



**REGIONE
PIEMONTE**
Direzione Sanità e Welfare



MALATTIE CRONICHE

*Consigli pratici
per
i cittadini*



REDAZIONE: GRUPPO REGIONALE DI LAVORO PER IL VADEMECUM

Mara SCAGNI, Alessio TERZI - CITTADINANZATTIVA PIEMONTE

Ugo VIORA - CRAMC Piemonte (Coordinamento Associazioni Malati Cronici)

AMaR Piemonte (Associazione Malati Reumatici)

ANAP Associazione Nazionale "gli Amici per la Pelle"

Francesco IEVA – CONSULTA PER LE MALATTIE NEUROMUSCOLARI di Piemonte e Valle
d'Aosta

Ezio LABAGUER, CAPeD

Giulietta MIELE, Cesare MURATORE – FAND Torino (Associazione Diabetici del Piemonte)

COORDINAMENTO: Ugo VIORA

IMPAGINAZIONE e VESTE GRAFICA: Ugo VIORA

SI RINGRAZIANO: i funzionari della Direzione Sanità e Welfare della Regione Piemonte per la revisione di alcuni Capitoli, la Dott.ssa Lorenza Ferrara per la stesura del Capitolo sulle vaccinazioni e Roberto Mari, Presidente di ATDM Novara per la partecipazione come uditore alle riunioni del tavolo.

Indice

Introduzione

Cap. 1 - Promozione della Salute e Prevenzione

Cap. 2 - Il cammino verso la diagnosi di una malattia cronica

Cap. 3- Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Cap. 4 - Farmaci e Aderenza alle terapie

Cap. 5 - Esenzioni ticket

Cap. 6 - Ausili e presidi

Cap. 7 - Invalidità e Handicap

Cap. 8 - Punto Unico di Accesso (PUA)

Cap. 9 - Educazione Terapeutica

Cap. 10 - Vaccini e vaccinazioni

Cap. 11 - Percorsi di Salute Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PSDTA)

Cap. 12 - La Rete Oncologica

Cap. 13 - La Rete Endocrino Diabetologica

Allegato 1 - Glossario

Allegato 2 - Elenco Associazioni di riferimento aderenti al
Coordinamento Regionale di Cittadinanzattiva

Allegato 3 – Tabella indirizzi Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) e
Unità Multidimensionali di Valutazione della Disabilità (UMVD)

INTRODUZIONE

Chi di noi non si è trovato almeno una volta alle prese con una diagnosi di malattia potenziale o già certa, nello smarrimento più totale, frastornato dalla notizia e con davanti a sé un percorso ignoto e con un ovvio stato d'animo turbato e confuso?

Ognuno di noi auspicabilmente ha una famiglia con cui condividere, ma ci sono anche tante persone sole, deboli e l'idea di avere davanti a sé un cammino colmo di incertezze, di visite e di monitoraggi continui è indubbiamente stressante.

Il nostro VADEMECUM nasce proprio da questo pensiero, più volte ascoltato e dalle tante richieste di aiuto ricevute in tempi sanitari normali, figuriamoci durante la pandemia.

Il nostro ascolto e la nostra condivisione delle tante preoccupazioni ci ha convinti dell'urgenza e della necessità di un piccolo sussidio che compendi tutte le informazioni necessarie nell'immediato per orientarsi e non "sentirsi soli".

La Direzione Sanità e Welfare della Regione Piemonte ha prontamente condiviso la nostra proposta ed ha collaborato in maniera encomiabile alla produzione del vademecum, per cui siamo convinti di offrire in maniera congiunta e intelligente uno "strumento" di prima consultazione, che orienti, aiuti a districarsi nei meandri burocratici e legislativi e renda un poco più leggero il peso di una malattia cronica diagnosticata.

Mara Scagni

Segretaria Regionale Piemonte Cittadinanzattiva

Cittadinanzattiva è un'organizzazione, fondata nel 1978, che promuove l'attivismo dei cittadini per la tutela dei diritti, la cura dei beni comuni, il sostegno alle persone in condizioni di debolezza.

La nostra missione fa riferimento all'articolo 118, ultimo comma, della Costituzione, proposto proprio da noi e recepito nella riforma costituzionale del 2001.

L'articolo 118 riconosce l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale e, sulla base del principio di sussidiarietà, prevede per le istituzioni l'obbligo di favorire i cittadini attivi.

La parola d'ordine di Cittadinanzattiva è "perché non accada ad altri": il nostro ruolo è denunciare carenze, soprusi, inadempienze, e agire per prevenirne il ripetersi mediante il cambiamento della realtà, dei comportamenti, la promozione di nuove politiche, l'applicazione delle leggi e del diritto.

Siamo convinti che "fare i cittadini sia il modo migliore di esserlo", cioè che l'azione dei cittadini consapevoli dei propri poteri e delle proprie responsabilità sia un modo per far crescere la nostra democrazia, tutelare i diritti e promuovere la cura quotidiana dei beni comuni.

Cittadinanzattiva si occupa di:

- *Salute, con il Tribunale per i Diritti del Malato e il Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (CNAMC).*
- *Politiche dei consumatori e servizi di pubblica utilità, con i Procuratori dei cittadini.*
- *Giustizia, con Giustizia per i diritti.*
- *Scuola, con la Scuola di cittadinanza attiva.*
- *Cittadinanza europea, con Active Citizenship Network.*
- *Valutazione della qualità dei servizi dal punto di vista dei cittadini, con l'Agenzia di valutazione civica.*
- *Riforma delle istituzioni*
- *Trasparenza delle amministrazioni*
- *Lotta alla corruzione e agli sprechi*
- *Ambiente*
- *Vivibilità e decoro urbano*
- *Cittadinanza d'impresa.*

I nostri obiettivi sono:

- *rafforzare il potere di intervento dei cittadini nelle politiche pubbliche, attraverso la valorizzazione delle loro competenze e del loro punto di vista;*
- *intervenire a difesa del cittadino, prevenendo ingiustizie e sofferenze inutili;*
- *attivare le coscienze e modificare i comportamenti dannosi per l'interesse generale;*
- *attuare i diritti riconosciuti dalle leggi e favorire il riconoscimento di nuovi diritti;*
- *proteggere e prendersi cura dei beni comuni;*
- *fornire ai cittadini strumenti per attivarsi e dialogare a un livello più consapevole con le istituzioni;*
- *costruire alleanze e collaborazioni indispensabili per risolvere i conflitti e promuovere i diritti.*

Per ulteriori saperne di più:

- *mandaci una e-mail agli indirizzi citpiemonte@gmail.com
coordinamcronici@cittadinanzattivapiemonte.org*
- *telefonaci al numero 0118177075*
- *vienici a trovare: nella nostra Sede Regionale di Via Cavour, 31 a Torino
in tutti gli sportelli del Tribunale del Malato*

CAPITOLO 1 – La Promozione della Salute e la Prevenzione

La nostra Salute è un bene primario e un diritto della persona: è importante promuoverla e difenderla, non solo quando siamo malati (per recuperarla o ridurre le conseguenze della malattia), ma anche e soprattutto quando siamo bene (per poterla conservare!). Siamo tutti chiamati, cittadini, istituzioni, associazioni, a promuovere la salute nella vita quotidiana, per tutti e in tutti gli ambiti (in tutte le politiche).

Le malattie croniche costituiscono la principale causa di morbosità quasi in tutto il mondo. Si tratta di un ampio gruppo di malattie, che comprende le cardiopatie, l'ictus, il cancro, il diabete e le malattie respiratorie croniche ecc.

In generale, sono malattie che richiedono anche decenni prima di manifestarsi clinicamente. Dato il lungo decorso, richiedono un'assistenza a lungo termine, ma al contempo presentano diverse opportunità di prevenzione.

Alla base delle principali malattie croniche sono presenti **fattori di rischio comuni e modificabili**, come alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica. Queste cause possono generare quelli che vengono definiti **fattori di rischio intermedi**, ovvero l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'obesità. Ci sono poi **fattori di rischio che non si possono modificare**, come l'età o la predisposizione genetica. Nel loro insieme questi fattori di rischio sono responsabili della maggior parte dei decessi per malattie croniche in tutto il mondo e in entrambi i sessi.

Il Piano Nazionale della Cronicità¹ affida anche alle Associazioni del Terzo settore e in particolare a quelle di patologia (cioè quelle Associazioni che si occupano prevalentemente di aiutare le persone affette da una determinata malattia) il compito di sensibilizzare ed educare le persone a svolgere un ruolo attivo nel controllo del proprio stato di salute e nel prevenire le malattie con costanza e consapevolezza.

Come possiamo promuovere la salute e prevenire le malattie?

1.1 - PROMOZIONE DELLA SALUTE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la promozione della salute "il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla".

Ecco perché sempre più spesso assistiamo all'impegno delle Associazioni di Patologia nella realizzazione di progetti che hanno lo scopo di implementare l'attività fisica e ridurre la sedentarietà, di educare ad una alimentazione più sana e adatta alle condizioni di salute, di aiutare ad abbandonare il fumo e gli abusi di alcool, piuttosto che di sostanze.

1) **Attività fisica:** tutti gli esperti, di qualsiasi branca specialistica si occupino, concordano nell'affermare che mantenere un buon livello di attività fisica (camminare, nuotare, fare esercizi con media intensità) fa bene anche a chi è affetto da malattie croniche: dai malati reumatici a quelli con patologie cardiache (compresa l'ipertensione), a chi è diabetico, a chi ha problemi respiratori, ecc.

Ricordiamoci che camminare è la prima conquista che facciamo nella nostra vita ed è la prima manifestazione di indipendenza.

2) **Alimentazione:** mangiare bene e sano non vuol dire seguire una dieta "da ospedale" ma è uno dei cardini principali del mantenersi in buona salute. Una corretta alimentazione ci consente di alleviare i sintomi di molte malattie e di collaborare attivamente nel buon esito delle terapie farmacologiche che il nostro medico ci propone.

3) **Fumo di sigaretta:** smettere (o ancor meglio non incominciare a farlo) è indispensabile: sono ormai centinaia (se non migliaia) gli studi che dimostrano la stretta correlazione tra il fumo di sigaretta (ma anche di sigaro e pipa) ed un numero enorme di malattie croniche, non solo respiratorie, ma anche a carico di altri organi del nostro corpo (cuore, fegato, articolazioni e muscoli, pelle, sistema nervoso...)

- 4) **Alcool:** smettere o comunque non abusare dell'alcool è altrettanto importante perché anche questa abitudine influisce su moltissime patologie, non solo a carico del fegato. Evitiamo il più possibile i superalcolici e, soprattutto, non eccediamo mai nel loro consumo.
- 5) **Dipendenza da sostanze stupefacenti:** su di loro sappiamo ormai quasi tutto ed è inutile sottolineare che ricorrere a queste sostanze è assolutamente da evitare, a qualsiasi età della nostra vita.

1.2 - PREVENZIONE DELLE MALATTIE

In campo medico, per "prevenzione" si intendono gli sforzi volti a evitare la comparsa di una malattia, di una sua specifica manifestazione, o di un suo aggravamento o recidiva fino a un possibile evento fatale (morte), nonché il complesso delle procedure attuate a tale fine.

Il cittadino e la persona malata hanno un ruolo di rilievo soprattutto in quella che viene definita la "**prevenzione primaria**", focalizzata sull'adozione di interventi e comportamenti in grado di evitare o ridurre a monte l'insorgenza e lo sviluppo di una malattia o di un evento sfavorevole, cioè in grado di ridurre i fattori di rischio da cui potrebbe derivare un aumento del numero dei casi di quella patologia. Un esempio di prevenzione primaria è rappresentato dalle campagne antifumo promosse dai governi.

Sentirete parlare anche di prevenzione secondaria e terziaria: **prevenzione secondaria** consiste sostanzialmente nella diagnosi precoce di una patologia; strumento cardine è lo screening, che permette la precocità di intervento e aumenta le opportunità terapeutiche. Esempi di prevenzione secondaria sono lo svolgimento del pap-test e mammografia nella popolazione femminile sana, o lo screening per la prevenzione del tumore del colon-retto nella popolazione di età superiore ai 58 anni.

Il nostro ruolo? Aderire allo screening ed alle campagne di prevenzione, vincendo paure e superstizioni, assolutamente fuori luogo e pericolose.

Prevenzione terziaria è quella che si occupa delle complicità della malattia, delle probabilità di recidive e della morte. Fidarsi del proprio medico e seguire le sue indicazioni è quello che possiamo e dobbiamo fare.

1 Testo completo, all'indirizzo https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf

CAPITOLO 2 – Il cammino verso la diagnosi di una malattia cronica

a) Ne parlo al mio Medico di Medicina Generale (MMG)

Quando si è di fronte ad una sintomatologia, è fondamentale parlarne con il proprio Medico. Un buon dialogo fra medico e paziente è indispensabile per favorire la diagnosi e la cura delle malattie, come ci ricorda il documento condiviso con la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici (FNOMCEO) intitolato “Cura di Coppia”.

Dove?

- In ambulatorio negli orari stabiliti
- A domicilio (da Lunedì a Venerdì)

N.B

Le visite domiciliari, quando necessarie, sono gratuite e devono essere svolte nella stessa giornata se richieste entro le ore 10, entro il giorno successivo se richieste dopo le ore 10

Il medico può:

- ✓ Fare diagnosi o formulare un sospetto diagnostico
- ✓ Prescrivere terapie, cicli di fisioterapia, cure termali (un solo ciclo all’anno)
- ✓ Prescrivere esami ematologici (del sangue), strumentali (radiografie, ecografie, ecc.) per consentire/confermare la diagnosi
- ✓ Richiedere visita specialistica

N.B

Sulla prescrizione/richiesta di visita specialistica o di prestazioni diagnostiche è possibile indicare delle priorità: U: urgente B: breve; D: differita; P: programmata.

Secondo la DGR (Deliberazione della Giunta Regionale) n° 110-917 del 16/5/2019 le prestazioni richieste devono essere erogate entro:

U: 72 ore;

B: 10 giorni;

D: 30 giorni (visite) – 60 giorni (prestazioni);

P: 120 giorni

A causa della riduzione delle prestazioni erogabili dovuta all’emergenza COVID, tali termini potrebbero non essere rispettati. La validità della ricetta (prescrizione) di primo accesso, relativa alle prestazioni diagnostiche specialistiche, in assenza di appuntamento programmato, è di 60 giorni; per le visite di controllo la validità della ricetta è di 180 giorni.

b) Prenoto la visita specialistica/gli esami di accertamento diagnostico

I canali di accesso per la prenotazione delle prestazioni sono diversificati:

- Centro Unico Prenotazioni-CUP Regionale, tramite
 - numero verde 800 000 500;
 - App CUP Piemonte
 - Portale regionale Salute Piemonte: <https://www.salutepiemonte.it>
- Sportelli CUP delle Aziende Sanitarie,
- Sportelli prenotazione dei centri convenzionati, o loro siti web

N.B

Per le persone con diabete, la visita specialistica è prenotata direttamente dal MMG, che vi dirà direttamente luogo, giorno e ora della visita (questo grazie a come è strutturata la Rete Endocrino-Diabetologica del Piemonte)

c) Vengo preso in carico dallo Specialista

Lo specialista può:

- ✓ confermare o correggere la diagnosi del MMG
- ✓ confermare o modificare la terapia
- ✓ prescrivere direttamente gli eventuali nuovi farmaci
- ✓ prescrivere direttamente, anche con priorità:
 - esami di controllo e/o approfondimento
 - visite successive di controllo
 - visite da altri specialisti
 - prestazioni riabilitative
 - cure termali
- ✓ stilare il piano terapeutico per i farmaci che lo richiedono
- ✓ indicare l'esenzione legata alla patologia ed il relativo codice

N.B

Qualora esista un Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PSDTA) per la patologia diagnosticata, il paziente verrà inserito nel percorso solo a diagnosi accertata e, in ragione delle condizioni di patologia, può essere preso in carico in modo integrato anche dal Medico di Medicina Generale, in particolare per i percorsi di follow up (controlli).

CAPITOLO 3 – Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

3.1 – CHE COS'È

È un fascicolo virtuale che tiene traccia della tua storia clinica attraverso la raccolta e l'archiviazione dei dati e della documentazione digitale relativi alle tue malattie, ai tuoi ricoveri e/o interventi subiti, a tutto quanto riguarda la tua salute, rendendoli sempre disponibili e pronti per essere condivisi con i professionisti che si prendono cura della tua salute.

Scegliendo di aprirlo (***aprire il Fascicolo Sanitario Elettronico è una tua scelta***), potrai tenere la tua documentazione sanitaria sempre aggiornata, consultabile in ogni momento in internet e del tutto protetta secondo le norme sulla privacy.

All'interno del tuo Fascicolo Sanitario Elettronico ad oggi confluiscono:

- * verbali di pronto soccorso
- * lettera/e di dimissione
- * atto/i operatorio/i
- * scheda vaccinale e attestato storico vaccinale
- * prescrizioni farmaceutiche e specialistiche (consultabili da "Ricette dematerializzate")
- * esenzioni (consultabili da "Esenzioni per patologie")
- * esiti screening (consultabili da "Prevenzione Serena")

Puoi inoltre decidere tu chi può consultare il tuo Fascicolo Sanitario Elettronico, se il tuo medico di famiglia può visualizzarlo e quali dati rendere visibili. (*il nostro consiglio è di renderlo interamente disponibile a tutto il personale sanitario*)

3.2 - COME FARE AD ATTIVARLO

- a **Tieni a portata di mano le tue credenziali SPID** (Sistema Pubblico di Identità Digitale) **o la tua TS-CNS** (Tessera Sanitaria-Carta Nazionale dei Servizi) **attivata o la tua CIE** (Carta di Identità Elettronica).
- b **collegati al portale regionale "Tu Salute Piemonte"**
- c **apri la pagina del "Fascicolo Sanitario Elettronico"**
- d **attiva il tuo Fascicolo seguendo le istruzioni.**

E se si tratta di un minorenne?

Basta accedere al servizio "ritiro e consultazione documenti per conto di un figlio minorenne": il sistema propone automaticamente l'apertura del Fascicolo Sanitario Elettronico del minore

E se non hai ancora lo SPID, la TS-CNS attivata o la CIE?

- ✓ richiedi le tue credenziali SPID tramite il portale www.spid.gov.it.
- ✓ attiva la TS-CNS presso lo sportello abilitato del tuo distretto Sanitario

3.3- I VANTAGGI DI AVERE IL FASCICOLO ATTIVO

- evitare assembramenti allo sportello
- ritirare i tuoi referti di persona o tramite un delegato (nella sezione "Gestione deleghe" puoi consentirlo a chi vuoi tu) in ogni momento e con semplicità;
- poter consultare l'esito di un referto non appena è disponibile, grazie al servizio di notifiche personalizzate (da attivare seguendo le istruzioni);
- poter integrare la tua storia clinica inserendo documenti, in modo da creare una visione complessiva del tuo stato di salute;
- tenere sempre a portata di mano tutta la documentazione clinico-sanitaria e condividerla, come e quando vuoi, con i professionisti che si prendono cura di te.

SE NON LO HAI ANCORA FATTO, ATTIVALO AL PIÙ PRESTO ANCHE TU

CAPITOLO 4 – I Farmaci e dove ritirarli

Tutti i medicinali in commercio in Italia sono compresi nel **Prontuario Terapeutico Nazionale**, dispensati dalle farmacie aperte al pubblico, o distribuiti dalle Aziende sanitarie regionali ovvero utilizzati solamente in ambiente ospedaliero.

TIPOLOGIA DI FARMACO	DOVE LO RITIRO
FASCIA A FARMACI IN DPC*	a carico del SSN con eventuale ticket stabilito dalla Regione Farmacie aperte al pubblico
FASCIA C	a totale carico del cittadino Farmacia interna Ospedale/Azienda Ospedaliera Farmacia Territoriale ASL
FASCIA H**	a carico del SSN

* Distribuzione Per Conto (DPC)

** A questa classe di farmaci appartengono anche moltissimi farmaci prescritti sulla base di piani terapeutici specifici: sarà il medico o l'infermiere di reparto ad indicarvi come e dove ritirarli.

La Distribuzione Per Conto (DPC) è un percorso attivo in Piemonte dal 2009 che consente di ritirare presso la farmacia "sotto casa" una serie di farmaci acquistati ed utilizzati a livello ospedaliero. Le liste dei farmaci variano a seconda delle regioni: quello del Piemonte è consultabile all'indirizzo internet:

www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/farmaci/farmaci-distribuzione-per-conto-pht

o può essere richiesto alla vostra Associazione di riferimento.

Il farmacista consegnerà in Distribuzione Per Conto (DPC) il farmaco nella confezione ospedaliera in quel momento disponibile (brand o equivalente).

IMPORTANTISSIMO

Perché una terapia – farmacologica (con farmaci convenzionali, omeopatici, fitoterapici, ecc.) o non farmacologica - abbia efficacia, occorre che il paziente osservi con attenzione le modalità ed i tempi di assunzione di quanto prescritto dal medico.

Il medico si raccomanderà l'aderenza e la persistenza (continuità) alla terapia.

ADERENZA Aderire ad una terapia significa prendere i medicinali e/o sottoporsi alle terapie strumentali prescritte **nei quantitativi, con la frequenza e nelle modalità indicate dal medico.**

Esempio: mettere una "compressina" sotto la lingua, alla sera, alle ore 22

PERSISTENZA (CONTINUITÀ) Persiste alla terapia chi segue la prescrizione del medico per tutto il tempo indicato.

Esempio: una capsula ogni 12 ore per 7 giorni

Sono in corso campagne nazionali e regionali per promuovere l'aderenza e la persistenza alle terapie perché non rispettare queste due semplicissime regole significa:

NON CURARSI ADEGUATAMENTE, SPRECARE DENARO E RISORSE

CAPITOLO 5 – Le esenzioni dal pagamento del ticket

5.1 – Quali sono

Le tipologie di esenzione previste dalle norme nazionali e regionali fanno riferimento a:

5.1.1 Reddito

CODICE ESENZIONE	REQUISITI
E01	Cittadini di età superiore a 65 anni ed inferiore a 6 anni, appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo, riferito all'anno precedente, non superiore a € 36.151,98
E02	Cittadini disoccupati e familiari a carico, appartenenti a un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a €. 8.263,31 incrementato fino a €. 11.362,05 in presenza del coniuge, incrementato di ulteriori €. 516,46 per ogni figlio a carico. All'interno di questa categoria si considerano anche i lavoratori in mobilità e i familiari a carico, purchè presentino le stesse caratteristiche previste per i cittadini disoccupati.
E03	Titolari di pensione sociale e familiari a carico del titolare di pensione sociale
E04	Titolari di pensione al minimo (e loro familiari a carico) con un'età superiore a 60 anni con reddito lordo del nucleo familiare, riferito all'anno precedente, inferiore a € 8.263,31 per i singoli (vedovi/e, separati/e, celibi/nubili) incrementato fino a € 11.362,05 in presenza del coniuge a carico; tali limiti di reddito sono aumentabili di un'ulteriore quota pari a € 516,45 per ogni figlio a carico

5.1.2 Invalidità

Le persone che sono riconosciute "invalidi civili" hanno diritto a non pagare i ticket delle spese sanitarie.

Categorie di invalidi esenti per tutte le prestazioni di diagnostica strumentale, di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

- **Invalidi di guerra:**
 - G01 Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 1° alla 5° titolari di pensione diretta vitalizia e deportati in campi di sterminio (ex art.6 DM 1.2.1991)
- **Invalidi per lavoro**
 - L01 Grandi invalidi del lavoro dall'80% al 100% di invalidità (ex art.6 DM 1.2.1991)
 - L02 Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa superiore a 2/3, cioè dal 67% al 79% di invalidità (ex art.6 DM 1.2.1991)
- **Invalidi per servizio**
 - S01 Grandi invalidi per servizio appartenenti alla 1° categoria, titolati di specifica pensione (ex art.6 DM 1.2.1991)
 - S02 Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla 2° alla 5° (ex art.6 DM 1.2.1991)
- **Invalidi civili**
 - C01 Invalidi civili al 100% di invalidità senza indennità di accompagnamento (ex art.6 DM 1.2.1991)
 - C02 Invalidi civili al 100% di invalidità con indennità di accompagnamento (ex art.6 DM 1.2.1991)
 - C03 Invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa superiore a 2/3, cioè dal 67% al 99% di invalidità (ex art.6 DM 1.2.1991)
 - C04 Invalidi minori di 18 anni con indennità di frequenza ex art. 1 L. 289/90 (ex art.5 D.lgs. 124/98)
 - C05 Ciechi assoluti o con residuo visivo non superiore a 1/10 ad entrambi gli occhi riconosciuti dalla Commissione Invalidi Ciechi Civili (art.6 DM 1.2.1991)

C06 Sordomuti (chi è colpito da sordità dalla nascita o prima dell'apprendimento della lingua parlata - art.6 DM 1.2.1991, ex art.7 L.482/68 come modificato dalla L.68/99)

• *Invalidi - Vittime atti terrorismo - Vittime del dovere*

V01 Vittime di atti di terrorismo e stragi e familiari (L.206/04); vittime del dovere e familiari superstiti (D.P.R. 7/7 2006, n. 243)

Categorie di invalidi esenti solo per le prestazioni correlate alla patologia che ha causato lo stato di invalidità

• *Invalidi di guerra*

G02 Invalidi di guerra militari appartenenti alle categorie dalla 6° alla 8° (ex art.6 DM 1.2.1991)

• *Invalidi per lavoro*

L03 Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa fino a 2/3, cioè dall'1% a 66% di invalidità (ex art.6 DM 1.2.1991)

L04 Infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali (ex art.6 DM 1.2.1991)

• *Invalidi per servizio*

S03 Invalidi per servizio appartenenti alla categoria dalla 6° all'8° (ex art.6 DM 1.2.1991)

5.1.3 Patologia

Hanno diritto all'esenzione sui ticket, parziale o totale per le cure mediche e sanitarie collegate alla malattia, le persone affette da:

malattie croniche

malattie invalidanti

malattie rare

patologie oncologiche

in attesa di trapianto

Hanno inoltre diritto all'esenzione, sempre limitatamente alla malattia, i tossicodipendenti in terapia con il metadone o inseriti in una comunità di recupero.

5.1.4 Altre prestazioni esenti

Prevenzione Serena; Tutela della Maternità; Prevenzione e Diffusione HIV; Donazioni di sangue, organi e tessuti; Prestazioni di cui alla legge 210/92 "Indennizzi per danni da trasfusioni e da vaccinazioni" Vaccini per le vaccinazioni non obbligatorie di cui all'art. 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996 n. 662; Soggetti che abbiano subito un'invalidità permanente non inferiore ad un quarto della capacità lavorativa per effetto di ferite o lesioni riportate in conseguenza di atti e fatti di cui alla Legge n. 302/90 così come modificata dalla Legge 407/98 "Nuove norme in favore delle vittime del terrorismo e della criminalità organizzata".

5.2 - Come e a chi richiederle

5.2.1 Esenzione ticket per reddito:

- a) Se si è in possesso delle credenziali SPID (che occorre avere a portata di mano per l'accesso) oppure della tessera sanitaria con microchip (Tessera sanitaria – Carta nazionale dei servizi CNS) - per quest'ultima modalità si sono segnalate difficoltà operative - si può fare richiesta accedendo al Portale Regionale "Tu Salute Piemonte" <https://www.piemontetu.it/servizi>
oppure

- b) presentando il Modulo per l'AUTOCERTIFICAZIONE presso gli uffici "Esenzione ticket/scelta e revoca medico" dei distretti ASL di competenza territoriale.

5.2.2 Esenzione ticket per invalidità (l'esenzione sarà parziale o totale in relazione alla percentuale di invalidità riconosciuta).

L'esenzione va richiesta all'ASL territorialmente competente, presentando:

- tessera sanitaria
- codice fiscale

e per:

INVALIDI CIVILI - verbale di accertamento di invalidità rilasciato dall'INPS oppure dall'ASL

INVALIDI DEL LAVORO o affetti da malattie professionali - certificato rilasciato dall'INAIL
INVALIDI PER SERVIZIO - verbale dell'Ospedale Militare

5.2.3 Esenzione ticket per patologia

L'esenzione va richiesta all'Asl territorialmente competente presentando:

- tessera sanitaria
- codice fiscale
- certificato (recente) medico attestante la malattia, rilasciato da specialista di struttura pubblica o accreditata
- copia della cartella clinica, che verrà valutata da un medico della ASL, rilasciata da un ospedale pubblico o da una struttura accreditata (in caso di accertamento in regime di ricovero)
- delega scritta e firmata per la richiesta di esenzione, qualora impossibilitati a presentarsi personalmente allo sportello, corredata da un documento d'identità in corso di validità del delegato e del delegante

Dopo aver valutato la documentazione, l'Asl rilascia un attestato di esenzione, con la definizione della malattia, il suo codice identificativo e l'elenco delle prestazioni esenti.

La durata dell'esenzione può essere permanente o limitata, secondo i tipi di malattia e/o le normative.

Per maggiori informazioni vai alla pagina della Regione Piemonte:

<https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/sostegno-alle-cure/esenzione-dal-ticket-per-visite-esami> o sul sito web della tua ASL.

CAPITOLO 6– Ausili e presidi

6.1 – Che cosa e quali sono

Protesi, ortesi, presidi e ausili utili per correggere o compensare menomazioni e disabilità funzionali causate da malattie o lesioni sono erogati dal Servizio Sanitario Nazionale a diverse categorie di persone fra cui quelle riconosciute invalide o in attesa di riconoscimento dell'invalidità, ai minori per cui si ritiene necessario fornire un dispositivo per evitare l'aggravamento di una particolare situazione clinica, ai pazienti affetti da patologia rara, a coloro che vengono presi in carico dai servizi di assistenza domiciliare.

Protesi: apparecchiature che sostituiscono parti mancanti del corpo (es. protesi oculari, apparecchi acustici, busti e corsetti)

Ausili: strumenti, o apparecchiature che permettono alla persona disabile di compiere un atto che non è in grado di fare (es. carrozzine, stampelle, tripodi, quadripodi, deambulatori)

Ortesi: strumenti che migliorano la funzionalità di una parte del corpo compromessa (es. scarpe ortopediche)

Presidi: strumenti utili per diagnosticare o autodiagnosticare, prevenire, monitorare, somministrare una terapia (cateteri per incontinenza, pannoloni, cannule tracheali, sacche per stomie, microinfusori, strisce reattive, glucometri).

I dispositivi e l'assistenza tecnica e sanitaria forniti dal Servizio Sanitario Nazionale sono specificati dal Nomenclatore dell'Assistenza Protesica, che è parte integrante dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

6.2 - Chi li prescrive

La prescrizione è di competenza dello specialista per la sua area di competenza o del Medico di Medicina Generale.

6.3 -A chi richiederli

La richiesta deve essere presentata dal cittadino ai Servizi di assistenza protesica ed integrativa della propria ASL di riferimento.

Si sta cercando di semplificare sempre di più queste procedure, per ridurre i passaggi presso le sedi ASL, attivando percorsi dematerializzati di autorizzazione; questa procedura è attiva, al momento, solo per alcune erogazioni di assistenza integrativa (es. la fornitura di alimenti privi di glutine, oppure l'erogazione dei dispositivi necessari ai pazienti diabetici).

6.4 - Dove si ritirano, quali sono consegnati a domicilio

Il ritiro o la consegna a domicilio dipendono dalla tipologia del presidio.

6.5 - Assistenza integrativa

Comprende l'erogazione di materiale mono-uso (cateteri, stomie, presidi assorbenti, cioè i pannoloni, ecc.) e di alimenti speciali (privi di glutine per i soggetti celiaci o aproteici per i nefropatici).

Presidi e prodotti per l'assistenza integrativa sono erogati attraverso *farmacie e negozi autorizzati*. È sufficiente recarsi presso il Servizio di Assistenza integrativa del Distretto di residenza con la prescrizione del medico di famiglia o di un medico specialista di struttura pubblica (a seconda del percorso) e attivare la fornitura seguendo le procedure in uso in quella ASL.

La fornitura trimestrale potrà essere consegnata a domicilio del paziente o ritirata presso il punto di erogazione stabilito.

Si illustrano, in dettaglio, alcuni percorsi di assistenza integrativa

- **Cateteri e materiali per stomizzati** - per ottenere l'autorizzazione è necessario rivolgersi al Servizio di Assistenza integrativa del Distretto di residenza, con la richiesta di un medico specialista o, solo in alcuni casi, del medico di famiglia.

Per alcuni prodotti, il medico prescrittore indicherà che è necessario presentare almeno due preventivi, ottenuti da due fornitori scelti dal cittadino tra farmacie e i rivenditori autorizzati. Gli ausili possono essere ritirati presso una farmacia o un rivenditore autorizzato, presentando l'autorizzazione.

- **Materiale per medicazione** - hanno diritto a ottenerlo i pazienti che si trovano in particolari condizioni cliniche, quali i soggetti affetti da ulcere croniche, chi si deve sottoporre a cateterismi vescicali, i portatori di tracheostomie.

Medicazioni tradizionali e bendaggio semplice possono essere prescritti dal medico di medicina generale, mentre medicazioni avanzate e bendaggio specialistico devono essere prescritti per la prima volta da un medico specialista. Per le prescrizioni successive alla prima, è possibile rivolgersi al medico di famiglia, per un periodo massimo di 6 mesi. Con la prescrizione, che contiene anche le indicazioni del fabbisogno mensile, è necessario recarsi presso le farmacie o i negozi convenzionati per il preventivo, e con i due documenti recarsi presso il Servizio Assistenza integrativa della propria ASL. Ottenuta l'autorizzazione, il materiale viene ritirato nella farmacia territoriale o nei negozi convenzionati.

PRESIDI PER DIABETICI

La Regione Piemonte fornisce gratuitamente alle persone con diabete:

- 1 Dispositivi tradizionali per l'autodeterminazione glicemica (glucometri e strisce reattive, lancette pun-gi dito)
- 2 Dispositivi tradizionali per la somministrazione di insulina (siringhe, aghi per penne, microinfusori per la somministrazione programmata)
- 3 Dispositivi di ultima generazione per:
 - a. monitoraggio continuo della glicemia
 - b. infusione di insulina

Chi li prescrive

L'erogazione avviene sulla base di un piano informatizzato di trattamento, il cosiddetto "Piano di automonitoraggio glicemico (PAG)". Per la fornitura dei dispositivi tradizionali per l'auto-monitoraggio glicemico (punti 1 e 2) prescritti nel PAG è sufficiente recarsi in farmacia o nei negozi autorizzati. In alcuni casi è necessaria la prescrizione del MMG.

Per i dispositivi di ultima generazione (punto 3), la prescrizione è di esclusiva competenza delle diabetologie, che procederanno in base alle necessità del singolo paziente e devono sviluppare percorsi finalizzati alla selezione di pazienti candidabili per un periodo di prova e garantire l'attuazione di uno specifico percorso di istruzione, educazione e formazione del paziente.

Presso l'ambulatorio di diabetologia, consegnati da un tecnico della casa produttrice, che collabora alla prima applicazione degli ausili ed al loro funzionamento. Successivamente, a seconda del modello, possono essere consegnati a domicilio tramite corriere, oppure ritirati presso la farmacia dell'Asl di riferimento.

Manutenzione

- In caso di malfunzionamento del presidio assegnato contattare direttamente, tramite numero verde o app, la casa produttrice del presidio.
- Sostituzione (se devices non più funzionanti o non riparabili, o se giunti alla fine del loro ciclo di funzionamento naturale, o divenuti realmente obsoleti): è sempre il diabetologo a prescrivere la nuova apparecchiatura.

CAPITOLO 7 – Riconoscimento Invalidità Civile e Handicap

7.1 – Il percorso

Quando ricorrono condizioni fisiche per cui può essere richiesto il riconoscimento di invalidità civile e handicap cosa occorre fare?

7.1.1 Ci si rivolge al Medico di Medicina Generale (MMG)

Il medico emette certificazione firmata e timbrata delle patologie a cui è affetto il paziente.

La certificazione è a pagamento e può andare da un minimo di € 30,00 a un massimo di € 120,00.

7.1.2 Ci si rivolge ad un patronato

Con la certificazione medica e i documenti del malato ci si rivolge a un patronato: qui si compila il mod. AP67, barrando la richiesta di invalidità ed handicap e lo si invia all'INPS.

7.1.3 L'INPS, entro un mese circa, invita a visita il richiedente che deve presentarsi all'ufficio di competenza (indicato nella convocazione) con la documentazione delle patologie per cui è in cura (diagnosi, esami sostenuti – Rx, risonanze, TAC, ecc. – terapie).

7.1.4 La Commissione medica invierà al paziente un verbale in cui: nega l'invalidità o indica la percentuale di invalidità assegnata in base alle patologie; la percentuale deve essere almeno del 66% per attivare alcuni benefici e dell'80% per dare il via alla richiesta di pensione di invalidità, o di indennità di accompagnamento (in caso di handicap grave) quando la persona non è in grado di muoversi in autonomia e di compiere gli atti quotidiani della vita.

7.1.5 In caso di riconoscimento dell'Indennità di Accompagnamento si invia all'INPS il mod. AP 70 con i riferimenti socioeconomici del soggetto e gli estremi bancari per il versamento dell'indennità.

7.2 – I Benefici

• Permessi

Se la richiesta di riconoscimento di handicap è stata accettata, si inviano all'INPS i dati anagrafici del caregiver e quelli del suo datore di lavoro in modo tale che il caregiver possa usufruire dei seguenti permessi:

- a 2 ore giornaliere
- b 3 giorni consecutivi
- c) Congedo straordinario di 2 anni per il disabile o per chi l'assiste tra i seguenti familiari: Genitori - Coniuge - Parenti e affini di 2° e 3° grado

• Retribuzione/Contribuzione figurativa

Per chi usufruisce dei permessi e del congedo straordinario è comunque garantita la retribuzione e la piena copertura pensionistica. Per puntualizzare la singola prestazione è comunque consigliato il ricorso ad un patronato.

• Altri benefici

- Sconto su bollette luce e gas;
- Esenzione tasse universitarie (a partire da invalidità del 66%)
- Agevolazioni per il trasporto in taxi;
- Alloggi per studenti (non è possibile specificare: la normativa cambia da una regione all'altra).
- Agevolazioni per l'acquisto della vettura e la sua trasformazione, con Iva agevolata al 4%
- Tassa di proprietà (bollo auto) gratuita
- Contrassegno Invalidi: introdotto in tutti i paesi membri dell'Unione Europea per facilitare la mobilità delle persone con disabilità. Esposto in maniera visibile sul parabrezza delle vetture, consente:
 - il transito nella ZTL centrale, nelle vie e corsie riservate al mezzo pubblico, nelle aree pedonali e nelle aree verdi
 - la sosta nei posti riservati ai disabili su suolo pubblico, senza esposizione del disco orario.
 - la sosta gratuita nelle zone a pagamento su suolo pubblico (strisce blu)
- Ausili tecnici ed informatici con Iva al 4%.

- Se l'invalidità è superiore al 74% si ha diritto ad una contribuzione figurativa suppletiva pari a due mesi all'anno per un massimo di 5 anni.

CAPITOLO 8 – Punto Unico di Accesso (PUA) o Sportello Unico SocioSanitario (SUSS)

8.1 Informazioni generali

Il Punto unico di accesso (PUA) come modalità organizzativa di accesso unitario e universalistico ai servizi, sanitari, sociali e sociosanitari è stato introdotto in Piemonte con la D.G.R. n. 55-9323 del 28.7.2008 con la denominazione "Sportello Unico Socio Sanitario". È gestito dalle Aziende Sanitarie Locali tramite i Distretti in collaborazione con gli Enti Gestori dei servizi socioassistenziali (Comuni, Unioni di Comuni o Consorzi).

Lo sportello unico è la porta di accesso alle Unità Multidisciplinari di Valutazione della Disabilità (UMVD) per i disabili e alle Unità di Valutazione Geriatriche (UVG) che riguardano le persone non autosufficienti con più di 65 anni.

Le Unità di Valutazione Geriatriche sono composte da

- un medico geriatra con funzione di presidente;
- un medico dell'assistenza sanitaria territoriale;
- un medico fisiatra;
- un assistente sociale, rappresentante dell'Ente Gestore dei Servizi Sociali;
- un assistente sociale dell'Azienda Sanitaria Locale;
- un infermiere professionale, preferibilmente rappresentante del Servizio Cure Domiciliari;
- un segretario (ruolo amministrativo)

e sulla base della documentazione ricevuta e degli esiti di una visita specialistica disposta dalla UVG stessa stabiliscono la possibilità del richiedente di accedere ai servizi previsti per la non autosufficienza, con un Piano di Assistenza Individuale (PAI) che può prevedere il ricovero in struttura (continuativo, temporaneo o di sollievo) o interventi di lungo assistenza domiciliare.

Gli interventi attivabili dalle Aziende Sanitarie Locali e dagli Enti Gestori dei Servizi sociali, oltre a quelli residenziali, possono essere:

a) interventi di assistenza domiciliare

sono volti a mantenere e rafforzare l'autonomia funzionale o a rallentare il deterioramento attraverso l'erogazione di servizi (in forma diretta o attraverso soggetti accreditati). Tali interventi possono essere prestazioni professionali o prestazioni di assistenza familiare.

L'assistenza domiciliare prevista in questo caso NON coincide con l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) fornita come servizio sanitario dall'ASL su richiesta del Medico di Medicina Generale

b) interventi con trasferimenti monetari o voucher per acquisto di servizi

Si tratta di contributi economici al beneficiario per sostenere gli oneri di cura sotto forma di:

1. assegno di cura per l'assunzione di un assistente familiare;
2. assegno di cura per le prestazioni fornite da familiari;
3. assegno di cura per l'acquisto di prestazioni fornite da Operatori Socio Sanitari (OSS);
4. voucher sociosanitari, cioè titoli economici non in denaro, utilizzabili per l'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare da enti erogatori accreditati e secondo quanto definito nel PAI (così come indicato dall'art. 17 della Legge 328/2000);

c) interventi complementari all'assistenza domiciliare

1. servizi di tregua, consistenti in prestazioni domiciliari finalizzate ad alleviare gli oneri di cura da parte della famiglia;
2. affidamento diurno;
3. telesoccorso;
4. fornitura di pasti, servizi di lavanderia, interventi di pulizia e igiene degli ambienti domestici;
5. servizi di trasporto o fornitura di voucher per prestazioni di trasporto per visite mediche o terapie previste dal PAI;

d) mix di interventi.

I servizi effettivamente riconosciuti sono stabiliti dal piano personalizzato sulla base delle effettive condizioni di gravità (sociali e sanitarie) dell'assistito e della definizione di un budget di cura.

Le modalità di erogazione dei servizi variano sensibilmente da ASL a ASL. (Gli interventi possibili sono uguali ovunque. Ogni Azienda e ogni EEGG li modula in autonomia, in base alla condizione specifica dell'utente ed al contesto territoriale)

Ad integrazione degli interventi possibili può avvenire che gli Enti Gestori dei servizi sociali e/o le ASL mettano a disposizione ulteriori servizi (per esempio le palestre cognitive per i casi di incipiente demenza senile, i gruppi di cammino, ecc.)

Nel caso in cui l'UVG/UMVD non riconosca l'accesso ai servizi per non autosufficienti è possibile presentare ricorso, in linea gerarchica, al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale a cui fa capo l'unità di valutazione.

8.2 - Come si accede al Punto Unico di Accesso/Sportello unico.

L'avvio degli interessati allo sportello unico generalmente avviene per indicazione del medico di medicina generale o di uno specialista oppure può essere inclusa in una procedura di dimissioni dall'ospedale (con o senza un periodo di ricovero in una struttura di lungodegenza).

L'avvio allo sportello unico avviene anche da parte dei professionisti dell'Ente Gestore dei servizi sociali che hanno in carico l'utenza (Assistenti Sociali; Educatori, Operatori Socio Sanitari).

Le sedi degli Sportelli unici e delle Unità di Valutazione possono essere presso i distretti sanitari o presso i servizi sociali territoriali.

Gli elenchi delle sedi sono disponibili sui siti delle Aziende Sanitarie e degli Enti Gestori dei Servizi sociali.

Il professionista che avvia le persone allo sportello unico indica anche la sede.

La documentazione richiesta comprende

- 1 La domanda di valutazione UVG;
da compilare nella prima pagina con i dati dell'anziano e nella seconda pagina con i dati del parente/caregiver che presenta l'istanza. Il modulo andrà firmato dal diretto interessato o dal parente/caregiver nelle pagine 4, 5 e 7.
- 2 Una scheda informativa sanitaria
da far compilare al medico curante, allegando l'impegnativa per "Visita UVG";
3. L'autocertificazione dei redditi
 - ISEE (Indicazione Socio Economica Equivalente) sociosanitario (da richiedere al CAF/Panato) e relativa DSU (Dichiarazione Sostitutiva Unica)
 - ISEE sociosanitario residenziale (per gli anziani già inseriti in una struttura residenziale) e relativa DSU
 - copia del modello OBIS M (richiedibile al CAF/patronato o scaricabile dal sito dell'INPS accedendo con il codice Pin del richiedente);
È possibile non consegnare l'autocertificazione, accettando un voto zero per la parte economica della valutazione
- 4 Il verbale di accertamento dell'invalidità civile ai sensi dell'art. 20 della L. 102/2009 rilasciato dal servizio di medicina legale dell'Azienda Sanitaria Locale in accordo con l'INPS.

Generalmente (ma non sempre) il personale dello sportello unico assiste l'interessato e i familiari nella predisposizione della richiesta.

8.3 – Il ruolo del Caregiver

Come conseguenza della gravità delle situazioni è molto frequente che i soggetti interessati siano assistiti da un caregiver familiare. I servizi considerano con favore queste presenze che però non hanno ancora un riconoscimento formale a livello normativo nonostante il fatto che l'impegno ad esse richieste sia spesso gravoso con rischi per la salute psicologica e anche fisica: Ciononostante la legge 104/92 prevede interventi a loro favore e in diverse situazioni locali gli Enti Gestori dei servizi socio-assistenziali possono attivare supporti ai caregiver per il sostegno completo della persona seguita

8.4 - L'attuazione dei piani personalizzati.

L'UVG, ai sensi della DGR n.34-3309 del 16 maggio 2016, entro 90 giorni dalla data di ricevimento della richiesta di valutazione, esegue la valutazione, sanitaria e sociale, utilizzando la "Cartella geriatrica", definisce la non autosufficienza e il Progetto Individuale concordato con l'interessato e la sua famiglia.

Le UVG e le UMVD informano, tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, sull'esito della valutazione indicando: la tipologia di progetto individuato, il punteggio distinto della valutazione sanitaria e sociale, nonché il grado di priorità (di cui alla D.G.R. 14-5999 del 25 giugno 2013).

In ragione del Progetto individuale predisposto (residenziale, domiciliare, ecc.) viene individuato un responsabile del PAI che ha l'obbligo di seguirlo e valutarlo periodicamente.

CAPITOLO 9 – Educazione Terapeutica

L'Educazione Terapeutica (ET) è un processo condiviso con il paziente e può essere erogata a livello individuale o in gruppo. Ha obiettivi ben precisi ed è parte integrante del processo di assistenza che coinvolge l'intero Team di professionisti (medico, infermiere, nutrizionista, psicologo, ecc.) garantendo un'assistenza globale che migliori la soddisfazione, la qualità di vita e l'aderenza alle indicazioni ricevute.

9.1 - Obiettivi dell'educazione terapeutica

Obiettivo dell'Educazione terapeutica è favorire la formazione dei pazienti all'autogestione della cura, adattandola all'evoluzione della malattia ed al modo di vivere del paziente.

Gli obiettivi di un intervento educativo devono mirare sempre a:

- **migliorare le conoscenze** del paziente;
- **migliorare l'abilità pratica** del paziente consentendo l'auto-gestione del trattamento
- **modificare i comportamenti**;
- **permettere di acquisire le capacità e le competenze** per prendere decisioni autonome.
- **migliorare la qualità di vita del paziente**
- **aumentare l'aderenza del paziente al suo trattamento**
- **consentire un maggiore controllo clinico della patologia**

9.2 - I percorsi educativi individuali e di gruppo

Sono definiti su diverse tematiche:

- 1 addestrare all'autocontrollo di alcuni parametri (es. la glicemia)
- 2 addestrare alla terapia iniettiva o all'utilizzo di strumenti specifici (auto-iniettori, penne di inoculo, ecc.)
- 3 addestrare alla prevenzione e alla gestione delle complicanze
- 4 apprendere uno stile di vita sano e un'alimentazione equilibrata

9.3 – Percorsi educativi individuali

Sono studiati e concordati con il singolo paziente/caregiver (o entrambi contemporaneamente) sulla base di necessità specifiche

VANTAGGI

- a Personalizzazione dell'intervento
- b Rispetto dei tempi necessari a quel singolo paziente / caregiver.
- c Migliore conoscenza del paziente, del caregiver, della famiglia, del binomio paziente/caregiver
- d L'ascolto del vissuto del paziente/caregiver/binomio è facilitato

SVANTAGGI

- a Mancanza di confronto con altri pazienti
- b Mancanza delle dinamiche di gruppo che ad alcuni pazienti possono risultare utili all'apprendimento.

9.4 – Percorsi educativi di gruppo

VANTAGGI

- a Possibilità di scambio di esperienze differenti **tra** i partecipanti
- b L'ambiente conviviale crea un clima che facilita l'apprendimento
- c I pazienti sono più stimolati all'apprendimento

SVANTAGGI

- a La gestione del gruppo (dando a ciascun partecipante il giusto spazio) affinché il percorso risulti efficace per tutti, può non essere semplice
- b Difficoltà a creare gruppi omogenei
- c Imbarazzo/ritrosia per alcune persone ad affrontare tematiche relative alle proprie patologie di fronte ad altri
- d Difficoltà a organizzare incontri in luoghi e momenti idonei per tutti

CAPITOLO 10 – Vaccini e vaccinazioni

10.1 - Il valore delle vaccinazioni nei soggetti adulti e fragili

L'immunizzazione tramite la vaccinazione è una pietra miliare della medicina poiché ha contribuito e contribuisce tuttora enormemente alla salute dei singoli individui e della collettività. Con l'eccezione dell'acqua potabile, nessun intervento sanitario, nemmeno l'utilizzo di antibiotici, ha avuto un effetto paragonabile a quello dei vaccini in termini di riduzione della mortalità e crescita della popolazione.

Si stima che le vaccinazioni prevengano 6 milioni di morti ogni anno nel mondo e la loro efficacia e sicurezza sono state ampiamente dimostrate nel corso degli anni.

Storicamente i programmi di immunizzazione erano destinati primariamente ai bambini. Tuttavia, le malattie infettive prevenibili da vaccino possono avere un impatto significativo su mortalità, salute e qualità di vita anche degli adulti. Inoltre, grazie al successo delle campagne vaccinali nei bambini, attualmente nel complesso la prevalenza delle malattie infettive prevenibili con i vaccini è superiore negli adulti rispetto che nei bambini. Basti considerare che nei Paesi ad alto reddito, il 90% delle morti correlate a polmonite da pneumococco e il 90% di quelle correlate a influenza riguardano gli adulti di età ≥ 65 anni. Infine, dal momento che la popolazione generale sta invecchiando, la vaccinazione degli adulti sta acquisendo sempre più rilevanza, tanto che a livello internazionale in un recente meeting della Organizzazione Mondiale della Sanità è emerso che vaccinare gli adulti e in particolare gli anziani deve essere un "mandato a livello globale". Per questi motivi, nei Paesi ad alto reddito, come l'Italia, sono state gradualmente introdotte raccomandazioni relative alla vaccinazione degli adulti, con particolare attenzione agli anziani e ai soggetti fragili per patologie e/o terapie in corso.

Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale italiano 2017-2019 attualmente in vigore è considerato quello più all'avanguardia in Europa e tutte le vaccinazioni in esso comprese sono Livelli Essenziali di Assistenza. Ciononostante, l'aderenza alle vaccinazioni raccomandate per gli adulti in generale, compresi gli anziani e i soggetti con patologie croniche, è bassa per una serie di motivazioni. Una di queste è la scarsa conoscenza dei cittadini del reale rischio di acquisire infezioni quali l'influenza, l'herpes zoster o fuoco di Sant'Antonio e la polmonite da pneumococco specialmente in età avanzata o in presenza di patologie croniche.

Con il trascorrere degli anni il sistema immunitario invecchia insieme al resto dell'organismo, riducendo così la sua capacità di una risposta protettiva efficace verso gli attacchi dei patogeni, fenomeno noto come immunosenescenza.

Questo declino della risposta immunitaria correlato all'età determina negli anziani un incremento della suscettibilità alle infezioni, così come della loro gravità e del rischio di sequele, con conseguente notevole peggioramento della qualità di vita, nonché della letalità.

Oltre all'età, anche le patologie croniche e/o le terapie, in particolare quelle immunosoppressive, si associano a un maggior rischio di contrarre infezioni. Allo stesso tempo in presenza di patologie croniche, le infezioni possono causare complicazioni cardiovascolari, aumentare il rischio di malattia cardiaca, scompensare il controllo glicemico nei pazienti diabetici e aggravare i sintomi dell'asma o della BPCO.

Molteplici malattie come l'influenza, il fuoco di Sant'Antonio, la pertosse, il tetano, la polmonite pneumococcica, il Covid-19 sono oggi prevenibili grazie all'utilizzo di vaccini sicuri ed efficaci.

10.2-Organizzazione dell'offerta vaccinale in Regione Piemonte

Le vaccinazioni in Regione Piemonte vengono erogate dai Servizi Vaccinali delle ASL.

Oltre alle ASL, alcune vaccinazioni (per la prevenzione di influenza, malattie pneumococciche ed herpes zoster) possono essere offerte dai MMG a specifiche categorie di soggetti.

In particolare, per quanto riguarda l'influenza essi possono effettuare la vaccinazione in tutti i soggetti con età ≥ 60 anni o con condizioni di rischio, sulla base delle indicazioni annuali del Ministero della Salute.

Invece, per quanto riguarda la vaccinazione anti-pneumococcica e anti-herpes zoster, essi possono vaccinare:

- I 65enni delle coorti dal 1952 al 1957 (ogni anno si aggiunge una coorte di età);
- I soggetti con cardiopatia, asma e BPCO.

Per maggiori dettagli su quali sono le vaccinazioni raccomandate in base all'età o a condizioni di rischio consultare il sito:

www.seremi.it

Di seguito il link per reperire i contatti dei Servizi Vaccinali delle ASL:

<https://www.seremi.it/sites/default/files/Servizi%20Vaccinali%20ASL-%20mail%20e%20telefono.pdf>

CAPITOLO 11– I Percorsi di Salute Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PSDTA)

Con “Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale” in tutto il mondo si definisce lo strumento utilizzato per uniformare l’approccio medico-clinico a determinate categorie di pazienti e che permette all’Azienda sanitaria di delineare il miglior percorso di diagnosi, cura e assistenza praticabile all'interno della propria organizzazione rispetto a una patologia, mettendo al centro la salute del cittadino.

Con il “Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale” (PSDTA) la Regione Piemonte intende sottolineare ancor più l’attenzione agli elementi che favoriscono, in ogni fase del percorso, la promozione della salute, intesa nel senso più ampio del termine, non solo come assenza di malattia ma come benessere fisico, mentale e sociale, in una visione, potremmo dire “a 360 gradi”, della persona e dei suoi bisogni.

11.1 - A cosa serve un PSDTA

Il PSDTA di riferimento regionale fissa i contenuti essenziali di percorso che ciascuna Azienda Sanitaria deve garantire per una determinata patologia

Parallelamente costruisce gli strumenti necessari per misurare la domanda (attraverso algoritmi di identificazione e stratificazione dei pazienti e le performance di percorso, in modo da fornire alle Aziende un cruscotto di monitoraggio del percorso e alla Regione il modo di controllare e confrontare le aziende stesse. Il tutto in una ottica di miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti.

In pratica il PSDTA serve per:

- descrivere il processo e le attività specifiche nella organizzazione di riferimento;
- informare e formare il personale, gli utenti e famigliari;
- ridurre la variabilità nei comportamenti;
- documentare le attività effettuate;
- migliorare la gestione complessiva e la qualità del percorso per il paziente.

11.2 - Com'è composto

Un PSDTA è composto di diverse parti tra cui:

- Elenco di chi partecipa alla stesura
- Lista dei destinatari
- Scopo
- Analisi del problema di salute/patologia oggetto del PSDTA
- Letteratura scientifica di riferimento
- Criteri di ingresso/eleggibilità
- Descrizione dello sviluppo complessivo del PSDTA
- Diffusione ed implementazione del PSDTA
- Strumenti ed indicatori di verifica dell’applicazione

11.3 – Dove si applica

Il PSDTA è attivato nell’ambito delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte, sia nel contesto ospedaliero che territoriale e domiciliare, con attività nelle aree preventive, terapeutiche e riabilitative.

11.4 - I PSDTA attivati nella Regione Piemonte

Attualmente la Regione Piemonte ha approvato ed attivato i seguenti PSDTA regionali:

- **Scompenso Cardiaco (SC)**
- **Malattia Renale Cronica (MRC)**
- **Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)**
- **Malattia di Parkinson (MP)**
- **Diabete Mellito (DM)**

Nelle pagine successive potrete trovare una sintesi dei percorsi per alcune malattie croniche.

PSDTA Scompensio Cardiaco (SC)

1 - CHE COS'È LO SCOMPENSO CARDIACO (SC)

è una sindrome caratterizzata da sintomi che possono essere causati da segni innescati da alterazioni strutturali e/o funzionali del cuore, risultanti in una riduzione della gettata cardiaca e/o elevazione della pressione di riempimento endoventricolare in condizione basali e/o durante stress. Esiste una fase preclinica durante la quale i pazienti presentano delle anomalie cardiache funzionali e/o strutturali in assenza di sintomi (disfunzione ventricolare sinistra sistolica o diastolica), precursori dello scompensio cardiaco.

Lo SC è la più importante causa di ospedalizzazione per i pazienti di età superiore a 65 anni.

2 – I SINTOMI PRINCIPALI

I sintomi più frequenti - debolezza generale (astenia), respirazione difficoltosa (dispnea) - sono per lo più accompagnati da segni come ingrossamento delle vene del collo (turgore giugulare), gonfiore delle gambe e caviglie (edemi declivi)

3 – PERCHÉ UN PSDTA PER LO SCOMPENSO CARDIACO

Secondo le attuali linee guida (LG) sullo Scompensio Cardiaco della European Society of Cardiology (Società europea di Cardiologia) “un sistema organizzato di cura specialistica dei pazienti con scompensio cardiaco migliora i sintomi e riduce le ospedalizzazioni e la mortalità.”

Le stesse LG puntualizzano che “il modello ottimale di assistenza dipende dalle singole realtà locali, dalle risorse disponibili e dal fatto che il modello di assistenza sia concepito per specifici sotto-gruppi di pazienti (ad esempio gravità dello SC, età, comorbidità) o per l'intera popolazione affetta da SC”.

Pertanto, la Regione Piemonte ha istituito un apposito gruppo di lavoro multidisciplinare, che comprendesse i Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS), gli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFEC), alcuni esponenti della Rete Cardiologica Regionale e rappresentanti delle associazioni dei pazienti, per sviluppare un PSDTA che:

- definisse gli standard di percorso da garantire a livello regionale ed aziendale;
- informasse e formasse il personale, gli utenti e i caregiver;
- riducesse la variabilità nei comportamenti dei professionisti;
- individuasse gli elementi fondamentali del modello di presa in carico e li rendesse coerenti con il sistema di offerta;
- migliorasse la qualità e la gestione complessiva del processo del paziente.

4 - COME È ORGANIZZATO IL PSDTA SCOMPENSO CARDIACO

4.1 Diagnosi

L'ipotesi di diagnosi di scompensio cardiaco può essere fatta da qualsiasi medico, in base alla storia anamnestica e alla clinica, supportata dagli esami individuati dai medici curanti.

4.2 Chi vi può entrare (Eleggibilità)

Sono eleggibili tutti pazienti con diagnosi confermata per SC.

4.3 Chi e come ci inserisce nel PSDTA (Arruolamento):

può essere fatto dal cardiologo, dal MMG e dall'Infermiere e verrà gestito operativamente dalle Centrali Operative Territoriali (COT).

PSDTA MALATTIA RENALE CRONICA (MRC)

1 – CHE COS'È LA MALATTIA RENALE CRONICA (MRC)

La MRC è una riduzione lenta (nell'arco di mesi o anni) e progressiva della capacità dei reni di filtrare le scorie metaboliche dal sangue.

È correlata all'età, soprattutto nei soggetti ipertesi, diabetici, obesi, cardiopatici o con altre patologie primitive renali.

La diminuzione della funzione renale predice il rischio di ospedalizzazione e perdita cognitiva ed è legata a scarsa qualità di vita (QoL).

La MRC, pur rimanendo molto spesso a lungo asintomatica, tende a progredire e può portare alla necessità di dialisi e trapianto.

In base alla compromissione della funzionalità renale è distinta in diversi gradi e può essere a lenta o rapida progressione.

2 – I SINTOMI PRINCIPALI

I sintomi possono comprendere minzione notturna, affaticamento, nausea, prurito, spasmi e crampi muscolari, inappetenza, stato confusionale, affanno e gonfiore del corpo (generalmente delle gambe).

3 - PERCHÉ SERVE UN PSDTA PER MALATTIA RENALE CRONICA

La diversa evoluzione della malattia (legata, oltre alle caratteristiche del singolo paziente, anche al concorso di numerosi altri fattori - diagnosi precoce, capacità diagnostica e facilità di accesso alle cure, aderenza alla terapia - che possono essere raggiunti con un adeguato piano assistenziale) richiede modelli di assistenza che consentano di individuare e prendere in carico tutti i pazienti in qualsiasi stadio di MRC e tutti coloro che, per le loro condizioni cliniche, siano a rischio di svilupparla. L'elevato carico assistenziale della MRC richiede una forte integrazione tra tutti gli attori coinvolti, a cominciare dal medico di medicina generale (MMG), per una precoce individuazione dei fattori di rischio ed una tempestiva ed appropriata presa in carico.

4 - COME È ORGANIZZATO IL PSDTA MRC DELLA REGIONE PIEMONTE

Il PSDTA promuove la realizzazione di una rete integrata tra Assistenza Primaria e Strutture Specialistiche per la prevenzione e cura della MRC, funzionale alla corretta presa in carico e gestione integrata del paziente nefropatico, in una prospettiva di appropriatezza, continuità diagnostico, terapeutica e assistenziale, in coerenza con gli indirizzi del Piano Nazionale Cronicità (PNC) e del Ministero della Salute.

La collaborazione tra MMG, Nefrologo, Specialisti e altri Professionisti Sanitari viene articolata in una gestione differenziata che tiene conto di diagnosi, stadio di malattia e specifici interventi terapeutici. Esso viene proposto per diagnosticare precocemente, prevenire e rallentare la progressione della MRC, eliminare la variabilità nei comportamenti, informare e formare personale, pazienti e famiglie oltre a ottimizzare la gestione complessiva e la qualità dell'assistenza al fine di migliorare la qualità di vita (QoL) della persona malata.

4.1 – Diagnosi

I MMG hanno un ruolo fondamentale nel riconoscimento precoce della MRC e nell'avvio dello screening sistematico di particolari categorie a rischio. Chi presenta le condizioni predisponenti deve essere seguito con una sorveglianza attiva nel tempo per ridurre o eliminare i fattori di rischio e deve essere periodicamente sottoposto a indagini diagnostiche di primo livello, necessarie per la diagnosi precoce di MRC.

La diagnosi di Malattia Renale Cronica sarà confermata dal Nefrologo.

4.2 Telemedicina

Per i pazienti con MRC ed in particolare per i pazienti in Stadio 4 e 5 ed in dialisi domiciliare (DP Dialisi Peritoneale ed HHD - emodialisi) è possibile ipotizzare l'utilizzo delle diverse prestazioni di Telemedicina per il raggiungere gli obiettivi riportati nella tabella

PSDTA Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)

1 - CHE COS'È LA BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA - (BPCO)

è una malattia cronica e parzialmente reversibile, dell'apparato respiratorio, caratterizzata da ostruzione del flusso aereo. All'ostruzione contribuiscono in varia misura alterazioni bronchiali (bronchite cronica), bronchiolari (alterazione patologica delle piccole vie aeree) e del parenchima (enfisema polmonare).

La BPCO è causata dall'inalazione di sostanze nocive, in primo luogo fumo di tabacco, che determinano, con vari meccanismi, un quadro dapprima di infiammazione cronica e poi di danno anatomico patologico a livello bronchiale, bronchiolare e parenchimale.

2 - SINTOMI PRINCIPALI DELLA BPCO

Clinicamente si manifesta con tosse e catarro cronici, dispnea e ridotta tolleranza all'esercizio fisico.

Lo stato di malattia (documentata compromissione funzionale di tipo ostruttiva) è preceduto da un insieme di sintomi, anomali parametri funzionali e/o radiologici, oggi catalogati come **PreBPCO** che, se ricercati e correttamente interpretati e monitorati, possono precocemente caratterizzare i soggetti a rischio.

3 - PERCHÉ SERVE UN PSDTA PER BPCO

La BPCO costituisce uno dei maggiori problemi di salute a livello mondiale; d'altro canto, rappresenta una patologia in cui è chiaramente possibile effettuare un'efficace manovra di prevenzione/limitazione del danno, agendo sulla prevenzione primaria (con politiche socio-sanitarie che mirino a ridurre le esposizioni ambientali ad inquinanti aerodispersi ed a contrastare il tabagismo), sulla prevenzione secondaria e terziaria (diagnosi precoce, cessazione del fumo nei malati ancora fumatori, trattamento farmacologico e non farmacologico, riduzione delle recidive).

È importante inoltre garantire, a tutti i soggetti affetti di BPCO, un ottimale trattamento che permetta un buon controllo dei sintomi e la riduzione delle riacutizzazioni in modo da ottenere un miglioramento dello stato di salute complessivo e della qualità di vita globale dei soggetti malati.

CHI PUÒ ACCEDERE AL PERCORSO (ELEGGIBILITÀ)

1. Tutti i pazienti affetti da BPCO (criteri diagnostici sotto specificati);
2. Tutti i pazienti a rischio di sviluppare BPCO (esposizione a fattori di rischio, in primis fumo di sigaretta), in presenza di sintomi.

DOVE E CHI INSERISCE IL PAZIENTE (ARRUOLAMENTO) NEL PSDTA

1. Accesso diretto dal MMG:
 - a. Accesso per sintomi;
 - b. Identificazione di soggetto a rischio pervenuto per altro motivo;
 - c. Accesso per problema fumo.
2. Infermiere di comunità:
 - a. Accesso per sintomi;
 - b. Reclutamento da parte dell'operatore per fattori di rischio;
3. Centro per il Trattamento del Tabagismo;
4. Campagne di sensibilizzazione ad hoc.

4 - COME È ORGANIZZATO IL PSDTA MALATTIA DI PARKINSON DELLA REGIONE PIEMONTE

4.1 Prevenzione ed educazione

4.2 Diagnosi

4.3 Stratificazione

4.4 Terapia

4.5 Follow-up

4.6 Riacutizzazione e ospedalizzazione

4.7 Riabilitazione

4.1 Prevenzione

I principali fattori di rischio per lo sviluppo di BPCO sono il fumo di sigaretta, l'inquinamento atmosferico (prevalentemente nelle aree urbane) e l'esposizione lavorativa a polveri e gas.

Per quanto riguarda il **fumo di sigaretta**, il **MMG** deve avvisare tutti i fumatori circa il rischio connesso con la loro (cattiva) abitudine e farli smettere (minimal advice).

Lo **specialista Pneumologo** dovrebbe considerare il trattamento del tabagismo come parte integrante della terapia per il paziente BPCO fumatore e, nel caso in cui non siano sufficienti i trattamenti minimi, deve procedere con altri interventi, ad esempio l'invio ai Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT).

Il Centro per il trattamento del tabagismo (CTT) di riferimento del Distretto deve mettere in atto gli interventi di carattere comportamentale e farmacologico (II livello).

4.2 Diagnosi

La diagnosi di BPCO si basa sulla presenza di sintomi respiratori e/o esposizione a fattori di rischio e sulla dimostrazione dell'ostruzione al flusso aereo mediante la spirometria e altre indagini di funzionalità respiratoria.

Nel sospetto diagnostico il Medico di Medicina Generale (MMG) riveste un ruolo centrale; al fine di intercettare i pazienti a rischio (prevenzione primaria) e verificare la possibile insorgenza della malattia, deve porre attenzione ad alcuni importanti segnali tra cui:

- Presenza di sintomatologia compatibile con disturbo respiratorio cronico (ad esempio tosse, catarro, dispnea, ricorrenti infezioni del tratto respiratorio);
- Storia di esposizione ad un agente (*noxa*) patogeno (soprattutto il fumo di sigaretta).

Queste condizioni contemporaneamente presenti in un soggetto adulto devono far nascere il sospetto di presenza di BPCO e conseguentemente indurre all'esecuzione di una spirometria basale al fine di verificare la presenza di ostruzione bronchiale e confermare di conseguenza la diagnosi.

La Diagnosi specialistica e gli approfondimenti diagnostici sono invece di competenza dello pneumologo che valuterà anche la gravità della malattia (è importante caratterizzare il paziente affetto da BPCO per quanto riguarda sintomatologia, propensione alle riacutizzazioni, stato di salute generale e comorbidità).

4.6 Riacutizzazione e ospedalizzazione

La riacutizzazione della BPCO (AECOPD, Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease) è definita da un peggioramento acuto dei sintomi abituali della persona con BPCO cioè dispnea, tosse ed espettorazione, che va al di là della normale variabilità giornaliera e che richiede un adeguamento terapeutico.

Le riacutizzazioni di BPCO costituiscono un evento importante nella storia della malattia in quanto influiscono negativamente sullo stato di salute globale, sul tasso di ospedalizzazione e sulla progressione di malattia, oltre che sulla comparsa di ulteriori riacutizzazioni.

Possono essere classificate in Lievi, Moderate e Gravi: per queste ultime, che possono essere associate ad insufficienza respiratoria acuta, è necessario l'accesso in DEA si provvederà alla stabilizzazione.

Al momento della dimissione ospedaliera è necessario definire l'organizzazione di un follow-up presso il medico curante e presso lo specialista pneumologo; in particolare è auspicabile una visita pneumologica per tutti i pazienti con BPCO riacutizzata, dimessi dal DEA o dai reparti ospedalieri, da effettuarsi idealmente entro un mese dalla dimissione al fine di ottenere una rivalutazione globale e della terapia in atto, farmacologica e non (ossigenoterapia, NIV, indicazione a fisioterapia respiratoria), con lo scopo di ridurre re-ospedalizzazioni precoci ed ulteriori riacutizzazioni.

Per i pazienti più complessi (ad esempio pazienti dimessi in ossigenoterapia o NIV domiciliare) potranno essere creati dei percorsi prioritari che comportino una maggiore presa in carico dei pazienti da parte delle strutture pneumologiche.

4.7 Riabilitazione

La riabilitazione respiratoria è un intervento globale e personalizzato, volto all'allenamento fisico, all'educazione, al cambiamento del comportamento, finalizzato a migliorare la condizione fisica e psicologica della persona affetta da malattia cronica respiratoria oltre che a promuovere una aderenza, a lungo termine, a programmi per il benessere del paziente.

Il Progetto Riabilitativo Individualizzato (PPRI) è vincolante per l'accesso del paziente nel percorso e può essere redatto dallo Pneumologo o dallo Specialista che ha in cura il paziente oppure da un Fisiatra, come previsto dalla normativa regionale (DGR 7 novembre 2016, n. 17-4167).

PSDTA Malattia di Parkinson (MP)

1 - CHE COS'È LA MALATTIA DI PARKINSON (MP)

La Malattia di Parkinson è una malattia neurodegenerativa causata dalla progressiva morte delle cellule nervose (neuroni) situate nella cosiddetta sostanza nera, una piccola zona del cervello che, attraverso il neurotrasmettitore dopamina, controlla i movimenti di tutto il corpo. È quindi una sindrome caratterizzata da rigidità, tremore, bradicinesia (ossia la lentezza nell'esecuzione dei movimenti) e da sintomi non motori.

Sebbene la causa della malattia di Parkinson non sia del tutto chiara, è ormai accettata l'ipotesi di un'origine multifattoriale, in cui interagiscono componenti ambientali e genetiche.

Da un lato, l'attività agricola sembra conferire un aumento di rischio di sviluppare la malattia, in particolare in relazione all'uso di pesticidi, insetticidi ed erbicidi. Dall'altro, evidenze sempre maggiori indicano un ruolo importante dei fattori genetici, in particolare nei casi a esordio con età inferiore ai 50 anni.

La storia clinica e l'esame obiettivo del paziente permettono al neurologo esperto in disturbi del movimento di diagnosticarla con un notevole grado di accuratezza. Il neurologo è la persona che stabilisce la necessità di eventuali esami strumentali a supporto alla diagnosi.

2 - SINTOMI PRINCIPALI

2.1 Sintomi motori

I sintomi motori principali della malattia di Parkinson sono:

- 1 tremore a riposo costituisce il sintomo di esordio nel 70% dei casi, esordisce tipicamente da un solo lato e coinvolge prevalentemente le dita della mano, con un gesto caratteristico, definito come "contar monete" o "far pillole";
- 2 rigidità percepita dall'esaminatore come aumentata resistenza alla mobilitazione passiva delle articolazioni nel loro movimento completo di escursione;
- 3 bradicinesia ossia la lentezza nell'esecuzione dei movimenti. Si manifesta inizialmente come riduzione della destrezza manuale con difficoltà a eseguire compiti motori fini quali allacciare i bottoni della camicia oppure nella scrittura. Vi è una riduzione dell'oscillazione degli arti superiori durante la marcia. La bradicinesia progredisce poi fino ad interferire con tutti gli aspetti della vita quotidiana, in particolare con la deambulazione e i passaggi posturali quali alzarsi da una sedia oppure girarsi nel letto.

Altri sintomi motori caratteristici sono:

- marcia a piccoli passi con trascinamento dei piedi, il cammino "festinante" deriva dalla combinazione di una postura in flessione e dalla progressiva perdita dei riflessi posturali (cioè il paziente non è più in grado di correggere spontaneamente eventuali squilibri), che provoca l'accelerazione del paziente nel tentativo di "raggiungere" il proprio centro di gravità che si sposta anteriormente.
Il caratteristico fenomeno del "freezing" ("congelamento") della marcia si osserva solitamente all'inizio del cammino e/o nel cambio di direzione o nell'attraversamento di spazi stretti.
- instabilità posturale, deriva da una progressiva perdita dei riflessi posturali, con aumento del rischio di cadute. Compare di solito nelle fasi più avanzate di malattia, mentre è generalmente assente all'esordio della malattia.

2.2 Sintomi non motori

All'esordio della Malattia di Parkinson possono manifestarsi numerosi sintomi non motori, spesso già presenti prima della comparsa dei sintomi motori, tanto da essere considerati possibili elementi di supporto della diagnosi precoce, anche se scarsamente specifici: stipsi, iposmia (alterazione della sensibilità olfattiva), disturbo comportamentale del sonno REM e depressione.

Col progredire della malattia nella fase intermedia, gli stessi sintomi non motori persistono, anche se spesso appaiono meno rilevanti rispetto ai sintomi principali ed in molti casi vengono sottovalutati o addirittura ignorati dal paziente stesso.

Nella fase avanzata della Malattia i sintomi non motori assumono nuovamente un grande rilievo e costituiscono in molti casi le cause di maggiore sofferenza e compromissione della qualità della vita dei pazienti.

I sintomi non motori della Malattia di Parkinson comprendono anche manifestazioni correlate ai trattamenti farmacologici (terapia dopaminergica), alla disabilità e alle sue conseguenze sulla vita quotidiana (complicanze della malattia): la nausea, l'ipotensione ortostatica (caduta della pressione arteriosa, quando si assume la posizione eretta), la sonnolenza diurna, i disturbi comportamentali di tipo compulsivo, i sintomi psicotici, gli edemi periferici e la perdita di peso.

Sin dagli stadi iniziali della malattia si possono poi manifestare lievi modificazioni delle capacità cognitive, principalmente relative a disfunzioni esecutive e della memoria visuo-spaziale. È possibile una progressione negli stadi più avanzati della malattia verso una forma di deterioramento cognitivo, a volte caratterizzato da un andamento fluttuante.

3 - PERCHÉ SERVE UN PSDTA PER LA MALATTIA DI PARKINSON

La Malattia di Parkinson è la seconda patologia neurodegenerativa più comune dopo la malattia di Alzheimer; la prevalenza è di circa 0,3% nella popolazione generale e circa l'1% nei soggetti di età superiore ai 60 anni.

Nel 10-15% dei casi la Malattia di Parkinson ha un esordio precoce, prima dei 50 anni e, più raramente, prima dei 40 anni, senza significative variazioni tra uomini e donne e con stretta correlazione con l'invecchiamento.

4 - COME È ORGANIZZATO IL PSDTA MALATTIA DI PARKINSON DELLA REGIONE PIEMONTE

4.1 Diagnosi

Il Medico di Medicina Generale (MMG) è centrale nel processo di diagnosi precoce e di avvio del successivo percorso di cura. È compito del MMG porre il *sospetto diagnostico* nei pazienti sintomatici e indirizzarli a una visita specialistica neurologica, dove possibile presso un ambulatorio dedicato per la Diagnosi e la Terapia della Malattia di Parkinson e dei Disordini del Movimento.

La *Diagnosi specialistica e approfondimenti diagnostici* sono invece di competenza del Neurologo e in particolare dello specialista di un Ambulatorio dei Disordini del Movimento che, in sintesi, nella fase diagnostica della MP ha i seguenti compiti:

- diagnosi precoce e avvio di un programma terapeutico che prenda in considerazione anche la prevenzione delle possibili complicanze motorie;
- diagnosi differenziale nei casi in cui viene esclusa la Malattia di Parkinson, individuando il percorso diagnostico e terapeutico successivo;
- sorveglianza del decorso della malattia e della risposta terapeutica per conferma della diagnosi e per riconoscere e correggere gli eventuali effetti collaterali indotti dal trattamento con i farmaci antiparkinsoniani.

Parte integrante della valutazione clinica dei soggetti con Malattia di Parkinson è la **valutazione neuropsicologica**, un esame approfondito delle funzioni cognitive che consente di porre una diagnosi differenziale tra deficit cognitivi singoli e una vera e propria demenza. Gli obiettivi che si pone sono prevalentemente di tipo diagnostico e prognostico. In quest'ottica, i test sono tra gli strumenti che il neuropsicologo può utilizzare per formulare delle conclusioni sul funzionamento cognitivo del paziente.

4.2 Evoluzione clinica

La progressione dei sintomi nella Malattia di Parkinson è variabile e non prevedibile. Viene schematicamente suddivisa in alcune fasi:

1. *Fase prodromica*: stadio di malattia che precede l'insorgenza dei sintomi motori (e quindi la diagnosi), che secondo alcuni studi potrebbe durare anche molti anni. Sono in corso numerosi studi per cercare di individuare i soggetti in fase prodromica. Attualmente non è ancora possibile individuare

con certezza tali soggetti anche se è di crescente importanza porre attenzione ad alcuni sintomi non motori (depressione, disturbi del sonno, stipsi, iposmia) che potrebbero precedere lo sviluppo completo della malattia.

2. *Fase iniziale*: comprende il periodo tra l'esordio dei sintomi motori fino alla comparsa delle fluttuazioni motorie. Le fluttuazioni motorie consistono nella comparsa di variazioni consistenti nella capacità motoria del paziente, che passa in modo più o meno repentino da una condizione definita "fase on" ad una altra definita "fase off".

3. *Fase intermedia*: dalla comparsa delle iniziali-lievi-prevedibili fluttuazioni motorie fino alla fase avanzata.

4. *Fase avanzata*: in questa fase la risposta terapeutica ai farmaci antiparkinsoniani non consente di ottenere un adeguato compenso funzionale del quadro clinico. I pazienti in tale fase possono manifestare gravi complicanze motorie (fenomeni on-off, discinesie) e non motorie. In questa fase possono anche comparire disturbi cognitivi, psichici e disautonomici.

4.3 Chi vi può accedere (eleggibilità)

Nel PSDTA vengono inclusi tutti i pazienti affetti da Malattia di Parkinson, lungo il percorso che si sviluppa dalla diagnosi alle cure palliative.

4.4 Dove e chi inserisce il paziente (Arruolamento) nel PSDTA

Il neurologo dell'Ambulatorio dei Disordini del Movimento è il principale responsabile dell'inserimento del paziente nel PSDTA, al momento della conferma della diagnosi e della stadiazione di malattia.

La prima visita e le successive visite di controllo vengono effettuate in ambulatorio tramite prenotazione diretta o tramite CUP, secondo l'organizzazione dei singoli ambulatori specialistici.

L'inizio della terapia medica deve essere concordato tra il neurologo e il paziente dopo adeguata informazione sugli effetti terapeutici e sulla possibile insorgenza di effetti collaterali.

La scelta della terapia si basa sulla valutazione clinica complessiva del paziente da parte del neurologo; devono essere presi in considerazione non solo la disabilità clinica, ma le necessità del singolo soggetto in relazione all'età, all'attività lavorativa ed al contesto sociale, sempre considerando l'efficacia e la sicurezza del singolo agente farmacologico e lo stadio della malattia.

La terapia deve essere il più possibile personalizzata e si modifica nella storia di malattia in base alle caratteristiche del paziente (età, richiesta funzionale, quadro clinico, sintomi motori e non motori, qualità di vita e comorbidità).

4.5 Controlli (Follow up)

Viene raccomandato di eseguire la prima visita di controllo dopo 1-3 mesi dalla prima visita per verificare l'efficacia della terapia o la necessità di introdurre nuovi farmaci, per valutare la presenza di eventuali effetti collaterali, la progressione dei sintomi e l'analisi di eventuali esami strumentali.

Le visite successive possono essere effettuate con cadenza variabile a seconda delle problematiche del paziente; è comunque raccomandata almeno la cadenza annuale.

Le visite di follow-up vengono effettuate per:

- ottimizzare la terapia;
- verificare la diagnosi (secondo i criteri della UK Brain Bank sono necessari 3 anni di follow-up per la diagnosi di MP probabile);
- sorveglianza degli effetti collaterali;
- rilevare eventuali sintomi di recente insorgenza che richiedano nuovi approcci terapeutici (es.: farmacologici, fisioterapici, logopedici, dietologici)

5 -TERAPIE DELLA FASE AVANZATA

La fase avanzata di malattia è caratterizzata da complicanze motorie (fluttuazioni motorie e non motorie e/o discinesie) non controllate in modo adeguato dalla terapia farmacologica che hanno un impatto significativo sulla qualità di vita e sull'autonomia nelle attività della vita quotidiana.

6 - GESTIONE TERAPEUTICA DEI SINTOMI NON MOTORI E COMORBILITÀ

Il trattamento dei sintomi non motori deve realizzarsi tramite un approccio multidisciplinare, a seconda dei sintomi possono essere coinvolte differenti figure professionali quali: urologo, fisiatra e foniatra, psichiatra, internista, geriatra, gastroenterologo, dietologo, neuropsicologo. Fondamentale è anche il coinvolgimento e il supporto del caregiver.

6.1 La gestione del paziente ricoverato

In caso di ricovero ospedaliero di pazienti parkinsoniani per comorbilità internistiche o chirurgiche, si determinano frequentemente elementi di criticità, dovuti ad esempio all'impossibilità di somministrazione dei farmaci per via orale, alle eventuali interazioni del trattamento antiparkinsoniano con le altre terapie, oppure alla difficoltà di approvvigionamento tempestivo delle formulazioni farmacologiche assunte dal paziente o di rispetto degli orari di assunzione dei farmaci.

L'eterogeneità dei possibili schemi terapeutici antiparkinsoniani non consente la definizione di regole di comportamento generali, salvo l'indicazione ad evitare la brusca sospensione del trattamento dopaminergico.

7 - PERCORSO RIABILITATIVO

La presa in carico in ambito riabilitativo deve avvenire precocemente, garantendo una gestione omogenea del percorso riabilitativo e di trattamento in generale della MP, facilitando una condivisione dei percorsi e pari opportunità di accesso ai trattamenti. La valutazione ed il trattamento riabilitativo multisistemico devono avere una valenza multidisciplinare e sono fondamentali in affiancamento alla terapia farmacologica.

Il progetto riabilitativo P.R.I. (Progetto Riabilitativo Individuale) è lo strumento riabilitativo unico che garantisce il Percorso Riabilitativo Individuale specifico per ogni Persona. Il P.R.I. sarà redatto fin dalla prima visita fisiatrica, definendo le aree di intervento specifico, gli obiettivi, le modalità di erogazione con i setting più appropriati, gli operatori coinvolti e la verifica degli interventi.

Il Team Riabilitativo operativo è composto da: Medico Fisiatra, Medici Specialisti (Neurologo, Foniatra, Dietologo, etc.), Fisioterapista, Logopedista, Infermiere, Dietista, Terapista occupazionale, Psicologo, Psicologo clinico, Assistente sociale.

In base alla prevalenza dei bisogni individuati (riabilitativi, clinici o assistenziali) verrà definito, anche in base alla fase di malattia, il setting più appropriato per l'attuazione del P.R.I.: domiciliare, ambulatoriale o day hospital, ricovero ospedaliero, trasferimento temporaneo in Strutture protette aziendali o altro, in base agli obiettivi individuati, agli strumenti tecnici necessari e alla presenza di percorsi di continuità assistenziale disabilità-dipendenti, nel territorio di riferimento.

8 - APPROCCIO PALLIATIVO ALLA MALATTIA DEL PARKINSON

Nella fase avanzata le cure palliative, mirate al miglioramento della qualità di vita, possono svolgere un ruolo importante, parallelamente al prevalere dei sintomi non motori e delle comorbilità. La gestione dei problemi più critici dovrebbe essere valutata in stretta cooperazione con il paziente ed i familiari e con tutte le figure professionali coinvolte in un approccio multidisciplinare.

9 - RUOLO DEL SERVIZIO SOCIALE AZIENDALE

La disabilità conseguente all'insorgenza della MP rende necessario non solo un supporto sanitario ma anche sociale attraverso l'attivazione di una serie di servizi socioassistenziali e sociosanitari adeguati a compensare il più possibile la perdita di autonomia e migliorare la qualità di vita del soggetto e della sua rete di riferimento.

10 - RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI DEI PAZIENTI

Le associazioni *Associazione Amici Parkinsoniani Piemonte Onlus- Associazione Italiana Parkinsoniani Onlus – Sezione di Torino G. Cavallari -Associazione Amici Parkinsoniani Biellesi Onlus -Associazione Parkinson Biella Sezione di Vercelli -Associazione Parkinson Arona - Associazione Parkinson Alessandria "Gli Amici di Lucia" - Associazione Parkinson Asti - Associazione Parkinsoniani VCO Onlus - Associazione Parkinson Cuneo e le sue Valli - Associazione Parkinson Novara - Associazione Parkinsoniani Canavese - Associazione Parkinson Valle d'Aosta* hanno costituito già dal 2016 un "Tavolo regionale" con lo scopo di:

- aumentare la visibilità per la MP e gli altri Disturbi del Movimento
- migliorare la corrispondenza fra presidio reale di cure e PDTA Parkinson
- sostenere, il più a lungo possibile, l'autonomia e la qualità della vita del malato e dei loro familiari
- supportare programmi di ricerca.

PSDTA DIABETE MELLITO (DM)

1 – CHE COS'È IL DIABETE MELLITO

Il diabete è una malattia cronica caratterizzata da iperglicemia, cioè presenza di elevati livelli di glucosio nel sangue, dovuta ad un difetto di produzione (quantitativo e qualitativo) o di risposta di insulina, un ormone secreto dal pancreas ed indispensabile per il metabolismo degli zuccheri.

Esistono due tipi principali di diabete:

diabete di tipo1, definito immunomediato, si manifesta prevalentemente nell'infanzia e nell'adolescenza. Rientra tra le malattie autoimmuni perché è causata dalla produzione di auto anticorpi che attaccano le cellule del pancreas deputate alla produzione di insulina.

diabete di tipo2 il più frequente (circa il 90% dei casi), più tipico dell'età matura. È caratterizzato da un duplice difetto: non viene prodotta una quantità sufficiente di insulina e/o l'insulina prodotta non agisce in maniera adeguata (insulinoreistenza).

Molto spesso ne sono affetti pazienti adulti con più di 45 anni obesi e sedentari, con una storia familiare di malattia: di qui l'evidente necessità di intervenire in maniera mirata anche sullo stile di vita del paziente, in modo continuativo e possibilmente rivolto anche alla sua famiglia.

Valori di glicemia superiori a 126 mg/dl, così come valori di emoglobina glicata superiori al 6,5%, sono diagnostici di malattia (se confermati), mentre valori occasionali di glicemia maggiori di 200 mg/dl non necessitano di conferma.

2 – I SINTOMI PRINCIPALI

Tipo1 - Sete eccessiva (polidipsia), minzione frequente (poliuria), fame eccessiva e perdita di peso (polifagia paradossa), nausea, vomito, debolezza, stanchezza, irritabilità e cambiamenti di umore

Tipo2 – I sintomi sono gli stessi del Tipo 1, ma meno evidenti. Dato l'esordio lento, possono essere sottovalutati ritardando la diagnosi. Indicatori di rischio sono: obesità, ipertensione, quadro lipidico alterato

3 – PERCHÉ UN PSDTA PER IL DIABETE

Il Rapporto ARNO Diabete 2019 ha stimato che in Italia vi siano oltre 4 milioni di casi noti di diabete mellito e circa 1 milione di casi misconosciuti.

Il vertiginoso aumento della malattia è dovuto fondamentalmente all'aumento della età media della popolazione e a stili di vita inadeguati (alimentazione disordinata e eccessiva sedentarietà).

In generale, il Diabete Mellito rappresenta un grosso problema sia di tipo clinico, sia sociale ed economico in quanto:

- è in aumento, sia come incidenza sia come prevalenza,
- riduce la qualità di vita e pesa sulla persona, la famiglia e la società
- causa spesso morte prematura ed è tra le principali cause di mortalità
- è la seconda causa di insufficienza renale
- è la più comune causa di cecità nell'età adulta
- è la più comune causa di amputazioni non legate a trauma
- malattia cronica fra i bambini
- ha costi sanitari diretti consistenti (10-15% della spesa totale)

La valutazione specialistica di un paziente diabetico rappresenta un'attività complessa, costituita dall'insieme delle attività e prestazioni che consentono di:

- disporre di un quadro clinico anamnestico completo del paziente;
- eseguire una valutazione completa delle possibili complicanze croniche della malattia diabetica;
- stendere un piano diagnostico e terapeutico personalizzato, da condividere con il MMG.
- effettuare un primo livello di educazione terapeutica, pertinente con il suddetto piano.

Occorre dunque ottimizzare la cura della malattia diabetica e prevenirne le complicanze mediante:

- a Diagnosi precoce della malattia diabetica
- b Promozione della partecipazione attiva della persona con diabete alla gestione della propria condizione

- c Monitoraggio/gestione del paziente diabetico da parte del MMG (attività di 1° livello)
- d Ottimizzazione e razionalizzazione dell'accesso alle Strutture di Diabetologia (attività di 2° livello)
- e Cura e diagnosi delle complicanze con integrazione delle diverse competenze professionali
- f Utilizzo appropriato delle risorse disponibili.

4 – COM'È ORGNIZZATO IL PSDTA DIABETE

4.1 Diagnosi

Sospetto diagnostico e/o diagnosi di diabete possono essere fatti da

- a. **MMG**
- b. **Diabetologo o altro specialista**, in occasione di valutazione per problema pertinente
- c. **DEA/struttura ospedaliera**, dopo accesso anche per altra causa, con riscontro di iperglicemia,

4.2 Chi vi può accedere

Sono eleggibili tutti i pazienti con diagnosi di diabete mellito di tipo 1 e tipo2

4.3 Arruolamento nel PSDTA

avviene da parte del **Centro di accoglienza** dell'ASL o dell'AO, dove il paziente viene sottoposto a visita per la presa in carico, nel corso della quale viene confermata la diagnosi di diabete e rilasciato l'attestato di patologia (tramite RRD) ai fini dell'esenzione dal ticket.

In tale centro vengono definiti:

- il quadro complessivo del paziente
- l'opportunità di eventuali approfondimenti diagnostici
- il piano di trattamento personalizzato.
Il piano deve indicare chiaramente: obiettivi terapeutici, mezzi la necessità die strumenti adeguati allo scopo
- la necessità di una valutazione interdisciplinare con altri specialisti
- per il diabete di tipo 2, il percorso di gestione integrata con il MMG per il controlli ordinari sulla stabilità della patologia e/o per le analisi periodiche
- l'educazione terapeutico/sanitaria a stili di vita corretti e all'auto-gestione della malattia

4.4 I Controlli

Il percorso di controllo ed assistenza è assolutamente personalizzato sul singolo paziente. Per il diabete di tipo 2, la responsabilità della continuità delle cure, della terapia e del follow-up di questa tipologia di pazienti spetta al MMG, in forma coordinata con il servizio di diabetologia di riferimento del paziente (cd. Gestione Integrata del Diabete), sulla base del piano di assistenza individuale definito dal servizio stesso e condiviso con il MMG nell'ambito dell'apposita piattaforma informatica regionale con il servizio o centro di diabetologia (cd. Portale per la GID).

Modalità per il follow-up del paziente diabetico Tipo2 con compenso metabolico accettabile e privo di complicanze d'organo.

FREQUENZA	ESAME/VISITA DI CONTROLLO
Ogni 3 mesi	Glicemia a digiuno Glicemia postprandiale HbA1c Esame urine completo Peso corporeo Pressione arteriosa
Ogni 6 mesi	Visita medica generale (cardiovascolare, neurologica periferica, controllo dei piedi)
Ogni anno	Visita presso Centro di Diabetologia Microalbuminuria Creatinina, Uricemia Assetto lipidico Emocromo completo Elettrocardiogramma Esame fondo dell'occhio (ogni 2 anni se normale)

PSDTA per il Diabete mellito nel paziente pediatrico

1 – PERCHÉ UN PSDTA SPECIFICO PER LA PEDIATRIA: la gestione di un adolescente/bambino con diabete è del tutto diversa da quella di un adulto per motivi fisiologici, psicologici, nutrizionali e relazionali.

Il diabete interferisce in ogni aspetto della vita e delle esperienze del giovane paziente, richiedendo un impegno di tutto il nucleo familiare, della scuola e della comunità in genere.

Il Piano Nazionale per la malattia Diabetica invita le Regioni e le Aziende Sanitarie all'adozione di PSDTA specifici per il diabete mellito in età pediatrica.

Per rispondere a queste necessità, l'assistenza diabetologica in età evolutiva deve essere affidata al Pediatra e strutturata su un livello base (PLS/MMG) e uno specialistico, organizzato secondo il modello in rete di Centri di Riferimento Regionali (HUB), in accordo con le normative regionali e con le Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico adolescenziale. Inoltre,

è necessario che le aree della diabetologia pediatrica e dell'adulto siano fra di loro collegate, per favorire la transizione dal Centro pediatrico a quello dell'adulto, con attivazione di ambulatori dedicati ai giovani ragazzi al raggiungimento della maggiore età (transizione).

2 – CHI VI PUÒ ACCEDERE (Eleggibilità)

Il PSDTA si riferisce a pazienti con DM tipo 1, tipo 2 e altre forme, di età 0-18 anni, all'esordio di diabete e in follow-up dopo la diagnosi.

3 – COM'È ORGANIZZATO IL PSDTA

3.1 Diagnosi PLS e specialista sono i principali attori della diagnosi

3.2 Arruolamento ambulatorio o day hospital/day service

3.3 Ricoveri pur ribadendo l'opportunità di gestire la complessità della malattia attraverso forme di assistenza ambulatoriali, esistono situazioni che rendono indispensabile il ricovero ospedaliero.

3.4 Condizioni particolari

- Condizioni di disagio psicosociale, che richiedono più lunghi interventi di educazione e di verifica vanno gestiti in un percorso di integrazione sociosanitaria tra ospedale e territorio che garantisca continuità assistenziale.
- Disturbi del comportamento alimentare (DCA) vanno gestiti da un Team multidisciplinare presso Centri dedicati.

CAPITOLO 12 – La Rete Oncologica

Le patologie oncologiche possono colpire tutti gli organi dal corpo umano e richiedono percorsi specifici, con l'intervento di diversi specialistici.

Per fare fronte a questa complessità, nel 2003, la Regione Piemonte ha approvato un Progetto organizzativo del polo oncologico e della rete oncologica esteso alla Valle d'Aosta.

In questo ambito sono state elaborate le linee guida metodologico-organizzative del Centro Accoglienza e Servizi e del Gruppo Interdisciplinare delle Cure che hanno definito le strutture di base per la cura dei tumori. Le aziende si sono progressivamente adeguate alle linee guida con i continui aggiornamenti resi necessari dalla (fortunatamente veloce) evoluzione delle conoscenze scientifiche, delle cure e delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche. La rete mette a disposizione del pubblico un sito bene organizzato e facilmente consultabile all'indirizzo: www.reteoncologica.it I professionisti che accompagnano i pazienti lungo tutto il loro viaggio di cura sono medici, infermieri, amministrativi, psicologi, assistenti sociali, associazioni di volontariato e altri operatori della sanità, i quali, ognuno con un ruolo ben delineato vengono costantemente formati per migliorare l'assistenza, semplificare l'accesso ai servizi, intervenire tempestivamente e seguire i bisogni della persona

12.1 - IL CENTRO ACCOGLIENZA E SERVIZI (C.A.S.)

Il Centro Accoglienza e Servizi (C.A.S.) è la struttura di riferimento del paziente nell'ambito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta in termini di assistenza, orientamento e supporto.

Ai CAS vengono indirizzati i pazienti per i quali è emerso un sospetto diagnostico in una qualsiasi sede (visita del medico di famiglia, visite specialistiche, programmi di screening, degenze...). La cosa migliore, quando il paziente nutre un qualche dubbio sulle proprie condizioni è il confronto con il proprio medico che può avviare, se necessario, il percorso di approfondimento con l'invio al CAS.

Il CAS, situato di norma presso i Servizi Oncologici delle Aziende Sanitarie afferenti alla Rete Oncologica, garantisce la presa in carico del paziente svolgendo un duplice ruolo:

- accoglie il paziente, informandolo in merito ai servizi erogati, alle modalità di accesso, alle prenotazioni;
- svolge mansioni sul versante amministrativo-gestionale lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico del paziente, prevedendo le seguenti principali attività:
 - attivazione del Gruppo Interdisciplinare Cure di riferimento;
 - verifica della presa in carico del paziente e della continuità assistenziale;
 - prenotazione delle prestazioni diagnostiche preliminari;
 - creazione e aggiornamento della Scheda Sintetica Oncologica del paziente;
 - gestione della documentazione informatica;
 - comunicazione costante con gli altri CAS della Rete.

Il CAS prevede che tutte le visite di diagnosi e cura siano esenti da ticket.

I Centri di accoglienza e servizi sono distribuiti in tutto il territorio regionale e precisamente:

Nel sito <http://www.reteoncologica.it/area-cittadini> sono indicati, per ogni centro, l'ubicazione, gli orari, il telefono, la mail e i nominativi dei responsabili.

12.2 I DIRITTI DEI PAZIENTI ONCOLOGICI

Prestazioni Assistenziali a favore dei Pazienti

Ai malati oncologici lo Stato italiano riconosce l'Invalidità Civile (Sentenza della Corte Costituzionale 187/2010) che comprende oltre i cittadini italiani anche i cittadini degli stati membri dell'Unione Europea residenti in Italia, i cittadini extra-comunitari e apolidi regolarmente soggiornanti in Italia"

Prestazioni Previdenziali a favore dei Pazienti:

sono possibili la riduzione dell'età pensionabile e l'accesso alle pensioni di inabilità. Sono pratiche complesse da valutare con molta attenzione presso i patronati.

Prestazioni Previdenziali a favore dei Familiari:

fatta salva la verifica dei requisiti da parte dell'INPS, i famigliari possono accedere ai permessi previsti dalla legge 104/92

12.3 IL GRUPPO INTERDISCIPLINARE DI CURE

Per ogni patologia tumorale è prevista la costituzione di Gruppi interdisciplinari delle Cure (GIC) con lo scopo di favorire una presa in carico multidisciplinare mirata a garantire una maggiore tempestività e dal coordinamento degli interventi: i diversi professionisti coinvolti nelle fasi di diagnosi e cura, che naturalmente cambiano in base alla patologia e alle specifiche condizioni di salute della persona malata, non incontrano il paziente in successione, frammentando i percorsi diagnostico-terapeutici e allungando i tempi di attesa, ma si presentano come una vera e propria équipe medica che basa la propria operatività sulla comunicazione e la condivisione interdisciplinare.

Il Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC) riunisce al proprio interno medici di diversa specializzazione appartenenti a differenti Unità Operative che, attraverso una visione complessiva della persona malata, e dunque grazie all'interdisciplinarietà dell'approccio clinico, stabiliscono i percorsi di cura più appropriati.

Il GIC, nello svolgimento del proprio compito di cura della persona malata, si ispira ai protocolli procedurali attualmente in vigore, ma può anche stabilire collegialmente di ricorrere a protocolli sperimentali, purché regolarmente approvati.

Il Dipartimento interaziendale e interregionale Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta organizza periodici incontri con tutti i referenti dei Gruppi Interdisciplinari Cure (GIC), per i diversi gruppi di patologia tumorale:

- **Tumori del colon-retto**
- **Tumori cutanei**
- **Tumori del fegato**
- **Tumori dell'esofago**
- **Tumori ginecologici**
- **Tumori della mammella**
- **Osteo oncologia**
- **Tumori del pancreas e delle vie biliari**
- **Tumori rari e sarcomi**
- **Tumori del sistema nervoso**
- **Tumori dello stomaco**
- **Tumori testa-collo**
- **Tumori della tiroide e delle ghiandole endocrine**
- **Tumori toraco-polmonari**
- **Tumori urologici**
- **Mieloma multiplo**
- **Tossicità tardive delle terapie oncologiche**
- **Tumori ematologici**

L'elenco dei GIC comunicato dalle direzioni aziendali è consultabile al link <http://www.reteoncologica.it/area-operatori/gruppi-per-tipi-di-tumore/qic>.

Per ogni gruppo sono indicati la sede, il numero telefonico, la mail e i nominativi dei responsabili, dei referenti e dei componenti.

12.4 I GRUPPI SU TEMI ONCOLOGICI

L'Autorità Centrale di Coordinamento Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta organizza periodici incontri con tutti i professionisti su temi oncologici.

Una particolare attenzione è rivolta alle cure palliative.

I documenti e le raccomandazioni possono essere scaricati al link

<http://www.reteoncologica.it/area-operatori/gruppi-su-temi-oncologici/cure-palliative>.

Altri temi trattati sono:

- Cardioncologia
- Medicina Oncologica e Follow up
- Oncogeriatría
- Tossicità tardive delle terapie oncologiche
- Monitoraggio clinico a lungo termine
- Tumori HPV correlati

12.5 PROGETTO PERCORSO di SALUTE DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE

Attualmente tutte le ASO/ASL hanno PSDTA propri, stilati sulla base delle evidenze scientifiche nazionali e internazionali e condivisi con la Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, che permettono di identificare per ogni patologia tumorale i Centri di Riferimento Regionali (HUB) e i Centri Satellite (SPOKE) per l'erogazione delle prestazioni di minor complessità.

Nel PSDTA, oltre ai percorsi diagnostici e terapeutici saranno previsti capitoli specifici sulla prevenzione primaria, secondaria e terziaria, includendo percorsi di riabilitazione e di preservazione della fertilità maschile e femminile. I PSDTA sono omogenei, schematici di facile consultazione e definiscono tempi e modalità di realizzazione delle varie prestazioni. Viene confermato il ruolo centrale della organizzazione CAS/GIC per rendere operativi i PSDTA. È necessaria la consultazione con le associazioni dei pazienti e ci si propone di introdurre un AUDIT esterno di validazione dei PSDTA e delle modalità di attuazione.

Al momento, sono in fase di aggiornamento, a cura dell'Autorità Centrale di Coordinamento della Rete Oncologica i ISDTA delle varie patologie tumorali: i PSDTA del carcinoma mammario e del carcinoma del colon saranno i primi ad essere completati e serviranno come modello per l'aggiornamento degli altri.

12.6 LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

La Rete collabora sistematicamente con le Associazioni di volontariato, oncologiche e dei pazienti il cui elenco è reperibile al sito <http://www.reteoncologica.it/volontariato/associazioni>.

È in corso l'aggiornamento del censimento post covid ed è prevista la verifica dei corsi di formazione promossi da ogni singola associazione e le iniziative realizzate sul territorio di riferimento. Le associazioni dei pazienti saranno coinvolte nelle fasi di discussione e approvazione dei PSDTA.

CAPITOLO 13 – La Rete Endocrino Diabetologica

In Piemonte, circa 250.000 persone soffrono di diabete, oltre il 5% della popolazione. Il 91% di questi sono adulti con diabete di tipo 2, gli altri sono persone con diabete di tipo 1- età pediatrica (circa il 5%), diabete gestazionale, diabete secondario e altri tipi di diabete.

Per garantire a questi pazienti una migliore assistenza attraverso l'omogeneità e la condivisione dei percorsi di cura fra tutti i servizi competenti, l'analisi e la soluzione collegiale dei problemi, l'appropriatezza clinica ed organizzativa, la formazione comune la Regione Piemonte ha istituito la Rete territoriale Endocrino-Diabetologica.

Una rete assistenziale il cui modello si configura in quattro quadranti articolati in centri ospedalieri di riferimento (HUB) e centri territoriali ASL (SPOKE):

- Area metropolitana di Torino
ASL spoke: Città di Torino, To3, To4, To5,
Centri HUB: AO. Ordine Mauriziano di Torino, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano;
- Piemonte nord-est
ASL spoke: Biella, Vercelli, Novara e Verbano Cusio Ossola
Centro HUB: AOU Maggiore della Carità di Novara
- Piemonte sud-est
ASL spoke: Asti e Alessandria
Centro HUB: AO SS. Antonio e Biagio di Alessandria
- Piemonte sud ovest
ASL spoke CN1 e CN2
Centro HUB: AO S. Croce e Carle di Cuneo

La rete Endocrino-Diabetologica è parte della rete territoriale aziendale (Distretti, rete delle Cure primarie e delle relative forme organizzative, strutture residenziali sociosanitarie) per garantire il PSDTA Diabete nelle sue varie articolazioni e livelli d'intensità e di complessità, la gestione integrata con i MMG (GID) dei percorsi di salute e la presa in carico integrata con l'hub ospedaliero dei pazienti più complessi.

13.1 IL MODELLO DI ASSISTENZA

È basato su tre principi fondamentali:

- Personalizzazione della terapia farmacologica e degli interventi sugli stili di vita (corretta alimentazione e adeguata attività fisica) nell'ambito del progetto individualizzato, al fine di ridurre al minimo l'incidenza delle complicanze del diabete.
- Ottimizzazione del percorso diagnostico-terapeutico, che viene definito e adeguato per rispondere in modo appropriato alle specifiche esigenze ed alla situazione clinica del paziente
- Presa in carico del paziente da parte di un "team integrato" costituito dal suo medico di famiglia, dal diabetologo e dagli altri operatori sanitari coinvolti nel processo di cura (infermieri, dietisti, ecc.).

13.2 OBIETTIVO PRIORITARIO DELLA RETE

è garantire al cittadino la miglior assistenza attraverso:

- condivisione e applicazione dei PSDTA predefiniti per l'area endocrino-diabetologica, secondo procedure omogenee su tutto il territorio
- periodica revisione dell'appropriatezza clinica e organizzativa dell'assistenza erogata
- analisi e soluzione collegiale di problemi emergenti
- formazione comune e continua.

13.3 ASPETTI PRIORITARI DELL'ASSISTENZA GARANTITA

- Assistenza secondo livelli d'intensità e di complessità di cura adeguati allo stadio di evoluzione della malattia attraverso le strutture territoriali, in accordo ed interazione con la rete delle Cure

primarie e prevedendo percorsi per prestazioni di elevata complessità concordati con i centri ospedalieri

- Integrazione fra specialisti territoriali, ospedalieri e medici di medicina generale, con il supporto della funzione infermieristica, sia nell'approccio diagnostico e terapeutico che nell'educazione terapeutica
- Coerenza con i tempi previsti per l'accesso alle visite, con particolare attenzione al paziente neo-diagnosticato;
- Individuazione di percorsi specifici per il diabete e le sue comorbidità e/o complicanze, coinvolgendo, oltre gli operatori del team, specialisti dedicati: nefrologo, oculista, neurologo, cardiologo.

Allegato 1 - GLOSSARIO

A

ALT – **A**lanina amino **T**ransferasi è un enzima che si trova soprattutto nel fegato
ASL – Azienda Sanitaria Locale. In altre regioni può essere definita come USL, ASUR, USSL
AO – Azienda Ospedaliera
AOU – Azienda Ospedaliera Universitaria

B

BNP – Brain Natruretric Peptide (peptide natriuretico di tipo B) composto organico prodotto principalmente nel ventricolo sinistro del cuore
BRONCO - porzione delle vie aeree, e quindi del sistema respiratorio, che ha inizio dalla biforcazione della trachea
BRONCHIOLO – diramazione bronchiale minore, subito prima dell'alveolo (componente del tessuto polmonare)

C

CENTRO HUB – Centro di coordinamento
CERVICE UTERINA – parte inferiore dell'utero femminile
CITIZENSHIP – Cittadinanza
CnAMC – Coordinamento Nazionale Associazioni Malati Cronici
COLESTEROLO HDL – detto anche “colesterolo buono” toglie dal sangue il colesterolo in eccesso e lo porta al fegato, dove viene rimosso
COORTE - In scienze statistiche e demografiche, indica un insieme di individui, facenti parte di una popolazione comunque predefinita, caratterizzati dall'aver sperimentato uno stesso evento in un periodo predefinito. Esempio classico di coorte: tutte le persone nate nello stesso anno
CREATININEMIA - quantità di creatinina, sostanza filtrata dal rene, presente nel sangue. Indica una sospetta alterazione della funzionalità renale
CUP – Centro Unificato di Prenotazione

D

DEA – Dipartimento di Emergenza e Accettazione: il Pronto Soccorso
DGR – Deliberazione della Giunta Regionale
DH – Day Hospital: forma di ricovero programmato che non richiede il pernottamento
DISFAGIA – difficoltà a deglutire
DISCINESIA – movimento anormale e non coordinato dei muscoli
DISPNEA – fame d'aria, affanno, respirazione difficoltosa
DISTONIA – alterazione del tono muscolare (stato di normale contrazione dei muscoli) o nervoso
DS – Day Service: modello organizzativo, alternativo al DH, finalizzato a erogare, in regime ambulatoriale e in tempi contenuti, pacchetti esplicitati a priori di prestazioni multidisciplinari con finalità chirurgica, diagnostica (anche pre-chirurgica), terapeutica e riabilitativa, in risposta a selezionate problematiche cliniche
DM – Decreto Ministeriale

E-F-G

ECG – Elettro Cardio Gramma
ELEGGIBILITÀ – è l'insieme dei criteri che consentono di accedere ad un percorso diagnostico o ad uno studio clinico
ENZIMA - proteina globulare idrosolubile che funziona da catalizzatore dei processi biologici, cioè li accelera o rallenta.
ESAMI BIOUMORALI - controlli periodici atti a stabilire, oltre la buona funzionalità epatica e renale, l'eventuale presenza di alterazioni metaboliche

FARMACI DAAs – Directing Acting Antvirals, sono i farmaci che agiscono direttamente su alcune fasi del ciclo vitale di un virus

H-K-J - I - L

HIV – Human Immunodeficiency Virus è il responsabile dell’AIDS – Sindrome da Immunodeficienza acquisita

HUB – Centro di coordinamento

INAIL – Istituto Nazionale per l’Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro

INCIDENZA – indica il numero di nuovi casi di una malattia in un certo arco di tempo (di solito un anno)

INPS – Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale

M - N - O - P - Q

NETWORK – Rete di comunicazione

NT-PNB – frammento non attivo del peptide BNP

OLIGOSINTOMATICO – persona malata che presenta pochi sintomi della sua patologia

PAP-TEST – Test di Papanikolau è il test utilizzato per individuare eventuali lesioni della mucosa della cervice uterina

PARENCHIMALE – relativo al parenchima, cioè al tessuto specifico di cui è composto un organo

PREVALENZA – indica il numero di casi di una malattia in un preciso momento

PSDTA – Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale, definisce quando, come e dove un cittadino affetto da una determinata malattia viene preso in carico dal Sistema Sanitario Regionale

QUADRIPEDA – bastone da passeggio a 4 appoggi

R - S

RIEMPIMENTO ENDOVENTRICOLARE – è il riempimento del ventricolo del cuore da parte del sangue

RX – Radiografia convenzionale (a raggi X)

SINDROME - complesso di sintomi, che possono essere provocati dalle cause più diverse

SPID - Sistema Pubblico di Identità Digitale è un’identità digitale composta da una coppia di credenziali (username e password), strettamente personali, con le quali è possibile accedere ai servizi online della pubblica amministrazione e dei privati aderenti.

SPOKE – Centro territoriale di servizi, anche ambulatoriali

T

TICKET – Letteralmente “biglietto” è il termine con cui si indica la compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino

U - V - W

VENTRICOLO – cavità inferiore del cuore. I due ventricoli, destro e sinistro, sono situati nell'area subito dietro lo sterno, poggiano sul diaframma e formano la parte principale dell'organo.

X-Y-Z

ZTL – Zona a Traffico Limitato, sono le zone delle città in cui possono transitare solo veicoli con determinati permessi specifici

Allegato 2 – ASSOCIAZIONI DI RIFERIMENTO
ADERENTI AL COORDINAMENTO

Associazione	Indirizzo e-mail	Sito web
A CEP (Coagulopatie e emofilia)	info@acep-piemonte.it	
A.Fa.D.O.C. (deficit Ormone Crescita)	referente.piemonte@afadoc.it	
AICE Piemonte (epilessia)	giubis@agx.it	
A.I.G.P - Parkinson giovani	michele.lombardi@parkinsongiovani.com	
AIFA (Famiglie ADHD - Attention Deficit/Hiperactivity Disorder)	referente.piemonte@aifa.it	
A.I.M.A. – (Alzheimer)	aimaal@alice.it	
AISF (fibromialgia)	aisfsezionetorino@libero.it segreteriaaisfpiemonte@gmail.com	
AISMAC (Siringomielia e Arnold Chiari)	aismac@alice.it aismac.segreteria@gmail.com	
AMAMI (Anemia Mediterranea)	amami.banca@gmail.com	
AMaR Piemonte (Malattie reumatiche)	info@amarpiemonte.org	www.amarpiemonte.org
Altro Domani APS ETS	segreteria@altrodomani.it	www.altrodomani.it
A.M.I.C.I (Crohn- Rettocolite ulcerosa)	info@amicitalia.net	
ANAP (Malattie dermatologiche)	info@anapweb.it	www.anapweb.it
A.N.D.O.S Torino (donne operate al seno)	segreteria@andosonlutorino.it f.pedani@cittadellasalute.to.it	
A.N.F. (Neuro Fibromatosi)	piemonte@neurofibromatosi.it	
A.P.I.S.B. (Spina Bifida Idrocefalo)	info@apisb.it	
ASSOCIAZIONE ALZHEIMER PIEMONTE	alzheimerpiemonte@aruba.it	
Associazione Italiana Niemann Pick e Malattie Affini - ONLUS	info@niemannpick.org	
CAPEEd (Coord. Associazioni Diabete)	labaguer@libero.it	
Consulta per le Malattie Neuromuscolari del Piemonte e Valle d'Aosta	piemonte-vdaosta@consultaeuromuscolare.it	
F.A.I.S (Incontinenti e Stomizzati)	fais@fais.info	
FAND Torino (Diabete)	Diabete.fand.to@gmail.com	
Gruppo LES Italiano (Lupus)	rosa.pelissero@lupus-italy.org	
IPF (Fibrosi polmonare idiopatica)	info@ipf-insiemeperfare.it	
PARENT PROJECT (distrofia muscolare Duchenne e Becker)	gildomag@libero.it	
Parkinson in Piemonte	info@parkinsoninpiemonte.it	
WALCE Onlus (Tumori polmone)	silvia.novello@unito.it info@womenagainstlungcancer.eu	

Allegato 3 INDIRIZZI UNITÀ DI VALUTAZIONE GERIATRICA (UVG) E UNITÀ MULTIDISCIPLINARI DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ (UMVI)

ASL	Tipologia UVG UMVD	Distretto di competenza (sede)	Indirizzo	Telefono	E-mail	Gestore/i delle funzioni socio assistenziali di riferimento
CITTA' DI TORINO	UVG	(S.C.Residenzialità Anziani) attività trasversale sui 4 distretti	Area nord - Via Luzzatti 36/A Sud - Via Farinelli 25 presidio Valletta	Nord 011/4395350 Sud 011/5664115	uvg.nord@aslcittaditorino.it uvg@aslcittaditorino.it	Comune di Torino
	UMVD	(S.C.Cure Domiciliari e Disabilità) - attività trasversale sui 4 distretti	due sedi: Nord - Via Pacchiotti, 4 - Via Farinelli 25 presidio Valletta	Nord 011/4395809-819 Sud 011/5664424-25	disabili@aslcittaditorino.it segreteria.disabili@aslcittaditorino.it	Comune di Torino
	U.V.G.	Distretto Centro	Polo Sanitario Villa Rosa - Via Torino 1 Collegno	0114017888	uvg.collegno@asito3.piemonte.it uvg.rivoli@asito3.piemonte.it	C.O.S.
	U.V.G.	Distretto Nord	Polo Sanitario - Via Don Sapino 152 Venaria Reale	0114991211	uvg.venaria@asito3.piemonte.it	C.I.S.S.A.
	U.V.G.	Distretto Sud	Polo Sanitario - Piazza Generale Carlo Alberto dalla Chiesa 1 Orbassano	0119036451	uvg.orbassano@asito3.piemonte.it	C.I.D.I.S.
	U.V.G.	Distretto Pinerolese	Polo Sanitario - Via Fenestrelle 72 Pinerolo	0121235107	uvg.pinerolese@asito3.piemonte.it	C.I.S.S. Unione Montana Valli Chisone e Germanasca
	U.V.G.	Distretto Val Susa Val Sangone	Piazza San Francesco 4 Susa	0122621245	uvg.umvd.susa@asito3.piemonte.it - uvg.umvd.giaveno@asito3.piemonte.it	C.O.N.I.S.A.
	U.M.V.D. Adulti	Distretto Centro	Polo Sanitario Villa Rosa - Via Torino 1 Collegno	0114017412	umvd.collegno@asito3.piemonte.it - umvd.rivoli@asito3.piemonte.it	C.O.S.
	U.M.V.D. Adulti	Distretto Nord	Polo Sanitario - Via Don Sapino 152 Venaria Reale	0114991213	umvd.venaria@asito3.piemonte.it	C.I.S.S.A.
	U.M.V.D. Adulti	Distretto Sud	Polo Sanitario - Piazza Generale Carlo Alberto dalla Chiesa 1 Orbassano	0119036450	umvd.orbassano@asito3.piemonte.it	C.I.d.I.S.
TO3	U.M.V.D. Adulti	Distretto Pinerolese	Polo Sanitario - Via Fenestrelle 72 Pinerolo	0121235319	ldavt@asito3.piemonte.it	C.I.S.S. Unione Montana Valli Chisone e Germanasca
	U.M.V.D. Adulti	Distretto Val Susa Val Sangone	Piazza San Francesco 4 Susa	0122621244	uvg.umvd.susa@asito3.piemonte.it - uvg.umvd.giaveno@asito3.piemonte.it	C.O.N.I.S.A.
	U.M.V.D. Minori	Distretto Centro	Polo Sanitario Villa Rosa - Via Torino 1 Collegno	0114017849	umvd.collegno@asito3.piemonte.it - umvd.rivoli@asito3.piemonte.it	C.O.S.
	U.M.V.D. Minori	Distretto Nord	Polo Sanitario - Via Don Sapino 152 Venaria Reale	0114991213	umvd.venaria@asito3.piemonte.it	C.I.S.S.A.
	U.M.V.D. Minori	Distretto Sud	Polo Sanitario - Piazza Generale Carlo Alberto dalla Chiesa 1 Orbassano	0119036450	umvd.orbassano@asito3.piemonte.it	C.I.D.I.S.
	U.M.V.D. Minori	Distretto Pinerolese	Polo Sanitario - Via Fenestrelle 72 Pinerolo	0121235089	calbertengo@asito3.piemonte.it	C.I.S.S. Unione Montana Valli Chisone e Germanasca
	U.M.V.D. Minori	Distretto Val Susa Val Sangone	Piazza San Francesco 4 Susa	0122621244	uvg.umvd.susa@asito3.piemonte.it - uvg.umvd.giaveno@asito3.piemonte.it	C.O.N.I.S.A.

TO4						
UVG	SETTIMO T.SE	VIA LEINI' 70 10036 SETTIMO T.SE	011/8212244	uvg.settimo@asito4.piemonte.it	Unione NET	
UMVD	SETTIMO T.SE	VIA LEINI' 70 10036 SETTIMO T.SE	011/8212202	umvd.settimo@asito4.piemonte.it	Unione NET	
UMVD	CHIVASSO SAN MAURO TORINESE	VIA PO 11 CHIVASSO	3337878539	gricciardi@asito4.piemonte.it	CISS	
UMVD	CHIVASSO SAN MAURO TORINESE	VIA SPERANZA 31 SAN MAURO TORINESE	3337878539	gricciardi@asito4.piemonte.it	CISA	
UVG	CHIVASSO SAN MAURO TORINESE	VIA PO 11 CHIVASSO	0119176566/67	uvg.chivasso@asito4.piemonte.it	CISS / CISA	
UVG	CUORGNE'	PIAZZA G. VIANO, 1 CUORGNE'	0124/654145	suss.cuorgne@asito4.piemonte.it	CISS 38	
UVG	CUORGNE'	PIAZZA G. VIANO, 1 CUORGNE'	0124/654145	suss.cuorgne@asito4.piemonte.it	IN RETE	
UMVD	CUORGNE'	PIAZZA G. VIANO, 1 CUORGNE'	0124/654152	umvd.cuorgne@asito4.piemonte.it	CISS 38 / IN RETE	
UMVD	IVREA	Via N. Ginzburg 7, Ivrea (TO) 10015	0125/414741	umvd.ivrea@asito4.piemonte.it	InRete Ivrea - Cissac Caluso	
UVG	IVREA	Via N. Ginzburg 7, Ivrea (TO) 10015	0125/414527	uvg.ivrea@asito4.piemonte.it	InRete Ivrea - Cissac Caluso	
U.V.G.	CIRIÉ-LANZO	VIA MAZZINI N.13 -CIRIÉ' (TO)	011/9217529	uvg.cirie@asito4.piemonte.it	C.I.S.	
U.M.V.D	CIRIÉ-LANZO	VIA MAZZINI N.13 -CIRIÉ' (TO)	011/9217527	umvd.cirie@asito4.piemonte.it	C.I.S.	
UVG	CHIERI	PIAZZA PELLICO 1	"01194293837 - 3449 - 3819"	ndcc.chieri@asito5.piemonte.it	CSSAC	
UVG	CARMAGNOLA	VIA AVVOCATO FERRERO 28	"0119719465"	ndcc.carmagnola@asito5.piemonte.it	CISA 31	
UVG	MONCALIERI	VIA VITTIME DI BOLOGNA 20	"6824388-387 - 361 - 339"	ndcc.moncalieri@asito5.piemonte.it	Unione dei Comuni	
UVG	NICHELINO	VIA DEBOUCHE' 8	"0116802092"	ndcc.nichelino@asito5.piemonte.it	CISA 12	
UMVD	CHIERI	PIAZZA PELLICO 1	"01194293837 - 3449 - 3819"	ndcc.chieri@asito5.piemonte.it	CSSAC	
UMVD	CARMAGNOLA	VIA AVVOCATO FERRERO 28	"0119719465"	ndcc.carmagnola@asito5.piemonte.it	CISA 31	
UMVD	MONCALIERI	VIA VITTIME DI BOLOGNA 20	"6824388-387 - 361 - 339"	varesto.nadia@asito5.piemonte.it	Unione dei Comuni	
UMVD	NICHELINO	VIA DEBOUCHE' 8	"0116802092"	ndcc.nichelino@asito5.piemonte.it	CISA 12	
TO5						

	UVG	DISTRETTO BIELLA	Via dei Ponderanesi 2 13875 Ponderano	015/15159107	lorella.masiero@aslbi.piemonte.it	CONSORZIO I.R.I.S. CONSORZIO C.I.S.A.S.
BI	UVG	DISTRETTO COSSATO	Via dei Ponderanesi 2 13875 Ponderano	015/15159107	lorella.masiero@aslbi.piemonte.it	CONSORZIO C.I.S.A.S.A.B.O.
	UMVD	DISTRETTO BIELLA DISTRETTO COSSATO	Via dei Ponderanesi 2 13875 Ponderano	015/15159333	chiara.lorenzoni@aslbi.piemonte.it	CONSORZIO C.I.S.A.S.A.B.O. CONSORZIO IRIS
	UVG	DISTRETTO SUD OVEST CUNEO	CORSO FRANCIA N. 10	0171 450177	uvg.distrettosudovest@ascn1.it distretto.sudovest@ascn1.legalmailpa.it	Consorzio Socio Assistenziale del Cuneese (CSAC)
	UVG	DISTRETTO SUD EST MONDOVI'	VIA S. ROCCHETTO N. 99	0174 676408	uvg.mondovi@ascn1.it distretto.sudest@ascn1.legalmailpa.it	CONSORZIO per i SERVIZI SOCIO- Assistenziale del Monregalese (CSSM)
	UVG	DISTRETTO NORD EST FOSSANO	VIA OSPEDALE N. 4	0172 699226	uvg.fossanosavigliano@ascn1.it distretto.nordest@ascn1.legalmailpa.it	Consorzio Monviso Solidale (CSM)
CN1	UVG	DISTRETTO NORD OVEST SALUZZO	VIA DELLA RESISTENZA N. 16H	0175 479647-8	uvg.saluzzo@ascn1.it distretto.nordovest@ascn1.legalmailpa.it	Consorzio Monviso Solidale (CSM)
	UMVD	DISTRETTO SUD OVEST CUNEO	CORSO FRANCIA N. 10	0171 450300	umvd.distrettosudovest@ascn1.it distretto.sudovest@ascn1.legalmailpa.it	Consorzio Socio Assistenziale del Cuneese (CSAC)
	UMVD	DISTRETTO SUD EST MONDOVI'	VIA S. ROCCHETTO N. 99	0174 723804	distretto.sudest@ascn1.it distretto.sudest@ascn1.legalmailpa.it	CONSORZIO per i SERVIZI SOCIO- Assistenziale del Monregalese (CSSM)
	UMVD	DISTRETTO NORD EST FOSSANO	VIA OSPEDALE N. 4	0172 699226	distretto.nordest@ascn1.it distretto.nordest@ascn1.legalmailpa.it	Consorzio Monviso Solidale (CSM)
	UMVD	DISTRETTO NORD OVEST SALUZZO	VIA DELLA RESISTENZA N. 16H	0175 479634	distretto.nordovest@ascn1.it distretto.nordovest@ascn1.legalmailpa.it	Consorzio Monviso Solidale (CSM)
	UVG	DISTRETTO 1 ALBA	Via Vida, 10 - Alba	0173 594833 (segreteria)	ascn2@legalmail.it	Consorzio Socio Assistenziale Alba Langhe e Roero - ALBA
	UVG	Distretto 2 BRA	Via Vida, 10 - Alba	0173 594833 (segreteria)	ascn2@legalmail.it	Servizio Sociale Bra (funzioni intercomunali associate)
	UMVD	DISTRETTO 1 ALBA	Via Vida, 10 - Alba	0173 594833 (segreteria)	ascn2@legalmail.it	Consorzio Socio Assistenziale Alba Langhe e Roero - ALBA
	UMVD	Distretto 2 BRA	Via Vida, 10 - Alba	0173 594833 (segreteria)	ascn2@legalmail.it	Servizio Sociale Bra (funzioni intercomunali associate)
	UMVD Minori	DISTRETTO 1 ALBA	Via Vida, 10 - Alba	0173 594833 (segreteria)	ascn2@legalmail.it	Consorzio Socio Assistenziale Alba Langhe e Roero - ALBA
	UMVD Minori	Distretto 2 BRA	Via Vida, 10 - Alba	0173 594833 (segreteria)	ascn2@legalmail.it	Servizio Sociale Bra (funzioni intercomunali associate)

									CISS Borgomanero - CISAS Castelletto S. Ticino - Comuni convenzionati di Arona presso Arona
UVG	Distretto Area Nord	Viale Zoppis, 6 – Borgomanero (NO)	0322/848631	uvlg.bor@asl.novara.it				uvlg.bor@asl.novara.it	Comune di Novara
UVG	Distretto Urbano di Novara	Viale Roma, 7- Novara	0321/374582					coordinamentouvg@asl.novara.it	
UVG	Distretto Area Sud	Via Varzi 21, Galliate (NO)	0321/801239					distretto.gal@asl.novara.it	CISA OVEST TICINO
UMVD	Distretto Area Nord	Viale Zoppis, 6 – Borgomanero (NO)	0322/848796					distretto.bor@asl.novara.it	CISS Borgomanero - CISAS Castelletto S. Ticino - Comuni convenzionati di Arona presso Arona
UMVD	Distretto Urbano di Novara	Viale Roma, 7- Novara	0321/374508					distretto.nov@asl.novara.it	Comune di Novara
UMVD	Distretto Area Sud	Via Varzi 21, Galliate (NO)	0321/801239					distretto.gal@asl.novara.it	CISA OVEST TICINO
UVG	Distretto Unico (ambito Centro)	VIA CONTE VERDE 202 - ASTI	0141487832 0141487838	uvvgastic@asl.at.it mtvergano@asl.at.it				uvvgastic@asl.at.it mtvergano@asl.at.it	COMUNE DI ASTI
UVG	Distretto Unico (ambito Nord)	VIA CONTE VERDE 202 - ASTI	0141487832 0141487838	uvvgastin@asl.at.it mtvergano@asl.at.it				uvvgastin@asl.at.it mtvergano@asl.at.it	CO.GE.SA.
UVG	Distretto Unico (ambito Sud)	PIAZZA GARIBALDI 17 - NIZZA MONFERRATO	0141483433 0141487838	uvvgastis@asl.at.it mtvergano@asl.at.it				uvvgastis@asl.at.it mtvergano@asl.at.it	C.I.S.A. - Asti Sud
UMVD	Distretto Unico (ambito Centro)	VIA CONTE VERDE 202 - ASTI	0141487843 0141487839	umvd@asl.at.it sventimiglia@asl.at.it				umvd@asl.at.it sventimiglia@asl.at.it	COMUNE DI ASTI
UMVD	Distretto Unico (ambito Nord)	VIA CONTE VERDE 202 - ASTI	0141487843 014187839	umvd@asl.at.it sventimiglia@asl.at.it				umvd@asl.at.it sventimiglia@asl.at.it	CO.GE.SA.
UMVD	Distretto Unico (ambito Sud)	VIA CONTE VERDE 202 - ASTI	0141487843 0141487839	umvd@asl.at.it sventimiglia@asl.at.it				umvd@asl.at.it sventimiglia@asl.at.it	C.I.S.A. - Asti Sud

NO

AT

U.M.V.D.	Distretto ALESSANDRIA - VALENZA - Ambito ALESSANDRIA	Via Pacinotti N.38 - ALESSANDRIA	0131 307569	fverde@asial.it ; rstura@asial.it	C.I.S.S.A.C.A - AL								
U.M.V.D.	Distretto ALESSANDRIA - VALENZA - Ambito VALENZA	Via Santuario n. 74 - VALENZA	0131 959219 e 959255	rstura@asial.it; gcabrino@asial.it	SERVIZI SOCIALI VALENZA								
U.M.V.D.	Distretto ACQUI T. - OVADA - Ambito ACQUI T.	Via Alessandria n. 1 - ACQUI TERME	0144 777780	rferrara@asial.it	A.S.C.A. - PONTI								
U.M.V.D.	Distretto ACQUI T. - OVADA - Ambito OVADA	Via XXV Aprile n. 22 - OVADA	0144 777780	rferrara@asial.it	C.S.S. - OVADA								
U.M.V.D.	Distretto CASALE M.TO	Via Palestro n. 41 - CASALE M.TO - Via Pacinotti N. 38 -- ALESSANDRIA	0142 434571 - 434582	pgodino@asial.it; fbocchiotti@asial.it	SERVIZI SOCIALI CASALE M.TO								
U.M.V.D.	Distretto NOVI LIGURE - TORTONA - Ambito NOVI LIGURE	Via Papa Giovanni XXIII - NOVI LIGURE	0143 332602	mrepossini@asial.it	C.S.P. NOVI LIGURE								
U.M.V.D.	Distretto NOVI LIGURE - TORTONA - Ambito TORTONA	Via Milazzo n. 1 - TORTONA	0131 865841 0131 865215	sportellounicotortona@asial.it	C.I.S.A. TORTONA								
U.V.G.	Distretto ALESSANDRIA - VALENZA - Ambito ALESSANDRIA	VIA PACINOTTI N.38 - ALESSANDRIA	0131 307569 0131307547	fverde@asial.it	C.I.S.S.A.C.A - AL								
U.V.G.	Distretto ALESSANDRIA - VALENZA - Ambito VALENZA	Via Palestro n. 41 - CASALE M.TO - Via Pacinotti N. 38 -- ALESSANDRIA	0131 307475	fbocchiotti@asial.it	SERVIZI SOCIALI VALENZA								
U.V.G.	Distretto ACQUI T. - OVADA - Ambito ACQUI T.	Via Alessandria n. 1 - ACQUI TERME	0144 777780	rferrara@asial.it	A.S.C.A. - PONTI								
U.V.G.	Distretto ACQUI T. - OVADA - Ambito OVADA	Via Alessandria n. 1 - ACQUI TERME	0144 777780	rferrara@asial.it	C.S.S. - OVADA								
U.V.G.	Distretto CASALE M.TO	Via Palestro n. 41 - CASALE M.TO - Via Pacinotti N. 38 -- ALESSANDRIA	0131 307475	fbocchiotti@asial.it	SERVIZI SOCIALI CASALE M.TO								
U.V.G.	Distretto NOVI LIGURE - TORTONA - Ambito NOVI LIGURE	Via Papa Giovanni XXIII - NOVI LIGURE	0144 777780	rferrara@asial.it	C.S.P. NOVI LIGURE								
U.V.G.	Distretto NOVI LIGURE - TORTONA - Ambito TORTONA	Via Milazzo n. 1 - TORTONA	0131 865841 0131 86850	sportellounicotortona@asial.it	C.I.S.A. TORTONA								

VCO	UVG	Distretto VCO-Omegna	Domodossola · Via Scapaccino, 47 - 28845 Domodossola (VB)	0324 491648	segreteriaavg.do@aslvc.co.it	Ciss Ossola-Ciss Cusio-Ciss Verbano
	UMVD	Distretto VCO-Omegna	Domodossola · Via Scapaccino, 47 - 28845 Domodossola (VB)	0324 491648	segreteriaavg.do@aslvc.co.it	Ciss Ossola-Ciss Cusio-Ciss Verbano
VC	UVG	VERCELLI	BORGOSIESIA - VIA A.F. ILORINI MO N. 20	0163 426715 0163 426716	avg.borgosesia@aslvc.piemonte.it	UNIONE MONTANA DEI COMUNI DELLA VALSESIA - VARALLO, CONSORZIO C.A.S.A. - GATTINARA
	UMVD	VERCELLI	BORGOSIESIA - VIA A.F. ILORINI MO N. 20	0163 426715 0163 426716	avg.borgosesia@aslvc.piemonte.it	UNIONE MONTANA DEI COMUNI DELLA VALSESIA - VARALLO, CONSORZIO C.A.S.A. - GATTINARA
	UVG	VERCELLI	VERCELLI - LARGO GIUSTI N.13	0161 593135 0161 593200	settore.fragilita@aslvc.piemonte.it	COMUNE DI VERCELLI, CONSORZIO " CISAS" DI SANTHIA'
	UMVD	VERCELLI	VERCELLI - LARGO GIUSTI N.13	0161 593135 0161 593200	settore.fragilita@aslvc.piemonte.it	COMUNE DI VERCELLI , CONSORZIO " CISAS" DI SANTHIA'

