

Deliberazione della Giunta Regionale 29 novembre 2016, n. 3-4287

**D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015. Interventi regionali e linee d'indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria, attraverso la sperimentazione delle Case della Salute.**

A relazione dell'Assessore Saitta:

La Giunta Regionale, con proprio atto deliberativo n. 26-1653 del 29.6.2015 avente ad oggetto *“Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.”* ha individuato le direttrici del nuovo modello organizzativo della rete territoriale.

Tale modello è orientato a garantire la continuità assistenziale nella presa in carico e nei percorsi di cura fra territorio ed ospedale e viceversa, definendo alcuni interventi strategici finalizzati al rafforzamento della governance del sistema territoriale e alla valorizzazione del ruolo svolto dall'Assistenza Primaria, nelle sue forme organizzative multidisciplinari e multiprofessionali, nella risposta ai bisogni di salute della popolazione.

In particolare la suddetta deliberazione ha dato un forte impulso al rilancio del ruolo del Distretto, così come delineato dall'art. 3-quinquies del D.Lgs n.502 del 30.12.2002 e s.m.i., attraverso la sua riconfigurazione in ambiti territoriali e in modelli organizzativi tali da consentirne l'efficace esercizio delle funzioni di garanzia, di presa in carico e di “accompagnamento” del paziente in tutte le fasi in cui si articola il suo percorso di salute.

Lo strumento di programmazione dell'assistenza da offrire alla popolazione, sulla base dei bisogni rilevati e compatibilmente con le risorse assegnate, è il Programma delle Attività Territoriali (PAT), adottato per ogni Distretto con il coinvolgimento del Comitato dei Sindaci/Comitato dei Presidenti di Circostrizione, come previsto dalla suddetta deliberazione, Allegato A, punto 1.9.

In attuazione della D.G.R. n. 26-1653/2015 le AA.SS.LL. hanno posto in essere le seguenti azioni:

- revisione degli ambiti territoriali e configurazione del ruolo e delle funzioni dei Distretti nei rispettivi Atti Aziendali, i quali sono stati recepiti dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 53-2487 del 23.11.2015;
- adozione del PAT per l'anno 2016 entro il 31.12.2015, come disposto dalla D.G.R. n. 12-2021 del 5.8.2015, Allegato A, Obiettivo n. 6 e coerentemente con le linee guida e lo schema-tipo definiti a livello regionale.

L'analisi regionale dei PAT, condotta con il supporto del Tavolo di coordinamento Regione-Direzioni Sanitarie Aziendali, ha dato atto della propensione di tali programmi a predisporre un'articolazione delle prestazioni da erogare nel 2016 per rispondere in modo appropriato, equo ed efficiente ai bisogni di salute dei propri assistiti, tenuto conto della storia, delle peculiarità territoriali e delle esigenze specifiche dei residenti di ciascun Distretto.

In coerenza con gli obiettivi e le priorità di cui alla D.G.R. n. 26-1653/2015, l'analisi regionale dei PAT si è focalizzata in modo particolare sui programmi previsti per lo sviluppo

dell'Assistenza Primaria, quale primo livello di contatto del cittadino con il sistema sanitario, nell'intento di promuovere una medicina di territorio:

- sempre più accessibile, facilmente fruibile e visibile, con la stessa "autorevolezza" dell'ospedale in quanto interagente e complementare rispetto alla medicina specialistica;
- adeguatamente organizzata in ciascun ambito distrettuale e coordinata con l'area socio-sanitaria per intercettare e rispondere appropriatamente ai bisogni della popolazione di riferimento, con particolare riferimento alle patologie croniche a maggior impatto sociale,

Pertanto, prendendo atto della programmazione per livelli di assistenza definita nei PAT, che le AA.SS.LL. possono sviluppare compatibilmente con le risorse assegnate e con i vincoli e gli standard normativi vigenti, la Regione Piemonte intende promuovere, potenziare ed ottimizzare la risposta erogata dall'Assistenza Primaria a favore dei cittadini, attraverso l'articolazione delle sue forme organizzative in una rete capillarmente diffusa sul territorio.

L'intervento regionale di cui al presente provvedimento si pone in sintonia con gli obiettivi e gli indirizzi previsti, oltre che nella suddetta deliberazione, nella seguente normativa nazionale e regionale, come dettagliata nell'Allegato A, facente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- L. n. 189 dell'8.11.2012 e s.m.i., art. 1, "*Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie*",
- Patto per la Salute 2014-2016, di cui all'Intesa Stato-Regioni-Province Autonome del 10.7.2014, art. 5, che prevede incisivi interventi di riorganizzazione del sistema di Assistenza Primaria e il suo orientamento verso la medicina d'iniziativa, per contribuire ad ottimizzare la risposta erogata dall'assistenza territoriale per le persone affette da patologia cronica e che hanno scarsa necessità di accessi ospedalieri ma che richiedono invece interventi di tipo ambulatoriale o domiciliare nell'ambito di PDTA predefiniti e condivisi;
- Decreto 2.4.2015, n. 70, "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*", punto 10 "*Continuità ospedale-territorio*", che prevede che le Regioni procedano, contestualmente alla riorganizzazione della rete ospedaliera, al riassetto dell'Assistenza primaria e all'organizzazione in rete delle strutture territoriali, quali interventi fondamentali per garantire una risposta appropriata e continuativa sul territorio ed un utilizzo appropriato dell'ospedale;
- D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, Programmi Operativi Regionali 2013-2015, Programma 14 "*Riequilibrio Ospedale-Territorio*", Intervento 14.3 „*Assistenza primaria*“;
- D.G.R. n.17-7578 del 12.5.2014, con la quale nell'ambito del percorso di realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale, di cui all'art.1, commi 34 e 34 bis della L. n. 662 del 23.12.1996 - Linea Progettuale 1, la Regione Piemonte sta sviluppando il progetto "*Interventi per la riorganizzazione della rete regionale dell'Assistenza primaria*";
- D.G.R. n. 38-2292 del 19.10.2015 avente ad oggetto "*Approvazione de 'Il Patto per il sociale per la Regione Piemonte 2015-2017. Un percorso politico partecipato*", con la quale vengono individuati gli assi strategici su cui declinare l'azione politica e la programmazione regionale, fra i quali l'area dell'integrazione socio-sanitaria .

In coerenza e in attuazione della suddetta normativa, si ritiene di dar corso ad una fase sperimentale, intermedia nel percorso di realizzazione del modello definito a regime dalla D.G.R. n. 26-1652/2015 che, nella more dell'adozione dei nuovi Accordi Collettivi Nazionali e successivi Accordi Integrativi Regionali, ponga le basi per la riorganizzazione dell'Assistenza Primaria e delle

sue forme associative ed organizzative per meglio rispondere ai bisogni di salute della popolazione, oggi in gran parte rappresentati da patologie croniche, che necessitano di risposte sanitarie e socio-sanitarie coordinate ed erogate ad un livello il più possibile prossimo al cittadino e alla comunità locale.

A tal fine le linee d'indirizzo contenute nell'Allegato A, facente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, sono orientate a fornire gli assi di sviluppo per le progettualità aziendali, elaborate in ambito distrettuale, orientate alla sperimentazione di forme organizzative dell'Assistenza Primaria o allo sviluppo dei modelli esistenti, con caratteristiche potenzialmente riconducibili ai profili della rete UCCP/AFT, come delineata dalla D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015, Allegato A, punto 2.

Durante questa fase, le esperienze organizzative multiprofessionali, funzionali e strutturali, oggi esistenti sul territorio, come elencate nell'allegata Tabella 1 facente parte integrante e sostanziale della presente deliberazione e quelle che verranno attivate nell'ambito della sperimentazione regionale, vengono ricondotte alla comune definizione di Case della Salute (CS).

Ciascuna A.S.L., entro trenta giorni dalla pubblicazione del presente provvedimento, formula e trasmette al Settore Regionale Assistenza Sanitaria e Socio-Sanitaria Territoriale della Direzione Sanità, il progetto operativo ed organizzativo, articolato su base distrettuale, in coerenza con gli obiettivi e il quadro d'indirizzo definito nell'Allegato A e secondo lo schema-tipo di cui all'Allegato B, entrambi facenti parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Alla Regione compete il governo, il coordinamento e il monitoraggio del processo di sperimentazione di cui al presente provvedimento.

A sostegno del presente percorso sperimentale la Regione Piemonte interviene con un contributo, pari complessivamente a € 8.000.000,00 annui, che con successivi provvedimenti sarà assegnato a ciascuna AA.SS.LL in sede di riparto delle risorse da fondo sanitario 2017, in coerenza con la ripartizione di cui alla Tabella 2, facente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento ed in base ai progetti che saranno validati dal Settore Assistenza Sanitaria e Socio-Sanitaria territoriale della Direzione Sanità.

Si da atto che la spesa prevista dal presente provvedimento trova copertura nello Stanziamento del Bilancio Pluriennale-anno 2017 della Missione 13 - Programma 01.

Il contributo regionale verrà ripartito alle AA.SS.LL, come riportato nella Tabella 2 facente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, in base ai seguenti criteri:

- a. il 75% a supporto delle nuove progettualità aziendali finalizzate all'avvio o sviluppo/potenziamento delle Case della Salute, secondo gli indirizzi di cui al presente provvedimento;
- b. il 25% a supporto dei modelli organizzativi già attivati sul territorio alla data del 31.10.2016 e potenzialmente assimilabili alle forme organizzative complesse, funzionali o strutturali, disciplinate dalla sopra richiamata normativa nazionale e regionale.

Il contributo regionale sarà erogato alle AA.SS.LL, come di seguito riportato:

- c. il 50% al momento della validazione regionale del progetto aziendale, a titolo di acconto per l'avvio dei progetti;

- d. il 50% a saldo, a seguito dell'attuazione del progetto sperimentale, secondo gli indirizzi e gli obiettivi di cui al presente provvedimento, come risultante dalla trasmissione della relazione di monitoraggio unitamente a idonea rendicontazione dei costi annui sostenuti da parte di ciascuna A.S.L.

Con apposita determinazione del Settore Assistenza Sanitaria e Socio-Sanitaria Territoriale della Direzione Sanità, da adottarsi entro trenta giorni dalla data di scadenza del termine per la presentazione dei progetti, si procede, secondo le modalità indicate nell'Allegato A facente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, alla validazione dei progetti proposti dalle AA.SS.LL, all'erogazione delle rispettive quote assegnate; alla definizione degli indicatori per il monitoraggio dell'andamento della sperimentazione e dello schema di rendiconto dei costi previsti e sostenuti.

Vista la legge 8 novembre 2012, n. 189;

vista l'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, sancita il 10.7.2014;

visto l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano recante "Linee d'indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" sancito il 7.2.2013;

visto il Decreto 2 aprile 2015, n.70;

vista la D.C.R. n. 167-14087 del 3.4.2012 (P.S.S.R. 2012-2015);

vista la D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013 (Programmi Operativi 2013-2015);

vista la D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.;

vista la D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015;

vista la D.G.R. n. 53-2487 del 23.11.2015;

vista la D.G.R.n.26-3627 del 28.3.2012;

vista la D.G.R. n. 17-7578 del 12.5.2014;

vista la D.G.R. n. 38-2292 del 19.10.2015.

Ribadito che le AA.SS.LL richiamate nel presente provvedimento, in coerenza alla normativa regionale vigente, dovranno conseguire nell'attuazione delle disposizioni in oggetto un risultato di sostanziale pareggio dei bilanci d'esercizio, anche con riferimento ai principi contenuti nella Legge Costituzionale 20 aprile 2012, n. 1 recante "Introduzione del principio del pareggio di bilancio nella Carta costituzionale" e la legge n. 243/2012 di attuazione del principio del pareggio di bilancio, con particolare riferimento all'art. 9.

La Giunta Regionale, con voto unanime

*delibera*

- di prendere atto della programmazione per livelli di assistenza definita nei Programmi delle Attività Territoriali (PAT), che le AA.SS.LL. hanno elaborato con riferimento all'anno in corso e che le stesse possono sviluppare compatibilmente con le risorse assegnate, con gli obiettivi aziendali di sostanziale pareggio del bilancio d'esercizio e con i vincoli e gli standard normativi vigenti;
- di approvare, in attuazione della D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015 e nelle more dell'adozione dei nuovi Accordi Collettivi Nazionali e successivi Accordi Integrativi Regionali per i Medici convenzionati, l'avvio di una fase sperimentale, intermedia nel percorso di realizzazione del modello definito a regime (rete UCCP/AFT), che ponga le basi per la riorganizzazione dell'Assistenza Primaria e delle sue forme d'integrazione per meglio far fronte ai bisogni di salute della popolazione, sempre più rappresentati da patologie croniche, che necessitano di risposte sanitarie e socio-sanitarie coordinate in rete ed erogate ad un livello il più possibile prossimo al cittadino e alla comunità locale;
- di approvare le *“Linee d'indirizzo per l'avvio e sviluppo del modello sperimentale di Assistenza Primaria: le Case della Salute”*, come riportate nell'Allegato A e relative Tabelle 1 e 2 facenti parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di stabilire che le esperienze organizzative complesse dell'Assistenza Primaria oggi esistenti sul territorio e quelle in fase di avvio nell'ambito della progettazione aziendale/distrettuale, vengono ricondotte alla comune definizione di Case della Salute (CS);
- di approvare lo schema-tipo per la formulazione dei progetti aziendali, articolati su base distrettuale, come riportato nell'Allegato B facente parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, precisando che ciascuna A.S.L. dovrà trasmettere il rispettivo progetto al Settore Regionale Assistenza Sanitaria e Socio-Sanitaria Territoriale della Direzione Sanità entro trenta giorni dalla data di pubblicazione della presente deliberazione;
- di stabilire che: a sostegno del presente percorso sperimentale la Regione Piemonte interviene con un contributo pari complessivamente a € 8.000.000,00 (otto milioni di euro) annui, che con successivi provvedimenti regionali sarà assegnato a ciascuna A.S.L. in sede di riparto delle risorse da Fondo Sanitario 2017, in coerenza con la ripartizione di cui alla Tabella 2 facente parte integrante e sostanziale della presente deliberazione ed in base ai progetti che saranno validati dal Settore Assistenza Sanitaria e Socio Sanitaria Territoriale della Direzione Sanità;
- di dare atto che la spesa prevista dal presente provvedimento trova copertura nello Stanziamento del Bilancio Pluriennale anno 2017 della Missione 13 - Programma 01;
- di stabilire che il suddetto contributo regionale annuo verrà ripartito in base ai seguenti criteri:
  - o il 75% a supporto delle nuove progettualità aziendali finalizzate all'avvio o sviluppo/potenziamento delle Case della Salute, come descritte nella presente deliberazione;
  - o il 25% a supporto dei modelli organizzativi già attivati sul territorio alla data del 31.10.2016 e potenzialmente assimilabili alle forme organizzative complesse, strutturali o funzionali, disciplinate dalla sopra richiamata normativa nazionale e regionale, come

riportati nella sopra citata Tabella 1 allegata e facente parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

- di stabilire che il contributo regionale sarà erogato alle AA.SS.LL, come di seguito riportato:
  - o il 50% al momento della validazione regionale del progetto aziendale, a titolo di acconto per l'avvio dei progetti;
  - o il 50% a saldo, a seguito dell'attuazione del progetto sperimentale, secondo gli indirizzi e gli obiettivi di cui al presente provvedimento, come risultante dalla trasmissione della relazione di monitoraggio unitamente a idonea rendicontazione dei costi annui sostenuti da parte di ciascuna A.S.L;
- di ribadire che le AA.SS.LL richiamate nel presente provvedimento, in coerenza alla normativa regionale vigente, dovranno conseguire nell'attuazione delle disposizioni in oggetto un risultato di sostanziale pareggio dei bilanci d'esercizio, anche con riferimento ai principi contenuti nella Legge Costituzionale 20 aprile 2012, n. 1 recante "Introduzione del principio del pareggio di bilancio nella Carta costituzionale" e la legge n. 243/2012 di attuazione del principio del pareggio di bilancio, con particolare riferimento all'art. 9;
- di demandare ad apposita determinazione del Settore Regionale Assistenza Sanitaria e Socio-Sanitaria Territoriale, da adottarsi entro trenta giorni dalla data di scadenza del termine per la presentazione dei progetti, secondo le modalità indicate nell'Allegato A facente parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, la validazione dei progetti proposti dalle ASL, l'erogazione delle rispettive quote assegnate alle scadenze indicate, la definizione degli indicatori per il monitoraggio dell'andamento della sperimentazione e dello schema di rendiconto dei costi previsti e sostenuti.

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso giurisdizionale avanti al TAR entro 60 giorni dalla data di comunicazione o piena conoscenza dell'atto, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni dalla suddetta data.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

**Linee d'indirizzo per l'avvio e lo sviluppo del  
modello sperimentale di Assistenza Primaria.  
Le Case della Salute**

**1) Obiettivo generale**

Prendendo atto della programmazione per livelli di assistenza definita dalle AA.SS.LL. nei Programmi delle Attività Territoriali (PAT), la Regione Piemonte intende promuovere, potenziare ed ottimizzare la risposta erogata dall'Assistenza Primaria a favore dei cittadini, attraverso l'articolazione delle sue forme organizzative in una rete capillarmente diffusa sul territorio, che assume l'uniforme definizione di Case della Salute (CS).

A tal fine le presenti linee d'indirizzo sono tese a fornire gli assi di sviluppo per le progettualità aziendali, articolate a livello distrettuale, orientate alla sperimentazione di forme organizzative dell'Assistenza Primaria o allo sviluppo dei modelli esistenti, con caratteristiche potenzialmente riconducibili ai profili della rete UCCP/AFT, come delineata dalla D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015, Allegato A, punto 2.

L'obiettivo è quello di sviluppare progressivamente, partendo da esperienze sperimentali nate e maturate in relazione alle specificità locali, un modello di organizzazione sanitaria territoriale in cui:

- l'ospedale non è più il riferimento di centralità del sistema e l'unico luogo deputato ad erogare prestazioni assistenziali di elevata qualità;
- la risposta di base del sistema sanitario viene spostata ad un livello più vicino al cittadino e alla comunità locale, con possibilità di accedervi nell'intero arco della giornata;
- si allarga, dal punto di vista quantitativo e qualitativo, l'offerta di risposte sanitarie di primo livello, nell'ambito di percorsi diagnostico-terapeutici predefiniti, fondati sull'interrelazione fra medicina di territorio e medicina specialistica;
- si garantisce in ogni distretto un punto di riferimento per la presa in carico globale del paziente, attraverso la stretta integrazione fra le funzioni sanitarie e le funzioni socio-sanitarie e sociali.

**2) Contesto normativo in cui si colloca la sperimentazione**

Il progetto relativo alla sperimentazione del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria, attraverso l'avvio/sviluppo delle Case della Salute, si colloca nell'ambito del percorso generale di riorganizzazione della rete territoriale, integrata e coordinata con la rete ospedaliera nonché con il sistema dei servizi socio-assistenziali, che la Regione ha avviato in attuazione della normativa nazionale e regionale.

A livello nazionale il riordino delle forme organizzative dell'Assistenza Primaria è stato disciplinato dall'art. 1 della L. n. 189 dell'8.11.2012 e successivamente dal Patto della Salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10.7.2014: tale normativa prevede un incisivo intervento di riorganizzazione del sistema delle cure primarie, riorientandolo verso nuove forme organizzative mono e multiprofessionali, funzionali e strutturali, fortemente orientate verso la medicina d'iniziativa e tali da fornire una risposta appropriata e capillarmente diffusa sul territorio, ai problemi di salute connessi alle patologie croniche e,

in generale, al complesso di bisogni di tipo sanitario e socio-sanitario che non necessitano del ricorso alle cure ospedaliere.

In sintonia con tale normativa, la Regione Piemonte ha definito, nell'ambito degli interventi rivolti al riordino della rete territoriale e dei Distretti, le linee d'indirizzo per la riorganizzazione delle forme organizzative dell'Assistenza Primaria sul proprio territorio.

I capisaldi di tale percorso di riorganizzazione sono stati definiti dalla D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i., Allegato I, punto 4 e dalla D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015, entrambe emanate in attuazione della D.G.R. n. 25-2992 del 30.12.2013 (Programmi Operativi regionali 2013-2015), Programma 14 "Riequilibrio Ospedale-Territorio".

Le linee d'indirizzo contenute in tali deliberazioni rappresentano il tendenziale riferimento per la definizione della piattaforma relativa ai nuovi Accordi Integrativi Regionali, che verranno adottati ad avvenuta stipula dei nuovi Accordi Collettivi Nazionali relativi alla disciplina dei rapporti con i medici convenzionati, come previsto dalla stessa L. n. 189/2012, art. 1 comma 6.

Inoltre, in coerenza con la suddetta normativa, nell'ambito del percorso di realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale, di cui all'art.1, commi 34 e 34 bis della L. n. 662 del 23.12.1996-Linea Progettuale 1, la Regione Piemonte sta sviluppando il progetto "Interventi per la riorganizzazione della rete regionale dell'Assistenza Primaria (rif. D.G.R. n. 17-7578 del 12.5.2014).

Tali interventi sono preordinati ad impostare le basi del processo che porterà alla riorganizzazione delle forme associative dell'assistenza primaria, tracciando un percorso che si sviluppa attraverso un modello sperimentale maturato sulla base del fabbisogno territoriale e calibrato in relazione alle specificità di ogni area.

Le suddette forme organizzative sperimentali, come descritte nella sopra citata D.G.R. n.26-1653/2015, Allegato A, punto2.2. ed elencate nella relativa Tabella B, traggono la loro fonte normativa dalle seguenti deliberazioni regionali:

- D.G.R. n. 57-10097 del 17.11.2008 avente ad oggetto l'Accordo Regionale della Medicina Generale per l'avvio del percorso per la sperimentazione dei Gruppi di Cure Primarie (GPC) e delle Case della Salute (CS), conclusasi il 31.12.2011.
- D.G.R. n. 26-3627 del 28.3.2012, con la quale sono state definite le linee d'indirizzo per la sperimentazione regionale dei Centri di Assistenza Primaria (CAP).

### **3) Contesto organizzativo in cui si colloca la sperimentazione**

Nell'ambito dei Programmi delle attività territoriali (PAT) adottati entro il 31.12.2015 con riferimento all'anno 2016, ogni A.S.L. ha individuato, per ciascun Livello di Assistenza (LA) e previo confronto con gli organismi rappresentativi delle autonomie locali (Comitati dei Sindaci di Distretto/Presidenti di Circostrizione):

- la situazione esistente nell'anno 2014;
- gli obiettivi da raggiungere nel 2016;
- i progetti di sviluppo/miglioramento previsti nel periodo 2016-2018 per raggiungere gli obiettivi ritenuti prioritari.



Rispetto all'area dell'Assistenza Primaria, tutte le AA.SS.LL. hanno previsto nei rispettivi PAT un percorso orientato all'evoluzione delle attuali forme associative della medicina generale sul territorio, nella direzioni delle nuove organizzazioni multiprofessionali e mono-multifunzionali, come disciplinate dalla suddetta normativa. In alcuni casi tale percorso è stato specificamente individuato e descritto in appositi progetti, mentre in altri è solo stato previsto o citato, demandandone l'attuazione ad avvenuta approvazione del nuovo AIR.

A completamento di quanto sopra descritto, l'analisi delle esperienze organizzative e delle forme d'integrazione nell'Assistenza Primaria maturate nell'ambito territoriale di ciascuna A.S.L. e relativi Distretti, è stata condotta in forma dettagliata, nel corso del 2016, nell'ambito del monitoraggio curato dall'Ires Piemonte in collaborazione con la Direzione Sanità della Regione Piemonte, secondo gli indirizzi del Tavolo di coordinamento Regione-Direzioni Sanitarie Aziendali.

Le risultanze del monitoraggio della situazione attuale e dei progetti previsti o in corso di attuazione sono elencate nella Tabella 1 allegata e facente parte integrante del presente provvedimento, con la quale viene aggiornata la Tabella B allegata alla sopra citata D.G.R.n. 26-1653/2015.

La tabella evidenzia le esperienze organizzative di tipo strutturale o funzionale, fondate sull'integrazione professionale e/o funzionale fra medicina generale, continuità assistenziale (ex G.M.), area infermieristica, medicina specialistica e area socio-sanitaria.

Tali esperienze sono nate e si sono sviluppate, in via sperimentale a livello distrettuale o sub-distrettuale, nel corso degli ultimi otto anni, traendo i loro riferimenti normativi nelle sopra richiamate deliberazioni regionali e si connotano nelle seguenti tipologie:

- ex Gruppi di Cure Primarie e Case della Salute;
- Centri di Assistenza Primaria (CAP);
- Ospedali di Comunità;
- Ambulatori della salute (MMG con il supporto di personale dedicato dell'area infermieristica per l'esercizio della funzione di infermiere di comunità).

I diversi modelli oggi esistenti hanno le seguenti caratteristiche comuni:

- la propensione a rappresentare la sede in cui si sviluppano i percorsi assistenziali (PDTA) sui pazienti cronici, attraverso l'integrazione fra MMG/PDLS e Specialisti e l'opportunità di garantire, attraverso il governo clinico, interventi multi professionali condivisi, il monitoraggio della compliance, dell'appropriatezza degli interventi e dei costi;
- l'attitudine a rappresentare prioritariamente un riferimento per la medicina d'iniziativa, improntata sulla gestione della malattia in modo tale da rallentarne il decorso, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, attraverso la valorizzazione:
  - o dei percorsi diagnostico-terapeutici per le patologie croniche invalidanti,
  - o delle iniziative di promozione ed educazione alla salute;
- la percezione di una medicina di territorio accessibile, facilmente fruibile e visibile, considerata la funzione centrale delle cure primarie quale primo livello clinico di

contatto dei cittadini con il sistema sanitario e il ruolo del medico di famiglia quale garante della salute del cittadino e responsabile della continuità delle cure;

- lo sviluppo di un sistema di relazioni tra professionisti del sistema sanitario e socio-sanitario che ne agevoli il confronto costruttivo (MMG/PDLS, MCA, Medici specialisti, personale dell'area infermieristica, tecnico-sanitaria e socio-sanitaria) e che, nel rispetto delle rispettive competenze e responsabilità professionali, ne valorizzi i ruoli specifici;
- la sperimentazione di sistemi di informatizzazione in grado di rappresentare gli eventi ritenuti prioritari al fine di governare e programmare i percorsi di prevenzione, diagnosi e cura.

#### **4) Promozione di progetti ASL per avvio e/o lo sviluppo delle Case della Salute**

Le presenti linee d'indirizzo individuano un approccio graduale rispetto alla realizzazione delle nuove forme organizzative dell'Assistenza Primaria previste dalla vigente normativa nazionale e regionale, attraverso l'avvio di una fase intermedia e sperimentale, estesa a tutto il 2017, nella quale i modelli di Assistenza Primaria di tipo multiprofessionale e multifunzionale oggi esistenti e quelli in via di sviluppo vengono ricondotti alla comune denominazione di **Case della Salute (CS)**

Durante questa fase, che si sviluppa contestualmente all'evoluzione della normativa contrattuale per la disciplina dei rapporti con i medici convenzionati, si ritiene opportuno procedere all'avvio/sviluppo minimo di un progetto per ogni Distretto, secondo la nuova articolazione prevista negli atti aziendali recepiti con D.G.R. n. 53-2487 del 23.11.2015.

##### **4.1) Principi di riferimento per i progetti aziendali.**

I progetti, riferiti all'ambito distrettuale, devono essere coerenti con le linee d'indirizzo di cui alla D.G.R. n. 26- 1653/2015, punto 2 "***Il riordino delle forme organizzative dell'Assistenza primaria sul territorio regionale***".

Il modello organizzativo sperimentale della CS si riconduce alle seguenti tipologie:

##### **a) Modello strutturale**

Questo modello si configura nell'ambito di strutture aziendali/distrettuali ben identificabili dal cittadino, in quanto ubicate in una sede unica o più sedi fra loro collegate che garantiscono un'ampia accessibilità nell'arco della giornata ed il coinvolgimento dei professionisti del territorio in percorsi assistenziali riferiti soprattutto alle patologie croniche e ad alta valenza socio-sanitaria.

I modelli possono essere diversi in relazione alle caratteristiche orogeografiche e demografiche e ai bisogni assistenziali specifici della popolazione.

In ogni caso, nella sede di riferimento deve essere garantita un'apertura minima di 12 ore per l'erogazione di attività di front office, di assistenza medica, specialistica, socio-sanitaria, infermieristica, nonché le prestazioni diagnostiche di base, valorizzando e

coordinando gli apporti delle diverse professionalità sulla base del bisogno assistenziale del paziente

In tale modello la CS si configura quale struttura complementare e non sostitutiva dell'ordinaria attività ambulatoriale dei medici di famiglia: rappresenta cioè il centro di supporto per i MMG/PDLS e per le relative forme associative nell'esercizio delle loro funzioni di medicina proattiva, grazie alla diretta interfaccia consentita, in una sede comune, con le aree diagnostiche e specialistiche e con l'area socio-sanitaria e grazie al supporto delle prestazioni infermieristiche, tecnico-sanitarie, amministrative.

Nella CS strutturale l'attività dei MMG/PDLS è integrata con quella della Continuità assistenziale (ex guardia medica), preferibilmente presente in sede nelle ore notturne e nei giorni prefestivi/festivi negli orari contrattualmente previsti, per la copertura territoriale e la continuità della presa in carico nell'arco delle 24 ore.

## **b) Modello funzionale**

Questo modello si caratterizza per un minor livello di strutturazione e per un raccordo funzionale tra i diversi professionisti, organizzato e pianificato in modo da poter condividere percorsi assistenziali e modalità di erogazione delle relative prestazioni.

La CS funzionale si fonda specificamente sulla compliance e sull'interazione dei professionisti, sulla loro capacità di lavorare in team con momenti di confronto specifici, mentre non incide sull'organizzazione degli studi professionali in quanto non richiede la definizione di sedi comuni o uniche.

L'unità elementare è rappresentata da aggregazioni funzionali di MMG/PDLS con una popolazione non superiore a 30.000 assistiti e con un team multiprofessionale costituito da MMG/PDLS, infermieri e OSS, altri operatori ASL opportunamente formati ed assegnati funzionalmente alla CS.

In particolare:

- il MMG/PDLS è il responsabile clinico del team e del paziente, con funzione di supervisione ed orientamento delle attività del team verso obiettivi condivisi;
- l'infermiere ha autonomia e responsabilità per funzioni specifiche connesse alla gestione assistenziale del paziente, individuate sulla base dei protocolli operativi condivisi a livello aziendale ed è fortemente impegnato nel follow up e nel supporto al self management.

Inoltre deve essere previsto il raccordo con i medici specialisti per la gestione integrata dei percorsi di salute per le patologie croniche (sull'esempio del modello regionale per la Gestione Integrata del Diabete).

E' preferibile che la progettazione aziendale/distrettuale preveda un'articolazione CS su entrambe le tipologie, in prospettiva della futura rete UCCP/AFT. In questo caso la CS funzionale è funzionalmente collegata alla CS strutturale: ovvero quest'ultima assicura l'erogazione delle prestazioni di medicina generale (MMG/PDLS) tramite le CS funzionali alla stessa collegate.

#### 4.1.1. Ulteriori assi di sviluppo per le progettualità aziendali

- a) **Il ruolo del Distretto** nella governance del sistema territoriale e della rete dell'Assistenza Primaria, come dettagliatamente previsto dalla D.G.R. n. 26-1653/2015, Allegato A.
- b) **La continuità delle cure**, attraverso l'interazione fra servizi e tra professionisti in relazione ai percorsi di salute da garantire in forma integrata.  
Al fine di garantire la continuità delle cure, la CS costituisce lo strumento operativo del Distretto per produrre servizi sanitari e socio-sanitari centrati sul bisogno della persona e rappresenta uno snodo organizzativo del percorso di presa in carico e continuità assistenziale. agevolando anche, in raccordo con il Nucleo distrettuale di continuità delle cure (NDCC), il passaggio fra i diversi livelli di assistenza, sia fra ospedale e territorio, sia nell'ambito del territorio stesso, fra le diverse aree di servizi sanitari e socio-sanitari.
- c) **La medicina d'iniziativa**, intercettando il bisogno di salute prima che la malattia insorga, si manifesti, si aggravi o si cronicizzi, in modo tale da prevenirla o rallentarne il decorso.
- d) **La condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici (PDTA)**, con particolare riferimento a quelli relativi alle patologie croniche a maggior impatto sociale. I progetti aziendali devono prevedere ed organizzare l'erogazione, nell'ambito delle CS, almeno dei PDTA definiti a livello regionale
- e) **L'integrazione con l'area socio-assistenziale:** in coerenza con i principi e gli obiettivi strategici individuati dalla D.G.R. n. 38-2292 del 19.10.2015 avente ad oggetto "*Approvazione de 'Il Patto per il Sociale per la Regione Piemonte 2015-2017. Un percorso politico partecipato'*", la CS costituisce lo snodo del Distretto per il coordinamento e l'integrazione con le attività socio-assistenziali di competenza dei Comuni e relativi Enti gestori socio-assistenziali, con particolare riferimento alle prestazioni erogate congiuntamente nell'ambito del sistema socio-sanitario, quali la presa in carico e la valutazione multidisciplinare del bisogno della popolazione anziana, minori e disabili e delle fasce più deboli della popolazione.  
Al fine di ottimizzare la risposta fornita dalla rete territoriale, il progetto aziendale deve puntare anche sul coinvolgimento dell'associazionismo, del Terzo Settore e delle altre risorse presenti nel contesto territoriale di riferimento, in un'ottica di cooperazione e di corresponsabilità, come precisato nell'Allegato 1 alla sopra richiamata deliberazione.
- f) **Il collegamento operativo con il sistema di emergenza/urgenza:** la CS. è destinata ad intercettare quelle situazioni che presentano sintomatologie risolvibili in forma più appropriata a livello ambulatoriale tramite la rete dell'Assistenza Primaria.  
Quindi sono in carico alla CS i casi che non presentano caratteristiche di urgenza/emergenza e che invece richiedono l'avvio o il proseguimento di un percorso ambulatoriale specialistico, soggetto –qualora dovuto- a compartecipazione alla spesa (ticket)..  
Per l'efficace operatività di tale collegamento devono essere definiti a livello aziendale o interaziendale protocolli condivisi che disciplinino l'interfaccia fra la rete CS e il

sistema di emergenza/urgenza, garantendo la netta separazione dei percorsi e la condivisione della cartella clinica del paziente.

- g) **Condivisione informatizzata dei dati clinici:** i progetti devono prevedere una piattaforma informatica in cui i dati relativi ai percorsi clinico-assistenziali dei pazienti del SSR possano essere condivisi, in un ambiente comune, fra tutti i soggetti competenti e coinvolti nella risposta erogata a livello ospedaliero, distrettuale e MMG/PDLS (es. portale regionale per la gestione integrata del diabete, Fascicolo Sanitario Elettronico individuale (FSE)).

Infatti la garanzia della continuità delle cure può essere realisticamente perseguita solo attraverso la possibilità di trasmettere e di condividere in rete le informazioni clinico-assistenziali sul paziente fra il medico di famiglia, le reti specialistiche e le altre strutture dell'ASL coinvolte nei PDTA (compresi CUP, laboratori e servizi radiologici, cure domiciliari, ecc) e nella gestione dell'emergenza/urgenza.

## **5) Il contributo della Regione Piemonte a supporto della sperimentazione delle Case della Salute**

A supporto della presente sperimentazione la Regione eroga un contributo pari complessivamente a € 8.000.000,00 (otto milioni di euro) annui.

Tale contributo regionale viene ripartito alle AA.SS.LL. in base ai seguenti criteri:

- a) il 75% a supporto delle nuove progettualità aziendali finalizzate all'avvio o sviluppo/potenziamento delle forme organizzative come descritte nel presente documento;
- b) il 25% a supporto dei modelli organizzativi già attivati sul territorio alla data del 31.10.2016 e potenzialmente assimilabili alle forme organizzative complesse, strutturali o funzionali, disciplinate dalla sopra richiamata normativa nazionale e regionale, come riportati nella sopra citata Tabella 1 allegata e facente parte integrante del presente provvedimento.

La ripartizione delle quote di cui al punto a) viene effettuata sulla base della popolazione residente in ciascuna A.S.L. e relativi Distretti.

La ripartizione delle quote di cui al punto b) viene invece effettuata sulla base del numero di assistiti che costituiscono il bacino d'utenza di ciascuna forma organizzativa già attivata sul territorio aziendale/distrettuale.

Le quote di ripartizione del contributo regionale spettanti a ciascuna A.S.L. sono riportate nell'allegata Tabella 2, facente parte integrante del presente provvedimento.

## **6) Percorso della sperimentazione**

A livello aziendale (ASL), **entro trenta giorni** dalla pubblicazione del presente provvedimento sul B.U.R.P., vengono definiti i/progetti/o operativi/o e organizzativi/o, in coerenza con gli obiettivi e il quadro d'indirizzo definito a livello regionale e secondo lo schema-tipo di cui all'Allegato B alla presente deliberazione.

A livello regionale, compete il governo del processo di sperimentazione delle CS, attraverso:

- l'analisi e la validazione dei progetti territoriali prima della loro attuazione;
- le eventuali richieste di adeguamento/integrazione onde garantirne la coerenza rispetto al quadro normativo e programmatico regionale, nonché la massima omogeneità di sviluppo sul territorio, tenendo comunque conto delle specificità locali;
- il monitoraggio circa l'andamento della sperimentazione nelle diverse realtà territoriali e dei relativi costi sostenuti, con valutazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi previsti;
- l'adozione di linee d'indirizzo relative all'evoluzione delle sperimentazioni avviate e al consolidamento del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria sul territorio regionale.

Con apposita determinazione del Settore Regionale Assistenza Sanitaria e Socio-Sanitaria territoriale della Direzione Sanità, da adottarsi **entro trenta giorni** dalla data di scadenza del termine per la presentazione dei progetti AA.SS.LL/Distretti.

- a) vengono validati i progetti sperimentali proposti dalle AA.SS.LL; in caso di richiesta di chiarimenti/elementi integrativi, il suddetto termine si interrompe per l'A.S.L. interpellata e riprende a decorrere dalla data di ricevimento di quanto richiesto;
- b) viene disposta l'erogazione delle quote spettanti a ciascuna A.S.L., come individuate nell'allegata Tabella 2, secondo le percentuali di seguito indicate e con la precisazione che la quota a sostegno della nuova progettualità viene interamente erogata solo in presenza di progetti aziendali il cui costo complessivo previsto per l'avvio della sperimentazione o per gli interventi di sviluppo/potenziamento di forme organizzative già esistenti, non sia inferiore alla quota assegnata.  
In caso contrario la quota del contributo assegnato per la nuova progettualità ed eccedente i costi effettivamente sostenuti nell'anno 2017, verrà ricondotta a titolo di acconto per la prosecuzione del progetto nell'anno successivo;
- c) vengono individuati, sentito il Tavolo di coordinamento Regione-Direzioni Sanitarie Aziendali, gli indicatori di processo e di esito per valutare l'impatto della sperimentazione rispetto agli obiettivi previsti, nonché lo schema-tipo per il monitoraggio circa l'andamento della sperimentazione ed il rendiconto dei costi sostenuti, ai fini della liquidazione della quota a saldo.

Il contributo assegnato a ciascuna A.S.L. viene così erogato:

- il 50% al momento della validazione regionale dei progetti aziendali, a titolo di acconto per l'avvio dei progetti;
- il 50% a saldo, a seguito dell'attuazione dei progetti sperimentali, secondo gli indirizzi e gli obiettivi di cui al presente provvedimento, come risultante dalla trasmissione della relazione di monitoraggio unitamente a idonea rendicontazione dei costi annui sostenuti da parte di ciascuna A.S.L.

## SCHEDA-TIPO DA COMPILARE PER LE PROGETTUALITA' ASL

### Avvio/Sviluppo/potenziamento forme organizzative dell'Assistenza Primaria

SCHEDA PROGETTO - ASL ... DISTRETTO			
Titoli	Sottotitoli	Descrizione contenuti	
Forma organizzativa progettata		Definizione dell'intervento progettato, tenendo conto di quanto previsto dal presente provvedimento (Case della Salute)	
Referente Progetto		Struttura responsabile, tenendo conto di quanto previsto dalla D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015, Allegato A, punti 1 e 2	
		<b>Strutture/servizi coinvolti</b>	
<b>INPUT</b>	Tipologia	Modello strutturale/funzionale; Mono o pluriprofessionale	
	Bisogni di salute	Bisogni prevalenti rilevati sul territorio riguardo alla popolazione di riferimento. In particolare: - Area della cronicità di lunga durata e/o stabilizzata - Area della cronicità riacutizzata e/o scompensata - Area della cronicità ad elevato recupero funzionale o della riabilitazione	
	Assistenza Fasce d'età		
	Domanda – Accesso	Dati di accesso e fruibilità dei servizi (specificare i giorni e gli orari di accesso) <u>Domanda</u> : domanda di servizi e di prestazioni . Indicare il bacino d'utenza della forma organizzativa <u>Accesso</u> . è il momento dell'ingresso nella rete dei servizi da parte dei cittadini; l'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari rappresenta una declinazione dei principi di equità e di universalità delle persone. Le modalità di accesso devono avere determinate caratteristiche, ed in particolare devono essere: - unificate, per facilitare l'accoglienza delle persone, in particolare i soggetti non autosufficienti o fragili; - integrate, ossia garantire percorsi sanitari e sociosanitari coordinati tra professionisti e servizi: ospedalieri, distrettuali e sociali. Indicare la modalità di raccordo con il servizio di continuità assistenziale (ex G.M.)	
<b>VARIABILI INTERNE</b>	Struttura di base	Funzioni e responsabilità	Indicare le modalità di governo/coordinamento e gestione
		Risorse economiche/costi	Indicare i costi previsti per il progetto, distinti fra: costi già attualmente sostenuti e costi per avvio/potenziamento/sviluppo della forma organizzativa. Distinguere i costi previsti in: costi per personale dipendente SSR e costi per personale convenzionato (questi ultimi distinti per MMG-PDLS-Specialisti amb.-MCA), costi di gestione ordinaria, costi strutturali, costi per dotazione di strumenti e tecnologie e costi per informatizzazione.
		Struttura	Ove esistente, caratteristiche della sede e dei locali. Specificare l'ente/i proprietario/i della struttura e se trattasi di struttura in affitto, comodato d'uso o altro
		Personale	Per figure professionali: indicare il numero di ciascuna figura prof.le coinvolta ed il volume di ore settimanali impegnate nella CS
		Attrezzature	Per tipologia
	Processi assistenziali	Prevenzione/Promozione della salute	
		Percorsi: Patologia/e ...	Attività di medicina di iniziativa, per tipologia di percorsi
		Informazioni-comunicazioni al paziente	Relazioni tra struttura organizzativa e popolazione servita
	Processi organizzativi e di supporto	Sistema Informativo	Presenza/qualità delle basi informative ed informatizzate essenziali per lo sviluppo di: pratiche di valutazione e per la condivisione delle cartelle cliniche fra tutti i soggetti coinvolti nelle cure e nell'assistenza erogata
		Coordinamento con le reti specialistiche ospedaliere e sistema emergenza-urgenza	Indicare le modalità di coordinamento (es. adozione di protocollo/i operativo/i)
		Sistema formativo	Iniziative di formazione/aggiornamento degli operatori
		Sistema valutativo	Attività di auto/etero valutazione (es.audit ecc)
		Coordinamento con rete servizi socio-sanitari e socio-assistenziali	Indicare le modalità di coordinamento (es. adozione di protocollo operativo) coerenti con gli obiettivi e gli indirizzi di cui alla D.G.R. n. 38-2292 del 19.10.2015
<b>RISULTATI ATTESI</b>	In termini di efficienza organizzativa		
	In termini di efficacia e continuità assistenziale		
	In termini di risposta ai bisogni delle cronicità		
	In termini di appropriatezza		

TABELLA 1

**ESPERIENZE DI INTEGRAZIONE NELLE CURE PRIMARIE NEI DISTRETTI DELLE ASL PIEMONTESI**  
aggiornamento Novembre 2016 (1)

ASL	Distretto	Forme organizzative strutturali/funzionali ASS.PRIMARIA già attive		Progetti di sviluppo previsti	
		Sede unica (ricinducibili UCCP)	Funzionali/Rete (ricinducibili AFT)	Progetto già presentato REGIONE	Progetto da presentare
TO1	D1 - Via San Secondo 29				N. 3 Case Salute rispettivamente c/o Ospedali Valdese e Oftalmico, Via Monginevro. Ambulatori di distretto per PDTA
	D2 - Via Gorizia, 114				
TO2	D1 - Circostriz.4-5				1 Casa Salute per ogni Distretto (sede c/o Amedeo di Savoia e complesso di L.go Dora Savona 24, ristrutturati) + CS funzionale/AFT
	D2 - Circostriz.6-7				
TO3	Area metropolitana Centro (Rivoli, Collegno)			Casa Salute Rivoli	
	Area metropolitana Sud (Orbassano)	ex GCP Beinasco fr. Borgaretto		Casa Salute Beinasco fr. Borgaretto: potenziamento	
	Pinerolese	ex GCP Cumiana ex GCP Vigone		Casa Salute Torre Pellice; riconversione presidio di Pomaretto in Hospice	
				Casa Salute Cumiana-Vigone	
	Area metropolitana Nord (Venaria)	ex GCP Pianezza		Casa Salute Pianezza: potenziamento	
	Val Susa/Sangone	CAP Avigliana		Casa Salute Venaria	
			CAP Avigliana: potenziamento		
	Susa: Day Service Materno Infantile + Punto di Assistenza Pediatrica Territoriale (PAPT)		Susa: Polo Sanitario Materno Infantile (Casa Salute Pediatrica integrata con il Day Service e PAPT)		
TO4	Settimo T.se	ex GCP Brandizzo			Casa Salute Leini
	Chivasso- S Mauro T.se				
	Ciriacece- V. Lanzo				Casa Salute Lanzo
	Cuorgnè Ivrea	CAP Castellamonte			Casa Salute Caluso
TO5	Moncalieri, Nichelino	ex GCP La Loggia			1 Casa Salute per ciascun ex Distretto: Nichelino, Moncalieri, Chieri, Carmagnola
	Chieri, Carmagnola	ex GCP Pino Torinese			
VC	Vercelli-Valsesia	CAP Santhià; Case Salute di Varallo e Gattinara; ex G.C.P. di Coggiola			Casa Salute Gattinara: potenziamento. Progettazione Casa Salute a Cigliano PAT 2016: prevista predisposizione di una proposta di riorganizzazione delle prestazioni di cure primarie nell'ambito della rete CS strutturali/funzionali e Ospedali di Comunità
BI	Biella-Cossato				Prevista la costituzione di: 1 Casa Salute con sede intraospedaliera e 4 CS funzionali/AFT nel distretto di Biella, 1 Casa Salute presso poliambulatorio di Cossato e 2 CS funzionali/AFT nel sub distretto di Cossato. Oltre a 1 CS funzionale/AFT interdistrettuale (PDLs).
NO	Area Nord (Arona, Borgomanero)	CAP Arona Antenna CAP Oleggio Antenna CAP Ghemme		CAP Arona: Nucleo sperimentale res.le integrazione ospedale-territorio (2)	
	Area Sud (Galliate, Trecate)				1 CS funzionale/AFT Pediatrica
	Urbano Novara				1 CS funzionale/AFT Urbana Novara
VCO	VCO (Aree Cusio, Verbania, Ossola)	CS Cannobio CS Omegna			Casa Salute Crevadossola Casa Salute Verbania (locali Distretto) Progetti Telemedicina
CN1	Nord Ovest (Saluzzo)		Amb. Salute Saluzzo (infermiere di comunità)		
	Nord Est (Mondovì, Ceva)				
	Sud Ovest (Cuneo, Borgo S.D., Demonte)	Osp. Comunità Demonte (modello sperimentale)	Valli Grana e Maira: Progetto Consenso (Infermiere di comunità)		
	Sud Est (Fossano, Savigliano)	CAP Fossano			
CN2	Alba	ex GCP Montà			Casa Salute Alba
	Bra	ex GCP Bra			Casa Salute Bra
AT	Nord Sud Centro (Asti, Nizza M.to)	CS Nizza M.to CS Canelli; CS San Damiano d'Asti		Casa Salute Villafranca; CS Villanova d'Asti; Casa Salute Canelli	Casa Salute San Damiano d'Asti: potenziamento
AL	Alessandria, Valenza	CAP Valenza			Casa Salute Valenza (ricollocazione attività erogate dal CAP)
	Novi L., Tortona		CS di Castellazzo Bormida. Progetti PICASSO (3) e IFEC (4)		Casa Salute c/o Poliambulatori di Arquata Scrivia e Castelnuovo Scrivia
	Ovada, Acqui T.				Equipe multiprofessionale c/o P.O. Ovada
	Casale M.to				Casa Salute c/o Poliambulatorio di Moncalvo

**Abbreviazioni:**

CS: Casa della Salute; AFT: Aggregazione funzionale territoriale (corrispondente alla Casa della Salute funzionale); CAP: Centri di Assistenza Primaria; ex G.C.P.: ex Gruppi di Cure Primarie

**Note**

(1) Fonte: PAT 2016 e monitoraggio IRES-Regione 2016

(2) Autorizzato avvio sperimentazione. Progetto in fase di trasmissione

(3) Ambulatorio distrettuale operante in collegamento in rete fra MMG e personale infermieristico ASL

(4) Infermiere di famiglia e comunità, in via di diffusione su tutto il territorio ASL



TABELLA 2

## Riparto con criteri di cui all'Allegato A punto 5

ASL	Distretto	Popolazione residente Regione anno 2015	Attuali Forme organizzative strutturali/funzionali ASS.PRIMARIA (rif. Tabella 1)	Assistiti/bacino d'utenza attuali forme organizzative ASS.PRIMARIA	A. Quota destinata ai progetti di avvio/sviluppo Case della Salute 75% dell'importo annuo. Riparto su totale residenti		B. Quota destinata ad incentivo per forme organizzative A.P. già esistenti: 25% dell'importo annuo. Riparto su tot.assistiti/bacino		TOTALE QUOTE A + B ANNO 2017	1°/2° tranche 50%				
					% popolazione su totale residenti	€ 6.000.000,00	% su totale assistiti afferenti	€ 2.000.000,00			€ 8.000.000,00	€ 4.000.000,00		
To1	1 - Via S.Secondo 29	246.890,00			0,056	€ 336.343,61			€ 336.343,61	€ 168.171,81				
	2 - Via Gorizia 114	227.187,00			0,052	€ 309.501,79			€ 309.501,79	€ 154.750,89				
	<b>Totale ASL</b>	<b>474.077,00</b>			<b>0,108</b>	<b>€ 645.845,40</b>			<b>€ 645.845,40</b>	<b>€ 322.922,70</b>				
To2	1-Circoscrizioni 4-5	224.227,00			0,051	€ 305.469,31			€ 305.469,31	€ 152.734,66				
	2 - Circoscrizioni 6-7	192.225,00			0,044	€ 261.872,29			€ 261.872,29	€ 130.936,15				
	<b>Totale ASL</b>	<b>416.452,00</b>			<b>0,095</b>	<b>€ 567.341,61</b>			<b>€ 567.341,61</b>	<b>€ 283.670,80</b>				
	<b>Totale Torino</b>	<b>890.529,00</b>			<b>0,202</b>	<b>€ 1.213.187,00</b>			<b>€ 1.213.187,00</b>	<b>€ 606.593,50</b>				
TO3	Area metropolitana Centro (Rivoli,Collegno)	145.074,00			0,033	€ 197.637,46			€ 197.637,46	€ 98.818,73				
	Area metropolitana Sud (Orbassano)	97.302,00	ex GCP Beinasco fr.Borgaretto	5.070,00	0,022	€ 132.556,63	0,009	€ 18.402,60	€ 150.959,23	€ 75.479,62				
	Pinerolese	135.055,00	ex GCP Cumiana	7.830,00	0,031	€ 183.988,36	0,014	€ 28.420,59	€ 212.408,95	€ 106.204,47				
			ex GCp Vigone	9.179,00			0,017	€ 33.317,06	€ 33.317,06	€ 16.658,53				
	Area metropolitana Nord (Venaria)	87.720,00	ex GCP Pianezza	7.230,00	0,020	€ 119.502,86	0,013	€ 26.242,77	€ 145.745,63	€ 72.872,81				
	Val Susa/ Sangone	120.131,00	CAP Avigliana	50.000,00	0,027	€ 163.657,07	0,091	€ 181.485,24	€ 345.142,31	€ 172.571,15				
			PACC E PAPT Susa (1)	30.000,00			0,054	€ 108.891,14	€ 108.891,14	€ 54.445,57				
<b>Totale ASL</b>	<b>585.282,00</b>		<b>109.309,00</b>	<b>0,133</b>	<b>€ 797.342,38</b>	<b>0,198</b>	<b>€ 396.759,40</b>	<b>€ 1.194.101,78</b>	<b>€ 597.050,89</b>					
TO4	Settimo T.se	85.433,00	ex GCP Brandizzo	8.393,00	0,019	€ 116.387,23	0,015	€ 30.464,11	€ 146.851,34	€ 73.425,67				
	Chivasso-San Mauro	121.260,00			0,028	€ 165.195,13	0,000	€ 0,00	€ 165.195,13	€ 82.597,57				
	Ciriacese Valli di Lanzo	122.340,00			0,028	€ 166.666,44	0,000	€ 0,00	€ 166.666,44	€ 83.333,22				
	Cuornè	79.478,00	CAP Castellamonte	15.662,00	0,018	€ 108.274,61	0,028	€ 56.848,44	€ 165.123,04	€ 82.561,52				
	Ivrea	109.812,00			0,025	€ 149.599,27	0,000	€ 0,00	€ 149.599,27	€ 74.799,64				
	<b>Totale ASL</b>	<b>518.323,00</b>		<b>24.055,00</b>	<b>0,118</b>	<b>€ 706.122,68</b>	<b>0,044</b>	<b>€ 87.312,55</b>	<b>€ 793.435,23</b>	<b>€ 396.717,62</b>				
TO5	Moncalieri-Nichelino	156.453,00	ex GCP La Loggia	10.518,00	0,036	€ 213.139,32	0,019	€ 38.177,23	€ 251.316,56	€ 125.658,28				
	Chieri-Carmagnola	153.862,00	ex GCP Pino Torinese	9.719,00	0,035	€ 209.609,54	0,018	€ 35.277,10	€ 244.886,65	€ 122.443,32				
	<b>Totale ASL</b>	<b>310.315,00</b>		<b>20.237,00</b>	<b>0,070</b>	<b>€ 422.748,87</b>	<b>0,037</b>	<b>€ 73.454,34</b>	<b>€ 496.203,20</b>	<b>€ 248.101,60</b>				
VC	Vercelli/Valsesia	172.012,00	CAP Santhià	10.200,00	0,0391	€ 234.335,68	0,019	€ 37.022,99	€ 343.629,72	€ 171.814,86				
			Ex G.P.C. Coggiola	8.479,00			0,015	€ 30.776,27						
			Case Salute di Varallo e Gattinara	11.432,00			0,021	€ 41.494,79						
			<b>Totale ASL</b>	<b>30.111,00</b>			<b>0,055</b>	<b>€ 109.294,04</b>						
BI	Biella/Cossato	171.507,00			0,0389	€ 233.647,71	0,000	€ 0,00	€ 233.647,71	€ 116.823,86				
NO	Area Nord (Arona-Borgomanero)	154.610,00	CAP Arona + progetto sperimentale res.le, "antenne" Ghemme e Oleggio	88.952,00	0,035	€ 210.628,56	0,161	€ 322.869,50	€ 533.498,06	€ 266.749,03				
	Area Sud (Galliate-Treccate)	90.052,00			0,020	€ 122.679,80	0,000	€ 0,00	€ 122.679,80	€ 61.339,90				
	Urbano Novara	104.380,00			0,024	€ 142.199,14	0,000	€ 0,00	€ 142.199,14	€ 71.099,57				
	<b>Totale ASL</b>	<b>349.042,00</b>		<b>88.952,00</b>	<b>0,079</b>	<b>€ 475.507,50</b>	<b>0,161</b>	<b>€ 322.869,50</b>	<b>€ 798.377,00</b>	<b>€ 399.188,50</b>				
VCO	VCO (Aree Cusio, Verbano, Ossola)	170.587,00	Cd Cannobio	8.000,00	0,039	€ 232.394,38	0,015	€ 29.037,64	€ 370.323,16	€ 185.161,58				
			CS Omegna	30.000,00			0,054	€ 108.891,14						
			<b>Totale ASL</b>	<b>38.000,00</b>			<b>0,069</b>	<b>€ 137.928,78</b>						
CN1	Nord Ovest (Saluzzo)	80.658,00	Amb. Salute Saluzzo (2)	49.755,00	0,018	€ 109.882,15	0,090	€ 180.595,96	€ 290.478,11	€ 145.239,05				
	Nord Est (Fossano,Savigliano)	89.463,00	CAP Fossano	28.000,00	0,020	€ 121.877,39	0,051	€ 101.631,73	€ 223.509,12	€ 111.754,56				
	Sud Ovest (Cuneo, Borgo S.D., Dronero)	162.416,00	Osp. Comunità Demonte+ Progetto Consenso (Valli Grana e Maira) (2)	6.851,00	0,037	€ 221.262,84	0,012	€ 24.867,11	€ 246.129,95	€ 123.064,98				
	Sud Est (Mondovì, Ceva)	86.376,00			0,020	€ 117.671,90	0,000	€ 0,00	€ 117.671,90	€ 58.835,95				
	<b>Totale ASL</b>	<b>418.913,00</b>		<b>84.606,00</b>	<b>0,095</b>	<b>€ 570.694,28</b>	<b>0,154</b>	<b>€ 307.094,80</b>	<b>€ 877.789,08</b>	<b>€ 438.894,54</b>				
CN2	Alba	105.646,00	ex GCP Montà	5.000,00	0,024	€ 143.923,84	0,009	€ 18.148,52	€ 162.072,36	€ 81.036,18				
	Bra	65.984,00	ex GCP Bra	10.000,00	0,015	€ 89.891,44	0,018	€ 36.297,05	€ 126.188,48	€ 63.094,24				
	<b>Totale ASL</b>	<b>171.630,00</b>		<b>15.000,00</b>	<b>0,039</b>	<b>€ 233.815,28</b>	<b>0,027</b>	<b>€ 54.445,57</b>	<b>€ 288.260,85</b>	<b>€ 144.130,42</b>				
AT	Nord Sud Centro (Asti, Nizza M.to)	205.299,00	CS Canelli	13.825,00	0,047	€ 279.683,29	0,025	€ 50.180,67	€ 387.627,08	€ 193.813,54				
			CS Nizza M.to e San Damiano d'Asti	15.914,00			0,029	€ 57.763,12						
			<b>Totale ASL</b>	<b>29.739,00</b>			<b>0,054</b>	<b>€ 107.943,79</b>						
AL	Alessandria-Valenza	154.105,00	CAP Valenza	26.000,00	0,035	€ 209.940,59	0,047	€ 94.372,32	€ 304.312,91	€ 152.156,46				
			CS. Castellazzo Bormida	15.000,00			0,027	€ 54.445,57	€ 54.445,57	€ 27.222,79				
	Novi L.-Tortona	133.960,00	progetti PICASSO (3) + IFEC (2)	70.000,00	0,030	€ 182.496,62	0,127	€ 254.079,33	€ 436.575,95	€ 218.287,98				
	Ovada-Acqui T.	69.863,00									0,016	€ 95.175,88	€ 95.175,88	€ 47.587,94
	Casale	82.879,00									0,019	€ 112.907,86	0,000	€ 0,00
<b>Totale ASL</b>	<b>440.807,00</b>		<b>111.000,00</b>	<b>0,100</b>	<b>€ 600.520,95</b>	<b>0,201</b>	<b>€ 402.897,23</b>	<b>€ 1.003.418,18</b>	<b>€ 501.709,09</b>					
<b>TOTALE REGIONE</b>		<b>4.404.246,00</b>		<b>551.009,00</b>	<b>1,000</b>	<b>€ 6.000.000,00</b>	<b>1,000</b>	<b>€ 2.000.000,00</b>	<b>€ 8.000.000,00</b>	<b>€ 4.000.000,00</b>				

## Note

(1) PACC: Percorso Ambulatoriale Coordinato Complesso-Day Service Materno-Infantile. PAPT: Punti di Assistenza Pediatrica Territoriale, operanti in continuità con il Day Service

(2) Infermiere di comunità

(3) Rete MMG e personale infermieristico ASL