

CONSIGLI PRATICI PER I CITTADINI

dalla

PREVENZIONE

SALUTE

BENESSERE

DIRITTI

TUTELA

FRAGILITÀ

COMUNITÀ

ASSISTENZA

Scarica la tua copia



*Testo aggiornato a settembre 2025 ed
elaborato sulla base del modello regionale*



In collaborazione con



ASL
CITTÀ DI TORINO

alle
CRONICITÀ

Insieme per stare meglio

Un percorso insieme per guadagnare salute ... un passo alla volta

*Per fornire risposte ai bisogni di tutela dei cittadini
Per la diffusione dei servizi di tutela sul territorio*

Pubblicazione a cura di:

Cittadinanzattiva Piemonte APS
Via Cavour 31 – 10123 Torino
Email: sede@cittadinanzattivapiemonte.org

In collaborazione con

ASL Città di Torino
U.R.P. – Ufficio Relazioni con il Pubblico
Via San Secondo 29 – 10128 Torino
Email: urp@aslcittaditorino.it

Noi tutti pensiamo di prenderci cura della Salute nostra e di quella dei nostri cari.

Ma quando ci ritroviamo alle prese con una diagnosi di malattia potenziale o già certa, cadiamo nello smarrimento più totale, frastornati dalla notizia e con davanti a noi un percorso ignoto e con uno 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.

I Volontari di Cittadinanzattiva, da oltre 40 anni, con il TDM (tribunale per i Diritti del malato) ascoltano prima di tutto le preoccupazioni dei Cittadini (specialmente i più fragili, anziani soli, malati cronici) e le difficoltà che incontrano nella ricerca efficace e pronta di una diagnosi e cura all'interno del Servizio sanitario Regionale.

Per facilitare il percorso dei Cittadini verso una Sanità efficiente e sensibile, abbiamo chiesto alla Direzione dell'ASL "Città di Torino", l'ASL più popolosa del Piemonte, di preparare, a partire dal Vademecum elaborato dall'Assessorato regionale e Cittadinanzattiva, un sussidio che compendi tutte le informazioni necessarie nell'immediato per orientarsi e non "sentirsi soli".

Il Dr. Picco, con tutto il suo staff, ha prontamente condiviso la nostra proposta ed ha collaborato alla produzione del Vademecum di tutti i Servizi di diagnosi e cura dell'ASL Città di Torino.

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.

Dott. Enrico Ferrario

Segretario Regionale

Cittadinanzattiva Piemonte

È con grande piacere che l'ASL Città di Torino ha accolto la proposta di Cittadinanzattiva Piemonte di realizzare congiuntamente il documento "*Consigli pratici per i Cittadini: dalla prevenzione alla cronicità*", pensato per accompagnare il Cittadino all'interno del Sistema Sanitario Regionale.

La nostra Azienda ha come obiettivo la tutela e la promozione della salute: benessere fisico, mentale e sociale, sia per il singolo individuo che per l'intera collettività. In questo contesto, il presente documento si propone come un supporto concreto per favorire la trasparenza dei servizi e l'accesso alle informazioni, promuovendo una cittadinanza attiva, informata e partecipe.

Questa collaborazione rappresenta per noi un valore consolidato, alimentato da un dialogo continuo e costruttivo, che ha trovato espressione anche in significativi momenti di audit civico. Queste esperienze hanno contribuito in modo rilevante al miglioramento della qualità dei servizi offerti e alla costruzione di un rapporto fondato sulla fiducia reciproca tra Cittadinanzattiva Piemonte e ASL Città di Torino.

"*Consigli pratici per i Cittadini: dalla prevenzione alla cronicità*" è il risultato di una sinergia virtuosa, che dimostra quanto sia importante lavorare insieme per rendere la Sanità sempre più vicina ai bisogni reali delle persone.

Desidero esprimere un sentito ringraziamento a Cittadinanzattiva Piemonte per l'impegno profuso e al Personale dell'ASL Città di Torino.

Dott. Carlo Picco

Direttore Generale

ASL Città di Torino

Vogliamo dedicare questo Vademecum al Dr. Ugo Viora, recentemente scomparso, Cittadino Attivo e Responsabile della rete delle Associazioni dei Malati Cronici, di Cittadinanzattiva Piemonte. Da Ugo abbiamo imparato la gentilezza, l'empatia, la professionalità, l'essere volontario, il coraggio.

Indice

CAPITOLO 1 – LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E LA PREVENZIONE	1
1.1 PROMOZIONE DELLA SALUTE	1
1.2 PREVENZIONE DELLE MALATTIE.....	2
1.3 L’ALFABETIZZAZIONE SANITARIA (HEALTH LITERACY).....	2
1.4 IL RUOLO DELLA CITTADINANZA ATTIVA.....	3
CAPITOLO 2 – IL CAMMINO VERSO LA DIAGNOSI DI UNA MALATTIA.....	5
CAPITOLO 3 – I TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI E IL PERCORSO DI TUTELA	7
3.1 PERCORSO DI TUTELA.....	7
CAPITOLO 4 – IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)	9
4.1 COME ACCEDERE AL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)	9
4.2 ATTIVAZIONE DEL FSE	10
4.3 I VANTAGGI DI AVERE IL FASCICOLO ATTIVO.....	10
CAPITOLO 5 – I FARMACI E DOVE RITIRARLI	12
5.1 NUOVO SERVIZIO SANITA’ DIGITALE: RITIRO FARMACI CON TESSERA SANITARIA	13
CAPITOLO 6 – LE ESENZIONI DAL PAGAMENTO DEL TICKET.....	14
6.1 QUALI SONO	14
6.1.1 Esenzioni per Reddito.....	14
6.1.2 Esenzioni per Invalidità.....	14
6.1.3 Esenzioni per Patologia	15
6.1.4 Altre esenzioni	15
6.2 COME E A CHI RICHIEDERLE.....	16
6.2.1 Esenzioni ticket per Reddito	16
6.2.2 Esenzione ticket per invalidità	16
6.2.3 Esenzione ticket per patologia.....	16
CAPITOLO 7 – AUSILI E PRESIDI	17
7.1 CHE COSA E QUALI SONO	17
7.1.1 Chi li prescrive.....	17
7.1.2 A chi richiederli	17
7.1.3 Dove si ritirano, quali sono consegnati a domicilio	17
7.1.4 Assistenza integrativa e protesica dell’ASL Città di Torino	17
7.1.5 Collaudo Presidi	18
7.2 PRESIDI PER DIABETICI	19
7.2.1 Chi li prescrive.....	19
CAPITOLO 8 – RICONOSCIMENTO INVALIDITÀ CIVILE E HANDICAP	20
8.1 CI SI RIVOLGE AL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG).....	20
8.2 LA COMMISSIONE MEDICA LOCALE	20
8.3 I BENEFICI	21
8.4 COMMISSIONE MEDICA LOCALE (CML) – EX PATENTI SPECIALI	22
CAPITOLO 9 – PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)	23
9.1 INFORMAZIONI GENERALI	23
9.2 COME SI ACCEDE AL PUNTO UNICO DI ACCESSO/SPORTELLO UNICO.....	23
9.3 PUA ASL CITTÀ DI TORINO.....	23

CAPITOLO 10 – CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (C.O.T.)	24
CAPITOLO 11 – ASSISTENZA AGLI ANZIANI: RESIDENZIALITÀ E UVG	25
11.1 MODALITÀ ACCESSO AL SERVIZIO.....	25
11.2 IL RUOLO DEL CAREGIVER	25
CAPITOLO 12 – VACCINI E VACCINAZIONI	26
12.1 ORGANIZZAZIONE DELL’OFFERTA VACCINALE IN REGIONE PIEMONTE.....	26
12.2 ORGANIZZAZIONE DELL’OFFERTA VACCINALE ASL CITTÀ DI TORINO	27
CAPITOLO 13 – I PERCORSI DI SALUTE DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PSDTA)	29
13.1 A COSA SERVE UN PSDTA	29
13.2 COM’È COMPOSTO	29
13.3 DOVE SI APPLICA.....	29
13.4 IL RUOLO DEI PAZIENTI	30
CAPITOLO 14 – LA RETE ONCOLOGICA.....	31
14.1 IL CENTRO ACCOGLIENZA E SERVIZI (C.A.S.).....	31
14.2 IL GRUPPO INTERDISCIPLINARE DI CURE (G.I.C)	31
14.3 I DIRITTI DEI PAZIENTI ONCOLOGICI	31
14.4 LE PATOLOGIE ONCOLOGICHE NELL’ASL CITTÀ DI TORINO.....	32
CAPITOLO 15 – LA RETE ENDOCRINO DIABETOLOGICA.....	33
15.1 IL MODELLO DI ASSISTENZA	33
15.2 - ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE NELL’ASL CITTÀ DI TORINO.....	34
CAPITOLO 16 – DISTURBI DELL’ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE (DNA)	35
16.1 ASL CITTÀ DI TORINO – IL CODICE LILLA.....	35
CAPITOLO 17 - LA NEFROLOGIA, LA REUMATOLOGIA E LA RETE PER LE MALATTIE RARE	37
17.1 ASL CITTÀ DI TORINO – IL CENTRO UNIVERSITARIO DI ECCELLENZA MALATTIE REUMATOLOGICHE, NEFROLOGICHE E RARE.	37
17.2 STRUTTURE DI NEFROLOGIA E DIALISI NELL’ASL CITTÀ DI TORINO	37
CAPITOLO 18 - PSDTA MALATTIA DI PARKINSON.....	39
18. 1 CHE COS’È LA MALATTIA DI PARKINSON (MP).....	39
18. 2 SINTOMI PRINCIPALI	39
18.2.1 SINTOMI MOTORI	39
18.2.2 SINTOMI NON MOTORI	40
18.3 PERCHÉ SERVE UN PSDTA PER LA MALATTIA DI PARKINSON	40
18.4 COME È ORGANIZZATO IL PSDTA MALATTIA DI PARKINSON DELLA REGIONE PIEMONTE	40
18.4.1 DIAGNOSI	40
18.4.2 EVOLUZIONE CLINICA	41
18.4.3 CHI VI PUÒ ACCEDERE (ELEGGIBILITÀ).....	41
18.4.4 DOVE E CHI INSERISCE IL PAZIENTE (ARRUOLAMENTO) NEL PSDTA.....	41
18.4.5 CONTROLLI (FOLLOW UP).....	41
18.5 TERAPIE DELLA FASE AVANZATA	42
18.6 GESTIONE TERAPEUTICA DEI SINTOMI NON MOTORI E COMORBILITÀ.....	42
18.6.1 LA GESTIONE DEL PAZIENTE RICOVERATO.....	42
18.7 PERCORSO RIABILITATIVO	42
18.8 APPROCCIO PALLIATIVO ALLA MALATTIA DEL PARKINSON	42
18.9 RUOLO DEL SERVIZIO SOCIALE AZIENDALE	42
18.10 RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI DEI PAZIENTI	43

18.11 LA CURA DELLE MALATTIE NEUROLOGICHE NELL'ASL CITTÀ DI TORINO- I RECAPITI.....	43
CAPITOLO 19 - PSDTA ARTRITE REUMATOIDE	45
19.1 CHE COS'È L'ARTRITE REUMATOIDE?	45
19.2 SINTOMI PRINCIPALI	45
19.3 PERCHÈ UN PSDTA PER L'ARTRITE REUMATOIDE	45
19.4 COM'È ORGANIZZATO IL PSDTA DELL'ARTRITE REUMATOIDE.....	45
19.5 RUOLO E FUNZIONI DEI DIVERSI ATTORI	46
CAPITOLO 20 - PSDTA SINDROME DI EHLERS DANLOS	47
20.1 CHE COS'È LA SINDROME DI EHLERS DANLOS?	47
20.2 SINTOMI PRINCIPALI	47
20.3 PERCHÈ UN PSDTA PER LA SINDROME DI EHLERS DANLOS.....	47
20.4 COM'È ORGANIZZATO IL PSDTA DELLA SINDROME DI EHLERS DANLOS	47
20.5 RUOLO E FUNZIONI DEI DIVERSI ATTORI	47
CAPITOLO 21 - PSDTA BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO)	49
21.1 CHE COS'È LA BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA - (BPCO).....	49
21.2 SINTOMI PRINCIPALI DELLA BPCO.....	49
21.3 PERCHÉ SERVE UN PSDTA PER BPCO	49
21.4 FREQUENZA	49
21.5 CRITERI DI ELEGGIBILITÀ.....	49
21.6 CRITERI DI INCLUSIONE DEI SOGGETTI A CUI È RIVOLTO IL PSDTA	50
21.7 PREVENZIONE ED EDUCAZIONE	50
21.8 IL PERCORSO DEL PAZIENTE.....	50
21.9 CLASSIFICAZIONE	50
21.10 TERAPIA DELLA BPCO	50
21.11 TERAPIA NON FARMACOLOGICA - BPCO STABILE.....	51
21.12 RIABILITAZIONE.....	52
21.13 LA PNEUMOLOGIA NELL'ASL CITTA' DI TORINO I SERVIZI.....	52

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 stiamo 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 Cronicità 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”* (OMS, 1986).

La Salute è una risorsa per la vita quotidiana e ha lo scopo di valorizzare le risorse sociali e personali, oltre alle capacità fisiche delle persone (Carta di Ottawa, 1986 - Shanghai Consensus on Healthy Cities, 2016).

L'ASL Città di Torino, attraverso il Dipartimento di Prevenzione e seguendo i principi delle strategie *“One Health”* e *“Health in All Policies”*, attua il **Piano Locale della Prevenzione - PLP** (con un approccio intersettoriale, multidisciplinare, multiprofessionale e con azioni di provata efficacia) e si impegna nel continuo sviluppo di azioni di Promozione della Salute, coinvolgendo attivamente i vari Enti presenti sul territorio e i cittadini.

Le Associazioni di Patologia hanno un ruolo strategico nel sostegno e nella realizzazione di progetti che hanno anche lo scopo di promuovere stili di vita sani e il benessere (implementare l'attività fisica e ridurre la sedentarietà, promuovere una alimentazione più sana e adatta alle condizioni di salute, sostenere della disassuefazione al fumo, all'alcool e ad altre dipendenze).

Nello specifico si descrivono alcuni esempi:

- **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.
- **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 sana 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.

- **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) e numerose malattie croniche, non solo respiratorie, ma anche a carico di altri organi del nostro corpo (cuore, fegato, articolazioni e muscoli, pelle, sistema nervoso...). Anche i sistemi elettronici erogatori di nicotina, sigarette elettroniche con e senza nicotina e bruciatori elettronici per tabacco riscaldato non sono innocui. Studi recenti hanno evidenziato che lo “svapo” può causare gravi problemi respiratori come asma, bronchiti croniche, BPCO e perfino una malattia polmonare specifica chiamata EVALI (acronimo di “E-cigarette or Vaping use Associated Lung Injury”), ovvero lesione polmonare associata all’uso di sigarette elettroniche o dispositivi per lo svapo. Inoltre sono state rilevate tracce di metalli pesanti come piombo e arsenico nei fluidi inalati che possono accumularsi nel corpo nel tempo.
- **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.
- **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.

1.3 L’ALFABETIZZAZIONE SANITARIA (HEALTH LITERACY)

L’HEALTH LITERACY (alfabetizzazione sanitaria) indica le abilità cognitive e sociali che motivano gli individui e li rendono capaci di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni in modo da promuovere e preservare la propria salute¹. Negli ultimi venti anni il concetto di ‘*health literacy*’ ha visto un progressivo crescendo di importanza, includendo numerosi altri fattori che influenzano l’abilità di una persona di utilizzare al meglio i servizi.

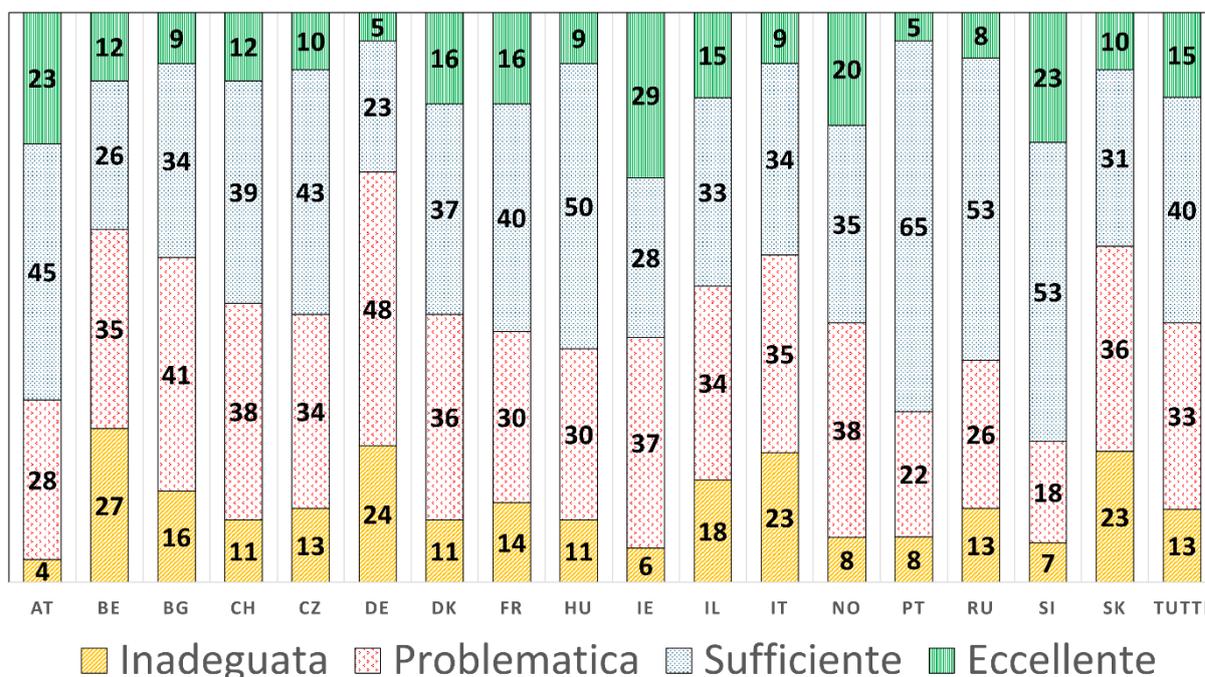
L’alfabetizzazione sanitaria, ponendo in risalto il ruolo dei cittadini chiamati a rivestire un ruolo di primo piano in tutti gli aspetti che riguardano la propria salute, diviene fondamentale:

- per un corretto stile di vita (vedi paragrafo precedente)

¹ WHO Health Promotion Glossary, 1998

- per la **prevenzione** (intervento sui fattori di rischio modificabili, promozione degli screening, vaccinazioni)
- per la gestione delle patologie soprattutto nella gestione delle malattie croniche e della riabilitazione

L'ultima indagine HLS-EU21 per la valutazione della alfabetizzazione sanitaria nella popolazione generale dimostra che poco più del 40% della popolazione italiana possiede un livello di alfabetizzazione sufficiente.



La difficoltà di accedere ai servizi per scarsa conoscenza colpisce maggiormente le fasce più deboli della popolazione, e il deficit di alfabetizzazione contribuisce ad aggravare le disuguaglianze presenti. Il problema però coinvolge anche fasce di popolazione benestante e con livelli di istruzione medio-alto.

1.4 IL RUOLO DELLA CITTADINANZA ATTIVA

I cittadini non sono semplici fruitori (più o meno informati) dei servizi sanitari ma svolgono attività che possono contribuire a migliorare l'organizzazione e, più in generale, il governo della sanità. Questo ruolo è riconosciuto da varie disposizioni legislative che però non sempre vengono attuate, le esperienze finora maturate comunque permettono di definire quattro ambiti prevalenti nei quali la cittadinanza organizzata è in grado di esercitare poteri:

- La tutela dei diritti che non sempre vengono rispettati, varie organizzazioni civiche mettono a disposizione centri di informazione e di tutela che aiutano i cittadini a orientarsi nelle strutture e nei percorsi e a fare valere i propri diritti; questa attività non si limita a sostenere gli individui: l'analisi dei casi e la raccolta delle segnalazioni sono oggetto di confronto con i responsabili dei servizi per individuare e rimuovere le cause che hanno provocato il mancato rispetto dei diritti.
- La rappresentazione del punto di vista dei cittadini nelle consultazioni e nella conduzione dei tavoli e delle commissioni in cui vengono organizzati i percorsi sanitari.
- Il monitoraggio organizzato dei servizi (audit civico) condotto generalmente in accordo con le aziende sanitarie ma anche autonomamente e talvolta contro; i cittadini, normalmente insieme agli operatori sanitari, verificano, con adeguati strumenti tecnici, lo stato delle strutture e della organizzazione, rilevano i punti critici, formulano piani di miglioramento e ne controllano l'attuazione.

- L'organizzazione di servizi di varia natura (accoglienza, gruppi di auto mutuo aiuto, gruppi di cammino, ecc.).

Le esperienze condotte hanno dato spesso ottimo risultati ma rischiano di restare isolate mentre è necessaria una azione di sistema che permetta a queste risorse di esplicarsi al massimo, soprattutto nelle fasi più critiche come quelle che stiamo vivendo.

CAPITOLO 2 – IL CAMMINO VERSO LA DIAGNOSI DI UNA MALATTIA

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

Dove?

- In ambulatorio negli orari stabiliti
- A domicilio (da lunedì a venerdì)

N.B.

Le visite domiciliari sono gratuite e devono essere svolte nella stessa giornata se richieste entro le ore 10, il giorno successivo se richieste dopo le ore 10. Un paziente può richiedere una visita domiciliare quando non è in grado di recarsi allo studio medico per motivi di salute (es. allettamento, disabilità, malattia acuta grave), se è in una condizione di non trasferibilità (valutata dal medico stesso) o se è anziano o affetto da patologie croniche che rendono difficoltoso lo spostamento. Il medico non può rifiutare la visita se sussistono le condizioni cliniche sopra citate ma può rifiutare se ritiene che il paziente sia in grado di recarsi in ambulatorio e non è obbligato ad effettuare visite il sabato salvo richieste urgenti ricevute il giorno prima. Il medico di medicina generale non svolge attività di emergenza né garantisce interventi con carattere di urgenza, che restano di competenza del servizio di emergenza sanitaria (ex 118 ora 112 o recarsi in ospedale).

Tutti i giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8 del giorno successivo e nelle giornate di sabato prefestive e festive dalle ore 8 alle ore 20 è attivo per tutto il Piemonte il "Servizio di Continuità Assistenziale" (ex guardia medica) telefonando al numero 116117

Il medico può:

- fare diagnosi o formulare un sospetto diagnostico
- Prescrivere terapie, cicli di fisioterapia, cure termali
- prescrivere esami ematologici, strumentali per consentire/confermare la diagnosi
- richiedere visita specialistica

N.B.

Nella prescrizione o richiesta di una visita specialistica o di prestazioni diagnostiche, il Medico di Medicina Generale (MMG) o il Pediatra di Libera Scelta (PLS) deve indicare una delle seguenti **priorità**:

- **U - Urgente**: da eseguire entro **72 ore**
- **B - Breve**: da eseguire entro **10 giorni**
- **D - Differita**:
 - o entro **30 giorni** per le **visite**
 - o entro **60 giorni** per le **prestazioni diagnostiche**
- **P - Programmata**: da eseguire entro **120 giorni**

Queste tempistiche sono stabilite dalla **Deliberazione della Giunta Regionale (DGR) n. 110-917 del 16/05/2019**.

L'indicazione del codice di **priorità è obbligatoria per tutte le prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche** prescritte dal medico di base o da altro medico del SSN. Non è necessario indicare il codice di priorità per prestazioni di controllo già programmate (follow-up), per prestazioni richieste da specialisti in continuità assistenziale, per prestazioni non erogate dal SSN (prestazioni private); l'obiettivo di questa classificazione è garantire equità e appropriatezza nell'accesso alle cure.

Se il codice di priorità non è indicato nella ricetta medica, la prestazione viene generalmente considerata con priorità programmabile (P) i cui tempi massimi di attesa garantiti sono 120 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.

Secondo le Linee Guida approvate dalla Regione Piemonte

- le strutture sanitarie devono **prescrivere e prenotare direttamente i controlli** successivi per i pazienti già presi in carico (es. follow-up)
- è prevista una **classificazione omogenea dei pazienti** per le prestazioni domiciliari:
 - o Anziani non autosufficienti (alto o basso bisogno)
 - o Persone con disabilità grave o gravissima
- le **graduatorie di accesso** devono seguire criteri trasparenti e comunicabili al cittadino
- le **ASL devono garantire la tracciabilità** della posizione del paziente in lista di attesa.

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).

c) Vengo preso in carico dallo Specialista

Lo specialista ha il compito di:

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

N.B.

In Regione Piemonte lo specialista ambulatoriale del SSR deve prescrivere esami ed ulteriori visite quando clinicamente necessari, senza rimandare il paziente al medico di medicina generale, salvo quando la prestazione non è pertinente con la sua specializzazione e se si tratta di una nuova problematica clinica non correlata al motivo della visita.

CAPITOLO 3 – I TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI E IL PERCORSO DI TUTELA

La questione delle liste di attesa è ampiamente nota e la difficoltà ricorrente di ottenere le prestazioni nei tempi previsti o comunque necessari per una corretta gestione della malattia è stata ed è oggetto di importanti provvedimenti nazionali e regionali che sono richiamati in appendice a questo capitolo.

Le **classi di priorità cliniche** sono quelle già indicate nel paragrafo precedente, e possono essere prenotate con le modalità già indicate.

I tempi di risposta del SSN alle richieste di visite specialistiche o prestazioni diagnostiche sono **monitorati costantemente** dalla Regione Piemonte e sono oggetto di **report semestrali**, sia per quelle erogate dalle strutture pubbliche, sia per quelle erogate da quelle accreditate che operano in convenzione per conto del SSR.

Per le prestazioni monitorate e per ogni Azienda Sanitaria Locale o Ospedaliera, il cittadino può conoscere il numero delle prestazioni e/o quante prestazioni sono state erogate in determinati intervalli di tempo.

Quando un cittadino non riesce a prenotare una prestazione sanitaria nella Regione Piemonte, esistono strumenti di tutela ben definiti per garantire il diritto all'accesso alle cure quali:

- **Verifica tramite CUP Regionale:** se la prestazione non è disponibile nei tempi previsti, verificare la disponibilità in altre strutture sanitarie pubbliche o accreditate
- **Segnalazione:** è possibile segnalare la mancata prenotazione **all'URP della propria ASL**.

3.1 PERCORSO DI TUTELA

Il Cittadino assistito dall'ASL Città di Torino, in possesso di una prescrizione di visita e/o esame specialistico in primo accesso in classe di priorità B / D / P – B (entro 10 giorni) – D (visite 30 giorni / esami 60 giorni) – P (120 giorni) – che non sia riuscito a prenotare la prestazione sanitaria all'interno dei canali istituzionali e nei limiti delle tempistiche di erogazione indicate dai codici di priorità e in ordine ai criteri di *appropriatezza della prescrizione*, potrà presentare **formale istanza per accedere al percorso di tutela ed essere avviato alla prestazione specialistica**, inviando una **e-mail**, con l'indicazione di un **recapito telefonico**, alla casella di posta di seguito specificata: **tempiattesa@aslcitytorino.it**.

N.B.	
<p>ISTANZA DI ATTIVAZIONE DEL PERCORSO DI TUTELA</p> <p>Spett. _____</p> <p>Email _____</p> <p>Indirizzo _____</p> <p>Io sottoscritto/a _____ Codice Fiscale _____</p> <p>nato/a _____ il _____</p> <p>Residente a _____ Provincia _____</p> <p>Via/Piazza/Corso _____ Numero _____</p> <p>Telefono: _____ Email _____</p> <p>PREMESSO CHE</p> <p>Mi è stata prescritta la prestazione di cui si allega la prescrizione In data _____ Con Priorità _____</p> <p>Per la prenotazione mi sono rivolto, in data _____ ai seguenti canali di prenotazione</p> <p>APP Cup _____ Sito _____ SovracUP _____ il _____</p> <p>Piemonte Piemonte (80000500) _____ Cup di _____ Prenotazione via mail _____</p> <p>In questa occasione sono stato/a informato/a che la prima disponibilità risultava essere</p> <p>Struttura _____ di _____ Giorno _____ Prenotato _____</p> <p>CHIEDO</p> <ul style="list-style-type: none">• che la prestazione sia garantita entro i tempi massimi stabiliti dal Piano di Governo delle Liste di Attesa vigente per la classe di priorità indicata sulla prescrizione e nel rispetto degli Ambiti di Garanzia Territoriale definiti dalla regione Piemonte;• che l'ASL provveda ad individuare una struttura pubblica o accreditata che eroghi la prestazione entro i tempi massimi stabiliti;• che in caso di indisponibilità di strutture pubbliche o accreditate che possano erogare la prestazione secondo la classe di priorità indicata, l'ASL provveda all'erogazione della prestazione nell'ambito dell'attività libero-professionale intramoenia, con oneri a carico dell'ASL, prevedendo il solo costo del ticket, se dovuto. <p>Note e documentazione allegata _____</p> <p>Data: _____ Come delegato <input type="checkbox"/> Firma: _____</p> <p><small>Trattamento dei Dati personali e sensibili in Ambito Sanitario (Regolamento UE 679/2016). Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, così come da informativa presente su sito ASL.</small></p> <p>Data: _____ Come delegato <input type="checkbox"/> Codici firmatari _____</p> <p><small>Il modulo può essere scaricato oppure compilato e firmato digitalmente con Firma Digitale e Carta Sicura Elettronica (CSE) e APP GUID</small></p>	<p>Per soddisfare questi adempimenti il cittadino può utilizzare il modulo scaricabile da https://piemonte.cittadinanzattiva.it/multimedia/images/NotiziePiemonte/ModuloListeAttesa_Cittadinanzattiva_V4.pdf allegando:</p> <ul style="list-style-type: none">- copia documento di identità in corso di validità- copia tessera sanitaria in corso di validità <p>Questa specifica procedura è esclusivamente per i residenti o domiciliati in Torino, gli altri cittadini devono rivolgersi alla propria ASL che attiverà il proprio percorso di tutela.</p> <p>La prenotazione ottenuta con il percorso di tutela potrà essere su tutto il territorio regionale.</p> <p>Gli assistiti possono rivolgersi alle Associazioni per la tutela dei diritti dei Cittadini e alle Associazioni dei consumatori per un supporto nella richiesta di tutela.</p>

All'istanza di tutela sarà necessario allegare la seguente documentazione:

- impegnativa del Medico di Medicina di Generale / Pediatra di Libera Scelta

- modulo relativo a “[Informazioni sul trattamento dei dati personali – art. 13-14 del regolamento UR 2016/679 GDPR](#)” – datato e firmato (scaricabile dal sito www.aslcittaditorino.it)
- congrua documentazione, al fine di dimostrare che la ricerca espletata non ha soddisfatto la richiesta di prenotazione entro i termini previsti dal codice di priorità specifico o dai tempi massimi stabiliti nel Piano Nazionale Governo Liste di Attesa

I riferimenti normativi per la gestione dei tempi di attesa sono

1. Il Piano Nazionale Liste d’Attesa 2025-2027 ha come obiettivi generali:

- **Riduzione tempi di attesa** per visite specialistiche, esami diagnostici e ricoveri programmati
- **Garantire trasparenza:** i cittadini possono consultare online i tempi medi di attesa e la disponibilità delle strutture
- **Rafforzare l’appropriatezza prescrittiva** tramite il metodo RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenea, ovvero sistema che gli Ospedali usano per dividere i pazienti in liste d’attesa in gruppi al fine di un’organizzazione più efficace)
- **Monitoraggio centralizzato:** creazione della Piattaforma Nazionale delle Liste d’Attesa (PNLA) e delle 21 piattaforme regionali interconnesse.

2. Il Regolamento ufficiale sui tempi di attesa nella Regione Piemonte è definito da una serie di atti normativi e linee guida regionali, aggiornati periodicamente.

Ecco i punti principali:

Classi di Priorità Clinica

Stabilite a livello nazionale e recepite dalla Regione Piemonte:

- **U (Urgente):** entro 72 ore
- **B (Breve):** entro 10 giorni
- **D (Differibile):** entro 30 giorni per visite, 60 giorni per esami
- **P (Programmabile):** senza limiti temporali stringenti

Monitoraggio e trasparenza

- Ogni ASL e Azienda Ospedaliera pubblica i propri dati semestrali.
- I report includono: numero di prestazioni, rispetto dei tempi, e confronto tra strutture.
- Disponibili anche i **report Excel** e una **guida alla lettura dei dati** sul sito ufficiale

Provvedimenti Recenti

- **DGR 29-607 del 20/12/2024:** recepisce il D.L. 73/2024 e la L. 107/2024 per la riduzione delle liste d’attesa e istituisce l’**Unità Centrale di Gestione**
- **DD n. 78 del 14/02/2025:** nomina i responsabili RUAS e istituisce l’**Organismo Regionale di Controllo**

N.B.

Il percorso di tutela così come regolamentato dalle disposizioni regionali (Nota Regione Piemonte 26 aprile 2024 e Nota Regione Piemonte 25 giugno 2024) prevede che "in nessun caso può essere autorizzato e, di conseguenza, riconosciuto il rimborso dei costi sostenuti in ordine alle visite ed esami eseguiti privatamente dall’interessato, in contrasto con la normativa"

CAPITOLO 4 – IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)

Il FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO è uno dei servizi on line dedicati al cittadino e accessibili dal portale regionale *“Tu salute Piemonte – La mia salute”*

Il servizio si rivolge a tutti i cittadini iscritti al Sistema Sanitario Piemontese e permette di consultare la propria storia clinica e gestire la visibilità dei documenti presenti nel **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)** (referti di visite e di radiologia comprensivi di immagini, esami di laboratorio strumentali, esiti di screening, ecc.) e di modifica degli appuntamenti di screening, visualizzazione e scarico delle ricette possibilità di inserire in autonomia i propri referti o dati di eventi clinici.

Con il consenso dell'utente i soggetti del Servizio Sanitario Nazionale, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e gli esercenti le professioni sanitarie potranno accedere per finalità di cura al FSE, consultando le informazioni sanitarie.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico è alimentato dalle Aziende Sanitarie del Piemonte e dal sistema informativo della Regione.

N.B.

Attualmente, il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 (FSE) raccoglie una vasta gamma di documenti sanitari, **ma** non tutti i tipi di documenti sono ancora presenti o caricati automaticamente. Ecco un riepilogo aggiornato sulla situazione in Piemonte e a livello nazionale:

In Regione Piemonte il FSE contiene:

- Referti
- Lettere di dimissione
- Verbali di pronto soccorso
- Profilo sanitario sintetico
- Prescrizioni (farmaceutiche e specialistiche)
- Vaccinazioni
- Esenzioni
- Prestazioni di assistenza specialistica
- Erogazione farmaci (a carico e non a carico SSN)
- Taccuino personale dell'assistito
- Dati delle tessere per portatori di impianto
- Lettere di invito per screening

Documenti non ancora sempre presenti o non obbligatoriamente caricati

- **Documenti pregressi** (prima del 19 maggio 2020): Sono caricati solo se il cittadino non ha esercitato il diritto all'opposizione entro il 30 giugno 2025
- **Documenti prodotti da strutture private non accreditate**: non sono obbligatoriamente integrati
- **Appunti clinici interni o note non strutturate**: non sempre vengono caricati, soprattutto se non formalizzati come referti
- **Certificati di malattia, invalidità o medico-legali**: non sempre sono inclusi, dipende dalla Regione e dal tipo di documento.

Il FSE è un servizio regionale che è integrato a livello nazionale e consente la consultazione dei documenti sanitari di un cittadino anche se generati in altre Regioni, a condizione che **il cittadino abbia dato il consenso** alla consultazione dei propri dati e che i documenti siano stati **caricati nei sistemi regionali interoperabili**.

4.1 COME ACCEDERE AL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)

Per accedere al servizio l'utente deve essere in possesso di uno dei seguenti sistemi di autenticazione sicura:

- **CIE – carta d’identità elettronica** con lettore collegato al PC oppure con App CIE ID, disponibile per smartphone con Sistema Android o IOS, dotati di lettore NFC
- **Credenziali SPID** emesse da Identity Provider certificati
- **Tessera sanitaria con Carta Nazionale dei Servizi (TS-CNS)** attivata presso gli sportelli amministrativi delle AA.SS.LL., utilizzabile con lettore collegato al PC
- Smart card/Business Key emesse da un certificatore accreditato da *AgID (Agenzia per l’Italia Digitale)*

4.2 ATTIVAZIONE DEL FSE

Per utilizzare i Servizi messi a disposizione dal Fascicolo Sanitario Elettronico ed esercitare il diritto di rilasciare il consenso alla consultazione dei propri dati clinici ai sanitari ai fini di diagnosi e cura, è necessario che il Cittadino proceda alla sua attivazione. Per attivarlo:

- **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).
- collegati al portale regionale "**Tu Salute Piemonte**"
- apri la pagina del "**Fascicolo Sanitario Elettronico**"
- 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 la CIE presso il tuo Comune di residenza
- **Richiedi** le tue credenziali SPID presso un Gestore Certificato (trovi l’elenco sul portale www.spid.gov.it).
- **Attiva** la TS-CNS presso lo sportello abilitato del tuo distretto Sanitario

4.3 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.

N.B.

Opposizione all’alimentazione del pregresso nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

Il “pregresso” è l’insieme dei documenti sanitari prodotti prima del 19 maggio 2020 come: referti, lettere di dimissione, cartelle cliniche, verbali di pronto soccorso. L’“Opposizione” è il diritto del Cittadino di impedire l’inserimento automatico di questi documenti nel proprio FSE.

Il servizio è stato attivo per un periodo di tempo limitato (fino al 18/12/2024) per tutti i Cittadini, ma è stato riaperto per i neomaggiorenni (nei 30 giorni successivi al compimento della maggiore età) e per coloro che richiedono la riattivazione dell’assistenza al SSN (entro 30 giorni dalla riattivazione).

*La scelta può essere revocata e nuovamente registrata nel Sistema Tessera Sanitaria più volte, **fino al termine del periodo stabilito***

*L’opposizione al caricamento di dati e documenti generati da eventi clinici riferiti alle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale antecedenti al 19 maggio 2020 va effettuata **attraverso il***

portale Sistema Tessera Sanitaria all'indirizzo www.sistemats.it accedendo al servizio con strumenti di identità digitale (SPID, CIE, CNS). La scelta può essere revocata e nuovamente registrata più volte. Qualora l'assistito non disponga di strumenti di identità digitale, può comunque esercitare il diritto all'opposizione accedendo all'apposita funzione on line presente nell'area libera del Sistema TS con:

- Tessera sanitaria
- codice STP (Straniero Temporaneamente Presente).

Le persone che non hanno la possibilità di accesso digitale possono essere assistite da intermediari autorizzati presso la propria ASL o per il personale navigante o aeronavigante presso gli ambulatori USMAF-SASN del Ministero della Salute.

Il mancato accesso al servizio on line o l'accesso senza registrare la propria opposizione, comporterà il caricamento automatico nel fascicolo dei dati e dei documenti sanitari disponibili e antecedenti al 19 maggio 2020.

L'ASL Città di Torino ha identificato due Punti Assistiti ai quali rivolgersi per informazioni e chiarimenti sul Fascicolo Sanitario Elettronico.

PUNTO ASSISTITO TORINO NORD:

- **(per i cittadini residenti nelle circoscrizioni 4-5-6-7)**

Lungo Dora Savona 26, 1 piano, segreteria

Modalità di accesso:

accesso telefonico (per informazioni e per fissare un appuntamento):

martedì e giovedì, dalle ore 13.00 alle ore 15.00

tel.: 011.240.3701

PUNTO ASSISTITO TORINO SUD:

- **(per i cittadini residenti nelle circoscrizioni 1-2-3-8)**

Via Farinelli 25, piano terra

Modalità di accesso:

accesso telefonico (per informazioni e per fissare un appuntamento):

lunedì, mercoledì, venerdì, dalle ore 9.00 alle ore 12.00

tel.: 011.566.4414

**SE NON HAI ADERITO AL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO,
ATTIVALO AL PIÙ PRESTO ANCHE TU**

CAPITOLO 5 – 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	Classe	Dove Reperirli
Farmaci da banco (OTC)	Classe C	Farmacie, supermercati
Farmaci con obbligo di prescrizione	Classe A, Classe C	Farmacie
Farmaci Ospedalieri	Classe H	Ospedali, strutture sanitarie pubbliche
Farmaci equivalenti	Classe A, Classe C	Farmacie
Farmaci veterinari	Classe A, Classe C	Farmacie veterinarie, cliniche veterinarie

Ai fini della rimborsabilità da parte del **Servizio Sanitario Nazionale (SSN)**, i farmaci sono classificati come segue:

Farmaci di CLASSE A

I farmaci di **classe A** sono i farmaci ritenuti indispensabili per le cure mediche (salvavita) e quelli per le malattie croniche, interamente rimborsati dal **Servizio Sanitario Nazionale (SSN)**, a meno che non sia presente una nota AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), che vincola la rimborsabilità a specifiche condizioni patologiche o terapeutiche in atto. La modalità di fornitura dei farmaci di **classe A** avviene attraverso le **farmacie territoriali o le strutture sanitarie pubbliche**.

Farmaci di CLASSE H

Sono i **farmaci di esclusivo uso ospedaliero** utilizzabili solo in ospedale o che possono essere distribuiti dalle strutture sanitarie.

Farmaci di CLASSE C

I farmaci di **classe C** sono i farmaci a **totale carico del paziente** (eccetto i titolari di pensione di guerra diretta vitalizia - legge 203/2000). I **farmaci di classe C** sono distinti in **farmaci con obbligo di prescrizione medica e farmaci senza obbligo di prescrizione medica**. I **farmaci di classe C** senza obbligo di prescrizione medica sono a loro volta distinti in due sottoclassi: farmaci utilizzati per patologie di lieve entità o considerate minori con accesso alla pubblicità (OTC) individuati dalla legge 537/1993 nella fascia C-bis e farmaci senza obbligo di prescrizione medica (SOP), per i quali non è possibile fare pubblicità.

SOP: farmaci Senza Obbligo di Prescrizione: consigliati sia dal medico di famiglia che dal farmacista. Sono farmaci per la cura di piccoli disturbi (ricostituenti, vitamine ecc..) e per i quali non è possibile fare pubblicità. Questi farmaci sono contrassegnati da un bollino di riconoscimento.

Farmaci da banco, OTC dall'inglese Over The Counter (vicino alla cassa).

Si tratta dei cosiddetti **farmaci da automedicazione** che il cittadino può acquistare in farmacia **senza bisogno dell'intervento del medico**. Utilizzati dal paziente per la cura dei disturbi minori, e da usare preferibilmente previo consiglio del farmacista, gli OTC sono gli unici per i quali è consentita la pubblicità direttamente al pubblico. Questi farmaci attualmente possono essere venduti, oltre che nelle farmacie e nelle parafarmacie, anche nei grandi supermercati.

Farmaci in distribuzione “PER CONTO”

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).

5.1 NUOVO SERVIZIO SANITA’ DIGITALE: RITIRO FARMACI CON TESSERA SANITARIA

Dal 2023, in Piemonte, è attivo un servizio digitale che permette di ritirare in farmacia i medicinali prescritti dal medico senza dover più consegnare la ricetta.

Per utilizzare questo nuovo servizio i cittadini piemontesi devono rendere consultabile il proprio fascicolo sanitario elettronico, fornendo il consenso.

In questo modo, la farmacia scelta dal cittadino tra quelle che aderiscono al servizio potrà visualizzare le prescrizioni e procedere all’erogazione del farmaco, perché acquisirà il numero di ricetta elettronica direttamente attraverso il fascicolo sanitario elettronico.

Il cittadino, dal canto suo, in qualunque momento potrà oscurare una ricetta, delegare una persona di fiducia al ritiro dei farmaci prescritti, sapere quando il farmacista effettua l’accesso al suo fascicolo sanitario elettronico, segnalare eventuali anomalie.

Per fare in modo che questo servizio sia accessibile a tutti, superando così il digital divide, è stato progettato per essere utilizzato sia da chi è in possesso di SPID e di uno smartphone o un tablet, sia anche da chi non ha né SPID, né un dispositivo mobile. Per attivarlo è possibile chiedere informazioni al farmacista, ai Punti Assistiti dell’ASL o andando su www.salutepiemonte.it.

Questa iniziativa va ad alimentare l’offerta della “farmacia dei servizi” che già oggi permette ai piemontesi di ricevere una serie di servizi direttamente sul territorio, attraverso la rete capillare delle farmacie. I cittadini, infatti, recandosi in farmacia possono, ad esempio, prenotare visite ed esami, ritirare i referti, fornire il consenso alla consultazione del fascicolo sanitario elettronico e gestire le deleghe.

CAPITOLO 6 – LE ESENZIONI DAL PAGAMENTO DEL TICKET

6.1 QUALI SONO

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

6.1.1 Esenzioni per Reddito

Le categorie che usufruiscono dell'esenzione per reddito sono:

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, purché 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

6.1.2 Esenzioni per Invalidità

Le persone che sono riconosciute "invalidi civili" hanno diritto a non pagare i ticket delle spese sanitarie. Per il riconoscimento della invalidità vedi più avanti, cap.8

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:**
 - o **G01** Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla prima alla quinta titolare di pensione diretta vitalizia e deportati in campi di sterminio
- **Invalidi per lavoro**
 - o **L01** Grandi invalidi del lavoro dall'80% al 100% di invalidità
 - o **L02** Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa superiore a 2/3, cioè dal 67% al 79% di invalidità
- **Invalidi per servizio**
 - o **S01** Grandi invalidi per servizio appartenenti alla prima categoria, titolati di specifica pensione
 - o **S02** Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla seconda alla quinta
- **Invalidi civili**
 - o **C01** Invalidi civili al 100% di invalidità senza indennità di accompagnamento

- **C02** Invalidi civili al 100% di invalidità con indennità di accompagnamento
- **C03** Invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa superiore a 2/3, cioè dal 67% al 99% di invalidità
- **C04** Invalidi minori di 18 anni con indennità di frequenza-
- **C05** Ciechi assoluti o con residuo visivo non superiore a 1/10 ad entrambi gli occhi riconosciuti dalla Commissione Invalidi Ciechi Civili
- **C06** Sordomuti (chi è colpito da sordità dalla nascita o prima dell'apprendimento della lingua parlata)
- **Invalidi – Vittime atti terrorismo – Vittime del dovere**
 - **V01** Vittime di atti di terrorismo e stragi e familiari; vittime del dovere e familiari superstiti.

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 sesta alla ottava.
- **Invalidi per lavoro**
 - **L03** Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa fino a 2/3, cioè dall'1% a 66% di invalidità
 - **L04** Infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali.
- *Invalidi per servizio*
 - **S03** Invalidi per servizio appartenenti alla categoria dalla sesta alla ottava.

6.1.3 Esenzioni per 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.

6.1.4 Altre esenzioni

- 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".

6.2 COME E A CHI RICHIEDERLE

6.2.1 Esenzioni ticket per Reddito

L'esenzione ticket per reddito può essere richiesta:

- sul Portale Regionale "[Tu Salute Piemonte](#)" (accesso con CIE, SPID o CNS)
- presentando il [Modulo per AUTOCERTIFICAZIONE](#) (scaricabile dal sito internet www.aslcittaditorino.it) presso gli [uffici amministrativi dei distretti di competenza territoriale](#)

6.2.2 Esenzione ticket per invalidità

L'esenzione sarà parziale o totale in relazione alla percentuale di invalidità riconosciuta), e va richiesta agli sportelli amministrativi del distretto di competenza territoriale, presentando:

- tessera sanitaria
- codice fiscale
- *solo per INVALIDI CIVILI*, verbale di accertamento di invalidità rilasciato dall'INPS oppure dall'ASL
- *solo per INVALIDI DEL LAVORO o affetti da malattie professionali*, certificato rilasciato dall'INAIL
- *solo per INVALIDI PER SERVIZIO*, verbale dell'Ospedale Militare

6.2.3 Esenzione ticket per patologia

L'esenzione va richiesta agli sportelli amministrativi del distretto di competenza territoriale presentando:

- tessera sanitaria
- codice fiscale
- certificato 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.

N.B.		
Di seguito le sedi degli sportelli dell'ASL Città di Torino per pratiche amministrative suddivise per distretto. Al seguente link gli orari ed altre informazioni: Sportelli per pratiche amministrative ASL "Città di Torino"		
Distretto	Circoscrizione e Quartieri	Indirizzo
Sud-Est	Circoscrizione 1, quartieri: Centro, Crocetta	Via Juvarra 19 (Presidio Oftalmico)
	Circoscrizione 8, quartieri: San Salvario, Cavoretto, Borgo Po, Nizza Millefonti, Lingotto, Filadelfia	Corso Corsica 55
Sud-Ovest	Circoscrizione 2, quartieri: Santa Rita, Mirafiori Nord, Mirafiori Sud	Via Farinelli 25 Via Gorizia 114
	Circoscrizione 3, quartieri: San Paolo, Pozzo Strada, Cenisia, Cit Turin, Borgata Lesna	Via Monginevro 130
Nord-Ovest	Circoscrizione 4, quartieri: San Donato, Campidoglio, Parella	Via Le Chiuse 66
	Circoscrizione 5, quartieri: Borgo Vittoria, Madonna di Campagna, Barriera di Lanzo, Lucento, Vallette	Corso Toscana 111/G Via del Ridotto 3
Nord-Est	Circoscrizione 6, quartieri: Barriera di Milano, Barca, Bertolla, Falchera, Famolenta Rebaudengo, Villaretto, Regio Parco	Via Montanaro 60
	Circoscrizione 7, quartieri: Aurora, Vanchiglia, Borgata Sassi, Madonna del Pilone	Lungo Dora Savona 26

CAPITOLO 7 – AUSILI E PRESIDI

7.1 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, tripod, 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).

7.1.1 Chi li prescrive

È possibile usufruire del servizio prenotando una visita specialistica, quando è prevista dalla normativa, presso una struttura pubblica per ottenere la prescrizione dei presidi necessari. La prescrizione deve essere effettuata da medici specialisti del Servizio Sanitario Nazionale oppure, nei casi previsti dalle disposizioni regionali, dai Medici di Medicina Generale.

- È fondamentale richiedere la fornitura presso il distretto sanitario in cui si ha la residenza anagrafica
- Per le protesi serve il certificato di Invalidità civile

7.1.2 A chi richiederli

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

7.1.3 Dove si ritirano, quali sono consegnati a domicilio

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

7.1.4 Assistenza integrativa e protesica dell'ASL Città di Torino

L'**Assistenza Protesica e Integrativa** è il servizio che si occupa di garantire ai pazienti sul territorio della ASL Città di Torino la fornitura di carrozzine, letti ortopedici, deambulatori, arti artificiali, protesi oculari e acustiche, busti, collari, ecc. Ad eccezione dei minorenni e di alcune altre categorie (ad esempio persone amputate di arto, persone che abbiano subito un intervento demolitore dell'occhio, le donne mastectomizzate, persone laringectomizzate), coloro che hanno necessità di protesi, ortesi e ausili tecnici devono essere riconosciuti invalidi civili o sordomuti o ciechi civili o invalidi di guerra, per servizio o del lavoro.

La sede dell'Assistenza Protesica e Integrativa è in **via Farinelli 25 (COT Fornitura Protesica)**.

La **COT Protesica/Integrativa** svolge funzioni di ottimizzazione dell'attività della SSD Protesica e Integrativa ed esprime l'unicità del sistema di gestione delle richieste di fornitura di ausili di protesica e di materiale di integrativa per tutti gli assistiti dell'ASL Città di Torino.

In particolare, garantisce la gestione operativa di raccolta delle richieste in risposta ai bisogni degli assistiti, anche in considerazione delle necessità di continuità assistenziali e di dimissioni ospedaliere, le procedure autorizzative, la comunicazione autorizzativa ai richiedenti/fornitori, il raccordo con i Magazzini e la verifica delle consegne.

Fornisce inoltre il flusso informativo necessario alla Struttura Protesica e Integrativa per la gestione delle fatturazioni e dei budget di spesa.

È possibile contattare il Servizio Protesica con le seguenti modalità:

- con l'APPLICATIVO OCEAN (<https://ocean.aslcittaditorino.it/>) in cui è presente una sezione dedicata alla Protesica (seguire il percorso utenti)
- tramite CALL CENTER TELEFONICO, attivo dal lunedì al venerdì – dalle ore 9.00 alle ore 13.00, ai numeri 011.566.4453 e 011.240.3209

NON È PREVISTO L'ACCESSO DIRETTO AL PUBBLICO

Le forniture sono rilasciate a favore di persone con disabilità, secondo le indicazioni del Nomenclatore Tariffario Nazionale e secondo specifiche disposizioni regionali. Nello specifico, si occupa degli atti relativi alla fornitura di:

- presidi per incontinenza (**pannoloni, traverse, cateteri, piani terapeutici per assorbenza...**)
- presidi protesici (**busti, plantari, protesi acustiche, letti ortopedici, carrozzine, ventilatori polmonari, deambulatori, scarpe, tutori...**)
- materiale per medicazione
- materiale per stomie
- alimenti dietetici per nefropatici e celiaci
- ventiloterapia
- microinfusori e sensori
- latte materno

I residenti della ASL Città di Torino, per ottenere l'autorizzazione, **non sono obbligati a recarsi presso la sede Asl**, ma possono chiedere al proprio **fornitore di fiducia** se ha aderito o se intende aderire all'iniziativa della ASL Città di Torino per il **rilascio semplificato delle autorizzazioni**.

Queste sono le fasi:

- Ottenuta la prescrizione dei presidi da parte del Medico, il Cittadino dovrà recarsi dal Fornitore di fiducia per la richiesta del preventivo
- il Fornitore, con il consenso dell'utente, trasmetterà il preventivo direttamente al Settore Protesica dell'ASL Città di Torino
- il Settore Protesica /Integrativa provvederà al rilascio dell'autorizzazione o alla fornitura, mantenendo i contatti direttamente con il Fornitore individuato
- il Fornitore avviserà il cittadino per concordare modalità e tempi per il ritiro del presidio

7.1.5 Collaudo Presidi

Il collaudo dei presidi sanitari deve essere effettuato dallo specialista che ha prescritto l'ausilio protesico.

Per la prenotazione occorre rivolgersi agli sportelli dei [Centri Prenotazione Territoriali](#) dove visita lo specialista che ha prescritto l'ausilio protesico.

7.2 PRESIDI PER DIABETICI

La Regione Piemonte fornisce gratuitamente alle persone con diabete:

- Dispositivi tradizionali per l'autodeterminazione glicemica (glucometri e strisce reattive, lancette pungi dito)
- Dispositivi tradizionali per la somministrazione di insulina (siringhe, aghi per penne, microinfusori per la somministrazione programmata)
- Dispositivi di ultima generazione per:
 - o monitoraggio continuo della glicemia
 - o infusione di insulina

7.2.1 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 prescritti nel PAG è sufficiente recarsi in farmacia o nei negozi autorizzati.

In alcuni casi è necessaria la prescrizione del Medici di Medicina Generale, ad es. quando il PAG non è aggiornato e non include i dispositivi richiesti, in caso di dispositivi non previsti dal piano terapeutico o richieste straordinarie, quando il paziente non è seguito da un centro diabetologico e non ha ancora un piano attivo, per i dispositivi di ultima generazione la cui prescrizione è di esclusiva competenza delle diabetologie, che procedono 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.

CAPITOLO 8 – RICONOSCIMENTO INVALIDITÀ CIVILE E HANDICAP

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

Caratteristica	Invalidità Civile	Handicap
Definizione	Riduzione della capacità lavorativa o funzionale a causa di una minorazione fisica, psichica o intellettiva.	Difficoltà di inserimento sociale dovuta a una minorazione fisica, psichica o intellettiva.
Riferimento Normativo	Decreto Legislativo 23 novembre 1988, n. 509	Legge 104/1992
Criterio di Valutazione	Percentuale di invalidità (dal 33% al 100%)	Grado di difficoltà di integrazione sociale e lavorativa
Benefici	Provvidenze economiche (assegni, indennità, pensioni), ausili e protesi, collocamento lavorativo mirato	Agevolazioni (permessi lavorativi retribuiti, congedi, ecc.), ma non erogazioni dirette di denaro
Commissione Medica	ASL, con valutazione medico-legale	ASL, con valutazione sanitaria e sociale

8.1 CI SI RIVOLGE AL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)

Le domande di accertamento e di aggravamento degli stati invalidanti sono a carico del Cittadino.

Per effetto del D.L. 78/2009 (decreto anticrisi) convertito in legge n. 120/2009 del 03.08.2009, a partire dal 02.01.2010 **le domande di accertamento e di aggravamento degli stati di invalidità civile, handicap, disabilità, sordità civile e cecità civile devono essere presentate esclusivamente per via telematica all'INPS**, ente titolare dell'intero procedimento.

Per avviare il processo di accertamento – prima istanza o aggravamento – dello stato di invalidità civile, handicap, disabilità, sordità civile o cecità civile, l'interessato deve recarsi da un medico certificatore (Medico di Medicina Generale o Specialista Abilitato) per il rilascio e la trasmissione online del certificato medico introduttivo (Modello C), ovvero far compilare il certificato da uno dei medici abilitati che operano in convenzione con l'Istituto (generalmente il proprio medico di medicina generale).

Il certificato ha una validità di 90 giorni entro i quali la domanda deve essere trasmessa telematicamente all'INPS:

- direttamente dal sito www.inps.it, accedendo con SPID, CNS o CIE, digitando le parole "invio domanda di riconoscimento" e selezionando l'apposito servizio "*Invalidità civile: invio domanda di riconoscimento dei requisiti sanitari da cittadino*" (nel caso di soggetto minore, è necessario accedere ai servizi del portale INPS tramite identità digitale del minore stesso)
- avvalendosi dell'intermediazione di enti di patronato, associazioni di categoria (ANMIC, ENS, UIC, ANFASS) o altri enti accreditati.

Ai soli fini dell'accertamento dello stato di disabilità che è una condizione di salute che, in interazione con barriere ambientali e sociali può limitare la partecipazione piena ed effettiva alla vita quotidiana, (Vedi Legge 68/99 che promuove l'inserimento lavorativo mirato, cioè l'abbinamento tra le capacità della persona disabile e le esigenze delle aziende) la domanda può essere presentata telematicamente all'INPS senza aver acquisito preventivamente il certificato medico introduttivo.

8.2 LA COMMISSIONE MEDICA LOCALE

Ricevuta la domanda, la Commissione medica ASL procede alla convocazione a visita e alla trasmissione della pratica all'INPS (ente titolare dell'intero procedimento) che emette il giudizio e provvede alla trasmissione del verbale di accertamento al cittadino.

In caso di malattia oncologica opportunamente indicata sul certificato medico introduttivo, la legge prevede un iter accelerato per l'accertamento dell'invalidità civile e dell'handicap (legge 80/2006). La visita verrà effettuata entro 15 giorni dalla presentazione della domanda e gli esiti saranno immediatamente produttivi dei benefici che da essi conseguono.

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 (invalidità al 100%).

Mancata presentazione a visita: in base all'art. 5 comma 1 del D.M. n. 387 del 5 agosto 1991, nel caso in cui il richiedente opportunamente convocato non si presenti a visita dinnanzi alla Commissione Medica lo stesso sarà riconvocato a visita entro i successivi tre mesi.

Qualora non si presenti nemmeno in quest'ultima occasione, la domanda perderà efficacia e l'interessato dovrà presentare una nuova istanza.

8.3 I BENEFICI

Per gli invalidi civili:

Percentuale di Invalidità	Benefici
33%	Assistenza sanitaria gratuita, forniture protesiche e ortopediche
46%	Iscrizione nelle liste speciali per il collocamento mirato
51%	Permessi retribuiti per cure mediche (se previsti dal Contratto Collettivo Nazionale del settore)
66%	Esenzione dal ticket sanitario
74%	Assegno mensile di invalidità
100%	Pensione di inabilità, indennità di accompagnamento (se non si riesce a camminare autonomamente)
Minori con difficoltà	Indennità di frequenza

Handicap:

Benefici	Descrizione
Permessi Retribuiti	Fino a tre giorni di permesso retribuito al mese per il lavoratore disabile o per chi assiste un familiare disabile
Congedi Straordinari	Fino a due anni di congedo retribuito per assistere un familiare disabile
Scelta della Sede di Lavoro	Diritto di scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al domicilio della persona disabile
Agevolazioni Fiscali	Detrazioni per spese mediche e assistenziali, IVA agevolata su veicoli e ausili, detrazione del 19% su spese per assistenza
Assistenza Sanitaria	Assistenza sanitaria gratuita, esenzione dal ticket sanitario
Agevolazioni per la Mobilità	Parcheggi riservati, agevolazioni tariffarie per il trasporto pubblico

Per informazioni:

- Ambulatorio Medicina Legale – sede via Farinelli 25
Telefono: 011.566.4067 – Fax 011.566.4011
E-mail: invalidi.civili@aslcittaditorino.it
Orario: martedì, mercoledì e giovedì; dalle 13.30 alle 15.30
Modalità di accesso: Accesso consentito unicamente ai prenotati
- Ambulatorio Medicina Legale – sede Corso Toscana 111/G- 2°Piano
Telefono: 011.4395.570/568/572/569/573 – Fax: 011.2160523
E-mail: invalidicivili.foligno@aslcittaditorino.it
informazioni dalle 09:00 alle 12:00 dal lunedì al venerdì
Modalità di accesso: Accesso consentito unicamente ai prenotati
- Ambulatorio Medicina Legale – sede via Montanaro 60
Telefono: 011.240.2522/532/564 – Fax: 011.855519
E-mail: medlegaled1@aslcittaditorino.it
Orario: martedì, mercoledì e giovedì; dalle 13.30 alle 15.30
Modalità di accesso: Accesso consentito unicamente ai prenotati

8.4 COMMISSIONE MEDICA LOCALE (CML) – EX PATENTI SPECIALI

La Commissione ha il compito di accertare i requisiti psico-fisici in caso di revisione della patente di guida oppure in occasione del rinnovo, del conseguimento o dell'estensione ad altre categorie richiesto da persone con minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali o affetti da altre patologie previste dalla legge, oppure di soggetti ultrasessantenni in possesso di patente D o D-E, o di soggetti ultrasessantacinquenni in possesso di patente C o C-E.

Le prenotazioni in CML si effettuano solo per via telematica: per le modalità di presentazione delle domande consultare il sito internet della Asl Città di Torino (cliccare su [Come fare per](#) e di seguito [Rinnovare la patente in Commissione Medica Locale \(CML – ex patenti speciali\)](#) oppure [Guida ai servizi/Medicina Legale/Prestazioni di Medicina legale](#).

La Commissione ha un'unica sede:

- Ambulatorio Medicina Legale – sede Via Farinelli 25
Telefono: 011.5664048 – Fax 011.5664044
Orario: dal martedì al giovedì, dalle ore 13.30 alle ore 15.
E-mail: prenotazione.cml@aslcittaditorino.it
Modalità di accesso: Accesso consentito unicamente ai prenotati

CAPITOLO 9 – PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)

9.1 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).

9.2 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.

9.3 PUA ASL CITTÀ DI TORINO.

Al momento all'ASL Città di Torino è presente un unico PUA presso il Distretto Nord- Est nella sede di Via Montanaro 60.

È un servizio rivolto alle persone fragili con problemi di salute e difficoltà sociali: Il PUA potrà fornire informazioni sull'accesso ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali, accogliendo il cittadino e valutando le richieste rispetto ai diversi bisogni di complessità grazie alla presenza di risorse multiprofessionali.

CAPITOLO 10 – CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (C.O.T.)

La C.O.T. è un modello organizzativo territoriale che ha come obiettivo quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione della cura e dell'assistenza.

NON È PREVISTO un accesso diretto da parte del cittadino alle C.O.T. se non mediante richiesta da parte di:

- Centrale Operativa 116117
- Punto di Unico di Accesso
- Servizi Sanitari (Strutture Ospedaliere / Territoriali, Medici di Medicina Generale / Pediatri di Libera Scelta)

Centrali Operative Territoriali dell'ASL Città di Torino

DISTRETTO	INDIRIZZO	TIPO	DEDICATA A
Sud-Ovest	Via Farinelli 25	Funzionale	<i>Fornitura Protesica e Assistenza Farmaceutica</i>
Sud-Est	Via Silvio Pellico 19	Funzionale	<i>Gestione dei Percorsi Continuità Ospedale Territorio</i>
Sud-Est	Via Legnano 5	Governo Complessivo del Sistema	<i>Governo del sistema e Gestione Piattaforma Informatica e di Telemedicina</i>
Nord-Est	Via Cigna 74 (via Cuneo fronte n. 33)	Funzionale	<i>Gestione dei Percorsi Residenzialità</i>
Nord-Est	Via Cigna 74	Funzionale	<i>Gestione della Cronicità e della Fragilità</i>
Nord-Est	Via Cigna 74	Funzionale	<i>Programmazione Piano Pandemico Influenzale</i>
Nord-Est	Via degli Abeti 16	Funzionale	<i>Gestione dei Trasporti Sanitari</i>
Nord-Est	Via Botticelli 130	Funzionale	<i>Gestione dei Percorsi Cure Domiciliari e Palliative</i>
Nord-Ovest	Via Pacchiotti 4	Funzionale	<i>Programmazione delle Prestazioni Medicina Legale e Invalidità</i>

CAPITOLO 11 – ASSISTENZA AGLI ANZIANI: RESIDENZIALITÀ E UVG

Per usufruire di **servizi assistenziali** (lungo assistenza a domicilio, centro diurno, struttura residenziale) per gli anziani non autosufficienti occorre rivolgersi all'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) della propria Asl di residenza.

L'**Unità di Valutazione Geriatrica (UVG)** è un'équipe multidisciplinare composta da personale sanitario dell'ASL (medico geriatra e infermiere), assistenti sociali del Comune di Torino e presieduta dal Responsabile della Residenzialità Anziani o suo delegato.

Il **percorso di valutazione UVG** si articola nelle seguenti fasi:

- **accoglimento della Domanda di Valutazione UVG**
 - o **effettuazione dell'istruttoria sanitaria** dell'anziano nella sede UVG di presentazione della domanda (l'approfondimento della condizione economica avviene nelle sedi del Servizio Sociale di competenza territoriale). Qualora il paziente sia impossibilitato all'effettuazione dell'istruttoria sanitaria in ambulatorio, il Medico di Medicina Generale può richiedere **l'Istruttoria sanitaria a domicilio**,
- **effettuazione dell'istruttoria sociale** a cura del Servizio Sociale del Comune di Torino territorialmente competente
- **definizione del Progetto Assistenziale (Progetto UVG)** predisposto dalla Commissione UVG nella sede di presentazione della domanda. Il **Progetto Assistenziale** può essere di tipo **residenziale** (per inserimenti in RSA), **semiresidenziale** (Centro Diurno e Centro Diurno Alzheimer) e di **lungo assistenza domiciliare**.

11.1 MODALITÀ ACCESSO AL SERVIZIO

È possibile contattare la segreteria (rilascio informazioni, ricezione domande di valutazione o di rivalutazione) attraverso la posta elettronica o il telefono.

I recapiti da utilizzare sono quelli della segreteria UVG competente in base all'indirizzo di residenza:

- **UVG sud – Via Farinelli, 25 per i residenti nelle circoscrizioni 1-2-3-8**
 - o per presentare domande UVG accesso consentito previo appuntamento al numero tel.: **011.5664115** mail: uvg@ascittaditorino.it
 - o per le pratiche con esito di "Progetto residenziale" e "Progetto semiresidenziale" tel. **011.5664115** e-mail: residenziale.valletta@ascittaditorino.it,
- **UVG nord–Via Luzzatti, 36/a per i residenti nelle circoscrizioni 4-5-6-7**
 - o tel. **011.4395350** e-mail: uvg.nord@ascittaditorino.it accesso diretto consentito nei giorni di mercoledì e giovedì dalle ore 9.00 alle ore 12.00

11.2 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 generalmente 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 loro stessa 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 socioassistenziali possono attivare supporti ai caregiver per il sostegno completo della persona seguita.

CAPITOLO 12 – VACCINI E VACCINAZIONI

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 sei 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 una recente riunione 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.

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

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.

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

12.2 ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA VACCINALE ASL CITTÀ DI TORINO

I **vaccini obbligatori** per la frequenza scolastica da 0 a 17 anni sono:

- Tetano;
- Difterite;
- Pertosse;
- Poliomielite;
- Epatite B;
- Haemophilus influenzale di tipo B;
- Morbillo;
- Parotite;
- Rosolia;
- Varicella.

Nell'ASL Città di Torino le vaccinazioni si eseguono prevalentemente presso la sede del Dipartimento di Prevenzione, in Via della Consolata n. 10 e presso la sede di Via Gorizia n. 114.

- Le **vaccinazioni nazionali** si eseguono, **previa prenotazione, da lunedì a venerdì dalle ore 8.00 alle ore 16.00.**
- Per le **vaccinazioni obbligatorie** o per le **vaccinazioni raccomandate** per cui (in base alla normativa regionale) è prevista la chiamata attiva, l'ASL Città di Torino invia una convocazione tramite posta ordinaria indicando la sede, il giorno e l'orario di appuntamento.
- Le **vaccinazioni internazionali** si eseguono, **previa prenotazione, da lunedì a venerdì dalle ore 8.30 alle ore 15.00** in via della Consolata n. 10.

Modalità di prenotazione per i cittadini residenti nel Comune di Torino

I cittadini residenti a Torino possono effettuare la prenotazione, lo spostamento dell'appuntamento o la disdetta della vaccinazione tramite le seguenti modalità:

- **Telefonicamente:**
Call Center: 800.880.080 (numero verde) dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 16.30;
- **Di persona:**
 - o **in Via della Consolata 10, Sportelli amministrativi** (vaccinazioni nazionali ed internazionali) dal lunedì al venerdì dalle ore 8.15 alle ore 12.30 e dalle ore 13.00 alle ore 15.00;
 - o **in Via Gorizia 114, Sportello amministrativo** (vaccinazioni nazionali ed internazionali) dal lunedì al venerdì dalle ore 8.15 alle ore 12.30 e dalle ore 13.00 alle ore 15.00.

Cittadini non residenti nel Comune di Torino

I cittadini non residenti a Torino possono richiedere la vaccinazione tramite una delle seguenti modalità:

- contattare il SISP (Servizio Igiene e Sanità Pubblica) di competenza territoriale;
- registrarsi sul portale "Il Piemonte ti Vaccina" (box dedicato);
- rivolgersi al Medico di Medicina Generale / Pediatra di Libera Scelta.

Accesso senza prenotazione per categorie prioritarie

Per alcune categorie di utenti è previsto l'accesso diretto senza necessità di prenotazione, presso le seguenti sedi e orari:

- Via della Consolata 10 – dalle ore 8.00 alle ore 10.30 (fino a un massimo di 30 accessi al giorno)
- Via Gorizia 114 – dalle ore 8.00 alle ore 10.00 (fino a un massimo di 10 accessi al giorno).

Le **categorie** per cui è previsto l'**accesso senza prenotazione** sono:

- minori in notevole ritardo con il calendario obbligatorio;
- feriti che devono fare Tetano-Difterite-Pertosse;
- morsi da animali;
- gravidanze alla 28^a settimana o non prenotabili in tempo utile (tra la 27^a e la 36^a);

- trapiantati o in attesa di trapianto;
- immunodepressi;
- utenti con splenectomia programmata o recente

Esistono poi una serie di vaccini **non obbligatori** ma raccomandati, ad esempio:

- **HPV (Human Papilloma Virus)** gratuita per i maschi nati a partire dal 1° gennaio 2006 e per le femmine nate a partire dal 1° gennaio 1993, residenti e/o domiciliati nella Città di Torino. Per questa vaccinazione è prevista la chiamata attiva tra l'undicesimo e il dodicesimo anno di vita.
- **Virus respiratorio sinciziale (VRS)**, immunizzazione gratuita e su base volontaria per bambini a durante la loro prima stagione di contatto con VRS. L'immunizzazione, in caso di patologia che esponga ad un rischio di infezione grave da VRS, può essere proposta anche nella seconda stagione di contatto con VRS, comunque non oltre i 24 mesi di vita.
- **Vaccinazioni anti COVID – 19** in base alle indicazioni nazionali e regionali.
- **Pneumococco**: la vaccinazione è offerta gratuitamente e in chiamata attiva ai neonati. La vaccinazione è gratuita per i soggetti ad aumentato rischio di malattie invasive batteriche ed è offerta, inoltre, ai soggetti di 65 anni d'età a partire dai nati nel 1952, così come previsto dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV 2017 – 2019).
- **Herpes Zoster**, è offerta gratuitamente a partire dai 18 anni ai soggetti con rischio elevato di complicanze ad associate infezioni. È offerta gratuitamente anche ai soggetti di 65 anni d'età a partire dai nati nel 1952, così come previsto dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV 2017 – 2019).
- **Meningiti**: le vaccinazioni contro meningococco B e meningococco ACW135Y sono offerte gratuitamente e in chiamata attiva in età pediatrica. Sono gratuite anche per i soggetti fragili o ad aumentato rischio di malattie invasive batteriche.

Vaccinazioni Internazionali:

In base alla destinazione, alla tipologia di viaggio e alla permanenza nel Paese di destinazione, possono essere raccomandate o, in taluni casi, obbligatorie alcune vaccinazioni.

Se si sta organizzando un viaggio all'estero, si raccomanda di pianificare, con anticipo, un appuntamento per una consulenza di medicina dei viaggiatori, durante il quale saranno fornite tutte le informazioni necessarie per affrontare il viaggio in sicurezza e saranno somministrate le idonee vaccinazioni e, in caso di necessità, saranno forniti i farmaci antimalarici.

CAPITOLO 13 – 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.

13.1 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.

13.2 COM'È COMPOSTO

Un PSDTA è composto da 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

13.3 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. L’utilizzo di questi percorsi deve portare a risultati di efficienza e di efficacia misurabili, soprattutto deve risolvere il grave problema dell’abbandono di percorsi diagnostici e di terapie, che sono una sconfitta non solo per il paziente ma per tutto il sistema.

Il percorso descrive tutti i passaggi che vanno dal sospetto diagnostico alla diagnosi attraverso le indagini e la consulenza dello specialista di riferimento, l’eventuale presa in carico da parte dello stesso specialista sulla base delle caratteristiche della patologia, l’attuazione della terapia domiciliare, le fasi successive che si protraggono nel tempo con le indagini di controllo e la rivalutazione dello specialista, gli eventuali aggiustamenti terapeutici, la valutazione e la soluzione dei problemi emergenti (follow up).

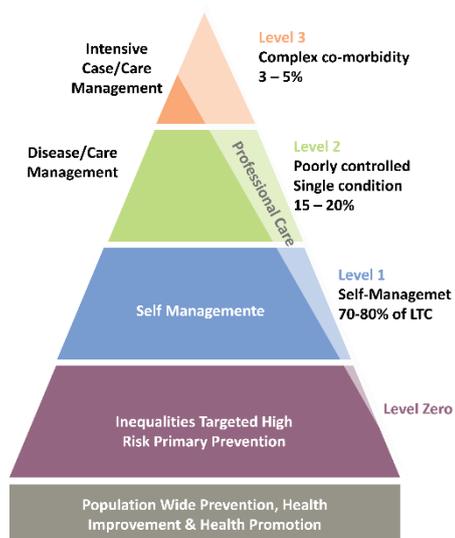
Nei paragrafi successivi saranno esposte brevi sintesi dei PSDTA attivati nella regione Piemonte.

13.4 IL RUOLO DEI PAZIENTI

I PSDTA codificano il ruolo del Medico di medicina Generale, quello dello Specialista di riferimento (o, più importante, del gruppo multidisciplinare: esempio già operativo da tempo nel caso delle malattie neoplastiche l'equipe di oncologo, chirurgo, radioterapista).

Ma il **'percorso'** viene **percorso** dal paziente ed è fondamentale il suo ruolo per ottenere i risultati attesi da un impegno organizzativo rilevante: il MMG, i servizi diagnostici, gli specialisti sono tappe essenziali nel percorso, ma senza l'impegno del malato sono inutili. Il percorso deve includere il ruolo del paziente.

Il Chronic Care Model (secondo Kaiser e Permanente) individua il ruolo del paziente nella gestione delle malattie croniche e, come si può notare, un peso rilevante viene attribuito al self management cioè alla capacità di gestione del paziente che è chiamato a svolgere compiti che richiedono consapevolezza e competenze a cui spesso non è addestrato.



Questo modello si basa sulla stratificazione dei pazienti sulla base della gravità della patologia: ovviamente il paziente con un livello minore di gravità è chiamato a sopportare il peso del 70% della gestione della malattia, mentre i malati con un rischio più elevato, che ricorrono alle cure ospedaliere, ricadono in una condizione diversa

I professionisti della salute svolgono un ruolo esiguo, quasi marginale, per i pazienti al livello più basso (livello 1), quelli per cui sono stati costruiti i PSDTA.

Ma sono proprio i pazienti a basso rischio quelli più numerosi, sono quelli che non devono raggiungere il vertice della Piramide: l'azione del paziente si esplica attraverso la gestione attenta della malattia, delle terapie, delle modificazioni della propria vita che la malattia cronica sempre comporta, e poi ancora attraverso la costanza del seguire gli interventi di follow up e la capacità di valutare le proprie condizioni, di cogliere i momenti in cui si presentano sintomi o accadimenti che richiedono interventi non programmati e una nuova stadiazione della malattia.

Questo si può ottenere con il miglioramento delle conoscenze e delle competenze di tutti i cittadini e, più approfonditamente, dei singoli colpiti da queste malattie, attraverso interventi di alfabetizzazione sanitaria generale e interventi specifici, relativi alle patologie interessate dai PSDTA, rivolta a singoli o a piccoli gruppi omogenei che prevedano sia miglioramento delle conoscenze, sia addestramento pratico dove necessario (pensiamo alle risorse della telemedicina), sia di supporto individuale.

A complicare la situazione già complessa deve essere fatta una ulteriore considerazione: molto spesso le persone colpite dalle patologie croniche sono già le più fragili (persone anziane, con deficit sensoriali e cognitivi, isolamento sociale, povertà ecc.) e la malattia stessa contribuisce ad aggravare la fragilità, fino alla perdita dell'auto-sufficienza: questo rende estremamente difficile il compito della gestione e richiede l'affiancamento di un familiare o di un care giver che sono chiamati a svolgere un ruolo di supplenza e che devono pertanto essere coinvolti nel progetto.

CAPITOLO 14 – LA RETE ONCOLOGICA

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

La Regione Piemonte ha approvato nel 2013 un Progetto organizzativo del polo oncologico e della Rete Oncologica esteso anche alla Valle d'Aosta, elaborando delle linee-guida metodologico-organizzative quali il **Centro di Accoglienza e Servizi (CAS)** e il **Gruppo Interdisciplinare di Cure (GIC)**.

14.1 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 è situato di norma presso i Servizi Oncologici delle Aziende Sanitarie afferenti alla Rete Oncologica.

I Centri di accoglienza e servizi sono distribuiti in tutto il territorio regionale e precisamente: nel sito <http://www.reteoncologica.it/cas> sono indicati, per ogni centro, l'ubicazione, gli orari, il telefono, la mail e i nominativi dei responsabili.

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

14.2 IL GRUPPO INTERDISCIPLINARE DI CURE (G.I.C)

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

14.3 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 ai 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 familiari possono accedere ai permessi previsti dalla legge 104/92

14.4 LE PATOLOGIE ONCOLOGICHE NELL'ASL CITTÀ DI TORINO.

<https://www.aslcittaditorino.it/strutture/oncologia>

L'ASL Città di Torino, si è progressivamente adeguata istituendo il Centro di Accoglienza e Servizi (CAS) quale punto di riferimento del paziente per il quale sia emerso un sospetto diagnostico.

Il CAS si occupa di:

- accogliere il paziente informandolo sui successivi passaggi;
- attivare il percorso del Gruppo Interdisciplinare Cure di riferimento;
- verificare della presa in carico del paziente e la continuità assistenziale;
- prenotare delle prestazioni diagnostiche preliminari;
- gestire della documentazione informatica;
- condividere e aggiornare le informazioni utili a tutti i CAS della Rete Oncologica del Piemonte – Valle d'Aosta.

Il Gruppo Interdisciplinare di Cure (GIC) è formato da diversi professionisti coinvolti in base al tipo di patologia tumorale riscontrata e alle specifiche condizioni di salute del paziente per il quale stabilisce i percorsi di cura più appropriati.

L'Oncologia dell'ASL Città di Torino nelle sue tre sedi (**Ospedali San Giovanni Bosco, Martini e Maria Vittoria**) afferisce alla Rete Oncologica Aziendale, (modello integrato di cura per i pazienti oncologici all'interno dell'ASL Città di Torino) e si occupa della diagnosi precoce e della cura di patologie oncologiche ed eventuali cure palliative e riabilitazione e svolge attività di ricovero diurno e ambulatoriale.

La Struttura Complessa Oncologia si trova presso l'Ospedale San Giovanni Bosco, Piazza Donatore di Sangue, 3 – Torino ed è inserita nel Dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta per la costante verifica della qualità ed uniformità dei percorsi diagnostici ed assistenziali in ambito regionale.

Attualmente i CAS presenti in azienda sono 3:

- presso l'Ospedale San Giovanni Bosco – P.zza Donatore di Sangue 3 – Torino
E-mail: oncologia.osgb@aslcittaditorino.it ; cas.osgb@aslcittaditorino.it
Telefoni: Day Hospital 0112402311 – Centro Accoglienza e Servizi 011 2402855
- presso l'Ospedale Maria Vittoria – Via Cibrario, 72 – Torino
E-mail: oncologia.omv@aslcittaditorino.it
Telefono: 0114393705
- presso l'Ospedale Martini – Via Tofane 71 – Torino
E-mail: oncologia.martini@aslcittaditorino.it
Telefono: 011 70952623 – 011 70952584

CAPITOLO 15 – LA RETE ENDOCRINO DIABETOLOGICA

In Piemonte, sono circa 320.000 le persone che soffrono di diabete, **il 5% della popolazione, di questi, il 91% soffre di diabete di tipo 2, il 5% di diabete di tipo 1, il restante sono forme di diabete secondarie ad altre patologie. A Torino sono 80.000 i pazienti diabetici.**

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 e 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):

Il **modello assistenziale Hub & Spoke** parte dal presupposto che per determinate situazioni e complessità di malattia siano necessarie competenze e costose strutture che non possono essere assicurate in modo diffuso ma devono invece essere concentrate in **Centri regionali di alta specializzazione (centri di eccellenza, denominati HUB)** a cui i **servizi periferici** denominati **SPOKE** inviino i malati che superano la soglia di complessità degli interventi effettuabili a livello periferico.

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

La condizione di patologia cronica, con le necessarie fasi di riacutizzazioni e stabilizzazioni cliniche suggerisce come più efficace la costituzione di percorsi sanitari, diagnostici e terapeutici in grado di intervenire in continuità, sia nella fase acuta che nella fase cronica. Tale concetto affianca e completa il modello di organizzazione di Hub e Spoke creando una efficace cerniera di collaborazione tra Ospedale e Territorio.

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 dei percorsi di salute e la presa in carico integrata con l'hub ospedaliero dei pazienti più complessi.

15.1 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 a 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.).

15.2 - ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE NELL'ASL CITTÀ DI TORINO.

L'Asl Città di Torino è in prima fila nella costituzione di nuovi modelli di presa in carico totale multidisciplinare del paziente.

La sede principale della Struttura Complessa di Endocrinologia e Malattie Metaboliche si trova presso il Presidio Ospedaliero Oftalmico, via Juvarra 19 – Torino – primo piano – Tel. 011 5666086 (dalle 9 alle 13,30) e si occupa di tutte le problematiche inerenti alla patologia endocrinologica e diabetologica

Ambulatorio Diabetologia:

- cura del diabete mellito di tipo 1 e 2 e delle sue complicanze
- diabete gestazionale
- ambulatorio della transizione dall'epoca pediatrica all'adulto con utilizzo di dispositivo appropriati (strumentazione coadiuvante la terapia diabetologica)
- ambulatorio dedicato alla terapia insulinica mediante microinfusori di insulina
- ambulatorio piede diabetico
- ambulatorio dello screening delle complicanze

Ambulatorio Endocrinologia:

- ambulatorio dedicato alla patologia tiroidea
- ambulatorio dedicato alla patologia ipofisaria
- attività di ecografia tiroidea di II livello
- diagnostica della patologia nodulare tiroidea tramite esame citologico con agosottile sotto guida ecografica
- ambulatorio rete oncologica tumori della tiroide e delle ghiandole endocrine
- ambulatorio dedicato alla dislipidemia severa
- ambulatorio dedicato alla patologia osteometabolica (prevenzione primaria e secondaria dell'Osteoporosi)

Day Hospital endocrinologico:

- Interventi di terapia miniinvasiva per la cura della patologia tiroidea nodulare benigna con tecnica di citoriduzione tramite infusione di alcool per la lesione cistica e termoablazione con laser per nodo solido.

Servizio di Day Service

- Servizio di Day Service Diagnostici con esecuzione di TEST basali e dinamici per la diagnosi delle malattie endocrinologiche palesi e latenti

Modalità di accesso:

- **telefonticamente:** CUP Regionale: 800.000.500, numero verde gratuito, da telefono fisso e da cellulare attivo dal lunedì alla domenica (escluse le festività nazionali), dalle ore 8.00 alle ore 20.00
- **di persona:** *presso i Centri Unificati di Prenotazione dell'ASL Città di Torino*

Per la prenotazione occorre essere in possesso della tessera sanitaria e dell'impegnativa del Medico di Medicina Generale per:

- Prima visita diabetologica, visita di controllo, visita CAIS (Centro Accoglienza Pazienti affetti da Diabete)
- Prima visita endocrinologica o di controllo
- Ecografia tiroidea
- Agobiopsia tiroidea

CAPITOLO 16 – DISTURBI DELL’ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE (DNA)

I Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione sono uno dei più frequenti fenomeni sanitari, in particolare tra gli adolescenti e i giovani adulti.

Classificazione dei DNA (*)

- Anoressia nervosa;
- Bulimia nervosa;
- Disturbo da Binge-Eating;
- Disturbi della Nutrizione o dell’Alimentazione con Specificazione e senza Specificazione;
- Disturbo evitante/restrittivo dell’assunzione di cibo;
- Pica o Allotriofagia.

() per la definizione di relativi stati patologici si rimanda al “Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali» - 5^a edizione (DSM-5)*

I casi di anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo da alimentazione incontrollata (binge eating) rappresentano la seconda causa di morte in Italia tra i giovani, soprattutto quelli di età compresa tra i 12 e i 25 anni, dopo gli incidenti stradali. In Piemonte, dopo la pandemia da Covid, i disturbi del comportamento alimentare nei bambini e negli adolescenti sono aumentati del 112%.

Si assiste ad un abbassamento in generale dell’età dell’insorgenza di tutti i disordini del comportamento alimentare, con un picco verso i 14-15 anni e casi frequenti anche in età pediatrica (7-8 anni). Si stima che circa 1 giovane su 3 soffra di DNA. È, tuttavia, una vera e propria emergenza che interessa anche gli adulti. Ampliando il dato all’età adulta, secondo una stima del Ministero della Salute più di 3 milioni di persone ne sono colpite.

16.1 ASL CITTÀ DI TORINO – IL CODICE LILLA

Cos’è il “Codice Lilla”:

È il percorso specifico, dedicato ad accogliere e prendere in cura in modo mirato ed efficace chi giunge in Pronto Soccorso a causa di patologie indotte da Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione (DNA), spesso senza essere consapevole del problema di salute in sé e dei rischi che ne possono derivare.

Rappresenta una preziosa occasione per le persone che vivono con questi disturbi per l’avvio di un percorso terapeutico specialistico e integrato e può segnare un punto di svolta delle prospettive di remissione del disturbo per una ripresa della qualità di vita.

Il Progetto nasce in attuazione delle indicazioni nazionali e regionali in materia, con l’obiettivo di intercettare, tra tutti i pazienti che si rivolgono al Pronto Soccorso, nella prima fase di Triage, o nel successivo percorso nel DEA, coloro che presentano una sintomatologia rivelatrice di possibile DNA, i quali, tendenzialmente, non riconoscono il disturbo, così da gestirne tempestivamente, a seconda della gravità del caso, l’ospedalizzazione o l’invio a centri specializzati, per scongiurare la compromissione della loro condizione clinica.

Nelle strutture dell’ASL sono seguiti 125 Pazienti minori e 150 adulti. Il trend è di 2-3 prime visite alla settimana per adulti e altrettante per minori, di cui circa due terzi determinano una presa in carico continuativa.

Come funziona il Codice Lilla?

Il Codice Lilla è assegnato al Paziente a seguito di accesso in emergenza al Pronto Soccorso, in aggiunta al codice colore già attribuito in Pronto Soccorso, e serve a definire il livello di priorità all’accesso alla visita, per consentire l’avvio di un percorso terapeutico nel quale si viene, per così dire, “ingaggiati” e si beneficia di una diagnosi e di un trattamento sanitario appropriati.

È previsto il ricorso a determinati criteri di anamnesi al triage e a indici di gravità dello stato del Paziente quali parametri/strumenti di riferimento per l’assegnazione del Codice Lilla, che sono stati focalizzati nel corso di specifica attività formativa aziendale, complementare alla realizzazione del progetto. La formazione aziendale ha coinvolto 53 operatori, di cui 45 sanitari di vari presidi ospedalieri/territoriali e

8 amministrativi della S.S.S. Comunicazione Interna ed Esterna e Relazioni Esterne – Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP).

Si riceve, infatti, un'attenzione specifica da parte degli operatori di P.S., che tiene conto anche della delicata fase post-dimissioni.

In tale contesto, particolare importanza riveste l'alleanza tra famiglia e struttura sanitaria di riferimento, che sia specialistica multidisciplinare, ambulatoriale oppure residenziale, tenuto conto dei disagi e delle resistenze di molti pazienti ad accettare le cure proposte e ad intraprendere un trattamento adeguato.

Il Ministero ha fornito le "Raccomandazioni per i familiari", per aiutare i parenti dei Pazienti a riconoscere i sintomi e fornire supporto pratico, soprattutto per la gestione dei pasti, consultabili al seguente link: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2774_allegato.pdf

Figure professionali di riferimento e Strutture coinvolte

Il Protocollo Codice Lilla è applicato da personale sanitario specificamente formato, assegnato a una Equipe multidisciplinare composta da medici di differenti specialità e da operatori sanitari con diverse qualifiche (medici urgentisti di P.S., pediatri dei PP.OO. Ospedale Maria Vittoria e Martini, psichiatri del territorio e dei Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura, dietologi, dietisti, infermieri coordinatori e infermieri di triage, infermieri pediatrici, ...).

In particolare, la procedura coinvolge a vario titolo nel percorso le seguenti Strutture:

- le SS.CC. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza 1, 2 e 3;
- le SS.CC. Pediatria 1 e 3;
- la S.C. Direzione Professioni Sanitarie (Di.P.Sa.);
- la S.C. Nutrizione Clinica;
- le SS.CC. Rete Ospedale Territorio (ROT) Psichiatria Nord-Est, Sud-Est, Nord-Ovest, Sud-Ovest;
- le SS.CC. NPI Neuropsichiatria Infantile Nord e Sud;
- la S.C. Psicologia Aziendale;
- la SS.S. Comunicazione Interna ed Esterna e Relazioni Esterne,

Il Personale del P.S. è tenuto all'osservanza delle seguenti indicazioni:

- Personale medico: è preferibile vedere il Paziente adulto da solo; nel caso di minori, occorre chiedere ai genitori di poter effettuare almeno una parte della visita solo con la/il Paziente, previo loro consenso;
- Personale infermieristico: è necessaria adeguata esperienza e specifico training che consentano, nell'ambito del processo di triage, sia di individuare i bisogni di salute, sia di utilizzare capacità relazionali e comunicative necessarie all'ascolto e al sostegno emotivo;
- Approccio individuale: facilita l'esplorazione della prospettiva del Paziente sulla consultazione e sulla natura del problema e getta le basi per lo sviluppo di una relazione terapeutica collaborativa; è consigliabile, tuttavia, ascoltare le informazioni fornite dagli accompagnatori, anche per i pazienti maggiorenni, a causa della frequente scarsa collaborazione da parte del Paziente (compatibilmente con la normativa sulla privacy);
- Modalità comunicative raccomandate:
 - o ascoltare il punto di vista del Paziente senza commenti;
 - o mostrare empatia cercando il dialogo, consapevoli che i sintomi presentati sono l'espressione di una malattia, non di una volontà del Paziente;
 - o non stigmatizzare;
- mostrare sensibilità all'ambivalenza nei confronti del trattamento;

CAPITOLO 17 - LA NEFROLOGIA, LA REUMATOLOGIA E LA RETE PER LE MALATTIE RARE

Le malattie rare costituiscono un problema sanitario di rilevante entità in quanto interessano un numero importante di cittadini e di famiglie che spesso stentano a trovare adeguate risposte sanitarie.

La Regione Piemonte ha istituito la rete regionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare, composta dai presidi sanitari regionali con l'intento di offrire la miglior risposta alle richieste assistenziali dei pazienti, attraverso:

- **appropriate prestazioni di diagnosi e trattamento**
- **disponibilità di servizi assistenziali il più possibile vicini al luogo in cui i pazienti vivono e lavorano:** questo è un aspetto fondamentale, trattandosi di patologie croniche che spesso richiedono trattamenti iterativi.

Nell'ambito della rete regionale per le malattie rare è stato attivato un portale web www.malattierarepiemonte.it che contiene sezioni di carattere generale, attinenti aspetti normativi organizzativi, e sezioni specifiche riguardanti i servizi offerti dalle singole Aziende sanitarie regionali.

17.1 ASL CITTÀ DI TORINO – IL CENTRO UNIVERSITARIO DI ECCELLENZA MALATTIE REUMATOLOGICHE, NEFROLOGICHE E RARE.

Presso il Presidio Ospedaliero San Giovanni Bosco, si trova la struttura a valenza Universitaria di Nefrologia, Reumatologia e Centro Malattie Rare – CMID.

17.2 STRUTTURE DI NEFROLOGIA E DIALISI NELL'ASL CITTÀ DI TORINO

Struttura di Nefrologia e Dialisi Presidio Martini – Via Tofane, 71 – Torino – Tel 011.70952374

Assicura la gestione complessiva del paziente a rischio o affetto da malattia renale acuta e cronica. L'attività inizia con la prevenzione e prosegue con la presa in carico del paziente nefropatico dagli stadi iniziali fino alla terapia sostitutiva artificiale con dialisi o naturale con trapianto di rene, per il quale vengono svolte le fasi di preparazione e follow-up.

La struttura dispone di un reparto di degenza nell'ambito del Dipartimento Area Medica. Viene eseguita la biopsia renale percutanea e la creazione di accessi vascolari di tutti i tipi.

Le attività ambulatoriali si articolano in:

- Emodialisi
- Dialisi Peritoneale
- Ambulatorio per il trapianto renale con presa in carico del paziente dimesso dal Centro Trapianti
- Ambulatorio per la Malattia Renale Avanzata (MaReA)
- Ambulatorio per l'Iperensione Arteriosa
- Monitoraggio dinamico della pressione arteriosa 24h
- Ambulatorio per il Rene Policistico
- Ambulatorio per la Calcolosi Renale
- Ambulatorio di Nefropatologia
- Diagnostica ultrasonografica

Alla struttura sono assegnati una Psicologa e una Dietista che svolgono attività ambulatoriale dedicata ai pazienti nefropatici. È attivo un programma di esercizioterapia attraverso la pratica del Fitwalking rivolto ai pazienti afferenti alla struttura, con organizzazione di gruppi di cammino. Il centro svolge attività di Ricerca Clinica.

Struttura di Nefrologia e Dialisi Presidio San Giovanni Bosco, P.zza Donatore di Sangue, 3 – Torino

È organizzata in tre macrosettori: il Reparto di degenza, la Dialisi e il DH/ambulatorio. L'attività di ricovero ordinario e diurno nonché ambulatoriale è volta al trattamento delle patologie mediche del rene e delle vie urinarie.

La Struttura, a valenza Universitaria, racchiude le specialità di **Nefrologia e Dialisi e Reumatologia** e all'interno vi trova collocazione il **Centro di coordinamento delle Malattie Rare del Piemonte e della Valle d'Aosta (CMID)**.

Eroga i seguenti **servizi ambulatoriali**, con **accesso tramite CUP** (eccezionalmente accesso diretto).

- Ambulatorio reumatologico prime visite (con accesso CUP)
- Ambulatorio reumatologico generale (con accesso CUP)
- Ambulatorio di follow-up post Day-Hospital
- Ambulatorio biologici e farmaci ad alto costo
- Ambulatorio di valutazioni reumatologiche ed immunologiche collegiali
- Ambulatorio Lupus Eritematoso Sistemico e Connettiviti
- Ambulatorio ecografia articolare
- Ambulatorio videocapillaroscopia
- Ambulatorio nefrologico generale
- Ambulatorio ipertensione
- Ambulatorio calcolosi
- Ambulatorio di immunopatologia renale
- Ambulatorio MAREA
- Ambulatorio nefropatia diabetica
- Ambulatorio trapianto renale
- Ambulatorio ecografia renale
- Ambulatorio prime visite nefrologiche
- Ambulatorio follow-up post ricovero
- Ambulatorio nutrizionale e chetoanaloghi
- Ambulatorio vascolare ed ecodoppler renale
- Ambulatorio delle urgenze
- Ambulatorio nefrooncologia

Per le Attività Nefrologiche - Tel. Segreteria Nefrologia: 011.240.2287

Gli orari di accesso sono: accessibilità dei parenti illimitata compatibilmente con le attività mediche e infermieristiche (preferibilmente dalle 8.00 alle 20.00).

Per le Attività Dialitiche - Tel. Segreteria Dialisi: 011.240.2274/2280

Gli orari di accesso sono: dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 16.00.

Per la Reumatologia - Tel. Segreteria Reumatologia: 011.240.2056

Orari di accesso sono: dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 16.00.

Per il Servizio Coordinamento Malattie Rare del Piemonte e Val D'Aosta–CMID - Tel. Coordinamento malattie rare: 011.240.2127

Orari di accesso sono: dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 15.30.

Nel Distretto Nord-Est dell'ASL Città di Torino, all'interno del Poliambulatorio di Lungo Dora Savona 26, si trova il nuovo Laboratorio di Ricerca "**FibroLab**" dedicato allo studio delle sequele dell'infiammazione e del danno renale.

Il FibroLab fornirà un significativo contributo alla ricerca scientifica, focalizzandosi su aspetti cruciali dello sviluppo delle malattie renali croniche, responsabili ogni anno in Piemonte di circa 170 ingressi in dialisi per milione di abitanti. Il FibroLab mira a diventare un Hub di eccellenza nella ricerca sull'infiammazione e il danno renale, fornendo piattaforme di studio avanzate intese a sviluppare trattamenti innovativi di condizioni ad alta complessità.

CAPITOLO 18 - PSDTA MALATTIA DI PARKINSON

18.1 CHE COS'È LA MALATTIA DI PARKINSON (MP)

La Malattia di Parkinson è una malattia neurodegenerativa causata dalla progressiva perdita di funzionalità e dalla morte di alcune popolazioni di cellule nervose (neuroni), in particolare quelle situate nella cosiddetta sostanza nera, una piccola zona del cervello che, attraverso il neurotrasmettitore dopamina, ha il ruolo di modulare e controllare l'iniziativa motoria.

Si manifesta tipicamente con una sindrome clinica, la sindrome parkinsoniana, che comprende alcuni sintomi cardinali come la bradicinesia (ossia la lentezza nell'esecuzione dei movimenti), il tremore e la rigidità, ma anche molti sintomi non strettamente motori che spesso possono precedere le manifestazioni cliniche motorie oppure caratterizzare e complicare le fasi più avanzate della malattia. La malattia ha una genesi multifattoriale in cui intervengono fattori costituzionali su base genetica, più rilevanti nei casi ad esordio più precoce, e anche fattori ambientali (è stato ipotizzato il ruolo di pesticidi, insetticidi, erbicidi o altri contaminanti).

La malattia viene diagnosticata soprattutto sulla base di sintomi e segni clinici interpretati da un neurologo esperto in disturbi del movimento ed i criteri diagnostici si basano tuttora principalmente su tali riscontri.

Sono comunque disponibili accertamenti strumentali scintigrafici e di neuroimmagine in grado di rendere più accurata la diagnosi differenziale rispetto ad altre condizioni neurologiche che possono manifestarsi con una analoga sindrome motoria (detti parkinsonismi, atipici su base degenerativa oppure secondari ad altre malattie o ad effetti collaterali di terapia farmacologiche che interferiscono con la dopamina).

18.2 SINTOMI PRINCIPALI

18.2.1 SINTOMI MOTORI

I sintomi motori principali della malattia di Parkinson sono:

- tremore a riposo: costituisce il sintomo di esordio nella maggioranza dei casi; esordisce tipicamente in modo asimmetrico e coinvolge prevalentemente le dita della mano, con un gesto caratteristico, definito come "contar monete" o "far pillole" mentre l'arto è a riposo e non compie movimenti finalizzati;
- rigidità: percepita dall'esaminatore come aumentata resistenza alla mobilizzazione passiva delle articolazioni nel loro movimento completo di escursione;
- bradicinesia: 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.

18.2.2 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.

18.3 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.

18.4 COME È ORGANIZZATO IL PSDTA MALATTIA DI PARKINSON DELLA REGIONE PIEMONTE

18.4.1 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.

18.4.2 EVOLUZIONE CLINICA

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

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

18.4.3 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.

18.4.4 DOVE E CHI INSERISCE IL PAZIENTE (ARRUOLAMENTO) NEL PSDTA

Il neurologo dell'Ambulatorio dei Disturbi 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).

18.4.5 CONTROLLI (FOLLOW UP)

Viene raccomandato di eseguire la prima visita di controllo nei mesi successivi alla 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 tre 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)

18.5 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.

18.6 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.

18.6.1 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.

18.7 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 multi-sistemico 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.

18.8 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.

18.9 RUOLO DEL SERVIZIO SOCIALE AZIENDALE

Il Servizio ha come finalità quella di ricercare la massima integrazione tra funzioni sociali, socio-assistenziali e sanitarie. 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.

18.10 RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI DEI PAZIENTI

Le associazioni dei pazienti con malattia di Parkinson presenti nel territorio piemontese hanno partecipato attivamente alla stesura del PSDTA ed alla costituzione di 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.

18.11 LA CURA DELLE MALATTIE NEUROLOGICHE NELL'ASL CITTÀ DI TORINO- I RECAPITI

La Neurologia dell'ASL città di Torino si trova presso le tre sedi ospedaliere: **San Giovanni Bosco, Martini e Maria Vittoria** ed è presente anche sul territorio in alcuni ambulatori.

Neurologia 1 - Ospedale Maria Vittoria – Via Cibraio 72 – Tel. 011 4393296

La struttura di **Neurologia 1** svolge attività di ricovero ordinario e diurno nonché ambulatoriale volta al trattamento delle patologie del sistema nervoso centrale e periferico. Si occupa anche dello studio delle proteine liquorali relative a patologie degenerative del sistema nervoso centrale e per la diagnosi delle malattie prioniche e neurodegenerative di cui è **Centro Regionale Diagnosi Osservazione Malattie da Prioni DOMP**.

La struttura eroga i seguenti **servizi ambulatoriali**:

- Ambulatorio Malattie Neuromuscolari
- Ambulatorio Disordini del Movimento
- Ambulatorio Neuropsicologia
- Ambulatorio Neuroinfettivologia
- Ambulatorio Malattie Neurodegenerative U.V.A.
- Ambulatorio Malattie Cerebrovascolari
- Ambulatorio Epilessia
- Ambulatorio Cefalee
- Ambulatorio Tossina Botulinica
- Ambulatorio Neurosonologia
- Servizio Malattie Infiammatorie e Disimmuni– Amb. Sclerosi Multipla

Neurologia 2 – Ospedale San Giovanni Bosco – P.zza Donatore di Sangue 3 – Tel. 0112402292

Ambulatorio di Via Montanaro, 60 - telefono 0112402529

La struttura di **Neurologia** svolge attività di ricovero ordinario e diurno nonché ambulatoriale volta al trattamento delle patologie del sistema nervoso centrale e periferico.

La struttura eroga i seguenti **servizi ambulatoriali**:

- **Neurofisiologia:**
 - Elettromiografia
 - Elettroencefalografia
 - Potenziali evocati
- **Ambulatori:**
 - Cefalea
 - Epilessia
 - Malattie extrapiramidali
 - Malattie cerebrovascolari (solo controllo ricoverati)
 - Sclerosi multipla (controlli e AISM)
 - Neuroimmunologia (controlli)
 - Trattamento con tossina botulina (prenotazione diretta tramite neurofisiologia)

Neurologia 3 – Ospedale Martini – Via Tofane, 71 – Tel. Segreteria 011.70952271 • Reparto 011.70952572

La struttura di **Neurologia** opera come struttura di ricovero e di tipo ambulatoriale per i pazienti affetti da malattie neurologiche in fase acuta, subacuta e cronica. Le principali attività sono:

- pronto soccorso: consulenze in DEA con un medico neurologo dedicato 24 ore
- degenza: ricovero di pazienti in fase acuta di malattia con letti monitorizzati per la “Stroke-Unit” nell’ambito del “percorso ictus”
- ambulatori: l’attività ambulatoriale è di secondo livello, differenziata cioè in accessi per patologie specifiche, caratterizzate da un decorso cronico o protratto nel tempo e, dalla necessità di presa in carico e gestione articolata anche in percorsi assistenziali
- neurofisiologia: pratica EEG, EMG, potenziali evocati visivi, uditivi e somatosensoriali, ecodoppler TSA
- neuropsicologia: effettua valutazioni neuropsicologiche per diagnosi di demenza e insufficienza mentale

La struttura eroga i seguenti **servizi ambulatoriali**:

- Visite neurologiche di 2° livello (no prime visite): C.D.C.D. (Centro Disturbi Cognitivi Demenze), Parkinson, epilessia, cefalea, sclerosi multipla, vascolari
- Elettromiografie – potenziali evocati
- Elettroencefalogramma, EEG Holter, EEC con analisi spettrale, ecodoppler TSA, Doppler transcranico

CAPITOLO 19 - PSDTA ARTRITE REUMATOIDE

19.1 CHE COS'È L'ARTRITE REUMATOIDE?

L'Artrite Reumatoide (AR) è una malattia infiammatoria cronica sistemica, autoimmune caratterizzata da una poliartrite simmetrica erosiva e, talora, da coinvolgimento extra-articolare e viscerale.

È caratterizzata da un decorso cronico, a differente evoluzione, che in molti soggetti, se non precocemente trattati o curati in modo non adeguato, conduce ad una persistente sintomatologia dolorosa, progressiva distruzione articolare, con deformità, disabilità sia a breve che a lungo termine. progressiva perdita di funzionalità fino alla invalidità con conseguente impatto anche severo sulla capacità lavorativa.

Negli stadi precoci della malattia la disabilità è legata al processo infiammatorio, solitamente accompagnato da importanti e limitanti algie poliarticolari nonché dalla sindrome infiammatoria sistemica, mentre il danno articolare è la causa principale di disabilità permanente negli stadi tardivi della patologia.

La malattia, oltre che produrre una progressiva limitazione funzionale con diminuzione e perdita della capacità lavorativa, porta una riduzione anche pesante della qualità della vita del paziente, nonché una riduzione della sua aspettativa di vita, in particolare allorché esista un coinvolgimento viscerale, in relazione per lo più ad un aumento di patologie cardiovascolari.

È da sottolineare che nei pazienti non precocemente e correttamente trattati, si rilevano erosioni articolari, con la radiologia convenzionale, entro i primi due anni di malattia nel 75% dei pazienti, e che il 50% dei malati presenta erosioni prima dei 6 mesi di malattia, dalle indagini con Risonanza Magnetica.

19.2 SINTOMI PRINCIPALI

La diagnosi precoce non è facile e i precisi criteri classificativi diagnostici, sicuramente specifici, non lo consentivano. Recentemente sono stati proposti criteri classificativi che permettono di catalogare i pazienti affetti da AR nelle fasi relativamente precoci della malattia.

La diagnosi potrà avere ulteriore conferma dai dati del laboratorio e dei dati delle indagini di *imaging*.

È buona norma che un paziente che presenti una qualunque artrite che perduri da oltre 6 settimane sia valutato prontamente da un reumatologo in quanto la diagnosi precoce di artrite reumatoide è fondamentale poiché esiste una limitata "finestra di opportunità terapeutica".

19.3 PERCHÈ UN PSDTA PER L'ARTRITE REUMATOIDE

Per migliorare l'identificazione e la gestione del paziente con artrite reumatoide definendo:

- l'approccio organizzativo assistenziale
- i criteri di gestione integrata del paziente
- il percorso diagnostico,
- i livelli di intervento e le modalità di follow – up
- gli indirizzi dell'intervento farmacologico

e per fornire ai medici ospedalieri e territoriali ed agli altri operatori sanitari una guida condivisa per la gestione del paziente con Artrite Reumatoide coerentemente con le indicazioni della letteratura internazionale intese a favorire l'uniformità e la qualità di assistenza su tutto il territorio.

19.4 COM'È ORGANIZZATO IL PSDTA DELL'ARTRITE REUMATOIDE

Diagnosi

L'ipotesi di diagnosi di artrite reumatoide viene formulata in base alla storia anamnestica e clinica ed è supportata dagli esami bioumorali.

19.5 RUOLO E FUNZIONI DEI DIVERSI ATTORI

Il Medico Di Medicina Generale

Il Medico di Medicina Generale (MMG) è la prima figura sanitaria cui, nella maggior parte dei casi, afferrisce il malato all'esordio dei sintomi.

Il Medico di Medicina Generale:

- formula il sospetto diagnostico
- effettua i primi accertamenti del caso e invia allo specialista per la conferma diagnostica e l'impostazione della terapia
- monitorizza il trattamento farmacologico
- sorveglia l'eventuale insorgenza di effetti collaterali delle terapie praticate
- tratta le comorbidità in accordo con eventuali specialisti di riferimento
- effettua interventi di educazione sanitaria e di counselling al paziente e ai suoi familiari
- effettua controlli programmati (follow up) monitorando le condizioni cliniche anche attraverso il rilievo di parametri ematochimici e strumentali
- decide se inviare il paziente al reumatologo (prima diagnosi) secondo "red flag" ove sono segnalate tutte le situazioni in cui un pz dovrebbe essere visto al più presto dallo specialista reumatologo.

Lo Specialista Reumatologo

I servizi specialistici effettuano l'inquadramento diagnostico e terapeutico del soggetto con AR forniscono una consulenza per la programmazione e gestione del follow-up e degli eventi patologici concomitanti/intercorrenti.

Il reumatologo

- conferma o formula la diagnosi di Artrite Reumatoide o di Spondiloartrite (richiedendo gli accertamenti diagnostici del caso)
- imposta trattamento e piano di follow up
- si rapporta con il MMG per la gestione del paziente, secondo il piano di follow up, ed in occasione di eventuali complicanze viscerali, aggravamenti e/o complicanze correlate alla terapia.

Paziente e Caregiver

Il paziente costituisce un elemento attivo all'interno di un processo di cura caratterizzato da un approccio integrato tra diverse figure sanitarie.

L'educazione del paziente e dei familiari è indirizzata a

- Informazioni sui farmaci usati nella terapia
- Gestione della terapia, in particolare dei farmaci "al bisogno"
- Quando richiedere l'intervento del MMG
- Quando (e come) richiedere l'intervento dello specialista.

Chi può entrare (eleggibilità)

Sono eleggibili tutti i pazienti con diagnosi confermata per **Artrite Reumatoide**

Come si inserisce nel PSDTA (arruolamento)

Fatta salva la centralità nella gestione della malattia del reumatologo, il MMG ha un ruolo essenziale nella corretta selezione dei pazienti.

La cura delle malattie reumatologiche nell'ASL Città di Torino.

Vedere il capitolo 17: "La Nefrologia, la Reumatologia e La Rete per le Malattie Rare"

CAPITOLO 20 - PSDTA SINDROME DI EHLERS DANLOS

20.1 CHE COS'È LA SINDROME DI EHLERS DANLOS?

Con il nome di Sindrome di Ehlers-Danlos si indica un gruppo eterogeneo di malattie ereditarie, caratterizzate da un difetto della sintesi del collagene, il principale costituente del tessuto connettivo.

L'alterazione del collagene modifica la resistenza e l'elasticità del connettivo, che rappresenta il supporto dei diversi tessuti, organi ed apparati dell'organismo. Il gruppo comprende diverse varianti con sintomi e manifestazioni cliniche spesso comuni, ma di diversa gravità.

La Sindrome di Ehlers-Danlos è causata dalla presenza di mutazioni (difetti genetici), che determinano una sintesi anomala di collagene (costituente del tessuto connettivo) e di conseguenza modificano alcune caratteristiche strutturali e funzionali.

20.2 SINTOMI PRINCIPALI

I principali sintomi della malattia interessano gli apparati muscoloscheletrico, cutaneo e vascolare, e comprendono: iperlassità di tendini e ligamenti articolari con marcata instabilità delle articolazioni e tendenza alla lussazione; pelle sottile, vellutata, iperestensibile; eccessiva fragilità dei vasi sanguigni cutanei con facilità alle ecchimosi ed alle ferite anche per traumi di minima entità; formazione di cicatrici anomale come esito delle lesioni. In alcune varianti possono essere coinvolti anche l'apparato oculare, polmonare, vascolare e gastrointestinale.

La Sindrome di Ehlers-Danlos è classificata in 13 tipi, ciascuna delle 13 diverse varianti di malattia si distingue dalle altre in base alle manifestazioni cliniche, ai difetti biochimici della sintesi del collagene ed al difetto genetico responsabile che ne determina la modalità di trasmissione ereditaria.

La diagnosi di ciascun tipo si basa sulla presenza di un numero minimo sufficiente di criteri diagnostici.

20.3 PERCHÈ UN PSDTA PER LA SINDROME DI EHLERS DANLOS

Per migliorare l'identificazione e la gestione del paziente con sindrome di Ehlers Danlos definendo:

- il percorso diagnostico
- i livelli di intervento e le modalità di follow - up
- gli indirizzi dell'intervento terapeutico
- fornire ai medici ospedalieri e territoriali ed agli altri operatori sanitari una guida condivisa per la gestione del paziente con questa sindrome rara.

20.4 COM'È ORGANIZZATO IL PSDTA DELLA SINDROME DI EHLERS DANLOS

20.4.1 DIAGNOSI

L'ipotesi di diagnosi della sindrome può essere fatta da qualsiasi medico, in base alla storia anamnestica e alla clinica. Il paziente con sospetto di malattia deve essere quindi inviato in un centro esperto.

20.5 RUOLO E FUNZIONI DEI DIVERSI ATTORI

Il Medico Di Medicina Generale

Il Medico di Medicina Generale (MMG) è la prima figura sanitaria cui, nella maggior parte dei casi, afferra il malato all'esordio dei sintomi.

Il Medico di Medicina Generale

- formula il sospetto diagnostico
- effettua i primi accertamenti del caso e invia allo specialista per la conferma diagnostica e l'impostazione della terapia
- monitorizza il trattamento farmacologico
- sorveglia l'eventuale insorgenza di effetti collaterali delle terapie praticate
- tratta le comorbidità in accordo con eventuali specialisti di riferimento
- effettua interventi di educazione sanitaria e di counselling al paziente e ai suoi familiari

- effettua controlli programmati (follow up) monitorando le condizioni cliniche anche attraverso il rilievo di parametri ematochimici e strumentali
- decide se inviare il paziente al reumatologo (prima diagnosi) secondo “red fleg” ove sono segnalate tutte le situazioni in cui un paziente dovrebbe essere visto al più presto dallo specialista reumatologo.

Specialista Reumatologo

I servizi specialistici effettuano l'inquadramento diagnostico e terapeutico del soggetto e forniscono una consulenza per la programmazione e gestione del follow-up e degli eventi patologici concomitanti/intercorrenti.

Il reumatologo:

- conferma o formula la diagnosi di Sindrome di Ehlers Danlos
- imposta presa in carico multidisciplinare, trattamento e piano di follow up
- si rapporta con il MMG per la gestione del paziente, secondo il piano di follow up, ed in occasione di eventuali complicanze viscerali, aggravamenti e/o complicanze correlate alla terapia.

Paziente e Caregiver

Il paziente costituisce un elemento attivo all'interno di un processo di cura caratterizzato da un approccio integrato tra diverse figure sanitarie.

L'educazione del paziente e dei familiari deve trattare i seguenti argomenti:

- Informazioni sui farmaci usati nella terapia
- Gestione della terapia, in particolare dei farmaci “al bisogno”
- Quando richiedere l'intervento del MMG
- Quando (e come) richiedere l'intervento dello specialista

Chi può entrare (eleggibilità)

Sono eleggibili tutti i pazienti con forte sospetto di sindrome di Ehlers Danlos.

Chi e come si inserisce nel PSDTA (arruolamento)

Fatta salva la centralità nella gestione della malattia del reumatologo, il MMG ha un ruolo essenziale nella corretta selezione dei pazienti.

La cura delle malattie rare nell'ASL Città di Torino.

Vedere il capitolo 16: *“La Nefrologia, la Reumatologia e La Rete per le Malattie Rare”*

CAPITOLO 21 - PSDTA BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO)

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

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

La BPCO è una malattia a lenta evoluzione causata dalla inalazione di sostanze nocive, in primo luogo fumo di tabacco, che determinano stress ossidativi e fenomeni infiammatori con un conseguente danneggiamento progressivo di tutto l'apparato respiratorio (sia a livello bronchiale, bronchiolare e parenchimale).

21.2 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.

21.3 PERCHÉ SERVE UN PSDTA PER BPCO

L'attivazione di uno specifico percorso è motivata dal fatto che la BPCO rappresenta uno dei maggiori problemi di salute in tutto il mondo; è peraltro consolidato il fatto che la sua insorgenza e/o evoluzione possono essere influenzate da efficaci interventi di prevenzione sia primaria (es. politiche socio-sanitarie che mirino a ridurre le esposizioni ambientali ad inquinanti aerodispersi ed a contrastare il tabagismo) che secondaria e terziaria (come interventi mediatici finalizzati a favorire la consapevolezza di malattia, diagnosi precoce, cessazione del fumo nei malati ancora fumatori, vaccinazioni, trattamento farmacologico e non farmacologico, riduzione delle recidive, strategie di riabilitazione/rieducazione all'esercizio fisico).

La scarsa consapevolezza di malattia è uno degli aspetti più attuali ed importanti. È infatti noto che nella popolazione, nonostante la sua elevata frequenza, vi sia un generale basso livello di conoscenza dell'esistenza della BPCO, sia per quanto attiene alle cause, che alle caratteristiche cliniche, ed alle modalità evoluzione e strategie di controllo e prevenzione.

È quindi importante garantire a tutti i soggetti a rischio o affetti da malattia accesso a piani di intervento che permettano diagnosi precoce, buon controllo dei sintomi, riduzione delle riacutizzazioni, miglioramento dello stato di salute complessivo e della qualità di vita globale. Da qui l'importanza di un piano di lavoro condiviso che contempi tutte le problematiche di cui sopra.

21.4 FREQUENZA

Elevata frequenza di malattia: in Europa (Western Europe), nel 2019, i tassi standardizzati di prevalenza oscillavano tra il 2.87 e il 3.16%, quelli di mortalità tra 186 e 23/100.000 ed infine i DALys (attesa di vita corretta per disabilità) tra 418 e 500/100.000. Nel 2020 prevalenza di bronchite cronica del 6.2% in Italia e 5.8% in Piemonte.

Effetto "genere": in Italia il tasso grezzo di mortalità per malattie respiratorie croniche (MRC) nei maschi è sceso da 47 a 44 per 100.000 (media 43), mentre è aumentato nelle femmine da 21 a 27 (media 22); conseguentemente, il rapporto maschi/femmine è sceso da 2,1 nel 1990 a 1,7 nel 2010.

21.5 CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

I criteri di scelta della BPCO come oggetto di PSDTA sono:

- Elevata prevalenza di malattia, in costante crescita
- Elevata disabilità dovuta alla patologia
- Elevata spesa sanitaria impiegata nel trattamento
- Possibilità concreta di miglioramento dello stato di salute dei pazienti a rischio.

21.6 CRITERI DI INCLUSIONE DEI SOGGETTI A CUI È RIVOLTO IL PSDTA

Nel PSDTA possono essere inclusi:

- Tutti i pazienti affetti da BPCO (diagnosticata secondo i criteri sotto specificati)
- Tutti i pazienti a rischio di sviluppare BPCO (esposizione a fattori di rischio, in primis fumo di sigaretta) con sintomi.

21.7 PREVENZIONE ED EDUCAZIONE

Percorso fumo

- **Educazione:** medico di medicina generale (MMG), lo specialista pneumologo e le strutture identificate dal Distretto quali i Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT)
- **Strategie Terapeutiche:** Da semplici consigli a terapie comportamentali e terapie farmacologiche Interventi per il miglioramento degli ambienti domestici e lavorativo
- **Diagnosi:** La diagnosi di BPCO si basa sulla presenza di sintomi respiratori cronici e/o esposizione a fattori di rischio e sulla dimostrazione dell'ostruzione al flusso aereo mediante la spirometria e altre indagini di funzionalità respiratoria.

21.8 IL PERCORSO DEL PAZIENTE

Esplicitato che *“Un ruolo fondamentale per le istituzioni sanitarie territoriali e segnatamente per il MMG è l'intercettazione ed il censimento dei pazienti non ancora diagnosticati in un'ottica di prevenzione primaria”* e che nel sistema sanitario e non *“Deve esservi una maggiore sensibilità nel porre attenzione ad alcuni importanti segnali:*

- *presenza di sintomatologia compatibile con disturbo respiratorio cronico (ad esempio tosse, catarro, dispnea, ricorrenti infezioni del tratto respiratorio);*
- *storia di esposizione ad una noxa patogena (soprattutto fumo di sigaretta).”*

La compresenza di queste condizioni in un soggetto adulto deve far nascere il sospetto di BPCO e, conseguentemente, indurre alla esecuzione di una spirometria, esame che è desiderabile sia accessibile, non solo presso strutture specialistiche, ma anche presso studi di Medicina Generale che presso Case della Salute.

21.9 CLASSIFICAZIONE

Alla diagnosi ed alla classificazione di gravità, oltre al quadro funzionale concorrono altri fattori, (da ricercare attivamente) come sintomi, frequenza di riacutizzazione e comorbidità.

21.10 TERAPIA DELLA BPCO

Le principali classi terapeutiche utilizzate nel trattamento sono costituite da farmaci inalatori (broncodilatatori in primis; farmaci steroidei su specifici sottogruppi di malati) da dosare e modulare in base alla gravità ed all'evoluzione della malattia.

Nelle strategie di controllo della malattia un ruolo di primo piano lo svolgono i VACCINI, di cui alcuni noti e largamente disponibili come vaccino antinfluenzale e quello antipneumococcico, altri meno noti come vaccinazione per virus respiratorio sinciziale (RSV) e vaccinazione per Herpes Zoster.

Nelle forme più severe di malattia una terapia di particolare importanza ed attualità è rappresentata dalla Ossigenoterapia Domiciliare a Lungo Termine (D.4.2), trattamento che va riservato a selezionati sottogruppo di pazienti, che devono poi essere oggetto di regolare monitoraggio in quanto le condizioni cliniche possono cambiare nel tempo, anche in senso migliorativo, con possibilità di modifiche delle necessità.

In tale ambito si sta progressivamente diffondendo il passaggio dalla classica ossigenoterapia mediante bombole di ossigeno liquido alla terapia mediante strumenti di “autoproduzione “di ossigeno (concentratori), ovvero apparecchi che funzionano tramite collegamento alla rete elettrica o tramite

batteria e che, mediante un sistema di filtri rimuovono azoto sostituendolo con una miscela ricca di ossigeno. I vantaggi sono molteplici, primo tra tutti la maggiore indipendenza dei pazienti.

21.11 TERAPIA NON FARMACOLOGICA - BPCO STABILE

Stile di vita

In ogni momento del percorso del paziente con BPCO devono essere consigliate e favorite le pratiche legate ad uno stile di vita salutare. A tal fine si deve raggiungere e mantenere:

- alimentazione varia e sana
- una condizione di normopeso
- attività fisico-motoria
- vita di relazione e lavorativa

Riacutizzazione e Ospedalizzazione

Le riacutizzazioni sono eventi caratterizzato da aumento di dispnea e/o tosse ed espettorato infiammazione locale e sistemica causata da infezioni, inquinamento o altri insulti alle vie aeree che influiscono negativamente sullo stato di salute globale, sul tasso di ospedalizzazione e sulla progressione di malattia, oltre che sulla comparsa di ulteriori riacutizzazioni.

Fattori di rischio per le riacutizzazioni

- persistenza nell'abitudine al fumo o riprendere a fumare dopo un'interruzione
- esposizione a fumo passivo
- infezioni batteriche o virali
- inquinamento outdoor e indoor
- scarsa attività fisica
- variabilità stagionale

Prevenzione delle riacutizzazioni

- vaccinazione antinfluenzale
- broncodilatatori a lunga durata d'azione (singoli, duplici o associati a steroidi) somministrati nel lungo termine
- continuazione della terapia steroidea sistemica per un breve periodo dopo Roflumilast
- macrolidi a dosaggio antiinfiammatorio
- riabilitazione respiratoria
- sospensione dell'abitudine al fumo
- riduzione dei volumi polmonari
- mucolitici

Le riacutizzazioni vanno tempestivamente intercettate dal Sistema (MMG in primis) e, in relazione al grado di severità trattata o a domicilio (in genere con potenziamento delle terapie in atto con eventuale aggiunta di antibiotici, steroidi) o, nelle forme Moderate e Gravi, che possono essere associate ad insufficienza respiratoria acuta, è necessario l'accesso in DEA, dove si provvederà alla stabilizzazione.

Al momento della dimissione ospedaliera è *necessario* definire l'*organizzazione* di un follow-up presso il medico curante e presso le équipes specialistiche pneumologiche; 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 del quadro clinico e della terapia in atto, farmacologica e non (ossigenoterapia, NIV-Ventilazione non Invasiva, indicazione a fisioterapia respiratoria), con lo scopo di ridurre riospedalizzazioni 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.

21.12 RIABILITAZIONE

La riabilitazione respiratoria è un intervento globale, personalizzato e finalizzato a migliorare la condizione fisica e psicologica della persona affetta da malattia cronica respiratoria e a promuovere una aderenza a lungo termine a programmi per il benessere del paziente.

In quest'ottica la riabilitazione respiratoria deve prevedere un approccio multidimensionale e multidisciplinare, teso a mantenere il più alto grado di indipendenza ed attività.

I benefici della riabilitazione respiratoria scientificamente provati e di massima evidenza scientifica (A) sono notevoli e hanno dimostrato di essere la strategia terapeutica più efficace nel migliorare la dispnea, lo stato di salute e la tolleranza allo sforzo.

21.13 LA PNEUMOLOGIA NELL'ASL CITTA' DI TORINO I SERVIZI

La Struttura Complessa di **Pneumologia** si occupa della diagnosi e della cura delle patologie respiratorie con particolare riferimento alla funzionalità respiratoria, alla diagnostica endoscopica (broncoscopia e metodiche correlate) ed ecografica.

Svolge inoltre specifici percorsi dedicati a patologie ad elevato impatto epidemiologico o di particolare severità come:

- tubercolosi;
- patologie croniche ostruttive (asma e bpc);
- insufficienza respiratoria;
- patologie sonno correlate;
- malattie interstiziali del polmone;
- versamento pleurico neoplastico e non.

Elenco sedi:

Pneumologia – Amedeo di Savoia – Ambulatorio Prevenzione e Cura Tubercolosi

Corso Svizzera 164

Ambulatorio di Prevenzione: Telefono 011.4393962/812

Ambulatorio Cura Tubercolosi: Telefono 011.4393933/744/956

e-mail: agenda.prevenzione.tb@aslcittaditorino.it;

Pneumologia – Amedeo di Savoia

Corso Svizzera 164 Piano: Padiglione C - Rudigoz - Pneumologia Generale

Telefono. 011.4393918 e-mail: pneumologia.oas@aslcittaditorino.it;

Pneumologia – CPA

L.go Dora Savona, 26 – Torino Telefono: 011.240.3646

Pneumologia – Ospedale Martini

Via Tofane, 71 – Torino

Telefono: 011.70952591

e-mail: segreteria.pneumologia@aslcittaditorino.it;

Pneumologia – Ospedale San Giovanni Bosco

P.zza Donatore di Sangue, 3 – Torino

Telefono: 011.2402368/2833/2800