

Delibera n° 1446

Estratto del processo verbale della seduta del
24 settembre 2021

oggetto:

LR 22/2019. DEFINIZIONE DELLE ATTIVITÀ E DELLE FUNZIONI DEI LIVELLI ASSISTENZIALI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE.

Massimiliano FEDRIGA	<i>Presidente</i>	<i>presente</i>
Riccardo RICCARDI	<i>Vice Presidente</i>	<i>presente</i>
Sergio Emidio BINI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Sebastiano CALLARI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Tiziana GIBELLI	<i>Assessore</i>	<i>assente</i>
Graziano PIZZIMENTI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Pierpaolo ROBERTI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Alessia ROSOLEN	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Fabio SCOCCIMARRO	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Stefano ZANNIER	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Barbara ZILLI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>

Gianni CORTIULA Segretario generale

In riferimento all'oggetto, la Giunta Regionale ha discusso e deliberato quanto segue:

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";

Vista 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 di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, approvata in sede di Conferenza Stato – Regioni in data 10 luglio 2014 (rep. n. 82/CSR), d'ora in avanti PATTO PER LA SALUTE 2014;

Visto il Decreto ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, di adozione del Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;

Visto l'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016, recante il Piano nazionale cronicità, dove si afferma il principio della valutazione multidimensionale, del progetto di salute personalizzato e del domicilio come luogo privilegiato di cura;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017, pubblicato sul supplemento ordinario n. 15 alla Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana n. 65 di data 18 marzo 2017, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

Rilevato che ai sensi del suddetto nuovo DPCM 12 gennaio 2017 e dei relativi allegati, i livelli essenziali di assistenza (LEA), articolati in attività, servizi e prestazioni, sono i seguenti:

- prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- assistenza distrettuale;
- assistenza ospedaliera;

Vista la legge regionale 17 dicembre 2018, n. 27, recante "Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale";

Vista la legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22, recante "Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006" e ss. mm. e ii.;

Visto l'articolo 54 della L.R. n. 22/2019, dove al comma 1 si prevede che "Ai fini dell'approvazione, entro il 30 aprile 2020, della deliberazione della Giunta regionale di cui dall'articolo 15, comma 6, per l'assistenza distrettuale, di cui all'articolo 17, comma 6, per l'assistenza alla persona con dipendenze e con disturbi mentali, di cui all'articolo 23, comma 1, per la prevenzione collettiva e sanità pubblica, e di cui all'articolo 26, comma 3, e all'articolo 29, comma 2, per l'assistenza ospedaliera, e in relazione all'approvazione dei relativi atti aziendali, gli enti del Servizio sanitario regionale, entro il 29 febbraio 2020 propongono alla Regione e all'Azienda regionale di coordinamento per la salute la collocazione delle relative funzioni e attività per l'organizzazione dell'assistenza" e dove al comma 2 si prevede che "Per gli effetti di cui al comma 1, l'Azienda regionale di coordinamento per la salute, entro il 31 marzo 2020, esprime alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità un parere di coerenza funzionale in relazione alla pianificazione e alla programmazione regionali";

Richiamate le deliberazioni di Giunta regionale n. 929 del 15 maggio 2015 recante "Individuazione delle strutture complesse sanitarie della prevenzione, distrettuali e ospedaliere, nonché dei criteri standard per l'individuazione delle strutture semplici" e n. 1437 del 17 luglio 2015 recante "LR 17/2014 ART 9. Principi e criteri per l'adozione degli atti aziendali";

Preso atto della pandemia di SARS-CoV-2 originatasi nell'anno 2020 e dello stato di emergenza nazionale dichiarato in ragione della stessa a decorrere dal 31 gennaio 2020 e tuttora prorogato fino al 31 dicembre 2021 dall'articolo 1 del decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105, con conseguente e ancora attuale sussistenza della priorità organizzativa e di obiettivi indirizzata a contenimento e gestione sanitaria della pandemia rispetto a quanto già programmato;

Vista la deliberazione della Giunta regionale del 12 febbraio 2021, n. 189, di approvazione in via definitiva del documento "Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2021" (di seguito indicato come LINEE PER LA GESTIONE 2021) di cui all'art. 50, comma 1, della L.R. 12 dicembre 2019, n. 22, così come modificata dalle deliberazioni della Giunta regionale n. 371 del 12 marzo 2021 e n. 1279 del 20 agosto 2021, che

definisce un percorso di approvazione degli atti aziendali stabilendone i termini e le modalità, fissando al 27 settembre 2021 il termine per la trasmissione da parte degli Enti della proposta di atto aziendale recante la disciplina di organizzazione e di funzionamento di cui al comma 4 dell'art. 54 della L.R. n. 22/2019;

Visti, in particolare, i punti 11.1.8 e 12.1 delle LINEE PER LA GESTIONE 2021, che prevedono una ricognizione degli assetti e delle dotazioni organiche del SSR funzionale alla proposta di cui al summenzionato articolo 54, comma 1, della L.R. n. 22/19;

Dato atto del parere di coerenza funzionale, di cui al richiamato articolo 54, comma 2, della L.R. n. 22/2019, trasmesso dall'Azienda regionale di coordinamento per la salute, d'ora in avanti ARCS, con nota prot. ARCS n. 0019653 del 20 maggio 2021, e della sua successiva integrazione trasmessa da ARCS con nota del 4 agosto 2021 prot. ARCS n. 0029892;

Vista 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 di Bolzano concernente il Patto per la salute per gli anni 2019-2021, approvata in sede di Conferenza Stato – Regioni in data 18 dicembre 2019 (rep. n. 209/CSR), d'ora in avanti PATTO PER LA SALUTE 2019-2021 che, tra l'altro, prevede di concordare nell'ambito dell'assistenza territoriale indirizzi e parametri di riferimento per promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socio-assistenziali (scheda 8 dell'Intesa - Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale -) e conviene sulla necessità di revisione del Decreto n. 70/2015, aggiornandone i contenuti sulla base delle evidenze e delle criticità di implementazione individuate dalle diverse Regioni, nonché integrandolo con indirizzi specifici per alcune tipologie di ambiti assistenziali e prevedendo specifiche deroghe per le regioni più piccole (Scheda 15 - Revisione del DM 70/2015);

Visti gli esiti della seduta della Conferenza delle Regioni e Province autonome del'11 febbraio 2021 nella quale - punto 09-ter dell'o.d.g.- è stata approvata la costituzione della Cabina di regia e dei gruppi di lavoro tematici in attuazione del PATTO PER LA SALUTE 2019-2021, provvedendo ad individuare la composizione dei seguenti gruppi di lavoro:

- Cabina di Regia Programmazione e coordinamento attività;
- Gruppo Assistenza Ospedaliera (revisione DM 70/2015);
- Gruppo Assistenza Territoriale;
- Gruppo riforma RSA;

Tenuto conto che non si sono ancora conclusi i lavori di tali gruppi di lavoro e che, pertanto, non sono ancora disponibili principi e contenuti della revisione organizzativa e funzionale dei servizi territoriali e di quelli ospedalieri da definire in attuazione di quanto concordato nel PATTO PER LA SALUTE 2019-2021;

Visto il testo definitivo del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), trasmesso ufficialmente alla Commissione europea dal Presidente del Consiglio dei Ministri il 30 aprile 2021 ai sensi dell'articolo 18 del Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 e approvato definitivamente con Decisione di esecuzione del Consiglio il 13 luglio 2021, e esaminate le schede di dettaglio allegata a tale Piano messe a disposizione dal Presidente del Consiglio dei Ministri al Presidente della Camera dei Deputati il giorno 4 maggio 2021 - nota prot. n. 6132 -;

Tenuto conto che, in ragione dell'intervenuta adozione del PNRR quale piano strategico nazionale d'intervento anche nel settore sanitario, dovrà attuarsi la necessaria modifica e adeguamento della pianificazione e programmazione regionale attuativa, e che tale adeguamento dovrà effettuarsi sulla base delle nuove linee di indirizzo e dei nuovi standard dell'assistenza territoriale e ospedaliera che saranno adottati in attuazione del PATTO PER LA SALUTE 2019-2021;

Considerato che l'articolo 3 della citata L.R. n. 22/2019, nel definire il modello assistenziale del Servizio sanitario regionale prescrive l'attivazione di "modalità organizzative innovative di presa in carico, basate sulla proattività e sulla medicina di iniziativa in grado di integrare le forme di risposta ai bisogni delle persone in condizione di cronicità e fragilità, per garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali" e dispone che "a tale scopo sono adottati modelli organizzativi che assicurano l'integrazione e il raccordo tra tutte le diverse competenze professionali coinvolte, di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale, sia ospedaliera che territoriali;

Evidenziato che l'articolo 15, comma 4 della stessa legge, con riguardo al livello dell'assistenza distrettuale, prevede che le funzioni di committenza, controllo e produzione possano essere assicurate in forma aggregata fra più distretti, in relazione ai bacini d'utenza, tramite un dipartimento di assistenza distrettuale;

Evidenziato che l'articolo 17 della medesima legge di cui sopra prevede la costituzione di un Dipartimento delle Dipendenze e della salute mentale (DDSM), con il fine di armonizzare le funzioni dei precedenti Dipartimenti delle Dipendenze e di Salute Mentale;

Considerato che l'articolo 30 della L.R. 22/2019 prevede che “al fine di rispondere alla crescente complessità dei bisogni sanitari e sociosanitari della persona e al fine di migliorare la presa in carico, il Servizio sanitario regionale, anche in relazione a quanto stabilito all'articolo 9, commi 5 e 6, della legge regionale 27/2018, e in attuazione al decreto del Ministero della salute 70/2015, sviluppa il modello organizzativo di assistenza basato sui collegamenti in rete tra professionisti, strutture aziendali e servizi”;

Considerata l'importanza dell'implementazione e del rafforzamento del suddetto modello assistenziale basato sulle reti cliniche, tra cui la Rete regionale per le malattie rare, dedicata a patologie ad andamento cronico e invalidante, spesso genetiche, in relazione alle quali è fondamentale la diagnosi precoce e la continuità delle cure in tutte le fasi della vita;

Ritenuto di sviluppare un forte coordinamento della suddetta Rete regionale delle Malattie rare;

Ritenuto opportuno, alla luce di quanto esposto, procedere alla specificazione delle attività e funzioni atte a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza valorizzando l'assistenza di prossimità diffusa sul territorio al fine di assicurare una sempre maggior appropriatezza e continuità assistenziale, focalizzando l'attenzione sul bisogno di salute del cittadino e sui percorsi integrati di cura atti a soddisfarlo;

Considerata la centralità che assumono, nel modello assistenziale definito dalla L.R. n. 22/2019, i servizi territoriali, e di conseguenza l'assistenza distrettuale, come livello più appropriato ove situare la presa in carico del paziente e la definizione, coordinamento e gestione del piano di cura integrato;

Richiamato il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 recante “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”, il quale ha avviato un percorso di riordino dell'assistenza territoriale promuovendone l'integrazione tra servizi e con i diversi livelli di assistenza;

Ricordato che, ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017 il livello dell'assistenza distrettuale si articola nelle seguenti aree di attività:

- a) assistenza sanitaria di base;
- b) emergenza sanitaria territoriale;
- c) assistenza farmaceutica;
- d) assistenza integrativa;
- e) assistenza specialistica ambulatoriale;
- f) assistenza protesica;
- g) assistenza termale;
- h) assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
- i) assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale;

Evidenziato che, ai sensi dell'articolo 16, comma 3, della L.R. 22/2019, “gli enti del Servizio sanitario regionale, per garantire un modello multiprofessionale e interdisciplinare, possono prevedere forme organizzative complesse, integrate e diffuse per l'erogazione delle cure primarie in relazione alle specifiche esigenze del territorio di competenza, sia con riferimento alla presa in carico, sia per sviluppare la medicina d'iniziativa, sia per il governo clinico delle situazioni di cronicità, fragilità, complessità che richiedono il coordinamento e l'integrazione di attività di tutte le figure professionali che insistono sui processi di cura e di assistenza”, venendosi così a delineare un modello in cui la presa in carico e la cura integrata fanno perno su team multiprofessionali organizzati a livello territoriale, capaci di procedere a una valutazione multidimensionale del bisogno della persona;

Precisato che la Componente 1 “Potenziamento dell’assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale” della Missione 6 “Salute” del PNRR enuclea una linea di investimento 1.1. “Case della Comunità e presa in carico della persona”, definendo la Casa della Comunità come “lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti”, una struttura dove “opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute” e che “potrà ospitare anche assistenti sociali”, ponendosi così come sede dell’integrazione sociosanitaria, nonché una linea di investimento 1.2 “Casa come primo luogo di cura e telemedicina”, in cui si prevede l’attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) con funzione di coordinamento dei “servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari”;

Richiamato il citato Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, e in particolare, il suo Allegato 1 dove, al punto 10, in tema di continuità assistenziale, si promuove “il ruolo di filtro che le strutture territoriali svolgono nel contenimento dei ricoveri ospedalieri inappropriati”, nonché il “collegamento dell’ospedale ad una centrale della continuità o altra struttura equivalente posta sul territorio di riferimento per la dimissione protetta e la presa in carico post ricovero”, e al punto 10.1 si prevede espressamente l’Ospedale di Comunità quale “struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l’assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN”;

Vista l’Intesa, sancita il 20 febbraio 2020 (rep. n. 17/CSR) tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell’articolo 5, comma 17, del PATTO PER LA SALUTE 2014-2016, sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell’Ospedale di Comunità;

Evidenziata, inoltre, la fondamentale funzione che nel PNRR, e nelle sue schede tecniche di dettaglio, viene assegnata alle COT per coordinare la presa in carico del cittadino con l’obiettivo di assicurare la continuità, l’accessibilità e l’integrazione dell’assistenza sanitaria e socio-sanitaria, sottolineando così il ruolo delle COT come strumento informativo, di analisi dei bisogni e di coordinamento dei professionisti e dei servizi a livello distrettuale;

Evidenziata, all’interno del modello delineato, la centrale funzione del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, a cui spetta, anche ai sensi dell’articolo 21, comma 3, del DPCM 12 gennaio 2017, il coordinamento clinico del percorso assistenziale, salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato;

Visto l’articolo 1, comma 5, del Decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 recante “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19”, convertito in legge 17 luglio 2020, n. 77, che dà adeguata veste normativa alla figura dell’infermiere di famiglia o di comunità, e il susseguente documento recante le “Linee di indirizzo relative all’introduzione della figura dell’infermiere di famiglia e di comunità di cui all’art. 1 comma 5 del DL n. 34/2020, convertito in L. 17 luglio 2020, n. 77, approvato in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano in data 10 settembre 2020;

Evidenziata l’importanza che in questo contesto assume, secondo la normativa e i documenti citati, nonché secondo le schede tecniche allegate al PNRR, il ruolo dell’infermiere di famiglia o di comunità come responsabile della gestione del processo di cura;

Ritenuto quindi di disegnare le funzioni e le attività relative all’assistenza territoriale valorizzando le diverse professionalità che vi operano, come peraltro sancito in seno al PATTO PER LA SALUTE 2019-2021, e affermando il ruolo dei distretti quali articolazioni aziendali a cui funzionalmente afferiscono le unità responsabili delle strutture di prossimità, sul modello, da implementare progressivamente, delle Case della comunità, dove si integrano professionisti e servizi, coordinati da una COT, secondo quanto previsto dalle citate linee programmatiche del PNRR;

Ritenuto di prevedere, all’interno delle aziende territoriali, in ossequio al dettato dell’articolo 15, comma 4, della L.R. n. 22/2019, un Dipartimento di assistenza territoriale, dal quale sono funzionalmente dipendenti distretti e COT;

Ritenuto di modificare, sostituendo le previsioni incompatibili, e di integrare quanto disposto dalle richiamate deliberazioni di Giunta regionale n. 929/2015 e n. 1437/2015;

Ritenuto di assicurare, nell'ambito del Servizio sanitario regionale, le attività e le funzioni descritti all'allegato 1 alla presente delibera, definendone altresì i modelli organizzativi, prevedendone la distribuzione e l'articolazione sul territorio agli allegati 2 e 3, dedicati rispettivamente all'assistenza territoriale e all'assistenza ospedaliera;

Tutto ciò premesso

Su proposta dell'Assessore alla salute, politiche sociali e disabilità,

La Giunta regionale, all'unanimità

DELIBERA

- 1.** Nell'ambito del Servizio sanitario regionale sono garantiti i livelli essenziali di assistenza (LEA) definiti dal DPCM 12 gennaio 2017.
- 2.** Nell'ambito del Servizio sanitario regionale, nelle more della definizione delle nuove linee di indirizzo e dei nuovi standard organizzativi previsti in attuazione del PATTO PER LA SALUTE 2019-2021 e in applicazione delle linee programmatiche del PNRR descritte in premessa, sono assicurate, in attuazione di quanto disposto dalla legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 all'articolo 15, comma 6, per l'assistenza distrettuale, all'articolo 17, comma 6, per l'assistenza alla persona con dipendenze e con disturbi mentali, all'articolo 23, comma 1, per la prevenzione collettiva e sanità pubblica, all'articolo 26, comma 3, per l'assistenza ospedaliera, e ai fini dell'approvazione degli atti aziendali di cui all'articolo 54 della medesima legge, le attività e le funzioni di cui all'Allegato 1 alla presente delibera, che ne definisce altresì il modello organizzativo, e di cui agli Allegati 2 e 3, dedicati rispettivamente all'assistenza territoriale e all'assistenza ospedaliera, che ne prevedono l'articolazione e la distribuzione sul territorio.
- 3.** La presente deliberazione è pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione.

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE