

L'Assessore alla sanità, salute e politiche sociali, Roberto Alessandro Barmasse, richiama la seguente normativa statale:

a.1\_ il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e, in particolare, l'articolo 2, comma 1, che attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative e amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi statali;

a.2\_ il Regolamento (UE) 2020/2094 del Consiglio in data 14 dicembre 2020 che istituisce uno strumento dell'Unione Europea per la ripresa Next Generation EU, per promuovere la ripresa economica dopo la crisi COVID-19;

a.3\_ la legge 30 dicembre 2020, n. 178 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021/2023), che, all'articolo 1, e in particolare ai commi da 1037 a 1043, prevede l'attuazione del programma Next Generation EU e definisce la responsabilità delle amministrazioni e degli organismi titolari dei progetti finanziati ai sensi dei commi da 1037 a 1050 nella relativa attuazione degli interventi conformemente al principio della sana gestione finanziaria e alla normativa nazionale ed europea, in particolare per quanto riguarda la prevenzione, l'individuazione e la correzione delle frodi, la corruzione e i conflitti di interessi, e la realizzazione dei progetti nel rispetto dei cronoprogrammi per il conseguimento dei relativi target intermedi e finali;

a.4\_ il decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 (Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19) e, in particolare, l'articolo 1, rubricato "Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale" con il quale si indicano due elementi strutturali importanti per la riforma dell'assistenza territoriale: il primo legato alle competenze infermieristiche con l'introduzione di 9.600 infermieri di famiglia o di comunità per garantire la massima presa in carico dei pazienti e la continuità assistenziale; il secondo legato al coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali con l'attivazione di centrali operative che svolgono funzioni di raccordo con tutti i servizi del territorio, con il sistema di emergenza-urgenza e quello ospedaliero, favorendo finalmente il dialogo tra tutti gli attori dell'organizzazione sociosanitaria;

a.5\_ il Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il Dispositivo per la ripresa e la resilienza;

a.6\_ il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), approvato dal Consiglio dell'Unione Europea il 6 luglio 2021 (10126/2021);

a.7\_ la delibera del Consiglio dei Ministri 21 aprile 2022, con la quale è stata autorizzata, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, l'adozione del decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze concernente l'emanazione del regolamento recante "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale";

a.8\_ la legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024), con particolare riferimento all'articolo 1, comma 295, che proroga al 30 giugno 2022 le disposizioni di cui alla lettera a.3 già prorogate dall'articolo 1, comma 425, lettera a), della legge 30 dicembre 2020, n. 178;

a.9\_ il decreto del Ministero della Salute 29 luglio 2022 concernente il riparto delle risorse per il fabbisogno di apparecchiature sanitarie di supporto ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;

richiama i seguenti Accordi e Intese:

b.1\_l'Accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (Rep. Atti n. 160/CSR del 15 settembre 2016), concernente il Piano nazionale delle cronicità;

b.2\_l'Accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (Rep. Atti 221/CSR del 24 novembre 2016) sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117" con il quale si introducono e si recepiscono le indicazioni europee per l'attivazione del numero unico per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari, che concorrono alla gestione della domanda assistenziale a bassa intensità/priorità, raccordandosi con il Servizio di Emergenza Urgenza, con funzioni in grado di assicurare la continuità delle cure e di intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità;

b.3\_l'Intesa, ai sensi dell'articolo 5, comma 17, del Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa del 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità (Rep. Atti n. 17/CSR del 20 febbraio 2020) e, in particolare, l'articolo 2, nel quale si rinvia a successivi provvedimenti gli aspetti tariffari, l'inserimento nei LEA e gli standard;

b.4\_l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178" (Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021);

richiama la seguente normativa regionale:

c.1\_la legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e ss.mm. (Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio socio-sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella Regione) e, in particolare, l'articolo 2 che prevede che la Regione assicuri, mediante la programmazione sanitaria, lo sviluppo del servizio socio-sanitario regionale, al fine di garantire i livelli essenziali e appropriati di assistenza definiti dal Piano socio-sanitario regionale;

richiama le seguenti deliberazioni della Giunta regionale:

d.1\_ n. 698, in data 31 luglio 2020, recante "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 131/2003 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in data 20/02/2014 sul documento recante "Telemedicina - linee di indirizzo nazionali" (Rep. Atti n. 16/CSR del 20 febbraio 2014) e attivazione di servizi di assistenza sanitaria erogabili a distanza (telemedicina)";

d.2\_ n. 1237, in data 23 novembre 2020, recante "Recepimento di Intese e Accordi Rep. n. 151/CSR in data 25 luglio 2012, n. 103/CSR in data 9 luglio 2020, n.118/CSR e n.119/CSR in data 27 luglio 2020, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di Cure palliative e Terapia del dolore. Disposizioni attuative del DPCM 12 gennaio 2017", la quale recepisce le indicazioni formulate a livello nazionale, in materia di:

- requisiti minimi e modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore, (Intesa in data 25 luglio 2012 (Rep. n. 151/CSR), allegato A);

- definizione di profili formativi omogenei per le attività di volontariato nell'ambito delle reti di cure palliative e di terapia del dolore (Intesa in data 9 luglio 2020 (Rep. n. 103/CSR) allegato B);
- accreditamento delle reti di cure palliative (Accordo in data 27 luglio 2020 (Rep. n. 118/CSR), allegato C);
- accreditamento delle reti di terapia del dolore (Accordo in data 27 luglio 2020 (Rep. n. 119/CSR) allegato D);

d.3\_ n. 76, in data in data 1° febbraio 2021, recante “Approvazione di indicazioni per l’organizzazione ed erogazione delle cure domiciliari integrate e delle cure domiciliari palliative. Disposizioni attuative degli articoli 22 e 23 del DPCM 12 gennaio 2017”;

d.4\_ n. 1519, in data 22 novembre 2021, recante “Approvazione di linee di indirizzo programmatiche all’Azienda USL della Valle d’Aosta per lo sviluppo della telemedicina per il triennio 2022/2024 e di indicazioni operative per la relativa implementazione sul territorio. Recepimento dell’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in data 17/12/2020 (Rep. n. 215/CSR)”;

d.5\_ n. 78, in data 31 gennaio 2022 recante “Approvazione di indirizzi e obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi e assegnazione all’Azienda U.S.L. della Valle d’Aosta del finanziamento della spesa sanitaria regionale di parte corrente e per investimenti, determinato con L.R. 35/2021. Prenotazione di spesa”;

d.6\_ n. 241, in data 7 marzo 2022, recante “Approvazione degli indirizzi in merito agli investimenti e ai relativi soggetti attuatori del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e del Piano per gli Investimenti Complementari - Missione 6 “Salute”, componenti 1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” e 2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale”;

d.7\_ n. 394, in data 11 aprile 2022, recante “Proposta al Consiglio regionale di deliberazione concernente: «Approvazione, ai sensi dell’articolo 2, comma 5, della l.r. 5/2000, del Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2022-2025»”, nel quale, si delineano gli indirizzi regionali per la riorganizzazione dell’assistenza territoriale secondo gli standard di cui al DM 77/2022;

d.8\_ n. 596, in data 26 maggio 2022, recante “Approvazione del Piano operativo regionale e delle schede tecniche relativi al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e al Piano per gli Investimenti Complementari - Missione 6 “Salute” - Componenti 1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” e 2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale”. Prenotazione di spesa”;

d.9\_ n.659, in data 7 giugno 2022, recante “Adozione delle linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare di cui al D.M. 29 aprile 2022, nell'ambito della missione 6 "Salute", Milestone EU M6C1-4 del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR)”;

d.10\_n. 1120 in data 17 ottobre 2022, concernente il recepimento dell'Intesa del 20 febbraio 2020 (Rep. atti n. 17/CSR) tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'ospedale di comunità e, in particolare il punto 2 del dispositivo, nel quale si rinvia ad un successivo provvedimento la definizione dei requisiti organizzativi specifici e gli aspetti tariffari.

Premette che:

e.1\_ con decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2021, n. 108, avente ad oggetto “Governance del Piano Nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e

snellimento delle procedure”, si definisce il quadro normativo nazionale finalizzato a semplificare e agevolare la realizzazione dei traguardi e degli obiettivi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e, in particolare:

- agli articoli 9 e il 10 si disciplina il supporto tecnico operativo di cui le Amministrazioni centrali, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali possono avvalersi al fine di assicurare l’efficace e tempestiva attuazione degli interventi;
- all’articolo 56, comma 2, si individua il Contratto Istituzionale di Sviluppo quale strumento di attuazione rafforzata degli interventi finanziati dal PNRR di competenza del Ministero della salute e comma 2 bis, disponendo che *“Per l’attuazione di quanto previsto al comma 2, il Ministro della salute promuove e stipula appositi contratti istituzionali di sviluppo e ne coordina la successiva attuazione”*;

e.2\_il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza destina alla Missione 6 “Salute” la somma di euro 15.625.541.083,51 nelle due componenti:

- C1. Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale – Affidata al Coordinamento del Ministero della salute per il tramite dell’Agenas;
- C2. Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale – Affidata al coordinamento diretto del Ministero della salute;

e.3\_con decreto del 6 agosto 2021 (G.U. n. 229 del 24 settembre 2021), modificato da DM 23 novembre 2021) il Ministro dell’economia e delle finanze ha assegnato alle singole amministrazioni titolari degli interventi (tra le quali il Ministero della salute) le risorse finanziarie previste per l’attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) provvedendo a ripartire le stesse e a definire traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione;

e.4\_con decreto del Presidente Consiglio dei Ministri del 15 settembre 2021 sono state definite le modalità, le tempistiche e gli strumenti per la rilevazione dei dati di attuazione finanziaria, fisica e procedurale relativa a ciascun progetto finanziato nell’ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza di cui al regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo, nonché dei “milestone” e “target” degli investimenti e delle riforme e di tutti gli ulteriori elementi informativi previsti nel Piano necessari per la rendicontazione alla Commissione Europea;

e.5\_con decreto del Ministro dell’economia e delle finanze in data 11 ottobre 2021 (Procedure relative alla gestione finanziaria delle risorse previste nell’ambito del PNRR di cui all’articolo 1, comma 1042, della legge 30 dicembre 2020, n. 178), pubblicato nella G.U. n. 279 del 23 novembre 2021, sono state definite le procedure relative alla gestione finanziaria delle risorse previste nell’ambito del PNRR di cui all’articolo 1 comma 1042 della legge n. 178/2020 e che in particolare l’articolo 3 definisce le modalità per il trasferimento delle risorse alle Regioni;

e.6\_con decreto del Ministro della salute in data 20 gennaio 2022 (Ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano per gli investimenti complementari.), pubblicato nella G.U. n. 57 del 9 marzo 2022, sono state:

- determinate in euro 8.042.960.665,58 le risorse destinate alla realizzazione di interventi a regia del Ministero, con Soggetti attuatori le Regioni e Province autonome, di cui euro 6.592.960.665,58 a valere sul PNRR e euro 1.450.000.000,00 a valere sul PNC;
- ripartite alle Regioni e Province autonome, in qualità di Soggetti attuatori, le risorse di cui al punto precedente.

Considera:

-l'accordo stipulato in data 31 dicembre 2021, ai sensi dell'articolo 15, della legge 7 agosto 1990, n. 241, dal Ministero della salute - Unità di missione per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza, dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e dalla Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per la trasformazione digitale (DTD), per la realizzazione degli investimenti della Component 1 della Missione 6 del PNRR;

- che AGENAS, ai sensi del suddetto accordo, garantisce il supporto tecnico operativo e si impegna a svolgere il ruolo di coordinamento, vigilanza e monitoraggio previsto dalla normativa di attuazione e governance del PNRR e PNC per l'implementazione della riforma (CIS art. 4 comma 2), per gli interventi della M6C1.

Dà atto che il Piano Operativo Regionale allegato al Contratto individuale di sviluppo (CIS) di cui alla DGR 596/2022 prevede entro dicembre 2022 la definizione, con un apposito atto normativo, del documento di programmazione generale dell'assistenza territoriale in coerenza con gli standard e i modelli organizzativi definiti nella riforma dell'assistenza territoriale di cui al DM 77/2022.

Dà altresì atto che l'Assessorato competente ha attivato, per il supporto alla predisposizione del documento generale di programmazione di cui trattasi, un'attività di collaborazione con l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari AGENAS, mediante la stipula di una convenzione in data 09 dicembre 2021, la quale, all'articolo 2, prevede il *“Supporto tecnico-organizzativo alla programmazione regionale per la revisione dei percorsi organizzativi della rete territoriale e delle cure primarie, anche con riferimento alla materia contrattuale della medicina convenzionata”* puntualmente declinate nel Piano Attuativo delle attività per il periodo luglio-dicembre 2022 formalizzato in data 5 agosto 2022.

Riferisce che, in esito alla suddetta collaborazione con AGENAS, la quale si è concretizzata in numerosi incontri di confronto in videoconferenza e per le vie brevi, è stato predisposto il documento allegato A alla presente, nel quale si delinea la programmazione generale dell'assistenza territoriale, con particolare riferimento a:

- 1) il funzionamento e l'organizzazione del Distretto e la realizzazione dell'integrazione sociosanitaria;
- 2) il recepimento e l'integrazione delle forme organizzative dell'assistenza primaria ai sensi dell'art. 8 dell'ACN della Medicina Generale del 28 aprile 2022 con il nuovo modello organizzativo delineato;
- 3) il recepimento e l'attuazione degli standard previsti dal DM 77/2022 per i diversi servizi, quali:
  - Case della Comunità e servizi ivi previsti;
  - Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC);
  - Centrali Operative Territoriali (COT);
  - Centrali Operative 116117;
  - Unità di Continuità Assistenziale (UCA);
  - Assistenza domiciliare;
  - Ospedali di Comunità;
  - Rete delle cure palliative;
  - Consulteri familiari;

- Dipartimenti di Prevenzione;
- Telemedicina;

4) i fabbisogni di personale per il funzionamento dei servizi.

Rileva che, con riferimento alle strutture di nuova istituzione, quali la Centrale Operativa Territoriale e gli Ospedali di Comunità, sono stati individuati i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dell'attività nelle strutture medesime, di cui rispettivamente agli allegati A1 e A2 alla presente deliberazione, mentre con riferimento alle Case di Comunità, si recepiscono i requisiti di cui al DM 77/2022 e si demanda a eventuali successivi atti la definizione di ulteriori requisiti specifici regionali.

Dà atto che, con riferimento alle spese correlate alle strutture di nuova istituzione, la DGR 596/2022 citata prenota, tra l'altro, nei capitoli elencati nella DGR stessa, del bilancio finanziario gestionale della Regione per il triennio 2022/2024, la spesa complessiva di euro 14.756.823,82 per il finanziamento delle linee di investimento di cui al PNRR, Missione 6 "Salute", Componenti 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" e 2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale", suddividendo la stessa nelle varie annualità previste dai cronoprogrammi delle schede tecniche allegate alla DGR stessa e dando atto che per la copertura della spesa di euro 3.215.942,26 per gli anni 2025 (euro 3.083.750,26) e 2026 (euro 132.192,00) sarà previsto apposito stanziamento nei capitoli indicati nella stessa, dei futuri bilanci della Regione.

Dà altresì atto che la presente deliberazione individua le linee generali dell'organizzazione della rete dell'assistenza territoriale, con riferimento alla programmazione della dotazione di risorse umane aggiuntive necessarie ad ottemperare agli standard di cui al DM 77/2022 e che si demanda a successivi provvedimenti, alla luce delle disposizioni statali che dovranno essere approvate in materia, le indicazioni per il reclutamento del personale necessario.

Rende noto che:

1\_la competente Struttura assistenza territoriale, formazione e gestione del personale sanitario ha condiviso quanto disposto dalla presente deliberazione con la Direzione Generale dell'Azienda USL della Valle d'Aosta tramite posta elettronica e nel corso di un incontro in data 19 dicembre 2022;

2\_le determinazioni in ordine agli atti programmatici delle AFT e delle UCCP non sono rinviati dall'ACN alla contrattazione con le rappresentanze sindacali della medicina convenzionata componenti dei Comitati e delle Delegazioni trattanti regionali (DGR n. 768/2020, n. 362/2022 e n. 1437/2022), ma l'Assessorato sanità, salute e politiche sociali ha comunque informato queste ultime sui contenuti della presente deliberazione, trasmettendo le bozze degli allegati B, C, e D alla presente deliberazione, costituendone parte integrante e sostanziale, tramite posta elettronica in data 16 dicembre 2022 e successivo incontro in data 20 dicembre 2022;

3\_gli atti programmatici di cui sopra non comportano spesa, in quanto quest'ultima sarà determinata nell'ambito dei nuovi Accordi Integrativi Regionali, che dovranno essere sottoscritti dalla Regione, dall'Azienda USL della Valle d'Aosta e dalle rappresentanze sindacali all'interno degli appositi organismi richiamati al punto 2, i quali daranno attuazione alle disposizioni programmatiche in parola, perfezionando le modalità di coinvolgimento del personale convenzionato con il SSR ed i relativi incentivi economici;

4\_la successiva spesa di cui al punto 3 troverà copertura a valere sulle risorse di cui all'art. 19 (Determinazione degli oneri per la retribuzione della quota variabile soggetta a incentivazione per il personale in regime di convenzione con il Servizio sanitario regionale) della legge regionale 22 dicembre 2022, n. 35 e successiva deliberazione della Giunta regionale n. 145 in data 14 febbraio 2022 "Approvazione della ripartizione delle risorse a

disposizione dell'Azienda USL della Valle d'Aosta, per il triennio 2022/2024, per il riconoscimento dei miglioramenti economici previsti per il personale in regime di convenzione con il Servizio sanitario regionale, ai sensi dell'articolo 19, comma 2, della l.r. 35/2021", nell'ambito dei finanziamenti annuali trasferiti dalla Regione all'Azienda USL della Valle d'Aosta per il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Ritiene pertanto necessario approvare il documento generale di programmazione dell'assistenza territoriale ai sensi dell'art. 1, comma 2 del DM Salute del 23/05/22, n. 77, allegato A alla presente deliberazione, nonché gli ulteriori relativi allegati A1, A2, B, C, D sopra descritti.

Dà atto, pertanto, che la presente deliberazione non comporta nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

Propone di procedere alla revoca dell'allegato A "Ambiti territoriali per l'erogazione dell'assistenza sanitaria primaria" alla deliberazione della Giunta regionale n. 1304 in data 9 maggio 2008 "Approvazione dello spostamento del comune di Sarre dal Distretto n. 2 al Distretto n. 1 e di nuove determinazioni e modificazione delle deliberazioni della Giunta regionale n. 1611 in data 14 maggio 2011 e n. 2449 del 29 luglio 2005", in quanto il punto (Ambiti territoriali per l'erogazione dell'assistenza primaria) dell'Allegato A alla presente deliberazione ridefinisce gli ambiti territoriali per l'erogazione dell'assistenza primaria in Valle d'Aosta al fine di renderli maggiormente rispondenti alla necessità di garantire l'assistenza e il diritto di scelta dei cittadini in situazione di grave carenza di medici del ruolo unico.

#### LA GIUNTA REGIONALE

- richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 1713, in data 30 dicembre 2021, concernente l'approvazione del documento tecnico di accompagnamento al bilancio e del bilancio finanziario gestionale per il triennio 2022/2024 e delle connesse disposizioni applicative;

- visto il parere favorevole di legittimità sulla proposta della presente deliberazione rilasciato dal Dirigente della Struttura Assistenza territoriale, formazione e gestione del personale sanitario, ai sensi dell'articolo 3, comma 4, della legge regionale 23 luglio 2010, n. 22;

su proposta dell'Assessore alla sanità, salute e politiche sociali, Roberto Alessandro Barmasse;

a unanimità di voti favorevoli

#### DELIBERA

1. di adottare, recependo quanto indicato in premessa, i seguenti documenti allegati A, A1, A2, B, C e D alla presente deliberazione, per formarne parte integrante e sostanziale:

- il documento generale di programmazione dell'assistenza territoriale ai sensi dell'art. 1, comma 2 del DM Salute del 23/05/22, n. 77, allegato A;
- i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dell'attività di Centrale Operativa Territoriale (COT), allegato A1;
- i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dell'attività di Ospedale di Comunità (OdC), allegato A2;
- l'atto programmatico "Istituzione delle forme organizzative monoprofessionali (AFT) dei medici di medicina generale e nuova definizione degli ambiti per l'erogazione dell'assistenza primaria in Valle d'Aosta", in attuazione dell'art. 8, comma 2, dell'Accordo Collettivo Nazionale per i rapporti con la medicina generale, reso esecutivo in data 28 aprile 2022, allegato B;

- l'atto programmatico "Istituzione delle forme organizzative monoprofessionali (AFT) dei medici pediatri di libera scelta in Valle d'Aosta", in attuazione dell'art. 8, comma 2, dell'Accordo Collettivo Nazionale per i rapporti con i medici pediatri di libera scelta, reso esecutivo in data 28 aprile 2022, allegato C;
  - l'atto "Istituzione delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) in Valle d'Aosta", in attuazione dell'art. 8, comma 2, degli Accordi Collettivi Nazionali per i rapporti con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta resi esecutivi in data 28 aprile 2022 e dell'articolo 6, comma 2, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, reso esecutivo in data 30 marzo 2020 e s.m.i, allegato D;
2. di procedere, in corso di applicazione del documento di cui allegato A, all'adozione dei successivi atti e/o provvedimenti regionali dedicati ai singoli ambiti di intervento;
  3. di dare atto che la presente deliberazione non comporta nuovi o maggiori oneri sul bilancio regionale e che, con riferimento agli allegati B, C e D, si demanda ai successivi AIR l'attuazione degli stessi e la relativa spesa troverà copertura a valere sulle risorse di cui all'art. 19 della l.r. 35/2022 e successiva DGR n. 145/2022, nell'ambito dei finanziamenti annuali trasferiti dalla Regione all'Azienda USL della Valle d'Aosta per il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA);
  4. di revocare l'allegato A "Ambiti territoriali per l'erogazione dell'assistenza sanitaria primaria" alla deliberazione della Giunta regionale n. 1304 in data 9 maggio 2008;
  5. di notificare la presente deliberazione all'Azienda USL della Valle d'Aosta per gli adempimenti di competenza;
  6. di trasmettere la presente deliberazione al Ministero della salute e all'Unità di Missione PNRR presso il Ministero della salute;
  7. di disporre che la presente deliberazione sia pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione.

§

## **Elenco degli allegati alla DGR n. 1609 in data 22 dicembre 2022**

**Allegato A** (Pag.11)  
Documento generale di programmazione dell'assistenza territoriale ai sensi dell'art. 1, comma 2 del DM Salute del 23/05/22, n. 77.

**Allegato A1** (Pag. 54)  
I requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi della Centrale Operativa Territoriale (COT)

**Allegato A2** (Pag. 59)  
I requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi dell'Ospedale di Comunità (OdC)

**Allegato B** (Pag. 68)  
Atto programmatico "Istituzione delle forme organizzative monoprofessionali (AFT) dei medici di medicina generale e nuova definizione degli ambiti per l'erogazione dell'assistenza primaria in Valle d'Aosta"

**Allegato C** (Pag. 87)  
Atto programmatico "Istituzione delle forme organizzative monoprofessionali (AFT) dei medici pediatri di libera scelta in Valle d'Aosta"

**Allegato D** (Pag. 105)  
Atto programmatico "Istituzione delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) in Valle d'Aosta"

## Allegato A

### DOCUMENTO GENERALE DI PROGRAMMAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE AI SENSI DELL'ART. 1, COMMA 2 DEL DM SALUTE DEL 23/05/22, N. 77.

#### ANALISI DI CONTESTO

##### Contesto socio demografico

L'analisi di contesto della popolazione residente in Valle d'Aosta evidenzia come la popolazione anziana (over 65) rappresenti il 24,7% della popolazione totale nella regione, percentuale più elevata della media nazionale pari al 23%. Il numero degli over 65, secondo le proiezioni ISTAT, tenderà a crescere nei prossimi anni, coerentemente con l'andamento nazionale (26% vs 25% nel 2026 e 28,5% vs 27% nel 2031).

Popolazione residente	Valori assoluti e percentuali
Al 31.12.2022	123.337
Over 65 anni al 1.1.2022	30.430 (24,7%)
Over 74 anni al 1.1.2022	16.828 (13,64%)
Prevista al 2026	121.239 valore mediano*
Prevista al 2031	118.762 valore mediano
Over 65 anni al 2026	31.552 (26 %)
Over 74 anni al 2031	34.322 (28,9 %)

\* Calcolato tra il limite inferiore e il limite superiore della previsione ISTAT

La popolazione in Valle d'Aosta registra da sei anni un progressivo spopolamento, con una perdita complessiva di oltre 3.000 unità. L'età media della popolazione valdostana è poco più elevata della media italiana così come l'indice di vecchiaia. La speranza di vita negli uomini è inferiore di oltre un anno rispetto al dato medio nazionale, sia alla nascita, sia a 65 anni, mentre per le donne si equivale al dato nazionale.

INDICATORE	Valle d'Aosta	ITALIA
Età media della popolazione	46,4 anni	45,7 anni
Indice di vecchiaia	188,4	178,4
Speranza di vita alla nascita Maschi	79,6 anni	81 anni
Speranza di vita alla nascita Femmine	85,4 anni	85,3 anni
Speranza di vita a 65 anni Maschi	18,4 anni	19,3 anni
Speranza di vita a 65 anni Femmine	22,6 anni	22,5 anni
Tasso di natalità (per 1000 ab)	7,28	7,54

##### Modello organizzativo regionale

In Valle d'Aosta è presente un'unica Azienda Unità Sanitaria Locale e il contesto organizzativo di riferimento per l'erogazione dell'assistenza territoriale è attualmente costituito dalla suddivisione del territorio in n. 4 Distretti socio-sanitari:

- Distretto 1: Alta Valle
- Distretto 2: Aosta e cintura
- Distretto 3: Media Valle
- Distretto 4: Bassa Valle

La situazione strutturale che definisce l'attuale offerta dell'assistenza di cure primarie è sintetizzabile con il seguente prospetto:

Indicatore	Attivo/attuato	Fabbisogno standard	Standard/Riferimento regionale	Fonte dati e anno
Medici di medicina generale (MMG)	76	90	Rapporto ottimale 1 ogni 1.200 abitanti □ 14 anni (art. 23 AIR 1451/2006)	SISAC ° Rilevazione all' 1.1.2022
Pediatri di libera scelta (PLS)	12	17	12 PLS Distretti 1 e 2 5 PLS Distretti 3 e 4 (art. 1 AIR 1241/2017)	SISAC ° Rilevazione all' 1.1.2022
Postazioni continuità assistenziale (CA)	9 sedi		9 sedi (art. 1 AIR 1398/2021)	Annuario statistico SSN 2019
Medici continuità assistenziale (MCA)	32	35	Rapporto ottimale 1 ogni 3.500 abitanti (art. 2 AIR 1624/2007, confermato dall'art. 1 AIR 1398/2021)	SISAC ° Rilevazione all' 1.1.2022
Ore MCA	63.156			SISAC ° Rilevazione all' 1.1.2022

°Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC)

Gli ambulatori dei medici di assistenza primaria ad accessibilità diretta per tutti i cittadini (MAP) sono diretti a migliorare la risposta sul territorio ai bisogni dei cittadini, attraverso l'accesso diretto diurno-feriale, in orari meno coperti dagli ambulatori privati dei medici di assistenza primaria stessi, e ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso ospedaliero per bisogni che possono trovare risposta sul territorio. Inizialmente istituiti nelle sedi dei 4 poliambulatori dei Distretti socio-sanitari, ovvero Morgex, Aosta, Châtillon e Donnas (DGR 114/2018), con DGR 837/2022 è stata estesa la possibilità di attivazione degli stessi in ulteriori sedi da parte dell'Azienda USL della Valle d'Aosta.

Al fine di ottimizzare l'erogazione dell'assistenza in considerazione della conformazione territoriale e dislocazione abitativa della regione, i Distretti socio-sanitari sono stati suddivisi in ambiti territoriali come rappresentati nel seguente prospetto:

	Distretto	Ambiti territoriali/sedi
Medici del ruolo unico di assistenza	Distretto 1	n. 2 ambiti territoriali
	Distretto 2	n. 2 ambiti territoriali

primaria a ciclo di scelta	Distretto 3	ambito territoriale unico
	Distretto 4	n. 4 ambiti territoriali
Medici pediatri di libera scelta	Distretti 1 e 2	unico ambito territoriale
	Distretti 3 e 4	unico ambito territoriale
Sedi di continuità assistenziale	Distretto 1	3 sedi
	Distretto 2	1 sede
	Distretto 3	2 sedi
	Distretto 4	3 sedi

L'approvando Piano regionale per la salute e il benessere sociale in Valle d'Aosta 2022/2025 (di seguito PSBS), approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 394 in data 11 aprile 2022 e inviato per l'approvazione al Consiglio regionale, conferma il ruolo fondamentale costituito dal Distretto in coerenza con il DM 77/2022 ed indica una riqualificazione dell'attuale assetto, con la definizione di 2 Distretti, invece degli attuali 4.

Alla luce di detta definizione e al fine di migliorare l'organizzazione dell'assistenza primaria ivi erogata, nell'ambito dei rispettivi documenti programmatori della Regione ai sensi degli ACN vigenti, saranno stabiliti gli ambiti territoriali di iscrizione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e dei medici pediatri di libera scelta relativamente all'esercizio della scelta degli stessi da parte dei cittadini e dell'apertura degli studi medici.

La Valle d'Aosta, come noto, non ha dato corso sul proprio territorio alla Legge n.189/2012 (nota come Decreto Balduzzi) e intende con il PSBS 2022/2025 aggiornare il proprio modello organizzativo dell'offerta territoriale anche avvalendosi di quanto previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

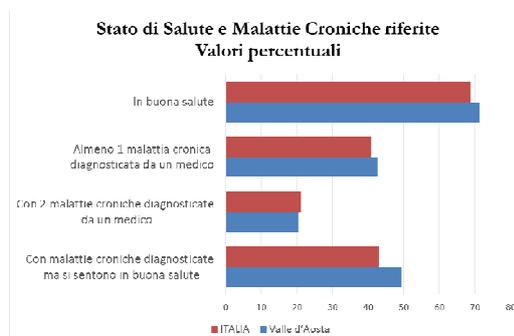
Con il PSBS, la Regione ritiene opportuno completare anche quanto non attuato dal precedente documento di programmazione regionale, come:

- sviluppare l'associazionismo dei MMG e PLS da attuare anche nelle nuove forme organizzative (AFT- e UCCP) previste dalla contrattazione nazionale;
- potenziare l'integrazione della medicina generale, della pediatria di libera scelta e della specialistica ambulatoriale tra di loro, e con i restanti servizi aziendali, al fine di garantire una migliore continuità assistenziale al cittadino;
- adottare e sperimentare modelli innovativi di cure primarie, per altro già dimostratisi efficaci, basati sulla medicina d'iniziativa. Gli strumenti a supporto delle attività della medicina di iniziativa sono quelli orientati alla costruzione di registri di patologia e all'utilizzo dei sistemi informativi.

## Contesto epidemiologico

Secondo l'ultima indagine campionaria disponibile dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana", i dati regionali posti a confronto con la media nazionale sono i seguenti:

STATO DI SALUTE E MALATTIE CRONICHE RIFERITE, Valori percentuali	Valle d'Aosta	ITALIA
In buona salute	71,3	68,8
Almeno 1 malattia cronica diagnosticata da un medico	42,7	40,9
Con 2 malattie croniche diagnosticate da un medico	20,5	21,1
Con malattie croniche diagnosticate ma si sentono in buona salute	49,3	43,1
<b>QUALI MALATTIE CRONICHE RIFERISCONO</b> Valori percentuali		
Diabete	5,2	5,8
Ipertensione	16,0	17,9
Bronchite cronica	5,9	6,1
Artriti e artrosi	15,0	16,0
Osteoporosi	6,8	8,1
Malattie del cuore	5,3	4,2
Allergie	13,1	11,4
Disturbi del sistema nervoso centrale	4,6	4,8
Ulcera gastrica	3,0	2,6



Prescindendo dall'appropriatezza del ricovero, l'ospedalizzazione per le malattie cardio e cerebrovascolari, le malattie metaboliche, il diabete mellito e la salute mentale ci consente comunque una valutazione su alcune situazioni cliniche favorevoli la cronicità, poste a confronto con il dato nazionale.

TASSO std di OSPEDALIZZAZIONE in ricovero ORDINARIO ogni 100.000 abitanti PER:	Valle d'Aosta		ITALIA	
	maschi	femmine	maschi	femmine
Forme acute e subacute di ischemia cardiaca <sup>1</sup>	366,3	121,8	460,6	171,3
Infarto miocardico acuto (IMA)	276,0	94,8	342,0	132,5
Malattie cerebrovascolari compressive, ictus emorragico <sup>2</sup> , ischemico, altre incluso TIA <sup>3</sup>	717,6	642,2	573,8	423,2
Ictus emorragico	88,3	74,8	90,6	58,6
Ictus ischemico più altre cerebrovascolari incluso TIA	480,47	438,7	313,3	265,9

<sup>1</sup> Codici ICD9 CM 410-411

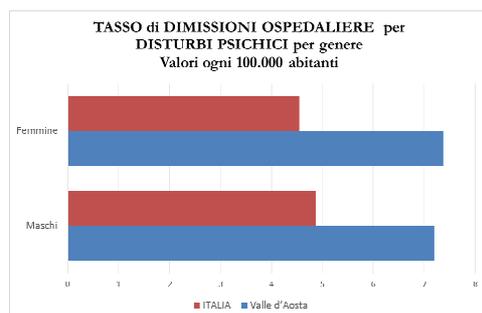
<sup>2</sup> Codici ICD9 CM 430-438

<sup>3</sup> TIA (Trans Ischemic Attack) e altre cerebrovascolari. Codici ICD 9 CM 434-437

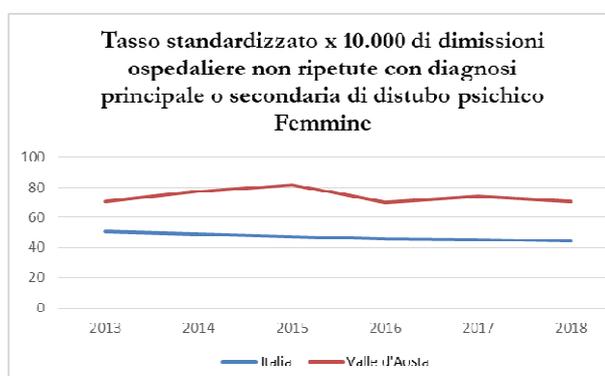
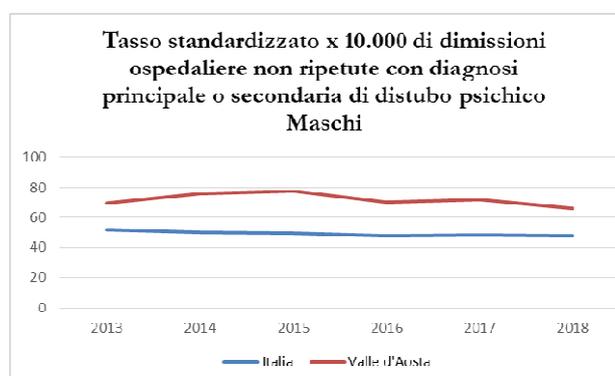
TASSO std di OSPEDALIZZAZIONE per regime di ricovero ogni 100.000 abitanti PER:				
Diabete (ricovero ordinario o day hospital)	72,75	42,81	68,21	41,85
Diabete in ricovero ordinario	69,78	39,51	62,98	38,74
Diabete in day hospital	2,97	3,30	5,3	3,11

Con attenzione alla salute mentale il numero di persone dimesse almeno una volta con diagnosi primaria o secondaria di disturbo psichico in Valle d'Aosta si è confermato tra i più elevati a livello nazionale, sia per gli uomini che per le donne in tutte le fasce di età ad esclusione della prima (fino a 18 anni), come dimostra la tabella e la figura che seguono.

TASSO di DIMISSIONI OSPEDALIERE per DISTURBI PSICHICI e CLASSE di ETÀ ogni 100.000 abitanti	Valle d'Aosta		ITALIA	
	masc hi	femmin e	masc hi	femmine
Fino a 18 anni	2,31	1,98	4,86	3,40
Da 19 a 64 anni	4,28	4,25	3,22	3,03
Da 65 a 74 anni	7,93	8,54	4,31	4,77
Oltre i 75 anni	32,48	32,76	15,06	15,40
Complessivo per tutte le classi di età	7,20	7,38	4,87	4,55

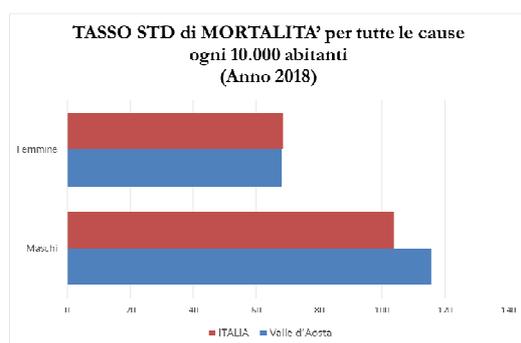


I due grafici che seguono mostrano, separatamente per i due generi, il trend temporale dal 2013 di questo indicatore per 10.000 abitanti in Valle d'Aosta e in Italia, rilevando sull'intero periodo un eccesso di dimissioni a livello regionale sia per i maschi, sia per le femmine.

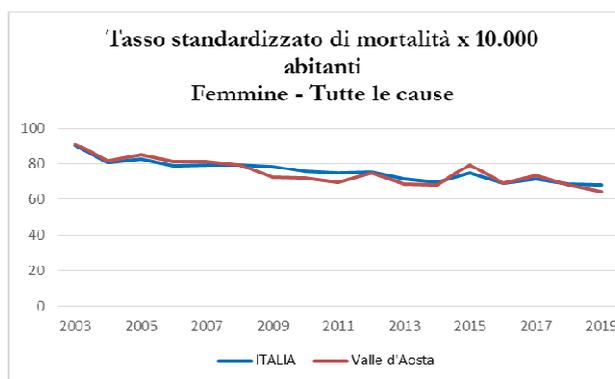
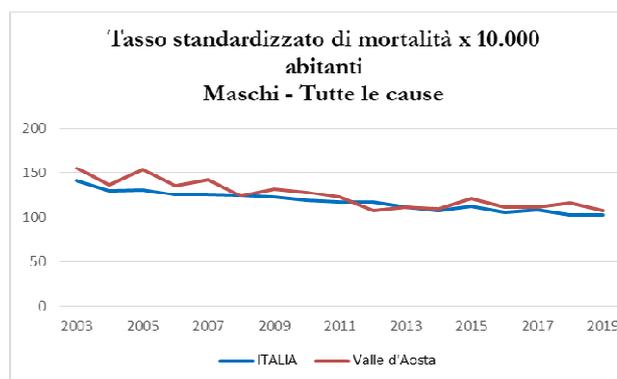


**Mortalità.** Nel confronto con i dati nazionali dell'Istat, gli indicatori regionali della mortalità per tutte le cause mostrano, nel trend temporale (2006-2018) descritto dalla tabella che segue, valori più elevati nei maschi, mentre nelle femmine il tasso di mortalità approssima quello media nazionale.

TREND del TASSO STD di MORTALITA' per tutte le cause ogni 10.000 abitanti.	Valle d'Aosta		ITALIA	
	2018	2006	2018	2006
Mortalità per tutte le cause Maschi	115,7	135,7	103,6	125,7
Mortalità per tutte le cause Femmine	68,15	81,5	68,55	78,8



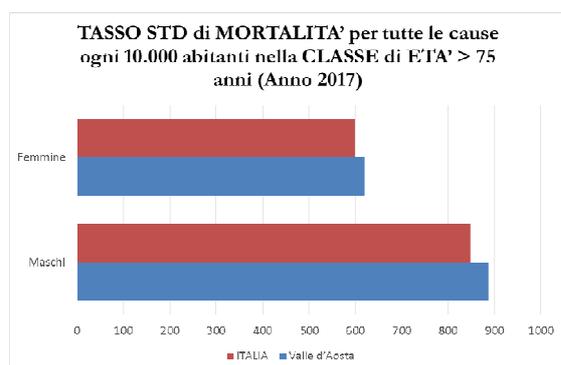
I due grafici che seguono mostrano, separatamente per i due generi, il trend della mortalità per tutte le cause in Valle d'Aosta e in Italia dal 2003. A differenza dei primi 10 anni del 2000, i valori regionali tra gli uomini segnano ora una riduzione nell'eccesso di mortalità, mantenendosi sempre più elevati; mentre le donne, che tra il 2008 e il 2014 presentavano valori della mortalità inferiori alla media nazionale, stanno nuovamente approssimando il trend nazionale.



Una ulteriore particolarità riguarda una mortalità differenziale più elevata in Valle d'Aosta rispetto alla media nazionale nell'ultima classe di età (oltre i 75 anni) per entrambi i generi, come illustrato dalla tabella e dalla figura che seguono nell'ultimo dato utile al confronto: uno svantaggio che potrebbe essere attribuito a una gestione non ottimale della cronicità proprio nelle persone anziane.

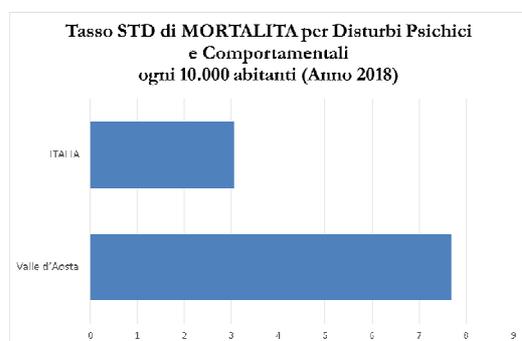
TASSO STD di MORTALITA' per tutte le cause ogni 10.000 abitanti nella CLASSE di ETA' > 75 anni (Anno 2017)	Valle d'Aosta	ITALIA
		A

Mortalità per tutte le cause Maschi	886,9	848,0
Mortalità per tutte le cause Femmine	620,0	598,8



Nelle fasi non contrassegnate da un'emergenza pandemica, le azioni più efficaci per ridurre la mortalità sono quelle verso le prime due cause di morte (malattie del sistema circolatorio e tumori) che, da sole, in Valle d'Aosta, rappresentano il 59,6% della mortalità complessiva (63% a livello nazionale). Un'attenzione specifica deve poi essere dedicata in Valle d'Aosta ai disturbi psichici e comportamentali che, già nel 2018, sono da annoverare tra le prime tre cause di morte. Di seguito la tabella confronta il tasso standardizzato di mortalità totale per le prime due cause di decesso in Valle d'Aosta con il valore medio nazionale riferito all'ultimo anno disponibile. Per i disturbi psichici e comportamentali la Valle d'Aosta registra una sovra mortalità rispetto al dato nazionale come sintetizzato nella figura che segue.

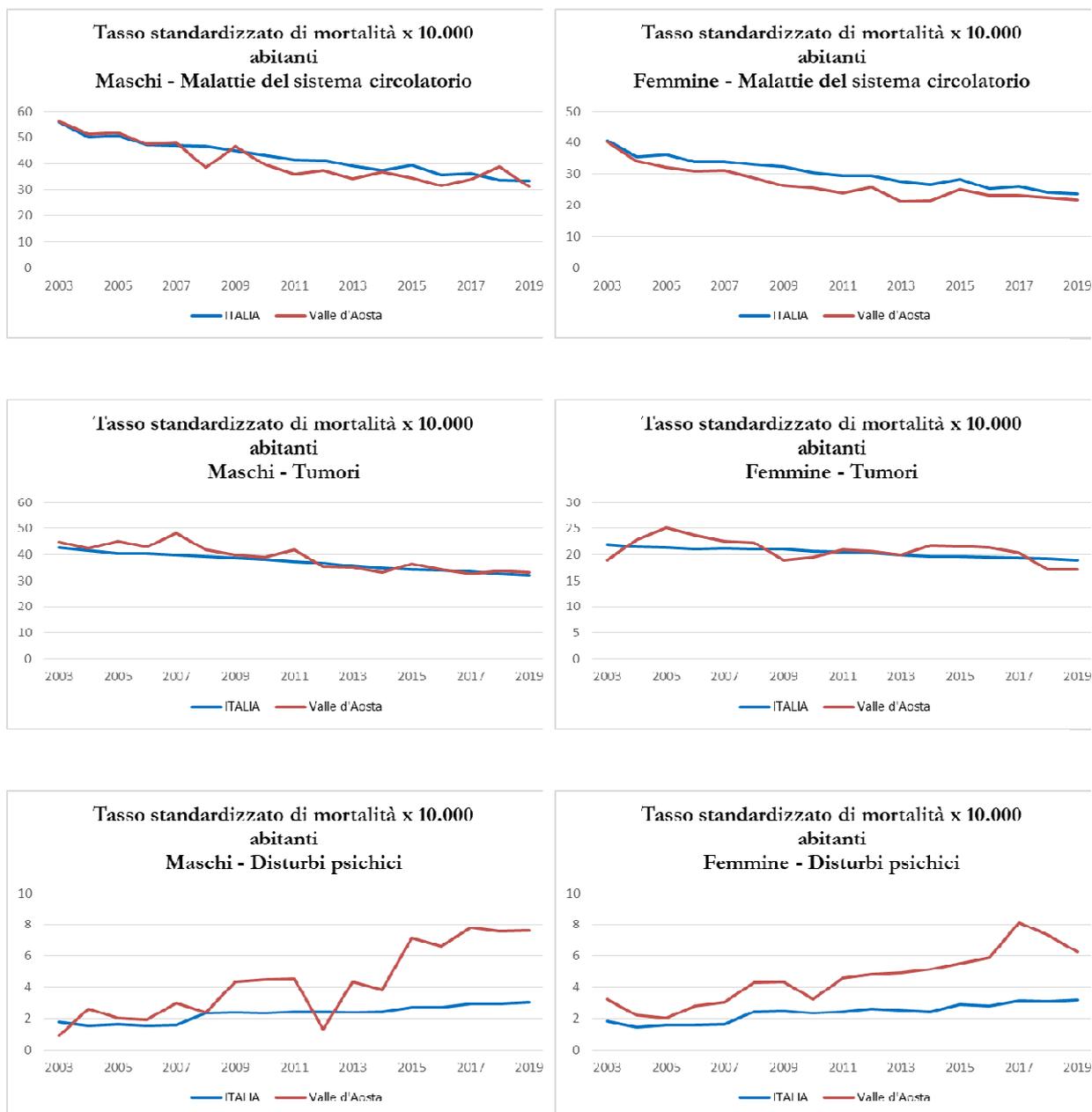
Tasso STD di MORTALITA ogni 10.000 abitanti (2018) PER LE PRIME CAUSE DI DECESSO	Valle d'Aosta	ITALIA
<b>Mortalità TOTALE</b>	87,98	82,93
Malattie del sistema circolatorio	28,77	28,08
di cui cerebrovascolari	9,0	7,01
Tutti i Tumori	24,0	24,71
di cui maligni	22,98	23,46
Disturbi psichici e comportamentali	7,68	3,07
di cui demenza	6,86	2,81



Nei grafici di seguito si riportano i trend temporali della mortalità per malattie del sistema circolatorio e tumori in Valle d'Aosta e in Italia dal 2003, separatamente per maschi e femmine.

Mentre per le malattie del sistema circolatorio si registrano, per entrambi i generi, andamenti temporali migliori della media nazionale, la medesima considerazione non può riguardare i tumori che mostrano un andamento spesso eccedente la media nazionale sia tra i maschi, sia tra le femmine.

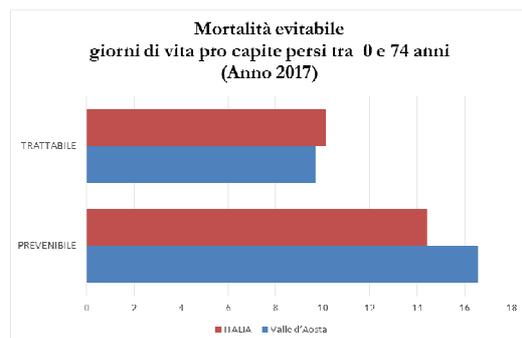
Infine, l'ultimo grafico illustra una caratteristica della mortalità regionale che vede da lungo tempo eccedere il valore regionale rispetto a quello medio nazionale in entrambi i generi per le cause di morte attribuite a disturbi psichici, che escludono la morte per suicidio.



Differenziando l'analisi sulla mortalità, la mortalità "precoce" è la mortalità che si verifica tra i 30 e i 69 anni e in Valle d'Aosta, dal 2007 al 2017, si è ridotta più di quanto non sia avvenuto a livello nazionale (30% contro 18%). La mortalità "evitabile", invece, è la mortalità calcolata sui decessi tra 0 e 74 anni e ha due componenti: la prima è la mortalità "prevenibile" con interventi di prevenzione primaria e secondaria efficaci; la seconda è la mortalità cosiddetta "trattabile" attraverso servizi sanitari di qualità. La tabella e la figura che

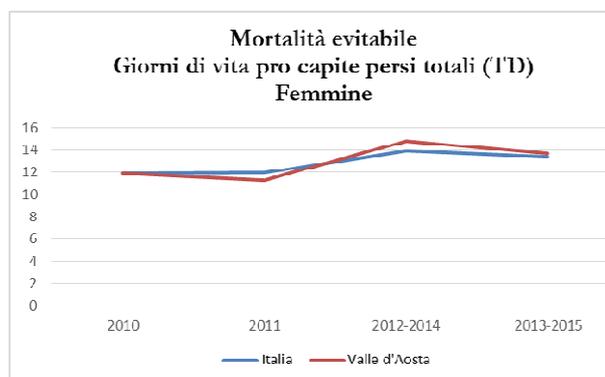
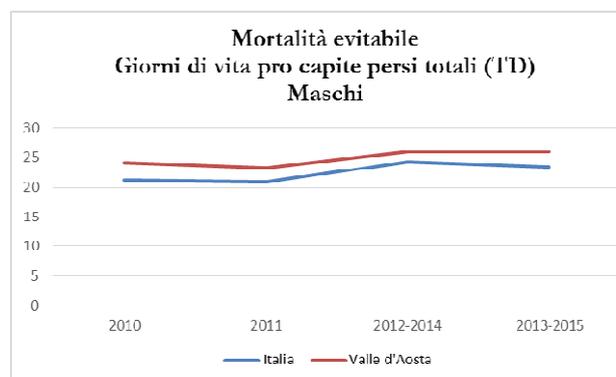
seguono mostrano come in Valle d'Aosta si registri un eccesso di mortalità "prevenibile" sia sulla componente "trattabile", sia rispetto al dato nazionale (considerando l'ultimo anno disponibile).

MORTALITA EVITABILE in giorni di vita pro capite persi tra 0 e 74 anni (Anno 2017)	Valle d'Aosta	ITALIA
Giorni di vita pro capite persi TOTALI	20,39	18,47
Di cui PREVENIBILE con adeguata prevenzione	16,58	14,43
Di cui TRATTABILE con servizi di qualità	9,70	10,14



Mortalità evitabile MEV(i)\_ 2019

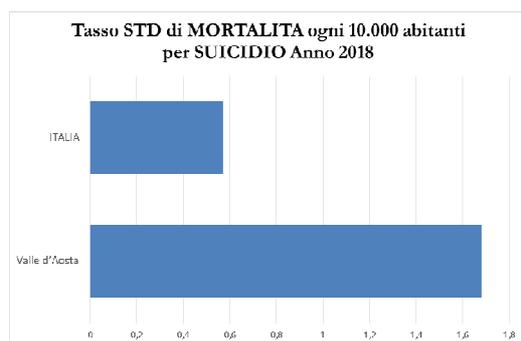
Il grafico sottostante riporta il trend temporale dal 2010, separatamente per maschi e femmine, della mortalità evitabile espressa in giorni di vita pro capite totali persi (sia per parte prevenibile, sia per parte trattabile) in Valle d'Aosta e in Italia, evidenziando la situazione di svantaggio per i maschi valdostani sull'intero periodo mentre per le femmine a partire dal 2011.



Un'analisi a parte va riservata alla mortalità per suicidio, non sempre totalmente correlabile alla salute mentale. I suicidi in Valle d'Aosta, nell'ultimo dato utile per il confronto con il valore nazionale (2018), sono 23 e, in rapporto alla popolazione, determinano un tasso standardizzato di mortalità per questa causa più elevato del livello medio nazionale, come mostra la tabella e la figura che seguono.

Tasso STD di MORTALITA ogni 10.000 abitanti) per SUICIDIO Anno 2018	Valle d'Aosta	ITALIA

Mortalità TOTALE	1,68	0,57
------------------	------	------



Istat 2021 Cause di morte 2018

### Stratificazione per cronicità e intensità assistenziale

Utilizzando come fonti informative quelle che corrispondono ai Flussi Informativi NSIS, resi disponibili dalla Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta e, in particolare:

- Anagrafe Assistiti – Esenzioni per patologia
- Farmaceutica Territoriale
- Distribuzione diretta Distribuzione Per Conto (DPC)
- Ricoveri
- Pronto Soccorso
- ADI
- Specialistica

È stata condotta una analisi per 4 anni (2016, 2017, 2018, 2019) e le patologie interessate sono state:

- BPCO
- Ipertensione
- Scopenso Cardiaco
- Diabete
- Alzheimer
- Parkinson
- Demenze

La prevalenza stimata ogni 1.000 abitanti per ciascuna di queste patologie in Valle d'Aosta è risultata la seguente:

Patologia	Prevalenza stimata ogni 1.000 abitanti
Diabete	52,6
BPCO	29,3
Scopenso Cardiaco	9,1
Ipertensione	211,1
Demenze	7,7
Parkinson	7,2
Alzheimer	3,2

Riconducendo l'analisi ad una stratificazione "piramidale" della popolazione residente che consenta, in fase di programmazione sanitaria, di stimare il carico assistenziale da garantire nella gestione della cronicità, la popolazione è risultata così distribuita:

Nessuna patologia 65,3% (Base della piramide) = Interventi di prevenzione e rimozione dei fattori di rischio

Una patologia 19,1%

Da 2 a 5 patologie 14,7%

Più di 5 patologie 0,7% (Apice della piramide) = Carichi assistenziali elevati

Nei due strati intermedi il carico assistenziale (da moderato a media intensità) vede impegnati diversi setting assistenziali in PDTA condivisi ed è dall'efficacia di questi protocolli e dall'interoperabilità dei professionisti che si contrasta quanto più possibile la traslazione verso l'apice della piramide assistenziale.

Nel grafico 1, infine, si riporta la percentuale di persone trattate in assistenza domiciliare integrata per livello di intensità assistenziale sul totale e si evidenzia il contributo che le diverse tipologie di professionisti apportano in termini di accessi sul totale per livello di Coefficiente di intensità assistenziale (CIA)

E' stata infatti demandata all'Azienda USL della Valle d'Aosta con DGR n.76/2021 l'individuazione di azioni operative finalizzate all'adeguamento delle modalità di organizzazione ed erogazione delle cure domiciliari con particolare riferimento alla valutazione del bisogno degli assistiti secondo il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA), nonché al fabbisogno di personale sanitario, ausiliario, amministrativo per l'erogazione delle cure domiciliari secondo le linee guida allegate all'atto stesso della Giunta regionale.

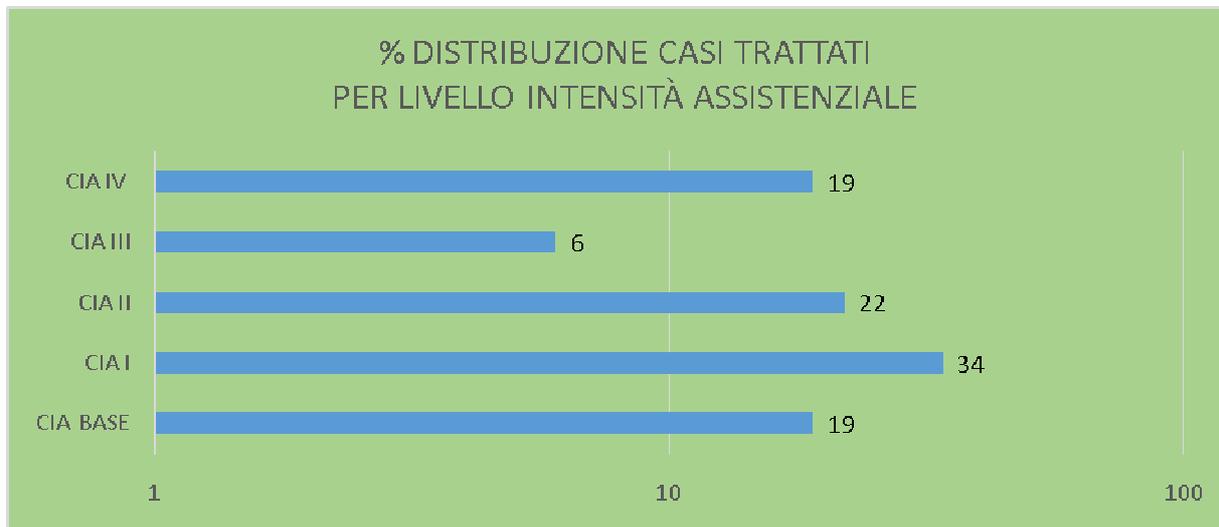


Grafico 1 - % utenti per intensità assistenziale

### **Efficacia, efficienza ed esiti delle cure**

La riorganizzazione dell'assistenza territoriale, sanitaria, socio sanitaria, sociale e integrata, attraverso i modelli e gli standard di sviluppo del DM 77, innovativi per il contesto

regionale, prende avvio da una situazione di contesto regionale la cui efficacia ed efficienza delle cure viene descritta a livello nazionale attraverso gli indicatori che seguono.

I primi qui considerati sono indicatori indiretti, come l'ospedalizzazione evitabile, per condizioni trattabili sul territorio e di cui si illustrano gli esiti di seguito.

La fonte degli indicatori è il PNE Agenas con dati riferiti al 2021 dove già disponibili e l'analisi del trend considera il periodo a partire dall'anno 2015 fino all'ultimo anno disponibile.

#### Ospedalizzazione per amputazioni degli arti inferiori nei pazienti diabetici.

Il paziente affetto da diabete mellito può andare incontro a numerose complicanze: mentre le complicanze a breve termine del diabete (chetoacidosi, iperosmolarità e coma) possono derivare da una gestione non appropriata della malattia, da un'errata somministrazione di insulina o da una scarsa *compliance* del paziente alla dieta, le complicanze a lungo termine derivano invece da uno scarso controllo a lungo termine della malattia e comprendono essenzialmente complicanze circolatorie periferiche, la retinopatia, la nefropatia e la neuropatia diabetica. Una complicanza che determina un sostanziale scadimento della qualità della vita del paziente diabetico è rappresentata dall'amputazione degli arti inferiori. L'intervento di amputazione è eseguito infatti più frequentemente in soggetti che hanno una storia di gestione della patologia non ottimale.

Dal 2015 la situazione regionale è sostanzialmente costante.

I pazienti residenti amputati nel 2021 sono 3, nessuno in una struttura fuori regione. Il rischio di essere amputati in Valle d'Aosta nel 2021 per conseguenze del diabete ( $RR_{adj} = 0.4$ ), seppure calcolato su una numerosità esigua, è inferiore alla media nazionale ( $RR_{adj} = 1.00$ ). Per correttezza statistica si rammenta che è necessario valutare un trend temporale più ampio per ottenere stime stabili.

#### Ospedalizzazione in regime ordinario per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è caratterizzata da una limitazione del flusso aereo non completamente reversibile, di solito progressiva, e associata ad un'anormale risposta infiammatoria polmonare in seguito all'inalazione di particelle o gas nocivi, soprattutto fumo di sigaretta. La BPCO rappresenta una delle cause più importanti di mortalità e morbosità nei paesi industrializzati; è ritenuta attualmente la quarta causa di morte nel mondo e si prevede che raggiungerà il terzo posto nell'anno 2020.

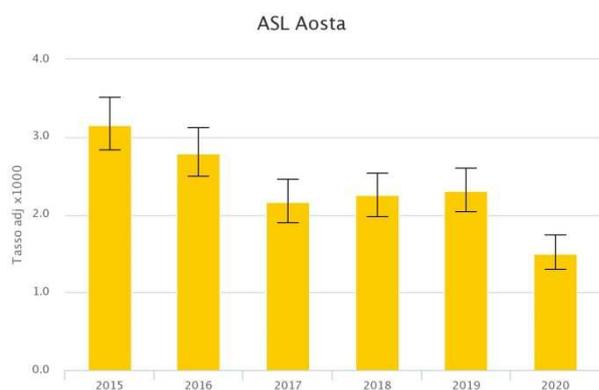
Le riacutizzazioni della malattia sono associate ad un aumento delle ospedalizzazioni e della mortalità.

La stima del numero di ospedalizzazioni per BPCO permette di valutare la qualità dell'assistenza territoriale per tale patologia, dal momento che una gestione adeguata a livello extra-ospedaliero permette di ridurre l'insorgenza di complicanze e di conseguenza il ricorso all'ospedalizzazione per tali pazienti.

L'indicatore "Ospedalizzazione in regime ordinario per broncopneumopatia cronica ostruttiva" misura le ospedalizzazioni per BPCO e non valuta la qualità dell'assistenza ospedaliera ma la capacità dell'assistenza territoriale di gestire adeguatamente la BPCO evitando l'evoluzione verso livelli di gravità maggiori e la conseguente necessità di ricorrere alle ospedalizzazioni per riacutizzazioni, insufficienza respiratoria e, nei casi più gravi, alla chirurgia polmonare.

Dal 2015 la situazione regionale appare in riduzione anche se il 2020 e il 2021 causa pandemia, potrebbero non essere considerati ancora anni ad attività ordinaria, come mostra la figura che segue.

I casi di residenti del 2021 sono 151 di cui 6 (il 4%) in strutture fuori regione. Il dato del 2021 ( $RR_{adj} = 1,4$ ) indica una probabilità di ospedalizzazione per questa patologia nei valdostani superiore alla media nazionale. Per correttezza statistica si rammenta che è necessario valutare un trend temporale più ampio per ottenere stime stabili.



### Ospedalizzazioni per scompenso cardiaco

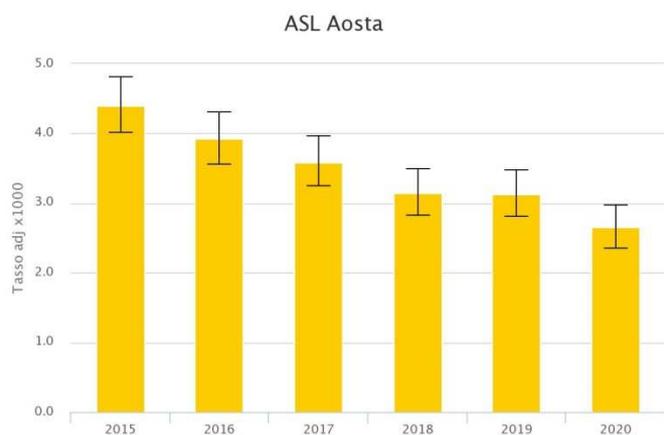
Lo scompenso cardiaco congestizio (SCC) è una malattia cronica e progressiva ed è considerato lo stadio terminale di malattie cardiovascolari, principalmente l'ipertensione arteriosa, la cardiopatia ischemica e le valvulopatie. Il trattamento dello scompenso cardiaco prevede non soltanto di correggere i sintomi ma anche di ritardare la progressione della patologia, ridurre la necessità di ospedalizzazione, aumentare la sopravvivenza e migliorare la qualità della vita. I pazienti con scompenso cardiaco da lieve a moderato (classi NYHA I e II) possono essere gestiti al livello territoriale attraverso periodici controlli specialistici, terapia adeguata e programmi di educazione sanitaria.

Una corretta gestione a livello territoriale dei pazienti con scompenso cardiaco e la definizione di protocolli adeguati per la gestione ambulatoriale permettono di ridurre la progressione della patologia ed evitare il ricorso all'ospedalizzazione. L'indicatore "Ospedalizzazione per scompenso cardiaco" consente di valutare l'appropriatezza e l'efficacia del processo di gestione a livello territoriale per tale patologia.

Dal 2015 la situazione regionale appare in chiara riduzione anche se il 2020 e il 2021 causa pandemia, potrebbero non essere considerati ancora anni ad attività ordinaria, come mostra la figura che segue.

I casi di residenti ospedalizzati per scompenso cardiaco del 2021 sono 318 di cui 9 (il 2,8%) in strutture fuori regione. Il dato del 2021 ( $RR_{adj} = 1,17$ ) che indica una probabilità di ospedalizzazione per questa patologia nei valdostani superiore alla media nazionale.

Per correttezza statistica si rammenta che è necessario valutare un trend temporale più ampio per ottenere stime stabili.



I secondi indicatori qui considerati sono gli INDICATORI DI ESITO di ictus e di infarto del miocardio acuto (IMA) dopo un ricovero per ciascuna di queste cause e non considerano solo i residenti ma l'attività che l'ospedale regionale ha erogato a tutti i pazienti, anche non residenti.

La fonte degli indicatori è il PNE Agenas con dati riferiti al 2021 e l'analisi del trend considera un arco temporale a partire dall'anno 2015.

#### Infarto miocardico acuto: eventi maggiori (MACCE) entro un anno dal ricovero

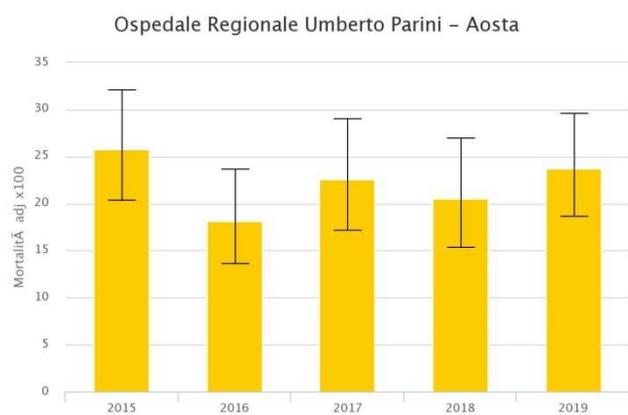
Gli indicatori di eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari (MACCE) entro 12 mesi da un ricovero per infarto acuto del miocardio sono calcolati per valutare la corretta gestione clinico terapeutica del paziente sul territorio.

Una corretta gestione dei pazienti dopo un ricovero per infarto del miocardio prevede un programma di prevenzione secondaria che deve comprendere indicazione dietetiche, modifiche allo stile di vita e la definizione di una corretta strategia farmacologica. L'insorgenza di successivi eventi cardiovascolari o cerebrovascolari, che devono essere evitati con una corretta gestione clinico terapeutica, possono essere fatali in tali pazienti. Il programma dovrebbe essere impostato durante il ricovero ospedaliero e trasmesso al medico di medicina generale in modo che i pazienti possano seguirlo indefinitamente.

Dal 2015 la situazione regionale mostra una certa variabilità. La tendenza è comunque di una lieve flessione.

Nel 2020 i casi ospedalizzati per scompenso cardiaco sono 216. Il dato di rischio (RRadj = 1,04) indica una probabilità in linea con media nazionale.

Per correttezza statistica si rammenta che è necessario valutare un trend temporale più ampio per ottenere stime stabili.



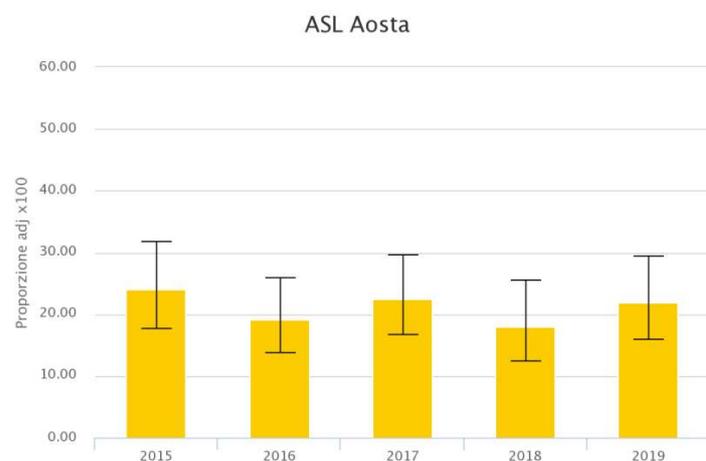
### Eventi maggiori (MACCE) a 12 mesi nei sopravvissuti ad ictus ischemico

L'indicatore è calcolato per valutare la corretta gestione clinico terapeutica sul territorio dopo un ricovero del paziente sopravvissuto ad un ictus ischemico per ictus. L'impostazione del percorso clinico terapeutico prevede un programma di prevenzione secondaria che deve comprendere indicazione dietetiche, modifiche allo stile di vita e la definizione di una corretta strategia farmacologica con l'obiettivo di evitare successivi eventi cardiovascolari o cerebrovascolari che possono essere fatali in tali pazienti. In questo contesto nella definizione di ictus sono comprese le forme ischemiche e sono escluse, a causa della prognosi più infausta, le forme emorragiche, l'emorragia subaracnoidea e le altre non specificate emorragie intracraniche.

Dal 2015 la situazione regionale mostra una certa variabilità. La tendenza sembra segnare una lieve riduzione dei valori.

Nel 2020 i casi sopravvissuti ad un ictus ischemico ospedalizzati per eventi maggiori ad un anno dal precedente ricovero per questa causa sono 102. Il dato di rischio ( $RR_{adj} = 1,11$ ) indica una probabilità per eventi maggiori superiore alla media nazionale.

Per correttezza statistica si rammenta che è necessario valutare un trend temporale più ampio per ottenere stime stabili.



## RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE

### **Funzionamento e organizzazione del Distretto e integrazione sociosanitaria**

I Distretti sono gli ambiti organizzativi territoriali per l'effettuazione di attività e l'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria, di tutela e di promozione della salute, di prestazioni sociosanitarie, di erogazione dei servizi e delle prestazioni socioassistenziali e di integrazione tra servizi sanitari e servizi socioassistenziali. Il Distretto, in particolare, ha una funzione di garanzia verso il cittadino e di committenza verso le strutture di produzione locale, territoriale e ospedaliera. Nello specifico il Distretto deve garantire l'erogazione dei LEA, afferenti al macro-livello del Territorio ad eccezione delle prestazioni proprie del Dipartimento di Salute Mentale, del Dipartimento di Prevenzione e del Dipartimento Materno-Infantile con i quali manterrà forme di coordinamento definite nell'ambito della riorganizzazione della rete territoriale. In un sistema centrato sull'approccio alla persona ed ai suoi bisogni, infatti, è necessario garantire la massima integrazione delle competenze psicologiche.

Le funzioni assegnate e le modalità di governo del Distretto sono delineate negli artt. 3-*quater*, 3-*quinqes* e 3-*septies* del D. Lgs. 229/99, nell'articolo 30 della legge regionale 5/2000 e nel paragrafo il “*Distretto: funzioni e standard organizzativi*” del DM 77/2022. Il Piano Regionale per la Salute e il Benessere Sociale in Valle d'Aosta 2022/2025 (PSBS), nel recepire la citata normativa nazionale, disciplina i principi secondo i quali l'AUSL riorganizzerà i distretti sociosanitari.

Il PSBS, nello specifico, prevede di riorganizzare gli attuali quattro distretti, previsti dall'articolo 30 della l.r. 5/2000 sopra citata, in due distretti sociosanitari. Il primo distretto denominato D1 ricomprenderà l'attuale distretto 1 “Alta Valle” e l'attuale distretto 2 “Aosta e cintura” per una popolazione complessiva di circa 86.000 abitanti.

Il secondo distretto sociosanitario, invece, ricomprenderà gli attuali distretti 3 “Media Valle” e 4 “Bassa Valle” in un unico distretto denominato D2 a cui afferiranno circa 38.000 abitanti. Il territorio della Regione Valle d'Aosta è ricompreso in un unico Ambito Sociale, suddiviso in cinque sub ambiti sociali. Il PSBS, inoltre, prevede scelte organizzative e gestionali innovative per la gestione delle politiche sociali e la realizzazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni in ambito Sociale (LEPS). Nello specifico, il PSBS prevede, con una apposita Legge Regionale e a seguito di uno studio di fattibilità, l'istituzione di un Ente strumentale unico regionale finalizzato ad assolvere la funzione di gestione dei servizi e degli interventi socioassistenziali, mentre con la deliberazione del Direttore generale dell'Azienda USL della Valle d'Aosta n. 578, in data 9 dicembre 2022, è stato approvato il rinnovo, fino al 31 dicembre 2023, dell'accordo di programma del piano di zona della Valle d'Aosta e per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali. La nuova programmazione sociale regionale dovrà, pertanto, tenere conto sia delle indicazioni contenute nel citato PSBS, sia delle indicazioni contenute nel presente documento soprattutto in ambito di programmazione delle attività territoriali, di rafforzamento della medicina di prossimità (attraverso l'istituzione delle Case della Comunità), dei servizi dedicati al supporto dell'integrazione professionale (attraverso l'attivazione della Centrale Operativa Territoriale) e di implementazione delle Cure Domiciliari.

Gli aspetti inderogabili previsti dal PSBS per la costruzione e il funzionamento dei Distretti sono:

- la pianificazione e programmazione delle attività territoriali nella quale è definita la dotazione strutturale, delle risorse strumentali, tecnologiche e umane necessarie a raggiungere gli obiettivi assegnati attraverso l'elaborazione del Programma delle Attività Territoriali (PAT). Il PAT è proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Comitato dei sindaci di distretto e dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale;

- lo sviluppo dell'integrazione sociosanitaria con gli Enti d'Ambito Sociale, anche attraverso meccanismi di delega, accordi di programma, di cui il Piano di Zona (PdZ) costituisce lo strumento prioritario;
- l'erogazione di attività e servizi sanitari efficaci ed efficienti attraverso produzione diretta (anche mediante lo sviluppo di percorsi integrati con l'Ospedale e con gli altri Dipartimenti e/o strutture Aziendali) e committenza verso altre strutture produttive aziendali e strutture extra aziendali.

Il Distretto, ai sensi della citata normativa nazionale e regionale garantisce:

- l'assistenza primaria (MMG e PLS) e di continuità assistenziale (MCA);
- le prestazioni specialistiche ambulatoriali, protesiche e riabilitative;
- la gestione multiprofessionale della cronicità attraverso protocolli diagnostico terapeutici condivisi (PDTA), Progetti Assistenziali Individuali (PAI) e Progetti Individuali di Salute (Pris);
- le cure infermieristiche di comunità;
- l'assistenza sociale anche in forma integrata;
- le prestazioni diagnostiche, di laboratorio e strumentali, erogate da strutture pubbliche e private convenzionate;
- il coordinamento con le farmacie dei servizi, nell'ambito delle politiche aziendali e regionali;
- le cure domiciliari integrate (CDI);
- il coordinamento e lo sviluppo dei servizi di telemedicina in integrazione con le politiche aziendali e regionali in materia;
- il collegamento con la rete di terapia del dolore e di cure palliative e le prestazioni di propria competenza ai sensi della Legge n.38/2010;
- i servizi consultoriali in integrazione con il Dipartimento Materno-Infantile e di Salute Mentale quando necessario;
- le cure termali e di dialisi;
- le cure e servizi territoriali per la salute mentale, in forma residenziale e diurna per le persone insistenti sul proprio territorio in integrazione con il Dipartimento di Salute Mentale e dipendenze patologiche;
- l'assistenza diretta alle persone con dipendenze patologiche per le persone insistenti sul proprio territorio in integrazione con il Dipartimento di Salute Mentale e dipendenze patologiche;
- l'assistenza a bordo pista di sci con i Centri traumatologici;
- i servizi resi dalla rete di Emergenza Urgenza, inclusi i Volontari del soccorso.

Il coordinamento e l'uniformità degli interventi sanitari e delle attività amministrative nei Distretti Sanitari è attualmente garantita dal direttore di Area territoriale, previsto dall'articolo 29 della l.r. 5/2000, a cui gli stessi afferiscono. In attuazione del PSBS 2022-2025, sarà introdotta, attraverso la modifica della legge citata, nell'ambito della Direzione strategica dell'Azienda USL per la Valle d'Aosta la figura del direttore socio-sanitario, in aggiunta al direttore amministrativo e al direttore sanitario, posto a capo dell'Area per l'integrazione e l'assistenza socio sanitaria che, sostituendosi all'attuale Area territoriale e comprendendola, governerà le strutture residenziali territoriali sanitarie e socio sanitarie, darà attuazione all'integrazione socio sanitaria ai sensi dell'art. 3 septies del decreto legislativo n. 502/1992 e garantirà percorsi assistenziali integrati anche in materia di cronicità.

Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento ed è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della AUSL.

Il Direttore di Distretto è il responsabile dell'attività di programmazione del Distretto ed è garante del rispetto del raggiungimento degli obiettivi che gli sono stati assegnati dalla Direzione generale aziendale in materia di efficacia ed efficienza dei servizi erogati. Il principale strumento operativo del Direttore di Distretto è il PAT, che deve essere costruito secondo la logica del sistema di budget e deve prevedere delle verifiche periodiche sull'andamento dei risultati conseguiti.

Il Direttore del Distretto è, inoltre, il responsabile della gestione dei percorsi assistenziali integrati di propria competenza in stretto raccordo con i servizi, professionisti del territorio e dell'ospedale. Il Direttore di Distretto garantisce lo svolgimento delle seguenti attività:

- analisi del fabbisogno e della domanda di assistenza sanitaria e sociosanitaria utile alla programmazione distrettuale;
- gestione, organizzazione e coordinamento della rete dei servizi distrettuali e delle risorse tecnico-professionali, amministrative, patrimoniali e finanziarie assegnate;
- gestione del rapporto con i soggetti convenzionati e con le strutture accreditate;
- coordinamento e concertazione con i responsabili dei dipartimenti territoriali e del presidio ospedaliero dell'AUSL per le attività necessarie a garantire l'integrazione ospedale-territorio e il coordinamento delle attività di prevenzione, dirette alla tutela della salute mentale e delle dipendenze e dirette a garantire la tutela della salute della donna e del bambino;
- è tenuto a garantire la formazione professionale degli operatori che operano nel distretto;
- programma e si fa garante dell'attività sanitaria e sociosanitaria di intesa con l'ambito sociale;
- monitora i dati di attività e i risultati conseguiti in termini qualitativi e quantitativi, in attuazione del programma dell'attività svolta, delle risorse impiegate, dei relativi costi e ricavi nell'ambito della relazione annuale di Distretto, che deve essere predisposta, a consuntivo, quale parte integrante della relazione dell'AUSL.

Il Distretto e il suo Direttore acquisiscono, quindi, la funzione di garanzia attraverso la valutazione dei bisogni di salute della popolazione, la valutazione delle priorità d'azione e della sostenibilità delle scelte, l'orientamento dei livelli di produzione di attività sanitaria come richiesta alle strutture ospedaliere e territoriali, la verifica dei risultati.

**Le forme organizzative monoprofessionali (AFT) dell'assistenza primaria, della pediatria di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professionalità sanitarie ambulatoriali in regime di convenzione e le forme organizzative a carattere multiprofessionale (UCCP) nel nuovo modello organizzativo dell'assistenza territoriale**

L'attivazione delle forme organizzative monoprofessionali (AFT) dell'assistenza primaria e della pediatria di libera scelta in Valle d'Aosta, previste dalla Legge 189/2012, è approvata, anche in applicazione del PSBS 2022/2025, dagli atti programmatori di cui agli allegati B e C che seguono, in particolare:

- Allegato B “Istituzione delle forme organizzative monoprofessionali (AFT) dei medici di medicina generale e nuova definizione degli ambiti per l'erogazione dell'assistenza primaria in Valle d'Aosta”, in attuazione dell'art. 8, comma 2, dell'Accordo Collettivo Nazionale per i rapporti con la medicina generale, reso esecutivo in data 28 aprile 2022, secondo la quale saranno costituite 4 AFT, le quali dovranno afferire alla Casa della Comunità di appartenenza territoriale, a prescindere dal livello di complessità di quest'ultima. Le AFT avranno un'unica sede di riferimento, come di seguito elencato:

	Sede di riferimento dell'AFT	
DISTRETTO 1	AFT 1A	Casa della Comunità di Morgex
	AFT 1B	Casa della Comunità di Aosta
DISTRETTO 2	AFT 2A	Casa della Comunità Châtillon
	AFT 2B	Casa della Comunità di Donnas

- Allegato C “Istituzione delle forme organizzative monoprofessionali (AFT) dei medici pediatri di libera scelta in Valle d'Aosta”, in attuazione dell'art. 8, comma 2, dell'Accordo Collettivo Nazionale per i rapporti con i medici pediatri di libera scelta, reso esecutivo in data 28 aprile 2022, secondo la quale saranno costituite n. 2 AFT, le quali dovranno afferire alla Casa della Comunità di appartenenza territoriale. Ciascuna AFT avrà un'unica sede di riferimento, come di seguito elencato:

	Sede di riferimento dell'AFT	
DISTRETTO 1	AFT	Casa della Comunità di Aosta
DISTRETTO 2	AFT	Casa della Comunità di Donnas

L'attivazione delle forme organizzative a carattere multiprofessionale (UCCP), previste dalla Legge 189/2012 è approvata, anche in applicazione del PSBS 2022/2025, dall'atto programmatico “Istituzione delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) in Valle d'Aosta”, (allegato D che segue), in attuazione dell'art. 8, comma 2, degli Accordi Collettivi Nazionali per i rapporti con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta resi esecutivi in data 28 aprile 2022 e dell'articolo 6, comma 2, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, reso esecutivo in data 30 marzo 2020 e s.m.i. Saranno attivate almeno 4 UCCP presso le CdC ad alta e media complessità, come definite dal PSBS 2022/2025.

La costituzione e la proposta operativa delle UCCP sarà definita a seguito dell'approvazione a cura della Regione dei requisiti organizzativi delle CdC, in quanto detti requisiti sono ritenuti fondamentali in quanto l'UCCP opera nell'ambito dell'organizzazione distrettuale e della CdC di riferimento. L'approvazione dei requisiti organizzativi delle CdC è preventiva anche all'approvazione degli atti programmatori diretti all'istituzione delle AFT degli

specialisti ambulatoriali, dei veterinari e dei professionisti, in quanto detta istituzione non può prescindere da considerare l'attuale offerta di prestazioni specialistiche e del fabbisogno.

### **Il modello organizzativo delle Case della Comunità**

La Casa della Comunità è un presidio del Distretto, il cui coordinamento è affidato a un responsabile organizzativo.

La Casa della Comunità promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari, sociosanitari e sociali. L'attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, gli Specialisti Ambulatoriali Interni, anche nelle loro forme organizzative, gli Specialisti ospedalieri, gli Infermieri e Infermieri di Famiglia o Comunità e altri professionisti della salute (Psicologi, Professionisti dell'area prevenzione e della riabilitazione, assistenti sociali).

La Casa della Comunità rappresenta, per i medici e i professionisti 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.

Coerentemente con il PSBS, si prevede di garantire l'assistenza h24 7 giorni su 7 mediante le Case della Comunità ad alta complessità (Hub) che saranno dotate di tutti i servizi previsti come obbligatori dal DM 77/2022, mentre il ruolo delle Case della Comunità Spoke sarà garantito tramite le Case della Comunità a media complessità (h 12 7 giorni su 7).

Servizi	Modello Organizzativo	
	Casa della Comunità <i>hub</i>	Casa della Comunità <i>spoke</i>
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO	

Collegamento con la Casa della Comunità <i>hub</i> di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
	FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Interventi di salute pubblica (includere le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Programmi di screening	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	

A partire dall'attuale modello organizzativo dell'offerta assistenziale, capillare e a livelli diversi di intensità, il modello di riorganizzazione previsto dall'attuale atto nel mantenere invariati gli attuali punti di erogazione ne riqualifica l'offerta attraverso un'integrazione funzionale per *setting* assistenziali prevedendo la necessaria integrazione con ambiti attualmente distinti quali quello sociale, quello rappresentativo dei portatori di interesse e quello relativo alle attività di *empowerment*. La denominazione di Casa della Comunità anche per i punti erogativi già esistenti, seppure non rappresentando, questi, i criteri strettamente previsti dal DM77, ha un preciso intento che è quello di rappresentare ai cittadini un modello innovativo rispetto alle logiche di offerta dei servizi esistenti e, soprattutto, collegato in rete per garantire una presa in carico realmente integrata rispetto al bisogno espresso.

Un successivo atto definirà, per singola Casa della Comunità, i livelli di servizi minimi garantiti stante, sia quelli già esistenti, sia quelli di nuova o rinnovata funzionalità.

Pertanto, alle Case della Comunità a media e alta complessità si affiancano, in ciascun Distretto, almeno 4 Case della comunità a bassa complessità, in cui viene garantito l'accesso alle seguenti funzioni 6 giorni su 7 con orario non inferiore a 5 ore/die:

- accoglienza e orientamento (punto informativo);

- amministrativa (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 è pertanto prevista:

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

Il modello organizzativo individuato, nel rispettare l'indicazione di 1 Casa della Comunità Hub ogni 40.000-50.000 abitanti prevista dal DM 77/2022, è articolato su tre livelli di complessità al fine di garantire una più capillare diffusione delle strutture sul territorio.

### **Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC)**

La DGR 76/2021, 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.

L'IFoC è un professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, con conoscenze e competenze specialistiche nelle cure primarie e sanità pubblica.

Il suo ruolo è quello di promuovere salute, prevenzione e gestire nelle reti multiprofessionali i processi di salute individuali, familiari e della comunità all'interno del sistema delle cure primarie.

Risponde ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento (distretto) non erogando solo assistenza, ma attivandola e stabilendo con le persone e le comunità rapporti affettivi, emotivi e legami solidaristici che diventano parte stessa della presa in carico.

L'IFoC svolge attività trasversali per accrescere l'integrazione e l'attivazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le risorse sul territorio utili a risolvere i problemi legati ai bisogni di salute, anche attraverso l'utilizzo sistematico di strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.

In Valle d'Aosta, possono ricoprire la funzione di IFOC tutti gli infermieri abilitati all'esercizio della professione di cui trattasi e iscritte all'ordine di competenza.

I direttori di distretto e i coordinatori infermieristici distrettuali assumono l'imprescindibile responsabilità di impiegare in modo sistematico la logica della sanità d'iniziativa, la quale,

contrapponendosi alla medicina di attesa, assume come modello assistenziale la presa in cura “proattiva” ed integrata della persona, anche a partire dagli assistiti con bisogni prevalentemente sociali, al fine di ritardare/prevenire l’insorgenza di bisogni sanitari. La stessa si basa sull’interazione tra l’assistito reso esperto (*self management support*) ed il *team*, composto da infermieri di famiglia o di comunità (IFoC) e MMG/PLS, orientati verso una nuova cultura professionale, organizzativa e valoriale, che pone al centro la persona con i suoi bisogni e non i servizi sanitari.

Lo standard previsto è di 1 IFoC ogni 3.000 abitanti, per un totale complessivo di circa 41 unità.

Tale standard potrà essere raggiunto nella sua completezza, stante la grave carenza di personale infermieristico nel mercato del lavoro, solo a seguito della conclusione dei cicli formativi di ulteriori professionisti in uscita dalle università.

### **Centrali Operative Territoriali (COT)**

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è una struttura avente come obiettivo principale quello di gestire la continuità assistenziale dei pazienti nel passaggio da un *setting* assistenziale all’altro. Ad introdurre formalmente le centrali operative territoriali nell’organizzazione del Servizio sanitario nazionale è stato l’art. 1, comma 8, del D.L. 19/05/2020, n. 34 (l. conv. 17/07/2020, n. 77) che testualmente recita: “*Per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, così come implementate nei piani regionali, le regioni e le province autonome provvedono all’attivazione di centrali operative regionali, che svolgano le funzioni in raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina*”.

All’epoca si era nella fase più intensa della pandemia da COVID-19 e le centrali operative, finanziate dallo stesso art. 1, dovevano servire a rafforzare l’offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale, necessaria a fronteggiare l’emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del COVID-19 con l’obiettivo di implementare e rafforzare un solido sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione del virus, oltre ad assicurare una presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, dimessi o paucisintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario.

Successivamente, nel 2021, il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), nell’ambito degli investimenti previsti per il potenziamento delle cure domiciliare ha previsto l’attivazione di 600 COT, una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l’interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza. Secondo tali ultimi interventi statali, le centrali operative territoriali saranno dotate dei mezzi tecnologici per garantire il controllo remoto dei dispositivi di telemedicina forniti ai pazienti, sosterranno lo scambio di informazioni tra gli operatori sanitari coinvolti nella cura e fungeranno da punto di riferimento per l’attivazione di ulteriori necessità assistenziali del paziente. Il vero punto di riferimento però è costituito dal recente Decreto Ministero Salute n. 77/2022 relativo ai “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” che definisce il nuovo servizio e ne stabilisce i requisiti.

Nel quadro delle varie disposizioni a livello statale sopra descritte, il documento programmatico del Piano per la salute ed il benessere 2022/2025, approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 394 del 11 aprile 2022 e in attesa di approvazione da parte del Consiglio regionale, ha previsto nella nostra regione la costituzione di 1 Centrale Operativa Territoriale.

Nell'allegato A1 che segue, sono disciplinati i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dell'attività di COT.

### **Centrali Operative 116117**

La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione, attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

Il numero 116117, unico a livello nazionale ed europeo, ha la funzione di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura, raccordandosi anche con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza, con le Centrali Operative Territoriali e con altri servizi previsti.

La NEA 116117 eroga servizi:

- che garantiscono una risposta operativa con trasferimento di chiamata (servizio erogabile obbligatorio) per:
  - prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di Continuità Assistenziale
  - individuazione e trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente al 118/112.
  
- che garantiscono la risposta di tipo informativo (servizio erogabile obbligatorio). Può essere prevista anche la risposta operativa con trasferimento di chiamata (servizio consigliato) per:
  - modalità di accesso a Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta anche in caso di difficoltà di reperimento,
  - consigli sanitari non urgenti prima dell'orario di apertura del servizio di Continuità Assistenziale e dopo l'orario di chiusura con eventuale inoltro della chiamata al 118,
  - modalità di accesso alla assistenza medica ai turisti.

Si prevede di attivare 1 Centrale Operativa NEA 116117 a valenza regionale.

### **Unità di Continuità Assistenziale (UCA)**

Il decreto n.14/2020, in fase pandemica, ha indicato la costituzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), nuclei composti da un medico e da un infermiere, operanti 12 ore al giorno, per sette giorni alla settimana. Nonostante il decreto abbia indicato uno standard di una USCA ogni 50.000 abitanti, in Valle d'Aosta, a partire da novembre 2020, ne sono state costituite 6 per 125.500 abitanti).

Il PSBS intende 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.

L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA), prevista dal DM 77/2022, è una struttura organizzativa stabile che afferisce al Distretto, dove trova piena integrazione il nuovo ruolo unico dell'assistenza primaria, e pertanto la sede operativa è individuata presso la Casa di comunità ad alta intensità (*hub*).

L'UCA è attiva sette giorni su sette, dalle ore 8 alle ore 20. L'équipe UCA è composta da 1 medico e da 1 infermiere che operano sul territorio di riferimento del Distretto e può essere integrata con altre figure professionali sanitarie e sociali, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, ivi compresi i medici specialisti pediatri di libera scelta nel caso di assistenza a minori di età compresa tra i 0 e 6 anni.

Si prevede, tenendo conto che il DM 77/2022 individua uno standard minimo di 1 UCA ogni 100.000 abitanti, l'istituzione di almeno due UCA, una ogni 50.000 abitanti circa, così come previsto anche dalla DGR 1012/2022.

Per gli ulteriori aspetti di dettaglio, si rimanda alla citata DGR del 5 settembre 2022, n. 1012 recante "*Direttive all'Azienda USL della Valle d'Aosta per la disciplina delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA), ai sensi dell'articolo 29, comma 6-bis della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e del decreto del ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77*" (requisiti tecnologici-strutturali, modalità di attivazione, etc).

## **Assistenza domiciliare**

La casa viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale e regionale quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale. 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 coerente con le indicazioni previste dal DPCM 12 gennaio 2017.

Nello specifico il modello individuato prevede l'accertamento del bisogno clinico, funzionale e sociale attraverso adeguati strumenti di valutazione multidimensionale e la definizione di un Progetto assistenziale individuale (PAI).

Gli obiettivi principali previsti dalla DGR 76/2021 in ambito di cure domiciliari riguardano:

- garantire appropriata assistenza a persone che presentano problematiche di tipo sanitario e socioassistenziale, suscettibili di trattamento domiciliare, fornendo al cittadino un percorso organizzato che consenta di evitare il ricorso al Pronto Soccorso, ricoveri ospedalieri impropri, ovvero ad altre forme di istituzionalizzazione;
- favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, perseguendo il recupero o la conservazione delle capacità residue di autonomia e relazionali, con il coinvolgimento delle comunità in un'ottica di *community care*;
- la possibilità di favorire le dimissioni ospedaliere tempestive, assicurando la continuità assistenziale attraverso lo strumento della "dimissione protetta";

- l'implementazione e il monitoraggio dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA), superando la dicotomia ospedale-territorio e la frammentazione dei servizi, attraverso l'adozione di modelli organizzativi di assistenza validati a livello nazionale e/o internazionale, rivolti ai soggetti cronici (un esempio è costituito dal *Chronic Care Model* e le sue evoluzioni, promosso anche nell'ambito del Piano Nazionale Cronicità di cui all'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016, recepito con DGR n. 70 del 25 gennaio 2019);

- il supporto alla famiglia e al *caregiver*, trasmettendo loro competenze che possano tradursi in autonomia di intervento;

- la valorizzazione del paziente informato in un'ottica di *empowerment*;

- la promozione e il miglioramento della qualità della vita, anche nella fase terminale, tramite la continuità assistenziale e la comunicazione. Gli interventi, inoltre, favoriranno, per quanto possibile, il recupero delle capacità di autonomia e relazionali, ovvero accompagneranno l'assistito alla morte, sostenendo anche la famiglia.

Nel rinviare alla citata DGR del 1° febbraio 2021, n. 76 recante "*Approvazione di indicazioni per l'organizzazione ed erogazione delle cure domiciliari integrate e delle cure domiciliari palliative. Disposizioni attuative degli articoli 22 e 23 del DPCM 12 gennaio 2017*" gli ulteriori aspetti di dettaglio (requisiti di accesso, tariffe, etc), si rappresenta che il percorso di riorganizzazione prevedrà anche la definizione del sistema di autorizzazione e di accreditamento delle organizzazioni di cure domiciliari pubbliche e private in coerenza con le indicazioni contenute nell'Intesa del 4 agosto 2021 (Rep. Atti 151/CSR).

Nello specifico il servizio di cure domiciliari garantirà la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24, anche attraverso i servizi di telemedicina, secondo le modulazioni disciplinate con la DGR 76/2021 e in linea con i requisiti di cui all'Intesa sopra citata.

Lo standard di riferimento per le cure domiciliari prevede la presa in carico, progressivamente, del 10% della popolazione di età superiore a 65 anni entro il 2026.

## **Ospedale di Comunità**

Il modello organizzativo dell'Ospedale di Comunità è un modello innovativo per la realtà della Valle d'Aosta e pertanto richiede, non solo di essere puntualmente delineato e regolato, ma anche di essere integrato nell'ambito dell'intera gamma dei servizi previsti dal citato DM 77/2022. Nell'allegato A2 che segue, sono stati definiti, in collaborazione con Agenas, i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi degli Ospedali di Comunità sul territorio regionale, in accordo con le indicazioni contenute nell'Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020 recante "Intesa, ai sensi dell'articolo 5, comma 17, del Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa del 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità" (Rep. Atti n. 17/CSR), in coerenza con le indicazioni del DM Salute del 23/05/2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" e del Piano Regionale per la Salute e il Benessere Sociale in Valle d'Aosta 2022/2025 (PSBS).

## **Rete delle cure palliative**

Relativamente alle Cure Palliative (CP), con il presente atto di programmazione si avvia la riorganizzazione dell'attuale rete regionale delle cure palliative istituita nel 2012, mediante la costituzione della Rete regionale e Locale di cure palliative in modo coerente con quanto previsto dalle disposizioni vigenti e dai documenti oggetto di Accordi e Intese in materia, con particolare riferimento ai recenti Accordi Stato-Regioni del 27/07/2020 (Rep. Atti n. 118/CSR), del 25 marzo 2021 (Rep. Atti n. 30/CSR), all'Intesa in data 9 luglio 2020 (Rep. n. 103/CSR).

La costituzione di una rete regionale e locale dedicata alle cure palliative, non può prescindere dalla riorganizzazione della rete di Terapia del Dolore e, in analogia, dalla costituzione della Rete regionale e locale di Terapia del dolore, la quale dovrà prevedere una riorganizzazione dei servizi e delle strutture ad oggi esistenti, in linea con quanto previsto dall'Accordo in data 27 luglio 2020 (Rep. n. 119/CSR).

La Rete regionale di CP, nello specifico, deve garantire un approccio omogeneo ed equo della Rete Locale di CP, fornendo al contempo indirizzi di sviluppo e monitoraggio (definizione di indicatori, alimentazione dei flussi, etc.).

La rete regionale di CP è composta da un responsabile di Struttura di Cure Palliative dell'Azienda USL, dal direttore di Area territoriale, da un responsabile dell'ente di volontariato in hospice, da un responsabile dei servizi sociali territoriali, da un rappresentante delle associazioni di tutela dei pazienti operante sul territorio regionale, dal Dirigente regionale competente in assistenza territoriale. Deve inoltre essere garantito il coordinamento con i referenti aziendali e regionali dell'area ospedaliera.

La Rete Locale di CP, invece, garantirà l'assistenza nei diversi setting assistenziali (ospedale, ambulatorio, domicilio, hospice) secondo le seguenti funzioni:

- coordinando e integrando le CP nei diversi livelli di assistenza, in collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale, i Punti Unici di Accesso, l'ADI e l'Assistenza Primaria;
- definendo un sistema di erogazione di CP che valorizzi l'attuazione dei percorsi di presa in carico e di continuità delle cure e favorendo l'integrazione dei servizi sanitari e sociali;
- adottando sistemi di valutazione, miglioramento della qualità e controllo dei percorsi di cura erogati;
- rilevando e trasmettendo i dati al sistema informativo;
- attivando i percorsi formativi aziendali specifici;
- partecipando a iniziative di Ricerca.

La governance della Rete Locale di CP, ai sensi della normativa vigente, è demandata a livello aziendale, attraverso l'istituzione di un organismo di coordinamento, composto da: un responsabile di Struttura Cure Palliative dell'Azienda USL in qualità di Coordinatore, dal direttore di Area territoriale, dal Coordinatore Infermieristico dell'Area Territoriale, dal Responsabile Fisioterapista/Logopedista di Area territoriale dell'Azienda USL, dal responsabile dell'ente di volontariato in hospice, dal responsabile dei servizi sociali territoriali, da un rappresentante dei MMG, da eventuali rappresentanti dei soggetti erogatori privati convenzionati con il SSR.

Attualmente sul territorio regionale è attiva una struttura di Hospice con 7 posti letto, mentre l'assistenza in Cure Palliative domiciliari è garantita, ai sensi della DGR 76/2021, alle persone in stato terminale che non risultano più idonee ad accedere agli ambulatori di cure palliative e che hanno adeguate risorse sociali. L'Assistenza in Cure Palliative domiciliari, nello specifico, è garantita sia al domicilio, sia in strutture residenziali socio assistenziali.

La riorganizzazione, ai sensi del DM 77/2022, prevede l'attivazione di una/due Unità di Cure Palliative Domiciliari dotate di medico, infermiere, psicologo, dei MMG e di altri professionisti delle strutture distrettuali (infermiere, logopedista, Fisioterapista) e dei servizi sociali, secondo le necessità evidenziate nel Piano di Assistenza Individuale. Si prevede, inoltre, di potenziare l'Hospice presente con ulteriori 3 posti letto per un totale complessivo di 10 p.l.

### **Consultori familiari**

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.

Il PSBS prevede un ripensamento della rete consultoriale al fine di:

- 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, socioassistenziali e sociali
- fornire risposte di tipo innovativo e proattivo, 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.

Il riordino e la valorizzazione della rete consultoriale prevede, quando possibile, la collocazione dei servizi consultoriali all'interno delle Case della Comunità, secondo i seguenti criteri:

- rispetto dello standard di 1 Consultorio ogni 20.000 abitanti;

- 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.

Ad oggi risultano attivi 12 Consulteri familiari sul territorio regionale; il DM 77/2022 ne prevede, dunque, almeno 6. Le sedi attuali, le attività in esse garantite, nonché le modalità di erogazione delle prestazioni dovranno essere oggetto di valutazione e monitoraggio, anche ai fini dell'adeguamento alle disposizioni in corso di predisposizione da parte delle istituzioni centrali. L'Azienda USL della Valle d'Aosta dovrà pertanto dotarsi di un apposito flusso informativo per la raccolta, il periodico aggiornamento e la gestione dei contenuti informativi necessari al monitoraggio dell'attività clinica ed assistenziale erogata, assicurando la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale. Il flusso alimenterà il Sistema informativo nazionale per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo sanitario (NSIS) del Ministero della Salute. Tale attività sarà condotta in coerenza con quanto previsto dalla Missione 6, Componente 2 del PNRR.

### **Dipartimenti di Prevenzione**

Il Dipartimento della prevenzione provvede a garantire:

- il coordinamento, l'attuazione e il monitoraggio delle iniziative aziendali di promozione della salute e di stili di vita sani, di prevenzione, anche nutrizionale, di sorveglianza della popolazione e in particolare dei malati cronici, nonché degli interventi previsti nel Piano Regionale di Prevenzione (PRP);
- il coordinamento dei programmi di screening rivolti alla popolazione in collaborazione con i rispettivi referenti clinici;
- la partecipazione alla predisposizione ed alla cura degli atti di programmazione aziendale e nell'attuazione dei sistemi di valutazione, di monitoraggio e di rendicontazione (c.d. ciclo della performance), anche con riferimento al Bilancio sociale;
- la sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- la tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- la sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- la tutela della salute animale e igiene urbana veterinaria;
- la tutela della sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- l'esecuzione di attività medico legali per finalità pubbliche;
- il supporto tecnico-scientifico all'autorità sanitaria regionale e ai comuni;
- le attività trasversali quali la preparazione e risposta rapida alle crisi/emergenze di natura infettiva, ambientale, ecc;
- le azioni di controllo sulle matrici ambientali attraverso interventi di analisi e di monitoraggio in stretto raccordo con l'ARPA VDA con l'obiettivo di identificare e valutare i rischi per la popolazione e per gli ecosistemi.

Come previsto dal PSBS, il Dipartimento di Prevenzione svolge un ruolo strategico per le attività di supporto e a valorizzazione dei dati epidemiologici esistenti, nonché per le attività che riguardano la sorveglianza epidemiologica, attraverso un modello organizzativo che preveda il metodo programmatico e la verifica della qualità dei risultati oltre che l'erogazione di prestazioni integrate e multidisciplinari, che possano, a medio-lungo termine, avere un impatto misurabile sui livelli di salute della popolazione.

Si prevede, pertanto, di sviluppare un modello di integrazione fra le funzioni del Distretto e quelle del Dipartimento di prevenzione per la programmazione, attuazione, validazione e coordinamento di azioni finalizzate all'individuazione di condizioni di rischio individuali e di interventi mirati alla promozione della salute e/o alla presa in carico della persona. Ciò al fine di erogare prestazioni agli assistiti ad un adeguato livello di prossimità, considerando gli ambiti distrettuali come aree di erogazione, favorendone così maggiormente l'accessibilità. Funzionale e strategico a tal fine è sia il ruolo svolto dal direttore di Distretto nella sua interazione funzionale con il Dipartimento di Prevenzione, sia il ruolo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nelle attività di counselling ed educazione degli assistiti, in tema di prevenzione.

Attualmente l'organizzazione regionale rispetta lo standard indicato dal DM 77/2022, in quanto è attivo un dipartimento di prevenzione che ricomprende tutte le funzioni previste dalla normativa nazionale (DPCM LEA del 12/01/2017 e D.Lgs 502/1992 e smi) per circa 123.000 abitanti valdostani.

## **Telemedicina**

Anche in esito a quanto avvenuto durante la pandemia, sia la Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), sia il DM 77/2022, dedicano grande attenzione alla telemedicina e alla digitalizzazione in generale, prevedendo cospicui investimenti (circa 2,5 miliardi complessivi per l'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, lo sviluppo di un'infrastruttura nazionale di Telemedicina e di servizi regionali di telemedicina e altri interventi di digitalizzazione).

Gli obiettivi del PNRR in ambito di telemedicina riguardano soprattutto l'assistenza territoriale e hanno come obiettivo:

- sviluppare la telemedicina e superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio;
- sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare;
- potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello Centrale e Regionale, al fine di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure;
- individuare modalità innovative di coinvolgimento del paziente, del caregiver e della sua famiglia, valorizzandone il ruolo attivo nel processo clinico-assistenziale;
- garantire una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria sulla base di una maggiore disponibilità di dati e capacità di analisi, migliorando la sicurezza dei dati e delle informazioni.

Con la DGR 1519/2021 la Regione ha recepito le indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina di cui all'Accordo del 17/12/2020 (Rep. Atti n. 215/CSR) e ha approvato le "Linee di indirizzo programmatiche all'Azienda USL della Valle d'Aosta per lo sviluppo della telemedicina per il triennio 2022/2024". Con la DGR 659/2022, invece, ha recepito le "Linee Guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare" approvate con DM Salute del 29 aprile 2022.

In Regione Valle d'Aosta, attualmente, sono già attivi servizi di Televisita, Teleassistenza e Teleconsulto attraverso i quali sono stati seguiti circa 1.700 pazienti nel corso del 2021.

In Regione, inoltre, è attivo il Progetto Proximity (Proximity of care in chronic diseases). Questo Progetto, che è il risultato di Appalto Pre-Commerciale (PCP) per l'acquisizione di servizi di ricerca industriale e sviluppo sperimentale in ambito di servizi innovativi di telemedicina, ha l'obiettivo di:

- dotare l'Assessorato alla Sanità di uno strumento di supporto nella pianificazione dell'offerta sanitaria, attraverso la generazione di "mappe di rischio" basate sulla prevalenza di patologie ed il tasso di ospedalizzazione dell'intera popolazione (la Regione, per il tramite dell'AUSL, ha anonimizzato i flussi dati relativi alla fascia di età, comorbilità, ricoveri accessi al pronto soccorso, accessi ambulatoriali, farmaci, etc.);
- dotare l'AUSL di un'unica piattaforma di telemedicina integrata capace di:
  - sostenere la presa in carico, attraverso lo sviluppo di piani di care management e coaching;
  - gestire i Piani di Assistenza Individuali in modo digitale;
  - erogare prestazioni di Televisita;
  - garantire prestazioni di Teleconsulto/Teleconsulenza;
  - garantire il Telemonitoraggio tramite dispositivi basati sull'Internet of Things (dispositivi medici indossabili e dispositivi di monitoraggio remoto del paziente) e lo sviluppo di App dedicate.

La Regione, inoltre, intende sviluppare un portale divulgativo di patologia (come e quando chiamare il medico, conoscere la malattia, assumere correttamente i farmaci, ecc.), sviluppare un portale interattivo sulla medicina d'iniziativa (questionario, score, ecc.) e realizzare una App per l'aderenza in terapia.

L'obiettivo della Regione in ambito di telemedicina, pertanto, è quello di adottare una piattaforma regionale di telemedicina e telemonitoraggio alla quale afferiranno, a tendere, tutti i servizi dell'AUSL, allargandone poi la diffusione, tramite opportuni accordi, alle farmacie e agli studi dei MMG e PLS.

Gli obiettivi sopra citati, inoltre, saranno finanziati con fondi a valere sul PNRR e pertanto le azioni previste saranno realizzate in coerenza le indicazioni per la presentazione dei progetti regionali di telemedicina, nonché con le altre indicazioni che perverranno dall'Unità di missione del Ministero della Salute e da AGENAS.

## FABBISOGNO DI PERSONALE PER IL FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI

La Regione, con il Piano regionale per la salute e il benessere sociale in Valle d'Aosta 2022/2025 si è posta come obiettivo la riorganizzazione della rete territoriale dei servizi attraverso, tra gli altri, i seguenti servizi e strutture di nuova introduzione:

- n. 1 COT (Centrale Operativa Territoriale)
- n. 4 Case della Comunità
- n. 2 Ospedali di Comunità

La determinazione del fabbisogno di personale, effettuata sulla base degli standard previsti dal DM 77/2022, risulta essere la seguente:

- COT n. 1 Coordinatore infermieristico  
n. 5 infermieri  
n. 2 personale di supporto (Sociosanitario, Amministrativo)  
n. 1 assistente sociale
- Casa della Comunità n. 44 infermieri  
n. 32 personale di supporto (Sociosanitario, Amministrativo)  
n. 4 assistenti sociali
- Ospedale di Comunità n. 18 infermieri (di cui 2 Coordinatori infermieristici)  
n. 16 OSS  
n. 4 personale sanitario con funzioni riabilitative  
n. 2 Medici

La dotazione di personale sopra rappresentata sarà inserita nell'ambito della più ampia riorganizzazione delle risorse umane ad oggi operanti nell'ambito del Servizio sanitario regionale, che sarà avviata in attuazione di quanto previsto nel presente documento di programmazione dell'assistenza territoriale.

### Sintesi delle azioni e cronoprogramma delle attività

Attività	2023	2024	2025	2026	Criticità
<b>Governance e monitoraggio</b>					
Costituzione del tavolo di lavoro interprofessionale Assessorato/Azienda USL/Enti locali	x				
Aggiornamento del cronoprogramma	x	x	x	x	
Incontri periodici per la valutazione dello stato di avanzamento delle attività e delle eventuali criticità nella riorganizzazione della rete assistenziale territoriale	x	x	x	x	
<b>Case della Comunità</b>					
Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara	31/03/2023 (scadenza POR)				
Assegnazione dei codici	31/03/2023				

<b>Attività</b>	2023	2024	2025	2026	<b>Criticità</b>
CIG	(scadenza POR)				
Stipula dei contratti per la realizzazione	30/09/2023 (scadenza POR)				
Avvio dell'attività sperimentale			x		
Ultimazione dei lavori				31/03/2026 (scadenza POR)	
Dotazione strumentale				x	
Reclutamento/assegnazione del personale mancante				x	Carenza di personale
Avvio dell'attività a regime				x	
<b>Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC)</b>					
Individuazione del personale già in forza al SSR	x				Carenza di personale
Avvio della formazione trasversale		x			Carenza di personale
Avvio dell'attività		x			
<b>Centrale Operativa Territoriale</b>					
Stipula dei contratti per la realizzazione	30/06/2023 (scadenza POR)				
Avvio dell'attività sperimentale	x				
Ultimazione dei lavori		31/03/2024 (scadenza POR)			

Attività	2023	2024	2025	2026	Criticità
Dotazione strumentale		x			
Reclutamento/assegnazione del personale		x			Carenza di personale
Avvio dell'attività a regime		x			Carenza di personale
<b>Centrale operativa 116/117</b>					
Avvio dell'attività sperimentale		x			
Ultimazione dei lavori		31/03/2024			
Dotazione strumentale		x			
Reclutamento/assegnazione del personale		x			Carenza di personale
Avvio dell'attività a regime		x			Ritardi dovuti alla carenza di personale
<b>Unità di Continuità Assistenziale (UCA)</b>					
Adeguamento della dotazione organica ai sensi della DGR 1012/2022	x				
Coordinamento dell'attività con la COT		x			
Formazione trasversale sulla nuova organizzazione dell'assistenza territoriale		x			
Ultimazione della dotazione strumentale				x	
<b>Assistenza domiciliare</b>					

<b>Attività</b>	2023	2024	2025	2026	<b>Criticità</b>
Ricognizione del fabbisogno di personale	x				
Riorganizzazione del personale in forza	x				
Reclutamento del personale aggiuntivo	x				Carenza di personale
Tavoli di confronto interistituzionali per l'erogazione omogenea dei servizi	x	x	x	x	Frammentazione del personale in capo a più enti
Dotazione strumentale	x	x	x	x	
Monitoraggio del flusso e controllo di qualità	x	x	x		
Rilevazione periodica per verifica raggiungimento obiettivo PNRR del 10% degli assistiti in carico	x	x	x	x	Implementazione parziale dovuta alla frammentazione del personale coinvolto, in capo a enti esterni al SSR
Predisposizione dei manuali per l'accreditamento delle cure domiciliari integrate	x				Ritardi dovuti alla carenza di personale amministrativo
<b>Ospedali di Comunità</b>					
Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara	31/03/2023 (scadenza POR)				
Assegnazione dei codici CIG	31/03/2023 (scadenza POR)				

<b>Attività</b>	2023	2024	2025	2026	<b>Criticità</b>
Stipula dei contratti per la realizzazione	30/09/2023 (scadenza POR)				
Ultimazione dei lavori (scadenza POR)				31/03/2026 (scadenza POR)	Carenza di personale
Dotazione strumentale				x	
Riorganizzazione del personale/ in forza				x	
Reclutamento del personale necessario				x	
Formazione del personale				x	
Avvio dell'attività e prime valutazioni				x	
<b>Reti cure palliative</b>					
Adeguamento della disciplina delle reti regionale e locale di cure palliative alle indicazioni nazionali	x	x	x	x	
Reclutamento delle risorse umane	x	x			Carenza di personale
Formazione delle risorse umane	x	x	x	x	
Dotazione strumentale della rete aziendale	x	x			
Predisposizione dei manuali per l'accREDITAMENTO dell'attività di cure	x	x			Ritardi dovuti alla carenza di personale amministrativo

Attività	2023	2024	2025	2026	Criticità
palliative					
<b>Consultori familiari</b>					
Prosecuzione delle prestazioni e attività già erogate	x	x	x		
Riorganizzazione del personale in forza/ Reclutamento del personale necessario nelle sedi definite			x	x	Carenza di personale
Dotazione strumentale				x	
Avvio completo delle prestazioni e attività previste dalle disposizioni vigenti				x	Carenza di personale
<b>Dipartimento di Prevenzione</b>					
<b>Riorganizzare e riqualificare il modello organizzativo e funzionale del Dipartimento di Prevenzione</b>					
- Definizione del fabbisogno di salute e assistenza	x				
- Definizione dei percorsi di presa in carico degli assistiti	x				
- Definizione del	x				

Attività	2023	2024	2025	2026	Criticità
modello organizzativo					
- Definizione di un cronoprogramma delle azioni operative	x				
- Approvazione del progetto		x			
- Attuazione del progetto attraverso iniziative coordinate con il Distretto e i Dipartimenti dell' Azienda USL			x		
<b>Istituire una Rete regionale per l'epidemiologia</b>					
- Definizione del modello organizzativo	x				
- Definizione di un cronoprogramma delle azioni operative	x				
- Approvazione progetto		x			
<b>Attuazione della Rete regionale per l'epidemiologia, a più livelli, e integrata in una Rete nazionale di collaborazioni scientifiche</b>			x		
<b>Aggiornamento dei</b>					

Attività	2023	2024	2025	2026	Criticità
<b>percorsi organizzativi e diagnostici relativi alla prevenzione oncologica</b>					
- Definizione del modello		x			
- Adozione del modello			x		
<b>Telemedicina</b>					
Prosecuzione del Progetto Proximity (Proximity of care in chronic diseases)	x	x	x	x	
Attuazione dell'interoperabilità tra la piattaforma regionale e la piattaforma centrale	x	x			Incompatibilità dei sistemi informativi o di talune funzioni dei medesimi
Estensione del Progetto Proximity a tutti i servizi dell'AUSL		x	x	x	Difficoltà nell'approvvigionamento delle tecnologie e nell'adeguamento delle sedi erogative
Formazione trasversale e specialistica sull'utilizzo della telemedicina	x	x	x	x	



## **Modalità di governo e monitoraggio delle azioni di riorganizzazione**

L'attuazione e il monitoraggio delle disposizioni di cui al presente documento e nei suoi allegati necessita l'implementazione di un sistema di governance regionale che il presente documento definisce su due livelli:

- una cabina di regia, presieduta dall'Assessore alla sanità salute e politiche sociali o da suo delegato;
- una responsabilità attuativa di quanto programmato.

### **Cabina di regia**

La responsabilità di indirizzo della riorganizzazione territoriale ai sensi dell'art.1, comma 2 del Decreto del Ministero della salute del 23 maggio 2022, n.77 (DM 77/2022) è assegnata alla Regione autonoma per il tramite dell'Assessorato competente alla sanità salute e politiche sociali.

Viene istituita una **Cabina di regia**, presieduta dall'Assessore o da suo delegato, alla quale partecipano i coordinatori e i dirigenti regionali del Dipartimento Sanità e salute e del Dipartimento Politiche sociali e l'Azienda USL della Valle d'Aosta, attraverso le figure responsabili preposte.

Alla Cabina di Regia partecipano anche, di volta in volta, i soggetti istituzionali responsabili e competenti in ragione delle tematiche affrontate in ciascuna seduta.

La Cabina di regia esercita poteri di **indirizzo, impulso e coordinamento generale** sull'attuazione di quanto previsto dal presente atto di recepimento del DM 77/2022 e, attraverso l'attività di valutazione dei processi e dello stato di avanzamento della riorganizzazione, individua le eventuali criticità e assegna ai diversi Tavoli di lavoro obiettivi operativi necessari al loro superamento.

Partecipano in particolare alla Cabina di Regia gli Enti locali, attraverso loro delegati, quando le questioni concernono **ambiti specifici di integrazione socio sanitaria** o quando sono esaminate questioni di interesse locale.

In tutti i casi sopra citati, partecipa inoltre il **Direttore della nuova Area dell'Azienda USL che il PSBS ha denominato area per l'integrazione e l'assistenza socio sanitaria**, dal momento della sua designazione, il quale può presiedere, su delega del Direttore sanitario nelle tematiche culturalmente strategiche dell'approccio assistenziale voluto attraverso la riorganizzazione quali quelle, in particolare, della medicina di iniziativa, della cronicità, della disabilità e della salute mentale. Nella fase transitoria sino alla costituzione della nuova area, tale responsabilità è assegnata in capo al Direttore di Area Territoriale.

Possono essere inoltre invitati, a seconda della tematica affrontata, i rappresentanti dei soggetti che possono contribuire alla realizzazione delle attività previste.

La Cabina di regia trasmette **ai soggetti preposti all'attuazione della riorganizzazione stessa**, anche su richiesta dei medesimi, gli indicatori di riferimento e ogni elemento utile a valutare lo **stato di avanzamento** degli interventi, il loro impatto e l'efficacia rispetto agli obiettivi perseguiti, con particolare riguardo alla gestione della cronicità e della riduzione delle ospedalizzazioni inappropriate.

A supporto delle attività della Cabina di regia è individuato un ufficio tecnico al quale assegnare compiti di valutazione statistica degli indicatori e analisi dei flussi informativi di nuova istituzione sia in merito alla completezza, sia in merito alla coerenza, al fine di mantenerne la qualità richiesta alle opportune analisi.

Sono istituiti su indicazione della Cabina di regia, **Tavolo tematici** di lavoro almeno per ciascuno dei nuovi ambiti strategici di cui la riorganizzazione si compone (Casa della Comunità, Centrale Operativa Territoriale, Ospedale di Comunità ecc...).

### **Responsabilità di attuazione**

- per la Regione autonoma Valle d'Aosta, il dott. Claudio Perratone, dirigente della Struttura assistenza territoriale, formazione e gestione del personale sanitario;
- per l'Azienda USL della Valle d'Aosta, il direttore generale dott. Massimo Uberti.

### **Monitoraggio dell'impatto della nuova organizzazione territoriale sui livelli essenziali di assistenza**

Ai fini del monitoraggio dell'attuazione della riorganizzazione della rete territoriale ai sensi del DM 77/2022 si prevede di utilizzare, oltre i dati provenienti dai flussi informativi della specialistica ambulatoriale, della farmaceutica e gli altri flussi amministrativi (Tessera Sanitaria, esenzioni dal ticket, ecc.), i dati provenienti dai flussi informativi attivi o in corso di attivazione:

- anagrafe strutture territoriali (Sistema di Monitoraggio della Rete di Assistenza - MRA),
- consultori familiari
- ospedali di comunità
- servizi di cure primarie
- assistenza domiciliare (SIAD)
- assistenza residenziale e semiresidenziale (FAR)
- hospice

Sono inoltre stati definiti degli indicatori generali che intendono misurare l'impatto dell'attuazione della riorganizzazione della rete territoriale. Si tratta di indicatori, riportati di seguito, atti a valutare – seppur indirettamente – l'assistenza territoriale, a partire dai dati attualmente disponibili, come ad esempio i tassi di ospedalizzazione “evitabile” relativi alle condizioni sanitarie per le quali un'adeguata gestione garantita nell'ambito delle cure ambulatoriali si rivela potenzialmente in grado di prevenire il ricovero ospedaliero:

- 1) Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta ( $\geq 18$  anni) per: complicanze (a b/l termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco (Nuovo Sistema di Garanzia - NSG - indicatore D03C)
- 2) Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica ( $< 18$  anni) per asma e gastroenterite (NSG - indicatore D04C)
- 3) Percentuale di prestazioni di specialistica ambulatoriale garantite entro i tempi previsti dalla classe di priorità (Piano Nazionale Governo Liste di attesa - PNGLA)
- 4) Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici (NSG - indicatore D14C)
- 5) Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3) (NSG - indicatore D22Z)
- 6) Assistiti over 65 trattati in ADI in rapporto alla popolazione anziana (Flusso SIAD-monitoraggio PNRR)
- 7) Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria (NSG - indicatore D27C)

- 8) Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore (NSG - indicatore D30Z)
  - 9) Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura) (NSG - indicatore D33Z)
  - 10) Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari (MACCE) a 12 mesi dalla data di dimissione dopo ricovero per ictus ischemico (Piano Nazionale Esiti - PNE)
  - 11) Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari (MACCE) entro 12 mesi da un ricovero ospedaliero per un episodio di IMA (Piano Nazionale Esiti -PNE);
  - 12) Ospedalizzazione per amputazione degli arti inferiori per pazienti diabetici (Piano Nazionale Esiti -PNE)
  - 13) Ospedalizzazione in regime ordinario per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) (Piano Nazionale Esiti -PNE);
  - 14) Ospedalizzazione per scompenso cardiaco (Piano Nazionale Esiti -PNE);
  - 15) Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 con codice di dimissione bianco/verde (Piano Nazionale Esiti -PNE);
  - 16) Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi (sabato, domenica e festività) con codice di dimissione bianco/verde (Piano Nazionale Esiti -PNE);
  - 17) Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base - polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib – (NSG indicatore P01C);
  - 18) Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (NSG indicatore P02C);
  - 19) Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per: mammella; cervice uterina; colon retto (NSG indicatore P15C).
- Si prevede, infine, una volta definita la programmazione di tutti gli ambiti dell'assistenza territoriale (Salute Mentale, contrasto alle Dipendenze patologiche, etc.) di integrare gli indicatori sopra riportati con tutti gli indicatori core e no core previsti nel Nuovo Sistema di Garanzia del Ministero della Salute (NSG).

## NSG indicatori Core/ Distrettuale

- D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta ( $\geq 18$  anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco
- D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica ( $< 18$  anni) per asma e gastroenterite
- D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso
- D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B
- D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici
- D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3)

- D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche
- D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore
- D33Z - Numero di anziani con età  $\geq 75$  anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti.

# NSG indicatori No Core

## AREA DISTRETTUALE

- D01C** - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)
- D02C** - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico
- D05C** - Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)
- D06C** - Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni)
- D07Ca** - Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)
- D07Cb** - Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1.000 ab. minori 0-14 anni)
- D08C** - N° interventi per le patologie First Hour Quintet (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ) per anno
- D11Z** - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D
- D12C** - Consumo pro-capite di prestazioni di laboratorio
- D13C** - Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni
- D15C** - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi
- D16C** - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Inibitori di pompa.
- D17C** - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antipertensivi
- D18C** - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Statine
- D19C** - Percentuale di donne che hanno effettuato più di quattro ecografie in gravidanza
- D20Z** - Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione residente
- D21Z** - Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione minore residente
- D23Z** - Tasso di PIC (Prese In Carico) in assistenza domiciliare integrata per Intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)
- D24C** - Numero di Interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) ripetute in rapporto al totale delle IVG
- D25C** - Percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) con certificazione rilasciata dal Consultorio familiare
- D26C** - Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenni
- D28C** - Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente
- D29C** - Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti
- D31C** - Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore
- D32Z** - N° ricoveri Hospice con patologia oncologica, provenienti RO o da domicilio non assistito nei quali il periodo di ricovero in è ≤ a 7 gg sul N° ricoveri Hospice malati con patologia oncologica

## Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali - PDTA

Id.	Indicatore
PDTA01	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che aderiscono al trattamento farmacologico come previsto dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico-ostruttive BPCO)
PDTA02	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che sono sottoposti alla visita pneumologica secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico-ostruttive BPCO)
PDTA03A	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con ACE inibitori o sartani come previsto dal Manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)
PDTA03B	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con beta-bloccanti come previsto dal Manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)
PDTA04	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi come previste dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)
PDTA05	Percentuale di pazienti diabetici che seguono almeno 4 delle seguenti 5 raccomandazioni di controllo di emoglobina glicata, profilo lipidico, microalbuminuria, monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina, fondo oculare, come previste dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Diabete)
PDTA06	Percentuale di pazienti operate per la prima volta per tumore della mammella per le quali i seguenti 4 interventi sono eseguiti secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute: primo intervento chirurgico dalla diagnosi, inizio della terapia medica, inizio della radioterapia, follow-up mammografico dopo il primo intervento chirurgico (PDTA Tumore operato della mammella nella donna)
PDTA07	Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)
PDTA08	Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del colon sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)
PDTA09	Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)
PDTA10	Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del retto sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)

## **Allegato A1**

### **I requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dell'attività di Centrale Operative Territoriale (COT)**

#### **1. Funzioni**

La COT è una struttura afferente alla Direzione sanitaria dell'Azienda USL.

La COT assolve al ruolo di raccordo tra i servizi all'assistito, attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti, quali:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione alle/dalle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie, attivazione dell'assistenza domiciliare anche integrata (ADI));
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale e socio-assistenziale;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo alle attività e ai servizi distrettuali;
- raccolta, gestione e monitoraggio dei percorsi integrati di cronicità (PIC), anche attraverso strumenti di telemedicina, e dei pazienti in assistenza domiciliare protetta e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona (telemedicina, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle Case della Comunità (CdC) e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno;
- dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.

#### **2. Target**

L'attività della COT è rivolta a tutti gli attori del sistema socio-sanitario, personale distrettuale ed ospedaliero, che possono richiederne l'intervento: medici del ruolo unico di assistenza primaria, sia a ciclo di scelta (medici di assistenza primaria), sia a prestazione oraria (continuità assistenziale), pediatri di libera scelta, medici specialisti ospedalieri o convenzionati, infermieri e infermieri di famiglia e di comunità (IFeC), professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali, nonché personale delle strutture residenziali sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali e assistenti sociali.

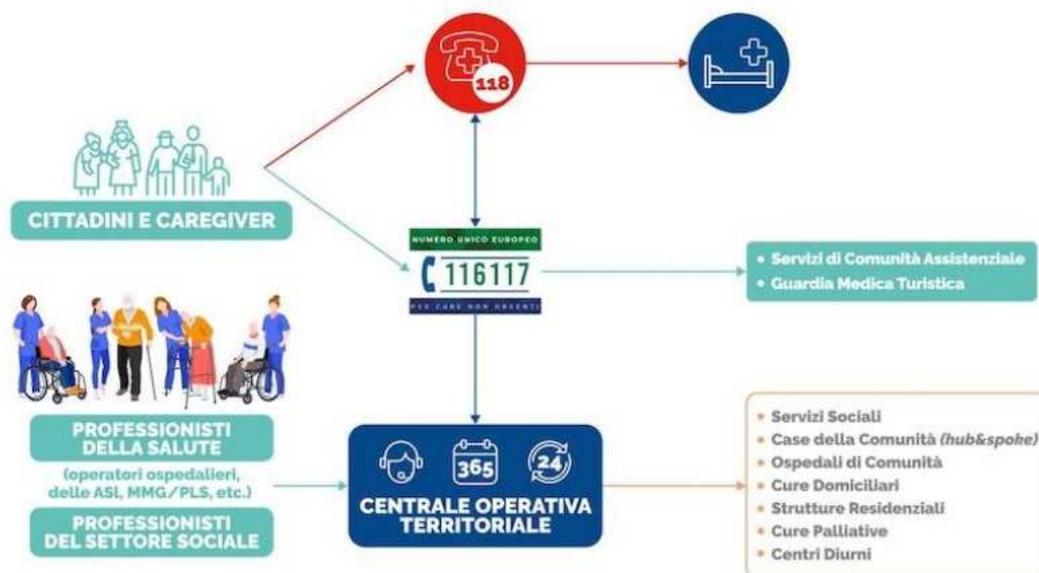
Il paziente target preso in carico nei percorsi coordinati dalla COT è rappresentato da tutte le persone con cronicità complesse, non autosufficienti, con fragilità, con disabilità ecc.; la COT agisce come supporto alle azioni governate dai medici del ruolo unico di assistenza primaria, dai pediatri di libera scelta, dai medici specialisti al fine di favorire la presa in carico e il monitoraggio avanzato dei bisogni sanitari, sia emergenti sul territorio, sia rilevati in ambito ospedaliero.

Al fine di attivare la presa in carico dell'assistito, tali figure dovranno inviare alla COT, secondo protocolli definiti dall'Azienda USL, apposite richieste relative all'inserimento dell'assistito medesimo nel setting assistenziale proposto.

## Schema di funzionamento della COT

Fig. 1 – Le relazioni funzionali delle Centrali operative territoriali

### 1.2.2



5

Fonte: Agenas

### 3. Requisiti strutturali

Lo spazio che ospita la Centrale Operativa Territoriale deve rispettare i requisiti previsti dal DPR 14 gennaio 1997 e di adeguamento al corpus normativo in materia di igiene, sicurezza sismica, prevenzione incendi, sicurezza elettrica, contenimento energetico e abbattimento delle barriere architettoniche. Le postazioni per gli operatori della COT potrebbero essere allocate in ambienti open space, oppure in stanze adibite ad ufficio, garantendo indicativamente 4 postazioni di lavoro e 1 ufficio per il coordinatore.

### 4. Requisiti tecnologici

Sono elencati di seguito gli standard tecnologici minimi per garantire l'attività della COT:

- Sistemi di tracciamento e monitoraggio delle transizioni degli assistiti da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico ad un altro;

- Sistemi di raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina;
- Infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate con i principali applicativi di gestione aziendale;
- Software con accesso al Fascicolo sanitario elettronico regionale ed ai principali database aziendali nonché a tutti gli applicativi in genere in uso per la presa in carico complessiva degli assistiti;
- Sistema informativo condiviso con la Centrale Operativa Regionale 116117 (quando attivata);
- Piattaforma comune integrata principalmente con gli applicativi di gestione dell'ADI, cure palliative domiciliari, servizio di continuità assistenziale, CSM ed in generale per i software del territorio;
- Piattaforma che permetta di visualizzare in tempo reale la disponibilità di posti letto nelle strutture intermedie e residenziali, nonché l'anagrafica dei pazienti in assistenza domiciliare integrata;

Le postazioni di lavoro saranno costituite da una workstation dotata di:

- 1 monitor da almeno 22/24 pollici;
- 1 telefono digitale;
- cuffie con microfono per consentire l'operatività a mani libere.

## **5. Requisiti organizzativi**

La COT è operativa 7 giorni su 7, dalle ore 8.00 alle ore 20.00, al fine di garantire continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

Lo standard minimo di personale della COT è il seguente:

- 1 coordinatore infermieristico (infermiere con incarico di funzione organizzativa)
- 5 infermieri
- 2 unità di personale di supporto (amministrativo)
- 2 assistenti sociali, anche a tempo parziale

La *responsabilità del funzionamento* della COT, della gestione e del coordinamento del personale è affidata ad un coordinatore infermieristico aziendale (infermiere con incarico di funzione organizzativa) di cui alla L. n. 251/2000, adeguatamente formato e preferibilmente che abbia conseguito la laurea magistrale (Martini L, 2022).

Per svolgere le attività sopra citate, ivi incluse quella di integrazione ospedale-territorio che necessitano di una valutazione multidimensionale, la COT prevede l'interazione di figure professionali diverse: infermiere case manager, medico, assistente sociale che ha in carico il soggetto per la valutazione dei pazienti con bisogni sociali più o meno complessi, la cui valutazione è determinante ai fini della scelta del setting di destinazione, così come di personale amministrativo.

La figura di assistente sociale inserita stabilmente nella COT è resa disponibile dai servizi sociali in capo al Dipartimento politiche sociali.

Pur garantendo la funzionalità del servizio nelle fasce orarie giornaliere sopra specificate, l'Azienda USL potrà valutare la necessità o meno della presenza contestuale di tutte le figure per l'intero orario di attività.

## 6. Formazione degli operatori della COT

L'Azienda USL della Valle d'Aosta dovrà garantire una specifica formazione agli operatori destinati alla COT in particolare in tema di, percorsi assistenziali e di PDTA, di organizzazione socio-sanitaria regionale, di coordinamento con gli altri servizi pubblici e ulteriori argomenti relativi alla funzione esplicita.

L'organizzazione dei percorsi formativi dovrà altresì prevedere sessioni interdisciplinari, in particolare tra operatori della Centrale 116/117, della COT, medici della medicina convenzionata, dei distretti e del sistema dell'emergenza urgenza.

## 7. Sistema di monitoraggio delle attività della COT

L'Azienda USL dovrà garantire, attraverso sistemi informatizzati, la rilevazioni dei seguenti dati informativi al fine di rendicontare l'attività della COT:

ORGANIZZAZIONE	Struttura	Postazioni di telemedicina previste
	Performance	Postazioni di telemedicina attive
	Struttura	Ore di attività di telemedicina previste
	Performance	Ore di attività di telemedicina effettive
OPERATIVO	Processo	Numero di chiamate uscenti in telemonitoraggio e telemedicina per distretto
		Numero di chiamate uscenti in telemonitoraggio e telemedicina per ora
		Numero di chiamate uscenti in telemonitoraggio e telemedicina per 10.000 abitanti
		Numero di chiamate uscenti con risposta
	Performance	Numero di chiamate uscenti senza risposta
		Numero di chiamate uscenti gestite dalla COT con esito "collegamento con struttura specialistica di riferimento"
	Processo	Numero di pazienti assegnati per distretto e per codice di gravità
		Numero medio giornaliero di pazienti monitorati totali per distretto

		Numero di chiamate di monitoraggio con esito “attivazione servizio di emergenza urgenza 118” *10.000 abitanti
		Numero di chiamate di monitoraggio con esito “attivazione di altro servizio AUSL” *10.000 abitanti
		Numero di chiamate di monitoraggio con esito “attivazione di servizi sociali” *10.000 abitanti

## **Allegato A2**

### **I requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dell'attività di Ospedale di Comunità**

#### **1. Funzioni**

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria territoriale di ricovero breve di norma di 20 posti letto, come previsto dalla normativa vigente e dagli atti concertativi di riferimento<sup>4</sup>, svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri inappropriati e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere dei bisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio, per un periodo di degenza indicativo non superiore a 30 giorni.

L'OdC, così come chiarito anche dall'Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020, non rientra nelle strutture residenziali disciplinate dagli articoli dal 29 al 35 del DPCM 12/01/2017.

#### **2. Target**

L'OdC è una struttura rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio. Questi pazienti possono, inoltre, necessitare anche di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso - per motivi strutturali e/o familiari - all'erogazione delle cure necessarie. Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di una dimissione da una struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio.

Tra gli obiettivi primari del ricovero vi è anche l'aumento di consapevolezza dei pazienti e del familiare/caregiver, da realizzarsi attraverso l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

L'OdC in Valle d'Aosta sarà inoltre dotato di ambienti "protetti" con posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto pazienti portatori di patologie croniche, sia a seguito di scempenso a domicilio, sia in fase di dimissione ospedaliera.

Queste strutture sanitarie temporanee potrebbero, nel tempo, contribuire a ridurre l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione di questa tipologia di pazienti in ambienti ospedalieri non idonei (cfr. Piano nazionale demenze approvato con accordo del 30 ottobre 2014 dalla Conferenza Unificata - Rep. Atti n.135/CSR).

#### **3. Profilo clinico dei pazienti e suoi strumenti di valutazione**

##### **3.1 Profilo clinico dei pazienti**

Le principali patologie trattabili in un OdC sono:

---

<sup>4</sup> DM Salute n. 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", Intesa del 10/07/2014 concernente "Il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016" (Rep. Atti n. 82/CSR), Accordo Stato-Regioni del 15/09/2016 "Piano Nazionale della Cronicità", Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020 (Rep. Atti n. 17/CSR).

- BPCO riacutizzata, senza insufficienza respiratoria di grado severo; broncopolmoniti a lenta risoluzione; pazienti in ossigeno-terapia a basso flusso, in terapia ottimizzata
- Vasculopatie croniche o subacute non complicate
- Patologie cardiache con necessità di rimodulazione della terapia e monitoraggio clinico ed ematochimico
- Malattie croniche del fegato, malassorbimento; esiti di resezione intestinale chirurgica che necessiti di ottimizzazione della terapia nutrizionale e/o di *counselling*
- Malattia da malnutrizione in trattamento parenterale o enterale per cicli terapeutici
- Malattie croniche del tratto urinario e/o infezioni delle vie urinarie che necessitino di cicli di terapia antibiotica per via endovenosa, con monitoraggio clinico ed ematochimico
- Osteoporosi complicata da crollo vertebrale
- Patologie neurodegenerative ed encefalopatie vascolari con necessità di riattivazione motoria e cognitiva
- Necessità di un percorso diagnostico da eseguire in regime protetto in pazienti fragili
- Ulcere trofiche con necessità di medicazioni giornaliere e/o ciclo di terapia antibiotica endovenosa
- Traumi lievi e/o non evolutivi (dopo valutazione clinica in Pronto Soccorso) e OBI
- Pazienti con esito di intervento chirurgico che necessitino di convalescenza, di terapie parenterali prolungate e/o di riattivazione motoria post-allettamento

### 3.1.1 Criteri di eleggibilità

I criteri indispensabili di eleggibilità dei pazienti da accogliere presso l'OdC sono i seguenti:

- diagnosi o inquadramento diagnostico già definiti;
- prognosi già definita e con risoluzione a breve o medio termine (entro 30 giorni);
- presenza di problematiche acute minori in atto;
- condizione clinica stabile (Scala MEWS < 0 = 2);
- programma terapeutico delineato.

### 3.1.2 Criteri di esclusione

I criteri di esclusione per l'ammissione in OdC sono i seguenti:

- presenza di problematiche acute maggiori in atto;
- instabilità clinica (Scala MEWS > 2);

- inquadramento diagnostico non ben definito (mancanza di esami dirimenti per la definizione/modificazione dei criteri di eleggibilità);
- programma terapeutico non ben delineato;
- paziente con demenza e disturbi comportamentali non controllati dalla terapia;
- unica motivazione all'ingresso la presenza di problematiche sociali, utilmente risolvibili in altro *setting* assistenziale.

Se, nel periodo intercorrente tra la richiesta di inserimento e il trasferimento presso l'Ospedale di Comunità, sopraggiungono condizioni di instabilità clinica, è compito del medico richiedente comunicare la sospensione del trasferimento sino a quando il paziente rientrerà nuovamente nei criteri di eleggibilità. Raggiunta nuovamente la stabilità clinica, dovrà essere inviata alla Centrale Operativa Territoriale una nuova richiesta di inserimento nell'Ospedale di Comunità.

### **3.2 Strumenti di valutazione**

Una valutazione della stabilità clinica e del carico assistenziale del paziente candidato all'inserimento nell'Ospedale di Comunità avviene mediante:

- SCALA MEWS compilata dal medico proponente
- Scheda MAP compilata dall'infermiere ospedaliero dimettente oppure dall'infermiere del territorio opportunamente attivato dal medico del ruolo unico proponente l'inserimento.

Qualora nell'ambito della valutazione dell'assistito in fase di inserimento nell'OdC emerga anche la presenza di una fragilità sociale, tramite la COT potrà essere richiesta una valutazione all'Unità di valutazione Multidimensionale Distrettuale, al fine di già disciplinare i percorsi successivi alla dimissione. L'utilizzo dei sopraccitati documenti di valutazione a supporto dell'attività clinica, opportunamente ripetuto durante la degenza ed alla dimissione del paziente, consentirà di documentare l'esito delle cure erogate.

### **4. Modalità di accesso**

L'accesso all'Ospedale di Comunità può avvenire secondo le modalità di seguito indicate:

- su prescrizione del Medico del Ruolo unico, per un paziente già in cura domiciliare o non, che presenti la patologia e i criteri di eleggibilità definiti;
- su prescrizione del Medico Ospedaliero per un paziente in dimissione ospedaliera;
- direttamente dal medico del Pronto Soccorso.

L'accesso all'OdC avviene mediante l'invio di una richiesta di inserimento alla Centrale Operativa Territoriale.

### **5. Procedure di ammissione**

La richiesta di inserimento inviata alla COT deve contenere, oltre alle schede relative agli strumenti di valutazione del profilo clinico del paziente, debitamente compilate, le informazioni

utili a inquadrare i bisogni e le cure necessari al paziente, con evidenziata l'impossibilità della presa in carico in regime domiciliare o residenziale.

La modulistica riferita alla procedura di ammissione, comprensiva delle istruzioni necessarie, sarà oggetto di appositi protocolli interni all'Azienda USL della Valle d'Aosta per l'Ospedale di Comunità a gestione diretta e di apposita convenzione stipulata con l'Azienda USL della Valle d'Aosta nel caso di Ospedale di Comunità gestito da altro Ente.

## **6. Criteri di gestione delle liste di attesa**

I criteri di seguito riportati hanno lo scopo di garantire la gestione della lista di attesa secondo i principi di equità e trasparenza a tutela dei diritti dei pazienti.

Il criterio principale di gestione della lista di attesa è la data di arrivo della richiesta alla COT; fatta salva la necessità di considerare le condizioni secondo il seguente ordine di priorità:

- accettazione rapida per pazienti dimissibili da reparti ospedalieri giudicati eleggibili
- bilanciamento tra le richieste provenienti dall'ospedale e quelle provenienti dal territorio in relazione alle rispettive necessità
- criticità legate a periodi di elevata morbosità segnalate dalla Direzione Sanitaria dell'Azienda USL della Valle d'Aosta
- esigenza di liberare con urgenza posti letto in area medica o chirurgica segnalata dalla Direzione Medica di presidio dell'Azienda USL della Valle d'Aosta

## **7. Requisiti strutturali**

L'ospedale di comunità è dotato di moduli di norma di 20 posti letto, per un massimo di 2 moduli.

Le camere possono essere da 1 o 2 letti; all'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite e l'accesso e il movimento delle lettighe e delle carrozzine.

I servizi igienici devono essere attrezzati per la non autosufficienza e ciascuna camera deve essere dotata di bagno autonomo.

Deve essere garantita la presenza di spazio dedicato e di poltrona comfort per la mobilitazione precoce del paziente eventualmente reduce da prolungato allettamento ed eventualmente affetto da sindrome ipocinetica dopo ricovero ospedaliero.

Deve essere garantita, inoltre, la presenza della zona soggiorno/consumo pasti per non polarizzare la vita del paziente solo intorno al posto letto.

È opportuno prevedere, inoltre, la possibilità di ospitare i caregiver, qualora siano di supporto all'utente ovvero sia possibile coinvolgerli attivamente all'interno del PAI.

Deve essere prevista un'area dotata di appositi locali per le visite specialistiche, per le valutazioni diagnostico-prognostiche e una palestra riabilitativa.

Devono, inoltre, essere previsti locali per medici e infermieri, con la relativa postazione di controllo infermieristico.

Per le altre aree funzionali sono previsti i seguenti spazi:

### **SERVIZI GENERALI**

- Area accoglienza
- Area di attesa
- Servizi igienici per i visitatori divisi per genere

- Spogliatoio e servizi igienici per il personale suddivisi per genere
- Area relax/Locale ristoro
- Tisaneria con cucina

#### AREA LOGISTICA

- Deposito sporco
- Deposito pulito
- Deposito attrezzature e presidi medici
- Deposito farmaci
- Deposito bombole di ossigeno
- Locale sosta e osservazione salme
- Area stoccaggio rifiuti

#### LOCALI TECNICI

- Locali Tecnici vari

### **8. Requisiti tecnologici**

La dotazione strumentale deve essere correlata quantitativamente e qualitativamente ai bisogni dell'utenza e delle diverse tipologie di attività, assicurandone uno svolgimento sicuro, efficace ed efficiente.

La dotazione deve prevedere:

- impianto di climatizzazione tale da garantire che la temperatura estiva e invernale e il grado di umidità siano compatibili con il benessere termico dei ricoverati;
- impianto di erogazione dell'ossigeno fisso con aspirazione a parete;
- impianto elettrico ed antincendio ai sensi delle disposizioni vigenti, sia per ciò che riguarda il modulo in sé stesso, sia per gli aspetti relativi al suo inserimento un edificio più esteso e diversamente utilizzato per altri scopi;
- rete di cablaggio idonea ai servizi sanitari da erogare;
- impianto di comunicazione e chiamata con segnalazione acustica e luminosa letto;
- dotazioni tecnologiche idonee a garantire assistenza ordinaria e in emergenza, compresi dispositivi diagnostici.

In relazione alla tipologia delle persone assistite devono essere presenti:

- attrezzature e dispositivi per la valutazione diagnostica (dotazione minima di un elettrocardiografo, 1 ecografo, 1 radiografo portatile, 1 apparecchio per l'emogasanalisi arteriosa e venosa, sistema di monitoraggio dei parametri vitali in loco e a distanza);

- presidi e risorse tecnologiche atte allo svolgimento di prestazione mediche, infermieristiche e riabilitative nonché specialistiche necessarie;
- attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di riabilitazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo;
- attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale, di supporto e completamento all'esercizio terapeutico.

Devono essere disponibili:

- materassi e cuscini antidecubito;
- carrozzine e ausili tecnici per la mobilità del paziente (corrimano, deambulatori, ecc.).

## **9. Requisiti organizzativi**

La gestione dell'attività nell'Ospedale di Comunità è basata su un approccio multidisciplinare, multi professionale e interprofessionale, in cui sono assicurate la collaborazione e l'integrazione delle diverse competenze. La gestione delle attività dell'Ospedale di Comunità è riconducibile all'organizzazione distrettuale dell'Azienda USL della Valle d'Aosta.

Lo standard minimo di personale per il funzionamento di un Ospedale di Comunità di 20 posti letto è il seguente:

- 9 infermieri (di cui 1 coordinatore infermieristico). L'assistenza infermieristica è assicurata sulle 24 ore e 7 giorni su 7 (H24-7/7). È auspicabile che venga assicurata la funzione dell'infermiere *Case manager*
- 8 operatori socio sanitari (OSS) a supporto dell'assistenza infermieristica sulle 24 ore e 7 giorni su 7 (H24 – 7/7)
- 2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative
- 1 medico del ruolo unico, o un medico scelto tra i medici dipendenti o convenzionati con il SSR, o un Medico appositamente incaricato dalla Direzione di Area competente dell'Azienda USL della Valle d'Aosta, per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7. In particolare l'assistenza medica è assicurata nel turno diurno (8,00 – 20,00) per almeno 1 ora di presenza settimanale per singolo ospite; nel turno notturno (20,00 – 8,00) e diurno festivo e pre-festivo, in forma di pronta disponibilità con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. L'assistenza notturna può essere garantita anche da medici che svolgono la continuità assistenziale.

L'organizzazione dell'Ospedale di Comunità deve garantire l'interfaccia con le diverse componenti che partecipano e realizzano la continuità dell'assistenza nell'ambito del Protocollo Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) e del Piano di Assistenza Individuale (PAI) per ogni singolo paziente, compreso il coordinamento con l'attività dei medici specialisti e con le strutture che forniscono gli ausili necessari, oltre che, eventualmente, con i servizi sociali regionali e del Comune di Aosta.

I responsabili delle attività cliniche e infermieristiche provvedono alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando una cartella clinico-assistenziale, nominativa individuale integrata, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

La cartella clinica deve contenere:

- la richiesta di inserimento in Ospedale di Comunità
- la scheda di valutazione definita al momento dell'ingresso in struttura ed alla dimissione
- il documento riportante l'accettazione delle condizioni di permanenza in struttura, il consenso informato ed il consenso al trattamento dei dati personali
- il diario medico
- il diario infermieristico
- le richieste/referti/esami di laboratorio
- la scheda di rilevazione dei parametri
- la terapia farmacologica in corso e successivi aggiornamenti
- la lettera di dimissione con diagnosi di dimissione (classificazione ICD-9) e con valutazione MAP e MEWS.

In caso di emergenza, devono essere attivate le procedure previste, a livello regionale, tramite il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale.

All'interno degli OdC devono, inoltre, essere garantite alcune attività di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina.

Al fine di realizzare anche attività di riabilitazione motoria in ogni OdC deve essere garantito l'accesso a idonei locali attrezzati, destinati alle principali attività motorie e riabilitative.

## 9.1 Flusso informativo

In quanto nuovo setting assistenziale sanitario territoriale, l'Ospedale di Comunità deve dotarsi di un apposito flusso informativo per la raccolta, il periodico aggiornamento e la gestione dei contenuti informativi necessari al monitoraggio dell'attività clinica ed assistenziale erogata, assicurando la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale che dovrà provvedere all'alimentazione del Sistema informativo nazionale per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo sanitario (NSIS) del Ministero della Salute.

I requisiti del nuovo Flusso informativo saranno regolamentati a livello nazionale.

La Regione valuterà periodicamente l'attività degli Ospedali di Comunità sul proprio territorio, utilizzando anche elementi di valutazione comuni a livello nazionale, raccolti con il flusso informativo che andrà a costituire il debito formativo nell'ambito del quale dovranno essere ricompresi gli indici di valutazione multidimensionale del paziente validati dalla letteratura scientifica.

## 10. Responsabilità

La responsabilità igienico-sanitaria dell'OdC è in capo ad un medico designato dalla direzione sanitaria dell'Azienda USL della Valle d'Aosta e analoga figura di responsabile è individuata dalle strutture private.

La responsabilità clinica dei pazienti è da attribuire unicamente ad una delle tre figure professionali seguenti:

- un medico del ruolo unico
- un medico operante nella struttura scelto tra i medici dipendenti o convenzionati con il SSN o appositamente incaricato dalla direzione della struttura;
- per le strutture private, un medico incaricato dalla struttura.

L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati dalle 8 alle 20 (turno diurno) per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7, mentre dalle 20 alle 8 (turno notturno) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia.

L'assistenza notturna è garantita anche dai Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura.

La responsabilità assistenziale è in capo all'infermiere secondo le proprie competenze. L'assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore 7 giorni su 7 con il supporto degli Operatori Sociosanitari, in coerenza con gli obiettivi del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti sanitari e sociali coinvolti. L'infermiere, inoltre, si occupa, in particolare, delle transizioni di cura dei pazienti assicurandone la presa in carico e la continuità assistenziale: tale infermiere si interfaccia con la Centrale Operativa Territoriale, in modo da facilitare l'organizzazione dell'assistenza e la disponibilità degli ausili eventualmente necessari, una volta che il paziente tornerà al domicilio.

La responsabilità organizzativa è affidata ad un coordinatore infermieristico (infermiere con incarico di funzione organizzativa), secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020.

## **Tariffa**

La definizione della tariffa sarà oggetto dell'attività che si terrà nell'ambito di un tavolo tecnico all'uopo costituito presso il Ministero della Salute, al fine di applicare criteri omogenei in tutte le Regioni, in ordine al funzionamento dell'ospedale di Comunità.

## **Indicatori di Monitoraggio**

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

## Allegato B

### ISTITUZIONE DELLE FORME ORGANIZZATIVE MONOPROFESSIONALI (AFT) DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E NUOVA DEFINIZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI PER L'EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA IN VALLE D'AOSTA

#### PREMESSA

#### RIFERIMENTI NORMATIVI

- decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, come convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189;
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale reso esecutivo in data 28 aprile 2022;
- D.M. 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento per la definizione di modelli standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”;
- Piano regionale per la salute e il benessere sociale in Valle d’Aosta – 2022/2025, approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 394 in data 11 aprile 2022;
- art. 19 (Determinazione degli oneri per la retribuzione della quota variabile soggetta a incentivazione per il personale in regime di convenzione con il Servizio sanitario regionale) della legge regionale 22 dicembre 2022, n. 35 e successiva deliberazione della Giunta regionale n. 145 in data 14 febbraio 2022 “Approvazione della ripartizione delle risorse a disposizione dell’Azienda USL della Valle d’Aosta, per il triennio 2022/2024, per il riconoscimento dei miglioramenti economici previsti per il personale in regime di convenzione con il Servizio sanitario regionale, ai sensi dell’articolo 19, comma 2, della l.r. 35/2021”;
- deliberazione della Giunta regionale n. 698 in data 31 luglio 2020 “Recepimento dell’Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 131/2003 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in data 20/02/2014 sul documento recante “Telemedicina – Linee di indirizzo nazionali” (Rep. Atti n. 16/CSR del 20 febbraio 2014) e attivazione di servizi di assistenza sanitaria erogabili a distanza (telemedicina)”;
- deliberazione della Giunta regionale n. 241 in data 7 marzo 2022 “Approvazione degli indirizzi in merito agli investimenti e ai relativi soggetti attuatori del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e del Piano per gli Investimenti Complementari – Missione 6 “Salute”, componenti 1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” e 2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”;
- deliberazione della Giunta regionale n. 596 in data 26 maggio 2022 “Approvazione del Piano Operativo Regionale e delle schede tecniche relativi al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e al Piano per gli Investimenti complementari – Missione 6 “Salute” – componenti 1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” e 2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”. Prenotazione di spesa;
- Contratto istituzionale di sviluppo per l’esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia realizzati dalla Regioni e Province autonome (PP./AA.) per la realizzazione degli interventi finanziati nell’ambito del PNRR Missione 6, sottoscritto dal Ministero della Salute e la Regione autonoma Valle d’Aosta in data 30 maggio 2022;

- Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa di Comunità elaborato da Agenas, con particolare riferimento alle macroaree “cure primarie” e “assistenza di prossimità”;
- deliberazione della Giunta regionale n. 1609 in data 22/12/2022 “Approvazione del documento generale di programmazione dell’assistenza territoriale, ai sensi dell’art. 1, comma 2, del decreto del Ministero della Salute del 23 maggio 2022, n. 77 e degli atti di programmazione volti a istituire le AFT dei MMG e dei PLS, nonché delle UCCP, ai sensi degli AA.CC.NN. vigenti della medicina convenzionata. Revoca dell’allegato A della DGR n. 1304/2008”.

## INDICE:

1. Contesto di riferimento
2. Obiettivi prioritari di politica sanitaria regionale nell'ambito della rete di assistenza primaria
3. Le forme organizzative monoprofessionali (AFT) delle cure primarie e forme aggregative regionali vigenti: norme generali
  - 3.1 Caratteristiche, funzioni e compiti delle AFT
  - 3.2 Referente di AFT
  - 3.3 Le attuali forme associative e loro sviluppo
4. Modello di AFT per la medicina generale in Valle d'Aosta
  - 4.1 Individuazione delle AFT
  - 4.2 Medici del ruolo unico di assistenza primaria e Case della Comunità (CdC)
  - 4.3 Medici del ruolo unico di assistenza primaria e continuità assistenziale
  - 4.4 Medici del ruolo unico di assistenza primaria e Ospedale di Comunità (OdC)
  - 4.5 Medici del ruolo unico di assistenza primaria e Centrale Operativa Territoriale (COT)
5. Partecipazione delle AFT alla medicina di iniziativa
6. Indirizzi e indicatori per la strutturazione di un sistema di monitoraggio delle attività delle AFT
7. Indirizzi programmatici per l'attuazione di quanto previsto dal decreto del Ministero della Salute 29 luglio 2022 (tecnologie diagnostiche) e per la definizione di progetti di telemedicina
8. Obblighi informativi
9. Formazione continua
10. Ambiti territoriali per l'erogazione dell'assistenza primaria
11. Iter di attuazione del presente documento programmatico e altre indicazioni.

## **PREMESSA**

Il presente documento costituisce l'atto di programmazione regionale diretto a istituire forme organizzative monoprofessionali (Aggregazioni funzionali territoriali - AFT) dei medici di medicina generale.

Il presente atto si inserisce nel nuovo modello, con i relativi standard, per lo sviluppo dell'assistenza territoriale approvati dal D.M. 23 maggio 2022, n. 77, e discende anche dal "Piano regionale per la salute e il benessere sociale in Valle d'Aosta – 2022/2025" (PSBS 2022/2025) approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 394 in data 11 aprile 2022.

Tale Piano delinea degli obiettivi di riorganizzazione dell'assistenza territoriale che salvaguardano la capillarità dei servizi e garantiscono una maggiore equità di accesso agli stessi, individuando nell'attività degli ambulatori dei MMG, sia a ciclo di scelta sia ad attività oraria, e dei PLS lo strumento cardine del sistema in un territorio, con peculiari caratteristiche orografiche e demografiche, costituito in prevalenza da aree interne e di montagna.

La sostenibilità economica del Servizio Sanitario Regionale e la crescente esigenza di qualificazione dei servizi sanitari territoriali richiedono una nuova organizzazione del sistema delle cure primarie valorizzando i medici di medicina generale e promuovendo l'integrazione con le altre figure professionali, dando attuazione alla riforma introdotta nell'ordinamento vigente con la legge 8 novembre 2012, n. 189 (art. 1), ma con una attenzione particolare ai fabbisogni di salute del territorio valdostano e alle sue peculiarità.

Gli strumenti individuati, sia dalla programmazione nazionale che da quella regionale, per realizzare tali obiettivi sono le sopra richiamate AFT che opereranno in collegamento e in collaborazione con i servizi assistenziali offerti nelle Case di Comunità (CdC).

La trasformazione dei poliambulatori territoriali in CdC, come previsto dalla programmazione regionale approvata con DGR 241/2022 e dal Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) per la realizzazione degli interventi finanziati nell'ambito del PNRR Missione 6, non può prescindere dallo sviluppo dei modelli associativi erogativi della medicina generale e dall'interazione e integrazione dei diversi professionisti e dei diversi setting assistenziali dell'Assistenza Primaria: in tale luogo infatti potrà essere realizzata la continuità assistenziale prevista dal DM 77/2022, rispettivamente H12 nelle Cdc Spoke ed H24 nelle CdC Hub.

La programmazione relativa all'istituzione delle AFT in Valle d'Aosta troverà le sue regole e modalità di attuazione nei nuovi Accordi Integrativi Regionali (AIR), i quali, ai sensi dell'articolo 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale /ACN) reso esecutivo in data 28 aprile 2022, dovranno essere sottoscritti entro dodici mesi dalla data di approvazione della stessa, come definita dal presente documento.

Nell'ambito degli AIR per l'attivazione del descritto modello organizzativo, tra l'altro, saranno inclusi:

- la disciplina dei servizi ad accesso diretto, finalizzati a fornire prime e tempestive risposte al bisogno di salute del cittadino (riducendo l'accesso improprio al Pronto Soccorso) oltre che l'assistenza primaria, nel caso in cui si verificano gravi carenze di medici a ciclo di scelta che non impediscono di garantire al cittadino la possibilità di scegliere il proprio medico.
- la definizione dei nuovi modelli organizzativi e associativi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria al fine di qualificare l'offerta assistenziale in funzione delle specificità territoriali e delle indennità per l'utilizzo del personale di studio, sia amministrativo sia

infermieristico, nei limiti dell'utilizzo dei fondi per il trattamento economico stabiliti dall'art. 47 dell'ACN vigente, con particolare riferimento al fondo aziendale dei fattori produttivi;

- le ulteriori disposizioni che l'ACN vigente demanda alla definizione e alla negoziazione regionale.

Le disposizioni di cui al presente atto saranno integrate ed eventualmente modificate in base allo sviluppo della riorganizzazione dell'assistenza territoriale prevista dall'attuazione del DM 77/2022, dall'attuazione del PNRR e dal Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2022/2025, nonché, su motivata e dettagliata proposta del Comitato aziendale dei medici di medicina generale, al quale l'ACN vigente assegna il compito di monitorare il funzionamento delle AFT.

## **1. CONTESTO DI RIFERIMENTO**

Per la descrizione dell'assetto organizzativo dell'assistenza primaria in Valle d'Aosta si rimanda al capitolo "Analisi del contesto" di cui all'allegato A "Documento generale di programmazione dell'assistenza territoriale ai sensi dell'art. 1, comma 2 del DM Salute del 23/05/2022, n. 77" alla deliberazione della Giunta regionale n. 1609 in data 22/12/2022.

Il Piano regionale per la salute e il benessere sociale in Valle d'Aosta 2022/2025 pone tra i propri obiettivi la realizzazione di un sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale che, attraverso l'attivazione di una serie di strumenti organizzativi (Centrale Operativa Territoriale – COT, soluzioni ICT, numero unico 116/117....) e la costituzione di team multi professionali territoriali, garantisca la risposta più appropriata rispetto al bisogno di salute dei cittadini. L'integrazione tra i vari setting assistenziali, intendendo con questa espressione l'insieme delle prestazioni di cura e di riabilitazione più adatte a garantire la migliore presa in carico degli assistiti, sarà realizzata altresì in applicazione delle disposizioni del DM 77 e in attuazione del presente documento programmatico, nonché di quelle relative alla pediatria di libera scelta e alla specialistica ambulatoriale convenzionata,

La revisione dell'organizzazione della Medicina generale in Valle d'Aosta costituisce un tassello di un progetto più ampio di interventi programmati nell'ambito dell'assistenza territoriale, al fine di garantire la sostenibilità e l'efficienza di ogni setting di assistenza: saranno infatti implementate le strutture intermedie e sarà necessaria una riorganizzazione delle risorse umane.

## **2. OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA REGIONALE NELL'AMBITO DELLA RETE DI ASSISTENZA PRIMARIA**

La programmazione regionale in materia di Assistenza Primaria in Valle d'Aosta si svilupperà facendo riferimento agli indirizzi di politica sanitaria contenuti nei seguenti atti:

- il Piano regionale per la salute e il benessere sociale in Valle d'Aosta – 2022/2025, approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 394 in data 11 aprile 2022, con particolare riferimento agli obiettivi della macro area 2 "Una nuova rete territoriale dei servizi come risposta integrata per la salute e il benessere sociale dei cittadini":

- ✓ la costruzione di un modello organizzativo e funzionale integrato per la presa in carico della cronicità e della fragilità basato sulla medicina di iniziativa, in coerenza con il Piano cronicità, il Piano della prevenzione e il Piano per il governo delle liste di attesa incentrato su Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) condivisi tra ospedale e territorio, sulla qualità e sull'appropriatezza delle prestazioni;

✓ l'aggiornamento del ruolo e delle funzioni della medicina in convenzione riconoscono la funzione strategica nel nuovo modello dell'assistenza sanitaria territoriale indicato dalla recente normativa anche attraverso l'evoluzione degli Accordi integrativi regionali derivanti dall'ACN e la costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), in accordo con i medici convenzionati del territorio (di assistenza primaria, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali);

▪ il decreto del Ministero della Salute 29 luglio 2022 "Riparto delle risorse per il fabbisogno di apparecchiature sanitarie di supporto ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta", il quale prevede l'assegnazione di apparecchiature di diagnostica di primo livello agli studi medici dei MMG e dei PLS nonché alle aggregazioni della medicina di gruppo al fine di garantire un'assistenza di prossimità adeguata e ridurre le diseguaglianze territoriali di accesso all'assistenza;

▪ l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale reso esecutivo in data 28 aprile 2022, il quale stabilisce quali obiettivi prioritari:

- ✓ l'attuazione del "Piano nazionale della cronicità"
- ✓ l'attuazione del "Piano nazionale della prevenzione vaccinale"
- ✓ la riduzione dell'accesso improprio al pronto soccorso
- ✓ il governo delle liste di attesa e l'appropriatezza prescrittiva;

▪ deliberazioni della Giunta regionale nn. 1519/2021 e 659/2022 in materia di telemedicina e deliberazione del Commissario dell'Azienda USL della Valle d'Aosta n. 364 del 03/09/2021 "Approvazione della relazione "La telemedicina nell'Azienda USL della Valle d'Aosta".

Nell'ambito di detti obiettivi, è considerato prioritario lo sviluppo:

▪ della presa in carico della cronicità attraverso l'individuazione delle patologie maggiormente diffuse e con un più elevato impatto sul Servizio Sanitario Regionale, nonché l'implementazione di programmi di gestione delle patologie croniche e la prevenzione delle complicanze, anche mediante strumenti informatici preposti all'arruolamento degli assistiti e al loro monitoraggio;

▪ di un sistema di attivazione del PAI farmacologico e della sua informatizzazione;

▪ della collaborazione da parte della medicina generale con le diverse professionalità coinvolte nella riduzione delle liste di attesa, attraverso il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, dell'aderenza ai Raggruppamenti di attesa omogenea (RAO);

▪ la prescrizione di esami diagnostici da parte dei MMG con ricetta dematerializzata e in modalità di Smart CUP.

### **3. LE FORME ORGANIZZATIVE MONOPROFESSIONALI (AFT) DELLE CURE PRIMARIE E FORME AGGREGATIVE REGIONALI VIGENTI: NORME GENERALI**

#### **3.1 Caratteristiche, funzioni e compiti delle AFT**

L'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) è un modello organizzativo monoprofessionale, costituito dai medici del ruolo unico di assistenza primaria - operanti sia a ciclo di scelta sia su base oraria - che non eroga direttamente assistenza sanitaria, ma costituisce il tessuto organizzativo per attuare lo sviluppo dell'assistenza territoriale, realizzando le condizioni per l'integrazione professionale dei medici che ne fanno parte:

▪ garantendo la diffusione capillare dei presidi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nell'ambito del modello organizzativo regionale;

▪ assicurando l'assistenza per l'intero arco della giornata e per sette giorni la settimana;

▪ perseguendo obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda USL della Valle d'Aosta e finalizzati a:

- coordinare l'attività dei medici, promuovendo il "lavorare insieme", pur mantenendo il valore della prossimità nella distribuzione degli studi;
- 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 così come definito dall'art. 29 dell'ACN 28 aprile 2022.

La costituzione delle AFT è obbligatoria e ciascun medico può aderire a una sola aggregazione.

L'AFT, priva di personalità giuridica, è l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno assistenziale, come stabilito dall'art. 32 dell'ACN vigente. È demandata agli AIR l'eventuale rideterminazione delle vigenti disposizioni regionali, esplicitate al capitolo 10, relative ai valori del rapporto ottimale dei medici per l'attività di assistenza primaria a ciclo di scelta e per l'attività a rapporto orario.

I compiti essenziali delle AFT, ai sensi dell'art. 29 dell'ACN vigente, sono:

- assicurare l'erogazione a tutti i cittadini che ad essa afferiscono dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA), nonché l'assistenza ai turisti;
- realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, estesa all'intero arco della giornata, intesa nell'arco delle 24 ore, e per sette giorni alla settimana, prevedendo una maggiore copertura del territorio in orario diurno e una ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (24:00-8:00);
- garantire la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata, del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata.

L'Accordo Integrativo Regionale potrà integrare i compiti e le funzioni delle AFT, in attuazione di quanto stabilito dalla programmazione regionale, implementando modelli correlati al grado di complessità della presa in carico assicurata alla popolazione di riferimento, fermi restando, per gli eventuali riconoscimenti economici, i vincoli stabiliti dall'art. 47 dell'ACN vigente disciplinante il trattamento economico del medico del ruolo unico di assistenza primaria.

Ogni AFT è collegata funzionalmente alla UCCP di riferimento, alle cui attività i medici del ruolo unico di assistenza primaria si raccordano tramite le AFT stesse nel rispetto della programmazione regionale.

I medici partecipanti possono essere supportati sia per l'acquisizione che per la gestione dei relativi fattori produttivi da società di servizi, anche cooperative; in ogni caso dette società di servizi non possono fornire prestazioni mediche proprie del medico di medicina generale regolamentate dall'ACN.

Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito dal Comitato aziendale, come stabilito dall'art. 29 dell'ACN vigente.

A livello distrettuale, nell'ambito del Programma delle attività territoriali di cui all'articolo 13 dell'ACN vigente, verranno concordati i compiti dei medici del ruolo unico di assistenza primaria all'interno delle AFT, individuati tra:

- promozione della salute;
- counseling;
- ADI e ADP;
- vaccinazioni;
- screening;

- telemedicina e teleconsulto.

Gli AIR potranno definire, sulla base delle necessità regionali e aziendali, ulteriori prestazioni per i servizi con quote variabili non definite dall'ACN 28 aprile 2022, finanziabili nell'ambito del fondo C per la Quota servizi dell'art. 47 dell'ACN stesso.

### **3.2 Referente di AFT**

Ai sensi di quanto stabilito all'art. 30 dell'ACN vigente, i medici componenti la AFT individuano al loro interno, con le modalità definite nel regolamento di funzionamento approvato dal Comitato aziendale, un referente ed il suo sostituto. I medici proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per la durata prevista.

Il Referente si occupa, per la parte che riguarda la AFT, dell'integrazione dei servizi e dei percorsi assistenziali volti a garantire continuità dell'assistenza con gli altri servizi aziendali, incluso il raccordo funzionale con la forma organizzativa multiprofessionale di riferimento.

I compiti del Referente AFT sono definiti dall'art. 30 dell'ACN vigente e le relative modalità di svolgimento e attuazione sono demandate al regolamento di funzionamento approvato dall'Azienda.

Al Referente è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti.

Con gli AIR saranno disciplinate:

- la durata del mandato e le modalità di svolgimento dello stesso, fermo restando che tale funzione non incide sull'incarico convenzionale in essere;
- l'entità del compenso riconosciuto al Referente dell'AFT, il cui onere è finanziato con risorse attinte preventivamente dal fondo destinato alla quota variabile di cui al comma 2, lettera B, dell'art. 47 dell'ACN 28 aprile 2022.

Il Referente di AFT, sentiti i medici interessati, collabora con l'Azienda nell'assegnazione delle sedi di attività e predispose i turni di servizio dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a prestazione oraria, sulla base del principio della equità distributiva tra tutti i medici incaricati.

Il Referente di AFT è componente di diritto dell'Ufficio aziendale di coordinamento delle attività distrettuali, che l'Azienda USL della Valle d'Aosta dovrà istituire ai sensi dell'art. 30, comma 8, dell'ACN vigente, e coadiuva il Direttore del Distretto per gli adempimenti di verifica dell'appropriatezza prescrittiva nell'ambito delle attività distrettuali.

I referenti di AFT si coordinano con l'Area Territoriale dell'Azienda USL (Direttore di Area e Direttori di Distretto), con i Dipartimenti ospedalieri, 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.

### **3.3 Le attuali forme associative e loro sviluppo**

Stante la valenza essenzialmente funzionale delle AFT, l'erogazione diretta dell'assistenza sanitaria resta in capo ai singoli medici del ruolo unico di assistenza primaria e alle loro forme associative, che si integrano con le aggregazioni funzionali, al fine di garantire una organizzazione efficace delle cure primarie e della continuità dell'assistenza nell'arco della giornata.

Le forme associative attualmente esistenti dei medici del ruolo unico di assistenza primaria (aggregazione in rete e medicina di gruppo), costituite ai sensi dell'AIR approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 1451 in data 19 maggio 2006, saranno oggetto, nel quadro della riorganizzazione dell'assistenza territoriale prevista dal PSBS 2022/2025, di un'importante

revisione per meglio integrarsi e coordinarsi con i mutati livelli di *governance* e con le differenti finalità assistenziali definite per i diversi setting nel rispetto delle disposizioni e dei limiti stabiliti nell'ACN 28 aprile 2022.

Con successivi AIR saranno stabilite le revisioni organizzative dirette a promuovere le forme associative di gruppo, in quanto sono quelle che meglio rispondono alle esigenze della popolazione assistibile caratterizzandosi per un'ampia apertura della sede unica, anche ubicata al di fuori della CdC, e per una globale presa in carico sia delle acuzie sia della cronicità, grazie anche alla presenza di personale amministrativo e infermieristico.

Le forme associative con sede unica, infatti, trovano nella maggior disponibilità verso i pazienti, definibile come contattabilità, una delle proprie caratteristiche, accanto a una maggiore integrazione nell'utilizzo dei fattori produttivi. Preso atto di quanto riportato all'art 35 comma 7 del vigente ACN (*Le modalità di contattabilità del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta al di fuori delle fasce orarie di apertura dello studio sono disciplinate da Accordi Regionali*) e considerato che la richiesta clinica urgente trova risposta nel sistema di gestione della emergenza/urgenza, il presente atto programmatico stabilisce che per contattabilità si intenda la messa in atto - diretta o ricorrendo al supporto del proprio personale o a forme organizzative tra medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta o tramite altre modalità - di strumenti che consentano di dare risposta ai fabbisogni di assistenza di base espressa dagli assistiti, provvedendo a processare le richieste e a dare riscontro al bisogno espresso, anche in modalità differita, correlato al grado di gravità dell'intervento richiesto.

La risposta assistenziale, pertanto, può essere non necessariamente di carattere clinico e il riscontro in termini temporali (che non necessariamente deve essere immediato) deve essere proporzionato alla differibilità o meno della richiesta, in considerazione della problematica presentata, e valutata dal medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta se di rilevanza clinica.

Qualora nel territorio della AFT siano presenti medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta senza sede unica, si perseguirà l'obiettivo del modello hub and spoke, dove l'hub sarà la sede comune (CdC o sede comune esterna) nella quale i medici del ruolo unico di assistenza primaria costituenti la forma associativa si alterneranno per erogare le attività previste, mentre gli spoke resteranno i propri singoli ambulatori distribuiti sul territorio.

Gli AIR, in base alle disponibilità dei fondi come disciplinati dall'art. 47 dell'ACN vigente, potranno prevedere la negoziazione di riconoscimenti economici, anche per l'impiego di personale di studio, sia amministrativo sia infermieristico, con l'obiettivo di incentivare la messa a regime dei nuovi modelli organizzativi di assistenza territoriale.

#### **4. MODELLO DI AFT PER LA MEDICINA GENERALE IN VALLE D'AOSTA**

##### **4.1 Individuazione delle AFT**

Le AFT in Valle d'Aosta sono composte da tutti i medici del ruolo unico di assistenza primaria operanti nello stesso Distretto socio-sanitario e sono riferite a due bacini di utenza intra-distrettuali per Distretto sufficientemente ampi da garantire lo sviluppo di economie di scala nella dotazione e nell'impiego di risorse umane strutturali e strumentali, tenendo conto di situazioni territoriali specifiche.

In Valle d'Aosta, secondo quanto previsto dal PSBS 2022/2025, è programmata la costituzione di 4 AFT le quali dovranno afferire alla Casa della Comunità di appartenenza territoriale, a prescindere dal livello di complessità di quest'ultima. Pertanto, le AFT avranno un'unica sede di riferimento, come di seguito elencato:

	Sede di riferimento dell'AFT	
DISTRETTO 1	AFT 1A	Casa della Comunità di Morgex
	AFT 1B	Casa della Comunità di Aosta
DISTRETTO 2	AFT 2A	Casa della Comunità Châtillon
	AFT 2B	Casa della Comunità di Donnas

e si occuperanno dell'assistenza sanitaria degli assistiti degli ambiti territoriali per l'erogazione dell'assistenza primaria definiti al capitolo 10 del presente documento programmatico.

Gli AIR stabiliranno le modalità di espletamento delle attività che dovranno essere svolte dai singoli medici del ruolo unico di assistenza primaria, sia a ciclo di scelta che ad attività oraria, al fine di garantire l'assistenza medica H24 nell'ambito della AFT a cui appartengono, espletando la loro attività presso i propri studi, presso le forme associative esistenti e/o all'interno della CdC di riferimento.

Tutti i medici della AFT, oltre alla prevalente attività clinico assistenziale, compresi i medici con studio primario nella CdC, svolgono attività distrettuali, da definire in sede di AIR, le quali trovano nella CdC la sede di riferimento erogativa, ma che si potranno svolgere anche nelle sedi delle medicine di gruppo, per favorire la capillarità del servizio nel territorio di pertinenza della CdC di riferimento della AFT.

L'impegno dei singoli medici componenti ciascuna AFT deve essere coordinato dal Referente dell'AFT in modo da garantire:

- per l'attività a ciclo di scelta, l'apertura nell'ambito della fascia orario 8-20, per 5 giorni a settimana preferibilmente dal lunedì al venerdì (art. 35, comma 5 dell'ACN vigente);
- la presenza di almeno un medico per gli orari settimanali non coperti dall'attività a ciclo di scelta, comprese le dodici ore notturne, attraverso il ricorso all'attività oraria.

Fatto salvo il principio della libera scelta del medico da parte degli assistiti e del relativo rapporto fiduciario individuale, ciascun componente dell'AFT assume l'impegno di assistere anche i pazienti degli altri medici componenti delle AFT, con possibilità di accesso reciproco ai dati clinici degli assistiti. All'interno della AFT, infatti, come stabilito all'art. 29, comma 9, dell'ACN vigente, i medici del ruolo unico di assistenza primaria sono funzionalmente connessi tra loro mediante una struttura informatico-telematica di collegamento tra le schede sanitarie individuali degli assistiti che consenta, nel rispetto della privacy e della sicurezza nella gestione dei dati, l'accesso a ogni medico a informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici operanti nella medesima, per una efficace presa in carico e garanzia di continuità delle cure.

#### **4.2 Medici del ruolo unico di assistenza primaria e Case della Comunità (CdC)**

Rapporto tra medici di assistenza primaria e CdC:

❖ studio primario nella CdC: per alcuni medici operanti nell'ambito territoriale in cui ha sede la CdC, l'ambulatorio della CdC può costituire quello primario in cui il MMG esercita la propria attività convenzionale, ma anche quello in cui contribuisce anche alle attività distrettuali da definire in sede di Accordo Integrativo Regionale.

I MMG beneficeranno, così, della prossimità con servizi complementari (ADI, IFeC, medici di continuità assistenziale, specialistica ambulatoriale, CUP, ecc.);

❖ collegamento funzionale alla CdC: tutti i medici della AFT oltre alla prevalente attività clinico-assistenziale, svolgono attività distrettuali da definire in sede di Accordo Integrativo Regionale. Tali attività, che trovano nella CdC la sede di riferimento erogativa per semplificazione

logistica, si potranno svolgere anche nelle sedi delle medicine di gruppo, per favorire la capillarità del servizio. A titolo esemplificativo e non esaustivo si elencano alcune attività:

- confronto professionale con Infermiere di Comunità nei processi di reclutamento proattivo dei pazienti, di educazione sanitaria e di case management;
- confronto con i professionisti di ADI, continuità assistenziale e Unità Continuità Assistenziali (UCA) sui pazienti condivisi;
- partecipazione agli incontri di équipe di Valutazione MultiDimensionale (UVMD), su richiesta del team UVMD;
- discussione di caso con specialisti / teleconsulto;
- diagnostica di base utilizzando strumentazione disponibile in CdC;
- formazione congiunta, attività legate al coordinamento degli obiettivi di salute, in particolare sui Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA), Progetto di Assistenza individuale Integrata e i Piani Riabilitativi Individuali;
- discussione di casi e confronto fra pari; o vaccinazioni, diagnostica rapida, attività di prevenzione primaria e secondaria e altre attività previste dall'accordo integrativo;
- confronti periodici con i responsabili di distretto o CdC sui risultati raggiunti dalle cure primarie (distretto, CdC, AFT, MMG/PLS).

L'Azienda USL della Valle d'Aosta contribuisce all'attività delle AFT presso le CdC con la messa a disposizione, senza oneri a carico dei medici facenti parte della stessa, di strutture, utenze, attrezzature, materiale di medicazione, smaltimento rifiuti pericolosi, nonché personale infermieristico e amministrativo di supporto.

#### **4.3 Medici del ruolo unico di assistenza primaria e continuità assistenziale**

Ai sensi di quanto stabilito dall'ACN 28 aprile 2022, la continuità dell'assistenza è garantita dai medici del ruolo unico di assistenza primaria, sia a ciclo di scelta sia ad attività oraria, anche con modalità di reperibilità domiciliare, prevedendo, ove possibile, l'utilizzo della telemedicina.

La continuità assistenziale 20-8 deve essere garantita prioritariamente nelle 4 sedi delle case di comunità, ad elevata e media intensità.

Nell'ambito di un nuovo AIR dovranno essere definite le modalità di individuazione delle ulteriori sedi di continuità assistenziale e di erogazione dell'attività nelle medesime, tenuto conto dell'istituzione delle AFT e di valutazioni relative alla conformità del territorio regionale, nonché al carico assistenziale legato al periodo stagionale e del conseguente peso del flusso turistico.

La garanzia dell'assistenza in orario notturno con i medici del ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario sarà quindi organizzata dall'AFT per il tramite del suo referente, secondo le indicazioni dell'Azienda USL della Valle d'Aosta.

Nell'ambito della predisposizione degli AIR di cui sopra, dovranno essere tenute in considerazione:

- la rimodulazione per fasce orarie, con una ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 - 8.00);
- la presenza di eventuali situazioni di disagio riferite a particolari ambiti territoriali.

L'accesso a tale servizio di continuità assistenziale potrà avvenire su indicazione del NEA 116117 (quando attivato).

#### **4.4 Medici del ruolo unico di assistenza primaria e Ospedale di Comunità (OdC)**

I medici del ruolo unico di assistenza primaria possono richiedere l'inserimento dei pazienti in tali strutture, ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020. Con successivi AIR saranno

stabilite le modalità di partecipazione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria alle attività cliniche degli OdC

#### **4.5 Medici del ruolo unico di assistenza primaria e Centrale Operativa Territoriale (COT)**

Il ruolo primario della COT è il supporto agli operatori nel passaggio dei pazienti tra i diversi setting di cura e, pertanto, nell'ambito dei rapporti con i MMG essa si attiverà per gestire le segnalazioni di questi ultimi.

### **5. PARTECIPAZIONE DELLE AFT ALLA MEDICINA DI INIZIATIVA**

Ai sensi dell'allegato 1 dell'ACN 28 aprile 2022, la medicina di iniziativa assicura sulla base di un piano di cura personalizzato attività educative e clinico-assistenziali volte alla correzione degli stili di vita, alla diagnosi precoce e al monitoraggio delle malattie croniche conclamate, al fine di rallentarne l'evoluzione e prevenirne le complicanze e consiste in un richiamo attivo periodico del paziente per sottoporlo a quanto previsto dal piano di cura.

I medici del ruolo unico di assistenza primaria contribuiscono alla promozione della medicina di iniziativa, in particolare, per:

- garantire una effettiva presa in carico degli assistiti a partire, in particolare, dai pazienti cronici con bisogni assistenziali complessi di tutte le età. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di assistiti attivano l'integrazione con gli altri servizi sanitari di secondo e terzo livello, con diritto all'accesso in ospedale dei medici convenzionati;
- contribuire all'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con le strutture territoriali di riferimento e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza.

Come già esplicitato nel capitolo 2 del presente documento programmatico, la costruzione di un modello organizzativo e funzionale integrato per la presa in carico della cronicità e della fragilità basato sulla medicina di iniziativa costituisce una priorità e, pertanto, nell'ambito degli Accordi attuativi aziendali dovranno essere previste progettualità di governo clinico e lo sviluppo della medicina di iniziativa, coinvolgendo i team mono e multi professionali, avendo a riferimento le seguenti tematiche:

- partecipazione ai progetti relativi alla presa in carico di pazienti affetti da patologia cronica;
- partecipazione attiva alle campagne vaccinali (in ambulatorio, nelle CdC, nei centri vaccinali e al domicilio, con la presa in carico dei pazienti non deambulabili) per raggiungere obiettivi di copertura previsti per la popolazione destinataria della vaccinazione;
- partecipazione attiva ai programmi di screening;
- appropriatezza prescrittiva.

### **6. INDIRIZZI E INDICATORI PER LA STRUTTURAZIONE DI UN SISTEMA DI MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ DELLE AFT**

In applicazione di quanto definito al capitolo 2 del presente atto di programmazione, gli AIR definiranno gli obiettivi attribuiti alle AFT, declinando, oltre che gli strumenti operativi per attuarli, anche gli opportuni indicatori di monitoraggio e *performance*.

L'Azienda USL della Valle d'Aosta, attraverso la redazione del Programma delle attività territoriali (PAT) di cui all'articolo 3-quater, comma 3 del d.lgs. 502/1992, ai sensi dell'art. 13 (Programmazione delle attività della medicina generale) dell'ACN vigente, declina a sua volta le attività, gli obiettivi e i livelli di performance delle AFT, ai fini di promuovere e sviluppare la medicina generale.

Attraverso gli Accordi Attuativi Aziendali sono individuati progetti specifici e le attività dei medici convenzionati necessari, da un lato, all'attuazione degli obiettivi e dei modelli organizzativi stabiliti dalla programmazione regionale, dall'altro di quanto compreso nel Programma delle attività territoriali.

La valutazione dei risultati raggiunti dall'AFT, secondo indicatori stabiliti negli Accordi integrativi regionali, costituisce un elemento per l'erogazione delle parti variabili integranti il trattamento economico dei medici componenti la stessa AFT.

A livello distrettuale saranno concordati i compiti dei medici del ruolo unico di assistenza primaria all'interno delle AFT individuati dagli AIR.

Entro il primo semestre dell'anno successivo, il Referente dell'AFT trasmette all'Azienda USL della Valle d'Aosta e all'Assessorato sanità, salute e politiche sociali una relazione circa l'attività annuale svolta dai medici dell'AFT ed il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Il monitoraggio delle attività delle singole AFT potrà avvenire anche sulla base dell'implementazione dei flussi informativi riferibili ai dati individuali di attività sanitaria riferibili alle prestazioni di cure primarie progettati all'interno della Milestone PNRR – M6C2 – 1.3.2.2 “Reingegnerizzazione NSIS a livello locale”.

## **7. INDIRIZZI PROGRAMMATICI PER L'ATTUAZIONE DI QUANTO PREVISTO DAL DECRETO 29 LUGLIO 2022 (TECNOLOGIE DIAGNOSTICHE) E PER LA DEFINIZIONE DI PROGETTI DI TELEMEDICINA**

In attuazione di quanto stabilito all'art. 3 del decreto del Ministero della Salute 29 luglio 2022 “Riparto delle risorse per il fabbisogno di apparecchiature sanitarie di supporto ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta”, la Regione presenterà il Piano pluriennale di fabbisogno delle risorse assegnate, sulla base di quanto sarà definito dal tavolo congiunto Ministero della salute e Regioni in ordine alle modalità di rilevazione dell'attività erogata, delle specifiche tecniche della documentazione relativa agli atti medici eseguiti con il supporto delle apparecchiature in parola, delle modalità di alimentazione del FSE, degli indicatori minimi di processo e di risultato. Come stabilito dal PSBS 2022/2025, l'obiettivo al quale puntare è la dotazione tecnologica e strutturale delle CdC nonché degli altri punti erogativi della medicina convenzionata (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. Le modalità di attuazione del piano di fabbisogni che sarà redatto secondo quanto stabilito dallo stesso decreto 29 luglio 2022, saranno definite da appositi AIR, tenendo conto che le prestazioni erogate dai MMG E PLS mediante l'utilizzo di dette apparecchiature rientrano nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza sanitaria di base.

Come stabilito dal PSBS 2022/2025, la telemedicina costituisce uno strumento funzionale all'assistenza di specifiche categorie di soggetti con cronicità e fragilità in essere e saranno definiti modelli organizzativi e avviati programmi di sviluppo di tale modalità assistenziale nelle seguenti aree di intervento:

- telemonitoraggio 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;

- telemonitoraggio dei pazienti cronici a domicilio nell'ambito del piano cronicità aziendale;
- programmi di riabilitazioni per pazienti a domicilio;
- 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;
- telemonitoraggio di pazienti domiciliarizzati, dimessi dalla degenza, e instabili da parte degli specialisti ospedalieri;
- telemonitoraggio pazienti a domicilio con necessità di interventi assistenziali da tenere in osservazione.

A seguito della sperimentazione del progetto specifico dedicato alla malattia cronica dello scompenso cardiaco, nell'ambito del progetto "Proximity" [in realizzazione dell'aggiudicazione del lotto 1 (telemedicina) per l'accesso alla fase 3 dell'appalto pre-commerciale di cui al Provvedimento del Dirigente della Struttura ricerca, innovazione e trasferimento tecnologico dell'Assessorato Sviluppo economico, formazione e lavoro n. 2584 in data 14 maggio 2021], che sviluppa sistemi innovativi di telemedicina per il controllo dei pazienti cronici sia presso gli ambulatori attuali, sia presso il domicilio dei pazienti, l'obiettivo è di adottare una piattaforma di telemedicina e telemonitoraggio e il sistema informativo della cronicità, in applicazione delle indicazioni di Agenas "Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina". In continuità con l'attività in essere relativa alla riorganizzazione territoriale ai sensi del DM 77/2022 e ai fini dell'attuazione delle *mission* del PNNR, nonché allo sviluppo della telemedicina e dell'informatizzazione dell'assistenza territoriale, gli AIR definiranno, sulla base dei progetti di telemedicina e attività di monitoraggio e telemonitoraggio che saranno definiti e approvati, le modalità di partecipazione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, con particolare riferimento alla gestione delle patologie croniche.

## **8. OBBLIGHI INFORMATIVI**

I medici di medicina generale assolvono i compiti informativi derivanti dalla normativa nazionale e dai conseguenti provvedimenti regionali, ottemperando in particolare agli obblighi previsti da:

- ✓ sistema informativo nazionale (NSIS)
- ✓ tessera sanitaria e ricetta elettronica, inclusa la ricetta dematerializzata
- ✓ fascicolo sanitario elettronico (FSE)
- ✓ certificazione telematica di assenza per malattia del lavoratore dipendente

Al momento non esistono flussi nazionali dedicati al tracciamento dell'attività dei medici delle cure primarie, per il quale si attendono gli esiti del Tavolo ministeriale appositamente costituito per l'individuazione delle specifiche indicazioni/linee guida sul tema, dando atto che saranno implementati nell'ambito del NSIS specifici flussi informativi riferibili alle prestazioni di cure primarie.

Ai sensi dell'ACN vigente, il medico dovrà, altresì, assolvere gli obblighi previsti dagli eventuali flussi informativi definiti a livello regionale, connessi all'attività assistenziale, senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione a suo carico.

L'inadempienza degli obblighi relativi all'assolvimento del debito informativo previsto dalla tessera sanitaria e ricetta elettronica, inclusa la ricetta dematerializzata, documentata attraverso le verifiche del Sistema Tessera Sanitaria, determina una riduzione del trattamento economico complessivo del medico in misura pari al 1,15% su base annua, ai sensi di quanto previsto dall'art. 6, c. 4, dell'ACN vigente.

## 9. FORMAZIONE CONTINUA

La formazione continua dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, disciplinata dall'art. 26 dell'ACN 28 aprile 2022, è finalizzata al raggiungimento di obiettivi sia di interesse nazionale sia di specifico interesse regionale, come definiti dai piani annuali della formazione approvati dall'Azienda USL della Valle d'Aosta (PFA), previo parere della Commissione regionale ECM. Questi ultimi devono essere costruiti sulla base:

- ✓ dei bisogni formativi dei medici evidenziati dai dossier formativi;
- ✓ dell'analisi della situazione esistente;
- ✓ degli indirizzi derivanti dal Piano aziendale e dai programmi di collaborazione con le Università.

In particolare, per le attività rivolte anche ai medici del ruolo unico di assistenza primaria, il PFA deve:

- a) tenere in considerazione:
  - gli indirizzi dei Piani di formazione nazionali;
  - le necessità formative derivanti dai programmi di integrazione ospedale-territorio e dalla presente riorganizzazione del territorio;
  - le necessità formative derivanti dall'applicazione degli AIR e degli accordi attuativi aziendali;
  - le necessità formative derivanti dalle disposizioni normative, con particolare riferimento all'utilizzo dei sistemi informativi;
- b) promuovere:
  - la formazione congiunta, con particolare riferimento ai Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA), al Progetto di Assistenza Individuale Integrata e ai Piani Riabilitativi Individuali:
  - la formazione all'utilizzo di programmi e apparecchiature messe a disposizione dall'Azienda, anche nell'ambito di progetti obiettivo annuali;
  - la formazione specifica in medicina generale e attività di cure primarie;
  - la capacità di lavorare in team multiprofessionale.

La formazione dovrà essere diretta anche a dare attuazione a quanto stabilito al capitolo 7 del presente documento programmatico relativamente alla formazione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta che sarà definita nel piano dei fabbisogni presentato dalla Regione.

L'Azienda USL della Valle d'Aosta, sentito il Comitato aziendale, definisce l'obbligatorietà dei corsi del presente articolo.

## 10. AMBITI TERRITORIALI PER L'EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

All'interno della definizione del nuovo modello organizzativo si procede al momento a confermare i rapporti ottimali definiti dagli AIR approvati con deliberazioni della Giunta regionale n. 1451 in data 19 maggio 2006 e n. 1624 in data 15 giugno 2007, come modificato con AIR approvato con DGR 1398 in data 2 novembre 2021, rispettivamente per l'assistenza primaria e per la continuità assistenziale:

- art. 23 dell'Accordo Integrativo Regionale approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 1451 in data 19 maggio 2006: un medico ogni 1.200 (1:1.200) abitanti residenti per i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta;
- art. 2 dell'Accordo Integrativo Regionale approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 1624 in data 15 giugno 2007, come modificato con AIR approvato con DGR 1398 in data 2

novembre 2021: un medico ogni 3.500 (1:3.500) abitanti per i medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria.

È demandata alla stipula di successivi AIR la determinazione di nuovi valori dei rapporti ottimali nel rispetto di quanto stabilito dall'ACN vigente.

Con il presente documento programmatico, si procede altresì a ridefinire gli ambiti territoriali per l'erogazione dell'assistenza primaria in Valle d'Aosta, la cui attuale definizione risale al 2008 (DGR 1304/2008, ad accezione del Distretto 3 nel quale l'istituzione di un unico ambito di riferimento è stata approvata con DGR 434/2018), al fine di renderli maggiormente rispondenti alla necessità di garantire l'assistenza e il diritto di scelta dei cittadini in un situazione di grave carenza di medici del ruolo unico.

Nei limiti di quanto previsto dall'ACN vigente, gli AIR possono individuare specifiche e peculiari modalità di determinazione degli ambiti da definirsi e dichiararsi carenti, anche sulla base del numero medio di assistiti in carico ai medici già inseriti e della effettiva capacità ricettiva del relativo ambito territoriale previo parere del Comitato aziendale.

Ai sensi dell'art. 32, c. 5, dell'ACN vigente, l'AFT è l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno assistenziale.

Gli ambiti territoriali di iscrizione del medico, ai fini dell'esercizio della scelta da parte del cittadino e dell'apertura degli studi medici in Valle d'Aosta, sono, quindi, così definiti:

<b>DISTRETTO 1</b>			
AMBITO TERRITORIALE N. 1	COURMAYEUR	Casa della Comunità di Morgex AFT 1A	
	LA SALLE		
	LA THUILE		
	MORGEX		
	PRE-SAINT-DIDIER		
AMBITO TERRITORIALE N. 2	ARVIER		
	AVISE		
	INTROD		
	RHEMES-NOTRE-DAME		
	RHEMES-SAINT-GEORGES		
	VALGRISENCHE		
	VALSAVARENCHÉ		
	VILLENEUVE		
	AYMAVILLES		
	COGNE		
	SAINT-NICOLAS		
	SAINT-PIERRE		
	SARRE		

<b>DISTRETTO 2</b>		
AMBITO TERRITORIALE N. 1	ALLEIN	Casa della Comunità di Aosta AFT 1B
	BIONAZ	
	DOUES	
	ETROUBLES	
	GIGNOD	
	OLLOMONT	
	OYACE	
	ROISAN	
	SAINT-OYEN	
	SAINT-RHEMY-EN-BOSSÉS	
	VALPELLINE	
AMBITO TERRITORIALE N. 2	CHARVENSOD	
	GRESSAN	
	JOVENCAN	
	POLLEIN	
	SAINT-CHRISTOPHE	
	BRISSOGNE	

	FENIS
	NUS
	QUART
	SAINT-MARCEL

<b>DISTRETTO 3</b>	
AMBITO TERRITORIALE N. 1	ANTEY-SAINT-ANDRE
	CHAMOIS
	LA MAGDELEINE
	TORGNON
	VALTOURNENCHE
	CHAMBAVE
	SAINT-DENIS
	VERRAYES
	CHATILLON
	EMARESE
	PONTEY
SAINT-VINCENT	
Casa della Comunità di Châtillon AFT 2B	

<b>DISTRETTO 4</b>	
AMBITO TERRITORIALE N. 1	AYAS
	BRUSSON
	CHALLAND-SAINT-ANSELME
	ARNAD
	CHALLAND-SAINT-VICTOR
	CHAMPDEPRAZ
	ISSOGNE
	MONTJOVET
	VERRES
	AMBITO TERRITORIALE N. 2
CHAMPORCHER	
DONNAS	
HONE	
PONTBOSET	
FONTAINEMORE	
LILLIANES	
PERLOZ	
PONT-SAINT-MARTIN	
GABY	
GRESSONEY-LA-TRINITE	
GRESSONEY-SAINT-JEAN	
ISSIME	
Casa della Comunità di Donnas AFT 2B	

Le disposizioni programmatiche del presente atto sono integrate con quelle stabilite dall'Accordo Integrativo Regionale approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 1272 in data 27 ottobre 2022, con il quale sono stati individuati i comuni disagiati e disagiatissimi in Valle d'Aosta e i criteri per la definizione degli ambiti temporaneamente disagiati in Valle d'Aosta, come di seguito illustrato:

COMUNI DISAGIATI	
DISTRETTO 1	
AMBITO TERRITORIALE N. 2	Comune
	Avisè
	Saint-Nicolas
DISTRETTO 2	
AMBITO TERRITORIALE N. 1	Comune
	Etroubles
	Doues
DISTRETTO 3	
AMBITO TERRITORIALE UNICO	Comune
	Torgnon

	Antey-Saint-André
	Emarèse
	Valtournenche
	Saint-Denis
DISTRETTO 4	
	Comune
AMBITO TERRITORIALE N. 1	Challand-Saint-Anselme
AMBITO TERRITORIALE N. 2	Challand-Saint-Victor
AMBITO TERRITORIALE N. 3	Bard
AMBITO TERRITORIALE N. 4	Lillianes

COMUNI DISAGIATISSIMI	
DISTRETTO 1	
	Comune
AMBITO TERRITORIALE N. 1	La Thuile
AMBITO TERRITORIALE N. 2	Rhêmes-Notre-Dame
	Valsavarenche
	Valgrisenche
	Rhêmes-Saint-Georges
	Cogne
DISTRETTO 2	
	Comune
AMBITO TERRITORIALE N. 1	Bionaz
	Ollomont
	Saint-Oyen
	Saint-Rhémy-en-Bosses
	Allein
	Oyace
DISTRETTO 3	
	Comune
AMBITO UNICO	Chamois
	La Magdeleine
DISTRETTO 4	
	Comune
AMBITO TERRITORIALE N. 1	Ayas
	Brusson
AMBITO TERRITORIALE N. 3	Champorcher
	Pontboset
AMBITO TERRITORIALE N. 4	Gressoney-La-Trinité
	Gressoney-Saint-Jean
	Gaby
	Fontainemore
	Issime
	Perloz

## 11. ITER DI ATTUAZIONE DEL PRESENTE DOCUMENTO PROGRAMMATORIO E ALTRE INDICAZIONI

A) L'iter di costituzione delle AFT è così sintetizzato:

1. elaborazione, nell'ambito del competente Comitato aziendale della medicina generale, di una proposta operativa di livello aziendale denominata "Atto costitutivo delle AFT della Regione autonoma Valle d'Aosta";
2. trasmissione alla Struttura regionale competente, entro 90 giorni dall'approvazione del presente documento programmatico, della proposta di cui al punto 1) ai fini della condivisione e approvazione della stessa da parte del Comitato regionale dei medici di medicina regionale;
3. entro 15 giorni dall'approvazione di cui al punto 2): deliberazione di approvazione da parte del Direttore Generale dell'Azienda USL della Valle d'Aosta.

La proposta operativa aziendale di cui al punto 3) dovrà in particolare contenere per ciascuna AFT:

- la CdC di riferimento;

- l'elenco dei medici del ruolo unico di assistenza primaria ad essa afferenti, la cui iscrizione avviene d'ufficio a livello aziendale;
- le modalità con le quali l'AFT garantisce l'assistenza H24, sette giorni su 7.

Completato tale iter l'Azienda USL della Valle d'Aosta pubblica sul proprio sito istituzionale la proposta operativa approvata e una mappa descrittiva dell'organizzazione delle AFT sul territorio regionale.

B) A seguito dell'approvazione dell'"Atto costitutivo delle AFT della Regione autonoma Valle d'Aosta":

- entro 30 giorni, presentazione da parte della competente Struttura regionale, alla delegazione trattante di una bozza di pre-Accordo Integrativo Regionale necessario alla attuazione della proposta operativa, anche ai sensi delle indicazioni contenute nel presente atto programmatico;
- approvazione da parte della Giunta regionale dell'AIR di cui al punto precedente, che ne stabilirà la decorrenza.

C) La nuova definizione degli ambiti territoriali di assistenza primaria di cui al capitolo 10 del presente documento decorrerà dal 1° febbraio 2023.

D) Al fine di procedere all'approfondimento, all'analisi e all'elaborazione di proposte volte a:

- conseguire e sviluppo degli obiettivi prioritari di politica sanitaria regionale di cui al capitolo 2 del presente documento programmatico,
- avviare un processo diretto finalizzate alla semplificazione prescrittiva e possibili azioni dirette a rispondere all'eccessiva burocratizzazione dell'attività dei medici del ruolo unico di assistenza primaria,

sarà costituito, entro il 1° giugno 2023, con provvedimento della Struttura regionale competente, un tavolo di lavoro i cui componenti saranno i referenti di ciascuna AFT, i Direttori di Distretto, il Dirigente della Struttura regionale competente, o suo delegato; in relazione alle diverse tematiche affrontate dal tavolo, potrà essere richiesta la partecipazione di specifiche professionalità.

La Struttura regionale competente dovrà condividere il documento come sopra elaborato con il Comitato regionale della medicina regionale.

## **Allegato C**

### **ISTITUZIONE DELLE FORME ORGANIZZATIVE MONOPROFESSIONALI (AFT) DEI MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA**

#### **PREMESSA**

#### **RIFERIMENTI NORMATIVI**

- decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, come convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189;
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale reso esecutivo in data 28 aprile 2022;
- D.M. 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento per la definizione di modelli standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”;
- Piano regionale per la salute e il benessere sociale in Valle d’Aosta – 2022/2025, approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 394 in data 11 aprile 2022;
- art. 19 (Determinazione degli oneri per la retribuzione della quota variabile soggetta a incentivazione per il personale in regime di convenzione con il Servizio sanitario regionale) della legge regionale 22 dicembre 2022, n. 35 e successiva deliberazione della Giunta regionale n. 145 in data 14 febbraio 2022 “Approvazione della ripartizione delle risorse a disposizione dell’Azienda USL della Valle d’Aosta, per il triennio 2022/2024, per il riconoscimento dei miglioramenti economici previsti per il personale in regime di convenzione con il Servizio sanitario regionale, ai sensi dell’articolo 19, comma 2, della l.r. 35/2021”;
- deliberazione della Giunta regionale n. 698 in data 31 luglio 2020 “Recepimento dell’Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 131/2003 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in data 20/02/2014 sul documento recante “Telemedicina – Linee di indirizzo nazionali” (Rep. Atti n. 16/CSR del 20 febbraio 2014) e attivazione di servizi di assistenza sanitaria erogabili a distanza (telemedicina)”;
- deliberazione della Giunta regionale n. 241 in data 7 marzo 2022 “Approvazione degli indirizzi in merito agli investimenti e ai relativi soggetti attuatori del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e del Piano per gli Investimenti Complementari – Missione 6 “Salute”, componenti 1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” e 2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”;
- deliberazione della Giunta regionale n. 596 in data 26 maggio 2022 “Approvazione del Piano Operativo Regionale e delle schede tecniche relativi al Piano Nazionale di Ripresa e

Resilienza e al Piano per gli Investimenti complementari – Missione 6 “Salute” – componenti 1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” e 2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”. Prenotazione di spesa;

- Contratto istituzionale di sviluppo per l’esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia realizzati dalla Regioni e Province autonome (PP./AA.) per la realizzazione degli interventi finanziati nell’ambito del PNRR Missione 6, sottoscritto dal Ministero della Salute e la Regione autonoma Valle d’Aosta in data 30 maggio 2022;
- Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa di Comunità elaborato da Agenas, con particolare riferimento alle macroaree “cure primarie” e “assistenza di prossimità”;
- deliberazione della Giunta regionale n. 1609 in data 22/12/2022 “Approvazione del documento generale di programmazione dell’assistenza territoriale, ai sensi dell’art. 1, comma 2, del decreto del Ministero della Salute del 23 maggio 2022, n. 77 e degli atti di programmazione volti a istituire le AFT dei MMG e dei PLS, nonché delle UCCP, ai sensi degli AA.CC.NN. vigenti della medicina convenzionata. Revoca dell’allegato A della DGR n. 1304/2008”.

## INDICE:

1. Contesto di riferimento
2. Obiettivi prioritari di politica sanitaria regionale nell'ambito della rete dell'assistenza primaria
3. Le forme organizzative monoprofessionali (AFT) della pediatria di libera scelta e forme aggregative regionali: norme generali
  - 3.1 Caratteristiche, funzioni e compiti delle AFT
  - 3.2 Referente di AFT
  - 3.3 Le attuali forme associative e loro sviluppo
4. Modello di AFT per la pediatria di libera scelta in Valle d'Aosta
  - 4.1 Individuazione delle AFT
  - 4.2 Medici pediatri di libera scelta e Case della Comunità (CdC)
  - 4.3 Medici pediatri di libera scelta e continuità assistenziale
  - 4.4 Medici pediatri di libera scelta e Ospedale di Comunità (OdC)
  - 4.5 Medici pediatri di libera scelta e Centrale Operativa Territoriale (COT)
5. Partecipazione delle AFT alla medicina di iniziativa
6. Indirizzi e indicatori per la strutturazione di un sistema di monitoraggio delle attività delle AFT
7. Indirizzi programmatici per l'attuazione di quanto previsto dal decreto del Ministero della Salute 29 luglio 2022 (tecnologie diagnostiche) e per la definizione di progetti di telemedicina
8. Obblighi informativi
9. Formazione continua
10. Ambiti territoriali per l'erogazione della pediatria di libera scelta
11. Iter di attuazione del presente documento programmatico e altre indicazioni

## **PREMESSA**

Il presente documento costituisce l'atto di programmazione regionale diretto a istituire forme organizzative monoprofessionali (Aggregazioni funzionali territoriali - AFT) dei medici pediatri di libera scelta.

Il presente atto si inserisce nel nuovo modello, con i relativi standard, per lo sviluppo dell'assistenza territoriale approvati dal D.M. 23 maggio 2022, n. 77, e discende anche dal "Piano regionale per la salute e il benessere sociale in Valle d'Aosta – 2022/2025" (PSBS 2022/2025) approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 394 in data 11 aprile 2022.

Tale Piano delinea degli obiettivi di riorganizzazione dell'assistenza territoriale che salvaguardano la capillarità dei servizi e garantiscono una maggiore equità di accesso agli stessi, individuando nell'attività degli ambulatori dei MMG, sia a ciclo di scelta sia ad attività oraria, e dei PLS lo strumento cardine del sistema in un territorio, con peculiari caratteristiche orografiche e demografiche, costituito in prevalenza da aree interne e di montagna.

La sostenibilità economica del Servizio Sanitario Regionale e la crescente esigenza di qualificazione dei servizi sanitari territoriali richiedono una nuova organizzazione del sistema delle cure primarie valorizzando i medici pediatri di libera scelta e promuovendo l'integrazione con le altre figure professionali, dando attuazione alla riforma introdotta nell'ordinamento vigente con la legge 8 novembre 2012, n. 189 (art. 1), ma con una attenzione particolare ai fabbisogni di salute del territorio valdostano e alle sue peculiarità.

Gli strumenti individuati, sia dalla programmazione nazionale che da quella regionale, per realizzare tali obiettivi sono le sopra richiamate AFT, che opereranno in collegamento e in collaborazione con i servizi assistenziali offerti nelle Case di Comunità (CdC).

La trasformazione dei poliambulatori territoriali in CdC, come previsto dalla programmazione regionale approvata con DGR 241/2022 e dal Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) per la realizzazione degli interventi finanziati nell'ambito del PNRR Missione 6, non può prescindere dallo sviluppo dei modelli associativi erogativi della pediatria convenzionata e dall'interazione e integrazione dei diversi professionisti e dei diversi setting assistenziali della Pediatria di libera scelta.

La programmazione relativa all'istituzione delle AFT in Valle d'Aosta troverà le sue regole e modalità di attuazione nei nuovi Accordi Integrativi Regionali (AIR), i quali, ai sensi dell'articolo 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) reso esecutivo in data 28 aprile 2022, dovranno essere sottoscritti entro dodici mesi dalla data di approvazione della stessa, come definita dal presente documento.

Nell'ambito degli AIR per l'attivazione del descritto modello organizzativo, tra l'altro, saranno inclusi:

- la definizione dei nuovi modelli organizzativi e associativi dei medici pediatri di libera scelta al fine di qualificare l'offerta assistenziale in funzione delle specificità territoriali e delle indennità per l'utilizzo del personale di studio, sia amministrativo sia infermieristico, nei limiti dell'utilizzo dei fondi per il trattamento economico stabiliti dall'art. 44 dell'ACN vigente, con particolare riferimento al fondo aziendale dei fattori produttivi;
- le ulteriori disposizioni che l'ACN vigente demanda alla definizione e alla negoziazione regionale.

Le disposizioni di cui al presente atto saranno integrate ed eventualmente modificate in base allo sviluppo della riorganizzazione dell'assistenza territoriale prevista dall'attuazione del DM 77/2022, dall'attuazione del PNRR e dal Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2022/2025, nonché, su motivata e dettagliata proposta del Comitato aziendale dei medici pediatri di libera scelta, al quale l'ACN vigente assegna il compito di monitorare il funzionamento delle AFT.

## **1. CONTESTO DI RIFERIMENTO**

Per la descrizione dell'assetto organizzativo dell'assistenza primaria in Valle d'Aosta si rimanda al capitolo "Analisi del contesto" di cui all'allegato A "Documento generale di programmazione dell'assistenza territoriale ai sensi dell'art. 1, comma 2 del DM Salute del 23/05/2022, n. 77" alla deliberazione della Giunta regionale n. 1609 in data 22/12/2022.

Il Piano regionale per la salute e il benessere sociale in Valle d'Aosta 2022/2025 pone tra i propri obiettivi la realizzazione di un sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale che, attraverso l'attivazione di una serie di strumenti organizzativi (Centrale Operativa Territoriale – COT, soluzioni ICT, numero unico 116/117....) e la costituzione di team multi professionali territoriali, garantisca la risposta più appropriata rispetto al bisogno di salute dei cittadini. L'integrazione tra i vari setting assistenziali, intendendo con questa espressione l'insieme delle prestazioni di cura e di riabilitazione più adatte a garantire la migliore presa in carico degli assistiti, sarà realizzata altresì in applicazione delle disposizioni del DM 77 e in attuazione del presente documento programmatico, nonché di quelle relative alla medicina generale e alla specialistica ambulatoriale convenzionata.

La revisione dell'organizzazione della Pediatria di libera scelta in Valle d'Aosta costituisce un tassello di un progetto più ampio di interventi programmati nell'ambito dell'assistenza territoriale, al fine di garantire la sostenibilità e l'efficienza di ogni setting di assistenza: saranno infatti implementate le strutture intermedie e sarà necessaria una riorganizzazione delle risorse umane.

## **2. OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA REGIONALE NELL'AMBITO DELLA RETE DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**

La programmazione regionale in materia di Pediatri di libera scelta in Valle d'Aosta si svilupperà facendo riferimento agli indirizzi di politica sanitaria contenuti nei seguenti atti:

- il Piano regionale per la salute e il benessere sociale in Valle d'Aosta – 2022/2025, approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 394 in data 11 aprile 2022, con particolare riferimento agli obiettivi della macro-area 2 "Una nuova rete territoriale dei servizi come risposta integrata per la salute e il benessere sociale dei cittadini":

- ✓ la costruzione di un modello organizzativo e funzionale integrato per la presa in carico della cronicità e della fragilità basato sulla medicina di iniziativa, in coerenza con il Piano cronicità, il Piano della prevenzione e il Piano per il governo delle liste di attesa incentrato su Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) condivisi tra ospedale e territorio, sulla qualità e sull'appropriatezza delle prestazioni;

- ✓ l'aggiornamento del ruolo e delle funzioni della medicina in convenzione riconoscendone la funzione strategica nel nuovo modello dell'assistenza sanitaria territoriale indicato dalla recente normativa anche attraverso l'evoluzione degli Accordi integrativi regionali derivanti dall'ACN e la costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), in accordo con i medici convenzionati del territorio (di assistenza primaria, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali).

- il decreto del Ministero della Salute 29 luglio 2022 “Riparto delle risorse per il fabbisogno di apparecchiature sanitarie di supporto ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta”, il quale prevede l’assegnazione di apparecchiature di diagnostica di primo livello agli studi medici dei MMG e dei PLS nonché alle aggregazioni della medicina di gruppo al fine di garantire un’assistenza di prossimità adeguata e ridurre le diseguaglianze territoriali di accesso all’assistenza;
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta reso esecutivo in data 28 aprile 2022, il quale stabilisce quali prioritari:
  - ✓ l’attuazione del “Piano nazionale della cronicità”
  - ✓ l’attuazione del “Piano nazionale della prevenzione vaccinale”
  - ✓ la riduzione dell’accesso improprio al pronto soccorso
  - ✓ il governo delle liste di attesa e l’appropriatezza prescrittiva;
- deliberazioni della Giunta regionale nn. 1519/2021 e 659/2022 in materia di telemedicina e deliberazione del Commissario dell’Azienda USL della Valle d’Aosta n. 364 del 03/09/2021 “Approvazione della relazione “La telemedicina nell’Azienda USL della Valle d’Aosta”.

Nell’ambito di detti obiettivi, è considerato prioritario lo sviluppo:

- della medicina proattiva ed il miglioramento della presa in carico dei pazienti affetti da patologia cronica o da particolari problemi di salute; per quanto riguarda i bambini affetti da patologia cronica si individua quale tematica prioritaria la realizzazione di assistenza integrata ai bambini con malattia cronica e concomitante situazioni di disagio psicologico-sociale;
- dell’attività vaccinale diretta a garantire la promozione, l’erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale del Piano regionale della promozione vaccinale 2017-2019 e delle successive integrazioni;
- di un sistema di attivazione del PAI farmacologico e della sua informatizzazione;
- della collaborazione da parte della pediatria di libera scelta con le diverse professionalità coinvolte, anche nella riduzione delle liste di attesa, attraverso il miglioramento dell’appropriatezza prescrittiva, dell’aderenza ai Raggruppamenti di attesa omogenea (RAO);
- la prescrizione di esami diagnostici dei MMG e PLS, con ricetta dematerializzata e in modalità di Smart CUP).

### **3. LE FORME ORGANIZZATIVE MONOPROFESSIONALI (AFT) DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA: NORME GENERALI**

#### **3.1 Caratteristiche, funzioni e compiti delle AFT**

L’Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) è un modello organizzativo monoprofessionale, costituito dai medici pediatri di libera scelta che non eroga direttamente assistenza sanitaria, ma costituisce il tessuto organizzativo per attuare lo sviluppo dell’assistenza territoriale, realizzando le condizioni per l’integrazione professionale dei medici che ne fanno parte:

- garantendo la diffusione capillare dei presidi dei medici pediatri di libera scelta nell’ambito del modello organizzativo regionale;
- assicurando l’assistenza pediatrica nell’ambito territoriale di riferimento, come definito al successivo capitolo 10, alla popolazione 0-14 anni, in ragione del numero di pediatri di libera scelta e delle caratteristiche orografiche e di offerta assistenziale sul territorio;

▪ perseguendo obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda USL della Valle d'Aosta e finalizzati a:

✓ coordinare l'attività dei medici, promuovendo il "lavorare insieme", pur mantenendo il valore della prossimità nella distribuzione degli studi ;

✓ 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 così come definito dall'art. 28 dell'ACN 28 aprile 2022.

La costituzione delle AFT è obbligatoria e ciascun pediatra di libera scelta deve aderire a una aggregazione.

L'AFT, priva di personalità giuridica, è l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno di pediatri di libera scelta, come stabilito dall'art. 30 dell'ACN vigente. È demandata agli AIR l'eventuale rideterminazione delle vigenti disposizioni regionali, esplicitate al capitolo 10, relative ai valori del rapporto ottimale dei medici pediatri di libera scelta.

I compiti essenziali delle AFT, ai sensi dell'art. 28 dell'ACN vigente, sono:

▪ assicurare l'erogazione a tutta la popolazione in età pediatrica che ad essa afferiscono dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);

▪ realizzare nel territorio del Distretto l'assistenza pediatrica nei giorni feriali nella fascia oraria 8-20; la Regione determina le modalità per garantire il servizio tramite il coordinamento dell'apertura degli studi, ivi compresa la consulenza telefonica dei pediatri limitatamente ad alcune ore della giornata, nelle modalità di cui al capitolo 11 del presente documento programmatico;

▪ promuovere attività di sostegno alla genitorialità, prevenzione, diagnosi precoce e percorsi di gestione delle patologie croniche, anche coordinandosi con le AFT della medicina generale;

▪ sviluppare la medicina di iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso la popolazione assistita;

▪ garantire la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata, del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata;

▪ promuovere la condivisione fra i pediatri di libera scelta di percorsi assistenziali, anche in coordinamento con le strutture sanitarie del SSR, con le UCCP e con le AFT della medicina generale e della specialistica ambulatoriale, per la gestione delle patologie acute e croniche.

Ogni AFT è collegata funzionalmente alla UCCP di riferimento, alle cui attività i medici pediatri di libera scelta si raccordano tramite le AFT stesse nel rispetto della programmazione regionale e aziendale.

I pediatri partecipanti possono essere supportati sia per l'acquisizione che per la gestione dei relativi fattori produttivi da società di servizi, anche cooperative. In ogni caso dette società di servizi non possono fornire prestazioni mediche.

Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito dal Comitato aziendale, come stabilito dall'art. 28 dell'ACN vigente.

A livello distrettuale, nell'ambito del Programma delle attività territoriali di cui all'articolo 13 dell'ACN vigente, verranno concordati i compiti dei medici del ruolo unico di assistenza primaria all'interno delle AFT, individuati tra:

- promozione della salute;

- counseling;

- ADI e ADP;

- vaccinazioni;

- screening;
- telemedicina e teleconsulto.

Gli AIR potranno definire, sulla base delle necessità regionali e aziendali, ulteriori prestazioni per i servizi con quote variabili non definite dall'ACN 28 aprile 2022, finanziabili nell'ambito del fondo C per la Quota servizi dell'art. 44 dell'ACN stesso.

### **3.2 Referente di AFT**

Ai sensi di quanto stabilito all'art. 29 dell'ACN vigente, i medici componenti la AFT individuano al loro interno, con le modalità definite nel regolamento di funzionamento approvato dal Comitato aziendale, un referente ed il suo sostituto. I medici proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per la durata prevista.

Il Referente si occupa, per la parte che riguarda la AFT, dell'integrazione dei servizi e dei percorsi assistenziali volti a garantire continuità dell'assistenza con gli altri servizi aziendali, incluso il raccordo funzionale con la forma organizzativa multiprofessionale di riferimento.

I compiti del Referente AFT sono definiti dall'art. 29 dell'ACN vigente e le relative modalità di svolgimento e attuazione sono demandate al regolamento di funzionamento approvato dall'Azienda.

Al Referente è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti.

Con gli AIR saranno disciplinate:

- la durata del mandato e le modalità di svolgimento dello stesso, fermo restando che tale funzione non incide sull'incarico convenzionale in essere;
- l'entità del compenso riconosciuto al Referente dell'AFT, il cui onere è finanziato con risorse attinte preventivamente dal fondo destinato alla quota variabile di cui al comma 1, lettera B, dell'art. 44 dell'ACN 28 aprile 2022.

Il Referente di AFT coordina l'attività dei medici pediatri di libera scelta al fine di garantire l'assistenza.

Il Referente di AFT è componente di diritto dell'Ufficio aziendale di coordinamento delle attività distrettuali, che l'Azienda USL della Valle d'Aosta dovrà istituire ai sensi dell'art. 29, comma 2, dell'ACN vigente, e coadiuva il Direttore del Distretto per gli adempimenti di verifica dell'appropriatezza prescrittiva nell'ambito delle attività distrettuali.

I referenti di AFT si coordinano con l'Area Territoriale dell'Azienda USL (Direttore di Area e Direttori di Distretto), con i Dipartimenti ospedalieri, 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.

### **3.3 Le attuali forme associative e loro sviluppo**

Stante la valenza essenzialmente funzionale delle AFT, l'erogazione diretta dell'assistenza sanitaria resta in capo ai singoli medici pediatri di libera scelta e alle loro forme associative, che si integrano con le aggregazioni funzionali, al fine di garantire una organizzazione efficace delle cure primarie e della continuità dell'assistenza nell'arco della giornata.

Le forme associative attualmente esistenti dei medici pediatri di libera scelta, costituite ai sensi dell'AIR approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 409 in data 29 marzo 2019, saranno oggetto, nel quadro della riorganizzazione dell'assistenza territoriale prevista dal PSBS 2022/2025, di un'importante revisione per meglio integrarsi e coordinarsi con i mutati livelli di

*governance* e con le differenti finalità assistenziali definite per i diversi setting, nel rispetto delle disposizioni e dei limiti stabiliti nell'ACN 28 aprile 2022.

Con successivi AIR saranno stabilite le revisioni organizzative dirette a promuovere le forme associative di gruppo, in quanto sono quelle che meglio rispondono alle esigenze della popolazione assistibile caratterizzandosi per un'ampia apertura della sede unica, anche ubicata al di fuori della CdC, e per una globale presa in carico sia delle acuzie sia della cronicità, grazie anche alla presenza di personale amministrativo e infermieristico.

Le forme associative con sede unica, infatti, trovano nella maggior disponibilità verso i pazienti, definibile come contattabilità, una delle proprie caratteristiche, accanto a una maggiore integrazione nell'utilizzo dei fattori produttivi. Preso atto di quanto riportato all'art 33 comma 8 del vigente ACN (*Le modalità di contattabilità del pediatra di libera scelta al di fuori delle fasce orarie di apertura dello studio sono disciplinate dagli Accordi Regionali*) e considerato che la richiesta clinica urgente trova risposta nel sistema di gestione della emergenza/urgenza, il presente atto programmatico stabilisce che per contattabilità si intenda la messa in atto - diretta o ricorrendo al supporto del proprio personale o a forme organizzative tra i pediatri di libera scelta o tramite altre modalità - di strumenti che consentano di dare risposte ai fabbisogni di assistenza di base espressa dagli assistiti, provvedendo a processare le richieste e a dare riscontro al bisogno espresso, anche in modalità differita, correlato al grado di gravità dell'intervento richiesto.

La risposta assistenziale, pertanto, può essere non necessariamente di carattere clinico e il riscontro in termini temporali (che non necessariamente deve essere immediato) deve essere proporzionato alla differibilità o meno della richiesta, in considerazione della problematica presentata, e valutata dal pediatra, se di rilevanza clinica.

Qualora nel territorio della AFT sono presenti medici pediatri di libera scelta senza sede unica, si perseguirà l'obiettivo del modello hub and spoke, dove l'hub sarà la sede comune (CdC o sede comune esterna) nella quale i medici pediatri di libera scelta costituenti la forma associativa si alterneranno per erogare le attività previste, mentre gli spoke resteranno i propri singoli ambulatori distribuiti sul territorio.

Gli AIR, in base alle disponibilità dei fondi come disciplinati dall'art. 44 dell'ACN vigente, potranno prevedere la negoziazione di riconoscimenti economici, anche per l'impiego di personale di studio, sia amministrativo sia infermieristico, con l'obiettivo di incentivare la messa a regime dei nuovi modelli organizzativi di assistenza territoriale.

#### **4. MODELLO DI AFT PER LA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA IN VALLE D'AOSTA**

##### **4.1 Individuazione delle AFT**

Le AFT in Valle d'Aosta sono composte da tutti medici pediatri di libera scelta operanti nello stesso Distretto socio-sanitario e sono riferite a due bacini di utenza intra-distrettuali per Distretto sufficientemente ampi da garantire lo sviluppo di economie di scala nella dotazione e nell'impiego di risorse umane strutturali e strumentali, tenendo conto di situazioni territoriali specifiche.

In Valle d'Aosta, secondo quanto previsto PSBS 2022/2025, il numero di pediatri è considerato conseguente all'applicazione del rapporto ottimale stabilito dall'AIR approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 1241 in data 11 settembre 2017 e vista la continua e grave carenza di medici pediatri di libera scelta, è programmata la costituzione di 2 AFT le quali dovranno afferire alla Casa della Comunità di appartenenza territoriale. Pertanto, ciascuna AFT avrà un'unica sede di riferimento, come di seguito elencato:

Sede di riferimento dell'AFT
------------------------------

DISTRETTO 1	AFT	Casa della Comunità di Aosta
DISTRETTO 2	AFT	Casa della Comunità di Donnas

e si occuperanno dell'assistenza sanitaria degli assistiti degli ambiti territoriali per l'erogazione dell'assistenza pediatrica di libera scelta definiti al capitolo 10 del presente documento programmatico.

Gli AIR stabiliranno le modalità di svolgimento delle attività che i medici pediatri di libera scelta dovranno effettuare nell'ambito dell'AFT cui appartengono, espletando la loro attività presso i propri studi e/o all'interno della CdC di riferimento.

Tutti i medici della AFT, oltre alla prevalente attività clinico assistenziale, compresi i medici con studio primario nella CdC, svolgono attività distrettuali, da definire in sede di AIR, le quali trovano nella CdC la sede di riferimento erogativa, ma che si potranno svolgere anche nelle sedi delle medicine di gruppo, per favorire la capillarità del servizio nel territorio di pertinenza della CdC di riferimento della AFT.

Fatto salvo il principio della libera scelta del pediatra da parte degli assistiti e del relativo rapporto fiduciario individuale, ciascun componente dell'AFT assume l'impegno ad assistere anche i pazienti degli altri medici componenti delle AFT, con possibilità di accesso reciproco ai dati clinici degli assistiti all'interno della AFT. A tal fine, come stabilito all'art. 28, comma 9, dell'ACN vigente, i medici pediatri di libera scelta sono funzionalmente connessi tra loro mediante una struttura informatico-telematica di collegamento tra le schede sanitarie individuali degli assistiti che consenta, nel rispetto della privacy e della sicurezza nella gestione dei dati, l'accesso a ogni pediatra alle informazioni cliniche degli altri pediatri operanti nella medesima AFT.

#### **4.2 Medici pediatri di libera scelta e Case della Comunità (CdC)**

Rapporto tra medici pediatri di libera scelta e CdC:

❖ studio primario nella CdC: per alcuni medici operanti nell'ambito territoriale in cui ha sede la CdC, l'ambulatorio della CdC può costituire quello primario in cui il PLS esercita la propria attività convenzionale, ma anche quello in cui contribuisce anche alle attività distrettuali da definire in sede di Accordo Integrativo Regionale.

I PLS beneficeranno, così, della prossimità con servizi complementari (ADI, IFeC, medici di continuità assistenziale, specialista ambulatoriale, CUP, ecc.);

❖ collegamento funzionale alla CdC: tutti i medici delle AFT, oltre alla prevalente attività clinico-assistenziale, svolgono attività distrettuali da definire in sede di Accordo Integrativo Regionale. Tali attività, che trovano nella CdC la sede di riferimento erogativa per semplificazione logistica, si potranno svolgere anche nelle sedi delle medicine di gruppo, per favorire la capillarità del servizio. A titolo esemplificativo e non esaustivo si elencano alcune attività:

- confronto professionale con Infermiere di Comunità nei processi di reclutamento proattivo dei pazienti, di educazione sanitaria e di case management;
- confronto con i professionisti di ADI, continuità assistenziale e Unità Continuità Assistenziali (UCA) sui pazienti condivisi;
- partecipazione agli incontri di équipe di Valutazione MultiDimensionale (UVMD-UVMDI), su richiesta del team di riferimento;
- discussione di caso con specialisti / teleconsulto;

- diagnostica di base utilizzando strumentazione disponibile in CdC;
- formazione congiunta, attività legate al coordinamento degli obiettivi di salute, in particolare sui Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA), Progetto di Assistenza individuale Integrata e i Piani Riabilitativi Individuali;
- discussione di casi e confronto fra pari; o vaccinazioni, diagnostica rapida, attività di prevenzione primaria e secondaria e altre attività previste dall'accordo integrativo;
- confronti periodici con i responsabili di distretto o CdC sui risultati raggiunti dalle cure primarie (distretto, CdC, AFT, MMG/PLS).

L'Azienda USL della Valle d'Aosta contribuisce all'attività delle AFT presso le CdC con la messa a disposizione, senza oneri a carico dei medici facenti parte della stessa, di strutture, utenze, attrezzature, materiale di medicazione, smaltimento rifiuti pericolosi, nonché personale infermieristico e amministrativo di supporto.

#### **4.3 Medici pediatri di libera scelta e continuità assistenziale**

Ai sensi del comma 5, lettera f), dell'art. 41 dell'ACN vigente, nell'ambito della propria attività, il medico pediatra di libera scelta *“partecipa alla continuità dell'assistenza, coordinando la propria attività individuale con quella degli altri pediatri della AFT di riferimento e nell'ambito del modello organizzativo definito dalla Regione per garantire l'h24”*.

Nell'ambito degli AIR saranno stabilite le modalità organizzative di tale partecipazione da parte dei PLS, prevedendo anche l'eventuale attivazione da parte dell'attività dei medici che garantiscono la continuità assistenziale nella AFT di riferimento, laddove si renda necessario un intervento specialistico pediatrico.

#### **4.4 Medici pediatri di libera scelta e Ospedale di Comunità (OdC)**

Il particolare contesto regionale non necessita al momento l'attivazione di strutture intermedie pediatriche, pertanto non si prevede al momento l'attivazione di un OdC pediatrico.

#### **4.5 Medici pediatri di libera scelta e Centrale Operativa Territoriale (COT)**

Il ruolo primario della COT è il supporto agli operatori nel passaggio dei pazienti tra i diversi setting di cura e, pertanto, nell'ambito dei rapporti con i PLS essa si attiverà per gestire le segnalazioni di questi ultimi.

### **5. PARTECIPAZIONE DELLE AFT ALLA MEDICINA DI INIZIATIVA**

I medici pediatri di libera scelta contribuiscono alla promozione della medicina di iniziativa, in particolare, per:

- garantire una effettiva presa in carico degli assistiti a partire, in particolare, dai pazienti cronici con bisogni assistenziali complessi. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di assistiti attivano l'integrazione con gli altri servizi sanitari di secondo e terzo livello, con diritto all'accesso in ospedale dei medici convenzionati;
- contribuire all'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con le strutture territoriali di riferimento e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza.

Come già esplicitato nel capitolo 2 del presente documento programmatico, la costruzione di un modello organizzativo e funzionale integrato per la presa in carico della cronicità e della fragilità basato sulla medicina di iniziativa costituisce una priorità e, pertanto, nell'ambito degli Accordi attuativi aziendali dovranno essere previste progettualità di governo clinico e lo sviluppo della medicina di iniziativa, coinvolgendo i team mono e multi professionali, avendo a riferimento le seguenti tematiche:

- partecipazione ai progetti relativi alla presa in carico di pazienti affetti da patologia cronica e con particolare riferimento a situazioni di disagio psico-sociale;
- partecipazione attiva alle campagne vaccinali (in ambulatorio, nelle CdC, nei centri vaccinali e al domicilio, con la presa in carico dei pazienti non deambulabili) per raggiungere obiettivi di copertura previsti per la popolazione destinataria della vaccinazione;
- appropriatezza prescrittiva.

## **6. INDIRIZZI E INDICATORI PER LA STRUTTURAZIONE DI UN SISTEMA DI MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ DELLE AFT**

In applicazione di quanto definito capitolo 2 del presente atto di programmazione, gli AIR definiranno gli obiettivi attribuiti alle AFT, declinando, oltre che gli strumenti operativi per attuarli, anche gli opportuni indicatori di monitoraggio e *performance*.

L'Azienda USL della Valle d'Aosta, attraverso la redazione del Programma delle attività territoriali (PAT) di cui all'articolo 3-quater, comma 3 del d.lgs. 502/1992, ai sensi dell'art. 13 (Programmazione delle attività della pediatria di libera scelta) dell'ACN vigente, declina a sua volta le attività, gli obiettivi e i livelli di performance delle AFT, ai fini di promuovere e sviluppare la pediatria di libera scelta.

Attraverso gli Accordi Attuativi Aziendali sono individuati progetti specifici e le attività dei medici convenzionati necessari, da un lato, all'attuazione degli obiettivi e dei modelli organizzativi stabiliti dalla programmazione regionale, dall'altro di quanto compreso nel Programma delle attività territoriali.

La valutazione dei risultati raggiunti dall'AFT, secondo indicatori stabiliti negli Accordi integrativi regionali, costituisce un elemento per l'erogazione delle parti variabili integranti il trattamento economico dei medici componenti la stessa AFT.

A livello distrettuale saranno concordati i compiti dei medici pediatri di libera scelta all'interno delle AFT individuati dagli AIR.

Entro il primo semestre dell'anno successivo, il Referente dell'AFT trasmette all'Azienda USL della Valle d'Aosta e all'Assessorato sanità, salute e politiche sociali una relazione circa l'attività annuale svolta dai medici dell'AFT ed il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Il monitoraggio delle attività delle singole AFT potrà avvenire anche sulla base dell'implementazione dei flussi informativi riferibili ai dati individuali di attività sanitaria riferibili alle prestazioni di cure primarie progettati all'interno della Milestone PNRR – M6C2 – 1.3.2.2 “Reingegnerizzazione NSIS a livello locale”.

## **7. INDIRIZZI PROGRAMMATICI PER L'ATTUAZIONE DI QUANTO PREVISTO DAL DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE 29 LUGLIO 2022 (TECNOLOGIE DIAGNOSTICHE) E PER LA DEFINIZIONE DI PROGETTI DI TELEMEDICINA**

In attuazione di quanto stabilito all'art. 3 del decreto del Ministro della Salute 29 luglio 2022 “Riparto delle risorse per il fabbisogno di apparecchiature sanitarie di supporto ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta”, la Regione presenterà il Piano pluriennale di fabbisogno delle risorse assegnate, sulla base di quanto sarà definito dal tavolo congiunto Ministero della Salute e Regioni in ordine alle modalità di rilevazione dell'attività erogata, delle specifiche tecniche della documentazione relativa agli atti medici eseguiti con il supporto delle apparecchiature in parola, delle modalità di alimentazione del FSE, degli indicatori minimi di processo e di risultato. Come stabilito dal PSBS 2022/2025, l'obiettivo al quale puntare è la dotazione tecnologica e strutturale delle CdC nonché degli altri punti erogativi della medicina

convenzionata (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. Le modalità di attuazione del piano di fabbisogni che sarà redatto secondo quanto stabilito dallo stesso decreto 29 luglio 2022, saranno definite da appositi AIR, tenendo conto che le prestazioni erogate dai MMG E PLS mediante l'utilizzo di dette apparecchiature rientrano nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza sanitaria di base.

Come stabilito dal PSBS 2022/2025, la telemedicina costituisce uno strumento funzionale all'assistenza di specifiche categorie di soggetti con cronicità e fragilità in essere e saranno definiti modelli organizzativi e avviati programmi di sviluppo di tale modalità assistenziale nelle seguenti aree di intervento:

- telemonitoraggio 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;
- telemonitoraggio dei pazienti cronici a domicilio nell'ambito del piano cronicità aziendale; - programmi di riabilitazioni per pazienti a domicilio;
- 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;
- telemonitoraggio di pazienti domiciliarizzati, dimessi dalla degenza, e instabili da parte degli specialisti ospedalieri;
- telemonitoraggio pazienti a domicilio con necessità di interventi assistenziali da tenere in osservazione.

L'obiettivo è di adottare una piattaforma di telemedicina e telemonitoraggio e il sistema informativo della cronicità, in applicazione delle indicazioni di Agenas "Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina". In continuità con l'attività in essere relativa alla riorganizzazione territoriale ai sensi del DM 77/2022 e ai fini dell'attuazione delle *mission* del PNNR, nonché allo sviluppo della telemedicina e dell'informatizzazione dell'assistenza territoriale, gli AIR definiranno, sulla base dei progetti di telemedicina e attività di monitoraggio e telemonitoraggio che saranno definiti e approvati, le modalità di partecipazione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, con particolare riferimento alla gestione delle patologie croniche.

## **8. OBBLIGHI INFORMATIVI**

I medici pediatri di libera scelta assolvono i compiti informativi derivanti dalla normativa nazionale e dai conseguenti provvedimenti regionali, ottemperando in particolare agli obblighi previsti da:

- ✓ sistema informativo nazionale (NSIS)
- ✓ tessera sanitaria e ricetta elettronica, inclusa la ricetta dematerializzata
- ✓ fascicolo sanitario elettronico (FSE)

Al momento non esistono flussi nazionali dedicati al tracciamento dell'attività dei medici delle cure primarie, per il quale si attendono gli esiti del Tavolo ministeriale appositamente costituito per l'individuazione delle specifiche indicazioni/linee guida sul tema, dando atto che saranno

implementati nell'ambito del NSIS specifici flussi informativi riferibili alle prestazioni di cure primarie.

Ai sensi dell'ACN vigente, il medico dovrà, altresì, assolvere gli obblighi previsti degli eventuali flussi informativi definiti a livello regionale, connessi all'attività assistenziale, senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione a suo carico.

L'inadempienza degli obblighi relativi all'assolvimento del debito informativo previsto dalla tessera sanitaria e ricetta elettronica, inclusa la ricetta dematerializzata, documentata attraverso le verifiche del Sistema Tessera Sanitaria, determina una riduzione del trattamento economico complessivo del medico in misura pari al 1,15% su base annua, ai sensi di quanto previsto dall'art. 6, c. 4, dell'ACN vigente.

## **9. FORMAZIONE CONTINUA**

La formazione continua dei medici pediatri di libera scelta, disciplinata dall'art. 25 dell'ACN 28 aprile 2022, è finalizzata al raggiungimento di obiettivi sia di interesse nazionale sia di specifico interesse regionale, come definiti dai piani annuali della formazione approvati dall'Azienda USL della Valle d'Aosta (PFA), previo parere della Commissione regionale ECM. Questi ultimi devono essere costruiti sulla base:

- ✓ dei bisogni formativi dei medici evidenziati dai dossier formativi;
- ✓ dell'analisi della situazione esistente;
- ✓ degli indirizzi derivanti dal Piano aziendale e dai programmi di collaborazione con le Università.

In particolare, per le attività rivolte anche ai medici pediatri di libera scelta, il PFA deve:

c) tenere in considerazione:

- gli indirizzi dei Piani di formazione nazionali;
- le necessità formative derivanti dai programmi di integrazione ospedale-territorio e dalla presente riorganizzazione del territorio;
- le necessità formative derivanti dall'applicazione degli AIR e degli accordi attuativi aziendali;
- le necessità formative derivanti dalle disposizioni normative, con particolare riferimento all'utilizzo dei sistemi informativi;

d) promuovere:

- la formazione congiunta, con particolare riferimento ai Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA), al Progetto di Assistenza Individuale Integrata e ai Piani Riabilitativi Individuali;
- la formazione all'utilizzo di programmi e apparecchiature messe a disposizione dall'Azienda, anche nell'ambito di progetti obiettivo annuali;
- la formazione specifica in pediatria e attività di cure primarie;
- la capacità di lavorare in team multiprofessionale.

La formazione dovrà essere diretta anche a dare attuazione a quanto stabilito al capitolo 7 del presente documento programmatico relativamente alla formazione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta che sarà definita nel piano dei fabbisogni presentato dalla Regione.

L'Azienda USL della Valle d'Aosta, sentito il Comitato aziendale, definisce l'obbligatorietà dei corsi del presente articolo.

## 10. AMBITI TERRITORIALI PER L'EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA PEDIATRICA DI LIBERA SCELTA

All'interno della definizione del nuovo modello organizzativo si procede al momento a confermare il rapporto ottimale definito dall'AIR approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 1241 in data 11 settembre 2017:

- n. 12 pediatri nell'Ambito 1;
- n. 5 pediatri nell'Ambito 2.

È demandata alla stipula di successivi AIR la determinazione di nuovi valori dei rapporti ottimali nel rispetto di quanto stabilito dall'ACN vigente.

Con il presente documento programmatico, si procede, altresì, a confermare gli ambiti territoriali di iscrizione del pediatra, ai fini dell'esercizio della scelta da parte del cittadino e dell'apertura degli studi medici in Valle d'Aosta, definiti dalla DGR 1111 in data 21 agosto 2017:

<b>AMBITO TERRITORIALE 1</b>		
DISTRETTO 1	COURMAYEUR	Casa della Comunità di Aosta
	LA SALLE	
	LA THUILE	
	MORGEX	
	PRE-SAINT-DIDIER	
	ARVIER	
	AVISE	
	INTROD	
	RHEMES-NOTRE-DAME	
	RHEMES-SAINT-GEORGES	
	VALGRISENCHE	
	VALSAVARENCHÉ	
	VILLENEUVE	
	AYMAVILLES	
	COGNE	
	SAINT-NICOLAS	
	SAINT-PIERRE	
SARRE		
DISTRETTO. 2	ALLEIN	
	BIONAZ	
	DOUES	
	ETROUBLES	
	GIGNOD	
	OLLOMONT	
	OYACE	
	ROISAN	
	SAINT-OYEN	
	SAINT-RHEMY-EN-BOSSES	
	VALPELLINE	
	CHARVENSOD	
	GRESSAN	
	JOVENCAN	
	POLLEIN	
	SAINT-CHRISTOPHE	
	AOSTA	
	BRISSOGNE	
	FENIS	
	NUS	
QUART		
SAINT-MARCEL		

<b>AMBITO TERRITORIALE 2</b>		
DISTRETTO 3	ANTEY-SAINT-ANDRE	Casa della Comunità di Donnas
	CHAMOIS	
	LA MAGDELEINE	
	TORGNON	
	VALTOURNENCHE	
	CHAMBAVE	

	SAINT-DENIS
	VERRAYES
	CHATILLON
	EMARESE
	PONTEY
	SAINT-VINCENT
DISTRETTO 4	AYAS
	BRUSSON
	CHALLAND-SAINT-ANSELME
	ARNAD
	CHALLAND-SAINT-VICTOR
	CHAMPDEPRAZ
	ISSOGNE
	MONTJOVET
	VERRES
	BARD
	CHAMPORCHER
	DONNAS
	HONE
	PONTBOSET
	FONTAINEMORE
	LILLIANES
	PERLOZ
	PONT-SAINT-MARTIN
	GABY
	GRESSONEY-LA-TRINITE
GRESSONEY-SAINT-JEAN	
ISSIME	

Premesso che ai sensi dell'art. 30, c. 5, dell'ACN vigente, l'AFT è l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno assistenziali, nei limiti di quanto previsto dall'ACN vigente, gli AIR potranno individuare specifiche e peculiari modalità di determinazione degli ambiti da definirsi e dichiararsi carenti, anche sulla base del numero medio di assistiti in carico ai medici già inseriti e della effettiva capacità ricettiva del relativo ambito territoriale previo parere del Comitato aziendale.

Successivi AIR potranno, altresì, modificare l'attuale definizione dei comuni a disagio medio e massimo individuati con l'AIR approvato con DGR n. 4947 in data 30 dicembre 1998:

COMUNI A DISAGIO MASSIMO
AYAS
ALLEIN
BIONAZ
BRUSSON
CHALLAND-SAINT-ANSELME
CHAMOIS
CHAMPORCHER
COGNE
DOUES
ETROUBLES
FONTAINEMORE
GABY
GRESSONEY LA TRINITE
GRESSONEY-SAINT-JEAN
ISSIME
LA MAGDELEINE
LA THUILE
RHEMES NOTRE DAME
RHEMES SAINT GEORGES
OYACE
OLLOMONT
PONTBOSET
SAINT-OYEN
SAINT-RHEMY-EN-BOSES
TORGNON
VALGRISENCE
VALPELLINE
VALSAVARENCE

VALTOURNENCHE
---------------

COMUNI A DISAGIO MEDIO
ANTEY-SAINT-ANDRÉ
CHALLAND-SAINT-VICTOR
EMARESE
GIGNOD
INTROD
LILLIANES
PERLOZ
ROISAN
SAINT-DENIS
SAINT-NICOLAS
VERRAYES

## **11. ITER DI ATTUAZIONE DEL PRESENTE DOCUMENTO PROGRAMMATARIO E ALTRE INDICAZIONI**

A) L'iter di costituzione delle AFT è così sintetizzato:

1. elaborazione, nell'ambito del competente Comitato aziendale della pediatria di libera scelta, di una proposta operativa di livello aziendale denominata "Atto costitutivo delle AFT della Regione autonoma Valle d'Aosta";
2. trasmissione alla Struttura regionale competente, entro 90 giorni dall'approvazione del presente documento programmatario, della proposta di cui al punto 1) ai fini della condivisione e approvazione della stessa da parte del Comitato regionale dei medici pediatri di libera scelta;
3. entro 15 giorni dall'approvazione di cui al punto 2): deliberazione di approvazione da parte del Direttore Generale dell'Azienda USL della Valle d'Aosta.

La proposta operativa aziendale di cui al punto 3) dovrà in particolare contenere per ciascuna AFT:

- la CdC di riferimento;
- l'elenco dei medici pediatri di libera scelta ad essa afferenti, la cui iscrizione avviene d'ufficio a livello aziendale;
- la realizzazione nel territorio del Distretto dell'assistenza pediatrica nei giorni feriali nella fascia oraria 8-20 e le modalità con la quale garantire la continuità assistenziale h24 nella AFT di riferimento, laddove si renda necessario un intervento specialistico.

Completato tale iter l'Azienda USL della Valle d'Aosta pubblica sul proprio sito istituzionale la proposta operativa approvata e una mappa descrittiva dell'organizzazione delle AFT sul territorio regionale.

B) A seguito dell'approvazione dell'"Atto costitutivo delle AFT della Regione autonoma Valle d'Aosta":

- entro 30 giorni, presentazione da parte della competente Struttura regionale, al Comitato regionale dei medici pediatri di libera scelta di una bozza di pre-Accordo Integrativo Regionale necessario alla attuazione della proposta operativa, anche ai sensi delle indicazioni contenute nel presente atto programmatario;
- approvazione da parte della Giunta regionale dell'AIR di cui al punto precedente, che ne stabilirà la decorrenza.

C) Al fine di procedere all'approfondimento, all'analisi e all'elaborazione di proposte volte a:

- conseguire e sviluppo degli obiettivi prioritari di politica sanitaria regionale di cui al capitolo 2 del presente documento programmatario,

- avviare un processo diretto finalizzate alla semplificazione prescrittiva e possibili azioni dirette a rispondere all'eccessiva burocratizzazione dell'attività dei medici pediatri di libera scelta, sarà costituito, entro il 1° giugno 2023, con provvedimento della Struttura regionale competente, un tavolo di lavoro i cui componenti saranno i referenti di ciascuna AFT, i Direttori di Distretto, il Dirigente della Struttura regionale competente, o suo delegato; in relazione alle diverse tematiche affrontate dal tavolo, potrà essere richiesta la partecipazione di specifiche professionalità.

La Struttura regionale competente dovrà condividere il documento come sopra elaborato con il Comitato regionale dei medici pediatri di libera scelta.

## **Allegato D**

### **ISTITUZIONE DELLE UNITÀ COMPLESSE DI CURE PRIMARIE (UCCP) IN VALLE D'AOSTA**

#### **1. OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA REGIONALE NELL'AMBITO DELLA RETE DELLA MEDICINA CONVEZIONE**

La programmazione regionale nell'ambito della rete di assistenza della medicina in convenzione in Valle d'Aosta si svilupperà facendo riferimento agli indirizzi di politica sanitaria contenuti nei seguenti atti:

- il Piano regionale per la salute e il benessere sociale in Valle d'Aosta – 2022/2025, approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 394 in data 11 aprile 2022, con particolare riferimento agli obiettivi della macro area 2 “Una nuova rete territoriale dei servizi come risposta integrata per la salute e il benessere sociale dei cittadini”:

- ✓ la costruzione di un modello organizzativo e funzionale integrato per la presa in carico della cronicità e della fragilità basato sulla medicina di iniziativa, in coerenza con il Piano cronicità, il Piano della prevenzione e il Piano per il governo delle liste di attesa incentrato su Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) condivisi tra ospedale e territorio, sulla qualità e sull'appropriatezza delle prestazioni;

- ✓ l'aggiornamento del ruolo e delle funzioni della medicina in convenzione riconoscendone la funzione strategica nel nuovo modello dell'assistenza sanitaria territoriale indicato dalla recente normativa anche attraverso l'evoluzione degli Accordi integrativi regionali derivanti dall'AA.CC.NN. e la costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), in accordo con i medici convenzionati del territorio (di assistenza primaria, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali);

- il decreto del Ministero della Salute 29 luglio 2022 “Riparto delle risorse per il fabbisogno di apparecchiature sanitarie di supporto ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta”, il quale prevede l'assegnazione di apparecchiature di diagnostica di primo livello agli studi medici dei MMG e dei PLS nonché alle aggregazioni della medicina di gruppo al fine di garantire un'assistenza di prossimità adeguata e ridurre le diseguaglianze territoriali di accesso all'assistenza;

- l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali reso esecutivo in data 31 marzo 2020 [di seguito “ACN specialisti”], il quale stabilisce quali obiettivi prioritari:

- ✓ l'attuazione del “Piano nazionale della cronicità”
- ✓ l'attuazione del “Piano nazionale della prevenzione vaccinale”
- ✓ la riduzione dell'accesso improprio al pronto soccorso
- ✓ il governo delle liste di attesa e l'appropriatezza prescrittiva

- ✓ la prevenzione e controllo della resistenza antimicrobica (PNCAR)
  - gli Accordi Collettivi Nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e con i medici pediatri di libera scelta resi esecutivi in data 28 aprile 2022, i quali stabiliscono quali obiettivi prioritari:
- ✓ l’attuazione del “Piano nazionale della cronicità”
- ✓ l’attuazione del “Piano nazionale della prevenzione vaccinale”
- ✓ la riduzione dell’accesso improprio al pronto soccorso
- ✓ il governo delle liste di attesa e l’appropriatezza prescrittiva;
  - deliberazioni della Giunta regionale nn. 1519/2021 e 659/2022 in materia di telemedicina e deliberazione del Commissario dell’Azienda USL della Valle d’Aosta n. 364 del 03/09/2021 “Approvazione della relazione “La telemedicina nell’Azienda USL della Valle d’Aosta”.

Nell’ambito di detti obiettivi, è considerato prioritario lo sviluppo:

- della presa in carico della cronicità attraverso l’individuazione delle patologie maggiormente diffuse e con un più elevato impatto sul Servizio Sanitario Regionale, nonché l’implementazione di programmi di gestione delle patologie croniche e la prevenzione delle complicanze;
- di un sistema di attivazione del PAI farmacologico e della sua informatizzazione;
- della collaborazione da parte della medicina generale con le diverse professionalità coinvolte nella riduzione delle liste di attesa, attraverso il miglioramento dell’appropriatezza prescrittiva, dell’aderenza ai Raggruppamenti di attesa omogenea (RAO);
- la prescrizione di esami diagnostici da parte del MMG e PLS e specialisti convenzionati, con ricetta dematerializzata e in modalità di Smart CUP.

## **2. LE FORME ORGANIZZATIVE MULTIPROFESSIONALI (UCCP)**

La forma organizzativa UCCP garantisce il carattere multiprofessionale attraverso il coordinamento e l’integrazione dei medici, convenzionati e dipendenti, dei professionisti delle altre professioni sanitarie convenzionate con il SSR, degli odontoiatri, degli infermieri, delle professioni tecniche e degli operatori del servizio sociale.

L’UCCP opera nell’ambito dell’organizzazione distrettuale e in continuità assistenziale con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multiprofessionale, ai bisogni di salute complessi.

Come stabilito dall’art. 43 dell’ACN vigente dei MMG e dall’art. 41 dell’ACN vigente PLS, detti professionisti partecipano alle attività delle UCCP di riferimento e operano nell’ambito di quest’ultima rispettando le modalità organizzative concordate all’interno delle stesse. Gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità sanitarie ambulatoriali, invece, come stabilito dagli artt. 24-25-26 dell’ACN vigente, operano all’interno di una specifica UCCP.

I medici della medicina in convenzione si raccordano tramite le AFT alla UCCP e quest’ultima potrà ricomprendere una o più forme associative dei MMG e dei PLS, sia attualmente esistenti sia revisionate con successivi AIR, per meglio integrarsi e coordinarsi sia con i mutati livelli di *governance* sia con le differenti finalità definite per i diversi livelli assistenziali, nell’ambito della riorganizzazione dell’assistenza territoriale prevista dal PSBS 2022/2025 e dal DM 77/2022.

Il PSBS 2022/2025 ha definito che le UCCP:

- assicurano sul territorio di propria competenza l'erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali e uniformi di assistenza e dell'assistenza sanitaria e diagnostica di primo 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 residenziali in raccordo con i distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con le CdC;
- garantiscono la presa in cura e la sorveglianza territoriale attiva per contrastare eventuali epidemie;
- si raccordano con le AFT per quanto riguarda la gestione degli obiettivi da raggiungere e del relativo budget assegnato.

Ai sensi dell'art. 9 degli AA.CC.NN. vigenti, le UCCP realizzano i propri compiti attraverso:

- la programmazione delle proprie attività in coerenza con quella del Distretto di riferimento;
- la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale;
- la programmazione di audit clinici e organizzativi, coinvolgendo anche i referenti delle AFT dei MMG, dei PLS e della specialistica ambulatoriale.

In Valle d'Aosta saranno attivate almeno 4 UCCP presso le CdC ad alta e media complessità.

La dotazione minima di personale di ciascuna UCCP è così composta:

- ✓ MMG e PLS afferenti alla AFT di riferimento;
- ✓ un infermiere individuato tra quelli operanti presso la CdC di riferimento;
- ✓ un assistente sociale individuato tra quelli operanti presso la CdC di riferimento;
- ✓ lo psicologo di base (dipendente o convenzionato) individuato tra quelli operanti presso la CdC di riferimento;
- ✓ un operatore socio-sanitario individuato tra quelli operanti presso la CdC di riferimento.

Sulla base delle necessità cliniche di ciascun paziente in carico all'UCCP, tale dotazione minima potrà essere implementata dalle seguenti figure:

- ✓ medici specialisti (dipendenti o convenzionati);
- ✓ altre figure sanitarie e socio-sanitarie (ad esempio: fisioterapisti e logopedisti...).

## **2.1 Il Coordinatore dell'UCCP**

L'Azienda USL della Valle d'Aosta individua il Coordinatore di ciascuna UCCP tra le figure professionali operanti nella stessa a seguito di pubblicazione di apposito avviso pubblico e successivo espletamento di procedura di designazione che dovrà tenere conto dei criteri stabiliti, relativamente a ciascuna categoria professionale, dall'art. 10 degli AA.CC.NN. vigenti dei MMG, PLS e specialisti. Il Direttore Generale dell'Azienda USL della Valle d'Aosta nomina, quindi, il coordinatore della UCCP, ne valuta annualmente i risultati e può procedere alla sua sostituzione, anche prima della scadenza per mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Al Coordinatore dell'UCCP, il cui incarico ha durata triennale, sono assegnate le funzioni di:

- collaborazione con il Distretto all'organizzazione dei percorsi assistenziali;
- relazione e confronto con la dirigenza distrettuale ed aziendale su tematiche assistenziali, progettuali e organizzative;
- raccordo con i referenti di AFT per la razionalizzazione di percorsi di cura, ottimale utilizzo delle risorse disponibili, raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- collaborazione alla definizione dei programmi di attività, alla gestione di budget assegnato, alla rilevazione e valutazione dei fabbisogni.

Il Coordinatore predispose annualmente la relazione dell'attività svolta dalla forma organizzativa multiprofessionale per il raggiungimento degli obiettivi assegnati, sulla base degli indicatori di processo e di risultato definiti dall'Azienda sulla base delle priorità regionali.

Al Coordinatore dell'UCCP è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti, la cui entità è definita dagli AIR e il cui onere è finanziato attraverso la quota assegnata agli AIR, in base alla categoria convenzionale cui il Coordinatore appartiene.

### **3. INDIRIZZI E INDICATORI PER LA STRUTTURAZIONE DI UN SISTEMA DI MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ DELLE UCCP**

Le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance annuali delle UCCP dovranno:

- costituire parte integrante del Programma delle Attività Territoriali (PAT), come stabilito dall'art. 9 degli AA.CC.NN. vigenti (comma 5 per i MMG e PLS e comma 6 per gli specialisti);
- essere coerenti con gli obiettivi di politica sanitaria regionale di cui al capitolo 1 del presente documento programmatico.

Come stabilito all'art. 9 degli AA.CC.NN. vigenti (comma 5 per i MMG e PLS e comma 6 per gli specialisti), la valutazione dei risultati raggiunti dai medici in convenzione operanti all'interno della forma organizzativa multiprofessionale rientra nella base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico dei medici stessi. Detta parte variabile è inclusa e evidenziata nell'eventuale budget che l'Azienda USL della Valle d'Aosta decide di adottare nei confronti dell'intera UCCP, come previsto dall'articolo 8, c. 1, lettera b-ter del d.lgs. 502/1992, come modificato dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

Attraverso gli Accordi Attuativi Aziendali sono individuati:

- progetti specifici e le attività dei medici convenzionati necessari, da un lato, all'attuazione degli obiettivi e dei modelli organizzativi stabiliti dalla programmazione regionale, dall'altro di quanto compreso nel PAT; tra gli obiettivi va incluso anche il grado di integrazione tra i componenti;
- indicatori di processo e di risultato sulla base delle priorità regionali.

Entro il primo semestre dell'anno successivo, il Coordinatore dell'UCCP trasmette all'Azienda USL della Valle d'Aosta e all'Assessorato sanità, salute e politiche sociali una relazione circa l'attività annuale svolta dall'UCCP, comprensiva della relazione sul raggiungimento degli obiettivi richiamata al capitolo 2.

### **4. TEMPISTICA DI ATTUAZIONE DEL PRESENTE DOCUMENTO PROGRAMMATORIO**

Considerato che l'UCCP opera nell'ambito dell'organizzazione distrettuale e della CdC di riferimento, nonché in continuità assistenziale con le AFT dei professionisti che la compongono, si

ritiene opportuno stabilire che la costituzione e la proposta operativa delle UCCP sarà definita a seguito dell'approvazione a cura della Regione dei requisiti organizzativi delle CdC. Tali requisiti sono ritenuti fondamentali anche per la programmazione in ordine all'istituzione dell'AFT degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari e degli altri professionisti sanitari ambulatoriali, in quanto deve considerare l'attuale offerta di prestazioni specialistiche e del fabbisogno.

Resta fermo che, nel rispetto delle disposizioni degli AA.CC.NN. dei medici in convenzione e in applicazione del presente documento programmatico, la successiva individuazione delle modalità organizzative e di funzionamento dell'UCCP è demandata ad Accordi Attuativi Aziendali approvati dai Comitati dei MMG, PLS e specialisti.