

**MODELLO ORGANIZZATIVO**  
**DI CASE DI COMUNITÀ, OSPEDALI DI COMUNITÀ**  
**E CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI**

## Indice

<b>FINALITA' DEL DOCUMENTO</b> .....	3
<b>ECOSISTEMA DIGITALE REGIONALE</b> .....	3
<b>IL DISTRETTO</b> .....	5
<b>LA CASA DI COMUNITÀ</b> .....	5
1. Area dell'accesso e dei servizi amministrativi.....	7
2. Area dell'assistenza primaria .....	8
2.1. Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta .....	9
2.2. Continuità Assistenziale .....	11
2.3. Infermieri di Famiglia e Comunità .....	13
3. Area della specialistica ambulatoriale e della diagnostica di base .....	15
4. Area dell'integrazione con i servizi sociali e con la comunità .....	17
4.1. Il Punto Unico di Accesso (PUA) .....	17
4.2. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) .....	20
4.3. Integrazione con l'ambito sociale .....	20
4.4. Collaborazioni con la comunità locale.....	21
<b>L'OSPEDALE DI COMUNITÀ</b> .....	23
<b>LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE</b> .....	25
1. Le COT nella fase iniziale di introduzione.....	26
2. Il modello a tendere per la COT .....	28
<b>LA GOVERNANCE E LA PROGRAMMAZIONE DELLE NUOVE STRUTTURE</b> .....	29

## **FINALITA' DEL DOCUMENTO**

Il presente documento indirizza le funzionalità, i modelli organizzativi e di servizio, i mix di professionalità necessari per lo sviluppo delle Case di Comunità (CdC), Ospedali di Comunità (OdC), Centrali Operative Territoriali (COT), Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e tutte le altre componenti rilevanti per lo sviluppo dei servizi territoriali per promuovere la prevenzione primaria, l'accesso semplice per i pazienti occasionali, la gestione di pazienti affetti da patologie croniche e dell'area della fragilità. Il presente atto di indirizzo attua in prima applicazione la riforma del sistema socio-sanitario regionale (SSSR), gli indirizzi nazionali in applicazione del PNRR, così come previsti dal DM 77/2022, e deve essere considerato in modo integrato con gli sviluppi dell'ecosistema digitale regionale e il prossimo ridisegno del modello di gestione dei pazienti affetti da patologie croniche e dell'area della fragilità, componendo pertanto un quadro organico e armonico di evoluzione del SSSR.

## **ECOSISTEMA DIGITALE REGIONALE**

La disponibilità di sistemi informativi moderni ed efficienti e l'utilizzo di tecnologie digitali innovative rappresentano elementi fondamentali per supportare la concreta attuazione dei nuovi modelli di gestione dei servizi sociosanitari, per favorire lo sviluppo dei servizi territoriali, lo sviluppo di percorsi di telemedicina e l'integrazione dei servizi ospedalieri con i servizi territoriali.

Regione Lombardia ha avviato la progettazione e progressiva implementazione di un nuovo Ecosistema Digitale Regionale per supportare l'erogazione dei servizi sociosanitari sul territorio e rendere disponibili strumenti informatici e tecnologie digitali per supportare il funzionamento delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità, delle Centrali Operative Territoriali e per favorire l'assistenza domiciliare, anche grazie alla ampia diffusione di servizi di telemedicina.

L'ecosistema digitale è composto dai seguenti elementi principali:

- Sistema per la Gestione Digitale del Territorio: funzionalità applicative per la gestione informatizzata dei processi sociosanitari del territorio e per la completa digitalizzazione di dati e documenti.

- Piattaforma Regionale di Telemedicina: architettura informatica per supportare e sostenere in modo strutturato e organizzato l'attuazione delle diverse tipologie di processi e servizi di Telemedicina (Televisita, Teleassistenza, Teleconsulto e Telemonitoraggio).
- Architettura per la raccolta e valorizzazione dei dati: nuovo modello architetturale per la raccolta, condivisione e utilizzo in tempo reale dei dati prodotti presso i diversi servizi sociosanitari di ambito ospedaliero e territoriale.

Il primo intervento per la realizzazione dell'Ecosistema Digitale Regionale è stato indirizzato attraverso la DGR XI/5872 del 24.1.2022 che ha approvato il progetto per l'implementazione del nuovo Sistema per la Gestione Digitale del Territorio che implementa progressivamente le funzionalità applicative per supportare le attività degli operatori delle Case della Comunità e delle Centrali Operative Territoriali.

È in avanzata fase di progettazione, inoltre, la Piattaforma Regionale di Telemedicina che metterà a disposizione le tecnologie e architetture informatiche necessarie a sviluppare e sostenere i servizi minimi di telemedicina (televisita, teleassistenza, teleconsulto) e i verticali di telemonitoraggio.

La piattaforma regionale di telemedicina rappresenta lo strumento digitale abilitante mediante il quale poter erogare servizi di telemedicina in modalità controllata e trasversale ai diversi percorsi di diagnosi, cura e assistenza che si sviluppano nell'ambito ospedaliero e territoriale.

La piattaforma regionale di telemedicina rappresenta, inoltre, lo strumento per avvicinare i cittadini ai servizi sociosanitari del territorio, semplificare l'accesso alle prestazioni e rafforzare la comunicazione con i professionisti, anche in ottica di collaborazione medico-paziente.

L'Ecosistema Digitale Regionale rappresenta, pertanto, l'infrastruttura tecnologia attraverso la quale si intende supportare la concreta applicazione della riforma del sistema socio-sanitario regionale (SSSR,) in piena coerenza con gli indirizzi definiti dal PNRR e in totale aderenza alle indicazioni tecniche ed architetture definite a livello nazionale.

## IL DISTRETTO

Secondo quanto definito dal D.lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e come previsto dalla LR n. 33/2009 così come modificata dalla LR n. 22/2021, il Distretto è una articolazione organizzativa che afferisce alla Direzione Sociosanitaria delle ASST e assume un ruolo strategico di gestione e coordinamento organizzativo e funzionale della rete dei servizi territoriali. Tale rete si comporrà di nuove strutture: in ogni Distretto saranno infatti presenti due o più CdC, almeno un OdC e una COT. Il presente documento rappresenta il modello funzionale e operativo di queste nuove strutture e una possibile modalità di programmazione e governo distrettuale delle stesse.

## LA CASA DI COMUNITÀ

La Casa di Comunità (CdC) rappresenta il modello organizzativo e di servizio che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento e l'attivazione di logiche e processi di sanità di iniziativa, con attenzione specifica alla prevenzione e all'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari con condizioni cliniche che non richiedono gestione esclusivamente ospedaliera, ma sono gestibili a livello territoriale. La CdC dipende gerarchicamente dal distretto e costituisce una piattaforma erogativa per tutti i dipartimenti e le UO della ASST. In coerenza con le altre missioni del PNRR, l'assistenza verrà erogata con una componente rilevante di domiciliarità, di attività ambulatoriale e con strumenti che consentano la gestione a distanza (telemedicina e servizi digitalizzati). L'erogazione dei servizi è in favore di tutte le fasce di popolazione, così come classificate dal DM 77/2022: cittadini sani (per attività di promozione della salute), assistiti con bisogni occasionali ed episodici, pazienti affetti da patologie croniche, afferenti all'area della fragilità e non autosufficienza, pazienti in condizione di fine vita.

La CdC si basa su un modello di servizio che ha i suoi cardini logici nei processi coordinati di:

- accesso multicanale ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali disponibili ed erogazione delle prestazioni clinico-diagnostiche di I livello ed in particolare a quelle previste nei percorsi diagnostici terapeutici delle patologie croniche prevalenti;

- reclutamento proattivo dei pazienti con patologie croniche grazie all'analisi dei dati di popolazione trasferiti dalla regione o dalla ASST al distretto e alla CdC e/o su segnalazione del medico di medicina generale, sia per la promozione di modelli preventivi per la popolazione generale, sia per la gestione dei pazienti affetti da patologie croniche o afferenti all'area della fragilità;
- gestione dei processi di reclutamento proattivo, di promozione di salute e di case management da parte dell'IFeC, di cui al punto precedente;
- prevenzione e promozione della salute, anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione;
- erogazione di servizi presso la CdC da parte di tutte le UO o dipartimenti specialistici della ASST, selezionati dai piani e dai programmi delle ASST (es. specialistica ambulatoriale, attività di follow up o monitoraggio, somministrazione di farmaci e terapie, ecc).

La CdC si configura quale evoluzione dei Centri di Medicina Territoriale, già sviluppati e variamente definiti, quali le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (Accordo Collettivo Nazionale— ACN 2005), le Case della Salute (Piano Sanitario Nazionale— PSN 2006-2008), le Unità Complesse di Cure Primarie— UCCP (ACN 2009, Legge “Balduzzi” 189/2012 e ACN 2016-2018) e i PreSST attivati da Regione Lombardia.

Le funzioni della CdC sono riconducibili a 4 macroaree, che seppur distinte devono interagire tra loro:

- **area di accesso e dei servizi amministrativi**, che comprende gli sportelli informativi polifunzionali, il PUA, il CUP, il servizio di scelta e revoca MMG/PLS e i servizi di accettazione, ecc.;
- **area dell'assistenza primaria**, che comprende le attività di MMG/PLS, Medici di Continuità Assistenziale, ADI e IFeC. La realizzazione delle CdC deve costituire stimolo ad uno sviluppo dei modelli associativi ed erogativi della medicina di famiglia e dell'interazione e integrazione dei diversi professionisti coinvolti nell'Assistenza Primaria.

- **area della specialistica ambulatoriale e della diagnostica di base**, rivolta a tutti i cittadini, prevalentemente residenti nel territorio servito dalla CdC che necessitano di prestazioni sanitarie di primo livello;
- **area della prevenzione e promozione della salute**, anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione, con particolare riferimento ai programmi di screening, all'attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive;
- **area dell'integrazione con i servizi sociali e con la comunità**, che si esplicita attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA), l'integrazione di servizi sanitari e socio-sanitari con quelli socio-assistenziali dei comuni e degli ambiti sociali, attraverso la valorizzazione delle reti sociali (reti informali, reti di volontariato, terzo settore, associazioni di pazienti, ecc.).

La presenza nella CdC di altri servizi, tra cui quelli per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, le cure palliative, la medicina dello sport, le attività consultoriali, i programmi di screening e le vaccinazioni, trova la sua collocazione in aree dedicate.

Relativamente agli standard strutturali e organizzativi, ogni singolo servizio fa riferimento a quelli specificatamente previsti per esso dalla normativa, fermo restando la possibilità di usufruire di spazi comuni, quali le sale d'attesa, avuto conto di organizzare l'attività in modo tale da rispettarne la capienza prevista.

#### 1. Area dell'accesso e dei servizi amministrativi

L'area dei servizi amministrativi concorre a garantire l'obiettivo di accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria proprio della CdC.

Gli sportelli mono o polifunzionali presenti nella CdC forniscono all'utenza:

- informazione e orientamento sui servizi e gli interventi del sistema sanitario, socio-sanitario e sociale, compresi i servizi territoriali non direttamente erogati dalla CdC, anche attraverso:
  - consegna di materiale informativo cartaceo;
  - invio al servizio specifico (es. PUA, CA, consultorio ecc.);

- raccolta della documentazione per:
  - richieste rimborso (es. trasporto dialisi);
  - richieste di fornitura per il servizio di protesica e integrativa (es. alimenti speciali, presidi incontinenza a raccolta e stomie, presidi per incontinenza ad assorbenza, presidi per diabetici);
  - richieste di fornitura per il servizio di assistenza farmaceutica (es. ossigenoterapia domiciliare, farmaci non reperibili in commercio e fornitura di farmaci, presidi e prodotti per la cura di malattie rare).
- servizi CUP: informazione, prenotazione e accettazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica e ritiro referti;
- servizi Scelta e Revoca: iscrizione (anche temporanea) al SSR, scelta e revoca del MMG/PLS, mantenimento PLS dopo i 14 anni, richiesta nuova tessera sanitaria, esenzioni da ticket;
- altri servizi di area amministrativa utili al completamento dell'offerta al cittadino (es. commissione patenti, invalidità).

A tendere questi servizi potranno essere accessibili con unica sede di accesso a multifunzione: piattaforme da remoto (Web, call center, APP, ecc.), servizi fisici, totem nei luoghi erogativi e di accesso, cercando di promuovere la cultura di servizio "digital first".

## 2. Area dell'assistenza primaria

Le figure professionali attive nella CdC o in rete con la CdC che concorrono all'erogazione delle cure primarie sono di seguito elencati.

- Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta;
- Medici di Continuità Assistenziale e Unità di Continuità Assistenziale;
- IFeC;
- Eventuale personale amministrativo di supporto.

## 2.1. Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta

Le CdC sono il riferimento, all'interno delle funzioni ad essa assegnate, non solo dei cittadini di un'area territoriale, ma anche dei professionisti riuniti in una o più Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) afferenti ad una CdC. Le AFT costituiscono il tessuto organizzativo nel quale i Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), servizio di Continuità Assistenziale (CA) creano le condizioni funzionali per attuare lo sviluppo dell'assistenza primaria in riferimento a obiettivi definiti e condivisi. I Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta afferenti alle AFT di riferimento di una CdC concorrono all'erogazione delle attività e alla gestione dei processi assistenziali fisici o digitali distrettuali definiti in sede di Accordi Collettivi Nazionali, Regionali e Aziendali, nell'ottica di migliorare la relazione tra bisogni del cittadino e risposta da parte del sistema di assistenza primaria.

I medici afferenti alla CdC sono distinti in:

- **Medici con studio primario in CdC**

Per alcuni medici operanti nell'ambito territoriale elementare in cui ha sede la CdC, l'ambulatorio della CdC può costituire quello primario in cui il MMG/PLS esercita la propria attività convenzionale. Gli ambulatori in CdC vengono proposti per l'assegnazione prioritariamente ai medici di nuovo inserimento, sia in un'ottica di risposta ai bisogni del territorio, che di facilitazione dell'inserimento del medico nelle progettualità aziendali e distrettuali. È, inoltre, da favorire la possibilità che Medici in formazione effettuino il loro tirocinio all'interno di questi ambulatori e nella CdC in genere. L'avviso pubblico per l'assegnazione degli studi primari potrà comportare l'eventuale richiesta di disponibilità a garantire specifiche fasce di assistenza o attività funzionali all'organizzazione e alla *mission* della CdC. I MMG/PLS potranno usufruire di alcuni servizi comuni della CdC (accoglienza, servizi informativi, servizi infrastrutturali e logistici) oltre al vantaggio di prossimità con servizi complementari (ADI, IFeC, medici di continuità assistenziale, specialistica ambulatoriale, CUP, ecc.).

- **Medici collegati funzionalmente alla CdC**

Tutti i medici delle AFT, compresi i Medici con studio primario nella CdC, oltre alla prevalente attività clinico-assistenziale, svolgono attività distrettuali da definire in sede di Accordo Integrativo Regionale. Tali attività, che trovano nella CdC la sede di riferimento erogativa per semplificazione logistica ed erogativa, si potranno svolgere anche nelle sedi delle medicine di gruppo, per favorire la capillarità del servizio. A titolo esemplificativo e non esaustivo si elencano alcune attività:

- confronto professionale con IFeC nei processi di reclutamento proattivo dei pazienti, di educazione sanitaria e di case management;
- confronto con i professionisti di ADI, continuità assistenziale e Unità Continuità Assistenziali (UCA) sui pazienti condivisi;
- partecipazione agli incontri di équipe di Valutazione MultiDimensionale (VMD), su richiesta del team VMD;
- discussione di caso con specialisti / teleconsulto;
- diagnostica di base utilizzando strumentazione disponibile in CdC;
- formazione congiunta, attività legate al coordinamento della Rete Territoriale (CRT)/AFT, in particolare sui Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA), Progetto di Assistenza individuale Integrata e i Piani Riabilitativi Individuali;
- discussione di casi e confronto fra pari;
- vaccinazioni, diagnostica rapida, attività di prevenzione primaria e secondaria e altre attività previste dall'accordo integrativo;
- confronti periodici con i responsabili di distretto o CdC sui risultati raggiunti dalle cure primarie (distretto, CdC, AFT, MMG/PLS).

#### *Il ruolo delle cooperative dei MMG/PLS*

I medici partecipanti alle AFT possono essere supportati sia per l'acquisizione che per la gestione dei relativi fattori produttivi da società di servizi. La messa a disposizione da parte delle Cooperative ai medici ad esse associati di mezzi e strumenti ha permesso il raggiungimento di rilevanti risultati in termini di cura e tutela della salute. Questo patrimonio presente sul territorio regionale si propone, ove

sviluppato, come base su cui inserire il percorso sopra descritto. Elemento fondamentale sarà l'integrazione di questi mezzi con quelli propri della CdC, attraverso protocolli specifici sulla base di indicazioni regionali e all'interno dell'impianto organizzativo e di *governance* in capo alla ASST. In particolare, le cooperative di servizi possono essere valorizzate, tramite accordi con le ASST per le seguenti principali funzioni:

- programmi di sanità di iniziativa per il reclutamento dei pazienti affetti da patologie croniche;
- funzioni di case management, di front office, di servizio o di comunità delegate dall'ASST (es. tele monitoraggio, prenotazioni, gestione componente medica OdC, valorizzazione reti sociali: es. gruppi di educazione sanitaria o di cammino);
- funzioni di back office (es. prenotazioni prestazioni ambulatoriali, programmazione agende dedicate per i MMG).

## 2.2. Continuità Assistenziale

Secondo quanto previsto dalle Linee Guida Agenas e dal DM 77/2022 recante le indicazioni in merito a modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN, sarà presente un ambulatorio di Continuità Assistenziale in ogni CdC, nel quale i Medici e Pediatri di Famiglia con ambulatorio primario in CdC, tramite il coordinamento dell'orario di apertura degli studi o eventualmente con il supporto di altri medici delle AFT che afferiscono alla CdC, assicurano una accessibilità dalle 8.00 alle 20.00 dei giorni feriali (6 giorni su 7) al fine di garantire uno standard h 12 per le prestazioni non differibili e non direttamente correlate al rapporto fiduciario. L'accesso a tale servizio di continuità può avvenire:

- su indicazione del 116117 a fronte di un primo filtro telefonico;
- su richiesta del MMG/PLS o dell'IFeC laddove essi nelle attività ordinarie ravvisino la necessità di un intervento non differibile per evitare accesso in PS di pazienti ad alto rischio di ricovero o riammissione in Ospedale.

L'accessibilità h 24, 7 giorni su 7, è assicurata attraverso la Continuità Assistenziale garantita dal numero 116117. L'attività del sabato può essere resa con il

coinvolgimento nella turnazione anche di MMG collegati funzionalmente ed appartenenti alla stessa AFT, mentre nei giorni festivi potrà essere assicurata dai medici di continuità assistenziale.

Negli orari descritti, i medici assicurano prestazioni diversificate a favore degli assistiti di tutta la rete territoriale, in relazione a quanto stabilito in sede di Accordo Integrativo Regionale. Ai fini dell'espletamento di tale funzione di continuità, tutti i medici afferenti alla stessa AFT e quindi alla stessa CdC dovranno essere collegati in rete per la condivisione delle informazioni sanitarie individuali degli assistiti nel rispetto della normativa sulla privacy e della sicurezza sulla gestione dei dati. Considerate le indicazioni dell'ACN 2016-2018, che delegano alle Regioni la rimodulazione delle attività del Servizio di Continuità Assistenziale, si dovrà prevedere l'ampliamento delle attività ambulatoriali all'interno delle CdC, riducendo, laddove possibile, le presenze dei medici nelle ore notturne in relazione alla domanda e all'integrazione con i servizi del 116117. Le ore richieste e necessarie a garantire la continuità assistenziale nelle 12 ore diurne potranno essere considerate aggiuntive, in base a quello che verrà stabilito in sede di ACN e Accordo Integrativo Regionale. Anche i medici collegati funzionalmente concorrono, nei loro studi, o tramite turnazione presso la sede unica di riferimento della propria associazione, ad assicurare l'accessibilità complessiva territoriale oltre che dalle ore 8.00 alle 20.00 dei giorni feriali anche nelle giornate di sabato e prefestive, assieme ai medici operanti nella CdC e ai medici del ruolo unico a rapporto orario.

Alla continuità assistenziale concorre, oltre alle figure già descritte, anche l'Unità di Continuità Assistenziale (UCA). Nel DM 77/2022, essa è descritta come équipe che afferisce al Distretto, composta da almeno 1 medico e 1 infermiere, con sede operativa in una CdC del Distretto di appartenenza. Si tratta di una équipe mobile che agisce in presenza di condizioni clinico assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico. Essa supporta laddove necessario l'attività dei professionisti responsabili della presa in carico del paziente, in particolare nell'espletamento di attività al domicilio legate all'avviamento di un percorso di dimissioni difficili, di ADI in presenza di particolari situazioni di instabilità

clinica oppure nella presa in carico/follow up di pazienti domiciliari durante focolai epidemici o in situazioni critiche quali ondate di calore e infine nell'espletamento di altre attività domiciliari legate alla prevenzione (es. vaccinazione di pazienti non deambulanti).

L'UCA può essere attivata dalla COT su richiesta: del MMG/PLS, del medico dimettente, del medico palliativista, degli IFeC della CdC di riferimento dell'assistito, della centrale 116117.

### *Continuità assistenziale e 116117*

Il DM 77/2022 indica il numero unico 116117 come uno dei canali chiamato a diventare progressivamente una delle modalità ordinarie per accedere al SSN in modo non urgente, sia per ottenere informazioni, sia per avere un primo orientamento nei servizi, sia per esigenze di continuità assistenziale, sia per orientarsi e accedere ai servizi socio-sanitari.

La revisione dell'assistenza territoriale richiede l'adozione di un nuovo approccio anche per la gestione del numero unico AREU dedicato all'accesso ordinario ai servizi del SSN e alla continuità assistenziale (NEA 116117) con la possibilità per gli operatori, sulla base di quelle che saranno le indicazioni regionali, a fronte di una valutazione basata su protocolli definiti, di indirizzare l'utente al proprio MMG o a un IFeC, ad un percorso di visita ambulatoriale presso gli ambulatori di CA presenti nella CdC di riferimento, chiedere l'attivazione di un intervento domiciliare IFeC/ADI/UCA attraverso la COT a seconda dell'urgenza del caso, attivare il PUA e UVM, indicare le modalità per prenotare servizi specialistici, ecc.

A tendere e con il supporto di strumenti dedicati, dovranno poter indirizzare il cittadino che ne necessita anche verso un percorso di gestione delle problematiche sociali, attivando il PUA della CdC di riferimento tramite la COT.

### **2.3. Infermieri di Famiglia e Comunità**

L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) è la figura professionale che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella CdC in cui opera, perseguendo l'integrazione

interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona e la sua rete familiare e di comunità.

Nella CdC, l'IFeC svolge attività di:

- o **collaborazione con i MMG/PLS**, per reclutamento e gestione dei pazienti affetti da patologie croniche e per la definizione ed implementazione dei progetti di salute, svolgendo attività di case management e assistenziale nei confronti di tali pazienti. In accordo con il coordinatore del CRT/AFT, coordinatore CdC o il Direttore di Distretto, programma interventi di sanità di iniziativa per definiti sottogruppi di assistiti in base alle caratteristiche della popolazione afferente alla CdC, privilegiando iniziative con gruppi di persone e non solo individuali;
- o **analisi del bisogno e accompagnamento alla presa in carico**, ricevendo nel PUA e negli ambulatori infermieristici dedicati, i pazienti segnalati dal MMG, dalla COT o dalla centrale 116117. Come descritto nel paragrafo relativo al Punto Unico di Accesso, l'IFeC può effettuare valutazione del bisogno, promuovere l'identificazione precoce del bisogno di cure palliative attraverso l'impiego degli strumenti previsti ex DGR 1046/2018, distinguere il tipo di bisogno (semplice o complesso) e prendere in carico il caso per passaggi successivi (interazione con MMG; attivazione della Rete Locale di Cure Palliative, colloquio con assistenti sociali, ecc...);
- o **collaborazione e coordinamento con operatori ADI** rispetto ai pazienti presi in carico dalla CdC. l'IFeC si coordina sistematicamente con gli erogatori ADI e UCA, costruendo una relazione bi-direzionale da parte dell'IFeC agli operatori ADI/UCA (es. se si nota una ridotta aderenza alle terapie) e dagli operatori ADI/UCA all'IFeC (es. se osservano una situazione di contesto abitativa o sociale critica o scarsa aderenza allo stile di vita auspicato);
- o **monitoraggio dei pazienti in carico**, dialogando proattivamente con il paziente e/o il suo caregiver, con un approccio di promozione della salute, per i casi di insufficiente aderenza alle terapie o agli stili di vita richiesti, oppure attivando il medico di riferimento in caso di esiti clinici intermedi insoddisfacenti rispetto ai target terapeutici programmati. Contatta

periodicamente gli assistiti per monitoraggio stili di vita, eventuale counseling motivazionale per il cambiamento degli stessi, diagnosi precoce, prevenzione delle complicanze, selezionando tra gli strumenti multicanali quelli più coerenti ai distinti cluster di utenti. Se nel contatto con l'assistito ravvisa necessità di intervento non differibile, può eventualmente richiedere l'intervento dell'équipe UCA attraverso la COT oppure recarsi a domicilio del paziente; può altresì richiedere l'intervento della équipe di cure palliative. Quando possibile, ad un gruppo individuato di MMG corrisponde in modo stabile un gruppo di IFeC, per facilitare la creazione di relazioni stabili e strutturate sugli stessi pazienti;

- o **ambulatorio infermieristico e prestazioni su richiesta dei medici afferenti alla CdC.** L'IFeC può erogare prestazioni in ambulatori dedicati per i pazienti affetti da patologie croniche (es. monitoraggio pressione, glicemia, ecc...), recarsi al domicilio del paziente per effettuare interventi sanitari previsti dal servizio di Assistenza Domiciliare di base (es. medicazioni, riposizionamento catetere, verifica terapia, ecc...) o di primo accompagnamento del paziente verso un nuovo setting di cura;
- o **collaborazione e coordinamento con il personale di studio del MMG** e con gli operatori sociali del comune/Ufficio di Piano, secondo protocolli di integrazione elaborati a livello di Distretto;
- o **collaborazione e raccordo con le équipe di cure palliative e con la RLCP di riferimento territoriale.**

### 3. Area della specialistica ambulatoriale e della diagnostica di base

Coerentemente con la *mission* della CdC, l'offerta ambulatoriale e di diagnostica sarà volta a superare un approccio puramente prestazionale in favore di un approccio integrato ed incentrato su attività di primo livello, sia nei casi di primo accesso per sospetto diagnostico, sia per controllo/follow up di patologie croniche, dimensionata in base al bisogno epidemiologico della popolazione afferente alla CdC con il supporto dell'ATS territorialmente competente.

Le agende della specialistica e della diagnostica saranno per la maggior parte dedicate ai MMG/PLS appartenenti alle AFT afferenti alla CdC per la prenotazione di prestazioni in favore dei propri assistiti, attraverso una programmazione condivisa supportata dal database dei Piani assistenziali dei pazienti del distretto o della CdC, flessibile e formalizzata che tenga conto della domanda e della sua variabilità nel tempo. La scelta di dedicare prevalentemente le agende della specialistica in CdC ai MMG/PLS e lo sviluppo della piattaforma digitale di supporto permetterà di spostare progressivamente in *back office* la ricetta e la prenotazione delle prestazioni ambulatoriali e diagnostiche, alleggerendo gli adempimenti degli MMG/PLS e semplificando il percorso di fruizione delle prestazioni da parte dei pazienti.

All'erogazione di tali prestazioni in CdC concorreranno in modo sostanziale non solo gli specialisti SAI (ex SUMAI), ma anche gli specialisti delle UU.OO. del Polo Ospedaliero delle ASST territorialmente competenti. Sono da prevedere forme organizzative attraverso le quali gli specialisti SAI coinvolti in CdC afferiscano funzionalmente o gerarchicamente al responsabile della UOC specialistica della ASST di riferimento territoriale che avrà formalmente la responsabilità delle prestazioni erogate. L'attività di specialistica ambulatoriale erogata nelle CdC dovrà comprendere tutte le principali discipline dell'ASST coinvolte nella gestione delle patologie croniche ed essere integrativa a quella erogata nelle strutture ospedaliere, favorendo le prestazioni a più bassa complessità.

Nelle strutture poliambulatoriali preesistenti presso le quali è istituita la CdC, rimangono attivi, ridimensionati in base all'occorrenza, i nuclei specialistici preesistenti che manterranno anche gli spazi a loro disposizione. Tali aree potranno essere ulteriormente estese nelle CdC che ospiteranno anche servizi consultoriali o di consulenza e raccordo verso servizi di neuropsichiatria infantile. Sarà inoltre possibile attivare sportelli di informazione, valutazione ed orientamento ai servizi, in tema di salute mentale, dipendenze e neuropsichiatria infantile, gestiti da enti accreditati del terzo settore.

E' inoltre necessario prevedere un punto prelievi in ogni CdC, previa valutazione all'interno della ASST al fine di evitare la duplicazione di servizi e di efficienza

organizzativa (ad esempio in presenza di CdC prossima ad un presidio ospedaliero con punto prelievi).

In line di principio vale la regola che gli spazi della CdC non sono dedicati esclusivamente ad un servizio, una specialità o un medico, ma che vengono attrezzati e utilizzati in modo poli-funzionale, per massimizzarne il tasso di utilizzo delle infrastrutture disponibili e quindi il potenziale di servizio.

#### 4. Area dell'integrazione con i servizi sociali e con la comunità

La CdC promuove un modello di intervento e di gestione multidisciplinare, garantendo la progettazione integrata di interventi di carattere sociale e di integrazione sociosanitaria e rappresentando uno strumento attraverso cui coordinare diversi servizi offerti sul territorio.

##### 4.1. Il Punto Unico di Accesso (PUA)

L'approccio integrato nella risposta ai bisogni è applicato sin dall'accesso della persona alla CdC, attraverso il *Punto Unico di Accesso* (PUA).

Il PUA è un servizio prioritariamente rivolto alle persone con disagio e dell'area della fragilità derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atto a facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. Il PUA costruisce percorsi sui bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi che la persona assistita ed i suoi familiari devono adempiere per l'accesso e la fruizione dei servizi.

Il PUA è uno dei luoghi dell'integrazione sociosanitaria, professionale e gestionale; come tale richiede il raccordo tra le diverse componenti sanitarie e tra queste e le componenti sociali. All'interno della CdC, il PUA deve avere una elevata "visibilità" fisica e digitale.

È utile prevedere spazi "riservati", anche se non dedicati, per colloqui, nonché spazi per funzioni di ufficio in cui siano raccolte informazioni, segnalazioni, archivi digitali, dotati dei necessari mezzi di comunicazione telefonica e informatica. Presso il PUA operano IFeC, Assistenti Sociali ed eventuale personale amministrativo di supporto.

Ogni CdC deve prevedere un PUA, al fine di garantire una diffusa ed idonea informazione ai cittadini, che comprenda l'ubicazione, le funzioni, gli orari e le modalità di accesso, mentre la programmazione delle sedi dove si svolge la valutazione multidimensionale (VMD – descritta in seguito, quale possibile esito della analisi del bisogno) viene demandata alle singole ASST, in considerazione di fattori quali: numerosità e densità della popolazione, vie e mezzi di collegamento, analisi dei bisogni del territorio. Laddove necessario, è possibile organizzare équipe di VMD mobili, che consentano adeguata capillarità dell'offerta

Il PUA deve essere operativo dal lunedì al sabato, almeno 6 ore al giorno. L'accesso al PUA può avvenire spontaneamente da parte dell'assistito o dei suoi familiari oppure su indicazione di MMG, IFeC, UCA, specialisti ospedalieri o servizi di dimissioni protette, Pronto Soccorso, assistenti sociali dei Comuni, Associazioni di Volontariato, Terzo Settore. Più in generale, il paziente può essere inviato al PUA da qualsiasi nodo della rete sanitaria, sociosanitaria o sociale, laddove si presenti una situazione che richieda un approccio integrato di presa in carico.

Il PUA, come prima funzione, rappresenta il luogo di accoglienza dei cittadini nella CdC. In prima applicazione è un luogo di accoglienza "fisica", ma dovrà evolvere verso logiche multicanale combinando accoglienza da remoto (telefono 116117, e-mail, piattaforme web, FSE) e in presenza, attivabile dal cittadino, ma anche dai diversi attori che lo intercettano (es. MMG, assistenti sociali, IFeC, COT, PS, ecc.).

Gli operatori, dopo l'accoglienza, effettuano una **prima analisi del bisogno**, anche attraverso strumenti di rapida applicazione (es. scheda triage).

L'analisi può concludersi con l'individuazione della necessità di una informazione, di un bisogno semplice o di un bisogno complesso.

In caso di **bisogno semplice**, il paziente viene accompagnato nell'attivazione del servizio necessario a rispondere al bisogno emerso (es. ADI, SAD).

Nel caso di **bisogno complesso**, il paziente viene rimandato ad una ulteriore fase di valutazione multidimensionale, che può coinvolgere, oltre agli operatori del PUA, attori diversi, da individuare in base ai bisogni manifestati all'accesso al PUA: specialisti (es. neurologo, geriatra, palliativista, ecc.), psicologi, MMG, operatori sociali dei Comuni/Uffici di Piano.

L'equipe del PUA deve informare il MMG dell'assistito relativamente all'esito dell'accesso e dell'attivazione dei percorsi e di conseguenza attivare un IFeC di riferimento.

La **valutazione multidimensionale (VMD)** che segue all'identificazione di un bisogno complesso porta alla definizione di un percorso assistenziale individuale, dove viene fatta sintesi dei bisogni emersi, vengono definiti gli obiettivi da raggiungere e le tipologie di servizi sanitari, sociosanitari e sociali da attivare. Alla valutazione multidimensionale partecipano, anche con modalità da remoto e/o asincrona con tempistiche standardizzate, i soggetti coinvolti, compresi gli operatori sociali dei Comuni.

A valle della definizione degli interventi necessari, può essere attivata la COT, che ha il compito di interfacciarsi con i servizi necessari sulla base della disponibilità di offerta presente sul territorio.

Le attività svolte presso il PUA vengono tracciate su un sistema informativo, in grado di seguire il percorso del paziente sul territorio (valutazione, progetto individuale, accesso ai servizi, esiti intermedi), aperto ai professionisti interni alle ASST ed esterni (in primis MMG, Comuni), integrato con l'ecosistema digitale di COT e della presa in carica di pazienti dell'area della fragilità e affetti da patologie croniche della CdC e MMG/PLS. A questo proposito, si rimanda allo sviluppo in corso a livello di Regione Lombardia, così come delineato nella DGR XI/5872/2022 "*Determinazioni relative al nuovo sistema per la gestione digitale del territorio*".

Essendo una funzione fondamentale del PUA quella di intercettare il bisogno, consentendo alle persone l'accesso più facile alla rete, sarà possibile valutare, a livello territoriale e in presenza di forti integrazioni con gli ambiti sociali, uno sviluppo di tipo funzionale del PUA, caratterizzato dalla disseminazione di punti di ascolto e di raccolta della domanda nell'ambito del territorio distrettuale collegati al PUA della CdC, valorizzando la rete delle antenne sociali istituzionali (III settore contrattualizzato da SSN o dal sociale, volontariato, parrocchie, ecc.) in modo da favorire ed ottimizzare l'intercettazione del bisogno.

#### 4.2. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

L'ADI, quando erogata in forma diretta dalla ASST, è organizzata e gestita a livello di Distretto, ma ha nella CdC il proprio luogo di visibilità agli occhi dei cittadini e di eventuale appoggio logistico.

L'ADI, sia se erogata in forma diretta dalla ASST sia se erogata attraverso soggetti accreditati e a contratto, si coordina sistematicamente e secondo protocolli condivisi con gli IFeC, che svolgono un ruolo di case manager e di committente sul produttore interno o esterno garantendo un tensore all'efficacia e all'integrazione delle cure.

L'ADI si relaziona, attraverso procedure predefinite, con gli altri soggetti che operano a domicilio del paziente, in particolare con gli enti locali, nella prospettiva di costruire percorsi integrati e condivisi, anche avvalendosi di sistemi informativi coordinati o integrati in un ecosistema unitario.

L'ADI risponde in modo particolare ai bisogni di tre target principali che possono combinarsi variabilmente tra di loro:

- pazienti che devono essere sostenuti nella transizione verso il proprio domicilio;
- pazienti affetti da patologie croniche che richiedono periodicamente prestazioni di counseling, supervisione o erogazione di specifiche prestazioni infermieristiche, riabilitative o cliniche;
- pazienti in cui prevalgono condizioni non autosufficienza e bisogni combinati di tipo sociosanitario e socio-assistenziale.

#### 4.3. Integrazione con l'ambito sociale

L'integrazione con i servizi di ambito sociale, che si applica per le funzioni informative e di orientamento sin dall'accesso dell'assistito alla CdC, riguarda primariamente i servizi offerti dagli ambiti sociali, dagli Enti locali e dalle loro aziende o fondazioni sociali mono o pluricomunali e passa attraverso un approccio su più livelli:

- I livello: i professionisti della CdC, in particolare quelli presenti nel PUA, identificano i servizi sanitari e sociali necessari a rispondere allo specifico

bisogno. A tal fine si favoriranno strutturate collaborazioni tra ASST e Ambito Territoriale per la partecipazione di Assistenti Sociali dell'Ambito nelle attività di PUA e di valutazione multidimensionale, in modo da attivare, quando previsto dal Progetto Individuale, anche i servizi sociali necessari all'assistenza del paziente.

- Il livello: prevede la creazione di "partnership" interprofessionali strutturate tra gli operatori appartenenti al mondo sanitario e a quello sociale.
- III livello: richiede una integrazione organizzativa tra le istituzioni coinvolte (ASST e Ambiti sociali) finalizzato ad assicurare una risposta strutturata e completa al bisogno, anche mediante una integrazione informativa digitalizzata.

Per poter garantire questi tre livelli di integrazione andranno quindi condivisi con gli Ambiti sociali percorsi e protocolli, anche utilizzando strumenti e progettualità già individuati dagli Accordi di Programma per l'attuazione dei Piani di Zona Triennali. Vi è anche indicazione a prevedere una co-abitazione fisica dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali nella CdC, privilegiando i servizi utili a determinare unificazione dei processi informativi, di accesso, valutazione, erogazione e monitoraggio.

#### 4.4. Collaborazioni con la comunità locale

La CdC costituisce il luogo ove valorizzare e potenziare la rete della *community care* stabilendo collegamenti con le Associazioni di Volontariato e del Terzo Settore e con le reti sociali informali.

L'apporto della comunità si può esplicitare a livello di:

- programmazione, coinvolgendo le associazioni nella pianificazione di alcune attività e progettualità o nel disegno dei servizi;
- erogazione da parte della comunità di servizi di supporto (es: trasporti ai luoghi di cura e alla CdC, *caregiving* volontario a domicilio) e monitoraggio dell'attività svolta ai fini del riorientamento delle prestazioni e dei servizi;
- erogazione di servizi a gruppi di persone costruiti valorizzando le reti sociali esistenti e non a domanda individuale (es. gruppi di cammino, gruppi di educazione terapeutica, gruppi di sostegno alla aderenza alla terapia);

- estensione e costruzione di nuove reti sociali che garantiscano inclusione e supporto ai cittadini in condizioni di disagio sociale o solitudine.

Le associazioni possono essere portatrici di una serie di contributi, sfruttando il loro accreditamento sociale, la capillarità della loro presenza, la collaudata esperienza in alcuni ambiti, il profondo e strutturato inserimento nella rete di servizi territoriali, la capacità progettuale sviluppata negli ultimi anni attraverso collaborazioni con Enti pubblici. Il coinvolgimento in partnership di questi soggetti può contribuire ad accrescere, mediante percorsi integrati di informazione e sensibilizzazione della popolazione generale, il grado di *health literacy* individuale, comunitaria e pubblica.

## L'OSPEDALE DI COMUNITÀ

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero e si rivolge prioritariamente al bisogno degli assistiti del Distretto in cui è situato. Può agire in funzione di *step down* ossia di sostegno alle dimissioni ospedaliere o di *step up*, ossia di prevenzione di ricoveri ospedalieri potenzialmente inappropriati. Le sue finalità possono quindi essere di: 1) stabilizzazione del paziente ospedaliero dimesso (lungodegenza); 2) recupero funzionale e insegnamento di procedure di autocura complesse; 3) inizio di ricovero socio-sanitario per non autosufficienti, in attesa di trovare una collocazione stabile.

L'accesso dei pazienti avviene su segnalazione del reparto di dimissione, del PS per prevenire ricoveri inappropriati o su segnalazione del medico curante o dell'UCA, in tutti i casi mediata dalla COT.

Pertanto possono accedere all'OdC pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine, provenienti dal domicilio (su indicazione del MMG o UCA), dal Pronto Soccorso o da presidi ospedalieri per acuti (dimissione), quando per il paziente non sia possibile tornare immediatamente al domicilio.

Gli OdC dovranno avere una conduzione infermieristica h24 con funzione di gestione assistenziale con un mix di personale (IP, OSS, riabilitatori).

La partecipazione della medicina generale alla attività degli OdC si può configurare, allo stato attuale della normativa, come una attività clinica che si esercita in continuità con l'assistenza assicurata dal medico a livello domiciliare al singolo paziente. In relazione alla evoluzione dell'ACN e dell'AIR potranno essere introdotte forme diverse di partecipazione dei MMG.

Nelle fase attuativa, la responsabilità clinica dei posti letto dell'ODC e la garanzia della copertura della turnistica medica è in capo all'unità Operativa di Medicina Interna della ASST di riferimento, secondo un'organizzazione che preveda all'interno dell'Unità Operativa stessa una SS "subacuti" con la responsabilità di tale attività. I posti letto degli OdC dovranno essere a disposizione di tutte le Unità operative con reparto di degenza dell'ASST.

Le ASST che hanno già attiva una SS/SSD relativa alla gestione dei posti letto subacuti possono mantenere tale organizzazione includendo anche la gestione dei posti letto degli OdC.

Dal punto di vista informatico e digitale, gli OdC saranno supportati dalla piattaforma di gestione digitale per una serie di funzioni previste nel framework su cui si basa lo sviluppo della stessa piattaforma (si rimanda alla già citata DGR XI/5872/2022 "*Determinazioni relative al nuovo sistema per la gestione digitale del territorio*"), in particolare:

- la valutazione multidimensionale: il sistema renderà disponibili ai diversi punti di accesso agli OdC gli strumenti e le scale di valutazione individuati per l'accesso. L'OdC a sua volta potrà consultare gli esiti delle valutazioni;
- tramite l'integrazione degli strumenti aziendali di gestione dell'attività di ricovero (es. cartella clinica elettronica), deve essere previsto un modulo per la pianificazione delle attività sul paziente;
- programmazione e gestione della *capacity*: l'OdC rende visibile la disponibilità di posti letto, al fine di consentire il lavoro delle COT.

Tra gli obiettivi primari del ricovero in OdC vi è il coinvolgimento attivo e l'aumento di consapevolezza, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare, attraverso la formazione e l'addestramento alla gestione delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

L'obiettivo del ricovero presso l'OdC deve essere chiaro e formalizzato nel piano di assistenza individuale e condiviso con il paziente e il familiare. L'obiettivo è altresì condiviso tra il proponente del ricovero e il responsabile dell'OdC. Esso deve essere coerente con le finalità generali dell'OdC e perseguibile nelle tempistiche previste dalla durata del ricovero (massimo 30 giorni).

## LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

Ogni ASST si dota di una piattaforma di servizio unitaria le cui funzionalità si articolano a livello aziendale e distrettuale, attraverso il sistema delle Centrali Operative Territoriali. Le principali funzioni sono le seguenti:

- *transitional care* dei pazienti dell'area della fragilità e dei non autosufficienti tra i nodi delle cure intermedie, ADI e strutture socio-sanitarie e le reti ospedaliere;
- servizi per il reclutamento attivo e la gestione dei pazienti affetti da patologie croniche;
- organizzazione, governo e messa a disposizione delle centrali di telemedicina (televisita, teleconsulto, teleassistenza, telemonitoraggio).

Si tratta di funzioni differenti che richiedono quindi diverse figure professionali, modelli organizzativi e sistemi informativi.

Secondo il DM 77/2022, la Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge una funzione di supporto in *back office* e di raccordo tra i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali attraverso:

- la gestione delle segnalazioni che arrivano dai diversi servizi/professionisti (dimissioni ospedaliere, strutture intermedie, strutture residenziali, riabilitazione, MMG...) sui casi complessi che necessitano supporto nella transizione tra i vari livelli e setting assistenziali (sia nel flusso *step-down* dall'ospedale verso le strutture territoriali o il domicilio sia nel flusso *step-up* dal territorio verso le strutture intermedie o l'ospedale), eventualmente valutandone l'appropriatezza o identificando il bisogno;
- il supporto nell'identificazione del *setting* più adatto per ciascun caso, attiva il percorso di transizione e monitora l'offerta disponibile (ospedale, cure intermedie, ADI) prenotando o attivando direttamente il servizio;
- la garanzia del rispetto dei tempi massimi di permanenza nei *setting* a tempo definito (es. cure intermedie e riabilitazione) facilitando agli erogatori la dimissione per tempo, grazie alla transizione programmata verso altri servizi (es. ADI o RSA).

La COT ha essenzialmente un ruolo di facilitatore nella transizione dei pazienti da un setting di cura e assistenza all'altro, che potrà essere tanto più efficace quanto più leve avrà modo di governare, sia sul lato della domanda sia sul lato dell'offerta. Trattandosi dell'aspetto più innovativo del processo di revisione della sanità e del welfare territoriale, il governo della progettualità della COT sarà successivamente definito con atti della Direzione Generale Welfare, secondo uno sviluppo progressivo delle sue funzioni come meglio delineato per sommi capi di seguito.

### 1. Le COT nella fase iniziale di introduzione

La COT svolge la propria attività a livello distrettuale. Nella prima fase di attuazione del PNRR la COT può essere operativamente collocata presso la CdC attiva presso il Distretto.

Nell'ottica di sviluppo graduale delle sue funzioni, nelle fasi di prima implementazione, la COT deve gestire per tutti gli assistiti del Distretto di competenza:

- **il percorso di dimissione dei pazienti che non sono nelle condizioni di rientrare direttamente al domicilio**, gestendo il passaggio del paziente dall'ospedale per acuti al territorio, qualora questo richieda un ricovero in struttura riabilitativa, delle cure intermedie o sociosanitaria, l'attivazione di ADI, l'attivazione della Rete Locale di Cure Palliative, l'attivazione dell'IFeC della CdC di riferimento, il rinvio al MMG/PLS. In caso di dimissione, il reparto dimettente o la funzione demandata a tale processo attiva la COT del territorio di residenza dell'assistito, che a sua volta attiverà gli interventi necessari in una logica di prossimità al domicilio;
- **il percorso di attivazione degli interventi previsti alla dimissione** stesi dall'équipe di VMD per i pazienti con bisogno complesso; in questo caso la COT ha il compito di interfacciarsi con i servizi necessari sulla base della disponibilità di offerta presente sul territorio e di monitorare l'effettivo attuarsi del processo. Nel modello a tendere la COT acquisirà capacità di valutazione dell'appropriatezza delle richieste e potrà rivalutare gli interventi sulla base di parametri di appropriatezza clinica e organizzativa;

- **la prenotazione delle prestazioni dell'attività specialistica ambulatoriale;**
- **il monitoraggio dei pazienti affetti da patologia cronica**, secondo il modello che sarà definito con successivo provvedimento;
- **il monitoraggio dei pazienti con bisogni di cure palliative in fase precoce.**

Per svolgere queste ultime due funzioni (prenotazioni, telemonitoraggio) le COT possono attivare collaborazioni con soggetti esterni, fra cui i centri servizi delle cooperative di MMG.

La COT eroga le funzioni descritte in modalità *back office*: è sempre attivata dagli operatori che si trovano nei diversi nodi della rete, che a loro volta fungono da terminale con l'utente.

Dal punto di vista informatico, le COT saranno supportate dalla piattaforma di gestione digitale (si rimanda alla DGR XI/5872/2022 "*Determinazioni relative al nuovo sistema per la gestione digitale del territorio*"); in particolare, sin da questa prima fase, la COT deve poter disporre di strumenti che consentano l'integrazione informativa e l'interazione sincrona e asincrona con tutti gli attori coinvolti nel percorso di diagnosi, cura e riabilitazione del bisogno del cittadino. Per l'attivazione sarà necessario disporre di:

- accesso alla disponibilità di posti letto attivabili presso le strutture delle cure intermedie, sociosanitarie e di riabilitazione aggiornata quotidianamente, mediante l'utilizzo di strumenti informativi già in uso nonché di una loro evoluzione (es. Priamo, CSM, ecc...);
- un quadro aggiornato del budget ADI disponibile nei diversi territori;
- slot ambulatoriali dedicati affetti da patologie croniche e gestiti presso la CdC.

A questi scopi le ATS allocheranno alle ASST di riferimento le capacity annualmente contrattualizzate con la rete degli erogatori delle cure intermedie, del socio-sanitario e dell'ADI, che le ASST distribuiranno ai distretti in funzione dei loro bisogni.

## 2. Il modello a tendere per la COT

A tendere, per poter svolgere pienamente la sua funzione di integrazione tra i diversi setting, la COT dovrebbe essere in grado di:

- gestire la transizione da e verso tutti i setting assistenziali e di cura, comprese le cure intermedie, la riabilitazione<sup>1</sup>, le cure palliative, l'assistenza sociosanitaria, per garantire l'incontro tra la domanda di assistenza espressa dai cittadini attraverso i nodi della rete che la intercettano (reparto di dimissione, PUA della CdC, MMG, ecc...) e l'offerta di servizi. Questo grazie alla possibilità di programmare i ricoveri negli enti contrattualizzati per una quota non inferiore al 70% dei posti letto a contratto;
- in presenza di distribuzione geograficamente disomogenea dell'offerta, offrire ai pazienti soluzioni adeguate al bisogno di cura indipendentemente dal territorio di residenza;
- supportare la valutazione delle richieste di transizione tra setting di cura provenienti dai nodi della rete al fine di definire delle priorità di accesso in caso di domanda in eccesso. La COT dovrà operare tali attività sulla base di parametri e criteri condivisi e omogenei, che garantiscano equità di accesso e appropriatezza;
- monitorare i percorsi attivati ed implementare azioni correttive in caso di attivazione mancata, tardiva o inefficace;
- totale gestione dei pazienti affetti da patologia cronica

Per potersi configurare come descritto, la COT deve disporre, oltre a quanto già previsto per la fase iniziale, di adeguate leve di *governance*, che possano forzare gli attori della rete a lavorare in filiera. Tra queste, la COT dovrebbe divenire l'unico canale per accesso ad alcune tipologie di strutture di ricovero.

---

<sup>1</sup> È possibile che almeno in fase iniziale percorsi di riabilitazione intensiva e specialistica continuino ad essere gestiti tramite rapporti dedicati e gestiti dalle UUOO specialistiche.

## LA GOVERNANCE E LA PROGRAMMAZIONE DELLE NUOVE STRUTTURE

La programmazione e l'organizzazione delle attività delle strutture territoriali (CdC/OdC/COT) è in capo alla Direzione strategica della ASST, con responsabilità attuativa del Direttore di Distretto, sotto l'indirizzo e coordinamento del direttore socio-sanitario.

La **Direzione Sociosanitaria** supervisiona e presiede i percorsi territoriali di cui alla programmazione garantendo, in sinergia con le altre componenti della Direzione Strategica: (i) la continuità assistenziale (ii) il raccordo tra il polo ospedaliero e quello territoriale, (iii) l'integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale.

La **Gestione Operativa – Next Generation EU**, in attuazione delle indicazioni regionali, è la struttura deputata ad aumentare efficienza, tassi di saturazione e livelli di produttività anche del polo territoriale delle ASST fungendo da collettore del monitoraggio dell'attività distrettuale di tutta la ASST. Supporta la Direzione strategica nel processo di produzione che declina gli obiettivi di produzione delle strutture territoriali e sulla base di questi ultimi effettua la programmazione della produzione, sviluppa gli strumenti di monitoraggio dei target assegnati e propone interventi correttivi in base all'andamento della domanda e delle performance complessive delle strutture territoriali. E' inoltre incaricata del coordinamento, del monitoraggio e nella rendicontazione dell'implementazione degli interventi PNRR relativi al programma *NextGenerationEU* nell'ambito della ASST con l'obiettivo di garantire il raggiungimento degli obiettivi posti dalla Giunta regionale.

Il **Direttore del Distretto**, in attuazione delle indicazioni regionali e aziendali, svolge le seguenti funzioni:

- organizzazione dell'erogazione delle attività, garantendo gli standard previsti;
- integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta;

- sviluppo dell'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra MMG, PLS servizi di continuità assistenziale, IFeC e attività specialistica ambulatoriali;
- l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali dei comuni;
- diffusione delle informazioni sui target di popolazione, sui tassi di reclutamento del bisogno, sulla saturazione della capacity, sugli esiti di salute dei servizi alle varie componenti di servizio e correlata attivazione di processi di peer audit e di discussione professionale.

Il Distretto garantisce inoltre una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento. Al fine di svolgere tali funzioni la conoscenza dei bisogni di salute della popolazione di riferimento risulta centrale e rientra pertanto tra le attività del Distretto che avrà compito di committenza, produzione e garanzia dei servizi.

Lo svolgimento di queste attività è regolato da specifiche procedure aziendali.

Queste attività devono tenere conto degli indirizzi che emergono dall'organismo consultivo distrettuale, guidato dal Direttore Socio-Sanitario e composto da:

- direttori del Distretto
- referenti dei CRT/AFT;
- referenti degli ambiti sociali/uffici di piano;
- rappresentanti delle associazioni;
- referenti ASST (gestione operativa - next generation EU, Direzione medica di presidio ospedaliero, DAPSS, ecc).

L'ASST predispone la procedura per l'istituzione dell'organismo consultivo e il regolamento per il suo funzionamento.

Ciascun servizio presente nelle nuove strutture territoriali opera secondo modalità e procedure formalizzate. Le modalità di coordinamento delle attività e di integrazione tra i servizi e i soggetti interni e quelli esterni sono definite da un documento della ASST, che deve contenere la regolamentazione di aspetti specifici legati alle singole strutture distrettuali. Le attività svolte nelle CdC e OdC sono esplicitate nella Carta dei Servizi, elaborata in formato elettronico e pubblicata sul sito web della ASST. L'informazione verso la comunità è promossa anche attraverso le Associazioni di Volontariato.

Lo sviluppo dei servizi delle CDC/ODC/COT in risposta all'evoluzione dei bisogni della popolazione, si basa su un'attività di analisi dei flussi sanitari, sociosanitari e sociali finalizzata al dimensionamento dell'offerta coerente con i bisogni epidemiologici della popolazione.

In questo processo, le ATS stimano il bisogno epidemiologico di cura e assistenza per dimensionare e caratterizzare l'offerta e contrattualizzano gli erogatori al fine di garantire una adeguata risposta complessiva. L'ASST, anche attraverso i direttori di Distretto, collabora con l'ATS in questo processo di costruzione della rete di offerta, in modo tale che essa risulti adeguata e dimensionata in modo coerente con il bisogno locale e per garantire ai cittadini soluzioni adeguate al bisogno anche in caso di distribuzione geograficamente disomogenea dell'offerta.

Sarà compito di ATS condividere, nel rispetto della riservatezza, informazioni in merito all'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari degli assistiti residenti, costruendo adeguati strumenti di reportistica.

Tali dati potranno, sempre nel rispetto della riservatezza, essere integrati con quelli relativi all'accesso ai servizi e alle "misure" di natura sociale, previa intesa con gli uffici di piano del territorio.