

***Progetto formativo:
Prevenzione e Promozione della salute
nell'ambito del "D.M. 77/2022: Sviluppo dell'assistenza territoriale".***

Riorganizzazione dell'assistenza territoriale alla luce del DM 77/2022



Laura Marinaro

**S.S.D. Epidemiologia, promozione salute
e coordinamento attività di prevenzione**

Alba, 10.6.2025

Decreto Ministero Salute n. 77 del 23/5/2022



Ministero della Salute

Approva il “Regolamento per la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel SSN”.

E invita Le Regioni “ad adeguare l’organizzazione dell’assistenza territoriale e del sistema di prevenzione sulla base degli standard definiti e in coerenza con gli investimenti della Missione 6 del PNRR”.

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 23 maggio 2022, n. 77
Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (GU n.144 del 22-5-2022)

Vigente al: 7-7-2022

IL MINISTRO DELLA SALUTE

di concerto con

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE

Visto l'articolo 1, comma 105, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1987, n. 400 sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e prevedibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

Vista la sentenza della Corte costituzionale n. 134 del 2006, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella parte in cui prevede che il regolamento del Ministero della salute (ivi contemplato, con cui sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi, sia adottato, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, anche) questa linea con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

Visto l'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1987, n. 400, e successive modificazioni;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;

Visto il decreto del 2 aprile 2015, n. 70, del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze concernente il regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 recante «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1982, n. 502», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 15 marzo 2017;

Vista la legge adottata il 15 dicembre 2019 tra il Governo, le

La Missione 6 "Salute" si articola in:

Componente 1: consolidare le **prestazioni sul territorio** attraverso **attivazione/potenziamento di strutture** (Case di Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità), rafforzando l’assistenza **domiciliare**, lo sviluppo della **telemedicina** e l’integrazione con i **servizi sociosanitari**;

Componente 2: misure per il **rinnovamento delle strutture tecnologiche e digitali** esistenti, potenziamento/diffusione del **FSE** ed una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei LEA, attraverso il **potenziamento dei flussi informativi**, oltre alle risorse per la **ricerca scientifica** ed il rafforzamento delle competenze e del capitale umano del SSN.

Decreto Ministero salute n. 77 del 23/5/2022



- Sviluppo dell'Assistenza territoriale nel SSN

-Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.

Principio guida è l'assistenza di prossimità centrata sulla persona.

Secondo la definizione dell'Institute of Medicine (IOM) del 2001, l'assistenza centrata sul paziente **significa rispetto e attenzione alle preferenze, ai bisogni effettivi e ai valori del paziente** e la garanzia che tali valori guideranno ogni decisione clinica.



Ministero della Salute

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 23 maggio 2022, n. 77
Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22950585)
(GU n.144 del 22-6-2022)

Vigente al: 7-7-2022

IL MINISTRO DELLA SALUTE

di concerto con

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE

Visto l'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1987, n. 400 sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

Vista la sentenza della Corte costituzionale n. 134 del 2006, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella parte in cui prevede che il regolamento del Ministero della salute lui contemplato, con cui sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi, sia adottato sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, anziché spedita intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

Visto l'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1987, n. 400, e successive modificazioni;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;

Visto il decreto del 5 aprile 2019, n. 70, del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze concernente il miglioramento recente definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 recante «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 15 marzo 2017;

Vista l'intesa adottata il 15 dicembre 2019 tra il Governo, le



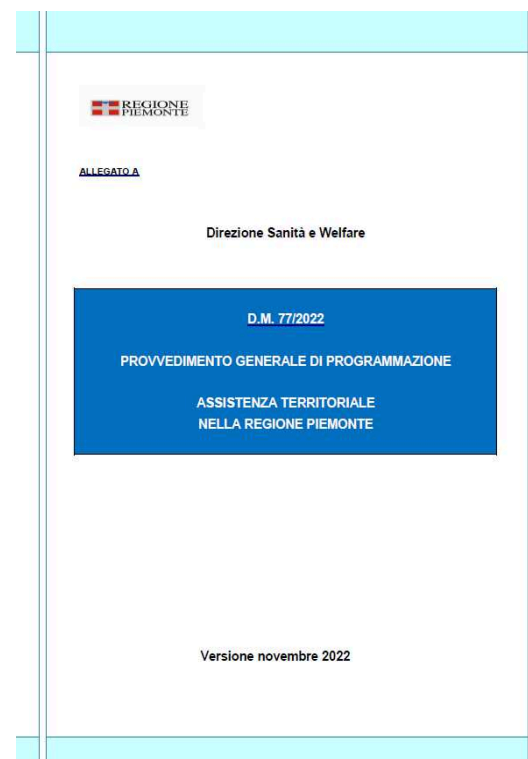
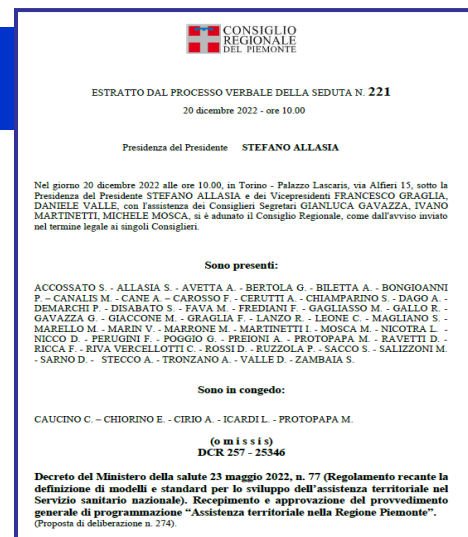
DCR n.257 – 25346 del 20/12/2022

Recepisce il D.M. n.77 del 23 maggio 2022

Approva il documento di programmazione
“Assistenza territoriale nella Regione Piemonte”
che descrive gli indirizzi:

per lo **sviluppo dell’assistenza territoriale**, allo scopo di garantire il **percorso complessivo di prevenzione e presa in carico e gestione della persona nelle diverse fasce di età e fasi del percorso di salute**;

per la **continuità assistenziale e l’integrazione fra i servizi**, nell’ambito di un nuovo modello organizzativo di **assistenza di prossimità** che ponga al centro del sistema la persona assistita e i suoi bisogni di salute.



DCR n.257 – 25346 del 20/12/2022

Gli obiettivi generali del Documento di programmazione:

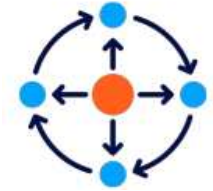


- analizzare, in relazione alle **caratteristiche e ai “bisogni” della popolazione**, il contesto di tutela della salute e di erogazione dei servizi per individuare gli ambiti di intervento;
- definire gli **indirizzi per lo sviluppo dell’assistenza territoriale**, alla luce del D.M. 77/2022, fondandola sul principio della centralità della persona assistita, al fine di:

- favorire la **prossimità dei “percorsi cronicità e fragilità”**, la tempestività ed efficienza di intervento;
- migliorare le modalità di **integrazione del sistema sanitario con i Comuni, i servizi sociali e il terzo settore e in generale con la comunità e i portatori di interessi**;
- migliorare le modalità di integrazione del sistema sanitario con **l’area della prevenzione e ospedaliera delle acuzie**;
- favorire la **semplificazione dei percorsi e delle procedure e la trasparenza organizzativa**;
- garantire la **comunicazione, l’informazione e la partecipazione** delle persone assistite e ai loro familiari al processo di cura;

- sviluppare un **sistema di monitoraggio e di miglioramento continuo** nei diversi ambiti dell’assistenza territoriale.

Sviluppo dell'Assistenza Territoriale



L'assistenza Primaria rappresenta la **prima porta d'accesso ad un servizio sanitario**; rappresenta l'approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, così come il benessere della società.

La Direzione Generale della Commissione Salute Europea (DG SANCO), nel 2014, definisce l'Assistenza Primaria come:

"... l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita.

I servizi sono erogati da équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone".....



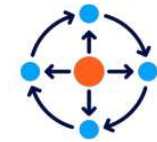
Sviluppo dell'Assistenza Territoriale



Il SSN persegue gli obiettivi mediante le **attività distrettuali**, la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali, in particolare:

- attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità, come le **Case della Comunità**;
- attraverso il **potenziamento delle cure domiciliari** (casa-luogo privilegiato dell'assistenza);
- attraverso **l'integrazione tra assistenza sanitaria-sociale** e lo sviluppo di **équipe multiprofessionali** che prendano in carico la persona in modo olistico;
- con logiche sistematiche di **medicina di iniziativa** e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni;
- con modelli di **servizi digitalizzati**, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di **telemedicina e telemonitoraggio**, sia per l'integrazione della rete territorio- ospedale;
- attraverso la valorizzazione della **co-progettazione** con gli utenti;
- attraverso la **partecipazione della comunità e dei diversi attori locali** (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.).

Funzionamento ed organizzazione del Distretto ed integrazione socio-sanitaria



Il **Distretto** costituisce la sede per la gestione e il coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sanitari territoriali e dei servizi socio-sanitari a valenza sanitaria.

Ad esso sono ricondotte le **funzioni di committenza, di erogazione e di garanzia dei LEA**.

Assicura i servizi di assistenza primaria nonché il **coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali** inclusi i presidi ospedalieri, nella logica della integrazione socio-sanitaria e con i diversi livelli istituzionali anche attraverso gli ordinari strumenti di programmazione.



D.M. 77/2022 – Distretto standard organizzativi:

Distretto di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche del territorio.



Funzionamento ed organizzazione del Distretto ed integrazione socio-sanitaria



La programmazione deve prevedere i seguenti standard:

- *1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;*
- *Case della Comunità spoke e ambulatori di MMG e PLS tenendo conto delle caratteristiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS, AFT e UCCP, sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;*
- *1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti;*
- *1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;*
- *1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;*
- *1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.*



Funzionamento ed organizzazione del Distretto ed integrazione socio-sanitaria



DIPARTIMENTI TERRITORIALI:

Dipartimento di Prevenzione; Dipartimento Materno Infantile; Dipartimento di Salute mentale; Dipartimento Patologie delle Dipendenze.

Servizio di Psicologia

Servizio Farmaceutico Territoriale

Sanità Penitenziaria

Coordinamento delle attività distrettuali – UCAD

Coordinatore Territoriale Aziendale

Tavolo di coordinamento Funzionale dei Direttori

Il Programma delle Attività Territoriali -PAT

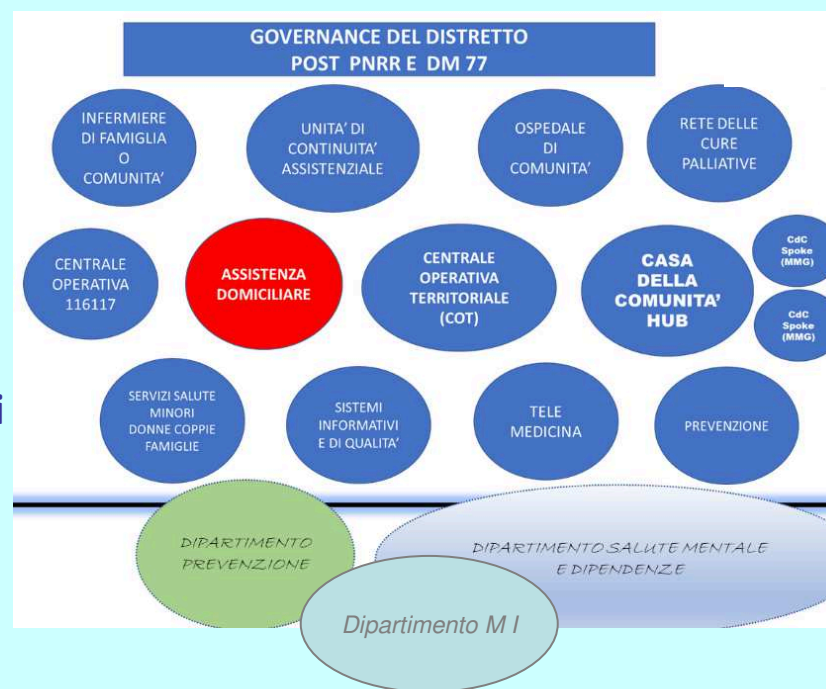
Sistema Residenziale e Semi-residenziale

Integrazione Socio-Sanitaria

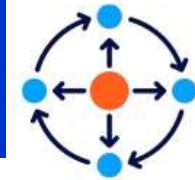
RAPPORTO ISTITUZIONALE CON I SINDACI

RAPPORTI CON TERZO SETTORE

TAVOLO REGIONALE DI COORDINAMENTO DEI DISTRETTI - TRCD



Integrazione delle Forme Organizzative dell'Assistenza Primaria con il nuovo modello organizzativo



L'Assistenza primaria, con particolare riferimento ai Medici di medicina generale, ai Pediatri di libera scelta, agli specialisti ambulatoriali **è alla base della organizzazione della rete territoriale.**

L'integrazione mono e multiprofessionale nell'ambito delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) è essenziale per permettere risposte appropriate e continuative rispetto agli effettivi bisogni dei pazienti.

Pertanto le attuali forme organizzative e associative confluiscono in tale ambito.

AFT
(Aggregazioni Funzionali
Territoriali)
UCCP
(Unità Complesse di Cure
Primarie)

Stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori come strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla programmazione e alla presa in carico



La Medicina di Popolazione si pone come finalità la promozione della salute della popolazione di riferimento.

La **Stratificazione della Popolazione per profili di rischio**, attraverso algoritmi predittivi, permette di differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti.

Il **Progetto di Salute** è il filo conduttore che rappresenta la storia della persona e dei suoi bisogni clinico-assistenziali e socio-sanitari, in raccordo con i servizi sociali.

	Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
Stratificazione del rischio	I Livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria
	II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basato su familiarità e stili di vita
	III livello Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
	IV livello Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
	V livello Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbidità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
	VI livello Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistono più possibilità di guarigione	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali

CASA DELLA COMUNITÀ



Case della Comunità: struttura fisica in cui opera un team multidisciplinare e multiprofessionale.

Nella Casa della Comunità operano i diversi professionisti per la erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale correlati ai percorsi di salute destinati alle patologie croniche.



Standard:

- *1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 ab.*
- *Case della Comunità spoke e ambulatori MMG e PLS tenendo conto delle caratteristiche demografiche del territorio per favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel rispetto del principio di prossimità. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; alle Case della Comunità accederanno anche gli specialisti ambulatoriali.*

Standard di personale per 1 Casa di Comunità hub:

- *7-11 Infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).*

INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITÀ



L'Infermiere di Famiglia o Comunità è la figura professionale di riferimento per l'assistenza di prossimità in quanto garantisce il collegamento operativo fra i rilevati bisogni di assistenza del paziente e la rete multiprofessionale e multidisciplinare presente.

È un professionista che assicura l'assistenza infermieristica con un orientamento prioritario alla gestione proattiva della salute e ricopre le diverse funzioni, erogando prestazioni assistenziali e sanitarie.

Favorisce il coinvolgimento attivo della persona assistita e del suo caregiver quali figure centrali nel percorso assistenziale.

Standard:

- 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 ab.



UNITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE



L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è **un'équipe mobile distrettuale per il supporto alla rete delle cure primarie** ai fini della presa in carico di individui, o di comunità.

L'UCA afferisce al Distretto di riferimento. La sede operativa dell'UCA è la Casa della Comunità hub la quale è riferimento anche dal punto di vista organizzativo.

L'UCA deve essere dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle COT.

Standard:

- 1 Medico e 1 Infermiere ogni 100.000 abitanti.

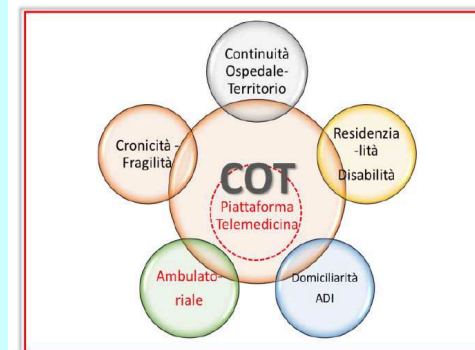


CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE



E' un modello organizzativo che svolge una **funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi/professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali**. Tutti gli attori del sistema possono richiedere l'intervento della COT (MMG, PLS e medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni, e altri professionisti sanitari). E' un servizio a valenza distrettuale per l'integrazione organizzativa sui percorsi delle persone assistite.

Macroaree organizzative essenziali:



La COT potrà avere ulteriori articolazioni specifiche nel rispetto dei criteri di flessibilità e adattamento al contesto del modello organizzativo. Esempi:



Standard:

- 1 COT ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.

Standard di personale di 1 COT per 100.000 abitanti:

- 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto.

La COT deve essere operativa 7 giorni su 7 e deve essere dotata di infrastrutture tecnologiche ed informatiche (es. piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al FSE e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate).

CENTRALE OPERATIVA 116117



La Centrale Operativa 116117 ha la **funzione di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità**. Permette quindi alla popolazione di entrare in contatto con un operatore opportunamente formato, che possa fornire assistenza, direttamente o attraverso il trasferimento di chiamata al servizio competente, a valenza sociosanitaria.

Si raccorda anche con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza e con le Centrali Operative Territoriali.

*Sono state individuate come aziende capofila per lo svolgimento della suddetta attività le aziende **ASL CN1**, ASL AL, ASL NO, ASL Città di Torino, presso cui sono collocate le relative Centrali operative.*



ASSISTENZA DOMICILIARE



Il **potenziamento dell'assistenza domiciliare** è uno dei punti cruciali del modello organizzativo territoriale. I trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, talora associati ad attività di aiuto alla persona, sono prestati al domicilio della persona assistita da personale qualificato per l'assistenza dei soggetti con patologie in atto o in stato di riacutizzazione. Le cure domiciliari, nelle forme previste nell'ambito dei LEA, si configurano come un **servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza in uno specifico percorso di cura e in un piano personalizzato.**

Standard:

- 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente.



Le Cure Domiciliari, nel modello erogativo regionale piemontese, sono suddivise in: Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), Assistenza Domiciliare Integrata e Unità Operativa Cure Palliative (ADI+UOCP), Assistenza Domiciliare Programmata (ADP), Servizio Infermieristico Domiciliare (SID), Servizio Riabilitativo Domiciliare relativo al Recupero e alla Riabilitazione Funzionale per gli adulti (SRD-RRF) e all'intervento della Neuropsichiatria Infantile (SRD-NPI) per i minori, nonché Lungoassistenza (LA), Prestazioni Infermieristiche Estemporanee (PIE).

OSPEDALE DI COMUNITÀ



L'attività extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria assicura ai pazienti il trattamento appropriato nell'ambito di un percorso di cura integrato ospedale-territorio.

L'Ospedale di Comunità è una **struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete dell'assistenza territoriale** e svolge una **funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero**.

Possono accedere agli Ospedali di comunità pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate, nella fase post dimissione ospedaliera, per completare il processo di stabilizzazione clinica.

Standard:

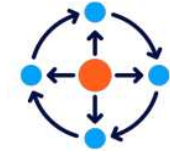
- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 ab.
- 0,2 posti letto per 1000 ab. da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.



Standard di personale per 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto:

- 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari;
- 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

RETE DELLE CURE PALLIATIVE



E' costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Sono rivolte a persone assistite di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure già attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

- Rete regionale delle cure palliative;
- Rete Locale delle Cure Palliative (RLCP);
- Cure domiciliari palliative;
- Hospice;
- Terapia del dolore;
- Rete di terapia del dolore e di cure palliative per il paziente in età evolutiva.

Standard:

- 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti;
- Hospice: 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

La Governance della RLCP: un coordinatore di rete, referenti delle singole strutture e una rappresentanza delle associazioni di volontariato di settore.



SERVIZI PER LA SALUTE DEI MINORI, DELLE DONNE, DELLE COPPIE E DELLE FAMIGLIE



Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori rappresentano la struttura aziendale a libero accesso e gratuita e sono deputati alla protezione, prevenzione, promozione della salute.

L'attività consultoriale è caratterizzata da un approccio multidisciplinare nonché da una attenzione alla complessità dello stato di salute della popolazione.

Le attività del Consultorio Familiare devono essere coordinate, sia sul piano del funzionamento interno del Consultorio Familiare, sia sul piano dell'integrazione in rete con gli altri servizi socio-sanitari (territoriali e ospedalieri) e con i diversi attori del Dipartimento Materno Infantile.

Standard:

- 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali.
- L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.



PIANO DELLA CRONICITÀ



L'approccio alla cronicità e alla fragilità è necessariamente multidisciplinare e multiprofessionale. Si fonda su un complesso di attività integrate e coordinate di diverse figure professionali, in diversi setting e servizi, per una presa in carico personalizzata e proattiva. E' coordinato dal Referente del Nucleo Aziendale Cronicità, formalmente individuato dall'ASL per sostenere la realizzazione del Piano Locale Cronicità, e da una cabina di regia.

Si raccorda con il PL12 – Setting sanitario: la promozione della salute nella cronicità del PLP e il relativo Gruppo di lavoro.

Chi incontrerai all'ambulatorio?

Medico di Distretto
È il professionista responsabile dei processi di promozione e prevenzione della salute in ambito di famiglia e comunità.

Infermiere di famiglia e comunità
È il professionista competente nella promozione della salute e in tutti i livelli della prevenzione. Si occupa, in particolare, di aiutare le persone a gestire una malattia o una disabilità cronica in stretta sinergia con il medico e con gli operatori della rete ospedaliera e territoriale.

Dove
Casa della Comunità di Bra
(ex ospedale Santo Spirito)

Quando
Il martedì dalle 8.30 alle 12.30
e dalle 13.30 alle 16.30

Ambulatorio

Cronicità

Percorsi agevolati per pazienti cronici

Contatti
Numero di telefono
0172 140403 - 0172 140404 - 0172 140 405

Materiale informativo realizzato grazie al contributo della
Fondazione Ospedale Alba-Bra

ALBA ASSUNZ
REGIONE PIEMONTE

Chi è l'Infermiere di Famiglia e Comunità

È il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità.

È competente nella promozione della salute e in tutti i livelli della prevenzione; nella presa in carico delle persone nel loro ambiente, al fine di raggiungere il miglior risultato di salute possibile.

Si occupa, in particolare, di aiutare le persone a gestire una malattia o una disabilità cronica in stretta sinergia con il medico e con gli operatori della rete ospedaliera e territoriale.

Dove
Casa della Comunità di Alba
via Pietrino Belli 26
(ex ospedale San Lazzaro)

Quando
Il lunedì dalle 8.00 alle 13.00
e dalle 14.00 alle 16.00

Ambulatorio Infermieri
Famiglia e Comunità

Garantiamo
Facilitiamo
Orientiamo
Insegniamo

Contatti
Numero di telefono
335 188 04 74

Mail
ambulatoriofec@aslcn2.it

Materiale informativo realizzato grazie al contributo della
Fondazione Ospedale Alba-Bra

ALBA ASSUNZ
REGIONE PIEMONTE

PREVENZIONE IN AMBITO SANITARIO, AMBIENTALE E CLIMATICO



Il Dipartimento di Prevenzione agisce con l'obiettivo di rendere esigibili, applicabili e misurabili i programmi e gli interventi previsti nel LEA Prevenzione collettiva e Sanità pubblica.

Il DP ha il compito di **promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale**. Nell'ambito del contrasto alle malattie croniche non trasmissibili, il DP agisce in stretto raccordo con il Distretto per la programmazione, attuazione, validazione e coordinamento di azioni finalizzate all'individuazione di condizioni di rischio individuali e collettive.

16 i Programmi del Piano Locale della Prevenzione



INTEGRAZIONE TERRITORIO-OSPEDALE-TERRITORIO, RETI, PERCORSI DI SALUTE ED APPROPRIATEZZA CLINICA ED ORGANIZZATIVA

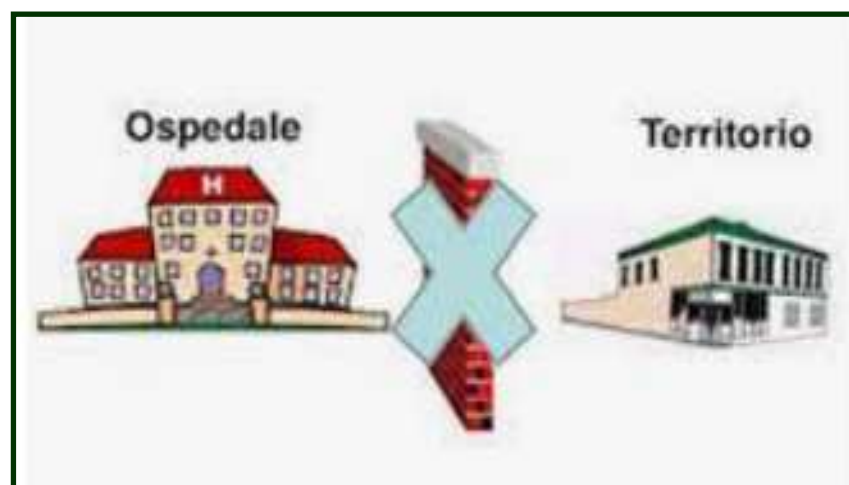


Il riequilibrio e l'integrazione tra **assistenza ospedaliera e territoriale** costituisce uno degli obiettivi prioritari di politica sanitaria.

Per le persone assistite più fragili e vulnerabili sono attivati **percorsi integrati di continuità delle cure ospedale-territorio**.

Diviene essenziale il ruolo delle reti sanitarie integrate e dei percorsi di salute e diagnostico-terapeutici assistenziali, per la presa in carico complessiva e il trattamento delle patologie croniche in forma integrata fra medicina di territorio e medicina specialistica, secondo la logica dell'appropriatezza clinica ed organizzativa.

Definizione di un progetto di integrazione tra territorio-ospedale-territorio in relazione con i percorsi di salute e con l'appropriatezza clinica ed organizzativa.



ALTRI AMBITI



La **telemedicina** rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria consentendo l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.



I **sistemi informativi** producono le informazioni necessarie al monitoraggio dell'assistenza territoriale, al fine di assicurare la produzione dei dati relativi ai flussi informativi già attivi, anche in relazione al potenziamento del fascicolo sanitario elettronico.



Lo sviluppo di un **piano di formazione** costruito sui reali bisogni formativi, in funzione degli obiettivi tecnici e gestionali da raggiungere è di fondamentale importanza.





-



Contatti:

epidemiologia@aslcn2.it