



PROGETTO PON GOV CRONICITÀ

Sostenere la sfida alla cronicità con il supporto dell'ICT

TAVOLO 2 - PRIMA TAPPA DEL ROADSHOW REGIONALE A TORINO: LE BUONE PRATICHE DEL PON GOV CRONICITÀ

OSSERVATORIO
CRONICITÀ

Torino, 11 Aprile 2022



I PERCORSI ASSISTENZIALI INTEGRATI NEI LEA

(DPCM 12 GENNAIO 2017 SUI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA, ART. 21)

I PERCORSI ASSISTENZIALI INTEGRATI

Il SSN garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale.

Le Regioni organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli **strumenti di valutazione multidimensionale (VMD)**, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto.

La presa in carico

Il **Progetto di assistenza individuale (PAI)** definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'Unità di VMD, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia.

La priorità delle cure a casa

Il coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del MMG e PLS, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile di cura sia diversamente identificato.

Nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale **sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio**, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali.

LE CURE DOMICILIARI NEI LEA

(DPCM 12 GENNAIO 2017 SUI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA, ART. 22)

In relazione al bisogno di salute dell'assistito e al livello di intensità (espressa in termini di CIA*), complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari si articolano nei seguenti livelli :

Cure domiciliari di livello base:

prestazioni mediche, infermieristiche e/o riabilitative, anche ripetute nel tempo, in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità

Cure domiciliari integrate (ADI) di 3 livelli:

prestazioni mediche-infermieristiche-assistenziali o riabilitativo -assistenziali; in risposta a persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale e interventi programmati

Richiedono la VMD, presa in carico, definizione del PAI, o PRI; responsabilità clinica del MMG o PLS, valorizzando ruolo della famiglia e del caregiver, quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici e la fornitura di farmaci e dei dispositivi medici, nonché dei preparati per nutrizione artificiale

CIA <0,14

Meno di un accesso a settimana, o fino a 4 accessi al mese

I CIA >0,14 < 0,30
in relazione alla complessità del caso

Da 1 a 2 accessi a settimana, o da 5 a 8 accessi al mese

II CIA >0,31<0,50
in relazione alla criticità e complessità del caso

Da 3 a 3,5 accessi a settimana, o da 9 fino a 15 accessi al mese

III CIA >0,50
Per persone con elevato livello di complessità e instabilità clinica

Da 4 accessi a settimana, o più di 15 accessi al mese

* CIA = Coefficiente di intensità assistenziale: n. Giornate effettive di assistenza / n. Giornate di Cura

Le prestazioni di aiuto infermieristico e ass. tutelare professionale, disciplinate dalle regioni, sono a carico del SSN per i primi 30 giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per il 50% nei giorni successivi.

L'art. 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178 (l. bilancio 2019) ha modificato la disciplina del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 estendendo l'applicazione del sistema di autorizzazione all'esercizio, dell'accREDITAMENTO istituzionale degli accordi contrattuali, anche alle **organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari**

Documento elaborato da un Gruppo di lavoro con rappresentanti di 12 Regioni e Province autonome, istituito presso la Direzione generale programmazione sanitaria

Obiettivi:

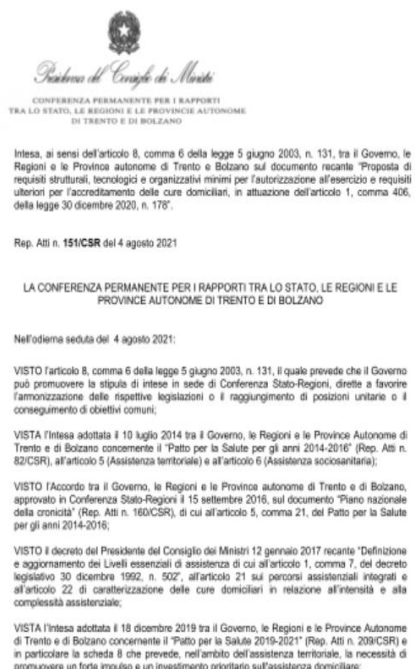
- la garanzia della qualità del percorso di cura dell'assistito,
- la continuità assistenziale, in forte integrazione con i diversi servizi ed attori della presa in carico,
- la trasparenza e correttezza dell'azione amministrativa,
- la rendicontazione e il monitoraggio quali-quantitativo.

Successivamente condiviso con il Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accREDITAMENTO nazionale



Intesa sul documento recante «Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accREDITAMENTO delle cure domiciliari».

(Rep. Atti n.151/CSR del 4 agosto 2021)

Presidenza del Consiglio dei Ministri
CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accREDITAMENTO delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178".

Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Nell'ordine seduta del 4 agosto 2021:

VISTO l'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, il quale prevede che il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTA l'intesa adottata il 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente il "Patto per la Salute per gli anni 2014-2016" (Rep. Atti n. 82/CSR), all'articolo 5 (Assistenza territoriale) e all'articolo 6 (Assistenza socio-sanitaria);

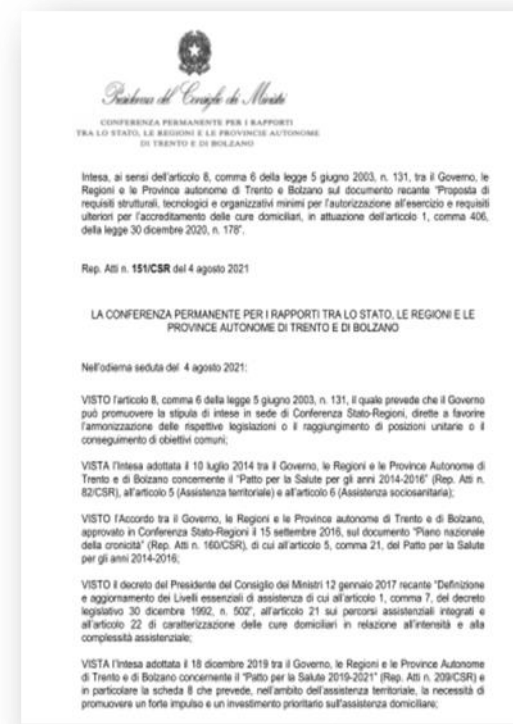
VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 15 settembre 2016, sul documento "Piano nazionale della cronicità" (Rep. Atti n. 160/CSR), di cui all'articolo 5, comma 21, del Patto per la Salute per gli anni 2014-2016;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 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", all'articolo 21 sui percorsi assistenziali integrati e all'articolo 22 di caratterizzazione delle cure domiciliari in relazione all'intensità e alla complessità assistenziale;

VISTA l'intesa adottata il 18 dicembre 2019 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente il "Patto per la Salute 2019-2021" (Rep. Atti n. 209/CSR) e in particolare la scheda 8 che prevede, nell'ambito dell'assistenza territoriale, la necessità di promuovere un forte impulso e un investimento prioritario sull'assistenza domiciliare;

GLI IMPEGNI DELLE REGIONI

1. le Regioni e le Province Autonome **entro 12 mesi** dalla data di sottoscrizione della presente Intesa **provvedono ad attivare il sistema di autorizzazione e di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari**, in coerenza con quanto previsto agli allegati A, B e C **determinando**, in particolare, **il fabbisogno** secondo le funzioni di assistenza individuate in sede di programmazione sanitaria per garantire i livelli essenziali di assistenza;
2. **Le Regioni e le Province autonome che hanno già adottato un proprio sistema di autorizzazione e di accreditamento** delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari **provvedono ad adeguare tale sistema entro 12 mesi** dalla data di sottoscrizione della presente Intesa;
3. Nelle more **dell'individuazione del sistema tariffario** da parte della competente Commissione nazionale, le tariffe sono definite dalle singole Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano;
4. Si provvederà ad un **monitoraggio annuale dell'attuazione della presente Intesa** tramite le attività del "Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale" previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR).



Autorizzazione all'esercizio come requisiti minimi per erogare le CD in forma organizzata Il livello regionale definisce il fabbisogno, i tempi, procedure, sistemi di verifica, eventuali altri requisiti

Alcuni aspetti considerati

- Presenza di un centro di organizzazione del servizio e di un call center
- Sede operativa di prossimità per i singoli professionisti (anche coincidente con la sede organizzativa)
 - Attività amministrativa almeno 5 giorni a settimana (lun-ven)
 - Attività sanitaria su 5 giorni a settimana (lun-ven) per le CD di base e di 1° livello e per 7 giorni settimanali per le cure domiciliari integrate di 2° e 3° livello;
- Direttore sanitario/Responsabile medico, che è designato dalla ASL per le organizzazioni pubbliche
- Cartella sanitaria per ogni assistito, diario assistenziale al domicilio;
- Procedure di sicurezza del trasporto e della conservazione di materiali biologici
- Nel caso di cure domiciliari integrate, è previsto un referente del caso per coordinamento del piano di cura;
- Adozione di un sistema informativo utile all'organizzazione dell'assistenza, specifico per l'attività nei diversi livelli assistenziali e che consenta l'immediata individuazione del fascicolo delle persone assistite e il controllo aggiornato del profilo di assistenza;
- Supporti tecnologici in termini di apparecchiature telefoniche e un sistema integrato di telecomunicazione e tecnologie audio-video con i relativi software, per creare, elaborare, archiviare, proteggere e scambiare dati elettronici comprese le prestazioni di telemedicina;



Gli 8 criteri del disciplinare tecnico per l'accreditamento



Sono requisiti prevalentemente focalizzati su aspetti organizzativi che possono determinare importanti ricadute sulla qualità assistenziale:

8 criteri, 26 requisiti, 72 evidenze

- Evidenza del percorso di cura in coerenza con i nuovi LEA
- competenze del personale,
- valorizzazione dell'esperienza maturata sul campo e aggiornamento professionale individuale e per l'equipe;
- coinvolgimento dell'utente e della famiglia al percorso di cura;
- reportistica sull'attività svolta
- procedure per la promozione della sicurezza e la gestione del rischio clinico
- procedure condivise per lesioni da decubito, infezioni correlate all'assistenza, sindrome da immobilizzazione, prevenzione delle cadute dei pazienti, somministrazione dei farmaci, corretta alimentazione e idratazione.

I requisiti di accreditamento delle cure domiciliari sono stati declinati tenendo conto dello schema degli 8 criteri indicati nel Disciplinare tecnico dell'accreditamento previsti nell'Intesa del 20 dicembre 2012

TECNOASSISTENZA



TELEVISITA

- è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con supporto del care giver.
- Durante la tele visita un operatore sanitario che si trovi vicino al paziente può assistere il medico e/o aiutare il paziente.

TELECONSULTO MEDICO

- è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, riguardo la situazione clinica di un paziente,
- Se presente il paziente si configura come un tele visita multidisciplinare.

TELECONSULENZA MEDICO-SANITARIA

- specifica delle professioni sanitarie, eseguita da 2 o più persone per supporto durante svolgimento attività sanitarie, a cui segue una videochiamata in cui il professionista interpellato fornisce indicazioni per le azioni.

TELEASSISTENZA

- interazione a distanza tra professionista e paziente/caregiver, con condivisione di dati e referti.
- Utilizzo di app per somministrare questionari, immagini.
- Assistere nella corretta esecuzione delle attività di assistenza.



M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

- Potenziare il SSN, **allineando i servizi ai bisogni delle comunità** e dei pazienti, anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica.
- Rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari
 - ✓ *Migliorando integrazione servizi ospedalieri, sanitari e sociali locali, in continuità assistenziale con percorsi integrati ospedale - domicilio*
- Sviluppare la telemedicina e a superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio.
- Sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare



M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

- Sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologici
- Rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario
- Potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello Centrale e Regionale, al fine di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure; valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale; e garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria guidata dalla analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni

CURE PALLIATIVE DOMICILIARI DISTINTE DALL'ADI

Il SSN garantisce le CP domiciliari di cui alla legge n. 38/2010 nell'ambito della **rete locale di cure palliative** a favore delle persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o se esistono sono inadeguate o inefficaci per la stabilizzazione della malattia o un prolungamento significativo della vita.

Le cure sono erogate dalle **Unità di cure palliative (UCP)** sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della **rete**, e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura di farmaci e dei dispositivi medici, preparati per nutrizione artificiale, nonché aiuto infermieristico, assistenza tutelare professionale e sostegno spirituale.

Richiedono la VMD, la presa in carico del paziente e dei familiari e il PAI

L'UCP garantisce le cure palliative domiciliari articolate in:

Livello base	interventi coordinati dal MMG o PLS, garantiscono un approccio palliativo tramite l'ottimale controllo dei sintomi e adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; sono erogati da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative, tramite un PAI	CIA <0,50
Livello specialistico	interventi da equipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, richiedono un elevato livello di competenza e pronta disponibilità medica e infermieristica h 24, interventi programmati tramite PAI	CIA >0,50 da 4 accessi a settimana

L'ACCREDITAMENTO DELLE RETI

In questa fase, l'attenzione ai **PERCORSI DI CURA** dei pazienti ha portato ai primi provvedimenti nazionali di qualificazione delle reti



- **Accordo Stato Regioni 27.07.2020 - Accredito della rete di cure palliative**
- **Accordo Stato Regioni 27.07.2020 - Accredito della rete di terapia del dolore**
- **Accordo Stato Regioni 25.03.2021 - Accredito della rete di CP e TD pediatrica**

L'ACCREDITAMENTO DELLE RETI DI CURE PALLIATIVE E DI TERAPIA DEL DOLORE

CARATTERISTICHE

Sono definiti gli elementi caratterizzanti e le funzioni delle reti, distinte in due livelli:



- **Rete regionale**, con una struttura di riferimento;
- **Rete locale** di definizione ed erogazione delle attività:
 - ✓ per la terapia del dolore è organizzata secondo una rete hub & spoke
 - ✓ per le cure palliative nei setting ospedaliero, domiciliare, residenziale hospice

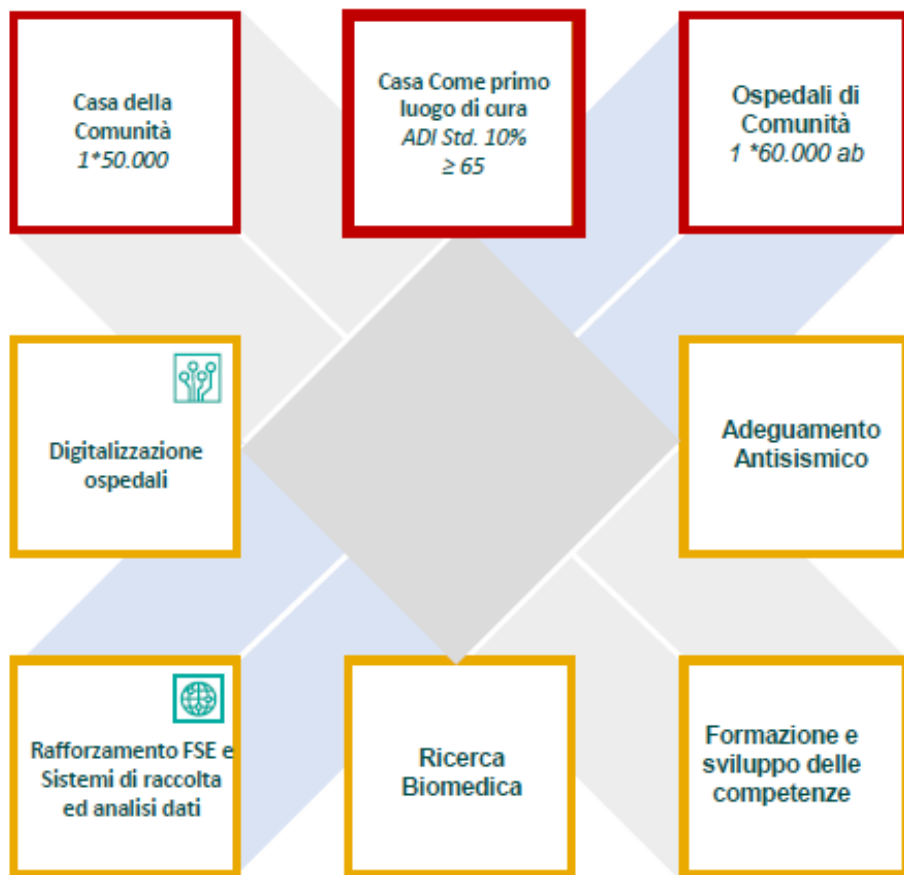
Ambito pediatrico - **Rete regionale** (con centro di riferimento/hospice regionale, almeno una equipe dedicata, rete dei professionisti)

Elementi comuni:

Lavoro per percorsi di cura, per ogni patologia, con equipe multiprofessionali dedicate, garanzia della unitarietà e continuità delle cure, cura attiva e globale a salvaguardia della persona



MISSIONE 6 SALUTE



« M6C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE »

la casa come primo luogo di cura

E si potrebbe...

- Passare da una logica prestazionale a quella di una presa in carico della persona
- Rafforzare e dare specifica attenzione all'ADI post-acuta e complessa
- Sviluppare forme di integrazione con gli ambiti sociali per dare una risposta personalizzata e unitaria
- Diversificare le forme delle cure
- Qualificare e caratterizzare le cure a garanzia della qualità e dell'equità di accesso

COMPONENT 1

COMPONENT 2



CAMBIARE PASSO

- invecchiamento
- famiglie unipersonali
- fragilità
- patologie croniche evolutive
- instabilità clinica
- bisogni sanitari e psicosociali

Medicina della
complessità



CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

- Bisogno monitorato e valutato

CARE MANAGEMENT

- Coordinare le risposte assistenziali

COOPERAZIONE

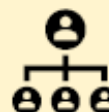
- Responsabilizzazione di tutte le professionalità

SISTEMA A "RETE"

- Capace di coinvolgere tutti gli stakeholder

TECNOLOGIA

- Continuità informazionale e gestionale



nuove modalità di allocazione delle risorse



nuove modalità organizzative e di
caratterizzazione del sistema cure domiciliari
UCP DOM –ADI COMPLESSA –IFEC



nuove competenze professionali e nuovi
strumenti di VMD in grado di produrre indici
sintetici di misura della fragilità e della prognosi



tecno-assistenza



AUTORITÀ PER LE
GARANZIE NELLE
AGCOM COMUNICAZIONI

NUE 116117



Ministero della Salute



CONFERENZA DELLE REGIONI
E DELLE PROVINCE AUTONOME

Commissione Europea

Decisioni del 2007/116/CE e del 2009

Numeri armonizzati destinati a servizi di valenza sociale

Gli Stati membri sono invitati ad adottare i provvedimenti necessari a garantire che l'Autorità Nazionale possa assegnare tali numeri

AGCOM

L'AGCOM identifica il **Ministero della salute** come: il Ministero competente in materia

Ministero della salute/Regioni/PP.AA.

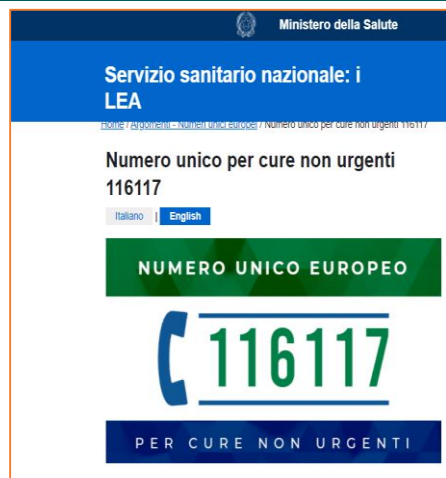
Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 – Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale.

Intesa 10 luglio 2014 – Patto per la salute 2014-2016 (art. 5 Assistenza territoriale, comma 12).

ACCORDO DEL 24 NOVEMBRE 2016

(Rep. Atti n. 221/CSR) recante «Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117».

NUE 116117



Numero unico nazionale per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari; concorre alla gestione della domanda assistenziale a bassa intensità/priorità.

Mette in contatto l'utente con un operatore competente oppure con un medico per assicurare assistenza o consulenza sanitaria.

I cittadini devono ricordare un unico numero per avere risposta a diversi bisogni di salute.

- È uno strumento di comunicazione rivolto a tutti i cittadini, italiani e stranieri, senza alcun obbligo di registrazione preventiva.
- Il numero è unico in Italia ed in Europa a valenza sociale.
- È un numero a chiamata rapida e non necessita di prefisso.
- Il numero è disponibile H24 per 7 giorni a settimana.
- Fornisce assistenza e/o informazioni.
- Il servizio non è limitato nel tempo.
- Non è richiesto all'utente alcun pagamento per la chiamata.
- Le chiamate possono essere effettuate da telefono fisso o mobile o apparecchio pubblico.
- I dati personali vengono trattati nel rispetto della normativa vigente sulla privacy.
- La struttura organizzativa del servizio può avere delle variazioni da Regione a Regione.

NB: il numero unico per le urgenze sanitarie rimane il 112!

«Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo armonizzato a valenza sociale 116117»
approvate con Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016 (Rep. Atti n. 221/CSR)

➤ **Servizi erogabili obbligatori** (tabella 1 Linee indirizzo 24/11/2016)

- I cittadini che necessitano di cure mediche non urgenti potranno chiamare il servizio di continuità assistenziale utilizzando un solo numero telefonico: il numero **116117**.
- Anche in collegamento con le Case della comunità.

- **risposta di tipo informativo**

(tramite il servizio 116117 è possibile ottenere indicazioni sulle modalità di accesso al medico di medicina generale e al pediatra di libera scelta (recapiti e orari dell'ambulatorio) e farmacie di turno, indicazioni su prestazioni e/o consigli medici non urgenti prima o dopo l'orario di apertura del servizio di continuità assistenziale, modalità di accesso alla guardia medica turistica)

- **risposta di tipo operativo**

tramite il servizio 116117 è possibile ottenere prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di Continuità assistenziale, Individuazione e trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente al Servizio di Emergenza Territoriale).

➤ **Servizi erogabili opzionali** (tabella 2 Linee indirizzo 24/11/2016)

prenotazione e gestione dei trasporti sanitari programmati agli aventi diritto; informazioni su temi specifici, tra cui modalità di accesso ai servizi sanitari quali CUP, ambulatori, assistenza anziani, fornitura ausili/protesi, sanità pubblica (certificazioni, vaccinazioni ecc), Campagne di prevenzione, Ticket/esenzioni, etc..

Le Sperimentazioni 116117 attivate



REGIONE	TITOLO PROGETTO	DATA AUTORIZZAZIONE	PROTOCOLLO DGPROGS
LOMBARDIA	Progetto di prima attivazione della centrale operativa integrata (COI) per trasporti sanitari semplici, trasporti sanitari e continuità assistenziale (ex guardia medica)	26/11/2018	n. 38521 del 05/12/2018
SARDEGNA	Progetto di prima attivazione del numero unico europeo 116117	13/02/2019	n. 5906 del 22/02/2019
PIEMONTE	Documento Tecnico Operativo per la realizzazione e il funzionamento del Numero Europeo Armonizzato a Valenza Sociale 116117	10/07/2019	n. 21348 del 19/07/2019
LAZIO	Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117	30/07/2020	n. 15768 del 31/07/2020
P.A. TRENTO	Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attuazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117	30/07/2020	n. 15770 del 31/07/2020
BASILICATA	Numerazione Europea Armonizzata 116117 progetto di attivazione	13/12/2021	n. 635 del 12/01/2022

0020296-09/07/2019-DGPROGS-MDS-A



DIREZIONE SANITA'

Torino, *

Protocollo n. *
Classificazione 14.100.70, 43/2014C/A14000

* n° e data della registrazione di protocollo
riportati nei metadati di DoQui ACTA

MINISTERO DELLA SALUTE
DIREZIONE
UFFICIO II

Viale Giorgio Ribotta, 5
00144.ROMA

dgprog@postacert.sanita.it
mezzo trasmissivo PEC

Oggetto: attivazione e monitoraggio del Numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117 per il servizio di guardia medica e assistenza territoriale.

Con la presente si trasmette la documentazione relativa al programma attuativo del Servizio 116117 ai fini della valutazione per la concessione del numero in oggetto

Il Direttore Regionale
Dott. Danilo Bono

(firmato digitalmente)

Allegati:

- Delibera recepimento Accordo Stato Regioni
- Determinazione Approvazione Programma attuazione servizio 116117
- Determinazione approvazione Programma formativo

Ref.
Dott.ssa Fabrizia Tagliarini 011-4322926



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117
REGIONE PIEMONTE

PREMESSO che la decisione europea (116/CE) degli anni 2007 e 2009 ha previsto l'attivazione del numero 116117 dedicato al servizio di cure mediche non urgenti;

CONDIDERATO che in attuazione di tale decisione gli Stati membri sono invitati ad adottare provvedimenti necessari a garantire che l'autorità nazionale possa assegnare tale numero;

CONSIDERATO che l'Autorità delle garanzie nelle comunicazioni (AGCOM) ha assegnato al Ministero della salute, in qualità di Ministero competente, il suddetto numero per il "servizio di guardia medica per cure non urgenti";

VISTO che il Patto della salute 2014-2016 all'art. 5 comma 12 "assistenza territoriale" (Intesa del 10 luglio 2014) ha previsto l'individuazione di un'ideale procedura, concordata tra lo Stato e le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano per consentire l'utilizzo di tale numero;

RILEVATO che l'Accordo Stato Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano del 24.11.2016 (Rep. Atti n.221 /CSR), in attuazione di quanto previsto dal Patto della salute, ha approvato il documento tecnico "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo armonizzato a valenza sociale 116117";

RILEVATO che il documento tecnico ha definito i requisiti minimi tecnici e operativi che le Regioni devono garantire per l'attivazione del numero 116117;

VISTO che con decreto del Direttore Generale della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria (protocollo DGPROGS n. 282019792 del 22/05/2018) è stato istituito presso il Ministero della salute il Gruppo di lavoro definito "struttura di monitoraggio dell'attivazione a livello regionale del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117" avente l'obiettivo di verificare la progressiva realizzazione del numero a livello nazionale;

VISTA la richiesta pervenuta dalla Regione Piemonte, protocollo DGPROGS n. 20296 del 09/07/2019;

PRESO ATTO della valutazione positiva espressa dalla struttura di monitoraggio;

SI AUTORIZZA LA REGIONE PIEMONTE ALL'ATTIVAZIONE SPERIMENTALE DEL NUMERO 116117

La struttura di monitoraggio provvederà a verificare, mediante i report periodici trasmessi dalla Regione, lo stato di avanzamento della sperimentazione del numero.

Roma, 10 luglio 2019

IL DIRETTORE GENERALE
ANDREA URRANI

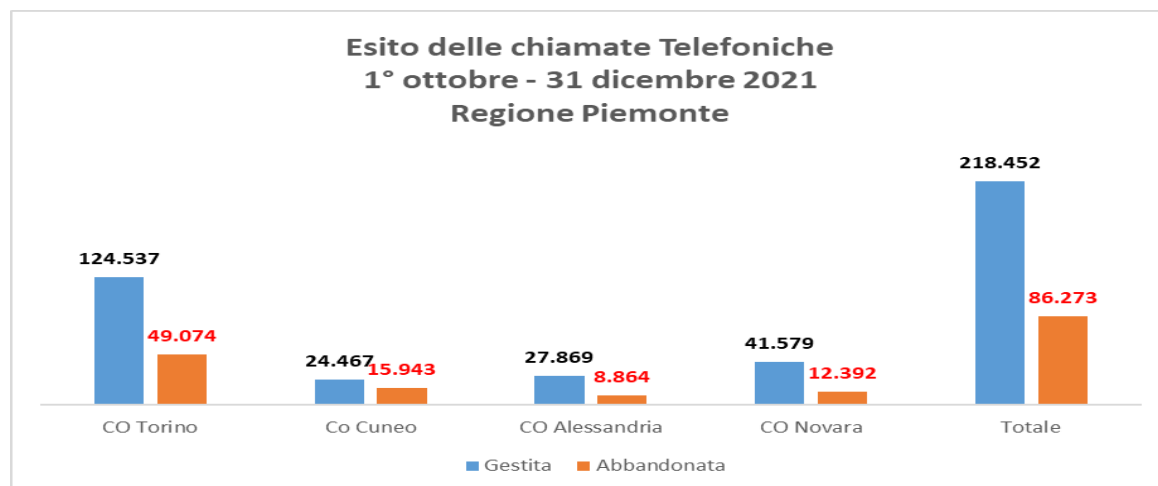
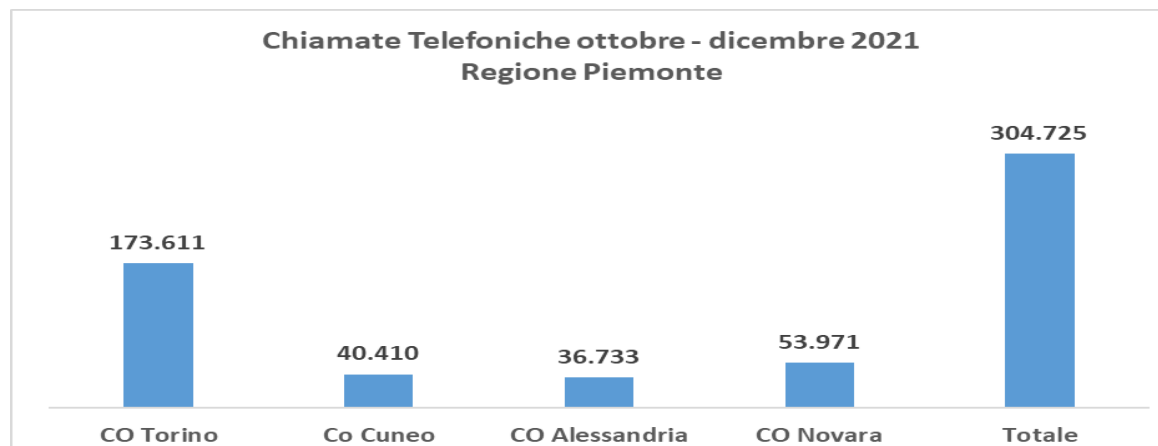
Prima Relazione sulle attività svolte

Prot. n. 6841-24/03/2022-DGPROGS-MDS-A

- **Realizzazione di 4 Centrali Operative (di Torino, di Cuneo, di Alessandria e di Novara).**
- **Istituzione differenti Gruppi e Tavoli di lavoro.**
 - **Governance regionale e aziendale**
 - **Piattaforma tecnologica**
- **Svolgimento di percorsi formativi per tutti gli operatori in servizio**

Prima Relazione sulle attività svolte: i principali dati

Prot. n. 6841-24/03/2022-DGPROGS-MDS-A



INDICATORE 1	• NUMERO accessi al 116117 (assoluto)
INDICATORE 2	• NUMERO trasferimenti alla C.A. (assoluto e su 100.000 ab.)
INDICATORE 3	• NUMERO di richieste di modalità di accesso per prestazioni e/o consigli medici pervenute dai non residenti (assoluto e su 100.000 ab.)
INDICATORE 4	• NUMERO di richieste accesso al MMG/PLS pervenute dai residenti nella Regione/PA (assoluto e su 100.000 ab.)
INDICATORE 5	• NUMERO trasferimenti al 118 (assoluto e su 100.000 ab.)
INDICATORE 6	• TEMPI DI RISPOSTA DEL SERVIZIO 116117 • attesa media, dal primo squillo alla risposta, in secondi • durata media della chiamata (dalla risposta alla chiusura), in secondi

Dall'analisi dei dati è stato riscontrato **un tempo di risposta** da parte della CUA nei mesi di ottobre e novembre che varia dai 46 secondi ai 240 secondi (comprensivo del tempo di messaggio telefonico di benvenuto).

Al fine di migliorare le performance la Regione ha provveduto ad approvare con DD 231 del 05/02/2022 **l'incremento di operatori** nelle centrali, e contestuale ampliamento delle linee telefoniche entranti.