area della fragilità

Nella nostra Regione a fronte di una popolazione sempre più anziana e a un'offerta sufficientemente diversificata rispetto ai bisogni, si ritiene importante promuovere una maggiore attenzione ai bisogni delle persone anziane, sviluppando percorsi maggiormente integrati tra gli stessi servizi e tra servizi e comunità, che tengano conto della centralità della persona, del suo contesto di vita, delle risorse in un'ottica di welfare generativo. Un piano di risposte per la fragilità, in linea con le indicazioni normative regionali e nazionali e con gli atti di pianificazione strategica sanitaria sociosanitaria e sociale regionale, deve partire dalla consapevolezza dei seguenti presupposti:

- la garanzia di un sistema capace di rispondere ai diversi profili di bisogno delle persone e delle famiglie guardando primariamente al mantenimento della persona nei contesti naturali di vita, nel rispetto della libertà di scelta della persona e dell'orientamento della famiglia e della rete di supporto, attraverso una filiera di servizi e interventi sicuri;
- il buon funzionamento di un approccio multidisciplinare, dinamico e olistico nella direzione del "prenderci cura" integrale della persona;
- la competenza e professionalità da parte degli enti gestori e dei loro operatori;
- la sussidiarietà orizzontale, delle reti familiari e del Terzo settore quale elemento paradigmatico per gestire la complessità del sistema;
- i *caregiver* e le assistenti familiari quali assi portanti dell'assistenza agli anziani con pluripatologie con la considerazione del loro benessere quale importante fattore nella qualità del processo di presa in carico delle persone fragili;
- la risposta residenziale il più possibile personalizzata, tenendo conto della dignità e della libertà di scelta delle persone.

A tal fine il progetto Prisma 7, che si sta realizzando in Regione, ha lo scopo di condurre una sorveglianza attiva per individuare eventuali situazioni di difficoltà funzionali nella popolazione anziana (ultra 75enne) non ancora conosciuta dal sistema socio assistenziale e sociosanitario territoriale, al fine di ridurre e/o ritardare il rischio di disabilità, di istituzionalizzazione nonché promuovere una migliore qualità della vita nelle persone.

Il modello di assistenza da promuovere e al quale tendere è necessariamente multidimensionale, potenziando e innovando quei servizi (assistenza domiciliare, forme di domiciliarità innovativa come i modelli sperimentali dell'Abitare inclusivo, servizi semiresidenziali) che permettono di mantenere le autonomie delle persone anziane fragili all'interno delle comunità di riferimento. Il nuovo modello di assistenza deve tenere in considerazione il fattore "contesto" che è imprescindibile, dal momento che sviluppare progetti di domiciliarità innovativa nelle aree interne o nelle aree urbane presenta sostanziali differenze, in termini di soluzioni adottate e di costi.

È necessario che il comparto sanitario e quello sociale migliorino le condizioni di azione superando ogni frammentazione di attività e interventi, in una ricomposizione di informazioni e di attori, di progettualità e di interventi. A tale proposito, vanno riconsiderati gli atti di programmazione del sistema sanitario e del sistema sociale (PAT e PDZ) con una condivisione degli obiettivi e delle azioni a valenza sociosanitaria.

Politiche per gli Enti del Terzo Settore, delle ASP e delle Fondazioni

Gli Enti del Terzo Settore (ETS) e le Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP) in attuazione di quanto disposto rispettivamente dagli articoli 55 e 56 del d.lgs. 117/2017 nel suo testo vigente e della legge regionale 22/2019 (si segnalano gli articoli 12, 42 e 45), per quanto rispettivamente applicabile, attraverso rapporti con gli Enti del SSR contribuiscono al raggiungimento dei risultati di salute.

In linea con le previsioni della legge regionale 22/2019 le Aziende del SSR fanno ricorso anche alle nuove forme di regolazione dei rapporti tra Ente Pubblico e soggetti del Terzo settore, non più basata sulla logica cliente-fornitore, ma improntata a criteri di co-programmazione e co-progettazione in cui gli apporti delle realtà *no profit* vengano valorizzati e “incorporati”.

Gli Enti del SSR, rispetto alle progettualità sviluppate sul proprio territorio di competenza, assumono un ruolo proattivo e di visione di coerenza degli interventi rispetto alla programmazione regionale e aziendale, provvedendo anche a individuare, raccogliere e “censire” i bisogni da soddisfare.

In tale contesto vanno rafforzati anche i rapporti con i Servizi sociali e gli altri *stakeholders* della Rete, tra cui le Aziende di servizi pubblici alla persona.

In generale è posta particolare attenzione alle attività di supporto ai *care giver* e agli interventi di facilitazione nell’ambito dei percorsi assistenziali a favore delle persone, in particolare fragili e con comorbidità.

Più ampiamente le sinergie e le attività di supporto sono individuate in via prioritaria nelle seguenti aree:

- promozione della salute, invecchiamento attivo e contrasto alla solitudine. Rientrano in tale linea anche tutte le iniziative, con il coinvolgimento degli ETS di promozione dell’adesione agli *screening* preventivi;
- facilitazione dei percorsi assistenziali, tutela e diritti degli utenti;
- disabilità e vita indipendente;
- sostegno e supporto ai *care giver*;
- supporto ai percorsi di salute delle persone in età evolutiva, ai loro familiari e *care giver*;
- autismo, rafforzamento dei percorsi terapeutico riabilitativi e di supporto ai *care giver* in ogni *setting*, con particolare attenzione al domicilio;
- salute mentale e dipendenze;
- supporto ai percorsi di cure palliative nei diversi *setting* assistenziali;
- trasporti non emergenziali delle persone fragili e anziane non autosufficienti per l’accesso a prestazioni sanitarie;
- malattie rare;
- supporto agli interventi di inserimento lavorativo di persone svantaggiate.

Una particolare attenzione è accordata agli interventi di supporto da parte degli ETS nell’ambito delle USCA. In questo campo il ruolo degli Enti del Terzo settore può favorire gli interventi di prevenzione e di gestione delle situazioni a rischio, supportare dal punto di vista logistico l’operato di Medici di Medicina generale e Dipartimenti di prevenzione, nonché rivestire un ruolo importante in azioni di monitoraggio della popolazione fragile. In considerazione della rilevanza di questo ruolo di supporto vanno individuati, nella rete assistenziale territoriale, opportuni meccanismi di coordinamento.

Le ASP, nelle more dell’attuazione della trasformazione prevista dall’articolo 12 della legge regionale 22/2019 danno attuazione, unitamente agli Enti del SSR, a quanto previsto nel medesimo con la stipula delle relative convenzioni per l’adozione di forme di sviluppo di competenze e professionalità di area tecnico amministrativa e per la formazione del personale, nonché per l’adozione di protocolli gestionali e assistenziali e di presa in carico condivisi che facilitino la comunicazione tra Aziende ed Enti e la fruizione dei servizi da parte dell’utente, dei

familiari e dei *care giver*. Le ASP nei rapporti con gli Enti del Terzo settore assicurano l'applicazione del Codice del Terzo settore e della normativa di riferimento.

Nell'ambito dell'organizzazione degli Enti del SSR sono previste funzioni che assicurino il raccordo e la gestione dei rapporti con gli ETS, rendendo disponibile, altresì, modalità di raccordo con la Direzione centrale salute politiche sociali e l'ARCS al fine di garantire a livello regionale una visione d'insieme, la promozione e il trasferimento di buone pratiche, in particolare nell'ambito dei modelli di sviluppo dell'assistenza territoriale.

Altre funzioni

Psicologia clinica

La funzione assicura il coordinamento degli psicologi a livello aziendale, e l'erogazione delle prestazioni di psicodiagnosi, sostegno psicologico, psicoterapia, riabilitazione psicologica e consulenza per minori, giovani, adulti, anziani, coppie e famiglie, sia nelle strutture territoriali che in quelle ospedaliere.

Centro di riferimento regionale sistemi di sorveglianza Passi e Passi d'Argento

La funzione assicura la gestione, a livello regionale, dei sistemi di sorveglianza di popolazione PASSI e PASSI d'Argento, dedicati rispettivamente agli adulti di 18-69 anni e agli ultra 65enni, coordinati a livello centrale dall'Istituto Superiore di Sanità e riconosciuti di rilevanza nazionale (DPCM del 3 marzo 2017 sui Registri e sorveglianze - GU Serie Generale n.109 del 12-05-2017 – All. A).

PASSI e PASSI d'Argento si basano su indagini con campioni rappresentativi per genere ed età della popolazione generale residente in Italia e raccolgono, in continuo, informazioni sullo stato di salute di adulti e anziani e sui fattori di rischio comportamentali associati all'insorgenza delle principali patologie croniche, al fine di guidare a livello locale e nazionale le azioni di prevenzione e valutarne l'efficacia nel tempo.

Sorveglianza sanitaria degli operatori del SSR

L'attività viene svolta dai servizi dei medici competenti e dei medici autorizzati finalizzata alla tutela della salute dei lavoratori del Sistema sanitario regionale. La funzione è posta in staff alla Direzione generale delle aziende.

Centrale operativa regionale 116117

La funzione assicura, a livello regionale, il servizio di risposta al numero unico nazionale ed europeo 116117 per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari. Concorre alla gestione della domanda assistenziale a bassa intensità/priorità e mette in contatto l'utente con un operatore competente o con un medico per assicurare assistenza e consulenza sanitaria.

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE