



Documento di programmazione regionale
in attuazione del Decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022, n. 77

1) Introduzione/analisi di contesto	2
Analisi del contesto socio-demografico ed epidemiologico della Regione	2
Descrizione dell'attuale rete territoriale	3
2) Riorganizzazione della rete territoriale	6
- Funzionamento e organizzazione del Distretto e integrazione sociosanitaria	6
- Recepimento e integrazione delle forme organizzative dell'assistenza primaria ai sensi dell'art. 8 dell'ACN della Medicina Generale del 28 aprile 2022 con il nuovo modello organizzativo delineato	8
- Recepimento e attuazione degli standard previsti dal DM 77/2022 per i diversi servizi	10
- Case della Comunità, descrizione del modello hub & spoke e servizi da attivare al loro interno	10
Il modello organizzativo della Casa della Comunità hub	10
Assistenza di base e Cure primarie	11
Assistenza Specialistica ambulatoriale (organizzata anche in modulo funzionale)	12
Diagnostica di laboratorio di base e per immagini	12
Accesso ai servizi	13
Logistica	13
Integrazione con i servizi aziendali della CdC hub	13
Il coordinamento e l'integrazione nella Casa della Comunità	13
Integrazioni con la rete dell'Assistenza Ospedaliera	13
Relazione con la Centrale Operativa Territoriale	13
Relazione con il servizio di Cure domiciliari e con Cure palliative	14
Relazione con i Servizi Farmaceutici Territoriali ed i Servizi di Farmacia Ospedaliera	14
Relazione con la rete dell'emergenza-urgenza ed il numero unico europeo 116 117	14
Relazione con le Case della Comunità Spoke	14
Punto Unico di Accesso, collegamento con il CUP	15
Apertura h12/24	16
Assistenza infermieristica	16
Apparecchiature per la diagnostica di primo livello	16
- Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC)	17
- Centrali Operative Territoriali (COT)	18
- Centrali Operative 116117	21
- Unità di Continuità Assistenziale (UCA)	22
- Assistenza domiciliare	23
- Ospedali di Comunità	25
- Rete delle cure palliative	26
- Consultori familiari	27
- Dipartimenti di Prevenzione	29
- Telemedicina	30
3) Fabbisogni di personale per il funzionamento dei servizi e piani di formazione	31
4) Modalità di governo e monitoraggio delle azioni di riorganizzazione	32
Allegato - Sintesi descrizione del modello organizzativo Case della Comunità hub	33



52e08fd5



1) Introduzione/analisi di contesto

Analisi del contesto socio-demografico ed epidemiologico della Regione

La popolazione residente in Veneto al 1 gennaio 2022 è pari a **4.854.633**, in leggera diminuzione rispetto all'anno precedente; l'andamento della popolazione, crescente fino al 2014, si è stabilizzato negli ultimi anni con le **nascite in continua diminuzione** e un saldo migratorio (interno e con l'estero) che si mantiene positivo.

Con riferimento al contesto socio-economico in Veneto l'incidenza delle famiglie che vivono in condizione di povertà relativa (secondo la definizione dell'ISTAT, dati 2021) è **del 7,9%** rispetto all'11,1% dell'Italia. Va inoltre evidenziato come le persone che vivono da sole, che quindi potrebbero non contare su una rete di supporto familiare, siano circa l'11% della popolazione: sebbene il dato sia inferiore a quello delle altre regioni del Nord, rappresenta comunque un numero rilevante di persone, molte delle quali anche in età avanzata.

In sostanziale continuità con quanto evidenziato nel passato quinquennio di programmazione, l'analisi socio-demografica pone in rilievo alcune caratteristiche che influenzano il panorama dei bisogni e dell'offerta di servizi attuale e futura: progressivo invecchiamento della popolazione, **quota di residenti stranieri che si attesta attorno al 10%** del totale dei residenti, con una distribuzione per età più giovane rispetto a quella degli italiani, presenza di un numero rilevante di persone che vivono da sole, molte delle quali in età avanzata.

Secondo gli ultimi dati disponibili (2019) **un terzo della popolazione complessiva (34,1%) presenta almeno una malattia cronica**; tra essi il 51,1% ha una singola malattia, il 23,2% **due patologie croniche** compresenti, il 7,5% 5 o più patologie.

Le patologie più frequenti sono l'**ipertensione arteriosa** (15,0%), le **dislipidemie** (11,3%), la **depressione** (6,1%) e il **diabete mellito** (5,6%). Stratificando per genere, le donne presentano, in percentuale maggiore rispetto agli uomini, depressione (8,1% versus 3,9%), ipotiroidismo (6,4% versus 1,3%) e altre patologie endocrine (5,4% versus 1,2%). Negli uomini si osserva una prevalenza più che doppia di malattia ischemica del cuore, raggruppamento che esclude l'infarto del miocardio (4,0% versus 1,7%). Quasi un quinto della popolazione complessiva presenta un carico di malattia moderato (19,9%).

Nella popolazione affetta da malattia, la **multimorbilità e la cronicità sono le condizioni più frequenti**; in particolare, nella Regione del Veneto il 11,5% appartiene alla categoria "2-3 problemi di salute, età>34 anni", il 9,1% "Patologia Cronica generale, stabile" ed il 4,5% "Patologia Cronica generale, instabile".

Riferimenti

- Rapporto epidemiologico sulle malattie croniche in Veneto, dati anno 2019. UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri, Azienda Zero – Regione del Veneto. Dicembre 2020
- Banca dati ISTAT 2021



52e08fd5



Descrizione dell'attuale rete territoriale

La Regione del Veneto per rendere sempre più centrale la persona e la comunità nella presa in carico dei loro bisogni, nella programmazione dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria attua un **pianificazione dei servizi sanitari basata sulla prossimità anche attraverso moderni sistemi informativi territoriali** che permettono la **georeferenziazione** e l'**analisi spaziale** dell'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari e dei percorsi assistenziali.

Nell'ambito dell'organizzazione dell'assistenza territoriale il **Distretto** è deputato al coordinamento funzionale ed organizzativo della rete delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti sul territorio (tabella di sintesi in allegato), allo sviluppo omogeneo delle Cure Domiciliari nonché alla garanzia della tutela delle transizioni tra i diversi setting attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT).

La necessità di ricomporre l'offerta dei servizi **intorno alla persona** rende a tal fine necessario garantire - per ciascun bacino di riferimento - la possibilità di erogare i servizi in modo flessibile e con maggior grado di "personalizzazione", avvantaggiandosi rapidamente delle innovazioni cliniche, tecniche e tecnologiche e consentendo di prevedere percorsi per pazienti complessi pluripatologici, sviluppati sulla base dei bisogni, secondo il criterio di una risposta appropriata, personalizzata ed efficace, nei luoghi di maggior prossimità del paziente e del contesto familiare.

Riferimenti

- Legge Regionale n. 48 del 28 dicembre 2018. Piano socio sanitario regionale 2019-2023
- DGR n. 1306 del 16 agosto 2017. Linee guida per la predisposizione da parte delle aziende ed enti del SSR del nuovo atto aziendale, per l'approvazione della dotazione di strutture nell'area non ospedaliera, per l'organizzazione del Distretto, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione, per l'organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale. DGR n. 30/CR del 6 aprile 2017 (articolo 26, comma 7, e articolo 27 della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19)



52e08fd5



Elementi principali per Azienda ULSS dell'attuale rete territoriale:

	Descrizione sintetica e rif. normativo	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	TOT.
Distretti	Articolazione dell'Azienda ULSS deputata al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione. DGR n. 1306/2017 L.R. 19/2016	2	4	4	1	2	5	2	2	4	26
Medicine di Gruppo Integrate (forme evolute di assistenza primaria)	Sedi di riferimento delle Medicine di Gruppo Integrate, team di professionisti che, operando in forma integrata, mirano ad erogare un'assistenza globale alla popolazione di riferimento, dalla prevenzione alla palliazione, in maniera continua, equa e centrata sulla persona. DGR n. 751/2015	4	9	14	2	5	14	11	8	10	77
Sedi Continuità Assistenziale	Sedi operative/organizzative dei Medici di continuità assistenziale ACN MG 2005 e smi ACN MG 2022 e smi	6	13	7	6	8	13	5	7	19	84
Centrale Operativa Territoriale	Strumento organizzativo funzionale a tutti gli attori della rete socio-sanitaria coinvolti nella presa in carico dell'utente fragile, caratterizzato da multimorbilità, elevata complessità e/o terminalità. DGR n. 2271/2013 DGR n. 1075/2017 e smi	1 +1 sub articolazione	1 +3 sub articolazioni	1	1	1	1	1 +1 sub articolazione	1 +2 sub articolazioni	1 +7 sub articolazioni	9 +14 sub articolazioni
Sedi Cure domiciliari (ADI)	Sedi organizzative /operative delle cure domiciliari/Assistenza Domiciliare Integrata DGR n. 5273/1998 DGR n. 1075/2017	13	9	11	3	6	16	9	9	14	90
Ospedali di Comunità (da programmazione regionale vigente)	Struttura che garantisce le cure necessarie a pazienti con problemi risolvibili in un periodo limitato e che non richiedono assistenza ospedaliera perché stabili dal punto di vista medico ma che richiedono di essere trattati in regime residenziale. DGR n. 1107/2020 - DGR n. 136/2022	5 (4 Pubbl. - 1 Priv. - Acct.)	9 (6 Pubbl. - 3 Priv. - Acct.)	10 (5 Pubbl. - 5 Priv. - Acct.)	4 (1 Pubbl. - 3 Priv. - Acct.)	5 (3 Pubbl. - 2 Priv. - Acct.)	10 ** (6 Pubbl. - 4 Priv. - Acct.)	6 (4 Pubbl. - 2 Priv. - Acct.)	8 (5 Pubbl. - 3 Priv. - Acct.)	14 (10 Pubbl. - 4 Priv. - Acct.)	71 (44 Pubbl. - 27 Priv. - Acct.)



52E08F85

	Descrizione sintetica e rif. normativo	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	TOT.
URT	Struttura che garantisce le cure necessarie a pazienti con problemi risolvibili in un periodo limitato che non richiedono assistenza ospedaliera perché stabili dal punto di vista medico ma troppo instabili per poter essere trattati in regime ambulatoriale e/o residenziale. Risposta multifunzionale a carattere temporaneo (max 8 settimane) con offerta di riabilitazione neurologica e motoria per la riduzione della disabilità residua dopo eventi acuti o riabilitazione di patologie croniche. DGR n. 1107/2020 DGR n. 136/2022	-	1	-	-	1	4	2	2	-	10
Hospice (da programmazione regionale vigente)	Struttura residenziale, integrata nella rete dei servizi di cure palliative, destinata all'assistenza di malati inguaribili in fase avanzata di malattia o in condizioni di fine vita. DGR n. 1107/2020 DGR n. 136/2022	2 (1 Pubbl. - 1 Priv. Accr.)	3* (2 Pubbl. - 1 Priv. Accr.)	5 (2 Pubbl. - 3 Priv. Accr.)	2 (2 Priv. Accr.)	2 (1 Pubbl. - 1 Priv. Accr.)	6** (2 Pubbl. - 4 Priv. Accr.)	3 (1 Pubbl. - 2 Priv. Accr.)	3 (2 Pubbl. - 1 Priv. Accr.)	6 (2 Pubbl. - 4 Priv. Accr.)	32 (13 Pubbl. - 19 Priv. Accr.)
Consultori	Strutture con équipe multiprofessionali e multidisciplinari collocate prevalentemente nei Distretti per rispondere ai bisogni dei singoli, delle coppie e delle famiglie attraverso un "servizio relazionale", in raccordo ed integrazione con MMG, PLS, Servizi di Età Evolutiva e/o di NPI, SERD, Servizi Ospedalieri, Enti Locali, Scuole, Autorità Giudiziarie, Terzo settore, comunità. L.R. 28/1977	16	38	28	6	10	62	8	36	20	224
Centro Servizi per Anziani non Autosufficienti	Servizio residenziale socio-sanitario, che offre a persone non autosufficienti, di norma anziani, un livello di assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, tutelare e alberghiera organizzate in base alla specifica unità di offerta. DGR n. 84/2007 DGR n. 394/2007	29	59	34	13	21	53	38	39	82	368

*Compreso l'Hospice IOV Castelfranco, **Compresi l'OdC OSA 1 e OSA 2 afferenti all'AOUPD e l'Hospice IOV Padova, *** Compreso l'OdC Borgo Roma - AOUIVR.
Fonte dei dati: DWH Flusso STS 11 (Consorzio familiare: Cod. S04; Centro Servizi Anziani non autosufficienti, CSA; Strutture residenziali di assistenza a gli anziani, UKT; Unità riabilitativa territoriale), AUR, GPI, Monitoraggi UO Cure Primarie - Direzione Programmazione Sanitaria (Continuità Assistenziale dati aggiornati a Novembre 2021)



52e08f85

2) Riorganizzazione della rete territoriale

- Funzionamento e organizzazione del Distretto e integrazione sociosanitaria

Il Distretto

Il **Distretto** è l'**articolazione dell'Azienda ULSS** deputata al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione. Il **Distretto** è il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali e centro di riferimento per l'accesso territoriale a tutti i servizi dell'Azienda ULSS.

È deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'**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.

Garantisce 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.

Al Distretto, pertanto, sono essere ricondotte le seguenti funzioni:

- committenza, ossia la capacità di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili. Il Distretto, su mandato della Direzione Generale della ASL, provvede alla programmazione dei servizi da garantire, alla pianificazione delle innovazioni organizzativo/produttive locali, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizi, assicurando la fruizione delle prestazioni all'utenza;
- produzione, ossia la funzione di erogazione dei servizi sanitari territoriali, caratterizzata da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari di cui all'articolo 3 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- garanzia, ossia il compito di assicurare l'accesso ai servizi, l'equità all'utenza attraverso il monitoraggio continuo della qualità dei servizi medesimi, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l'utenza finale.

Il **Distretto** nell'analisi della domanda e nel governo della rete dei servizi applica principi di **Population Health Management** e di **Sanità di iniziativa**.

Gli strumenti di gestione del Paziente a disposizione (es. Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, Piano di Assistenza Individuale, Piano Riabilitativo Individuale), come già citato, sono utilizzati anche a livello distrettuale in un'ottica integrata per la presa in carico olistica della Persona e dei suoi bisogni socio assistenziali attraverso la definizione del Progetto di Salute.

L'adozione di un approccio di popolazione per percorsi assistenziali rappresenta, in questo contesto, uno tra gli strumenti di governo clinico più adatti per garantire la continuità dell'assistenza: il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale definisce infatti che cosa serve al processo in modo condiviso, quando serve e chi ha la competenza per farlo, valutando la fattibilità per crearne le condizioni.

La necessità di presidiare un **sistema complesso**, derivante da interconnessioni di ambiti funzionali diversi (clinico, assistenziale, amministrativo), di soggetti diversi (anche dal punto di vista contrattuale), di contesti diversi che hanno regole differenti, richiede per il **Distretto un adeguato potenziamento**:

1. della competenza sul **governo clinico** inteso come lo sviluppo e l'applicazione dei percorsi assistenziali per patologie a più elevata prevalenza. Questo richiede peraltro la presenza di elevate competenze tecnico professionali;
2. della **dimensione organizzativa** al fine di garantire la sintesi compiuta nelle modalità di pianificazione, programmazione, gestione e valutazione dei risultati.

Per supportare le funzioni di cui sopra il Distretto si avvale in modo integrato delle funzioni della **Direzione Amministrativa Territoriale**.



52e08fd5



Il Direttore del Distretto

Il Direttore del Distretto garantisce la funzione direzionale di tutte le attività del Distretto, compresa **l'attività svolta nell'ambito delle Case della Comunità** operando in stretta collaborazione con i Direttori ed i Responsabili delle UO e con i dirigenti delle articolazioni funzionali.

Al Direttore di Distretto competono le funzioni di:

- conseguimento di obiettivi di risultato, di attività e di risorse concordati ed assegnati al Distretto, in sede di contrattazione di budget con la Direzione Generale;
- organizzazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali propri del Distretto;
- coordinamento delle necessarie collaborazioni ed organizzazione delle risorse affinché il medico/pediatra di libera scelta svolga il proprio ruolo di referente-unico per l'assistito;
- utilizzo dello strumento del budget per definire gli obiettivi e monitorare i relativi indicatori di risultato attribuiti alle UO distrettuali, alle articolazioni funzionali (A.F.) e alle Medicine di Gruppo Integrate (team multi professionali), organizzando, coerentemente con la programmazione strategica, i servizi e le risorse, nonché monitorando l'implementazione.

Il Distretto si relaziona con le **Case della Comunità** prevedendo inoltre **una figura operativa** con compiti di natura operativo-gestionale e di coordinamento finalizzata alla risoluzione di necessità tecnico- operative ed il supporto di un coordinatore infermieristico.

Riferimenti

- Legge Regionale n. 48 del 28 dicembre 2018. Piano socio sanitario regionale 2019-2023
- DGR n. 1306 del 16 agosto 2017. Linee guida per la predisposizione da parte delle aziende ed enti del SSR del nuovo atto aziendale, per l'approvazione della dotazione di strutture nell'area non ospedaliera, per l'organizzazione del Distretto, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione, per l'organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale. DGR n. 30/CR del 6 aprile 2017 (articolo 26, comma 7, e articolo 27 della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19
- Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.



52e08fd5



- **Recepimento e integrazione delle forme organizzative dell'assistenza primaria ai sensi dell'art. 8 dell'ACN della Medicina Generale del 28 aprile 2022 con il nuovo modello organizzativo delineato**

La Medicina Generale garantisce l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso le **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)**, così come previsto dall'art. 8 dell'ACN della Medicina Generale del 28 aprile 2022. Le AFT afferiscono alla forma organizzativa multiprofessionale (**UCCP**) individuata per ogni Casa della Comunità hub del territorio di riferimento.

Le UCCP

La **forma organizzativa multiprofessionale (UCCP)**, individuata per ogni Casa della Comunità, opera in forma integrata all'interno di tutti i setting del territorio (Case delle Comunità hub, Case della Comunità spoke, nonché di strutture e/o presidi individuati dalle Aziende ULSS, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi che, dislocate nel territorio, possono essere caratterizzate da differenti forme di complessità, studi dei medici di medicina generale).

La **UCCP** opera in continuità assistenziale con le AFT della Medicina Generale, Pediatria di Libera Scelta e degli Specialisti Ambulatoriali e dei Professionisti, che vi afferiscono e grazie alla composizione multiprofessionale e alla capacità di rispondere in modo efficace ai bisogni di salute complessi.

Le Unità Operative Complesse Cure Primarie delle Aziende ULSS assolvono le funzioni previste dalle forme organizzative multiprofessionali (UCCP).

Le AFT

Le AFT della Medicina Generale sono forme organizzative **monoprofessionali** che garantiscono l'**assistenza per 24H per 7/7 giorni**, perseguono obiettivi di salute e di attività, condividono percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi. Le AFT sono costituite da medici del ruolo unico di assistenza primaria operanti sia a ciclo di scelta che ad attività oraria e garantiscono la diffusione capillare dei presidi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria.

Nella Regione del Veneto è previsto quanto segue:

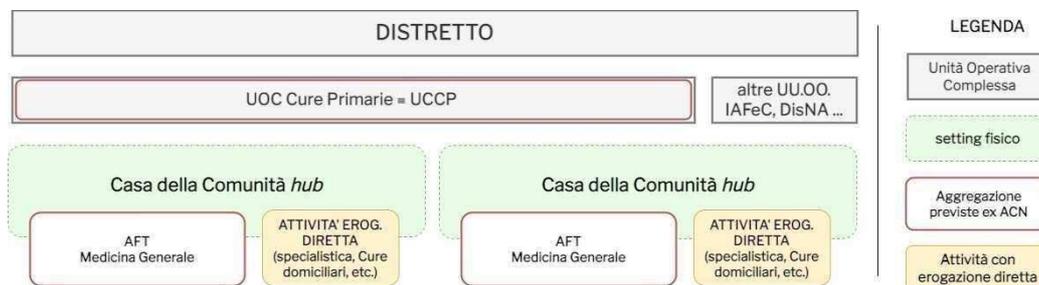
- **l'istituzione di n. 1 AFT** per un bacino di abitanti medio di circa **25.000 abitanti**, massimo di
- **30.000 abitanti**, ad eccezione giustificata di aree ad alta densità abitativa;
- ciascuna AFT afferisce alla forma organizzativa multiprofessionale (UCCP) individuata per ogni Casa della Comunità hub del territorio di riferimento;
- ogni Medico del ruolo unico di assistenza primaria afferisce obbligatoriamente alle AFT;
- ogni Medico del ruolo unico di assistenza primaria afferisce ad una e una sola AFT;
- ad ogni AFT afferiscono tutti i medici del ruolo unico di assistenza primaria (di ciclo di scelta e ad attività oraria) di riferimento dello specifico territorio;
- l'AFT garantisce i propri compiti essenziali in tutti i setting previsti dalle Aziende ULSS nel proprio territorio di riferimento

Figura. La relazione tra strutture, attività aziendali, Case della Comunità hub e previsione ex ACN di UCCP e AFT



52e08fd5

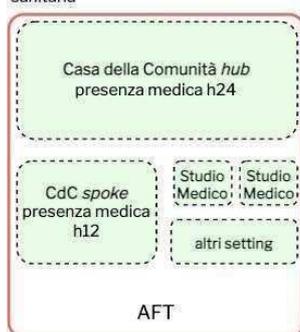




L'AFT della Medicina Generale persegue i seguenti compiti essenziali:

- assicurare l'erogazione a tutti i cittadini che ad essa afferiscono dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA), nonché l'assistenza ai turisti ex art. 46 dell'Accordo Collettivo Nazionale 28.04.2022;
- realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, estesa per 24H per 7/7 giorni, al fine di garantire una effettiva presa in carico dell'utente;
- garantire la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata, del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata;
- opera in pieno raccordo con la forma organizzativa multiprofessionale di riferimento, alla quale AFT e componenti afferiscono funzionalmente;
- le AFT, ed i Medici del ruolo unico di assistenza primaria ad esse afferenti, al fine di garantire la continuità dell'assistenza ed il raccordo con le forme organizzative multiprofessionali e le Case della Comunità, sulla base di quanto previsto dell'Accordo collettivo nazionale 28 aprile 2022 utilizzano i sistemi informativi per garantire l'assolvimento dei debiti informativi, in particolare relativamente al fascicolo sanitario elettronico (FSE), al sistema informativo nazionale (NSIS), alla tessera sanitaria e ricetta elettronica, inclusa la ricetta dematerializzata, alla certificazione telematica di assenza per malattia del lavoratore dipendente;
- l'AFT assicura l'erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA) in tutti i setting assistenziali previsti (Case della Comunità hub, Case della Comunità spoke, studi medici, etc).

Figura. La relazione tra AFT e i setting fisici di erogazione dell'assistenza sanitaria



Per ciascuna AFT è individuato **un referente ed il suo sostituto**. Il referente si occupa, per la parte che riguarda la AFT, dell'integrazione dei servizi e dei percorsi assistenziali volti a garantire continuità dell'assistenza con gli altri servizi aziendali, incluso il raccordo funzionale con la forma organizzativa multiprofessionale di riferimento.

Il referente coordina l'attività dei medici componenti dell'AFT allo scopo di garantire la continuità della assistenza per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana.

Riferimenti

- Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
- ACN 28 aprile 2022. Disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi del del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni.



- Recepimento e attuazione degli standard previsti dal DM 77/2022 per i diversi servizi

- Case della Comunità, descrizione del modello hub & spoke e servizi da attivare al loro interno

La **Casa della Comunità** rappresenta il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

La **Casa della Comunità** è pensata e progettata con una logica sistemica di stretta interconnessione e sinergia con le strutture e servizi ospedalieri, territoriali e socio-sanitari del bacino di afferenza, promuovendo un modello di intervento e di presa in carico multidisciplinare, al fine di fornire una risposta adeguata alle diverse esigenze sanitarie e socio sanitarie di assistenza primaria dei cittadini.

Le **Case della Comunità**, sia hub che spoke, sono individuate con l'obiettivo di garantire la massima equità di accesso e di uniformità di copertura del territorio per l'assistenza di base, utilizzando anche sistemi informativi geografici. Tali strutture dovranno essere raccordate alla rete ospedaliera e pertanto le Aziende individueranno le UU.OO. ospedaliere di riferimento, che dovranno essere collegate in telemedicina per garantire i supporti clinico-diagnostici richiesti; le UU.OO. individuate dovranno condividere le procedure per la gestione degli assistiti.

Al fine di garantire uniformità di trattamento a tutti i cittadini veneti, sono definiti i relativi requisiti minimi di accreditamento (strutturali, organizzativi e formativi).

Il modello delle Case della Comunità dovrà essere prioritariamente attuato attraverso la ridefinizione di altre funzioni e ruoli aziendali tenuto conto delle risorse disponibili.

Il modello organizzativo della Casa della Comunità hub

La Casa della Comunità hub è un'articolazione organizzativa del Distretto, prevista secondo gli standard del DM 77/2022 e deve garantire almeno tre livelli assistenziali minimi:

- **Assistenza di base e cure primarie**, garantita da Medici del ruolo unico di assistenza primaria organizzati nelle forme associative previste ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale 28 aprile 2022;
- **Assistenza Specialistica ambulatoriale**, organizzata dal distretto come modulo funzionale*, sulla base dei bisogni di salute della popolazione assistita. La funzione di Specialistica Ambulatoriale è finalizzata a supportare i Medici del ruolo unico di assistenza primaria sia nella gestione della cronicità che nella definizione dei percorsi clinici;
- **Diagnostica di laboratorio di base e per immagini;**
- (opzionale) Assistenza di base e cure primarie pediatriche.

*Il modulo funzionale rende possibile la flessibilità organizzativa ed intende valorizzare l'organizzazione presente nel distretto tenendo conto anche della collocazione della Casa della Comunità. (es. se la Casa della Comunità è collocata o è contigua ad un Ospedale/Distretto, può essere previsto un raccordo funzionale utilizzando gli ambulatori specialistici o i livelli diagnostici già presenti).

Figura. Livelli Assistenziali Minimi CdC hub



Assistenza di base e Cure primarie

Prevede la presenza dei **Medici del ruolo unico di assistenza primaria**, continuativa nelle 24 ore, in cui i Medici sono organizzati esclusivamente in una delle forme associative previste ex ACN.

La forma associativa AFT garantisce la copertura dell'**attività medica h24** nella Casa della Comunità dimensionata al bacino di riferimento; al fine di garantire accessibilità e prossimità del servizio ai cittadini la forma associativa prevista garantisce l'attività anche nelle Case della Comunità spoke, negli studi e/o ambulatori medici sul territorio o altri setting previsti.

Nella Casa della Comunità deve essere prevista l'attività dell'**Assistente di studio** per garantire accessibilità programmata a breve e medio termine, gestione di agende e collaborazione ad iniziative di presa in carico proattiva e di medicina di popolazione.

Deve essere garantita, inoltre, la disponibilità di strumenti utili alla diagnostica di primo livello (es. diagnostica point of care, ecografo per visita eco assistita, elettrocardiografo, Holter ECG, Holter pressorio, spirometro). Gli strumenti a disposizione del MMG sono utilizzati per il miglioramento della presa in carico e della gestione del paziente.

Devono essere previsti pertanto:

- spazi per consentire la presenza di MMG nelle forme associative previste;
- spazi per ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità (Infermiere di Famiglia o di Comunità, etc.) e per la risposta ai bisogni occasionali con la previsione di tre principali tipologie di attività (correlate alla gestione di disturbi "non differibili"¹, programmate per assistiti non eleggibili all'ADI, presa in carico di assistiti con cronicità semplice).

Gli spazi devono essere organizzati in modo da consentire agli assistiti del territorio di riferimento anche la possibilità di un accesso diretto, sia per le attività di presa in carico di bisogni medico/infermieristici di routine (visite mediche, medicazioni, etc.) che per la gestione di prestazioni di competenza "non differibili"¹.

¹ La Regione con proprio atto individua la tipologia di disturbi non differibili da prendere in carico (es. codici bianchi) al fine di definire le procedure condivise con le strutture ospedaliere di riferimento per la gestione dei casi.

Nella Casa della Comunità e per l'assistenza di base e cure primarie, è previsto l'utilizzo di una piattaforma regionale interoperabile con gli applicativi dell'assistenza primaria, integrata con i sistemi informativi regionali e aziendali per la gestione dei dati.



52e08fd5



Assistenza Specialistica ambulatoriale (organizzata anche in modulo funzionale)

L'attività di Medici Specialisti nella Casa della Comunità va inserita ed integrata nei processi di cura dell'Assistenza Primaria, superando l'ottica prestazionale a favore della presa in carico, di programmi di Assistenza Individuali, dell'assistenza a lungo termine definiti nell'ambito di **progetti di salute (PRIS)**.

In linea generale l'attività dei Medici Specialisti nelle Case della Comunità può prevedere:

- l'**esecuzione diretta** di specifiche attività diagnostiche di pertinenza specialistica, su richiesta del MMG nell'ambito dei PDTA;
- la valutazione specialistica, in coerenza con i PDTA/PAI, come **teleconsulto** per il MMG e/o come valutazione diretta del paziente, su richiesta del MMG;
- la valutazione periodica specialistica per malattie croniche (es. glaucoma, ...), nell'ambito dei PDTA per garantire ai pazienti cronici assistiti, in follow-up, supporto necessario inoltre ad evitare la centralizzazione nelle strutture ospedaliere.

Il Distretto pertanto deve garantire la funzione di supporto specialistico nella gestione dei progetti di Salute (PRIS), definiti nell'ambito dei percorsi (PDTA). Tale funzione deve essere prevista in raccordo con il modello organizzativo distrettuale presente. Pertanto qualora la Casa della Comunità fosse prevista all'interno di una struttura ospedaliera/distrettuale, potranno essere utilizzati i servizi specialistici ivi presenti.

Dovranno essere previsti:

- spazi ambulatoriali per la gestione di attività specialistiche (la tipologia e la numerosità delle attività ambulatoriali di medicina specialistica, dovranno essere pianificate dal Distretto sulla base dei bisogni della popolazione assistita).

Le attività dovranno essere garantite sia attraverso accessi di medici specialisti **in loco**, programmati in "slot" dedicati (n./ore/sett.), che in **modalità televisita/teleconsulto**. Pertanto gli ambulatori dovranno essere strutturati in modo flessibile, sia per specialità che per possibilità di utilizzo della telemedicina.

Le visite specialistiche richieste dai MMG, in loco per rivalutazione specialistica del paziente e i consulti richiesti per discussione clinica tra medici, verranno considerate come consulto specialistico (alla stregua del consulto specialistico per i pazienti in ricovero), pertanto verranno registrate come prestazioni, ma non dovranno essere prenotate a CUP e non dovranno rientrare nel circuito delle visite specialistiche ambulatoriali.

La Regione definisce il target dei pazienti (es. pazienti con patologie croniche, >75 anni, con patologie ingratescenti o ad evoluzione instabile, pazienti in specifici PDTA/PAI, etc).

Diagnostica di laboratorio di base e per immagini

La presenza nelle Case della Comunità di una funzione di **diagnostica di base** consente la gestione in loco di alcune problematiche per la definizione del quadro clinico-assistenziale.

Attualmente tali casistiche vengono spesso inviate negli ambulatori specialistici, nei laboratori di diagnostica o nei PS dove spesso sono classificati come "codici bianchi".

Il Distretto deve garantire tale funzione, in raccordo con le analoghe funzioni aziendali, per le attività di consulto/refertazione.

Dotazioni del modulo di diagnostica:

La dotazione di base della **diagnostica di laboratorio (POCT)** deve prevedere almeno:

- emocromo a tre parametri;
- emogasanalizzatore con la determinazione ioni (Na⁺, K⁺, Cl⁻), creatinina e lattato;
- biochimica Clinica: transaminasi (ALT), glicemia, PCR, peptide natriuretico (BNP o Nt-ProBNP);
- coagulazione: INR, D-Dimero;
- esame urine.

La dotazione di base di riferimento della diagnostica per immagini, da definire ulteriormente, deve prevedere almeno:

- ecografo;



- elettrocardiografo;
- portatile radiologico;
- retinografo;
- holter ECG;
- holter pressorio.

Per le eventuali attrezzature a sorgenti radiogene andrà previsto l'utilizzo a "slot" con presenza dello specialista, fatto salvo gli eventuali aggiornamenti normativi.

Accesso ai servizi

Nella Casa della Comunità deve essere presente un Punto Unico di Accesso (PUA) come definito ulteriormente nel paragrafo dedicato.

Logistica

Devono essere previsti spazi funzionali al modello organizzativo previsto, tra i quali area di attesa, area ristoro, area destinata alla conservazione di farmaci e dispositivi medici, alla consegna dei farmaci, all'allestimento con tecnica asettica di soluzioni infusionali, sterilizzazione per piccola strumentazione di medicazione etc, uno spazio esterno per la sosta delle ambulanze, spazi funzionali alla gestione dei servizi necessari alla raccolta/smaltimento rifiuti.

Integrazione con i servizi aziendali della CdC hub

Il coordinamento e l'*integrazione* nella Casa della Comunità

La Casa della Comunità, è un'articolazione dell'offerta dei servizi territoriali **direttamente dipendente dal Direttore del Distretto**.

Il Direttore del Distretto, per il tramite dei responsabili delle Cure primarie, valuta i bisogni degli assistiti del territorio di riferimento ed assegna le risorse alle singole Case della Comunità.

La responsabilità tecnico-organizzativa della Casa della Comunità è di un manager operativo con competenze specifiche che garantisce il funzionamento della Casa della Comunità sulla base degli obiettivi e delle risorse assegnate; si avvale del supporto di un coordinatore infermieristico.

Nell'ambito della Casa della Comunità operano i MMG (e PLS) esclusivamente nelle forme associative previste; i MMG (e PLS) sono responsabili dei processi assistenziali/PDTA assegnati sulla base anche di quanto previsto nel documento di programmazione regionale previsto ex ACN.

Integrazioni con la rete dell'Assistenza Ospedaliera

Ogni Casa della Comunità deve avere come riferimento un Ospedale. In particolare devono essere individuate le UU.OO. di riferimento per le specialità previste a supporto delle forme associative dei MMG anche nella modalità telemedicina.

L'Ospedale individuato deve condividere i percorsi di cura degli assistiti e farsi carico, oltre che dei bisogni di salute nelle fasi di riacutizzazione, anche della gestione della fase di instabilità/rivalutazione clinico-diagnostica che dovesse essere richiesta da MMG o che fosse segnalata dalla COT sulla base dei protocolli condivisi. Per percorsi specifici, a seguito di apposite convenzioni, possono essere individuate anche UU.OO. di riferimento di altri enti (es. Aziende Ospedaliere).

Relazione con la Centrale Operativa Territoriale

La Casa della Comunità, quale articolazione del Distretto, prevede una **forte integrazione informativa con la Centrale Operativa Territoriale (COT)** che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona garantendo il raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali.

L'evoluzione della COT, secondo un approccio di medicina di popolazione ed in attuazione del modello di sanità di iniziativa, prevede un rafforzamento del coordinamento della presa in carico, in particolare delle persone con patologie croniche. In questo contesto la COT spoke dipende dal Direttore di Distretto, monitora la presa in carico da parte dei servizi competenti ed agisce in senso proattivo facilitando l'attuazione di percorsi di presa in carico per la gestione di transizioni



52e08fd5



dalle strutture ospedaliere, verso le strutture intermedie, centri servizio per anziani non autosufficienti nonché da e per il domicilio della persona.

La COT supporta proattivamente i servizi aziendali, i MMG, PLS, gli Specialisti ed i professionisti sanitari nella gestione del percorso della persona monitorando l'efficacia e la disponibilità dei servizi di offerta, anche di specialistica ambulatoriale e relaziona al Distretto, al fine di consentire una programmazione delle risorse e dei servizi adeguata ai reali bisogni degli assistiti.

Nella COT è prevista la **centralizzazione delle attività di telemedicina**, supportato da un Centro Servizi, in particolare il telemonitoraggio dei parametri di pazienti cronici e in follow-up, anche in Cure domiciliari (ADI).

Il monitoraggio dei parametri dei pazienti cronici, inseriti in PDTA/PAI o Cure domiciliari (ADI) consentirà di gestire le eventuali evoluzioni della patologia sulla base di protocolli condivisi (es. segnalando il dato al MMG, inserendo il paziente nelle agende specialistiche per rivalutazione, prevedendo un accesso ospedaliero).

Relazione con il servizio di Cure domiciliari e con Cure palliative

I professionisti che operano nella Casa della Comunità, anche attraverso la COT, si relazionano con la Centrale ADI prevista dal modello organizzativo delle Cure domiciliari.

La Casa della Comunità hub deve prevedere almeno una sede del servizio di Cure Domiciliari ed è in relazione con il modello di Reti di Cure Palliative e di Terapia del Dolore.

Relazione con i Servizi Farmaceutici Territoriali ed i Servizi di Farmacia Ospedaliera

Ogni Casa della Comunità si deve raccordare con il Servizio Farmaceutico Territoriale territorialmente competente e/o il Servizio di Farmacia Ospedaliera, al fine di:

- organizzare le attività di consegna e stoccaggio dei farmaci e dispositivi medici (DM) necessari al funzionamento delle attività ivi previste;
- attivare, ove necessario, un punto di distribuzione diretta di farmaci e DM, ai sensi della legge n.405/2001;
- organizzare la distribuzione di farmaci e dispositivi per le cure domiciliari e palliative;
- definire le procedure e i relativi controlli per la dispensazione di farmaci in dose unitaria;
- attivare la vigilanza sull'uso dei farmaci e dei dispositivi medici, che includa una gestione delle attività di ritiro, revoca e sospensione di medicinali e DM, nonché le attività di farmacovigilanza e dispositivo vigilanza;
- definire le modalità per un monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva, dell'aderenza alle terapie e la gestione della politerapia farmacologica;
- definire le procedure per la gestione di farmaci stupefacenti, qualora stoccati presso la Casa della Comunità.

Relazione con la rete dell'emergenza-urgenza ed il numero unico europeo 116 117

Le Aziende Sanitarie definiranno nel modello Aziendale, sulla base quantitativa delle richieste di intervento e degli accessi domiciliari, il numero delle équipe mediche da prevedere ed il luogo di collocazione per la copertura del proprio territorio, in coerenza con il modello regionale. Oltre al criterio "quantitativo" dovrà anche essere utilizzato il criterio di "copertura geografica/accessibilità" del territorio. A tal fine verranno rese disponibili alle Aziende i servizi con la georeferenziazione delle unità assistenziali presenti. Potranno anche essere previsti accordi tra Aziende per la migliore copertura delle aree di confine al fine di evitare sovrapposizioni. Nelle Case della Comunità dovrà essere previsto uno spazio per la sosta delle ambulanze.

Relazione con le Case della Comunità Spoke

Le Aziende Sanitarie sulla base dei criteri stabiliti dalla regione, in rispetto degli standard previsti dal DM 77/2022 individueranno le CdC Spoke.



Punto Unico di Accesso, collegamento con il CUP

Il **Punto Unico di Accesso (PUA)**, previsto obbligatoriamente nelle Case della Comunità, rappresenta la porta di accesso al sistema socio-sanitario con il compito di soddisfare il fabbisogno informativo, avviando una azione di orientamento e accompagnamento all'accesso ai servizi e di presa in carico unitaria della persona non autosufficiente, è quindi uno strumento di facilitazione, che mira a promuovere e sostenere le garanzie di maggiore **equità nell'accesso ai servizi** e alla presa in carico.

È uno dei luoghi dell'assistenza distrettuale per l'**integrazione sociosanitaria**, professionale e gestionale; come tale richiede il raccordo tra le diverse componenti sanitarie e tra queste e le componenti sociali.

I PUA obbligatoriamente presenti nelle Case delle Comunità hub hanno il compito di

- semplificare ed agevolare l'informazione e l'accesso ai servizi sanitari, sociali e sociosanitari;
 - promuovere l'integrazione tra attività sanitaria e attività socio-assistenziale;
 - avviare la presa in carico della persona non autosufficiente attraverso la sua valutazione multidimensionale.
- Il PUA:
- fornisce informazioni aggiornate (possibilmente disponibili on line per gli operatori sanitari) relative alle diverse opportunità, risorse, prestazioni, agevolazioni, servizi del sistema, esistenti e accessibili per gli utenti del territorio;
 - raccoglie le domande di accesso a prestazioni e servizi e le inoltra, se occorre, agli uffici competenti avvalendosi ove previsto del **Centro Unico Prenotazioni (CUP)**;
 - effettua una prima lettura dei bisogni, proponendo al cittadino le prestazioni e i servizi a lui
 - accessibili in base alla tipologia di bisogno;
 - fornisce le risposte dirette a bisogni semplici e attiva l'**Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)** quando necessario, per i bisogni complessi.

I Distretti e gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) garantiscono alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA).



52e08fd5



Apertura h12/24

La Casa della Comunità hub deve garantire la **presenza medica h24**.
La Casa della Comunità spoke deve garantire la **presenza medica h12**.

Il numero di sedi CA è attualmente di n. 84 sedi. Le CdC hub sono previste nel numero massimo di 99.
Il numero di sedi CA a seguito della riorganizzazione non può superare il numero delle Case della Comunità hub e tendenzialmente la CdC hub deve coincidere con la sede di CA.

Il modello di accesso ai servizi potrà **prevedere livelli di presenza/contattabilità medico e infermieristica differenziati per bacini di riferimento** e dovrà inoltre essere reso coerente con la riorganizzazione prevista dall'implementazione delle Centrali Operative e del numero unico europeo 116117.

Assistenza infermieristica

Nel contesto delle Case della Comunità sono obbligatoriamente previsti spazi per **ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità** (Infermiere di Famiglia o di Comunità, etc.) e per la risposta ai **bisogni occasionali** con la previsione di tre principali tipologie di attività (correlate alla gestione di disturbi "non differibili"¹, programmate per assistiti non eleggibili all'ADI, presa in carico di assistiti con cronicità semplice).

Nell'ambito della UOC Cure primarie è prevista un'**équipe infermieristica** che sia attrezzata con supporti di telemedicina per il monitoraggio in telemetria e per l'esecuzione al domicilio, anche in collegamento con un medico, di teleconsulto, di televisita e di altre prestazioni in telemedicina. L'invio dell'équipe infermieristica potrà inoltre essere impiegata per i casi di competenza previsti (es. ostruzione catetere, infusioni farmaci su indicazioni mediche per pazienti già in trattamento etc.) con attivazione diretta, anche congiuntamente da parte delle Centrali Operative Territoriali.

Le previsioni sopra riportate si applicano fermo restando la disponibilità di risorse finanziarie e di personale.

Apparecchiature per la diagnostica di primo livello

Le **apparecchiature di diagnostica di primo livello**, previste dal DM 29 Luglio 2022, in coerenza con la riorganizzazione della rete territoriale sono assegnate prioritariamente alle Case della Comunità hub, alle Case della Comunità spoke, agli spoke rappresentati dagli studi dei MMG e PLS, alle aggregazioni di medicina di gruppo tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore **equità di accesso**, in particolare nelle aree interne, rurali, piccole isole e periferie urbane, nel pieno rispetto del principio di prossimità.

Le apparecchiature di diagnostica di primo livello, **per garantire prossimità dell'assistenza ed erogazione di prestazioni** di competenza dei medici di medicina generale nonché dei pediatri di libera scelta ai soggetti fragili affetti da patologie croniche, devono essere **compatibili ed integrarsi con la Piattaforma nazionale di telemedicina e con i servizi di telemedicina** previsti dalla Component 1 della Missione 6 del PNRR nonché con il **Fascicolo sanitario elettronico**.
Le prestazioni erogate da parte dei MMG e PLS mediante le apparecchiature di cui sopra, rientrano nell'ambito dei **livelli essenziali di assistenza sanitaria di base**.

Le apparecchiature fornite ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, in grado di offrire un supporto diagnostico, anche a distanza, **per avviare o complementare i PDTA, laddove strutturati, delle patologie cronico-degenerative, i percorsi di cura, anche nei contesti di fragilità** per la gestione della malattia e delle sue complicanze (in particolare per il diabete mellito, la bronco pneumopatia cronica-ostruttiva, l'ipertensione arteriosa, lo scompenso cardiaco ed altre patologie cardiovascolari).

Alla base di questo modello, come previsto dal Piano Socio-sanitario 2019-2023, è necessaria la condivisione delle informazioni e dei protocolli per la gestione dei percorsi, presupponendo una relazione biunivoca con un ruolo "pro attivo" di "medicina di iniziativa", dove i Medici di Medicina Generale ed i Medici distrettuali, le UU.OO. di riferimento nel seguire l'evoluzione clinica dei loro assistiti, si avvalgono di **strumenti diagnostici tecnologici e sistemi di comunicazione per via telematica**.



52e08fd5



Riferimenti

- Legge 30 dicembre 2021, n. 234 recante "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" in GU n. 49/L del 31 dicembre 2021
- Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
- Decreto 29 luglio 2022. Riparto delle risorse per il fabbisogno di apparecchiature sanitarie di supporto ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.



52e08fd5



- Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC)

L'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) è un professionista appositamente formato, che ha un forte orientamento alla **gestione proattiva della salute e opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione** di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi.

L'IFoC afferisce alla **UOC Cure Primarie del Distretto di riferimento** e la sua attività è organizzata in **nuclei**. Gestisce i processi infermieristici in ambito familiare e di comunità e opera in collaborazione con il MMG e PLS, l'équipe multiprofessionali distrettuali e con tutti i professionisti presenti nella comunità per aiutare il cittadino e la sua famiglia a trovare le soluzioni ai bisogni di salute e a gestire le malattie croniche e le disabilità.

Svolge la propria attività sia presso la Casa della Comunità, sia a domicilio delle persone non già prese in carico dall'ADI, garantendo la presa in carico di utenti con bassa complessità assistenziale. Promuove un'assistenza differenziata per bisogno e per fascia d'età, attraverso interventi che rispondono ai bisogni di salute della popolazione. Opera in collaborazione con la rete dei servizi socio-sanitari e del volontariato presenti nel territorio utilizzando un modello assistenziale infermieristico orientato alla famiglia e al contesto in cui questa vive.

Riferimenti

- Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
- Documento recante: "Linee di indirizzo infermiere Di Famiglia/Comunità ex L. 17 luglio 2020 n. 77", Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, 20/164/CR06b/C7
- DGR n. 782 del 16 giugno 2020. Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria.
- DGR n. 1103 del 06 agosto 2020. Approvazione del documento recante "Emergenza COVID-19 - Piano emergenziale per l'autunno 2020".



52e08fd5

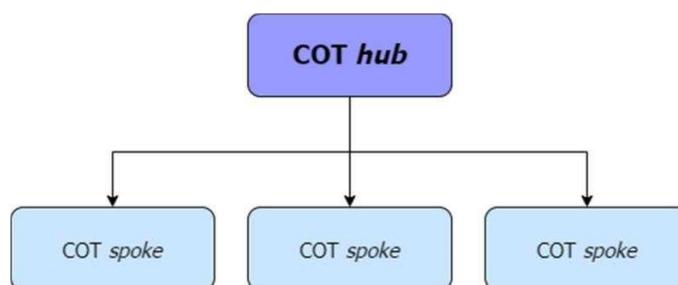


- **Centrali Operative Territoriali (COT)**

La **Centrale Operativa Territoriale (COT)**, quale strumento organizzativo funzionale a tutti gli attori della rete socio-sanitaria ed elemento cardine del Sistema delle Cure, è stata introdotta in Regione del Veneto con la DGR n. 2271/2013. La COT è un **modello organizzativo** che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza. La **COT opera in rete con gli altri servizi territoriali**, tra cui anche il **Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117 (NEA)**, il sistema di emergenza-urgenza 118 e il **PUA**.

La COT nella Regione del Veneto è articolata su due livelli:

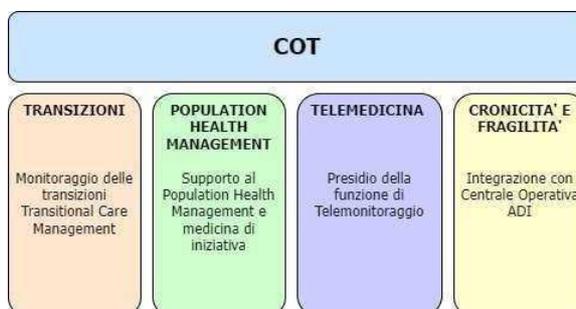
- **COT hub** a valenza aziendale;
- **COT spoke** a valenza distrettuale.



La **COT hub** è un modello organizzativo presente in ogni Azienda ULSS che dipende dal **Direttore della Funzione Territoriale** dell'Azienda ULSS ed ha il ruolo di coordinamento e gestione delle diverse COT spoke. In particolare opera con funzionamento **24 ore su 24 ore, 7 giorni su 7**, garantisce la **presa in carico** e la decodifica di bisogni complessi anche in relazione a territori di altre Aziende ULSS e/o di altre Regioni. La COT hub aziendale garantisce la presa in carico ed il presidio della funzione di **tele monitoraggio**.

La **COT spoke** è un modello organizzativo presente almeno in ogni Distretto che dipende dal **Direttore di Distretto** dell'Azienda ULSS per la presa in carico globale dei bisogni sanitari, socio-sanitari e socioassistenziali delle persone con cronicità complesse e/o fragili insistenti sul territorio di appartenenza del distretto della COT e delle funzioni sotto raffigurate. La COT spoke è coordinata dalla COT hub aziendale.

Figura. Macro funzioni del modello COT (hub + spoke)



In particolare le COT, per i diversi livelli assolvono al ruolo di raccordo tra i vari servizi/professionisti attraverso il presidio di alcune funzioni specifiche:

- il **coordinamento ed il monitoraggio della transizione** tra i **diversi setting** o da un livello clinico assistenziale all'altro (ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare); la COT svolge inoltre un ruolo coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali;
- il supporto al Direttore di Distretto nella **raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute e dei percorsi delle persone e della popolazione** del Distretto ed afferente alle Case della Comunità per finalità di analisi, programmazione, governo, **medicina di iniziativa** nonché attività di monitoraggio di indicatori di struttura, processo ed esito;
- la gestione della **piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona**, (software gestionale integrato con gli altri sistemi informativi, telemedicina, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno;
- l'**integrazione informativa** con le **Centrali Operative dell'ADI** per la raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità, dei pazienti in assistenza domiciliare;
- il **supporto informativo e logistico**, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFoC, ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali.

In relazione alle attività della COT relative al **telemonitoraggio** è previsto a livello aziendale la redazione di un documento di riferimento (PDTA o protocollo), coerente ad un modello-tipo che sarà oggetto di specifiche regionali.

Il documento di riferimento aziendale deve contenere: il target di pazienti candidabili, strumenti di telemonitoraggio disponibili, set minimo di parametri oggetto di monitoraggio, valori soglia, selezione di dati da riportare nella documentazione clinica, livello e possibilità di personalizzazione nonché le azioni di intervento in relazione ai livelli rilevati e quindi il percorso per la gestione degli allarmi, ivi compresi i professionisti per la gestione degli interventi (chiamata dell'infermiere di riferimento o del medico che ha richiesto l'attivazione del **telemonitoraggio**, accesso a domicilio dell'infermiere di riferimento o del medico, tele-visita, attivazione del 118, etc). E' inoltre specificata la relazione con il **Centro di Servizi per la Telemedicina** previsto a livello regionale.

La **COT** si avvale di personale infermieristico, Infermieri di Famiglia e Comunità, nonché di personale sanitario, tecnico e amministrativo. La **responsabilità del funzionamento della COT**, della gestione e del coordinamento del personale è affidata ad un coordinatore aziendale infermieristico.

Le **COT** delle Aziende ULSS utilizzano un **sistema informativo unico** a livello regionale in grado di collegarsi al Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale e ai diversi sistemi informativi regionali e aziendali (Anagrafe, Sistema Informativo Ospedaliero, Cartella unica Cure domiciliari, Sistema informativo 118, sistema informativo 116 117, strutture intermedie, etc).

Riferimenti

- Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
- Decreto del 29 aprile 2022 Linee guida organizzative contenenti il "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare".
- AGENAS (2022). Linee guida per la definizione del modello organizzativo della COT: infrastruttura tecnico-informativa, dimensione organizzativa e dimensione giuridico-amministrativa. In La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all'attivazione. Quaderno di Monitor.



52e08fd5



- Centrali Operative 116117

La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

Il numero 116117 si raccorda con eventuali strumenti nazionali e/o territoriali finalizzati alla presa in carico di persone con fragilità.

Il **numero 116117 (NEA)**, unico a livello nazionale ed europeo, ha la funzione di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura, raccordandosi anche con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza, con le COT e con altri servizi presenti sul territorio.

La **Centrale Operativa 116117** eroga i servizi:

- di risposta operativa, anche con trasferimento di chiamata, per prestazioni e/o consigli medici non urgenti e/o bassa intensità/priorità di cura,;
- per l'individuazione e trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente al 118/112;
- di risposta di tipo informativo.

Standard organizzativi:

- 1 Centrale Operativa NEA 116117 (CO 116117) ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale

Relazione delle Centrali Operative 116117 con le Case della Comunità e le AFT

L'attivazione del numero unico 116117 consente di indirizzare, anche tramite le COT, le richieste relative a casi gravi al 118/112, mentre per richieste di natura non urgente direttamente ai Medici di Medicina Generale (AP, CA - nel ruolo unico) di riferimento nella forma organizzata **AFT**.

I Medici di Medicina Generale (AP, CA nel ruolo unico), nella forma organizzativa dell'AFT, garantiranno la gestione dei casi clinici segnalati (es. codici bianchi, disturbi "non differibili"), in accesso diretto o programmando un appuntamento all'assistito che ha segnalato un problema nei giorni immediatamente successivi.

Nell'accesso previsto potranno essere eseguiti se necessario, gli esami diagnostici di base disponibili ed i consulti se previsti, per definire una più puntuale diagnosi e per garantire, ove possibile, la continuità della gestione domiciliare (adeguando la terapia, programmando un accesso di rivalutazione, etc).

Riferimenti

- Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.



52e08fd5



- **Unità di Continuità Assistenziale (UCA)**

L'**Unità di Continuità Assistenziale (UCA)** è un'**equipe**, che afferisce al Distretto e dipende dalla UOC Cure primarie, per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in **condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa**.

La sede operativa dell'UCA è situata in una delle Casa della Comunità hub alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo.

È composta da **1 medico ed 1 infermiere** che operano sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e in collaborazione con MMG e PLS delle AFT. Al fine di svolgere la propria attività l'UCA può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri, attraverso la **piattaforma unica regionale di telemedicina**.

L'UCA non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità. Essa può essere attivata in presenza di condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico, a titolo non esaustivo:

- dimissione difficile del paziente non altrimenti ricoverabile in Ospedale di Comunità o dimissibile al domicilio in Assistenza Domiciliare;
- supporto all'Assistenza Domiciliare in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostiche/terapeutiche;
- presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile effettuando accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici;
- programmi di prevenzione territoriale, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, quali ad esempio, ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e presso le RSA/Case di Riposo per pazienti "fragili" (COVID, influenza, pneumococco, meningococco, epatiti virali, herpes zoster etc);
- programmi di prevenzione ed interventi mirati nelle scuole, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, nelle comunità difficili da raggiungere, etc.

Standard: 1 Unità di Continuità Assistenziale ogni 100.000 abitanti

Standard di personale: 1 medico e 1 infermiere, può essere integrata con altre figure professionali sanitarie nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale.

Riferimenti

- Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

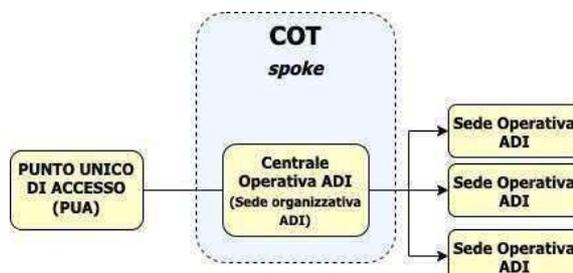


52e08fd5



- Assistenza domiciliare

La Regione del Veneto prevede la governance delle Cure domiciliari a livello distrettuale ed affida la responsabilità complessiva alla UOC Cure Primarie.



Il modello regionale delle Cure domiciliari prevede l'erogazione delle stesse in forma coordinata ed integrata con le seguenti previsioni:

- **Presenza oraria di personale infermieristico** da garantire 7 giorni su 7, nella fascia oraria compresa tra le ore 07:00 e le ore 21:00;
- la previsione di una **Centrale operativa ADI**, che opera in stretta integrazione con la **Centrale Operativa Territoriale**;
- **Contattabilità del personale infermieristico**: garanzia della ricezione da parte di personale infermieristico delle richieste assistenziali dei pazienti già in carico al servizio stesso ed eventuale attivazione degli infermieri dell'area di competenza, 7 giorni su 7, dalle ore 07:00 alle ore 21:00 con l'individuazione di un unico numero telefonico di riferimento a livello di Azienda ULSS, facente capo alla **Centrale operativa dell'ADI**;
- **Programmazione degli accessi** infermieristici a domicilio sviluppata nell'arco dell'intera settimana (ossia 7 giorni su 7), tenendo conto della complessità clinico-assistenziale dei pazienti;
- **Integrazione con i Medici di Medicina Generale e con i Medici di Continuità Assistenziale** attraverso l'organizzazione delle attività infermieristiche domiciliari pianificata tenendo conto della necessità che gli assistiti afferenti ad una stessa forma associativa della medicina generale abbiano come riferimento un'unica équipe ADI e condivisione, con modalità conformi alle disposizioni in tema di tutela della privacy, della lista aggiornata e delle informazioni utili sui pazienti afferenti al proprio territorio di competenza e già in carico al servizio ADI con la CA;
- **Coordinatore dell'èquipe ADI**: per la programmazione delle diverse attività dell'ADI e per il coordinamento degli operatori del comparto assegnati all'ADI, in ogni Azienda ULSS previsione di almeno un Coordinatore dell'ADI per distretto, assegnato esclusivamente a tale funzione;
- **Procedure operative aziendali** definite e formalizzate in ogni Azienda ULSS in particolare per: attivazione della presa in carico del paziente ADI; definizione del Piano Assistenziale Integrato; gestione dei problemi di salute e dei bisogni assistenziali della persona; formazione all'educazione terapeutica e addestramento della famiglia/caregiver; valutazione periodica della appropriatezza dei pazienti presi in carico, valutazione degli esiti in termini di efficacia/efficienza degli interventi; inserimento e affiancamento del nuovo personale.
- Promozione della partecipazione anche degli infermieri operanti nelle Medicine di Gruppo Integrate ai momenti formativi aziendali relativi alla presentazione e condivisione delle procedure aziendali.
- **Informatizzazione**: previsione che la cartella del paziente ADI sia unica e informatizzata in tutte le Aziende ULSS (Cartella unica Cure Domiciliari) e diffusione dell'uso di dispositivi elettronici (Smartphone o Tablet) che consentano la ricezione/effettuazione di chiamate, l'accesso da remoto al Sistema informativo Aziendale per implementazione /consultazione dei dati sul paziente e l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico;
- **Gestione dei dati, monitoraggio e audit**.

La **Centrale Operativa dell'ADI** riceve tutte le richieste di attivazione di interventi domiciliari integrati e di continuità dell'assistenza, svolgendo funzione di supporto, collegamento e coordinamento delle prestazioni sanitarie e degli interventi domiciliari integrati.

Funge da raccordo dell'èquipe delle cure domiciliari, provvede all'attivazione dei servizi di telemedicina per i pazienti in carico e coordina i piani di lavoro in agende dedicate.

Può essere organizzata quale modulo funzionale della COT spoke, comunque in condivisione informativa con la COT hub.



52e08fd5



Con DGR n. 1780/2021 la Regione del Veneto ha recepito l'Accordo n. 151/CSR del 4 agosto 2021 al fine di introdurre un **sistema di autorizzazione e accreditamento delle cure domiciliari** e requisiti di miglioramento per garantire uniformità in merito agli aspetti essenziali del percorso di cura, i cui obiettivi essenziali sono la garanzia dell'equità nell'accesso ai servizi e della qualità delle cure nell'ambito dei LEA, la continuità dell'assistenza tra i diversi servizi, la trasparenza e la correttezza dell'azione amministrativa, la rendicontazione delle attività e dei risultati ottenuti.

Le attività di Cure domiciliari è previsto siano erogate da soggetti in possesso dei requisiti di autorizzazione e accreditamento previsti dall'Accordo Stato-Regioni n. 151/CSR del 4 agosto 2021.

Riferimenti

- Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
- Decreto 29 aprile 2022: Linee guida organizzative contenenti il "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare".
- DGR n. 1075 del 13 luglio 2017. Revisione del modello regionale delle Cure Domiciliari: primi indirizzi organizzativi per le Aziende ULSS.
- DGR n. 1780 del 15 dicembre 2021. Recepimento dell'Accordo n. 151/CSR del 4 agosto 2021 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della Legge 5 giugno 2003, n. 131, sul documento recante "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178".



52e08fd5



- Ospedali di Comunità

L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Standard:

- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti;
- 0,2 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.
- Standard di personale per 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto: 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Socio Sanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

Target di popolazione

Le tipologie di pazienti eleggibili all'Ospedale di Comunità sono le seguenti:

- pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
- pazienti, prevalentemente affetti da multimorbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
- pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione e addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;
- pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in:
 - valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili);
 - supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale;
 - interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, Protocolli, ecc. già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

Riferimenti

- Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.



52e08fd5



- Rete delle cure palliative

Le **UOC Cure Palliative delle Aziende ULSS** coordinano le **Reti locali di cure palliative** previste dal Accordo Stato-Regioni 118/CSR del 27/07/2020.

Le **Unità di Cure Palliative Domiciliari**, coordinate dalle UOC Cure Palliative erogano l'assistenza al domicilio del paziente attraverso un modello funzionale che può avvalersi di personale del Servizio delle Cure domiciliari opportunamente formato.

Si rammenta a tal fine che già con DGR n. 4029/2003 la Regione del Veneto ha definito le caratteristiche ed il funzionamento della **Rete di Cure Palliative e Terapia del Dolore pediatrica**, garantendo per ogni paziente eleggibile alle cure palliative pediatriche ed alla sua famiglia un modello assistenziale in Rete di servizi che assicura continuità assistenziale (h24 e 7 giorni su 7), unicità di riferimento e ruolo di coordinamento nella gestione alla risposta ai bisogni affidati all'Equipe del Centro di riferimento regionale, risposte multi-specialistiche ad alta complessità declinate in base ai problemi e necessità (clinici, psicologici, sociali, organizzativi, spirituali ed etici), attuate in tutti i setting di vita del minore con malattia inguaribile (domicilio, ospedale di area, ospedale di riferimento per patologia, Hospice Pediatrico), nonché risposte residenziali in Hospice pediatrico in caso di situazioni/bisogni non gestibili a domicilio.

Con DGR n. 208/2017 la Regione del Veneto ha definito il proprio modello assistenziale di **Rete delle Cure Palliative e della Terapia del Dolore**, nel rispetto di quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016 che confermava e rafforzava l'applicazione della L.R. n. 7/2009, prevedendo un'evoluzione dei suoi contenuti anche alla luce della L. n. 38/2010 e degli indirizzi ministeriali in materia. Al fine di realizzare una Rete dei Servizi che consenta un'efficace presa in carico e la gestione dei pazienti in Cure Palliative, ciascuna Azienda Sanitaria deve realizzare un assetto organizzativo/gestionale che coinvolga e integri tutti gli ambiti assistenziali e garantisca competenze specifiche da parte dei suoi operatori. La Rete di Cure Palliative è ritenuta la modalità organizzativa più idonea in quanto coinvolge i vari ambiti di cura, integrandoli tra di loro in modo funzionale per evitare fratture nei processi assistenziali tra setting diversi. L'attività delle cure palliative sono dunque rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia.

Al fine di introdurre un **sistema di accreditamento delle reti di cure palliative e terapia del dolore**, con l'obiettivo di migliorare il governo clinico dei percorsi di cura e assistenza, dell'integrazione e della continuità delle cure a garanzia dell'equità e dell'uniformità di accesso alle cure palliative, nonché migliorare il raccordo tra i numerosi servizi che interagiscono con il minore e la sua famiglia nelle diverse fasi della sua vita, sviluppando ulteriormente la rete specialistica di Terapia del Dolore e Cure Palliative pediatriche, la Regione del Veneto ha recepito gli accordi n. 118/CSR del 27/07/2020, n. 119/CSR del 27/07/2020 e n. 30/CSR del 25/03/2021 con le DGR n. 222/2021 e n. 533/2021.

Riferimenti

- Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
- LEGGE 15 marzo 2010, n. 38 Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.
- LEGGE REGIONALE 19 marzo 2009, n. 7 Disposizioni per garantire cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e per sostenere la lotta al dolore.
- DGR n. 4029 del 19 dicembre 2003 Attivazione della Rete Regionale di assistenza dei minori con patologia inguaribile-terminale e istituzione del Centro di Riferimento Regionale di cure palliative e terapia antalgica pediatrica presso l'Azienda Ospedaliera di Padova.
- DGR n. 208 del 28 febbraio 2017 Individuazione del modello assistenziale di rete delle cure palliative e della terapia del dolore della Regione Veneto. Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29 giugno 2012, n. 23). Deliberazione n. 109/CR del 9 dicembre 2015.
- DGR n. 222 del 02 marzo 2021 Recepimento degli Accordi tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38" (Rep. Atti n.118/CSR del 27 luglio 2020) e sul documento "Accreditamento delle reti di terapia del dolore ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38" (Rep. Atti n.119/CSR del 27 luglio 2020).
- DGR n. 533 del 27 aprile 2021 "Recepimento dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante "Accreditamento della rete di Terapia del dolore e Cure Palliative Pediatriche, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38" (Rep. Atti n. 30/CSR del 25 marzo 2021)."



52e08fd5



- Consulteri familiari

Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, ove presenti, rappresentano la struttura aziendale a libero accesso e gratuita e sono deputati alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (comprese quelle in gravidanza), minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento.

I Consulteri attualmente rilevati dai flussi STS sono 224.

Standard:

- 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

Il consultorio familiare, nel rispetto dei principi etici degli utenti e delle loro convinzioni personali, opera:

1. mediante l'organizzazione di attività tendenti alla diffusione dell'informazione sessuale e alla divulgazione delle conoscenze scientifiche e psico-sociali sulla problematica della coppia, del singolo, della famiglia, della gravidanza, della paternità e maternità responsabili nonché dell'infanzia dei minori;
2. mediante interventi di assistenza diretta, nei confronti sia dei singoli che del gruppo familiare:
 - a. sotto il profilo psicologico, pedagogico, sociale e legale in ordine ai problemi personali e interpersonali insorgenti da un rapporto di convivenza o da uno stato di gravidanza;
 - b. sotto il profilo sanitario in vista della tutela della salute della donna e del concepito, con particolare riferimento alla prevenzione e cura dei fattori patologici connessi alla sessualità e alla sterilità, alla consulenza di genetica medica per la prevenzione delle malattie ereditarie, alla diagnosi precoce delle gravidanze e alla selezione di quelle a rischio;
3. consigliando e/o somministrando i mezzi necessari per conseguire liberamente le finalità scelte dalla coppia e dal singolo al fine di promuovere o prevenire la gravidanza;
4. fornendo la propria consulenza e assistenza psicologica e sociale in caso di interruzione della gravidanza nei modi previsti dalla legge;
5. collaborando con gli organi giudiziari nell'espletamento delle loro funzioni nei riguardi della famiglia e della problematica minorile, con particolare riferimento agli affidamenti preadottivi, all'adozione e ai servizi integrativi e sostitutivi della famiglia.

Gli interventi riguardano:

1. l'area della "Prevenzione-Promozione", in collaborazione/integrazione con i servizi socio-sanitari territoriali ed ospedalieri, con particolare riferimento al "percorso nascita (pre-concezionale, gravidanza e post-partum)", alla "promozione della salute affettiva, sessuale e riproduttiva (procreazione responsabile, prevenzione interruzione volontaria di gravidanza, prevenzione malattie sessualmente trasmesse eccetera)", al "percorso 0-3 anni (interventi a supporto della neo-genitorialità e genitorialità)";
2. l'area del "Sostegno-Cura", di cui gli interventi psicologici e sociali ed ostetrico/ginecologici (programmati) rispondono alla domanda di supporto e/o presa in carico della persona, della coppia e della famiglia, con riferimento alle difficoltà relazionali (con particolare riguardo all'aspetto relazionale);
3. l' "Area psicologica e sociale nell'ambito delle adozioni, della protezione, della cura e della tutela dei minori e degli incarichi del Tribunale Ordinario" (con mandato istituzionale in presenza di delega da parte dei Comuni ex-DPR 616/77, art. 23, lett. C ed in assenza di Delega): in questo caso, includono la consulenza, il sostegno alla genitorialità, la valutazione delle competenze genitoriali, le visite domiciliari, la psicoterapia, i percorsi psicologici di sostegno, la mediazione familiare, le relazioni e i pareri alle Autorità Giudiziarie.

All'interno dei Consulteri Familiari possono essere presenti équipe multi-professionali specializzate in diversi ambiti di intervento: sostegno alla neo-genitorialità e genitorialità, adozioni, affido familiare, spazio adolescenti/giovani, protezione e tutela del minore, conflittualità della coppia/mediazione familiare.



52e08fd5



Riferimenti

- Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
- D.P.R. 24-7-1977 n. 616 Attuazione della delega di cui all'art. 1 della L. 22 luglio 1975, n. 382, art. 23, lett. C
- Legge regionale 25 marzo 1977, n. 28, Disciplina dei consultori familiari.
- Legge regionale 16 agosto 2002, n. 22, Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali



52e08fd5



- Dipartimenti di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione, come previsto dagli articoli 7, 7-bis, 7-ter e 7-quater del decreto legislativo 502/1992 e s.m., ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

Standard massimo di popolazione per DP = 1: 500.000 abitanti.

L'attuazione di tale standard potrà essere ottenuta mantenendo l'unitarietà del Dipartimento di Prevenzione per ciascuna Azienda sanitaria, con la previsione di una numerosità doppia delle UOC SISP, SPISAL, SIAN nelle Aziende con una popolazione superiore a 500.000 abitanti.

Il Dipartimento di prevenzione, in sinergia con il Distretto prevede queste attività, a titolo non esaustivo, anche nell'ambito delle Case della Comunità hub:

<p>Interventi di salute pubblica, incluse le vaccinazioni fascia 0-18 anni</p>	<p>Vaccinazioni adulto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - campagna vaccinali di popolazione (es. influenza, COVID-19) - attività vaccinali di recupero per gli adulti over 65enni che non hanno aderito alla chiamata attiva per coorte del SISP - organizzazione diretta da parte del SISP, nel contesto della casa della comunità, delle campagne vaccinali dell'adulto - attività di counselling e informazione vaccinale rivolta alla popolazione <p>Vaccinazioni pediatriche e adolescenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - organizzazione diretta da parte del SISP, nel contesto della casa della comunità, delle campagne vaccinali dell'adolescente <p>Promozione della salute (inserite nei Piani Aziendali di Prevenzione e coordinati dai Servizi del Dipartimento di Prevenzione), es:</p> <ul style="list-style-type: none"> - educazione nutrizionale - corsi di preparazione al parto - attività di informazione rivolte alla popolazione su temi di interesse specifico
<p>Programmi di screening</p>	<p>Screening Cardiovascolare</p> <ul style="list-style-type: none"> - erogazione dell'attività di screening Cardio50 <p>Screening oncologico colon-retto</p> <ul style="list-style-type: none"> - raccolta dei campioni <p>Screening oncologico cervicale</p> <ul style="list-style-type: none"> - test di primo livello - raccolta campioni per auto-prelievo

Riferimenti

- Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.



- **Telemedicina**

La **piattaforma di telemedicina è unica a livello regionale, connessa con i sistemi informativi regionali ed il sistema CUP regionale** e prevede la gestione e l'offerta, attraverso la connessione con i diversi erogatori, dei servizi di telemedicina secondo le specifiche nazionali (televisita, teleconsulto, teleassistenza, telerefertazione, teleriabilitazione, telemonitoraggio, etc).

La telemedicina supporta l'**interazione dei diversi professionisti sanitari** con l'assistito nelle diverse fasi di valutazione del bisogno assistenziale, di erogazione delle prestazioni e di monitoraggio delle cure. Facilita inoltre lo scambio di informazioni tra professionisti e la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare sui singoli casi clinici. Implica il trasferimento di dati e informazioni, anche personali e relativi alla salute, in diversi formati (numerici, testuali, grafici, multimediali, etc.) e modalità di interazione (sincrona o asincrona).

Al fine di rendere accessibile l'assistenza sanitaria a livello regionale è stata approvata la DGR n. 568/2020 che mira a sviluppare ed ampliare ulteriormente l'uso della Telemedicina per l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria tramite tecnologie innovative, in particolare servizi di telemedicina specialistica (televisita, teleconsulto, telecooperazione sanitaria), telesalute e teleassistenza. Ciò in coerenza con le previsioni del Piano Socio-sanitario 2019-2023 che ribadisce la necessità di sviluppare ulteriormente l'integrazione multiprofessionale anche a livello di Assistenza territoriale attraverso l'impiego della telemedicina, non solo per il monitoraggio dei pazienti ma anche per la diagnostica, e la promozione del teleconsulto tra MMG e specialisti dell'Azienda ULSS di afferenza, la telerefertazione e teleconsulenza.

Telemonitoraggio

Il **telemonitoraggio** permette il **rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici** in modo continuo, per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente (tecnologie biometriche con o senza parti applicate). Il set di tecnologie a domicilio, personalizzato in base alle indicazioni fornite dal medico, deve essere connesso costantemente al sistema software che raccoglie i dati dei sensori, li integra se necessario con altri dati sanitari e li mette a disposizione degli operatori del servizio di telemedicina in base alle modalità organizzative stabilite anche per l'erogazione a pazienti in Cure Domiciliari (ADI).

I dati devono sempre comunque essere registrati in locale presso il paziente e resi disponibili all'occorrenza, per maggiore garanzia di sicurezza. Il sistema di telemonitoraggio, che può essere integrato dal telecontrollo medico e affiancato dal teleconsulto specialistico, è sempre inserito all'interno del sistema di telemedicina regionale che mira a garantire comunque l'erogazione delle prestazioni sanitarie necessarie al paziente. Obiettivo finale del telemonitoraggio è il controllo nel tempo dell'andamento dei parametri rilevati, permettendo sia il rilevamento di parametri con maggiore frequenza e uniformità di quanto possibile in precedenza, sia la minore necessità per il paziente di eseguire controlli ambulatoriali di persona.

Riferimenti:

- Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
- Decreto 29 aprile 2022: Linee guida organizzative contenenti il "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare".
- Decreto 21 settembre 2022: Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina Requisiti funzionali e livelli di servizio.
- Intesa Stato-Regioni sancita il 20 febbraio 2014 (Rep. Atti n. 16/CSR) recante Telemedicina, linee d'indirizzo nazionali.
- Accordo Stato-Regioni sancito il 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 215/CSR) Recante Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina.



3) Fabbisogni di personale per il funzionamento dei servizi e piani di formazione

Con DGR n. 42 del 18.01.2023 si prende atto del percorso di adeguamento delle dotazioni di personale delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale nel rispetto degli standard previsti per l'assistenza territoriale dal DM n. 77/2022 ed è stato attivato un percorso di analisi e monitoraggio delle dotazioni di personale finalizzato all'adeguamento ai suddetti valori di riferimento.

Con DGR n. 43 del 18.01.2023 sono state approvate le "Linee di indirizzo per la formazione regionale degli infermieri operanti sul territorio ad un approccio orientato all'infermieristica di famiglia e comunità" in applicazione di quanto previsto dal DL n. 34/2020, art. 1, comma 5, convertito nella L. n. 77/2020 per rafforzare i servizi infermieristici e per potenziare la presa in carico sul territorio e in previsione dell'attuazione di quanto previsto dal DM n. 77/2022.

Tabella: Stima del fabbisogno per l'organizzazione dei servizi, in applicazione dei valori di riferimento previsti dal DM 23 maggio 2022, n. 77 (DGR n. 42 del 18.01.2023):

Personale	Case della Comunità	Unità di Continuità Assistenziale	Centrale Operativa Territoriale	Ospedali di Comunità	Totale
	Min-max		Min-max	Min-max	Min-max
Infermieri (include IFoC e Coordinatori)	792-1188	53	196-294	483-621	1524-2256
Personale di supporto (OSS e amministrativo)	495-792	-	49-98	276-414	820-1304
Assistenti sociali	99	-	-	-	99
Personale della riabilitazione		-	-	69-138	69-138
Personale medico	(*)	53	-	49	

(*) disponibili, attraverso l'utilizzo delle diverse modalità di ingaggio, in numero necessario a garantire presenza medica 7 giorni su 7, 24 ore al giorno



52e08fd5



4) Modalità di governo e monitoraggio delle azioni di riorganizzazione

Al fine di garantire un'omogenea e coordinata declinazione degli aspetti programmatici ed organizzativi relativi alla nuova rete assistenziale territoriale definita all'interno del presente documento, in accordo con quanto previsto dal DM n. 77/2022, la Regione del Veneto istituisce una **Cabina di Regia** che andrà ad integrare le funzioni dell'“Unità di Coordinamento - PNRR Sanità e Sociale” i cui componenti sono stati nominati con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 32 del 04/04/2023.

Per consentire che lo sviluppo dei servizi territoriali nel contesto regionale avvenga con omogeneità la Cabina di Regia:

- coordina le strutture regionali competenti nella stesura degli **atti di indirizzo** utili alla redazione dei **Piani Aziendali di sviluppo dei servizi territoriali**;
- valuta ed approva i Piani trasmessi dalle Aziende;
- monitora l'attuazione della programmazione regionale in riferimento al DM n. 77/2022 lungo tutto il percorso previsto.

La Cabina di regia dovrà inoltre elaborare un cronoprogramma attuativo delle disposizioni contenute nel DM n. 77/2022 da trasmettere all'Area Sanità e Sociale per il relativo monitoraggio.

Per le attività di attuazione e **monitoraggio**, la Regione e la Cabina di Regia si avvalgono del supporto di **Azienda Zero**, anche attraverso:

- la verifica ed adozione dei **flussi informativi** necessari allo scopo, quali ad esempio l'adeguamento a quanto previsto a livello ministeriale dal Sistema di Monitoraggio della Rete di Assistenza, fase 2 (es. MRA-2), mappatura e anagrafica di struttura e dati di attività relativi a CdC, COT e OdC, nuovo flusso SIAD-ADI;
- la predisposizione di indicatori di processo per l'analisi creati ad hoc;
- la realizzazione di una **Piattaforma regionale di monitoraggio**. Attraverso tale Piattaforma la Regione e la Cabina di Regia saranno in grado di monitorare e verificare puntualmente l'avanzamento delle attività previste.

Le **Aziende ULSS** sono responsabili della declinazione ed implementazione a livello territoriale delle indicazioni contenute nel presente Documento di programmazione regionale, in accordo con quanto previsto dal DM n. 77/2022 e secondo gli atti di indirizzo adottati a livello regionale. Al fine di individuare puntualmente la declinazione a livello territoriale delle azioni di riorganizzazione necessarie per le funzioni previste, le Aziende dovranno predisporre un **Piano Aziendale di sviluppo dei servizi territoriali**. Tale Piano dovrà rappresentare il modello di organizzazione, funzionamento e sviluppo dei servizi territoriali secondo quanto previsto dal DM n. 77/2022, con particolare attenzione all'integrazione (ospedale-territorio, sanitaria-sociale). Il Piano Aziendale dovrà, altresì, necessariamente prevedere le modalità di monitoraggio dell'attuazione delle azioni previste, in linea con quanto definito a livello regionale.

Il **Direttore della Funzione Territoriale** è individuato quale responsabile Aziendale dell'attuazione e del monitoraggio del DM n. 77/2022 e per quanto di competenza si interfacerà ed integrerà a livello Aziendale con i Responsabili Unici di Progetto individuati da ciascuna Azienda ULSS (Soggetto Attuatore Delegato) per gli investimenti previsti dalla Missione 6 del PNRR, Componente 1: Reti di Prossimità, Strutture e Telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, Investimenti 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona (CdC), 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina (COT) e 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (OdC).



52e08fd5



Allegato - Sintesi descrizione del modello organizzativo Case della Comunità hub

Elementi	DM 77/2022	Indicazioni Regione Veneto
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	Assistenza di base e cure primarie garantita da MMG organizzati esclusivamente nelle forme associative previste ex ACN Deve essere garantita la possibilità di un accesso diretto Sulla base delle tipologia di disturbi non differibili da prendere in carico (es. codici bianchi) individuate dalla Regione, devono essere definite le procedure condivise con le strutture ospedaliere di riferimento per la gestione dei casi
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	Sede del servizio Cure Domiciliari
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	Organizzata dal distretto come modulo funzionale Il distretto deve garantire la funzione di supporto specialistico nella gestione dei PDTA/PAI
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	Ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità (Infermiere di Famiglia o di Comunità, etc.) e per la risposta ai bisogni occasionali con la previsione di tre principali tipologie di attività (correlate alla gestione di disturbi “non differibili”, programmate per assistiti non eleggibili all’ADI, presa in carico di assistiti con cronicità semplice) Équipe infermieristica che sia attrezzata con supporti di telemedicina per il monitoraggio in telemetria e per l’esecuzione al domicilio, anche in collegamento con un medico, di teleconsulenza, di televisita e di altre prestazioni in telemedicina.
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	



Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con eventuali Case della Comunità Spoke	Ove presenti	
Presenza medica h 24 7/7 gg	OBBLIGATORIO	La forma associativa garantisce la copertura dell'attività medica h24 nella Casa della Comunità dimensionata al bacino di riferimento; al fine di garantire accessibilità e prossimità del servizio ai cittadini la forma associativa prevista garantisce l'attività anche nelle Case della Comunità spoke, negli studi e/o ambulatori medici sul territorio.
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	<p>La dotazione di base della diagnostica di laboratorio (POCT) deve prevedere almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • emocromo a tre parametri; • emogasanalizzatore con la determinazione ioni (Na⁺, K⁺, Cl⁻), creatinina e lattato; biochimica Clinica: transaminasi (ALT), glicemia, PCR, peptide natriuretico (BNP o Nt-ProBNP); • coagulazione: INR, • D-Dimero; esame urine. <p>La dotazione di base di riferimento della diagnostica per immagini, da definire ulteriormente, deve prevedere almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ecografo; • elettrocardiografo; • portatile radiologico; • retinografo; • holter ECG; • holter pressorio. <p>Per le eventuali attrezzature a sorgenti radiogene andrà previsto l'utilizzo a "slot" con presenza dello specialista, fatto salvo gli eventuali aggiornamenti normativi.</p>

