

UNA NUOVA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI
COME RISPOSTA INTEGRATA PER LA SALUTE E IL BENESSERE DEI CITTADINI

La pandemia da Sars Cov 2 ha mostrato quanto un'assistenza territoriale bene organizzata possa migliorare gli esiti della malattia e impedire al servizio sanitario ospedaliero il congestionamento e il sovraccarico assistenziale. Dopo anni di attenzioni rivolte all'ospedale in un modello di offerta sanitaria che per molti versi è rimasto "ospedale-centrico", la vera urgenza per i servizi sanitari del futuro è il potenziamento dell'area territoriale. Migliorare l'organizzazione e la *governance* dei servizi e dotare l'assistenza territoriale di adeguate risorse professionali e tecnologiche, non solo rende il modello organizzativo dell'offerta dei servizi qualificato e sostenibile, ma migliora nel tempo l'efficacia e l'efficienza e, di conseguenza, gli esiti di salute di tutta la comunità.

L'analisi del contesto ha evidenziato una spesa sanitaria pubblica pro capite maggiore rispetto ad altre regioni, alla quale non sempre corrispondono, però, degli esiti di salute attesi. Alcuni indicatori specifici sugli esiti di salute per alcune patologie, e quelli sulla funzionalità ospedaliera più in generale, evidenziano delle criticità nella presa in carico, da parte dei servizi territoriali, di alcune patologie croniche e nella salute mentale, mostrando un eccesso di ospedalizzazioni, alcune potenzialmente inappropriate e, soprattutto, problemi nella continuità di cure tra ospedale e territorio, oggi troppo spesso autoreferenziali ai rispettivi assetti organizzativi e funzionali e poco incentrate sul paziente.

Analogamente, il fenomeno delle liste di attesa documenta come, ferma restando la carenza di medici in alcune specialità cliniche, sia necessario rendere più funzionale ed efficiente sia il modello attuale di offerta organizzata in relazione al bisogno, sia l'appropriatezza delle prestazioni, fruendo anche delle tecnologie di cui la pandemia ha mostrato la piena fattibilità. Un modello organizzativo frammentato produce alti costi, deboli risultati di salute e perdita di professionalità negli operatori che, oggi, non sono sufficientemente coinvolti nella gestione dei percorsi clinico assistenziali.

Il presente Piano intende ridefinire e riqualificare la *governance* dell'assistenza sanitaria territoriale potenziando il ruolo dei Distretti e delle risorse umane, strutturali e tecnologiche in essi presenti, attraverso: il potenziamento del ruolo dei distretti in funzione non solo erogativa, ma anche integrativa, funzionale e di coordinamento del fabbisogno territoriale e della capacità di resilienza nelle emergenze, l'adeguamento nella dotazione delle risorse agli standard di qualità e sicurezza e la valorizzazione dei medici che operano sul territorio (Pediatrici di Libera Scelta e specialisti) oltre che l'evoluzione degli attuali poliambulatori distrettuali in punti di accesso sanitari e sociali avanzati quali le Case della Comunità.

A partire dalle forme previste dalla Legge n.189/2012 (più nota come Decreto Balduzzi) delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), il Piano organizza e qualifica la sua offerta dei servizi secondo i principi della complessità clinica e della prossimità al cittadino attraverso:

- la creazione di strutture sanitarie residenziali territoriali (Strutture di Cure Intermedie, Ospedale di comunità, RSA nell'accezione di cui alla normativa nazionale ...) quali strutture di ricovero breve per pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica e che svolgono una funzione intermedia tra la cura domiciliare e il ricovero ospedaliero;
- l'integrazione funzionale di figure professionali diverse, sanitarie e sociali, per migliorare l'accessibilità e la risposta unitaria al bisogno del singolo cittadino;
- l'evoluzione dell'assistenza domiciliare verso un modello di cura domiciliare integrata, la quale, superando la logica "prestazionale" (quale sommatoria di interventi), progredisca verso l'intervento integrato, trasversale, coordinato e organizzato per obiettivi, anche con il ricorso a soluzioni tecnologiche innovative;
- la garanzia di qualità e appropriatezza rispetto al bisogno secondo il principio della medicina di iniziativa e sulla base di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) condivisi, il PAI (Progetto individuale di assistenza) e il Pris (Progetto Individuale di Salute).

UN NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO E FUNZIONALE

A partire da un'analisi che definisca i reali fabbisogni assistenziali della popolazione valdostana per ciascun ambito distrettuale, occorre sviluppare un sistema regionale di offerta in termini di personale, strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali che risponda in modo efficace ed efficiente alle esigenze dei cittadini, tenendo debitamente conto degli aspetti di prossimità territoriale e di domiciliarietà delle cure, incentrate sulla persona, anche attraverso forme innovative come la telemedicina (televisita, teleconsulto medico, teleconsulenza medico-sanitaria e teleassistenza).

L'obiettivo è di realizzare un sistema territoriale che, attraverso l'utilizzo di una serie di strumenti organizzativi (Centrale Organizzativa Territoriale COT, soluzioni ICT, numero unico 116/117, ecc.) e la costituzione di team multi-professionali territoriali, garantisca accessibilità e qualità ai servizi sul territorio. Alla persona in stato di bisogno deve essere assicurata la risposta più appropriata rispetto al suo bisogno di salute, sia in termini di *setting* assistenziale, sia di luogo di cura, dove "l'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi"¹.

L'emergenza pandemica ha messo invece in risalto, in gran parte del Paese, la fragilità del territorio e della sua integrazione con la rete ospedaliera; l'esigenza di riorganizzazione dell'assistenza territoriale si pone quindi come obiettivo la costruzione di un modello organizzativo regionale integrato per la presa in carico della cronicità e della fragilità basati sulla medicina di iniziativa, in stretta collaborazione con il Piano nazionale della cronicità, il Piano di governo delle liste di attesa e il Piano nazionale della prevenzione.

Un obiettivo di rilievo del presente Piano consiste pertanto nel trasformare le criticità emerse nel corso della pandemia da Sars Cov 2 in direttrici di cambiamento e occasioni di sviluppo dell'attuale modello organizzativo e funzionale dell'assistenza territoriale regionale in modo da garantire la risposta appropriata, nella sede adeguata, entro un tempo coerente con quello della valutazione clinica per ogni tipologia di bisogno sanitario, socio-sanitario e socio assistenziale, nelle fasi della prevenzione e della cura, nel post-acuzie e nella cronicità ponendo al centro la persona e non l'autoreferenzialità dei servizi e degli operatori.

Il sistema territoriale, che ha sicuramente bisogno di più risorse per affrontare le sfide che ci attendono, ha, parimenti, bisogno di un profondo processo di riforma, di rilancio e di riqualificazione.

L'insegnamento che ci deriva dalla pandemia indica tre assi di cambiamento, che assumono priorità assoluta:

- la Distrettualizzazione, con le nuove forme aggregative e funzionali dei medici convenzionati e con strutture differenziate per intensità di cura;
- un nuovo rapporto con la Medicina in convenzione;
- l'implementazione e la diffusione della Telemedicina per favorire la domiciliarietà delle cure e gestire la cronicità nei soggetti più fragili.

Per essere efficace il servizio sanitario deve, però, essere capace di gestire lo stato di salute della popolazione nel suo complesso e non solamente di quella parte che si rivolge ai servizi in condizione di bisogno. Questo principio modifica l'assunto in base al quale il modello organizzativo e funzionale è progettato principalmente per fornire una risposta ad una richiesta esplicita e lo pone, invece, nella fase pro attiva che precede l'emergere di un bisogno e la conseguente consapevolezza nel suo portatore e favorisce il mantenimento della salute e ne contrasta il suo deterioramento. È l'approccio che si intende diffondere con la medicina di iniziativa.

In questi ultimi anni la rete dei servizi territoriali si è evoluta rispondendo a bisogni specifici con il frequente risultato di una "frammentazione" eccessiva dei servizi e delle procedure. Si tratta ora di "ricomporre",

¹ Fonte della citazione : Ministero della salute

integrando funzionalmente ed organizzativamente le buone prassi esistenti, sviluppando modalità e strumenti atti a favorire l'effettiva continuità assistenziale e la presa in carico unitaria della persona nelle diverse fasi della vita in relazione alle diverse tipologie di bisogno, passando, quindi, da una logica "prestazionale" a una presa in carico/cura integrale e multidisciplinare per obiettivi di salute e di benessere sociale.

IL DISTRETTO

Il Distretto socio sanitario rappresenta, fin dalla legge istitutiva, l'ambito territoriale ottimale dove assicurare l'assistenza territoriale integrata, in tutte le sue componenti. Nonostante a livello nazionale venga indicato un bacino di utenza ottimale della popolazione servita di circa 100.000 abitanti, per la Valle d'Aosta, con poco più di 123.000 abitanti, una morfologia del territorio a carattere montano e a accessibilità e mobilità conseguenti, è ragionevole qualificare la dotazione territoriale con 2 Distretti socio sanitari e socio assistenziali:

- D1 comprensivo dell'attuale distretto 1 (Alta Valle) e del distretto 2 (Aosta e cintura);
- D2 comprensivo dell'attuale distretto 3 (Media Valle) e del distretto 4 (Bassa Valle).

Il primo è caratterizzato da una popolazione tra le più giovani, quella dell'Alta Valle e, congiuntamente, anche da quella tra le più anziane, residente nella zona del capoluogo e della sua cintura, attratta dalla maggiore presenza di reti e servizi. Il secondo distretto è caratterizzato invece maggiormente dalla necessità di un potenziamento dell'attuale offerta di servizi e prestazioni, al fine di contrastare il disagio dei residenti nei comuni limitrofi al confine con il Piemonte che spesso preferiscono rivolgersi fuori regione per una quota di prestazioni che, in termini di mobilità sanitaria passiva, sono valutate come evitabili, in quanto ordinarie, non complesse e non sottoposte, ad oggi, ad uno specifico accordo di confine tra le due regioni.

Il Distretto, tuttavia, non deve essere inteso unicamente, o prevalentemente, come articolazione territoriale dei servizi dell'Azienda Sanitaria Locale, ma deve corrispondere alla sua accezione funzionale comunitaria e plurale più ampia, comprendendo quindi anche il ruolo degli Enti Locali, i servizi e le relative funzioni di assistenza sociale, socio-sanitaria e socio assistenziale, compreso quello della sussidiarietà organizzata e del Terzo settore. Il quadro attuale mostra, invece, una elevata frammentarietà di procedure ed interventi, con significativi elementi di criticità nella funzione di integrazione e di coordinamento funzionale rispetto al bisogno.

Con attenzione al profilo istituzionale, al Distretto devono quindi afferire gli ambiti di intervento dei diversi attori della rete territoriale (funzioni associate dei Comuni, Servizi Sociali, Enti Gestori di servizi territoriali, Privati, Privato Sociale, articolazioni territoriali dell'Azienda Sanitaria Locale) per rendere possibile una vera integrazione delle politiche e dei servizi. Per far ciò, il Distretto non deve assolvere solo al ruolo di erogatore di servizi e prestazioni ma deve includere anche un altro ruolo, più organizzativo, gestionale e di coordinamento, che preveda la valutazione del fabbisogno di prestazioni e la necessaria risposta organizzata, anche multifunzionale, sia di tipo ambulatoriale che residenziale.

Per rendere concreto il potenziamento del ruolo del Distretto è necessaria l'effettiva consistenza del principio della responsabilità economico-finanziaria, già previsto dalla normativa nazionale, che ricomponga, in un unico portafoglio, le diverse risorse che contribuiscono al finanziamento del welfare locale e che veda nel Piano di Assistenza Territoriale (PAT) la natura dell'accordo tra Direttore di Distretto e Direzione strategica aziendale sugli obiettivi di salute e di servizio da conseguire a fronte di risorse finanziarie determinate. Questo disegno presuppone il rafforzamento e il potenziamento dell'autonomia territoriale distrettuale, attraverso un sistema di *governance* che coinvolga la responsabilità congiunta dell'Azienda Unità Sanitaria Locale e degli Enti locali nella programmazione delle attività sanitarie, socio-sanitarie, socio assistenziali e sociali che sono molto legate ai bisogni e alla specificità dei sub ambiti regionali.

Il Distretto rappresenta anche l'ambito ideale per favorire l'allargamento della sussidiarietà, in particolare quella definita "orizzontale", che prevede il coinvolgimento dei cittadini e delle loro associazioni; la sussidiarietà, infatti, per svilupparsi richiede forme di governo e di gestione dei servizi "prossimi" ai luoghi di vita delle persone, solo

in questo modo le comunità locali sono più disponibili a costituirsi parte attiva e ad esercitare forme di controllo sociale come i percorsi già avviati nel progetto Agenas, in ambito ospedaliero, di umanizzazione del ricovero, e che ora potranno rivolgersi con analoga metodologia, all'umanizzazione delle altre strutture residenziali non ospedaliere.

Il Distretto è quindi l'ambito in cui trova risposta organizzata il bisogno:

- di assistenza primaria (MMG e PLS) e di continuità assistenziale (MCA)
- di prestazioni specialistiche ambulatoriali, protesiche e riabilitative
- di gestione multiprofessionale della cronicità attraverso protocolli diagnostico terapeutici condivisi (PDTA), Progetto individuale di assistenza (PAI) e Progetti individuali di Salute (Pris)
- di cure infermieristiche di comunità
- di assistenza sociale anche in forma integrata
- di prestazioni diagnostiche, di laboratorio e strumentali, erogate da strutture pubbliche e private convenzionate
- di farmacie dei servizi
- di cure domiciliari integrate (CDI)
- di telemedicina
- di terapia del dolore e cure palliative ex legge n.38/2010
- di hospice
- di servizi consultoriali matero infantili e per l'età evolutiva
- di cure termali e di dialisi
- di cure e servizi territoriali per la salute mentale, in forma residenziale e diurna
- di prestazioni rese dal Servizio Dipendenze patologiche (SERD)
- di assistenza a bordo pista di sci con i Centri traumatologici
- di servizi resi dalla rete di Emergenza Urgenza, inclusi i Volontari del soccorso

La missione fondamentale del Distretto, a fronte di una crescente quota di pazienti cronici e socialmente fragili, dovrà essere quella di assicurare una assistenza caratterizzata da due dimensioni fondamentali:

- la prossimità
- la continuità.

La prossimità delle cure (a cominciare da quelle domiciliari) è la strutturazione di risposte il più possibile vicino ai luoghi di vita delle persone, in modo da semplificarne la fruizione e rendere la comunità (o l'eventuale *caregiver*) più partecipe e pro attivo rispetto al suo stesso bisogno.

La continuità dell'assistenza presuppone il coordinamento funzionale degli interventi nello spazio e nel tempo, a garanzia della tenuta dei passaggi tra differenti ambiti, di riduzione della frammentarietà, della costruzione di relazioni fiduciali, in modo tale da non avere interruzioni o cambiamenti ingiustificati nei trattamenti e nei professionisti che assistono.

Un ulteriore elemento di attenzione nella riorganizzazione funzionale dell'area territoriale è la sempre maggiore complessità dei casi a causa dell'interazione tra fragilità sociale e sanitaria. L'aspetto cruciale, da cui dipende l'efficacia dell'assistenza territoriale, risiede proprio nella capacità di garantire un coordinamento, principalmente di natura non gerarchica, dei professionisti per offrire alla popolazione una valutazione e una risposta, il più possibile pro attiva, coerente con la complessità dei bisogni, attivando tutte le risorse disponibili a livello locale, in primis dei singoli pazienti e *caregiver*, dei singoli cittadini, nonché dell'intera comunità.

Riportando a unitarietà i processi di programmazione, di governo e di gestione territoriale, dovranno essere assicurate anche le politiche intersettoriali (sanità, sociale, lavoro, ambiente, mobilità, istruzione, ecc.), in modo da rendere più efficienti ed efficaci gli interventi che impattano sulla riduzione delle disuguaglianze nella salute della popolazione e realizzare l'integrazione tra salute, ambiente e clima, dando vita a nuovi progetti e collaborazioni tra Enti e Istituti diversi.

Il Distretto deve quindi assumere una funzione di garanzia verso il cittadino e di committenza verso le strutture di produzione locale, territoriale e ospedaliera, perché:

- è il soggetto che, con la Direzione Generale dell'Azienda USL, provvede alla programmazione dei livelli di servizio da garantire, alla pianificazione delle innovazioni organizzativo/produttive locali, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizio;
- è il luogo nel quale si agisce e consolida l'integrazione socio-sanitaria e socio assistenziale nella pianificazione locale, nella programmazione dei servizi, della spesa socio-sanitaria, della gestione contrattuale dei soggetti erogatori di servizi e delle verifiche di appropriatezza e di qualità;
- è il soggetto che monitora l'accesso ai servizi degli utenti per garantire equità a tutti i cittadini in relazione al bisogno e quello mancato di pazienti eleggibili a programmi aziendali non reclutati o non complianti ai percorsi per patologia programmati e, quindi, necessitanti di ulteriori interventi;
- è il soggetto organizzativo che tratta le criticità che emergono nella relazione tra servizi, che diventano indicatori indiretti del clima aziendale, tra servizi e cittadini e che analizza i risultati della *customer satisfaction*;
- è il soggetto organizzativo che mantiene alta la tensione aziendale centrale verso lo sviluppo del sistema di tutela dei diritti eleggibili, dell'equità e dell'accessibilità dei servizi.

Di conseguenza, ogni Direttore di Distretto si qualifica in quanto garante e responsabile della risposta integrata alle specifiche esigenze di salute e di benessere sociale del cittadino residente e della comunità locale, della disponibilità di risorse e degli strumenti e delle competenze professionali necessarie alla risposta organizzata. La funzione di garanzia attiene quindi:

- alla valutazione dei bisogni di salute della popolazione e le variazioni di trend,
- alla valutazione delle priorità d'azione e della sostenibilità delle scelte,
- all'orientamento dei livelli di produzione di attività sanitaria come richiesta ai dipartimenti ospedalieri e territoriali,
- alla verifica dei risultati tramite un sistema di indicatori condivisi.

DAI POLIAMBULATORI ALLE CASE DELLA COMUNITÀ

Il Piano prevede una progressiva evoluzione degli attuali Poliambulatori distrettuali in "Case della comunità" in base al principio, già espresso, della necessaria ricomposizione dell'attuale frammentarietà dei servizi e degli interventi e del riconoscimento del bisogno di unitarietà di risposta per il cittadino che deve poter avere luoghi fisici riconoscibili, facilmente raggiungibili, in cui trovare risposta appropriata a bisogni di natura diversa.

La Casa della comunità è un presidio del Distretto.

Il coordinamento è sia di tipo organizzativo, sia di natura clinico assistenziale ed è affidato a un responsabile organizzativo (medico o infermiere avente elevate competenze gestionali organizzative).

La denominazione di "Casa" rimanda alla familiarità, alla prossimità e alla semplicità di accesso, mentre la qualificazione che la attribuisce alla "Comunità" rimanda a un concetto identitario di appartenenza più ampio di quello tipicamente assunto, in termini prevalentemente sanitari, dagli attuali Poliambulatori. Le Case della Comunità sono, infatti, luoghi a cui progressivamente attribuire funzioni non solo erogative in termini sanitari,

ma anche di partecipazione e valorizzazione del capitale umano nei percorsi di cura e in cui sviluppare *l'empowerment* di comunità secondo il principio della Medicina di iniziativa. Sono quindi luoghi in cui promuovere il lavoro sanitario e sociale tra operatori, cittadini (e loro rappresentanze) e Terzo settore. Sono luoghi promotori di un modello integrato e multidisciplinare di intervento, una nuova modalità di lavoro, e sedi privilegiate per la predisposizione di interventi di integrazione socio sanitaria e socio assistenziale.

La normativa in ambito sanitario (Legge n.189/2012; Patto per la salute e, infine, Decreto legge n.34/2020 cd Decreto Rilancio e, in ultimo, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, appena approvato) affida alle Regioni il compito di definire l'organizzazione dei servizi di assistenza territoriale promuovendo lo sviluppo di un modello multi professionale e interdisciplinare.

La Casa della Comunità deve infatti essere 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 e in cui prestano altresì servizio assistenti sociali. La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità rafforza il ruolo dei servizi sociali territoriali favorendo una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale.

A seguito di ciò, il Piano dispone che ciascun Distretto conformi l'attuale offerta al modello organizzativo e funzionale di 2 Case della comunità, di cui almeno una ad alta Complessità.

Le Case a media complessità svolgono il loro servizio H12, mentre le Case ad alta complessità svolgono, attraverso la presenza dei Medici di continuità assistenziale, un servizio H24.

A determinare il livello di complessità assistenziale della Casa della comunità è inoltre la quantità e qualità (complessità) di programmi, percorsi assistenziali integrati ed équipes coinvolte multi professionali e interdisciplinari, in particolare nella gestione della cronicità e multi cronicità. Quanto più complessa è l'assistenza quanto più alto deve essere il livello di coordinamento e di collaborazione tra Azienda Sanitaria, Enti Locali, servizi e professionisti diversi (sanità pubblica, cure primarie, salute mentale, dipendenze patologiche, assistenza ospedaliera, *hospice*, servizi sociali, ecc.).

Nella Case della Comunità a media/alta complessità assistenziale viene garantito l'accesso 7/7 (7 giorni su 7) alle seguenti funzioni:

- accoglienza e orientamento (punto informativo);
- amministrative (Centro Unico di Prenotazione);
- valutazione del bisogno (punto unico di accesso sociale e sanitario, unità valutazione multidimensionale e sportello sociale);
- assistenza del medico di medicina generale;
- assistenza del pediatra di libera scelta;
- di supporto (punto prelievi, distribuzione ausili protesici e distribuzione farmaci);
- prevenzione collettiva e sanità pubblica (es. vaccinazioni, screening, ecc.);
- ambulatorio infermieristico per la gestione integrata della cronicità e ambulatorio di continuità dell'assistenza;
- assistenza consultoriale a favore della donna, dell'infanzia, delle giovani generazioni e delle famiglie;
- assistenza per problemi di salute mentale e di dipendenze patologiche;
- centro per i disturbi cognitivi e le demenze;
- assistenza specialistica;
- diagnostica strumentale ecografica e radiologica;
- eventuale piccola chirurgia ambulatoriale;
- recupero e rieducazione funzionale;
- cure domiciliari e rete delle cure palliative.

L'inclusione dei Medici di Continuità assistenziale amplia la garanzia di accesso H24 per le case di comunità ad alta complessità e favorisce la soluzione alla contingente difficoltà nel reperimento di queste risorse umane. I professionisti afferenti alla continuità assistenziale organizzano e/o partecipano ad attività di promozione della salute individuale e collettiva.

Alle Case della Comunità a media e alta complessità si affiancano, in un modello simile a quello *Hub e Spoke*, in ciascun Distretto, almeno 4 Case della comunità a bassa intensità che sono individuate anche in virtù del riordino e della razionalizzazione degli attuali punti consultoriali e ambulatoriali specialistici presenti su tutto il territorio regionale.

Nella Casa della Comunità a bassa complessità assistenziale viene garantito l'accesso alle seguenti funzioni 6/7 (6 giorni su 7) con orario non inferiore a H5 (5 ore):

- accoglienza e orientamento (punto informativo);
- amministrative (Centro Unico di Prenotazione);
- valutazione del bisogno;
- assistenza del medico di medicina generale;
- assistenza del pediatra di libera scelta;
- assistenza infermieristica (ambulatorio continuità dell'assistenza e ambulatorio infermieristico per la gestione integrata della cronicità);
- assistenza specialistica a supporto dei percorsi;
- assistenza sociale.

Nella nuova riorganizzazione e riqualificazione dell'area di assistenza territoriale distrettuale (*vedi schema Allegato*) è prevista:

- o Nel Distretto 1
 - o Casa della Comunità di Morgex (H12) a media intensità
 - o Casa della Comunità di Aosta (H24) ad alta intensità
 - Case della Comunità a bassa intensità di Courmayeur, di Saint Pierre, di Charvensod e di Variney
- o Nel Distretto 2
 - o Casa della Comunità di Donnas (H24) ad alta intensità
 - o Casa della Comunità di Châtillon (H12) a media intensità
 - Case della comunità a bassa intensità di Nus, di Verrès, di Valtournenche, di Brusson e di Gaby

Nella realizzazione delle Case della Comunità a media/alta complessità è necessario evitare l'eventuale ridondanza di servizi rispetto alla diagnostica strumentale e ad alcune specialità cliniche di non elevata richiesta. Infine, per favorire la partecipazione democratica e la rappresentanza dei portatori di interesse ai percorsi di cura nelle Case della Comunità possono essere presenti ambienti dedicati all'associazionismo.

Nelle regioni in cui il modello organizzativo delle Case della Salute (le cui Case della Comunità sono l'evoluzione) è stato adottato, si registra sia una riduzione degli accessi impropri al Pronto soccorso ospedaliero, sia una riduzione dei ricoveri non appropriati, oltre che una maggiore soddisfazione dei cittadini verso il servizio sanitario e socio sanitario in quanto, ad esempio, molte delle patologie croniche presenti nella popolazione non vengono gestite attraverso il ricovero bensì secondo percorsi assistenziali integrati a livello territoriale e, nelle persone con un grado elevato di fragilità, attraverso le cure domiciliari sviluppatasi grazie proprio a questo modello organizzativo e funzionale integrato.

Il fulcro del modello si basa sul pieno coinvolgimento del Medico di Medicina Generale (MMG) e del Pediatra di Libera Scelta (PLS) e sulla valorizzazione delle competenze delle professioni sanitarie e sociali, elementi ritenuti fondamentali e irrinunciabili per la sua effettiva realizzazione.

La Casa della Comunità rappresenta, per i medici convenzionati, un'importante opportunità di sviluppo professionale, poiché offre la possibilità di lavorare in maniera integrata a garanzia di una risposta ai bisogni della popolazione, della presa in carico delle persone affette da patologie croniche e, più in generale, delle persone fragili, nell'ambito di specifici programmi e percorsi assistenziali.

Il lavoro in équipe dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, svolto insieme agli infermieri, agli assistenti sociali e agli specialisti, rappresenta uno dei principali valori aggiunti della Casa della Comunità rispetto all'attuale modello organizzativo del Poliambulatorio distrettuale.

Nelle Case della Comunità i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta possono svolgere la propria attività ambulatoriale all'interno di appositi spazi loro dedicati, con a disposizione vari fattori produttivi (personale infermieristico, di accoglienza e strumentazione), mantenendo comunque la capillarità territoriale dei loro ambulatori, a garanzia della prossimità delle cure e del rapporto fiduciario paziente-medico che caratterizza questa particolare figura professionale.

L'obiettivo dello sviluppo delle Case della Comunità è quello di garantire in modo coordinato:

- l'accesso all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socio-assistenziale in un luogo visibile e facilmente raggiungibile e accessibile da parte della popolazione di riferimento;
- la prevenzione e la promozione della salute in forma soprattutto pro attiva;
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta maggiormente appropriata, programmabile e non programmabile;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento di tutti i servizi sanitari territoriali (H 12 e H 24 di norma a livello distrettuale attraverso i medici di Continuità assistenziale);
- la presa in carico della cronicità e della fragilità secondo il paradigma della medicina d'iniziativa;
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono la 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 promozione dell'integrazione con l'Ospedale regionale per acuti, con l'ospedale di Comunità e con le altre strutture residenziali territoriali per garantire la continuità dell'assistenza.

Nell'evoluzione normativa dei modelli che hanno disposto un riordino e avviato una riqualificazione complessiva volta a fornire un più elevato livello di tutela della salute, la Legge n.189/2012, come noto, in Valle d'Aosta non ha trovato generale applicazione e il modello aggregativo della Medicina generale e della Pediatria di Libera scelta si è poco diffuso e, soprattutto, non ha colto le reali potenzialità previste dal legislatore. Di questo modello, rimangono inalterati gli obiettivi tra i quali:

- rafforzare la *governance* clinica territoriale (appropriatezza prescrittiva e terapeutica, aderenza terapeutica e formazione del paziente mediante approcci di *health literacy*);
- presa in cura dei pazienti in base a Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e Piani Assistenziali Individuali (PAI) secondo il modello della medicina d'iniziativa e la presa in carico delle cronicità;
- ridefinire il sistema della domiciliarità attraverso le Cure Domiciliari Integrate (CDI) e della residenzialità (Cure intermedie/RSA), in quanto strumenti necessari a garantire la continuità di cura dei pazienti con patologie croniche associate a problematiche socio-assistenziali.

Per supportare il processo di riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza territoriale secondo i principi e gli obiettivi fin qui espressi e poiché quindi la Medicina Convenzionata è il secondo punto della riqualificazione

della medicina territoriale, il presente Piano prevede la costituzione obbligatoria di massimo quattro Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)² mono professionali, già previste dalla Legge n.189/2012, le quali dovranno afferire alla Casa della comunità di appartenenza territoriale, a prescindere dal livello di complessità. Solo in questo modo, infatti, la Casa della comunità può dotarsi di una risposta assistenziale realmente fondata sul principio dell'equità di accesso e della presa in carico unitaria, dell'appropriatezza delle prestazioni e della coerenza al paradigma della Medicina di iniziativa.

L'AFT, come noto, è un modello organizzativo funzionale mono professionale, non erogativo, che prevede un coordinamento formale da parte di un medico coordinatore, cui appartengono, obbligatoriamente, i medici di medicina generale (compresi i medici convenzionati a quota oraria) e i pediatri di libera scelta operanti nel territorio ricompreso nella medesima. Essa è finalizzata a coordinare l'attività dei medici - sia singoli che organizzati nelle UCCP di futura costituzione o nelle forme associative previste dagli Accordi Integrativi Regionali vigenti - e a condividere in forma strutturata gli obiettivi e i percorsi assistenziali, gli strumenti di valutazione della qualità assistenziale, le linee guida, gli audit e altri strumenti analoghi prescelti in forma condivisa.

I referenti di AFT, rappresentanti dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta operanti nelle singole Aggregazioni, si coordinano con l'Area Territoriale dell'Azienda USL (Direttore di Area e Direttori di Distretto), con i Dipartimenti ospedalieri, con gli enti locali e le realtà sociali locali, con la finalità di garantire un rapporto sinergico di erogazione dell'assistenza sanitaria di base uniforme sul territorio regionale, non autoreferenziale ma rispondente ai bisogni socio-sanitari dei cittadini.

Il loro ruolo completa quello dei Comitati regionali della medicina generale e della pediatria di libera scelta e dei corrispondenti Comitati aziendali nell'ambito dei quali si esplica l'attività finalizzata a definire gli Accordi integrativi regionali, a fornire indirizzi uniformi per l'applicazione dell'accordo nazionale e dei medesimi accordi regionali, oltre che a monitorare l'applicazione degli accordi aziendali.

Lo sviluppo del modello organizzativo secondo le Case della comunità prevede pertanto che l'AFT, prevalentemente tramite le forme associative in essa operanti (UCCP e forme preesistenti), garantisca l'assistenza al cittadino nelle 24 H, tramite l'apporto dei Medici di Continuità Assistenziale (MCA), che potranno anche effettuare attività diurna, e la definizione di strumenti ITC innovativi per la presa in cura dell'assistito (telemedicina), al fine di garantire la continuità delle cure e dell'assistenza, secondo il principio dell'appropriatezza negli interventi.

I team multi professionali sopra descritti istituiti nelle Case della Comunità assumono un ruolo di supporto per medici di base e pediatri di libera scelta, anche nell'erogazione delle prestazioni a pazienti con bisogni più complessi e in presenza di un PAI. La composizione dei team multi professionali possono variare sulla base della complessità dei bisogni degli assistiti, da modelli organizzativi più semplici, quali i micro-team che prevedono la presenza di infermiere/assistente sanitario (*case manager*) e del medico di medicina generale/pediatra di libera scelta (*clinical manager*), integrati poi dal medico specialista, ma anche dalle figure di riferimento dei servizi sociali e assistenziali, per una più efficace presa in carico di pazienti complessi/cronici.

Il modello, che realizza la rete orizzontale tra medici, di fatto, pone le condizioni anche per la rete verticale con le altre strutture del sistema dei servizi sanitari erogati sul territorio, con particolare riguardo ai bisogni assistenziali dei Comuni delle vallate laterali. Si prevede il ricorso a soluzioni tecnologiche innovative, quali la telemedicina, al fine di collegare gli ambulatori decentrati con le Case della comunità, la COT e il contesto ospedaliero delle acuzie.

² Ambito previsto di circa 30.000 abitanti per i medici di Medicina generale (MMG), mentre per i Pediatri di Libera Scelta (PLS) l'Accordo Collettivo Nazionale rimanda alla programmazione regionale

Si affianca e collabora con le AFT dei MMG e dei PLS, l'AFT degli Specialisti ambulatoriali appartenenti a diverse branche, di veterinari e di professionisti convenzionati, la quale contribuisce a garantire l'assistenza, in particolare, per il trattamento dell'acuzie in bassa intensità clinico-assistenziale e della cronicità, organizzati nella Equipe specialistica territoriale.

LE UNITÀ COMPLESSE DI CURE PRIMARIE (UCCP)

Si è già più volte ribadito nel presente documento di Piano che nel contesto dell'assistenza territoriale il processo di riordino e di riqualificazione impone necessariamente il contemporaneo riordino e la riqualificazione della medicina generale, della pediatria di libera scelta e l'integrazione di queste figure professionali sia con la specialistica ambulatoriale convenzionata interna, sia con tutte le altre figure professionali interessate dai percorsi di cura e dai progetti individuali, compresa quella dell'infermiere di comunità. Ciò in virtù del fatto che solo una simile organizzazione funzionale è in grado di garantire la completa presa in carico integrata dei bisogni assistenziali e, soprattutto, una unitarietà e appropriatezza della risposta organizzata.

Questo principio era già stato parzialmente recepito nel 2006 con la previsione regionale delle équipes territoriali integrate di montagna e delle forme aggregative della medicina generale e della pediatria di libera scelta, ma tali soluzioni non si sono successivamente evolute per dare applicazione alla Legge n.189/2012. Tale dettato normativo, infatti, coniugava nelle Unità Complesse delle Cure primarie (UCCP) le suddette esigenze di integrazione nella presa in carico che, in Valle d'Aosta, non sono pertanto state realizzate; diventa, quindi, imprescindibile procedere alla loro costituzione sia per garantire la qualità assistenziale, sia per garantire sostenibilità al sistema di cure stesso mantenendo al contempo elevata e sfidante la professionalità degli operatori pubblici o privati che siano in essa operanti.

Il presente Piano prevede, quindi, lo sviluppo in ambito regionale delle Unità Complesse di Cure Primarie, UCCP, attraverso l'avvio di un processo di programmazione, consultando le organizzazioni sindacali della medicina convenzionata, per la predisposizione di un modello che tenga in considerazione le caratteristiche orografiche e demografiche della regione e i bisogni assistenziali specifici della popolazione.

Le UCCP, costituite dai medici convenzionati, in collaborazione con operatori amministrativi e sanitari (sia dipendenti dall'Azienda USL di riferimento, che dai medici convenzionati secondo il modello organizzativo più rispondente alle caratteristiche territoriali) oltre che da professionisti dell'assistenza sociale, operano nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, all'interno di una AFT, in sede unica o con una sede di riferimento e:

- assicurano sul territorio di propria competenza l'erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali e uniformi di assistenza (LEA);
- assicurano l'erogazione dell'assistenza sanitaria e diagnostica di 1° livello, anche al fine di ridurre l'accesso improprio al Pronto Soccorso;
- realizzano nel territorio la continuità dell'assistenza, H 24 e 7 giorni su 7, per garantire una effettiva presa in carico del cittadino, in particolare se paziente cronico;
- impiegano strumenti di gestione che garantiscano trasparenza e responsabilità dei medici e dei professionisti sanitari nelle scelte assistenziali e in quelle orientate al perseguimento degli obiettivi di salute;
- sviluppano la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione, nonché la salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione, educazione e informazione sanitaria;
- contribuiscono all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dalle cure domiciliari e residenziale in raccordo con i distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;

- garantiscono la presa in cura e la sorveglianza territoriale attiva per contrastare eventuali epidemie come il COVID-19);
- si raccordano con l'AFT per quanto riguarda la gestione degli obiettivi da raggiungere e del relativo budget assegnato in base al Piano di Assistenza Territoriale (PAT) concordato con la direzione aziendale.

Gli Accordi Collettivi Nazionali prevedono l'obbligatorietà per i medici convenzionati di svolgere la propria attività nell'ambito delle Unità Complesse di Cure Primarie e individuano negli Accordi Integrativi Regionali gli strumenti che definiscono le modalità e le dotazioni strutturali, strumentali e di personale necessarie al pieno svolgimento delle attività assistenziali affidate a ciascuna Unità.

Il Piano prevede che l'UCCP si sviluppi in strutture quali:

- Case della Comunità;
- strutture territoriali aziendali (poliambulatori e ambulatori);
- strutture comunali o comunque pubbliche;
- strutture provenienti dal privato.

Gli Accordi Integrativi Regionali individueranno il modello generale di riferimento e gli standard minimi di struttura delle UCCP, al fine di garantire omogeneità di distribuzione e di tipologia sul territorio regionale.

L'UCCP potrà, inoltre, ricomprendere una o più forme associative attualmente esistenti dei Medici di medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta (in rete, in gruppo e associazioni), le quali, nel quadro della riorganizzazione dell'assistenza territoriale prevista dal Piano, potranno subire una importante revisione per meglio integrarsi e coordinarsi con i mutati livelli di *governance* e con le differenti finalità assistenziali definite per i diversi livelli assistenziali. La riorganizzazione dovrà coordinare, con particolare attenzione, le nuove modalità di collaborazione (AFT e UCCP) con le forme di cooperazione già esistenti, al fine di rafforzare l'integrazione e l'efficacia della risposta assistenziale territoriale.

I Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera scelta che operano all'interno delle UCCP, al fine di rispondere più efficacemente ed in maniera più efficiente ai bisogni assistenziali dei pazienti inseriti in percorsi strutturati di cura o coinvolti in campagne di medicina d'iniziativa, devono poter disporre di agende di prenotazione per diagnostica e specialistica, con un numero di prestazioni dedicate.

Tale organizzazione della medicina convenzionata risponde ad un modello centrato sulle competenze, sulle funzioni e sulle relazioni tra i diversi professionisti, non più sulle strutture. Il medico convenzionato si rapporta con le altre figure professionali integrandosi con le loro specifiche competenze e autonomie e a tal fine nell'ambito delle UCCP deve operare in collaborazione con i team multi-professionali attivati nella AFT di riferimento.

L'ASSISTENZA SPECIALISTICA DI COMUNITÀ

Come già indicato in precedenza, all'interno della rete orizzontale dei medici si affianca e collabora con le AFT dei MMG e PLS, l'AFT degli Specialisti ambulatoriali appartenenti a diverse branche, di veterinari e di professionisti convenzionati, la quale contribuisce a garantire l'assistenza, in particolare, per il trattamento dell'acuzie in bassa intensità clinico-assistenziale e della cronicità.

Il Piano prevede la costituzione di una Equipe Specialistica Territoriale per ognuno dei due Distretti, composta da specialisti, sia componenti della AFT, sia dipendenti dell'Azienda USL della Valle d'Aosta, che risponde alle crescenti necessità specialistiche di presa in carico del paziente nell'ambito delle cure primarie, collaborando con i team multi professionali delle AFT, e nelle cure intermedie (a domicilio e in struttura, in situazioni di acuzie di

bassa e media intensità) per gestire il paziente cronico e anziano sul territorio, senza ricorrere alle risorse ospedaliere. Gli obiettivi, già citati, sono quelli di:

- rafforzare la *governance clinica* territoriale (appropriatezza e aderenza, formazione del paziente);
- adottare una presa in cura dei pazienti in base a PDTA e PAI individuali (medicina d'iniziativa e presa in carico cronicità);
- ridefinire il sistema della domiciliarità (CDI) e della residenzialità (Cure intermedie/RSA), in quanto strumenti necessari a garantire la continuità di cura dei pazienti con patologie croniche associate a problematiche socio-assistenziali

Questi modelli funzionali possono contribuire in modo significativo e qualificato sul problema dell'erogazione conforme alla priorità clinica assegnata anche secondo modalità che la pandemia ha reso necessarie ma che, attraverso le aggregazioni funzionali, le sedi riorganizzate e dotate di strumenti per l'ICT miglioreranno anche i tempi di attesa per le prestazioni richieste ponendo a più stretta interazione professionale i prescrittori con gli erogatori delle prestazioni e questo, per i pazienti cronici con un PDTA assegnato, costituisce un elevato valore aggiunto.

IL GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

Le liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie programmate, quali le visite specialistiche e gli esami diagnostici, costituiscono da tempo una problematica di particolare attenzione tanto da parte delle istituzioni sanitarie quanto da parte della popolazione.

Il Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), recepito in Valle d'Aosta con la deliberazione della Giunta regionale n.503/2019 (PRGLA), ha avuto lo scopo di individuare strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo, sia quelli destinati alla tutela del cittadino per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o di approfondimento diagnostico da parte degli specialisti delle strutture, dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

Il PRGLA stabilisce delle regole di funzionamento per il corretto svolgersi della domanda e dell'offerta di prestazioni, dispone che sia condotta una vasta campagna informativa sia verso i cittadini, sia verso i medici di famiglie e gli specialisti e rinnova l'Osservatorio Regionale sulle Liste di Attesa quale organismo preposto al monitoraggio dei tempi di attesa e all'individuazione preventiva delle criticità in essere. A seguito dell'approvazione del PRGLA, l'Azienda USL, recependone i contenuti, ha approvato il conseguente il Programma Attuativo che, per trasparenza verso il cittadino, è pubblicato sul proprio sito. Tuttavia, già in fase pre pandemica era emerso come la questione delle liste di attesa fosse un fenomeno complesso e che per contrastarlo occorresse agire su più fattori, poi, la sospensione delle prestazioni rese necessaria durante la pandemia e in assenza di un'offerta vaccinale, ha aggravato ovunque la situazione.

Sono state adottate diverse misure anche a fronte di risorse economiche aggiuntive, messe a disposizione dal Governo nazionale³, per assorbire i ritardi che la pandemia aveva prodotto sulle liste di attesa, ma ciò che permane ancora oggi è la necessità, ribadita dal presente Piano, di un nuovo approccio al problema che parta da un corretta informazione e arrivi ad un nuovo governo dei tempi di attesa.

³ Decreto 20 agosto 2019 "Ripartizione tra le regioni dei fondi per la riduzione dei tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

È necessario infatti: che i cittadini siano correttamente informati sui diritti esigibili e, nello specifico, sul valore e sul significato delle classi di priorità assegnate al momento della prescrizione; che tutti i medici utilizzino correttamente la classe di priorità, anche utilizzando la metodica condivisa tra prescrittori ed erogatori dei RAO⁴; che l'Azienda USL riorganizzi la propria offerta tra i diversi punti di erogazione, insieme ai cittadini e ai medici, in modo da garantire quanto più possibile i tempi massimi corrispondenti alle priorità assegnate; che le prenotazioni avvengano attraverso un unico centro (CUP) e che quando non è possibile garantire i tempi massimi, siano offerti ai cittadini degli appropriati percorsi di tutela.

Solo agendo responsabilmente tutti insieme, Direzione aziendale USL, cittadini e operatori, è possibile costruire dei "patti" che, con la carta dei Servizi, qualificano il servizio sanitario regionale.

Le classi di priorità previste dal Piano Nazionale delle Liste di Attesa (PNGLA), recepite dal Piano regionale con la deliberazione n.503/2019, definiscono i tempi di accesso alle prestazioni sanitarie che il medico prescrittore assegna al momento della prescrizione clinica all'assistito e per le prestazioni di specialistica ambulatoriale corrispondono alla:

- Classe U (Urgente), per le prestazioni da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- Classe B (Breve), per le prestazioni da eseguire entro 10 giorni;
- Classe D (Differibile), prestazioni da eseguire entro 30 giorni per le visite, oppure entro 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- Classe P (Programmata), prestazioni da eseguire entro 120 giorni.

Il Piano di Governo delle liste di Attesa riconosce, come i precedenti, il diritto al rispetto dei tempi di attesa per le sole prestazioni (visite o accertamenti diagnostici) che costituiscono il primo contatto del cittadino con il servizio sanitario regionale per un determinato problema di salute. Da ciò consegue che le visite e i controlli successivi al primo non necessitano di tale garanzia, in quanto è la stessa presa in carico da parte dello specialista a garantire i tempi e le modalità utili per la risposta più efficace ed appropriata al problema di salute trattato. Questo vale, in modo particolare, per le persone con patologie croniche o oncologiche già in carico ai servizi.

La presa in carico globale del paziente cronico rappresenta un fattore fondamentale per una riorganizzazione all'interno delle strutture sanitarie, finalizzata ad una programmazione più efficace di tutte le prestazioni necessarie alla persona assistita. L'emergenza sanitaria legata alla pandemia da Covid-19 ha modificato non solo le nostre abitudini di vita, ma anche, e radicalmente, le modalità di accesso alle prestazioni sanitarie, comprese quelle di specialistica ambulatoriale, che devono essere riviste e riorganizzate in un'ottica di diverso utilizzo delle risorse con particolare sviluppo delle attività di telemedicina. Ciò richiede, pertanto, una ridefinizione delle modalità di accesso e nuovi modelli organizzativi che dispongano di strumenti utilizzabili anche a distanza per gestire i percorsi dei pazienti. In quest'ottica diventa fondamentale la collaborazione tra gli specialisti ospedalieri e territoriali e i medici di medicina generale, per condividere il più possibile le modalità di accesso a visite e prestazioni diagnostiche, quando necessarie, ed i casi clinici che possano essere gestiti efficacemente tramite un confronto tra professionisti senza necessità di un appuntamento di persona.

La Conferenza delle Regioni, a settembre del 2020, ha approvato un documento di indicazioni relative all'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale a distanza attraverso servizi di Telemedicina, tra cui il teleconsulto e la televisita. E' in corso di approvazione un ulteriore documento di indicazioni per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie.

In Valle d'Aosta, la Telemedicina, che è già stata attivata in forma sperimentale per monitorare i parametri clinici nelle Residenze sanitarie assistenziali (RSA) e nelle Micro comunità, sarà oggetto di un progetto più ampio che,

⁴ I RAO sono Raggruppamenti di Attesa Omogeni che lo stesso Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa propone per numerose prestazioni specialistiche. Nello specifico Si tratta di un metodo che consente di dare tempistiche di attesa diverse per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in base alla gravità del paziente.

applicando il modello del *Chronic Care Model*, introduce un modello tecnologico organizzativo innovativo di cura per i pazienti cronici al fine di garantire servizi ad alto valore aggiunto (telemonitoraggio), dare continuità di cura e assistenza, rendere disponibili i dati rilevati al sistema informativo dell'Azienda USL per la creazione di un Sistema Informativo Regionale della Cronicità (SIRC).

LA TELEMEDICINA

La pandemia ha ulteriormente evidenziato il valore della tecnologia nella cura a distanza dei pazienti, comunemente definita Telemedicina, indicando come, anche dopo la fase emergenziale dell'assistenza, questa modalità di approccio dovrà diventare una prassi abituale. Sono oggi tantissime le tecnologie digitali che possono essere utilizzate sul territorio: sono in fase di sviluppo diversi sensori non invasivi in grado di monitorare continuamente lo stato fisiologico del soggetto, tra cui ritmo cardiaco, pressione sanguigna, frequenza respiratoria, saturazione di ossigeno dell'emoglobina, concentrazioni di glucosio nel sangue, onde cerebrali e molti altri.

Poiché la telemedicina costituisce uno strumento funzionale all'assistenza di specifiche categorie di soggetti con cronicità e fragilità in essere, il Piano dispone che siano definiti modelli organizzativi e avviati programmi di sviluppo di tale modalità assistenziale nelle seguenti aree di intervento:

- tele monitoraggio di pazienti domiciliarizzati e instabili, da parte dei Medici di Assistenza Primaria in collaborazione con gli specialisti ospedalieri;
- teleassistenza dei pazienti a domicilio nell'ambito di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali attivati dall'Azienda USL;
- tele monitoraggio dei pazienti cronici a domicilio nell'ambito del Piano cronicità aziendale;
- programmi di riabilitazioni per pazienti a domicilio (es. post ictus);
- gestione della popolazione anziana istituzionalizzata (RSA) attraverso il monitoraggio/controllo programmato di assistiti con patologie croniche al fine di limitare gli eventi di riacutizzazione di patologie in essere e i ricoveri inappropriati;
- tele monitoraggio di pazienti domiciliarizzati, dimessi dalla degenza, e instabili da parte degli specialisti ospedalieri;
- tele monitoraggio pazienti a domicilio con necessità di interventi assistenziali da tenere in osservazione.

Tutti gli interventi dovranno essere supportati da una analisi di fattibilità che evidenzii che le soluzioni proposte siano basate sulla metodologia *evidence based* medicine.

Ovviamente, la sfida della digitalizzazione dei servizi sanitari non si risolve solo con maggiori investimenti tecnologici ma richiede una imponente integrazione delle professionalità sanitarie con il livello aziendale nelle sue componenti strategiche e organizzative, con il ripensamento dei processi di cura e delle interfacce con gli assistiti.

Alla telemedicina e all' e-health viene riconosciuto un ruolo di modello alternativo per i servizi clinici e di supporto alle decisioni cliniche nell'ambito dell'azione di ottimizzazione dell'erogazione dei servizi sanitari. La telemedicina non sostituisce la medicina tradizionale, ma la affianca e la integra con nuovi canali di comunicazione e tecnologie innovative, con l'obiettivo di migliorare l'assistenza sanitaria e aiutare i cittadini ad accedere e ottenere le migliori cure possibili.

In Valle d'Aosta è in fase di realizzazione un Progetto specifico che sviluppa sistemi innovativi di telemedicina per il controllo dei pazienti cronici sia presso gli ambulatori attuali, sia presso il domicilio dei pazienti, dove reso necessario stante la condizione di fragilità dell'assistito. Il Piano, pertanto, sottopone a monitoraggio valutativo il progetto sperimentale che potrà essere esteso anche ad altre patologie e che attualmente dedica attenzione alla

malattia cronica dello scompenso cardiaco. Attraverso questa sperimentazione si intende arricchire l'offerta della salute di due elementi tecnologici qualificanti:

- la Piattaforma di telemedicina e tele monitoraggio;
- il Sistema Informativo della cronicità.

La telemedicina è già stata attivata in Valle d'Aosta in forma sperimentale per monitorare i parametri clinici in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e Micro-comunità ed assume un ruolo di grande rilievo per due ragioni basilari che sono le potenzialità di dislocazione sul territorio e la possibilità di rilevare in modo tempestivo parametri di scompenso in alcune condizioni cliniche sottoposte a controlli periodici.

Il progetto utilizzerà inizialmente e in fase sperimentale la telemedicina presso l'ambulatorio territoriale di riferimento del paziente cronico oltre che presso la sua abitazione. L'ambulatorio territoriale, in questo modo, acquisisce l'installazione di una Piattaforma di telemedicina in uso per la cronicità ad elevatissimo contenuto tecnologico, dove continuerà ad essere possibile incontrare e visitare i pazienti ma, in condizioni specifiche di impossibilità, anche disporre di una ampia serie di dotazioni diagnostiche integrate nel ciclo informativo del sistema di gestione del progetto. Inoltre, al medico specialista di riferimento sarà consentita un'interazione anche da remoto con il personale infermieristico presente in ambulatorio. La piattaforma *hardware e software* permetterà di integrare gli output di diagnostiche video (come gli ecografi o formati d'onda come gli ECG, ecc.) nel sistema informativo centrale e la telemedicina sarà parte integrante del sistema informativo di cui di seguito vengono descritti i componenti.

Con attenzione invece al Sistema Informativo della cronicità, questo sarà integrato con il sistema informativo aziendale e con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e fornirà tutti gli strumenti gestionali e informativi alla pluralità di attori del programma e potrà essere uno strumento di consultazione anche per gli utenti oltre che un veicolo per le fasi di stratificazione *in progress* della popolazione residente, per la conseguente - presa in carico e per i *follow up*.

Il Sistema Informativo della cronicità dovrà implementare la gestione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA), così come definiti attraverso il "Piano Nazionale della Cronicità" emanato dal Ministero della Salute.

Grazie all'ICT, i PDTA abilitano e agevolano un approccio multidisciplinare della cura a supporto dell'analisi e pianificazione del *workflow*, ma anche la gestione stessa dei percorsi di cura e assistenza tramite l'integrazione dei gestionali esistenti, nell'organizzazione documentale e nel controllo tramite il monitoraggio di indicatori. In questo scenario, il Fascicolo Sanitario Elettronico diventa la piattaforma ideale con la quale il Sistema Informativo della Cronicità/PDTA dovrà interagire, estendendo il modello di integrazione esistente con i vari sistemi coinvolti e la gestione dei vari dati acquisiti.

Tutte queste innovazioni tecnologiche possono realmente cambiare il futuro della medicina territoriale, grazie alla loro capacità di produrre informazioni sanitarie utilissime, ai fini diagnostici, terapeutici e preventivi, garantendo al contempo riduzione delle distanze e dei tempi.

C'è grande bisogno, a livello territoriale, dello sviluppo di servizi digitali e ad accesso semplificato, trasparenti, innestati in una architettura *network* efficiente in grado di garantire qualità, privacy e soprattutto in grado di colmare la richiesta di continuità di cura tra ospedale e territorio. Le cronicità possono oggi trovare supporto attraverso apparati e dispositivi medici in grado di trasmettere dati telemetrici, dando un contributo effettivo alla de-ospedalizzazione protetta, alla medicina di precisione e all'abbattimento delle spese per ospedalizzazioni ricorsive evitabili con un'adeguata ed attenta vigilanza. Non va peraltro trascurata l'importanza di poter disporre delle informazioni cliniche, assistenziali e terapeutiche su supporto digitale (Cartella Clinica digitale e Fascicolo sanitario Elettronico), in grado di accompagnare il paziente in tutti i *setting* di cura, come strumento di comunicazione volto a facilitare l'integrazione operativa tra i diversi professionisti coinvolti, per garantire una

presa in carico globale degli assistiti e per costituire l'evidenza documentale dell'appropriatezza delle cure erogate rispetto agli standard. Tale cambiamento, presente anche nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (*Nextgeneration Italia* gennaio 2021), deve essere realizzato nel prossimo futuro, mettendo in atto da subito un forte investimento programmato in tecnologie tra loro interoperabili e soprattutto mettendo a fattor comune *best practice* e modelli operativi vincenti.

Anche alla luce dell'Intesa in fase di approvazione tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 1, comma 449, della legge 27 dicembre 2019, n. 160, sullo schema di decreto del Ministro della Salute di ripartizione alle Regioni delle risorse, a valere sul programma di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, per il fabbisogno di apparecchiature sanitarie di supporto ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, effettuata sulla base dei parametri stabiliti per l'adozione dei piani regionali, l'obiettivo al quale puntare è la dotazione tecnologica e strutturale delle Case di Comunità nonché degli altri punti erogativi della medicina convenzionata (AFT, UCCP, ambulatori e poliambulatori, ecc.), al fine di erogare esami di diagnostica strumentale, visite di controllo successive e ogni altra prestazione dispensabile in modalità di telemedicina, nonché favorire i teleconsulti e telemonitoraggi sfruttando l'opportunità della presenza di medici specialisti nei luoghi di cura territoriali.

La telemedicina, nel presente Piano, è valutata strumento utile anche nell'ambito della sanità penitenziaria, dove la possibilità di refertare direttamente presso l'ambulatorio della casa circondariale, a seguito di specifici teleconsulti con gli specialisti ospedalieri di riferimento, consente di fornire tempestive ed efficaci risposte assistenziali a un'utenza particolare, per la quale eventuali uscite verso il presidio ospedaliero comporterebbero procedure amministrative e organizzative particolarmente gravose.

IL PIANO CRONICITÀ E LA MEDICINA DI INIZIATIVA

Come più volte ribadito, è a livello di Distretto che devono essere valutati i bisogni della comunità, per individuare quei gruppi di popolazione a maggiore vulnerabilità, sanitaria e sociale, sui quali realizzare interventi di prevenzione e di promozione della salute caratterizzanti l'approccio della Medicina di iniziativa, il solo capace di ridurre, nel tempo, mortalità e morbosità dovute a patologie croniche gravi.

Nell'ambito dell'attuazione del Piano regionale della cronicità, di cui alla DGR n.70/2019, si inserisce lo sviluppo di un programma di medicina d'iniziativa finalizzato alla presa in carico attiva di pazienti con patologie croniche già manifeste o ad alto rischio di insorgenza. Le azioni di avvio dei programmi prevedono le seguenti attività:

- valutazione del profilo epidemiologico della popolazione di riferimento (stratificazione del rischio/della popolazione);
- identificazione delle patologie croniche da avviare nel programma secondo un ordine di priorità, sulla base dei dati di monitoraggio che identificano la popolazione target;
- definizione dei PD'TA per patologia, con il coinvolgimento di tutti i professionisti sanitari;
- accordo con i medici di assistenza primaria per la presa in carico dei pazienti per la patologia cronica individuata;
- arruolamento dei pazienti cronici da parte dei medici di assistenza primaria;
- elaborazione di indicatori di esito e di processo;
- realizzazione di corsi di aggiornamento per i Medici di assistenza primaria sulle patologie croniche.

Si tratta quindi di ridisegnare il sistema delle cure primarie utilizzando come riferimento un nuovo modello gestionale per la cura dei pazienti cronici, *il Chronic Care Model*, perché, come è stato detto, i pazienti che convivono ogni giorno con patologie croniche richiedono sempre più una cura personalizzata, che sia appropriata e che tenga conto degli aspetti unici dell'individuo stesso, basata sulla interazione tra il paziente - reso

esperto da opportuni interventi di formazione e di addestramento (*empowerment*) - ed il team multi professionale composto dagli operatori socio sanitari, infermieri, MMG e specialisti che diventano quindi determinanti.

Secondo il nuovo approccio pro-attivo, diventa fondamentale la continuità assistenziale territoriale che si realizza quindi al di fuori dell'Ospedale, mirata ad individuare e prevenire le criticità tramite una completa e duratura presa in carico del paziente. L'applicazione del nuovo modello propone una serie di cambiamenti organizzativi utili a favorire il miglioramento della gestione dei malati cronici e suggerisce una relazione nuova tra il personale sanitario ed i pazienti stessi, con questi ultimi che diventano parte integrante del processo assistenziale. Inoltre, nella filosofia di adozione di tale modello, la prevenzione secondaria e gli screening, nella diagnosi precoce di molte patologie croniche, mantengono un ruolo primario. In sintesi, l'applicazione di un tale modello coinvolge in maniera integrata:

- i percorsi ospedalieri;
- la presa in carico del cittadino da parte del Distretto;
- l'integrazione multidisciplinare dei professionisti e operatori del Servizio Sanitario;
- la valutazione multidimensionale del bisogno;

con l'obiettivo esplicito di mantenere il livello di salute il più alto possibile.

I fini del *Chronic Care Model* sono noti e possono essere così riassunti:

- migliorare l'assistenza sanitaria ai pazienti cronici, tenendo anche conto delle risorse che una comunità possiede, come ad esempio i gruppi di volontariato, i gruppi di aiuto, i centri per anziani autogestiti, ecc.;
- garantire e premiare la qualità dell'assistenza attraverso la nuova gestione delle malattie croniche, entrata a far parte della priorità degli erogatori e dei finanziatori dell'assistenza sanitaria;
- rendere il cittadino protagonista indiscusso ed attivo dell'autocura e dei processi assistenziali.

Con queste finalità, lo sviluppo della sanità di iniziativa si basa su un nuovo modello assistenziale per la presa in carico "proattiva" dei cittadini e sul conseguente approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi.

L'organizzazione dei servizi distrettuali deve favorire in modo sistematico la multi professionalità e la multi disciplinarietà, specialmente nella presa in carico dei casi più complessi, nella cronicità e multi cronicità, come nei disturbi di salute mentale, con interventi di tipo proattivo, in particolare sui soggetti predisposti, di cui si conoscono già condizioni e fattori di rischio favorevoli, in modo da evitare insorgenze precoci di malattia, aggravamenti, scompensi e frequenti ospedalizzazioni.

Le evidenze scientifiche dimostrano che i malati cronici, quando ricevono un trattamento integrato e un supporto al self-management e al *follow up*, migliorano e ricorrono meno alle cure ospedaliere. Sulla base di esperienze descritte in letteratura, il sistema utilizza il lavoro integrato di diversi professionisti in modo da assicurare la presa in carico e la continuità assistenziale (*disease management*). Questo si basa innanzitutto sull'adozione di corretti stili di vita - quali attività fisica e corrette abitudini alimentari, viste non solo come strumento di prevenzione, ma anche come sussidio nella gestione della patologia conclamata - e dell'implementazione delle competenze nel team multiprofessionale.

Il presente Piano intende "ripensare" l'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini in un'ottica di equità, propria di un sistema universalistico, alla luce delle dinamiche in atto in campo demografico, epidemiologico, sociale ed economico. Questo tipo di approccio, ormai documentato in molte esperienze straniere e nazionali, prevede l'utilizzo dell'Ospedale per la fase acuta e si basa sulla consapevolezza che il paziente ed i suoi familiari sono attori di un'assistenza e di una terapia che deve essere protratta, nella maggior parte dei casi, in comunità e per tutta la vita. Basti pensare all'importanza del monitoraggio delle condizioni cliniche, alla rilevanza che ha, per la qualità della vita del paziente, l'adesione al trattamento farmacologico (aderenza terapeutica); in questo ambito,

il paziente affetto da malattia cronica ha la necessità di eseguire periodici esami per aggiustamenti della terapia (per esempio antidiabetici orali ed insulina somministrati ai soggetti affetti da diabete mellito), deve sottostare a controlli per monitorare semplici indicatori del suo stato di salute (ad esempio il peso e la diuresi nei pazienti con insufficienza cardiaca) e sono fondamentali per lui ed i suoi familiari adeguate informazioni ed educazione sanitaria.

Un ulteriore scopo prefissato dall'approccio integrato è far acquisire alle persone assistite quella capacità utile ad attuare un'adeguata autogestione (self care) della propria patologia. In tale contesto, la messa in atto degli interventi assistenziali può avvenire presso il domicilio del paziente o nell'ambulatorio del medico di famiglia, tramite un sistema informativo centrato sul paziente, basato sulla gestione di liste dei pazienti stratificate per patologia o rischio.

L'Accordo Collettivo Nazionale con i Medici della Medicina generale crea il presupposto per migliorare l'organizzazione dei servizi mediante l'implementazione delle forme organizzative complesse e l'utilizzo dei collaboratori di studio e infermieri previste dall'ACN di riferimento. Inoltre, crea i presupposti anche per i necessari raccordi funzionali e professionali trasversali sul territorio mediante la regolamentazione delle équipes territoriali anche negli accordi integrativi con le altre categorie mediche convenzionate (pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali).

È obiettivo del presente Piano realizzare una rete di gestione appropriata e sostenibile della cronicità, domiciliare e residenziale, affidata nella presa in carico alla Medicina Generale e fortemente integrata con il distretto attraverso le Case della Comunità e con le forme organizzative complesse della medicina generale (UCCP e forme aggregative). L'intendimento è quello di dare nuovo impulso al territorio orientandolo verso la gestione della fragilità e della cronicità e, più in generale, alla promozione e al mantenimento della salute dei cittadini secondo il modello della presa in carico specifica della Medicina Generale.

La strategia di riqualificazione prevede quattro moduli che delineano il proseguimento del disegno riorganizzativo:

- la predisposizione delle linee guida per la progettazione territoriale, la sperimentazione delle Case della comunità e lo sviluppo delle azioni di collaborazione tra le figure professionali;
- la collaborazione dei Medici di Medicina Generale alla gestione dell'Ospedale di comunità con moduli di 15/20 posti letto;
- la presenza dei Medici di Medicina Generale nelle Case della Comunità e lo sviluppo delle azioni di collaborazione tra le figure professionali (gruppi, associazioni, ecc.);
- l'attribuzione delle risorse dei fondi previsti da ACN per gli istituti soggetti ad incentivazione e per il miglioramento della rete organizzativa del territorio (es. infermiere di studio, indennità di disagio montano, ecc.).

Lo sviluppo di questa rete di assistenza territoriale rappresenta l'antefatto gestionale per attivare su almeno 4 aree di patologia, percorsi di medicina pro-attiva (BPCO, Diabete, Ipertensione e cardiopatia ischemica) che dovranno essere gestiti ordinariamente dai MMG all'interno dei propri studi e, per le necessità non ordinarie, nelle Case della Comunità o nelle forme aggregative presenti, in collaborazione con medici specialisti, infermieri e assistenti sociali e altro personale di collaborazione, secondo percorsi di cura condivisi e l'utilizzo di strumenti ICT.

L'INFERMIERE DI COMUNITÀ

La recente normativa individua come strategico per gli sviluppi del nuovo modello di assistenza territoriale distrettuale la figura professionale dell'Infermiere di Comunità.

Il Decreto legge n.34/2020, art. 1 c. 5, convertito nella Legge n.77/2020, dispone l'introduzione dell'infermiere di famiglia o di comunità, (IF/C) al fine di rafforzare i servizi infermieristici, per potenziare la presa in carico sul territorio.

Il Patto per la salute 2019-2021 stabilisce che, al fine di promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socio-assistenziali, vengano definite linee di indirizzo per l'adozione di parametri di riferimento, favorendo l'integrazione con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone, tenuto conto delle potenzialità determinate dall'introduzione di tale professionista sanitario per il potenziamento delle cure primarie.

Il Piano Nazionale sulla Cronicità (PNC) individua l'esigenza del nuovo ruolo dell'infermiere sul territorio anche in considerazione del fatto che tale figura è presente in tutti i *setting* di cura e si interfaccia con tutti i professionisti sanitari e dell'assistenza sociale, affiancando il medico di medicina generale in tutto il corso di vita della persona.

La deliberazione della Giunta regionale 1 febbraio 2021, n.76, che ha approvato le indicazioni per l'organizzazione e l'erogazione delle cure domiciliari integrate e delle cure domiciliari palliative in Valle d'Aosta, ha definito il ruolo dell'infermiere di famiglia nel contesto dell'assistenza territoriale e il suo ruolo fondamentale nella medicina di iniziativa.

Il presente Piano dispone, pertanto, che in almeno una delle due Case della comunità, presenti in ciascun Distretto, sia attivato:

- un Ambulatorio per la presa in carico integrata della cronicità a gestione infermieristica e a supporto dell'attività del medico di assistenza primaria competente. L'articolazione del personale deve garantire la copertura minima H6 su 6 giorni settimanali modulandosi anche sulla base della densità di popolazione assistita di riferimento.

Poiché lo standard indicato dal Decreto legge n.34/2020 indica 8 IF/C ogni 50.000 abitanti, il presente Piano prevede che la Valle d'Aosta si doti di almeno 25 professionisti IF/C afferenti alle Case della Comunità del Distretto.

Nel superamento del modello organizzativo che concepisce le competenze infermieristiche come strutturate prevalentemente "per compiti", è necessario qualificare questa figura includendola attivamente nella presa in carico qualificata dei percorsi assistenziali, prediligendo e valorizzando infermieri con competenze avanzate nei vari ambiti di attività e nel rispetto dei principi della pro attività e partecipazione attiva.

L'infermiere di Famiglia e di Comunità deve diventare il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità e deve essere in possesso di conoscenze e competenze specialistiche nell'area delle cure primarie e della sanità pubblica. Il Piano prevede che egli:

- operi sul territorio, diffondendo e sostenendo una cultura di Prevenzione e Promozione di corretti stili di vita,
- si attivi per l'intercettazione precoce dei bisogni e la loro soluzione,
- garantisca una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito comunità di riferimento,
- fornisca prestazioni dirette sulle persone assistite, qualora necessarie, e si attivi per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio, in modo da rispondere ai diversi bisogni espressi nei contesti urbani e sub-urbani,

svolga la sua attività integrandola in una più ampia rete di protezione sanitaria e sociale, in grado di attivare e supportare le risorse di pazienti e *caregiver*, del volontariato, del privato sociale e, più in generale, della comunità.

L'assistenza infermieristica, al pari dell'assistenza garantita presso le case della Comunità, deve di conseguenza essere organizzata per "livelli di complessità", determinati sia dalla tipologia di prestazioni richieste, sia dalla qualificazione specialistica e dall'esperienza professionale degli IF/C (come anche indicato dal CNNL).

Gli ambiti di attività previsti nell'impiego degli IF/C includono i seguenti livelli di assistenza:

- ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità secondo i principi della medicina di iniziativa (minimo 1 in ciascun distretto);
- ambulatori infermieristici per la continuità assistenziale (1 in ciascuna Casa della comunità);
- Punti unici di Accesso (PUA) delle prestazioni (1 in ciascuna Casa della comunità);
- Centrale Operativa Territoriale (COT);
- degenza presso l'Ospedale di comunità;
- unità di cure socio-sanitarie intensive/estensive/di lunga assistenza;
- Cure Domiciliari Integrate (CDI).

Il presente Piano dispone che vengano approvati, a seguito dell'entrata in vigore della normativa nazionale preposta ad aggiornare gli standard e i modelli organizzativi, assistenziali e gestionali dell'assistenza territoriale, i livelli professionali, i requisiti professionali e le attività richieste per ciascuno dei livelli di assistenza previsti per la figura dell'IF/C al fine di strutturarne la presenza all'interno del servizio territoriale distrettuale.

I CONSULTORI E L'ASSISTENZA MATERNO INFANTILE

Le Case della Comunità accolgono al loro interno anche i nodi della Rete consultoriale per la tutela del bambino, della donna e dei nuclei familiari.

L'istituzione dei Consultori risale alla legge n.405/1975 e nonostante tali presidi rappresentino ancora oggi un modello di risposta capillare e integrato rispetto al bisogno di salute, di benessere sociale e di assistenza e di *empowerment*, è evidente che debbano essere ripensati e rimodulati in modo coerente con la continua evoluzione subita dalla domanda e dall'offerta al fine di programmare interventi appropriati e pro attivi, quando richiesti, efficaci ed efficienti.

La Rete consultoriale rimane ancora oggi la base per la realizzazione dei percorsi assistenziali rivolti agli utenti che afferiscono all'Area Materno Infantile – di per sé interdisciplinare – che si propone come paradigma efficace del lavoro di rete, ma questa rete va ripensata e contestualizzata alle esigenze e alle problematiche presenti nella realtà del 2021 che sono molto diverse da quelle del 1975. Per garantire unità, efficienza e coerenza negli interventi è necessario che afferiscano all'area materno-infantile molteplici discipline tra loro omogenee, affini e complementari, in stretta relazione tra di loro, dalla prevenzione alla tutela e alla cura dell'insieme bambino / famiglia.

Oltre a mantenere l'attenzione sulla tutela della salute della donna e del bambino, da tutelare in modo prioritario, oggi, intercettando precocemente:

- il disagio giovanile e la conseguente necessità di sostenere il cambiamento adolescenziale;
- i segnali di difficoltà e di disagio mentale;
- le problematiche nell'ambito della sessualità, soprattutto in termini educativi prima che essenzialmente contraccettivi, orientati al benessere e alla sicurezza delle relazioni;
- la violenza di genere, domestica e assistita, fenomeno che ha caratterizzato gli ultimi anni, che ha obbligato i professionisti a nuovi percorsi formativi, volti ad acquisire efficaci strumenti di presa in carico nell'ottica di una rete integrata a sostegno delle vittime di violenza

il Consultorio familiare, con il suo approccio relazionale, è unico tra i Servizi dell'Azienda USL territoriali a porre attenzione e cura al sistema delle relazioni non solo all'interno del contesto familiare, ma tra la famiglia e ciascuno dei suoi componenti con il contesto sociale. Ciò consente che esso si configuri come un servizio che sa essere recettore attento dei cambiamenti relazionali dei contesti sociali, adattando la sua organizzazione e le sue priorità di intervento alle criticità e ai bisogni che in quel momento storico-culturale sono di maggior aiuto al benessere della comunità, in una collaborazione costante con le diverse istituzioni, con il mondo associativo e quello sociale.

Gli interventi oggi offerti si sviluppano dalla prevenzione e promozione della salute ai percorsi diagnostico terapeutici per specifiche condizioni di interesse sanitario e gli interventi sono erogati tramite équipe multi professionali connotate da modelli di lavoro integrato. A prevalere nell'attività attuale della rete consultoriale sono le problematiche della salute sessuale e riproduttiva, gli accessi nell'area pre-concezionale, nella gravidanza e nella fase *post partum* e nell'area della contraccezione.

La rete consultoriale coinvolge molti ambiti specialistici, con tutte le professionalità presenti, per la presa in carico, l'assistenza e la prevenzione delle donne, delle donne in gravidanza, dei neonati e dei bambini ed è oggi caratterizzata da diversi livelli organizzativi e da specifiche articolazioni dei servizi territoriali ed ospedalieri attraverso :

- consultori familiari;
- distretti;
- cure domiciliari integrate per i soggetti in età pediatrica, servizi psico-sociali;
- servizio dipendenze;
- neuropsichiatria infantile;
- ginecologia ed ostetricia;
- pediatria;
- cure primarie (MMG e PLS) ;
- continuità assistenziale;
- strutture residenziali per minori;
- servizi semi-residenziali/centri diurni;
- asili nido e scuola materna;
- associazionismo e volontariato.

Questa frammentazione, importante per il valore aggiunto di ogni intervento e di ogni competenza, deve essere ricomposta, non solo attraverso specifici protocolli ma anche fisicamente ricondotta a luoghi dove il cittadino trovi risposta da professionisti abituati a relazionare tra loro per problematiche comuni e a condividere percorsi e progetti individuali, semplificare le procedure di accesso, prenotare prestazioni e ricevere prestazioni di prevenzione secondaria come i test di screening femminile.

Il ripensamento della Rete consultoriale deve :

- garantire equità/facilità d'accesso dei punti di offerta dei servizi
- offrire continuità assistenziale in rete territorio/ospedale
- promuovere l'ideazione, la progettazione e la sperimentazione integrata fra tutti gli attori presenti nella rete
- migliorare e garantire appropriatezza, qualità e sicurezza dell'offerta delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie, socio assistenziali e sociali
- fornire risposte di tipo innovativo e pro attivo, in relazione ai nuovi bisogni del sistema familiare in continua trasformazione sociale
- facilitare *l'empowerment* individuale e di comunità
- mantenere elevato il livello di soddisfazione dei cittadini.

Nel ripensare al modello organizzativo e ponendo la rete consultoriale all'interno delle Case della comunità è possibile prevedere una ricomposizione anche delle attuali risorse e un maggiore utilizzo di forme di accesso telematico laddove possibili.

Essenziale alla valutazione dei percorsi e alla gestione delle risorse impegnate è la creazione e la successiva sperimentazione di una informatizzazione delle attività consultoriali i cui obiettivi sono:

- disporre di informazioni sanitarie in rete fra le varie sedi, diffuse sul territorio a cui si accede;
- facilitare l'integrazione con gli altri servizi su alcuni percorsi (gravidanza, sterilità, screening, ecc.);
- inviare e ricevere informazioni dagli altri servizi dell'Azienda sanitaria su via informatica;
- sperimentare una raccolta dati informatizzata e con report specifici per i singoli utenti dei dati.

I destinatari dell'informatizzazione delle attività sono:

- i professionisti dei consultori familiari;
- i professionisti dei servizi territoriali ed ospedalieri coinvolti nei percorsi gravidanza, sterilità e screening;
- i tecnici del Sistema informativo e del controllo di gestione;
- i Direttori del distretto;
- i Direttori dei dipartimenti e i responsabili del presidio ospedaliero;
- i medici di assistenza primaria.

Lo standard del presente Piano per il riordino e la valorizzazione della rete consultoriale prevede:

- 1 Consultorio ogni 30.000 abitanti, data la morfologia del territorio regionale, nonostante lo standard nazionale lo determini a 40.000/50.000
- rispetto dei requisiti di facile accessibilità per la comunità di riferimento
- presenza di almeno 1 dei seguenti professionisti per turno sempre presenti (assistente sociale, psicologo, ginecologo, ostetrica o personale sanitario)
- apertura settimanale non inferiore a 4 H su 6 giorni alla settimana
- informatizzazione delle attività consultoriali.

Il Piano dispone che si pervenga ad un progetto di riordino condiviso tra tutte le componenti interessate e approvato anche dai comitati dei cittadini.

LA DOMICILIARITÀ E L'INTEGRAZIONE DELLE CURE

Le cure domiciliari integrate (CDI) sono un servizio previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza nel nuovo Decreto del 2017 e sono rivolte ai pazienti non autosufficienti con gravi limitazioni funzionali. Tali cure si dividono in due macro-categorie di interventi:

- Cure domiciliari di base
che includono prestazioni semplici, come ad esempio medicazioni, prelievi del sangue o cambi di catetere e riguarda individui non completamente autosufficienti, tendenzialmente anziani;
- Cure Domiciliari complesse
che attengono, invece, all'insieme di cure mediche, infermieristiche, riabilitative e assistenziali erogate ad ammalati gravemente non autosufficienti. Le Cure domiciliari complesse sono richieste dall'assistito, dalla famiglia, dal tutore, dal MMG/PLS, dalla struttura ospedaliera, dalle strutture semi-residenziali o residenziali, attraverso l'U.V.M.D., altri servizi, Enti Locali, volontariato, ecc.) e sono integrate e trasversali.

La terza criticità che la pandemia ha contribuito a fare emergere – unita allo sviluppo ancora non adeguato della telemedicina – riguarda un corrispondente non adeguato sviluppo dei servizi domiciliari, che avrebbero avuto lo scopo di rafforzare la gestione “a casa” dei pazienti affetti da Covid-19 che non necessitavano del ricovero ospedaliero.

Le cure domiciliari integrate (CDI) sono costituite dall'insieme delle prestazioni rese da figure sanitarie (MMG o PLS, medici specialisti, infermieri, fisioterapisti, logopedisti, ecc.) integrate con prestazioni rese da figure sociali o socio-sanitarie (assistenti sociali, OSS), al fine di permettere al paziente non autosufficiente di restare al proprio domicilio o di ritornarci in seguito ad una dimissione ospedaliera o residenziale. Tale servizio si colloca pertanto tra gli strumenti fondamentali a supporto dell'efficiente continuità delle cure nel passaggio tra ospedale e territorio e quale sede privilegiata di collaborazione tra discipline e professioni.

Con la DGR n.76/2021, si è inteso predisporre un modello a partire dal quale avviare il processo di revisione dell'organizzazione dell'assistenza domiciliare, evolvendo verso un sistema di cure domiciliari integrate e di cure domiciliari palliative alla luce delle indicazioni previste dal DPCM 12 gennaio 2017, concernente la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, le quali prevedono l'accertamento del bisogno clinico, funzionale e sociale attraverso adeguati strumenti di valutazione multidimensionale e mediante la definizione di un Progetto assistenziale individuale (PAI). In relazione al bisogno di salute dell'assistito e al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, ovvero secondo un coefficiente di intensità assistenziale (CIA), le cure si articolano nei livelli I, II, III e Cure palliative domiciliari.

Il documento “Le cure domiciliari integrate e cure palliative”, allegato alla DGR 76/2021, è l'esito di una prima collaborazione in materia, tra i referenti dell'Assessorato Sanità, salute e politiche sociali, dell'Azienda USL della Valle d'Aosta e del Consiglio permanente degli enti locali, nella fase propedeutica all'avvio dei lavori. La riorganizzazione prevede più fasi, a partire dalla predisposizione di un cronoprogramma delle attività e dalla sperimentazione delle indicazioni approvate, previa definizione delle relative modalità, anche a seguito di confronto con le rappresentanze associative, per un periodo di 18 mesi, a decorrere dal termine dello stato di emergenza. Il processo di revisione dell'organizzazione del servizio di CDI e Cure Palliative, così come la valutazione della sostenibilità economica del servizio stesso, richiedono la commisurazione di numerosi aspetti peculiari del sistema sanitario valdostano, in primis, la gestione del personale impiegato nel servizio stesso.

L'assistenza è garantita attraverso appropriati Piani di Assistenza Territoriale (PAT) in cui sono specificate sia le misure di identificazione e di gestione dei contatti, sia le misure di sorveglianza attiva effettuata a cura dei Dipartimenti di Prevenzione, in collaborazione con i MMG, i PLS e i medici di continuità assistenziale (MCA).

Con questo fine, sia il Decreto legge n.18/2020, agli artt. 4 e 4 bis, sia il decreto legge n. 34/2020, poi, convertiti, rispettivamente nella Legge n.27/2020 e Legge n.77/2020, hanno previsto anche la costituzione delle Unità speciali di continuità assistenziale (USCA).

A queste sono state dapprima attribuite solo competenze di tipo sanitario, in una logica di potenziamento dell'assistenza territoriale, impostazione che emerge anche dall'esame della composizione delle stesse, comprendente personale sanitario; ma il perdurare e l'evolversi della pandemia ha fatto poi scaturire l'esigenza di assicurare ai soggetti assistiti a domicilio anche prestazioni socio-sanitarie integrate.

Il Decreto “rilancio” (DL n.34/2020) affidando alle Aziende sanitarie, tramite i distretti, il compito di «implementare le attività di assistenza domiciliare integrata, o equivalenti, per i pazienti in isolamento» (art. 1, comma 3), ha prescritto che le regioni incrementino e indirizzino azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare rivolte non solo ai soggetti contagiati, ma anche a «tutte le persone fragili la cui condizione risulta aggravata dall'emergenza in corso». Si è così configurato un rafforzamento dei «servizi di assistenza domiciliare integrata per i pazienti in isolamento domiciliare o quarantenati nonché per i soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore e in generale per le situazioni di fragilità tutelate ai sensi del Capo IV del decreto del Presidente del

Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”» (art. 1, comma 4).

Il presente Piano intende quindi istituzionalizzare, così come disposto dalla legge regionale n. 10/2020 (art. 5), le USCA istituite nel corso della pandemia all'interno del nuovo modello di *governance* dell'assistenza territoriale distrettuale, assegnando ad esse un importante ruolo di supporto alla medicina territoriale nelle cure domiciliari specie nei pazienti cronici, disabili e maggiormente fragili.

Un utile strumento per favorire la domiciliarizzazione delle cure è, come già sottolineato, l'utilizzo della telemedicina di cui il presente Piano dispone l'implementazione dell'utilizzo.

LA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E LA RETE DELLE CURE PALLIATIVE

L'applicazione dei contenuti della legge 15 marzo 2010, n. 38 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore), la quale ha dettato disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato nel rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza, ha avuto avvio con la DGR n. 1647/2012, con la quale sono state istituite le attività delle reti regionali di terapia del dolore (TD) e cure palliative (CP).

Con la recente approvazione della DGR 1237/2020, si è inteso recepire le Intese e gli Accordi tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, ai fini di avviare il percorso di adeguamento delle attuali modalità di erogazione di queste cure, alle indicazioni che a livello centrale sono state proposte e, in particolare, ai requisiti di accreditamento che le reti di cure palliative e di terapia del dolore devono garantire, così come ai profili formativi omogenei che le attività di volontariato in questi ambiti devono acquisire (Rep. atti n. 151/2012, 103/2020, 118/2020 e 119/2020).

CURE INTERMEDIE E LA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA RESIDENZIALE

Quando la condizione clinica della persona in trattamento non consente più l'assistenza al domicilio è prevista l'assistenza residenziale in strutture intermedie con livello di intensità di cura inferiore a quella per acuti erogabile dal presidio ospedaliero.

Gli obiettivi assistenziali delle cure intermedie sono, principalmente:

- evitare o gestire una crisi spesso prodotta da una malattia cronica scompensata;
- garantire la riabilitazione a seguito di una dimissione protetta dall'ospedale;
- evitare o procrastinare l'istituzionalizzazione a lungo termine.

Per ottenere risultati significativi, nelle cure intermedie, il Piano dispone che siano sempre chiaramente definite:

- la responsabilità clinica;
- la responsabilità gestionale-manageriale, soprattutto nei percorsi protetti inter servizi (ospedalieri e territoriali, sanitari e socio sanitari o socio assistenziali).

Nell'attuale modello di offerta regionale – caratterizzata in prevalenza da strutture socio assistenziali denominate Microcomunità – l'organizzazione dell'assistenza ai soggetti fragili è penalizzata dal problema della divisione e della distribuzione del lavoro in sottosistemi più o meno omogenei, con una frammentazione delle responsabilità e delle referenze. L'esito è un frequente accesso a prestazioni non appropriate, in particolare ospedaliere, maggiormente offerte dal sistema assistenziale e più radicate nella cultura popolare che le richiede valutandole pertinenti al bisogno.

La Valle d'Aosta si è da sempre dotata di un'offerta residenziale territoriale molto capillare ma a debole valenza sanitaria per gli attuali fabbisogni, ad eccezione di alcuni moduli interni a strutture a valenza socio assistenziale; per adeguarla ai profili assistenziali richiesti, il Piano dispone che l'intera offerta di residenzialità sia sottoposta a un riordino secondo un nuovo modello organizzativo e funzionale e ciò anche a seguito dell'esperienza condotta in fase pandemica.

Con attenzione ai settori che afferiscono all'assistenza socio-sanitaria, le maggiori criticità rilevate nella prima fase della pandemia da Sars-CovV2 si sono verificate, come noto, ovunque in Italia, nelle aree che afferiscono all'assistenza a lungo termine, cioè nelle strutture residenziali.

Il presente Piano prevede una riorganizzazione complessiva a partire dall'Assistenza Residenziale territoriale, al fine di superare tali criticità e in linea con la valutazione di bisogni sempre più sanitari dell'utenza inserita nelle strutture residenziali, già particolarmente fragile. Guardando infatti ai settori più colpiti, la pandemia ha posto in evidenza la fragilità e, per certi versi, l'inadeguatezza dei servizi socio sanitari e socio assistenziali di tipo residenziale che, in Valle d'Aosta, sono rappresentati dalle Microcomunità e che, a livello nazionale, sono denominate RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali).

Le Microcomunità sono nate molti anni fa per rispondere a un bisogno prevalentemente di tipo sociale o socio assistenziale delle persone anziane sole e degli adulti in condizioni di difficoltà. L'evoluzione epidemiologica e l'aumento della speranza di vita ha posto, insieme all'aumentata cronicità presente nella popolazione in età avanzata, il bisogno di cure a elevata valenza sanitaria che, nelle attuali strutture residenziali regionali, non possono più trovare una risposta adeguata. È pertanto necessario operare una differenziazione nelle tipologie assistenziali residenziali, oggi presenti, distinguendo tra strutture:

- alberghiere
- socio assistenziali
- socio sanitarie
- sanitarie

adeguandone non solo la nomenclatura a quella nazionale, stante anche il conferimento di dati tramite flussi informativi nazionali, ma soprattutto garantendone standard assistenziali adeguati e corrispondenti (in termini di protocolli, di personale qualificato e di attrezzature) alle diverse tipologie di bisogno. È possibile anche prevedere eventuali forme di Co-housing per le strutture a maggiore valenza sociale.

Si è pertanto deciso di sottoporre a valutazione tutti gli ospiti nelle strutture, confrontando gli esiti della valutazione derivanti dalla SVAMA (Scheda per la Valutazione Multidisciplinare/Multidimensionale delle persone Adulte e Anziane) con gli esiti della valutazione dello strumento MAP (Metodo Assistenziale Professionalizzante), già utilizzato dall'Azienda USL della Valle d'Aosta, che consente di valutare la complessità assistenziale degli utenti dei servizi residenziali. È stato, inoltre, rilevato che nelle strutture per anziani, sempre più, vengono inserite persone di età inferiore ai 65 anni (persone adulte con storie di abuso di alcool, alcuni psichiatrici o giovani adulti con patologie neurologiche degenerative e situazioni sociali particolari) per le quali non vi sono strutture dedicate. L'ambiente delle Microcomunità, con maggioranza di persone molto anziane, non fornisce più una risposta assistenziale adeguata alle esigenze di questi soggetti.

Nel complesso sono presenti 37 strutture Residenziali, tre socio sanitarie e socio assistenziali per anziani, tra pubbliche e private, per un totale di 1.143 posti letto, di cui 1.108 per assistenza classificata come S09 (RSA per anziani), secondo i flussi ministeriali di cui al Modello STS11; 8 per assistenza S10 (RSA per disabili fisici) e 27 (Nucleo Residenziale Temporaneo per Demenze – NRTD), classificate come S11.

Nello specifico, le Strutture RSA/UAP e la struttura di Perloz Creux-Porté derogano rispetto alla valutazione multidimensionale (U.V.M.D.) e gli inserimenti vengono effettuati direttamente dall'Ospedale. Per quanto attiene ai Nuclei RTD, la valutazione viene effettuata dal Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD).

Ad oggi, sulla base delle Strutture esistenti, si contano 5,3 posti ogni 1.000 residenti, ma se rapportate alla popolazione sessantacinquenne e oltre, sono disponibili 37,6 posti letto ogni 1.000 anziani, ovvero, prendendo in considerazione gli over 75, che costituiscono la fascia della popolazione più esposta al rischio di non autosufficienza, o problemi non gestibili al domicilio ed inserimento in Struttura, l'offerta diventa di 73,5 posti ogni 1.000 residenti in questa fascia di età, dati che collocano la Valle d'Aosta tra quelle con l'offerta che raggiunge i più alti livelli, insieme ad altre Regioni del nord Italia. L'esperienza dei principali Paesi UE individua un parametro di offerta di 50-60 posti letto ogni 1.000 anziani come standard di riferimento.

Con attenzione però all'utenza attualmente inserita, l'analisi condotta in fase imminente pre pandemica conferma che dei 921 ospiti (80,58% dei posti disponibili), i maggiori fruitori delle strutture residenziali sono i residenti a partire dai 75 anni di età (l'83,5% del totale degli inseriti), con una maggiore concentrazione tra gli 80 e i 94 anni (il 52% del totale), dove il genere femminile incide per il 67,5%, soprattutto nelle fasce dei c.d. grandi anziani.

Volendo distinguere l'attuale offerta residenziale che risponde ai bisogni assistenziali che costituiscono diritti esigibili dettati dal DPCM dei LEA del 12 gennaio 2017:

- all' Art. 29 "Assistenza residenziale extra ospedaliera ad elevato impegno sanitario" corrispondono in Valle d'Aosta 8 posti letto UAP socio sanitaria (intensità assistenziale R1)(dei complessivi 1.143)
- all'Art. 30 "Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti" corrispondono in Valle d'Aosta 12 posti letto RSA (intensità assistenziale R2)+ 18 (intensità assistenziale R2) a gestione diretta USL (Perloz) per complessivi 30 posti letto oltre ad altri 27 posti (NRTD) relativi alle specifiche di cui alle lettere a) e b) del comma 1 del medesimo articolo, portando a 57 il totale (dei complessivi 1.143)

Pertanto, il totale dei posti letto attualmente rispondenti all'offerta residenziale extra ospedaliera garantita dai LEA equivale in Valle d'Aosta, date le strutture attuali, a 65 posti letto (meno del 10% dell'attuale disponibilità). Le restanti strutture residenziali, con i relativi posti letto – escluse le strutture psichiatriche e quelle dedicate alle dipendenze patologiche – sono, al momento, tutte classificate come socio-assistenziali, seppure con diverso grado di complessità e, pertanto non pienamente rispondenti alle disposizioni di cui al citato decreto dei LEA.

Va precisato, tuttavia, che le strutture socio assistenziali per anziani oggi classificate in Valle d'Aosta come N3 plus attive contano:

- 36 posti letto autorizzati con DGR n. 743/2018;
- 27 posti letto approvati con DGR n. 322/2019,

e, ai sensi della DGR n. 1885/2017, tale tipologia di strutture protette plus sono definite come "strutture socio-assistenziali con funzioni di accoglienza ad elevata intensità assistenziale ed elevata complessità organizzativa, destinate ad accogliere nuclei di minimo 24 e massimo 120 utenti anziani non autosufficienti, aventi necessità di assistenza infermieristica nell'arco delle 24/12 ore, assistenza diurna e notturna garantita da personale OSS, assistenza medica di base per almeno 5 giorni settimanali e per non meno di 2 ore al giorno, assistenza medica specialistica, assistenza riabilitativa (fisioterapia e logopedia), assistenza protesica, assistenza farmaceutica con fornitura dal SSR dei farmaci presenti nel Prontuario Terapeutico Regionale (P.T.R.) di fascia A e H, accertamenti diagnostici, compreso il trasporto presso le strutture sanitarie erogatrici".

Tali requisiti non si discostano molto da quelli dettati dall'art. 30 del DPCM dei LEA del 12 gennaio 2017, se non per i diversi tempi di permanenza in struttura e per le modalità di ripartizione dei costi e di finanziamento.

Rientrano, nell'assistenza residenziale extra-ospedaliera ad elevato impegno sanitario, le strutture che erogano trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario, disciplinati dall'articolo 29 del DPCM 12 gennaio 2017. In tale *setting* di assistenza (R1) sono erogate prestazioni a persone con patologie non acute che, presentando un alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile

controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità, richiedono una continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore. Trattasi di prestazioni non erogabili al domicilio, o in altri *setting* assistenziali di minore intensità, che prevedono l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico e tutelare, da accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura di preparati per nutrizione artificiale e dispositivi medici.

In considerazione dell'elevato livello sanitario di tali strutture, gli oneri dei trattamenti sono posti a totale carico del Servizio sanitario regionale per una durata subordinata alle condizioni dell'assistito, le quali devono essere accertate all'atto dell'inserimento del paziente e a scadenze stabilite mediante specifica valutazione multidimensionale.

Allo stato attuale risponde ai requisiti di questo *setting* assistenziale il nucleo UAP (Unità di Assistenza Prolungato) di 8 posti letto attivato presso la APSP J.B. Festaz e rispetto al quale dovranno essere effettuate le opportune valutazioni sulla base dei fabbisogni aggiornati e alla riorganizzazione delle strutture socio sanitarie considerata nel suo complesso.

Nella gradualità della risposta del modello sanitario e socio sanitario regionale integrato, ad un livello inferiore di bisogno sanitario soddisfatto dall'Ospedale di Comunità, il Piano colloca le strutture residenziali socio sanitarie. Si tratta di strutture che ospitano per un periodo variabile da poche settimane ad un tempo indeterminato persone non autosufficienti, che non possono essere assistite al domicilio e che necessitano di specifiche cure mediche di più specialisti e di un'articolata assistenza sanitaria. Si differenziano dall'Ospedale di Comunità per la diversa intensità delle cure sanitarie e per i tempi più prolungati di permanenza degli assistiti che, in relazione al loro stato psico-fisico, possono, in alcuni casi, trovare nella stessa anche "ospitalità permanente" e le modalità di valutazione e di accesso che sono disposte nell'ambito della COT.

Il target di utenza di tali strutture è caratterizzato da soggetti non autosufficienti e/o pazienti cronici, con patologie o condizioni cliniche non assistibili in ospedale, o a domicilio, in condizioni di stabilità clinica, che richiedono continuità assistenziale e trattamenti estensivi, quali cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti riabilitativi finalizzati al mantenimento e prevenzione delle complicanze da immobilità, stimolazione sensoriale, integrato da un livello di assistenza tutelare di alta intensità. Tra gli obiettivi vi è inoltre l'educazione e l'*empowerment* del paziente e/o del *caregiver* al fine di raggiungere l'autonomia nella gestione dello stato di salute.

L'assistenza erogata presso queste strutture deve garantire quanto previsto dall'articolo 30, comma 1, lettera a) del DPCM 12 gennaio 2017, il quale prevede trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono un'elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore.

I trattamenti, erogati mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17 del DPCM medesimo, educazione terapeutica al paziente e al *caregiver*.

Con riferimento specifico all'offerta di strutture residenziali socio sanitarie (riconducibili all'articolo 30, comma 1, lettera a) del DPCM 12 gennaio 2017), la sperimentazione avviata nel periodo emergenziale nella struttura di cure estensive (R2) di Perloz (18 posti + eventuali ulteriori 28 posti) potrà essere, con le dovute revisioni a seguito delle valutazioni di efficacia e di efficienza, resa definitiva ed estesa, in base ai fabbisogni, ad altre strutture idonee dal punto di vista strutturale, a diretta gestione dell'Azienda USL della Valle d'Aosta, quali la struttura residenziale di Variney (eventuali 33 posti), nel Comune di Gignod, e la Struttura polifunzionale (eventuali 15 posti) nel comune di Morgex. In tale riorganizzazione dovrà inoltre essere considerata la RSA (12 posti) in funzione presso la APSP J.B. Festaz di Aosta, nella quale sono erogate le medesime prestazioni di natura

estensiva e in ordine alla quale si procederà con l'utilizzo di tali spazi per ulteriori *setting* assistenziali e con il trasferimento del nucleo presso la struttura di Variney.

L'eleggibilità dei pazienti in questo *setting* assistenziale è, altresì, valutata considerando anche i seguenti criteri di esclusione:

- positività al COVID-19;
- instabilità clinica;
- terminalità;
- patologia non ancora diagnosticata.

La durata del trattamento in tali strutture è di norma non superiore a 60 giorni, con oneri totalmente a carico del SSN.

A fronte di queste considerazioni, il presente Piano dispone che si proceda alla riqualificazione delle strutture esistenti secondo un modello organizzativo e funzionale che dia risposta alle criticità di seguito descritte:

- un'offerta che, ad oggi, propone *setting* di assistenza frammentati e non definiti in maniera puntuale, causando disparità di assistenza e di trattamento sul territorio;
- una risposta inadeguata dell'assistenza territoriale nella presa in carico dei pazienti a seguito di dimissioni ospedaliere;
- la mancanza di un *setting* assistenziale per pazienti cronici scompensati;
- la presenza quasi esclusiva di strutture a valenza socio assistenziale, a fronte, invece, di una sempre maggiore richiesta di strutture ad elevata valenza assistenziale sanitaria;
- la frammentazione della gestione stessa delle strutture assistenziali.

Gli interventi propedeutici alla riorganizzazione e alla riqualificazione del sistema delle residenze territoriali socio-sanitarie e socio assistenziali riguardano principalmente due questioni strategiche:

- la necessità di valutare l'ampliamento dell'offerta delle strutture socio sanitarie in risposta ai nuovi bisogni di assistenza, anche attraverso la conversione di strutture non più rispondenti a tali bisogni;
- la revisione complessiva della *governance* delle strutture socio assistenziali

Con attenzione invece alle strutture socio assistenziali è stato rilevato un grande cambiamento delle condizioni dei pazienti inseriti nel corso degli ultimi anni; questi ultimi, infatti, sono risultati sempre più dipendenti funzionalmente e necessitanti di prestazioni sanitarie sempre più complesse. Un'analisi dei profili sanitari effettuata all'inizio del 2020 su 28 strutture per anziani (sul 91,9% degli ospiti presenti) ha rilevato la presenza di:

- 33% di ospiti gravi;
- 21,5% di ospiti con elevato bisogno sanitario;
- 32% di ospiti con deterioramento cognitivo grave;
- 5,4% di ospiti con disturbi del comportamento.

La revisione organizzativa di tali strutture dovrà considerare questi nuovi bisogni assistenziali e integrarsi strettamente con le politiche di sviluppo delle strutture socio sanitarie al fine di dare risposta al bisogno di assistenza nel corretto *setting* assistenziale, nonché in modo equo e uniforme sul territorio regionale rispetto ai criteri di accesso.

Il presente Piano, per dare attuazione alla riorganizzazione dei *setting* di assistenza agli anziani prevede, inoltre, la revisione della *governance* delle strutture che li ospitano, in particolare con riferimento alle Microcomunità che, allo stato attuale della normativa, sono gestite dalle Unités des Communes Valdôtaines (art. 16, l.r. 6/2014). Tale azione dovrà avvenire in stretta collaborazione con il Consorzio Permanente degli Enti locali (CPEL) e le Unités stesse.

Le linee ispiratrici della riforma sono:

- la differenziazione dei setting assistenziali;
- l'assegnazione alle Unités des Communes delle strutture a valenza socio assistenziale e alberghiera, attraverso una gestione unica, criteri e standard omogenei di funzionamento;
- l'assegnazione a un ambito funzionale appositamente preposto dell'Azienda USL la gestione delle strutture socio sanitarie e sanitarie;
- la riorganizzazione e potenziamento del personale, in particolare sanitario e socio sanitario, operante in tali strutture.

Nell'ambito della prevista revisione organizzativa, saranno poi da tenere in debita considerazione i fabbisogni emergenti che sono già stati esplicitamente manifestati relativamente a servizi semi-residenziali (centri diurni) per gli assistiti affetti da demenza (post NRTD) e a servizi post NRTD, i quali potrebbero essere sviluppati nell'ambito dell'offerta socio-assistenziale, ma con un'organizzazione delle modalità erogative dei servizi che, stante le particolari necessità cliniche dei pazienti, dovranno distinguersi rispetto allo standard del socio-assistenziale, sia con riferimento alla programmazione delle attività quotidiane, sia con riferimento alla formazione del personale dedicato.

Un altro aspetto che sarà necessario valutare con particolare attenzione, riguarda i requisiti strutturali e organizzativi delle strutture. In considerazione delle particolarità demografiche e geografiche della Regione e delle tante azioni che nel corso del tempo si sono messe in atto per investire soprattutto sulle zone più disagiate, al fine di scongiurare lo spopolamento dei centri abitati di montagna (vedi Progetto Aree interne, MISMI, ecc.), sarà necessario prevedere la possibilità di svolgere puntuali ragionamenti che non si limitino sempre e meramente agli standard definiti dagli atti amministrativi a oggi vigenti, ma che, pur sempre nel rispetto delle conformità tecniche e degli adempimenti di sicurezza, permettano di adottare scelte votate a soddisfare i reali fabbisogni del territorio e delle comunità locali.

L'OSPEDALE DI COMUNITÀ

Al fine di completare l'offerta territoriale, per garantire una risposta organizzata a tutti i bisogni di assistenza e con l'ulteriore fine di esentare l'ospedale da una quota di ricoveri inappropriata, costituita da pazienti cronici non in fase acuta, il Piano dispone che ogni Distretto, oltre a sviluppare relazioni privilegiate con il Presidio Ospedaliero regionale per le cure residenziali acute, si doti di un Ospedale di Comunità (OdC), struttura residenziale di cure intermedie che, nell'attuale dotazione regionale di strutture residenziali territoriali, vede la conversione di alcune di esse con vocazione maggiormente sanitaria, a bassa e media intensità di cura, aventi in media 15-20 posti letto in stanza da 1 o 2 posti letto.

L'Ospedale di Comunità (OdC) costituisce, come noto e come molte realtà regionali dimostrano, una modalità assistenziale di tipo intermedio: risponde alla necessità di affrontare nel modo più appropriato ed efficace quei problemi di salute, di solito risolvibili a domicilio ma che, in particolari pazienti, in condizioni di particolare fragilità sociale e sanitaria (pazienti molto anziani o soli, affetti da più malattie croniche che si scompensano facilmente, ecc.) richiedono di essere assistiti in un ambiente sanitario protetto.

Si tratta di una casistica per la quale il ricovero ospedaliero, più frequente in un reparto di medicina, risulta eccessivo rispetto alle condizioni cliniche del paziente, nel quale prevale un bisogno di assistenza non grave e che, data la sua fragilità, è consigliato indirizzare in una struttura diversa da quella nosocomiale, dove la tipologia di ambiente preposto a trattare una casistica di più elevata complessità clinica potrebbe esporlo a rischi infettivi, a stati confusionali seppure transitori e precoci declini fisici e mentali conseguenti al ricovero non appropriato.

In questi casi, nel rispetto del bisogno assistenziale, ma anche nel rispetto dell'umanizzazione delle cure, la struttura più indicata è l'Ospedale di Comunità che è una struttura di tipo territoriale ed extra ospedaliero. Nell'ottica dell'integrazione tra ospedale e territorio questa tipologia di struttura dovrebbe anche promuovere la costruzione di rapporti di interdipendenza con il sistema territoriale dei servizi, funzionali allo sviluppo di programmi di intervento incentrati sulla prevenzione e la continuità assistenziale.

L'accesso a questo tipo di struttura è predisposta dal Medico di Medicina generale se il paziente è proveniente dal domicilio, da altre strutture residenziali o direttamente dal Pronto soccorso, e ciò al fine di evitare forme inappropriate del ricovero per acuti. – potrebbe essere disposto anche all'atto di una dimissione ospedaliera

Il Piano nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) prevede per la Valle d'Aosta il finanziamento per la realizzazione strutturale di 1 OdC su 2 che lo standard teorico prevede per la popolazione regionale, avendo ciascuno un bacino di utenza di 50.000 assistiti.

L'Ospedale di Comunità è una Struttura residenziale territoriale extra ospedaliera prevista dalla normativa vigente (Decreto Ministeriale n.70/2015, Patto per la Salute 2014-2016; Piano Nazionale della Cronicità 2016) e non ricompresa nelle strutture di cui agli articoli 29 e 30 del DPCM 12 gennaio 2017. La determinazione dei requisiti minimi strutturali, tecnologici, organizzativi dell'Ospedale di Comunità per la Valle d'Aosta sono quelli che il presente Piano recepisce a seguito dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e Province autonome Rep. atti n. 17/CSR del 20 febbraio 2020.

L'OdC svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, prevede ricoveri brevi di 15-20 giorni a pazienti che, a seguito di un episodio acuto o di una riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, potenzialmente erogabili al domicilio ma che, per ragioni famigliari o strutturali, il medesimo non è valutato luogo idoneo. Necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continua anche notturna.

La struttura individuata può essere pubblica, o privata accreditata, purché in possesso dei requisiti richiesti che garantiscono la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, oltre che la misurazione dei processi e degli esiti.

Tra gli obiettivi del ricovero vi può essere anche *l'empowerment* dei pazienti e dei *caregiver* attraverso l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità clinica soprattutto al momento del rientro al domicilio.

È prevista inoltre la possibilità di dedicare dei posti letto ai pazienti con demenza o disturbi comportamentali purché si preveda per essi un'assistenza in ambienti protetti.

Tanto la gestione quanto l'attività nell'OdC sono basate su un approccio multidisciplinare, multi professionale e inter professionale in cui sono garantite le collaborazioni delle diverse competenze.

Con attenzione ai livelli di responsabilità:

- la responsabilità igienico organizzativa e gestionale complessiva è in capo al Direttore di Distretto, che svolge anche funzione di collegamento con i responsabili sanitari clinici e assistenziali e la direzione dell'Azienda USL;
- la responsabilità clinica è in capo ad un medico di medicina generale, anche all'interno di una forma organizzativa della medicina generale, oppure a un medico dipendente oppure ad un medico convenzionato o operante in una struttura pubblica o privata accreditata con il SSN;
- la responsabilità organizzativa e gestionale di ogni singolo modulo è in capo al coordinatore infermieristico;
- la responsabilità assistenziale è in capo all'infermiere secondo le proprie competenze e l'assistenza/sorveglianza infermieristica è garantita H24.

L'operatore socio-sanitario (OSS) è responsabile delle attività e funzioni secondo le proprie competenze.

L'accesso alla struttura da parte del paziente deve rispondere a specifici criteri, quali:

- diagnosi già definita
- prognosi già definita
- eventuale punteggio /scala di valutazione
- programma di trattamento già redatto e condiviso con il paziente o con la famiglia.

La valutazione deve essere rapida e basarsi su scale o modelli di valutazione standardizzati e validati sia per quanto riguarda il livello di criticità o instabilità clinica, che per il livello di complessità assistenziali e di autonomia del paziente. Le scale di valutazione, opportunamente rivalutate nel corso della degenza e alla dimissione consentono di cogliere le potenzialità e le peculiarità di questa struttura che si colloca all'intero di un continuum assistenziale dall'ospedale al domicilio e consente di documentare l'attività svolta e di descrivere l'esito delle cure erogate. Se necessario il paziente sarà valutato in modo multidimensionale da parte dell'équipe territoriale dedicata (UVMD) per esplicitare eventuali percorsi territoriali post dimissione che comprendono le cure domiciliari, l'erogazione di prestazioni o presidi a domicilio, il trasferimento in altre strutture della rete.

L'OdC opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari, quali i servizi di specialistica ambulatoriale, i servizi di Emergenza Urgenza. Oltre a ciò, il Piano prevede che vengano definiti appositi accordi con i servizi di supporto:

- laboratorio analisi (Point of Care),
- radiologia,
- medicina fisica e riabilitativa,
- servizio dietetico e nutrizione clinica,
- servizio sociale.

L'assistenza medica è assicurata dai Medici di medicina generale secondo l'Accordo Collettivo Nazionale o da altri medici dipendenti o convenzionati con il servizio sanitario nazionale 6 giorni su 7 (escludendo quindi la domenica e gli altri giorni festivi) che garantiscono almeno un'ora settimanale di presenza in struttura per singolo ospite. L'assistenza medica nelle ore notturne e nei giorni festivi e pre festivi è assicurata dai medici di Continuità assistenziale (MCA).

Per ogni modulo fino a 20 posti letto è garantita la presenza di :

- un coordinatore infermieristico
- un infermiere
- due operatori socio sanitari per ciascun turno e un infermiere e un OSS per il turno di notte.

È inoltre prevista la funzione dell'infermiere *Case manager*.

I processi assistenziali garantiti dall'Ospedale di Comunità devono essere coerenti con i criteri di gestione del rischio clinico in uso presso il Distretto e l'Azienda USL.

La collaborazione con le associazioni del Terzo settore, può offrire in tale contesto un valore aggiunto al percorso del paziente oltre che nella rilevazione del livello di soddisfazione e della qualità percepita da parte dei pazienti stessi o dei *care giver*.

Ogni ospedale di comunità deve implementare il sistema informativo dedicato con i contenuti informativi documentanti l'attività clinica svolta su ogni paziente e assicurare la tempestiva trasmissione dei dati al livello regionale che provvederà ad inoltrare, a sua volta, i dati del flusso informativo al livello nazionale per il monitoraggio delle prestazioni rese dai Presidi Residenziali di Assistenza Primaria/Ospedali di comunità nell'ambito dei flussi del NSIS.

LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)

L'efficacia dell'offerta dipende dalla corretta valutazione dei bisogni, dalla possibilità di identificazione di percorsi precisi da parte dell'utenza e dal riconoscimento di un unico canale di accesso dato dalla Centrale Operativa Territoriale (COT)⁵ per le cure extra ospedaliere erogate da servizi territoriali integrati a rete.

Le attuali funzioni ospedaliere, residenziali e domiciliari devono pertanto essere ricomposte ed integrate secondo obiettivi specifici che tengano conto della diversità e della dinamicità dei bisogni dei soggetti deboli. In particolare, l'accesso alle fasi assistenziali integrate deve essere riservato ai soggetti che soddisfano simultaneamente criteri di eleggibilità come quelli di seguito elencati:

- dimissione protetta dall'Ospedale per acuti in quanto la persona presenta:
 - non autonomia o non autosufficienza definite attraverso l'applicazione di uno strumento di valutazione multidimensionale validato;
 - necessità di continuità di cure e/o carenza di efficace supporto familiare e/o altre problematiche socio-ambientali gravi;
- integrazione valutativo-terapeutica con gli specialisti durante le cure intermedie extra-ospedaliere in quanto la persona presenta:
 - necessità di interventi specialistici per complicanze di malattia evolutiva o eventi acuti intercorrenti;
 - necessità di trattamenti di supporto (nutrizione artificiale, terapia antalgica, specialistica, ecc.) o di monitoraggio clinico-assistenziale e/o follow-up specialistici;
 - fragilità psico-sociale;
- ammissione agevolata e protetta verso l'Ospedale per acuti in quanto la persona presenta:
 - complicanze di malattia evolutiva o eventi acuti intercorrenti o rischio di peggioramento;
 - del quadro clinico che necessitano di interventi sanitari erogabili solo in Ospedale;
 - rispondenza ai criteri dei protocolli validati per la revisione dell'accesso e dell'utilizzo delle prestazioni ospedaliere.

Il collegamento tra il presidio ospedaliero per l'appropriato e tempestivo invio dei pazienti alle strutture territoriali più idonee al bisogno è effettuato dalla Centrale Operativa Territoriale (COT), i cui vantaggi sono evidenti:

- la riduzione del tempo di degenza media
- l'aumento dell'indice di rotazione dei posti letto
- la razionalizzazione del processo di dimissione protetta
- una maggiore appropriatezza e gradualità dei differenti *setting* di cura
- la prevenzione del problema dei *bed-blockers*
- la razionalizzazione delle risorse del territorio
- l'integrazione socio-sanitaria e continuità assistenziale
- l'integrazione con i PDTA
- i Sistemi di *Business Intelligence* per l'analisi dei dati di attività

La Centrale Operativa Territoriale (COT) che svolge un ruolo di integratore e di facilitatore tra l'Ospedale ed il Territorio, dispone della mappa delle disponibilità e delle soluzioni offerte dal territorio e garantisce la continuità assistenziale nel percorso del paziente, organizzando le attività post dimissione, in collaborazione con i soggetti preposti, e riducendo la percentuale di nuovi ricoveri non necessari.

Nell'organizzazione e strutturazione di tale modello di coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, dovrà collocarsi anche il raccordo con il sistema di emergenza-urgenza, per il tramite di strumenti informativi e di telemedicina, con il numero unico europeo e con l'attività svolta dalla Centrale Unica di

⁵ Di cui alla DGR n.76 del 1 febbraio 2021

Soccorso, sistema integrato per il coordinamento degli enti dell'emergenza, finalizzato ad ottimizzare l'impiego di risorse umane, mezzi e strumenti disponibili, tra cui gli apparati di comunicazione e i sistemi informativi.

RIORDINO DELL'ASSISTENZA SOCIO SANITARIA, RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE, PER DISTURBI PSICHICI, PER DISABILITÀ E PER DIPENDENZE PATOLOGICHE

Il DPCM 12 gennaio 2017, che definisce e aggiorna i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), dispone, agli articoli n.33, n.34 e n.35, in forma separata e distinguendo in relazione ai diversi bisogni assistenziali (cura o riabilitazione, intensivi o estensivi) i criteri di accesso ai servizi, ai trattamenti e alle prestazioni che diventano, pertanto, diritti esigibili da erogare all'interno del servizio sanitario nazionale per coloro che sono portatori di disturbi psichici, di disabilità e di dipendenze patologiche.

In materia di alcol dipendenze la Valle d'Aosta registra da sempre valori critici e da uno degli indicatori usati per valutare l'efficienza dell'assistenza territoriale come alternativa a quella ospedaliera, vi è proprio il tasso di ospedalizzazione per patologie correlate all'alcol ogni 100.000 abitanti che nella nostra regione è il più alto in Italia e triplo rispetto al valore medio, a significare la necessità che per questa forma di dipendenza, molto diffusa a livello regionale, si attivino risposte adeguate in ambito territoriale.

Nonostante queste condizioni, in alcune persone, siano presenti in forma congiunta, determinando quadri clinici particolarmente complessi sotto il profilo assistenziale, il presente Piano dispone che l'attuale offerta regionale di strutture residenziali e semiresidenziali venga riorganizzata funzionalmente, a partire dalle deliberazioni vigenti⁶, sulla base delle caratteristiche cliniche e assistenziali che questi tre ambiti di cura e di riabilitazione determinano, anche quando presenti in forma congiunta.

Il riordino dell'assistenza territoriale e la sua necessaria integrazione con l'assistenza ospedaliera da un lato, e con l'assistenza socio assistenziale dall'altro, si rende particolarmente necessaria per rispondere in forma appropriata alle condizioni di fragilità clinica e sociale che le persone con disturbi mentali, disabilità e dipendenza patologica vivono unitamente alle loro famiglie e agli altri soggetti di prossimità.

Questa complessa e multi dimensionale offerta di risposta organizzata, che il servizio sanitario regionale deve garantire, deve anche ispirarsi al principio di umanizzazione delle cure prevedendo, laddove possibile, forme di domiciliarità assistita che consentano un più rapido ed efficace reinserimento nella vita di relazione e in quella sociale .

LA RETE INTEGRATA PER UNA SALUTE MENTALE DI COMUNITÀ

Negli ultimi decenni la salute mentale ha progressivamente portato a consapevolezza le istituzioni di una dimensione importante del bisogno di salute che non ha sempre trovato equità e risposte omogenee nelle regioni italiane e che mantiene tutt'ora diversità significative di accesso alle cure. Si registra da tempo un aumento della prevalenza dei disturbi mentali in tutte le classi di età, certamente anche a causa delle gravi crisi economiche, sociali e il dilagare di nuove sostanze psicotrope sempre più accessibili per costi e per canali di acquisto soprattutto tra i giovani. L'emergenza da Covid-19 ha inoltre evidenziato drammaticamente come le persone già affette da disturbi di salute mentale, a seguito delle limitazioni imposte dal confinamento e della conseguente esclusione dalla partecipazione alla vita sociale, abbiano manifestato aggravamenti della patologia di base, anche importanti.

⁶ Prima del DPCM 17 gennaio 2017 : DGR n.523/2016; DGR 1610/2016. Successive al DPCM 17 gennaio 2017: DGR n.324/2019; DGR n.1051/2020; DGR n. 314/2021

Non intervenire tempestivamente sul percorso di cura con efficacia clinica e appropriatezza gestionale significa incorrere nel rischio di una cronicità inaccettabile, soprattutto se a carico di giovani o di persone ancora attive socialmente, con pesanti conseguenze umane, famigliari e sociali.

Per contrastare questo fenomeno, ma soprattutto per abbattere lo stigma che ancora colpisce le persone affette da queste patologie, occorre indirizzarsi verso una salute mentale di comunità, attraverso servizi di prossimità, investendo nella sanità territoriale e mettendo il paziente al centro di un progetto.

Anche in Valle d'Aosta, il Dipartimento di Salute Mentale è chiamato a fronteggiare questo nuovo scenario complesso e umanamente rilevante, innovando profondamente l'organizzazione e le prassi, mantenendo la priorità dell'intervento territoriale e la necessità di definire percorsi di cura appropriati per patologie ad alta complessità e/o ad alta prevalenza, attraverso dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) che riducano disomogeneità di trattamento e discrezionalità nelle cure.

Allo stato attuale è in corso una sperimentazione a livello nazionale⁷, a cui partecipa anche la Valle d'Aosta, sulla valutazione di 4 percorsi assistenziali nelle regioni italiane, relativi ad altrettante patologie psichiatriche gravi: la schizofrenia, il disturbo bipolare, la depressione grave e il disturbo di personalità.

La necessità di condividere e validare in termini scientifici un percorso diagnostico terapeutico assistenziale richiama sia la necessità di equità di trattamento, sia l'attenzione a prassi validate che nell'ambito della salute mentale attengono principalmente la valutazione di indicatori di processo più che di esito del trattamento. La difficoltà quindi che si incontra nel rispondere ad un bisogno di salute mentale non consiste solo nella pratica clinica ma risiede anche nell'integrazione tra tutti gli ambiti di assistenza e di vita della persona malata.

Nell'ambito della salute mentale, infatti, molto più che in altri settori sanitari, è richiesta una presa in carico integrata della persona e della famiglia e l'adozione di un approccio assistenziale che associ, accanto alla dimensione clinico-terapeutica basata sull'evidenza, il miglioramento del funzionamento sociale delle persone malate e interventi finalizzati all'inclusione sociale e al coinvolgimento della comunità nel percorso di recupero e riabilitazione.

La centralità è assunta dalle persone e dai processi che si costruiscono per la cura e la riabilitazione e, in quest'ottica, i servizi sono da valutare sulla base degli esiti clinici e sociali e del cambiamento culturale complessivo. Tale approccio presuppone stili operativi dei servizi orientati all'interazione con altri soggetti, istituzionali e non, attraverso l'individuazione, lo sviluppo e l'utilizzo di nuovi strumenti gestionali.

L'innovazione organizzativa e funzionale va introdotta anche in ambito psicoterapeutico, riabilitativo e psicofarmacologico in modo che i soggetti colpiti da problemi di salute mentale possano essere garantiti da interventi terapeutici fondati sulle evidenze (*Evidence Based Medicine*).

In tale direzione vanno anche le indicazioni del Piano d'Azione per la salute mentale (PANSM) 2013-2020 dell'OMS, che nei principi trasversali comprende anche l'universalità della copertura sanitaria, l'approccio ai diritti umani, gli interventi basati sull'evidenza, servizi orientati a tutte le fasi di vita, un approccio multisettoriale ed il coinvolgimento delle persone con disturbo mentale e disabilità psicosociali e dei loro familiari nei percorsi di cura. Su quest'ultimo punto, il Piano si orienta verso modelli, sviluppati da anni in altre realtà regionali, dove le figure degli Utenti familiari esperti (UFE) o Esperti alla pari (ESP), integrano, in qualità di volontari o di dipendenti da soggetti del terzo settore convenzionati con le aziende sanitarie, l'operato delle figure professionali facilitando la presa in carico e la cura efficace degli assistiti portatori di patologie e ponendo questi soggetti "alla pari" degli operatori stessi.

⁷ Gruppo di lavoro Ministero, Agenas e Regioni per i nuovi indicatori relativi ai PDTA da inserire nel Decreto 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria"

Il presente Piano ritiene l'ambito della salute mentale una priorità assoluta di intervento, specie perché sempre più giovani manifestano un rischio di disagio psichico.

Per dare una risposta appropriata ed efficace alla complessità dei problemi connessi ai disagi psichici, il Piano favorisce l'utilizzo del budget di salute, inteso come strumento integrato socio-sanitario a sostegno del progetto terapeutico personalizzato di persone affette da disturbi mentali gravi, costituito da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie, al fine di migliorare la salute della persona nell'ottica della sua possibile guarigione, del benessere, del funzionamento psico-sociale, dell'inclusione e della partecipazione attiva alla comunità mediante l'attivazione di percorsi evolutivi.

Il budget di salute vuole permettere a quanti sono affetti da malattie mentali gravi e persistenti di sviluppare le abilità emotive, sociali e intellettuali necessarie per vivere, studiare e lavorare nell'ambiente sociale di scelta, migliorando di fatto le proprie possibilità di avere successo in maniera autonoma, all'insegna della salute e del benessere della persona.

In questa direzione vanno ricondotti anche i "Percorsi di residenzialità leggera", noti anche come "abitare supportato". La realizzazione di strutture residenziali con compiti riabilitativi è stata in questi anni un elemento fondamentale per il superamento della istituzionalizzazione del malato mentale; nello stesso tempo si è resa necessaria una revisione costante del bisogno riabilitativo per eludere il rischio di riproporre, seppure in forme diverse, nuove pratiche di marginalizzazione ed istituzionalizzazione.

Di particolare interesse assumono quindi gli interventi, di natura socio-sanitaria, che permettono lo sviluppo di nuovi ed alternativi percorsi che supportano le persone con disturbo mentale nel superare difficoltà relative ad ambiti di base del funzionamento personale, come, per esempio, quello sopra citato dell'abitare supportato, garantendo loro l'integrazione nel proprio territorio sociale. Si tratta, infatti, di un percorso solo parzialmente legato a diretti interventi riabilitativi, ma che si colloca nelle forme di aiuto a persone con una discreta autonomia e che possono coinvolgere l'auto aiuto, il volontariato, il diritto alla casa e il sostegno abitativo oltre a qualsiasi altra forma sociale di intervento (ad es. il *co housing*) purché rientranti in una specifica progettazione guidata.

Trattandosi di forme non afferenti all'ambito strettamente sanitario, possono ricavare importante valore aggiunto dal coinvolgimento degli Enti locali, dei sindaci, dei volontari sul territorio e delle agenzie di residenzialità pubblica all'interno di percorsi di cultura solidale.

In questi casi il ruolo del Dipartimento di Salute Mentale si limita a monitorare e supportare l'andamento del progetto di vita dei soggetti inseriti (per le parti di competenza) in relazione ai progetti individuali, prevedendo un supporto tecnico intensivo domiciliare finalizzato. L'assistenza sanitaria prestata dal DSM rientra nell'assistenza riabilitativa fornita a domicilio, che viene erogata a ogni singolo utente nella nuova realtà abitativa, in coerenza con quanto previsto dai LEA.

Si è già convenuto che la salute mentale è una delle aree sanitarie più complesse, poiché il suo perseguimento necessita di una stretta integrazione del sistema sanitario con i servizi sociali, le famiglie e la società in generale. Trattare con forme inadeguate, e spesso anche inappropriate, un problema di salute mentale accresce il rischio di un passaggio verso la cronicità che, specie nei soggetti più giovani, assume dei costi umani e sociali non accettabili. La quota di ricoveri inappropriati per disturbi mentali è spesso l'indicatore di una modalità assistenziale inadeguata che non trova nell'assistenza territoriale, e nella rete tra servizi, operatori, famiglie e pazienti, una modalità condivisa di percorso efficace di cura.

Il Dipartimento di Salute mentale (DSM) deve quindi svilupparsi in senso fortemente inclusivo, secondo il paradigma del neuro-sviluppo, a forte responsabilità tecnica e gestionale di una rete di servizi per interventi integrati multidisciplinari e centrati sulla persona. Le aree operative di riferimento dipartimentale sono: la salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta e le dipendenze patologiche.

Anche per la disabilità è necessario formulare progetti di intervento con dipartimenti, servizi e realtà a vario titolo interessate per una integrazione socio sanitaria più ampia caratterizzata dalla trasversalità d'azione.

Il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) evidenzia infatti la necessità di lavorare per progetti di intervento specifici e differenziati sulla base della valutazione dei bisogni delle persone e della implementazione di percorsi di cura che sappiano intercettare le attuali domande di salute e contribuiscano a rinnovare l'organizzazione dei servizi, le modalità di lavoro delle equipe e i programmi clinici aggiornati offerti agli utenti.

Il PANSM delinea un modello di approccio alle problematiche e ai bisogni emergenti nel settore della Salute Mentale che deve garantire:

- accessibilità, presa in carico, continuità delle cure e personalizzazione del progetto;
- percorsi a differente intensità assistenziale in rapporto ai bisogni di cura;
- servizi flessibili, orientati sui bisogni delle persone;
- LEA garantiti dalla ASL nel suo complesso e non solo dal DSM o dai servizi per i disturbi neuropsichici in infanzia e adolescenza;
- percorsi esigibili individualmente, anche quando inseriti in attività di gruppo o in attività comunitarie.

Lo stesso PANSM propone a tal fine tre modelli clinico-organizzativi che corrispondono a tre livelli di intensità di cura atti a governare il processo assistenziale:

- collaborazione/consulenza: modalità di lavoro strutturata tra DSM e Medicina Generale per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche continuative;
- assunzione in cura: percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non necessitano di interventi complessi e multiprofessionali;
- presa in carico: percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e intervento di diversi profili professionali. Il percorso clinico di "presa in carico" prevede la definizione di un Piano di Trattamento Individuale (PTA) per il singolo utente e - a seconda dei bisogni individuati - richiede l'identificazione di un "case manager".

L'assistenza nel campo della salute mentale è assicurata e governata dall'Azienda Unità Sanitaria Locale attraverso il Dipartimento di Salute Mentale (DSM). Il modello operativo che il presente Piano prevede trasferisce dall'ospedale al territorio la presa in carico di una parte della casistica che oggi impropriamente si rivolge alla struttura per acuti in un modello di tipologia di offerta che garantisce:

- Assistenza Ospedaliera (Servizio Psichiatrico Diagnosi Cura, c.d. SPDC)
- Assistenza Territoriale (Centro territoriale di Salute Mentale / CSM, strutture residenziali e strutture semi-residenziali).

Il Piano prevede pertanto per l'Assistenza Territoriale :

- Istituzione di 1 Centro territoriale di Salute mentale in ciascun Distretto, con conseguente reclutamento di personale specializzato necessario al suo funzionamento, all'interno delle Case della Comunità di alta complessità al fine di garantire una risposta H24 ed evitare quanto più possibile l'ospedalizzazione inappropriata, in accordo con le indicazioni ormai consolidate contenute nel DPR del 7 aprile 1994 "Progetto-obiettivo per la Tutela della Salute mentale 1994-1996", con orari e giorni di apertura prolungati e tali da garantire la continuità necessaria agli assistiti, nonché la disponibilità delle figure professionali preposte alla prevenzione e intervento tempestivo nelle situazioni di disagio alla manifestazione dei primi sintomi, erogare la tipologia di prestazione più appropriata, nell'ottica di evitare altresì l'istituzionalizzazione

dei pazienti. Al Centro fa capo un'équipe multiprofessionale costituita almeno da uno psichiatra, uno psicologo, un assistente sociale e un infermiere professionale.

Il Centro territoriale di Salute mentale è il centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico. Coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche.

L'organizzazione dipartimentale prevede un'articolazione integrata dei servizi gestiti direttamente, sia dal punto di vista clinico che organizzativo, dal Direttore della Struttura di Psichiatria. La direzione unica è fondamentale ai fini di consentire il coordinamento dei diversi livelli di intervento e di dare continuità ai programmi terapeutici. Questo modello integra l'assistenza sanitaria (ospedaliera e territoriale) con quella sociosanitaria coinvolgendo nel processo di cura gli Enti Locali e tutte le altre aree del Distretto: dagli anziani agli adolescenti, dai tossicodipendenti ai disabili, dai soggetti con disturbo del comportamento alimentare ai detenuti.

Il Dipartimento di salute mentale (DSM), pur salvaguardando la sua natura transmurale, deve quindi fortemente integrarsi all'interno del Distretto; deve garantire la continuità ospedale territorio e la continuità della presa in carico nelle diverse fasi della vita, inclusi i disturbi del neuro sviluppo, come, ad esempio, quelli che riguardano lo spettro autistico.

La riforma introdotta nel 1978 dalla legge 180 (Legge Basaglia) e ripresa, nello stesso anno, nella legge 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, ha fortemente voluto spostare il trattamento del paziente con disturbo o malattia mentale dall'ambito ospedaliero all'ambito territoriale, quale luogo privilegiato ove attuare gli interventi terapeutici e riabilitativi, finalizzandone l'obiettivo al reinserimento in un contesto sociale. Il percorso territoriale di un paziente con bisogni complessi e con necessità di interventi multi professionali, si sviluppa attraverso una presa in carico da parte del Centro territoriale di Salute Mentale (CSM) che elabora un Piano di trattamento individuale (PTI).

Dando comunque preferenza all'approccio domiciliare e/o ambulatoriale, può essere previsto l'invio e il temporaneo inserimento in una struttura residenziale psichiatrica per un trattamento riabilitativo con un supporto assistenziale variabile. L'inserimento in una struttura residenziale avviene esclusivamente a cura del CSM, tramite una procedura di consenso professionale per una buona pratica clinica, relativa a criteri di appropriatezza e condizioni che suggeriscono il ricorso ad un trattamento in regime residenziale. Si tratta di un processo attivo governato dai DSM e non una semplice autorizzazione "passiva".

Questa procedura si svolge, ove possibile, mediante la sottoscrizione di un accordo/impegno di cura tra DSM e utente, con la partecipazione delle famiglie e il possibile coinvolgimento della rete sociale, al fine di consentire la volontarietà e l'adesione del paziente al trattamento, sul modello del budget di salute.

L'offerta residenziale extra-ospedaliera per la Salute Mentale, compresa quella dedicata alle persone affette da disturbi del comportamento alimentare, rientra quindi pienamente nel sistema globale di trattamento e riabilitazione fornito dai Dipartimenti di Salute Mentale, il cui obiettivo è rispondere ai bisogni dell'utenza mediante l'erogazione di diversi livelli di intensità di cura nel rispetto dei vigenti LEA. Presso le strutture residenziali si attuano, in base al piano terapeutico, interventi di provata efficacia relativamente alle aree clinico-psichiatrica, psicologica, riabilitativa ed interventi a carattere risocializzante. Questi interventi vengono prestati nelle diverse tipologie di unità di offerta, sanitarie e socio-sanitarie della salute mentale. Tali unità di offerta possono erogare, in accordo con quanto previsto dai LEA, trattamenti con durate massime dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati (PTRP), come di seguito riportato:

- Struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1): la durata massima dei Progetti Terapeutico Riabilitativo Personalizzati (PTRP) non può essere superiore ai 18 mesi, prorogabile per altri 6 con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento e non ulteriormente prorogabile;

- Struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2): la durata massima dei Progetti Terapeutico Riabilitativo Personalizzati (PTRP) non può essere superiore ai 36 mesi, prorogabile per altri 12, con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento e non ulteriormente prorogabile;
- Struttura Residenziale Psichiatrica per interventi socioriabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale (SRP3):
 - o Comunità Alloggio Estensiva (CA estensiva), nella sotto tipologia con personale sociosanitario presente nelle 24 ore: la permanenza nella Comunità varia sulla base dei Progetti Terapeutico Riabilitativo Personalizzati (PTRP)
 - o Comunità Alloggio di Base (CA base), nella sotto tipologia con personale sociosanitario presente nelle 12 ore: la permanenza nella Comunità varia sulla base dei Progetti Terapeutico Riabilitativo Personalizzati (PTRP)
 - o Gruppo Appartamento Protetto (GAP), nella sotto tipologia con personale sociosanitario presente per fasce orarie: la durata del progetto è definita dai Progetti Terapeutico Riabilitativo Personalizzati (PTRP) con rivalutazione annuali in Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).
- Residenza Socio-Sanitaria Psichiatrica (RSSP): struttura socio-sanitaria, anche mista, a prevalente finalità socio-assistenziale destinata all'accoglienza di utenza con prevalente necessità lungo-assistenziale, per l'accoglienza e gestione della vita quotidiana, orientata al supporto ed al mantenimento delle abilità residue.

Questa offerta complessiva appare congrua alle necessità assistenziali, differenziate per intensità di cura, e coerente in termini di continuità assistenziale e permette inoltre di definire il ruolo della residenzialità psichiatrica all'interno del sistema complessivo di cure offerto dal DSM. Ciononostante è indispensabile, al fine di rendere sostenibile il sistema di offerta in relazione ai fabbisogni, aggiornati periodicamente con disposizioni regionali sulla base dei bisogni emergenti rilevati dal Dipartimento di Salute mentale, attuare azioni programmate di integrazione con: la gestione territoriale ambulatoriale e domiciliare, il ricorso strategico alle strutture semi-residenziali, la razionalizzazione delle degenze ospedaliere ed il ricorso ai percorsi di residenzialità leggera per promuovere l'autonomia dell'utenza.

Con attenzione ai servizi semi-residenziali, questi assumono un ruolo fondamentale nel garantire agli assistiti una soluzione alternativa all'istituzionalizzazione e hanno funzioni terapeutico-riabilitative tese ad impedire e/o arrestare processi di isolamento relazionale e di emarginazione e a prevenire e contenere il ricovero. Sono utilizzati da soggetti provenienti dai servizi di assistenza territoriale o da strutture residenziali, la cui sofferenza psichica è riferibile a cause diverse e iscrivibile in quadri psicopatologici molto differenziati.

Nei servizi semi-residenziali sono attuati percorsi riabilitativi miranti all'autonomizzazione e alla risocializzazione degli utenti anche attraverso programmi occupazionali volti all'apprendimento di specifiche competenze utilizzabili in ambito lavorativo e a programmi di animazione sociale. Oltre alle attività interne alla struttura semi-residenziale sono promossi incontri di sostegno alle famiglie e di collegamento con gli altri servizi del territorio.

L'offerta assistenziale si contraddistingue per la messa a punto di percorsi diagnostico-terapeutici, la cui durata è legata al singolo individuo e coincide con il periodo di presa in carico della persona e dei suoi bisogni sanitari e sociali. Non esistono tempi massimi di accesso ai servizi semi-residenziali e territoriali psico-socio-educativi, ma ciascun progetto deve essere periodicamente rivalutato e modificato tenendo conto dei diversi bisogni espressi e della diversa fase del percorso, anche esistenziale, della persona.

Alla luce di quanto sopra esposto, sono in corso di aggiornamento le disposizioni regionali concernenti i requisiti organizzativi e strutturali delle strutture residenziali, semi-residenziali e dei servizi psico-socio-educativi territoriali per la salute mentale, nell'ambito delle quali:

- saranno allineati i requisiti medesimi a quanto disposto dal DPCM 12 gennaio 2017 concernente i livelli essenziali di assistenza sopra citato, in particolare con riferimento alla durata degli inserimenti e alla ripartizione degli oneri per la permanenza nelle strutture;
- saranno introdotti, nelle modalità organizzative attuali, gli strumenti sopra descritti previsti dal PANSM, con particolare riferimento al Budget di Salute, al Piano di lavoro individualizzato, al potenziamento della presa in cura degli assistiti attraverso l'erogazione di prestazioni nell'ambito dei servizi territoriali, superando, laddove possibile, l'istituzionalizzazione, anche mediante soluzioni abitative supportate da interventi educativi e riabilitativi che permettano la progressiva reinclusione sociale, abitativa, lavorativa. La flessibilità del modello assistenziale che è stata sinora delineata deve infatti tenere in debita considerazione la sfida di implementare un approccio alla presa in carico e in cura sempre più votata al piano assistenziale / riabilitativo del singolo assistito, il quale, nel superare la logica dei c.d. "minutaggi" nella definizione dell'apporto prestazionale delle singole figure professionali, che ha governato il sistema dell'offerta sino ai nostri giorni, evolva e si declini in un vero e proprio piano delle attività quotidiane, dove le risposte assistenziali sono particolarmente personalizzate, sia in termini di operatività, sia in termini di apporto delle singole figure professionali reputate necessarie;
- sarà aggiornata la dotazione di personale per ogni tipologia di nucleo e di servizio, al fine di garantire la presenza delle figure professionali necessarie ad applicare gli interventi sopra declinati, anche prevedendo l'introduzione di nuove figure, quali gli utenti e i familiari esperti.

Infine, con attenzione alla telemedicina, la pandemia da Covid 19 ha dimostrato come sia possibile incrementare notevolmente l'uso di questo strumento anche nell'ambito degli interventi per la salute mentale, sia per videoconferenze tra specialisti interessati da un comune percorso assistenziale di presa in carico, sia per interventi individuali e di gruppo da remoto. Il Piano dispone pertanto il mantenimento di questa modalità soprattutto nelle zone in cui è maggiore la carenza di personale, oltre che all'interno dei Dipartimenti di Emergenza e Urgenza e accettazione, prevedendo la collaborazione sia con i medici ivi operanti, sia con la rete dei medici di assistenza primaria.

LA RETE INTEGRATA PER UNA PRESA IN CARICO DI COMUNITÀ DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

Il DPCM 12 gennaio 2017, che disciplina e aggiorna i livelli essenziali di assistenza, definisce, all'art. 34, nell'ambito dell'assistenza socio sanitaria semiresidenziale e residenziale, trattamenti riabilitativi alle persone di ogni età con disabilità fisiche psichiche e sensoriali. Tutti i trattamenti devono includere prestazioni erogate secondo metodi e strumenti *evidence based*, necessari ed appropriati al bisogno. In quest'ottica, la deliberazione della Giunta regionale n.1051/2020 ha individuato i requisiti organizzativi per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture socio-sanitarie semi-residenziali per persone disabili, in linea con le indicazioni previste dal DPCM. La prima applicazione sul territorio regionale della suddetta deliberazione ha riguardato il servizio semi-residenziale per soggetti affetti da disturbi dello spettro autistico (SDA). Si tratta di un servizio che, a seguito del rilievo che il DPCM dei LEA 2017 ha posto a questa sindrome (art. 60), si è evoluto da una forma di assistenza socio-assistenziale ad una socio-sanitaria.

Sempre in materia di SDA, il presente Piano individua la necessità di implementare l'offerta assistenziale di strutture residenziali socio sanitarie, anche attraverso soluzioni innovative quali le *farm community*, per dare risposta a un bisogno regionale la cui entità complessiva, stante la complessità diagnostica, è ancora oggetto di valutazione e che richiede sia interventi contingenti, sia interventi votati al "dopo di noi".

LA RETE INTEGRATA PER UNA PRESA IN CARICO DI COMUNITÀ DELLE PERSONE CON DIPENDENZE PATOLOGICHE

Il DPCM 12 gennaio 2017, che definisce e aggiorna i livelli essenziali di assistenza, garantisce, all'art. 35, alle persone con dipendenza patologica, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo e a quelle con comportamenti di abuso di sostanze, trattamenti terapeutico riabilitativi e trattamenti pedagogico riabilitativi con programmi differenziati per intensità, complessità e durata, nell'ambito dell'assistenza socio sanitaria semiresidenziale e residenziale. Tutti i trattamenti devono includere prestazioni erogate secondo metodi e strumenti *evidence based*, necessari ed appropriati al bisogno.

Il Servizio sanitario regionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone con misure alternative alla detenzione, o in regime di detenzione domiciliare, previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, trattamenti terapeutico-riabilitativi e trattamenti pedagogico-riabilitativi, con programmi differenziati per intensità, complessità e durata. I trattamenti includono le prestazioni erogate mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate nei seguenti ambiti di attività:

- accoglienza;
- attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in collaborazione con il servizio per le dipendenze patologiche (Ser.D.) di riferimento, in accordo con la persona e, per i minori, in collaborazione con la famiglia;
- gestione delle problematiche sanitarie inclusa la somministrazione ed il monitoraggio della terapia farmacologica;
- colloqui psicologico-clinici;
- psicoterapia (individuale, familiare, di coppia, di gruppo, ecc.);
- interventi socio-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
- interventi di risocializzazione (individuali o di gruppo);
- collaborazione con la rete sociale formale e informale;
- collaborazione con l'autorità giudiziaria per le persone con misure alternative alla detenzione, o in regime di detenzione domiciliare;
- collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;
- collaborazione ed integrazione con i servizi di salute mentale, con riferimento ai pazienti con comorbidità;
- rapporti con il Tribunale dei minori e adempimenti connessi (relazioni, certificazioni, ecc.);
- collaborazione e consulenza con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole dei minori sottoposti a trattamento.

In relazione al livello di intensità assistenziale, l'assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:

- trattamenti specialistici, destinati a persone con dipendenza patologica che, per la presenza concomitante di disturbi psichiatrici, o dello stato di gravidanza, o di gravi patologie fisiche o psichiche necessitano di trattamenti terapeutici specifici, anche con ricorso a terapia farmacologica e relativo monitoraggio. I trattamenti della durata massima di 18 mesi sono erogati in strutture o moduli che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore;
- trattamenti terapeutico-riabilitativi destinati a persone con dipendenza patologica, finalizzati al superamento della dipendenza, al miglioramento della qualità della vita e al reinserimento sociale. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, eventualmente prorogabili a seguito di rivalutazione multidimensionale da parte dei

servizi territoriali delle dipendenze patologiche, sono rivolti a persone che, anche in trattamento farmacologico sostitutivo, non assumono sostanze d'abuso, e sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sulle 24 ore;

- trattamenti pedagogico-riabilitativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale e alla integrazione sociale e lavorativa. I trattamenti, della durata massima di 30 mesi, sono rivolti a persone che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti con farmaci sostitutivi e sono erogati in strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario nell'arco della giornata.

Gli interventi terapeutici, riabilitativi e assistenziali erogati si caratterizzano per intensità, durata e caratteristiche diverse e sviluppano un percorso di cura longitudinale articolato in tre fasi, a ciascuna delle quali corrispondono setting assistenziali differenti, che possono costituire erogazioni di una medesima struttura:

1. Centro crisi (SRD 1.A): uscita dalla crisi, osservazione comportamentale, impostazione della terapia farmacologica, approfondimenti diagnostici, orientamento e costruzione del programma terapeutico riabilitativo;
2. Percorso terapeutico-riabilitativo (SRD 1.B - fase B01): sviluppo del programma terapeutico riabilitativo, supporto al monitoraggio delle condizioni psico-fisiche, assistenza medica ed eventuali somministrazioni farmacologiche, sostegno individuale e/o di gruppo e alle attività espressive;
3. Percorso di reinserimento lavorativo e sociale (SRD 1.B - fase B02): seconda fase del programma riabilitativo, attraverso un *setting* assistenziale poco strutturato e ad alta autonomia, rivolto a persone che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti con farmaci sostitutivi, per consentire il passaggio dalla situazione protetta alla vita autonoma.

Il modello adottato ai fini della cura, dell'assistenza e della riabilitazione dei soggetti affetti da dipendenze patologiche, in analogia alle prese in cura dei disturbi della salute mentale e del comportamento alimentare, si basa su Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) e sui bisogni dei pazienti Piano Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP). Gli interventi devono prevedere la sinergia tra i servizi sanitari, i servizi sociali, gli enti del Terzo settore e le associazioni sul territorio, al fine di garantire una presa in cura globale della persona, sul modello del *Budget di salute* già enunciato con riferimento alla cura dei disturbi mentali. Le strutture e i servizi pubblici e privati accreditati offrono un'ampia gamma di interventi, con differenti livelli di intensità assistenziale, per seguire in modo appropriato ed efficace l'evoluzione del singolo paziente nelle fasi del suo percorso terapeutico, riabilitativo ed esistenziale, con l'obiettivo di recuperare le capacità residue e permettere, quanto più possibile, il suo reinserimento nell'ambiente sociale e familiare.

Il percorso del singolo utente può prevedere interventi differenti nella medesima struttura, ma anche interventi in sequenza in differenti strutture o sul territorio. Tutti gli inserimenti di utenti residenti sono disposti dal Dipartimento di Salute Mentale (DSM), previa presa in carico dell'assistito e valutazione, per il tramite della Unità di Valutazione della Salute Mentale (UVSM).

I percorsi diagnostico-terapeutici delineati nella presa in carico, hanno una durata condizionata dalla risposta del singolo individuo, pur con limiti temporali, oltre i quali non si ritiene più appropriata una proposta riabilitativa, ma si prosegue con una presa in carico di bisogni sociali e sanitari.

LA FARMACIA DEI SERVIZI

Afferiscono al Distretto anche le "farmacie dei servizi", strutture già presenti sul territorio, che per la loro capillarità e presenza in zone anche disagiate e lontane dall'asse viario centrale, svolgono un importante ruolo di supporto del servizio sanitario regionale.

L'avvio del progetto di valorizzazione del ruolo delle farmacie esistenti sul territorio a supporto del Servizio sanitario regionale, in quanto servizi decentrati e quindi di maggiore prossimità agli utenti, consiste, oltre che nell'attività ormai consolidata di distribuzione di alcuni farmaci e presidi per conto del SSN, nell'attribuzione alle medesime dell'attività di prenotazione di esami e/o visite specialistiche, attraverso un portale dedicato con funzione di CUP on-line e di contestuale consegna di provette, contenitori e fogli di istruzione per la preparazione agli esami

È intuitivo comprendere che, soprattutto in un territorio montano, la distribuzione capillare delle farmacie, renda le stesse un punto di frequentazione da parte dei pazienti cronici e non, e favorisca, laddove necessario, il monitoraggio degli stessi, anche su aspetti fondamentali quali l'aderenza terapeutica.

A livello nazionale il ruolo delle farmacie a supporto del SSN, già previsto dal Decreto legislativo n.502/1992 e dalla legge 18 giugno 2009 n. 69 e poi più specificatamente dal decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, è ora annoverato nei principali documenti di programmazione sanitaria quali il Patto per la Salute, il Piano cronicità e il Piano per il governo delle Liste di attesa. In particolare, il ruolo delle farmacie nell'attività di prenotazione delle prestazioni (disciplinata dal Decreto ministeriale 8 luglio 2011)⁸ come prima fase nell'avvio del progetto "Farmacie di servizi" in Valle d'Aosta, offre un valore aggiunto anche nel raggiungimento degli obiettivi fissati dal Piano regionale di governo delle liste di attesa.

Con la pandemia, si è reso ancor più necessario avvalersi della disponibilità delle farmacie anche nelle attività di prevenzione e contrasto del contagio da Covid-19, in tal senso, con la legge 178/2020, cosiddetta legge di bilancio 2021, si è disposto che i test mirati a rilevare la presenza di anticorpi IgG e IgM e i tamponi antigenici rapidi per la rilevazione di antigene SARS-CoV-2 possano essere eseguiti anche presso le farmacie aperte al pubblico dotate di spazi idonei sotto il profilo igienico-sanitario e atti a garantire la tutela della riservatezza. Tale opportunità è stata dunque colta anche a livello regionale, con la sigla dell'Accordo per l'erogazione di tamponi e test presso le farmacie e il conseguente avvio del servizio (DGR 211, in data 1° marzo 2021), nonché con l'applicazione del successivo Accordo nazionale concernente l'erogazione di test antigenici rapidi presso le farmacie a prezzo calmierato.

Inoltre, dando seguito all'Accordo quadro in data 30 marzo 2021 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, Federfarma e Assofarm per la somministrazione da parte dei farmacisti del vaccino anti SARS-CoV-2, è stata adottata la DGR 461, in data 26 aprile 2021, con la quale è stato recepito lo schema di Accordo tra la Regione autonoma Valle d'Aosta, l'Azienda USL della Valle d'Aosta e le organizzazioni sindacali dei farmacisti (Federfarma Valle d'Aosta e Assofarm Valle d'Aosta), per l'estensione delle attività svolte dalle farmacie sul territorio nell'ambito del progetto "Farmacia dei servizi", con la somministrazione dei vaccini anti SARS-CoV-2, la quale ha avuto avvio nel mese di maggio 2021. Da ultimo, sempre in tema di vaccinazioni, il DL n.105/2021 ha altresì previsto la somministrazione presso le farmacie medesime del vaccino antinfluenzale.

Il progetto nazionale "Farmacie di servizi", prevede l'implementazione di altri servizi per il cittadino, quali l'offerta di attività professionali (fisioterapisti, infermieri, ecc.), i consulti preliminari possibili mediante la dotazione presso le farmacie di dispositivi medici e apparecchiature, ma anche il supporto all'attivazione del fascicolo sanitario elettronico reso possibile già dal mese di giugno 2021.

LA RETE EMERGENZA URGENZA

L'evoluzione che il presente Piano profila per l'assistenza sanitaria regionale, sia ospedaliera che territoriale, rende inoltre particolarmente evidente la necessità di un adeguamento del sistema di emergenza-urgenza regionale. Una

⁸ D.M. 8.07.2011 "Erogazione da parte delle farmacie, di attività di prenotazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino e ritiro dei referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale".

efficace e completa revisione della l.r. n.4/2008⁹, che a tutt'oggi regola tale sistema, anche alla luce della revisione in corso a livello nazionale in materia, permetterà di meglio qualificare gli interventi dell'organizzazione del sistema emergenza-urgenza alle reali necessità della popolazione valdostana e al territorio in cui si trova ad operare; il tutto, nel rispetto dei criteri di tempestività previsti dagli attuali livelli di assistenza e secondo standard di qualità organizzativa e appropriatezza funzionale coerenti anche alle indicazioni normative fornite a livello comunitario e nazionale.

La nuova rete regionale dell'emergenza-urgenza dovrà garantire, implementare, uniformare e riorganizzare il soccorso sanitario di emergenza in tutti i suoi aspetti e in raccordo con tutte le altre strutture/enti coinvolti, (anche per la gestione di maxi emergenze), includendo in esse quelle del terzo settore e le reti extra regionali, in particolare per le patologie tempo dipendenti, come previsto dal DM n.70/2015.

Stante inoltre la vocazione turistica della Valle d'Aosta il Piano dispone che venga avviata una valutazione tecnica e di sostenibilità finalizzata a garantire il volo notturno condotto da elicotteri per il servizio medico di emergenza e per le attività di ricerca e soccorso in montagna.

Aspetti centrali della revisione della l.r. n.4/2008, che oggi rappresentano altrettante criticità, dovranno essere quelli di :

- migliorare e rendere più performanti le collaborazioni in essere tra sistema aziendale dell'emergenza urgenza e la rete dei volontari del soccorso realizzando una vera rete territoriale;
- rideterminare gli standard di funzionamento, di personale qualificato e di mezzi atto a supportare con efficacia un nuova rete di postazioni nel rispetto del territorio e dei bisogni che esso esprime, declinandolo tra una rete a maglie strette, una a maglie medie e una a maglie più larghe;
- garantire il mantenimento di un elevato standard qualitativo del servizio di elisoccorso considerato anche il progetto del nuovo ospedale regionale e valutando la fattibilità di un eventuale funzionamento notturno.

⁹ Legge regionale 13 marzo 2008, n.4 "Disciplina del sistema regionale di emergenza urgenza sanitaria"