

Regione Friuli-Venezia Giulia

Linee di indirizzo regionali per l'attivazione e il funzionamento delle Case della Comunità

SOMMARIO

1.	ACRONIMI	3
2.	FINALITÀ.....	4
3.	CARATTERISTICHE E SERVIZI DI ASSISTENZA PRIMARIA TERRITORIALE	5
4.	GESTIONE INTEGRATA SOCIOSANITARIA DELLA CDC.....	6
5.	VALORIZZAZIONE DEL RUOLO DELLA COMUNITÀ E DEL TERZO SETTORE NELLE CASE DI COMUNITÀ.....	7
6.	LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE	8
7.	MODELLO DELLE CASA DELLA COMUNITÀ.....	8
7.1.	Standard/Servizi ed elementi qualificanti della Casa della comunità hub e spoke.....	12
8.	MACRO AREA ASSISTENZA DI PROSSIMITA'	13
8.1.	PUA (Punto unico di accesso).....	13
8.2.	Assistenza Domiciliare	15
8.3.	CUP (Centro Unico di Prenotazione).....	17
8.4.	Sportello unico per i servizi amministrativi.....	17
9.	MACRO AREA CURE PRIMARIE.....	17
9.1.	Ambulatorio cure primarie per condizioni cliniche non differibili	18
9.2.	Ambulatori per la presa in carico della cronicità e della fragilità.....	20
9.3.	Infermiere di famiglia o comunità (IFoC).....	20
10.	MACRO AREA SPECIALISTICA	21
10.1.	Servizi diagnostici.....	21
10.2.	Punto prelievi.....	22
10.3.	Ambulatori di Specialistica ambulatoriale.....	22
11.	STANDARD TECNOLOGICI CASA DELLA COMUNITÀ.....	22
12.	DATI CLINICI, FSE E INTEROPERABILITÀ.....	23
13.	DOCUMENTAZIONE INTERNA ORGANIZZATIVA (PROCEDURE).....	24
14.	MONITORAGGIO E FLUSSO INFORMATIVO.....	24
15.	COMUNICAZIONE ALLA CITTADINANZA	24
16.	FORMAZIONE DEL PERSONALE	24
17.	RUOLI E RESPONSABILITA'	25
18.	BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA DI RIFERIMENTO	25

1. ACRONIMI

ADI	Assistenza domiciliare integrate
AFIR	Servizio di Assistenza Farmaceutica Integrativa Regionale
AFT	Aggregazioni funzionali territoriali
BLSD	Basic Life Support- early Defibrillation
BMI	Body mass index
BPCO	Broncopneumopatia cronica ostruttiva
CD	Cure domiciliari
CdC	Case delle Comunità
COT	Centrale operativa territoriale
CUP	Centro Unico di Prenotazione
DM	Diabete Mellito
DM	Decreto ministeriale
ECG	Elettrocardiogramma
FTE	Full Time Equivalent
FSR	Fascicolo Sanitario Elettronico
IFoC	Infermiere di famiglia o comunità
LEA	Livelli essenziali di Assistenza
MMG	Medico di medicina generale
MRU	Medico ruolo unico
OCT	Optical Coherent Tomography - tomografia a coerenza ottica
OdC	Ospedale di Comunità
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
OSS	Operatore Socio-Sanitario
PA	Pressione arteriosa
PAI	Piano Assistenziale individuale
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PLS	Pediatra di libera scelta
POCT	Point of Care Testing – Prelievo per indagini di laboratorio
PPI	Punti di primo Intervento
PUA	Punto unico di accesso
SAI	Specialisti ambulatoriali interni
SSC	Servizio Sociale dei Comuni
SSN	Servizio sanitario nazionale
UCA	Unità di continuità assistenziale
UCCP	Unità complessa di cure primarie
UVM	Unità di Valutazione Multidimensionale

2. FINALITÀ

Il presente documento fornisce le linee di indirizzo per l'avvio delle Case della Comunità (CdC) in Regione Friuli Venezia Giulia, definendone il modello organizzativo, affinché queste possano diventare il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possano accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, attraverso processi di presa in carico integrata.

Le CdC garantiscono i propri interventi, primariamente a favore della popolazione dell'ambito territoriale di riferimento stabilito dalla programmazione sanitaria regionale.

Le CdC costituiscono un'opportunità istituzionale che risponde a due esigenze di natura specifica ma convergente: la riorganizzazione dell'offerta di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a favore della prossimità territoriale e della domiciliarità, nonché il rafforzamento delle comunità nella loro capacità di riconoscere e rispondere ai propri bisogni, riconnettendo e integrando tutti gli attori che, in un'ottica biopsicosociale, contribuiscono al benessere della stessa.

Nelle CdC, quindi, trovano sede funzioni e prestazioni chiaramente definite, a tutela della garanzia di adeguati livelli di prestazioni assistenziali di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale, omogenei su tutto il territorio regionale, ma anche servizi, interventi e progettualità definiti con e per la comunità, che potranno quindi differire a seconda delle singole esigenze ed esperienze territoriali.

La CdC, all'interno della rete assistenziale delle Cure Primarie, oltre a rappresentare una delle sedi dell'integrazione organizzativa e operativa del sistema sociosanitario grazie al coordinamento tra Distretti sanitari (e le rispettive Aziende sanitarie) e i Servizi sociali dei comuni (SSC), diviene un punto di accesso, accoglienza e orientamento dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali.

Si configura, altresì, quale luogo per la realizzazione della presa in carico delle cronicità e fragilità attraverso percorsi di cure primarie erogati da équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, Ass. Soc., ecc.), nonché la sede a cui i cittadini della comunità di riferimento possono rivolgersi per la risposta alle condizioni cliniche non differibili, ottenendo una risposta adeguata ai propri bisogni di salute.

Rappresenta, inoltre, il luogo nel quale è possibile rafforzare strategie di intervento a favore della popolazione sana potenzialmente a rischio e dell'utenza con malattia cronica a bassa e media complessità, tramite attività di prevenzione, sanità di iniziativa e supporto all'auto-cura.

Infine, costituisce lo spazio in cui può trovare concreta applicazione l'approccio della community care, nella sua multidimensionalità, attraverso il coinvolgimento sinergico delle risorse formali e informali della comunità, responsabilizzandone diffusamente gli attori e stimolando lo sviluppo di alleanze originali e innovative.

Per contemperare le due esigenze — quella di omogeneità territoriale nell'offerta di servizi sanitari e quella di flessibilità nel disegno delle relazioni e dei contenuti comunitari della CdC — il presente documento individua alcuni elementi essenziali per lo sviluppo di percorsi finalizzati alla definizione di modelli di integrazione sociosanitaria e di partecipazione calibrati sui contesti, e fornisce, con particolare dettaglio, gli elementi riferiti al modello organizzativo dell'assistenza di prossimità.

3. CARATTERISTICHE E SERVIZI DI ASSISTENZA PRIMARIA TERRITORIALE

L'Assistenza Sanitaria Primaria (primary health care) è il primo livello di contatto degli individui, delle famiglie e della comunità col sistema sanitario e porta l'assistenza sanitaria quanto più vicino è possibile a dove la popolazione vive e lavora, costituendo così, il primo elemento di un processo continuo di assistenza. È un sistema che pone attenzione alla salute dell'intera comunità e fa riferimento a un modello concettuale orientato a garantire:

- accessibilità ed equità dei servizi offerti (accessibility) ovvero facilità di accesso per un primo contatto, prossimità dei servizi, orari di impegno flessibili e orientati a agevolare le persone
- assistenza del paziente condotta in maniera sistemica (comprehensiveness) secondo il modello estensivo della presa in carico come superamento della prestazione in risposta al problema puntuale
- centralità dei bisogni della persona nella comunità in cui si esprime
- integrazione (coordination) tra professionisti e tra setting di cura
- continuità (continuity/longitudinality) dell'assistenza;
- integrazione dei diversi livelli di assistenza (primaria, secondaria e terziaria)
- coinvolgimento dell'assistito e della comunità nel progetto assistenziale
- integrazione e collaborazione tra la componente sanitaria e sociale, quale espressione complessiva del significato di salute e quale risposta a problemi di natura sanitaria e sociosanitaria.
- rendicontazione periodica (accountability) da parte degli attori istituzionali e professionali su processi e risultati dell'assistenza fornita per il miglioramento continuo di competenze e servizi offerti, e la corretta informazione agli assistiti per permettere loro di effettuare scelte informate.

Nel contesto italiano il Distretto rappresenta la sede in cui viene garantita l'assistenza primaria e, alla luce della revisione organizzativa che pone in essere il DM 77/2022, è caratterizzato da una più articolata rete dei servizi territoriali che si accompagna a una più complessa gestione delle interdipendenze tra nodi della rete di offerta e ad un livello di integrazione tra competenze, professionalità e livelli organizzativi.

All'interno del Distretto insistono prevalentemente tre livelli di assistenza orientati a dare risposte ai bisogni sanitari e socio-sanitari attraverso modelli di presa in carico basati sul principio della multi professionalità e dell'integrazione:

- Assistenza domiciliare
- Assistenza ambulatoriale
- Assistenza residenziale e semiresidenziale.

Tali servizi sono orientati a dare risposta alle seguenti categorie di persone:

- persone sane (o apparentemente sane), con un'azione proattiva di prevenzione personalizzata, finalizzata a promuovere stili di vita sani e l'adesione alla profilassi vaccinale e agli screening oncologici;
- persone con problemi di salute di nuova insorgenza, a cui garantire una tempestiva risposta, dalla semplice informazione, alla gestione diretta per problemi di base, al passaggio ai servizi specialistici;
- persone con problematiche croniche ad elevata prevalenza (sovrappeso, ipertensione, dislipidemie, diabete, BPCO, ...) con necessità di una presa in carico continuativa nel tempo e nei passaggi tra i diversi livelli di cura;

- persone in condizioni di fragilità (fisica, mentale, sociale, economica) e/o con compromissione dell'autonomia personale e/o con bisogni assistenziali complessi, con necessità di essere prese in carico globalmente e in modo coordinato da tutti i diversi attori indicati alla specifica situazione.

4. GESTIONE INTEGRATA SOCIOSANITARIA DELLA CdC

Per garantire che le CdC, nella loro implementazione, si qualificano quali nodi di integrazione sociosanitaria della rete di salute della comunità, è necessario che la governance delle stesse sia il risultato di percorsi e strategie integrate.

A tal fine, si rende necessaria la definizione di un insieme articolato di contenuti volti a promuovere l'integrazione istituzionale, gestionale e operativa tra i Distretti sanitari e gli Ambiti territoriali con il fine di coordinare e armonizzare l'applicazione delle progressive disposizioni derivanti dalle riforme in atto relative alla non autosufficienza (L.33/2023, D.lgs. 29/2024) e alla disabilità (L.277/2021, D.lgs. 62/2024) al modello di assistenza territoriale definito dal D.M 77/2022 e ai Livelli essenziali delle prestazioni sociali di cui al Piano Non autosufficienza 2022-2024 stabiliti quali LEPS di Processo, con richiamo alla Legge di bilancio 234/2021.

A partire da tali indirizzi, considerate le peculiarità dei diversi territori, sarà opportuno che ciascun sistema locale sviluppi modelli di gestione caratterizzati da livelli di integrazione di qualità e intensità coerenti con il proprio contesto istituzionale, organizzativo e comunitario.

Si richiama l'opportunità di un approccio all'integrazione sociosanitaria di carattere sistemico e strutturale fondato sugli assi della integrazione istituzionale – che vede coinvolti i Comuni e la direzione strategica aziendale –, della pianificazione congiunta tra sistemi sanitari e sistemi sociali, della gestione dei processi e strumenti di valutazione e di intervento; della dimensione professionale tramite le équipe multidisciplinari; nonché dell'approccio alla Comunità intesa come partner essenziale nell'attivazione di percorsi di Benessere per la collettività.

In ogni caso, a garanzia della realizzazione dell'integrazione sociosanitaria nelle CdC e nell'individuazione delle funzioni delle stesse contestualizzate nel territorio di riferimento, Distretti e Ambiti dovranno definire in modo più puntuale gli interventi e i servizi offerti dalla CdC attraverso la redazione di atti di accordo/programmazione operativa riguardanti i seguenti contenuti:

- le modalità di integrazione fra il Distretto e il SSC per la governance e la gestione delle attività della CdC;
- un Piano degli interventi della CdC, coordinato e integrato con quanto previsto dai documenti di programmazione regionale e locale.

Nell'ambito di ciascuna CdC, dovranno pertanto essere definiti i meccanismi operativi e di raccordo, nonché le procedure, a garanzia del coordinamento tra le funzioni del Distretto e del SSC nelle diverse fasi del processo di presa in carico delle persone (accoglienza, valutazione, pianificazione personalizzata, ecc.) e della comunità di riferimento (prevenzione, informazione, promozione dell'autocura, ecc.), in coerenza con le indicazioni contenute nei capitoli successivi del presente documento di indirizzo.

5. VALORIZZAZIONE DEL RUOLO DELLA COMUNITÀ E DEL TERZO SETTORE NELLE CASE DI COMUNITÀ

La Regione Friuli Venezia Giulia, in attuazione del principio costituzionale di sussidiarietà orizzontale, intende attivare un processo di valorizzazione del ruolo della Comunità, della co-progettazione e della "co-produzione" di servizi all'interno delle Case di Comunità, mediante il coinvolgimento degli Enti del Terzo Settore.

Le disposizioni del D.M. n. 77/2022 delineano un modello organizzativo di Casa della Comunità che mira a stimolare l'apporto del Terzo Settore nella gestione dei servizi offerti, al fine di massimizzare un approccio integrato e multidisciplinare, non solo sotto il profilo strettamente sanitario ma anche in termini di benessere generale della persona presa in carico. La stessa Agenas, nelle linee di indirizzo delle Case di Comunità, sottolinea l'importanza della partecipazione delle associazioni del Terzo Settore per "generare salute individuale e collettiva, con un approccio sistemico, capillare, collaborativo e partecipativo di promozione comunitaria della salute e di welfare generativo "secondo un approccio One Health".

Tra le attività obbligatorie della Casa di Comunità, infatti, vediamo descritta anche la "partecipazione della Comunità e la valorizzazione della co-produzione", con l'obiettivo di creare un ambiente più inclusivo e accessibile per l'erogazione dei servizi previsti e per la promozione del benessere sociale, attraverso la partecipazione attiva dei cittadini e delle loro organizzazioni (Enti del Terzo Settore – c.d. ETS).

Pertanto, nell'ambito della partecipazione attiva della Comunità all'amministrazione pubblica, assume sempre più rilevanza l'esercizio dell'amministrazione condivisa con il Terzo Settore.

Il coinvolgimento del Terzo Settore, attraverso gli strumenti disciplinati dal D.lgs. 117/2017 (c.d. Codice del Terzo Settore), consente di conoscere in modo capillare i bisogni dei cittadini, favorendo una ottimizzazione dei servizi offerti e dell'utilizzo delle risorse pubbliche attraverso la messa a disposizione di ulteriori risorse private (umane, tecniche e/o economiche).

In tale contesto, la Regione Friuli Venezia Giulia, attraverso gli Enti del Servizio sanitario regionale e gli altri Attori del sistema, intende disegnare un modello di Casa di Comunità che non sia unicamente un "luogo fisico" di cura, ma un modello organizzativo che preveda anche la collaborazione attiva degli ETS regionali per garantire ai cittadini una risposta differenziata in base agli effettivi bisogni, con l'obiettivo di costruire maggiore qualità di vita e welfare di comunità.

Il processo di valorizzazione della collaborazione tra pubblico e privato sociale viene attivato attraverso i livelli di governo di seguito descritti.

- Amministrazione regionale: mappatura dei bisogni delle Comunità e, in via di prima applicazione, eventuale attivazione di co-programmazioni con il coinvolgimento degli ETS per servizi trasversali di supporto all'organizzazione delle CdC;
- Enti del Servizio Sanitario Regionale e Enti locali, nell'ambito delle rispettive competenze: co-programmazione di servizi relativi agli ambiti di interesse; co -progettazione e co-produzione

dei servizi programmati, anche differenziati in base alle esigenze delle Comunità territoriali di riferimento.

La co-progettazione ed eventuale co-produzione dei servizi potrà avvenire a livello di Enti del SSR, di Distretto o di ambiti territoriali più ampi, con il coinvolgimento degli ambiti dei servizi sociali dei Comuni di riferimento, secondo la specificità territoriale dei servizi da attivare.

Al fine di assicurare omogeneità nel processo di partecipazione, in via di prima applicazione le linee prioritarie di intervento condiviso con gli ETS potranno avere ad oggetto:

1. servizi di supporto al PUA (servizi di orientamento, informazione e supporto amministrativo),
2. servizi di supporto alla presa in carico o servizi di presa in carico leggera,
3. servizi di accompagnamento,
4. altri servizi improntati allo sviluppo di "reti di solidarietà".

Lo sviluppo dei servizi pubblici offerti dalle Case di Comunità è alimentato dall'utilizzo di strumenti flessibili e diversi (amministrazione diretta, appalto, co-produzione) scelti in base ai bisogni e alle caratteristiche specifiche del territorio di riferimento, tenendo conto anche delle risorse a disposizione.

L'Amministrazione regionale intende promuovere la valorizzazione delle buone pratiche di progettualità già presenti nel territorio regionale che siano coerenti con il modello organizzativo delle Case di Comunità.

6. LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE

Il DM 77/2022 prevede un'organizzazione delle CdC secondo la logica hub and spoke, individuando per le due tipologie specifiche caratteristiche organizzative. Secondo gli standard previsti dal D.M. 77/2022 il bacino di riferimento per la CdC hub è orientativamente di circa 50.000 abitanti e questo permette di garantire un'offerta capillare e prossimale all'interno dei territori.

Nel territorio regionale sono previste le case della Comunità HUB e Spoke distribuite secondo quanto già disposto dall'atto di programmazione regionale adottato con DGR 2042 del 29/12/2022, con attuazione e attivazione progressiva.

7. MODELLO DELLE CASA DELLA COMUNITÀ

La Casa della Comunità è il luogo fisico, di facile individuazione e di accesso, nonché la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione dei servizi sanitari e socio sanitari a rilevanza sanitaria rivolti alla popolazione nell'ambito territoriale di riferimento ed è la sede in cui avviene l'accesso, l'accoglienza, l'orientamento dell'assistito, la progettazione e l'erogazione degli interventi sanitari e sociosanitari, attraverso il lavoro in equipe multiprofessionale e attraverso l'integrazione.

Le attività della CdC vanno integrate con quelle previste per gli altri servizi nell'ambito dello sviluppo dell'assistenza territoriale (Ospedali di comunità, Centrali Operative Territoriali e tutte le altre componenti), per promuovere la prevenzione primaria, l'accesso e la presa in carico degli assistiti

occasionali, la gestione delle persone con patologie croniche e fragilità.

In particolare, in tale configurazione reticolare dell'assistenza, particolare rilevanza nella CdC viene attribuita all'attività degli Infermieri di Famiglia o Comunità quali professionisti che garantiscono, con un maggiore grado di prossimità con la popolazione, le funzioni di informazione, accesso ai servizi ed erogazione delle prestazioni.

Dal punto di vista organizzativo è un'articolazione del Distretto, che ne ha la responsabilità organizzativo gestionale.

I meccanismi di coordinamento strutturale sono definiti "a rete" e si sviluppano in 4 direzioni.

- **Rete intra-CdC**, fra la rete dei professionisti che operano fisicamente all'interno della CdC e coloro che vi sono funzionalmente collegati (logica hub e spoke);
- **Rete inter-CdC**, tra CdC hub e CdC spoke, per rispondere alle esigenze di capillarità erogativa e di prossimità dei servizi a maggiore intensità specialistica e tecnologica, per rispondere in modo flessibile ai diversi contesti geografici caratterizzati da differente densità abitativa e livelli di presenza attiva dei MMG nelle strutture ambulatoriali delle CdC;
- **Rete territoriale**, la CdC è messa in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali i servizi sociali, l'assistenza domiciliare, la specialistica ambulatoriale territoriale e ospedaliera, ospedali di comunità, hospice e rete delle cure palliative, rete cure intermedie, strutture residenziali e semiresidenziali per anziani, minori e disabili di diversa natura e finalità, consultori familiari e attività rivolte ai minori, servizi per la salute mentale, dipendenze e disabilità e altre forme di strutture intermedie e servizi;
- **Rete territoriale integrata**, la CdC è in rete con l'attività ospedaliera, attraverso l'ausilio di piattaforme informatiche, specialistica ambulatoriale o di day service svolta in questo contesto.

Tale forma di integrazione e coordinamento ha un ruolo maggiore soprattutto in merito alla gestione comune dei malati cronici più complessi e ad alto grado di instabilità, che sono soggetti a frequenti ricoveri.

Il coordinamento delle attività delle CdC hub con le altre strutture/servizi sanitari e sociosanitari, territoriali e non, è garantito dalla Centrale Operativa Territoriale (COT) che opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.

La CdC è un sistema coordinato e integrato di servizi e di professionisti che lavorano secondo il modello dell'integrazione e della multidisciplinarietà tra famiglie professionali attraverso la condivisione dei percorsi assistenziali, il rispetto dell'autonomia e della responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze e la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver attraverso una logica di co-produzione con i diversi attori della rete comunitaria e sociale.

In questa logica anche i layout distributivi degli spazi fisici e funzionali assumono un significato importante perché sono una meta-rappresentazione delle funzioni dei professionisti e della loro sinergia.

Nella logica della schematizzazione delle aree e quindi delle funzioni e degli spazi all'interno della casa della comunità si identificano 4 Macro Aree:

- 1) Macro Area Assistenza di prossimità
- 2) Macro Area Cure primarie
- 3) Macro Area Specialistica
- 4) Macro Area Servizi generali e logistici

- 1) La Macro Area Assistenza di prossimità include:
 - o Punto Unico di accesso (PUA) Integrato per l'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale
 - o Assistenza domiciliare
 - o Unità di continuità assistenziale (UCA)
 - o CUP
 - o Sportello unico per i servizi amministrativi relativi all'assistenza territoriale che raccoglie le attività di tutte le componenti amministrative dell'assistenza territoriale
 - o Servizi territoriali sociosanitari e di prevenzione:
 - Servizi sociali: prevede la presenza di spazi per l'assistente sociale dell'Ambito territoriale sociale, che opera nelle linee di attività della Casa della Comunità
 - Area servizi per la comunità: spazi polivalenti per la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver;
 - Attività consultoriale (facoltativa);
 - Attività rivolte ai minori (attività facoltativa) che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 aa;
 - Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (Raccomandato);
 - Dipartimento della Salute Mentale e delle Dipendenze (Raccomandato);
 - Attività di promozione e prevenzione primaria (attività raccomandata), con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione (profilassi vaccinale);
 - Attività dei programmi di screening oncologici (cervice, colon retto, mammella) (attività facoltativa);
 - Attività per la Medicina dello sport (attività facoltativa).
- 2) La Macro Area Cure primarie include:
 - o Ambulatori per la presa in carico della cronicità e della fragilità a valenza multiprofessionale (medico ruolo unico, IFoC, specialista)
 - o Attività IFoC
 - o Ambulatorio cure primarie per condizioni cliniche non differibili
- 3) La Macro Area Specialistica include:
 - o Servizi di diagnostica di base
 - o Punto prelievi
 - o Ambulatori di specialistica ambulatoriale;
- 4) La Macro Area dei Servizi generali, Tecnici e della Logistica centralizzata include:
 - o Spazi per il personale (spazi di direzione, spazio coordinatore, locali medici/personale, uffici amm.vi, spogliatoi, area relax ecc...)
 - o Locali tecnici - Spazi per la Logistica (depositi, stoccaggio rifiuti, magazzini, archivi, ecc.). Questi servizi possono essere in comune con altre aree funzionali di altri poli sanitari (Ospedale di Comunità, Ospedale, altri poli sanitari).

In tabella 1 si riporta la sintesi delle funzioni articolata nelle macroaree.

Tabella 1

Macro Area Assistenza di Prossimità	
Servizi	Specifiche/Strutture
PUA	attività di accoglienza, orientamento e/o presa in carico integrate a cura di professionisti sanitari del distretto e di assistenti sociali del SSC e dell'Azienda Sanitaria
ASSISTENZA DOMICILIARE	
UCA	
CUP	
SPORTELLO UNICO PER I SERVIZI AMMINISTRATIVI RELATIVI ALL'ASSISTENZA TERRITORIALE	raccoglie le attività di tutte le componenti amministrative dell'assistenza territoriale
SERVIZI TERRITORIALI SOCIOSANITARI E DI PREVENZIONE	Servizi sociali
	Area servizi per la comunità
	attività consultoriale e attività rivolte ai minori che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 aa; neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza
	Dipartimento della Salute Mentale e delle dipendenze
	attività di promozione e prevenzione primaria (profilassi vaccinale)
	attività di programmi di oncologici
	attività per la Medicina dello sport
Macro Area Cure Primarie	
SERVIZI	Specifiche /Strutture
AMBULATORI PER LA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ E DELLA FRAGILITÀ	a valenza multiprofessionale (medico ruolo unico assistenza primaria, IFoC, specialista)
AMBULATORIO CURE PRIMARIE PER CONDIZIONI CLINICHE NON DIFFERIBILI	l'ambulatorio garantisce oltre alle prestazioni erogate dalla continuità assistenziale, prestazioni NON complesse e prestazioni non differibili, attualmente erogate nei pronto soccorso ospedalieri e nei Punti di primo Intervento (PPI)
ATTIVITÀ IFOC	
Macro Area Specialistica	
Servizi	Specifiche /Strutture
SERVIZI DI DIAGNOSTICA	
PUNTO PRELIEVI	
AMBULATORI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE	
Macro Area dei Servizi generali, Tecnici e della Logistica centralizzata	
Spazi per il personale (spazi di direzione, spazio coordinatore, locali medici/personale, uffici amm.vi, spogliatoi, area relax ecc...)	Questi servizi possono essere in comune con altre aree funzionali di altri poli sanitari (OdC, Ospedale, altri poli sanitari)
Locali tecnici - Spazi per la Logistica (depositi, stoccaggio rifiuti, magazzini, archivi, ecc.).	

7.1. Standard/Servizi ed elementi qualificanti della Casa della comunità hub e spoke

I Servizi da garantire, relativi alle 4 Macro Aree precedentemente richiamate e riconducibili alle direttrici di sviluppo organizzativo delle CdC hub e spoke sono rappresentati in tabella3. Le attività previste all'interno della CdC potranno avvalersi anche degli strumenti di telemedicina.

Tab n. 2: funzioni Case delle Comunità hub e spoke: standard organizzativi

FUNZIONE	CASA DELLA COMUNITA' HUB	CASA DELLA COMUNITA' SPOKE
PUA	Obbligatorio	Obbligatorio
ADI	Obbligatorio	Obbligatorio
UCA	Obbligatorio	Obbligatorio
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	Obbligatorio	Obbligatorio
Integrazione con i Servizi Sociali	Obbligatorio	Obbligatorio
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	Obbligatorio	Obbligatorio
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	Facoltativo	Facoltativo
Interventi di Salute pubblica, incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18	Facoltativo	Facoltativo
Programmi di screening	Facoltativo	Facoltativo
Servizi per la salute mentale e le dipendenze patologiche	Raccomandato	Raccomandato
Servizi neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	Raccomandato	Raccomandato
Medicina dello sport	Raccomandato	Raccomandato
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (ambulatori di MMG, PLS, SAI, IFoC)	Obbligatorio	Obbligatorio
Presenza medica	H 24 - 7/7 gg	H 12 - 6/7 gg
Continuità assistenziale	Obbligatorio	Facoltativo
Presenza infermieristica	H 12 - 7/7 gg	H 12 - 6/7 gg
Servizi infermieristici	Obbligatorio	Obbligatorio
Servizi diagnostici di base	Obbligatorio	Facoltativo
Servizi di specialistica ambulatoriale e per le patologie croniche ad elevata prevalenza	Obbligatorio	Obbligatorio
Punto prelievi e POCT	Obbligatorio	Facoltativo
Collegamento con la Casa della Comunità Hub di riferimento	-	Obbligatorio
Adeguate dotazione di attrezzature e strumentazioni mediche e diagnostiche per l'erogazione dei servizi di assistenza	Obbligatorio	Facoltativo

La presenza medica è definita come disponibilità di un servizio di assistenza medica aperto a tutti gli utenti afferenti al bacino d'utenza della CdC, indipendentemente dall'iscrizione ad un determinato medico, con accesso diretto o mediato dal 116117 (quando attivo) che dà risposta anche alle condizioni cliniche non differibili (ambulatorio di cure primarie per la gestione delle condizioni cliniche non differibili). È un servizio è erogato da un medico del ruolo unico di assistenza primaria anche in integrazione con il servizio di continuità assistenziale.

Tutte le aggregazioni dei medici del ruolo unico di assistenza primaria e PLS (AFT) sono ricomprese nelle CdC avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; alle CdC accedono anche gli specialisti ambulatoriali.

Nella CdC è prevista la presenza dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, afferenti alle AFT di riferimento, con svolgimento delle funzioni anche all'interno delle équipes multiprofessionali (UCCP, composte da MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio sanitarie), che hanno sede fisica nella CdC. Tale attività ambulatoriale sarà aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti dovrà essere garantita nella CdC hub and spoke e regolamentata con Accordo integrativo regionale.

La presenza infermieristica obbligatoria sulle 12 ore, nella CdC hub è raccomandato si sviluppi sulle 24 ore, 7 giorni su 7.

Gli standard di personale previsti sono riassunti in tabella 3

Tab n. 3: standard di personale distinti per tipologia di CdC ex DM 77/2022 da riproporzionare rispetto al bacino di utenza di riferimento:

Standard personale CdC hub	Standard di personale CdC spoke
personale medico (h24 - 7/7gg) 7 - 11 infermieri 1 assistente sociale 5-8 unità di personale di supporto (personale sociosanitario, personale amministrativo)	Personale funzionale ad assicurare i servizi minimi della CdC spoke: personale medico (h12 - 6/7gg) personale infermieristico (h12 - 6/7gg) personale di supporto

8. MACRO AREA ASSISTENZA DI PROSSIMITA'

8.1. PUA (Punto unico di accesso)

Il PUA è il sistema integrato e organizzato di accoglienza, orientamento e/o presa in carico dei problemi sanitari e sociosanitari dei cittadini e nasce per garantire ai cittadini la massima accessibilità ai servizi ed agli interventi di cui hanno bisogno e per ricevere la migliore risposta possibile.

Il PUA ha la sede operativa presso la CdC ed è il servizio che svolge funzioni di accoglienza qualificata al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo alle persone, garantendo risposta e accesso unitario ai servizi. È condotto congiuntamente con il Servizio sociale dei Comuni, sulla base di accordi esistenti o da stabilirsi. Presso il PUA opera l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), anch'essa integrata con il Servizio Sociale dei Comuni per le situazioni che richiedono erogazione di servizi e

prestazioni da parte dei due Enti; l'UVM, formula i Progetti Assistenziali Individuali (PAI) e coinvolge figure professionali con competenze specifiche.

Per questo suo ruolo, il PUA è anche la sede dell'integrazione socio sanitaria, ovvero la sede operativa in cui lavorano le famiglie professionali di entrambi i contesti, quello sanitario e quello sociale.

Il modello organizzativo del PUA prevede: un'attività integrata di front office a cui i cittadini accedono direttamente e una di back office in cui viene attivato il processo di Valutazione Multidimensionale (UVM) e di pianificazione (PAI). Considerata le peculiarità e le distinzioni caratterizzanti i percorsi assistenziali dell'utenza afferente diverse aree di bisogno, si specifica che, in fase di avvio, le indicazioni organizzative relative all'attività di presa in carico in back office presso la CdC si riferiscono, in particolare, agli interventi a favore delle persone in condizione di non autosufficienza e fragilità, e comunque di quelli che necessitano di PAI.

L'attività di front office è assicurata da operatori sanitari e sociali (assistente sociale del SSC) a cui i cittadini accedono direttamente e ha le seguenti finalità:

- funzione di informazione rispetto ai servizi e interventi del sistema sanitario e sociosanitario e sulle modalità di accesso;
- funzione di accoglienza, ascolto e accompagnamento in caso di domanda/bisogno sanitario e sociosanitario;
- funzione di orientamento nei percorsi clinico assistenziali e amministrativi;
- prima risposta a quesiti di "minore" complessità che possono avere una risposta semplice tipicamente prestazionale e mono professionale.

Nel PUA front office inizia, dunque, il processo di presa in carico.

Il PUA front office costituisce parte di una rete di punti di accesso diffusa sul territorio integrata funzionalmente in *back office* a garanzia dell'attivazione delle componenti professionali necessarie alla presa in carico integrata del bisogno della persona. A titolo di chiarimento, il PUA inserito nelle CdC, così come definito dalla L.234/2021, costituisce un elemento di accesso aggiuntivo e integrato rispetto alla rete dei PUA definiti dal Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, che non si sostituisce ad essi, né può essere sostituito da meccanismi di integrazione funzionale con gli stessi.

L'attività di back office è la sede dell'UVM finalizzata all'identificazione dei bisogni di natura bio-psico-sociale, sociosanitaria e sanitaria della persona e del suo nucleo familiare. Questa valutazione permette di identificare non solo le condizioni clinico assistenziali presenti, ma anche gli elementi essenziali relativi al contesto familiare, sociale e di relazione della persona ed è propedeutica alla definizione del PAI e all'accesso dei servizi territoriali.

Nel PUA back office quindi sono garantite:

- L'organizzazione delle UVM per i casi di "maggiore complessità" (anche su segnalazione della COT);
- La Valutazione multidimensionale dei casi complessi o ad integrazione sociosanitaria;
- La pianificazione personalizzata (PAI).

L'UVM è lo strumento operativo fondamentale di integrazione gestionale e professionale tra servizio sanitario e servizio sociale dei comuni le cui funzioni sono:

- definizione del PAI;
- definizione delle risorse umane ed economiche per la realizzazione dei PAI, coinvolgendo eventualmente anche partner non istituzionali e risorse informali;
- nomina Case manager;

- monitoraggio degli stati di avanzamento dei PAI;
- rimodulazione del PAI, qualora necessario.

L'UVM ha valenza multiprofessionale ed è composta da medico, infermiere, assistente sociale dei comuni, e comunque da professionisti con competenze specifiche. Nell' UVM è coinvolto il medico del ruolo unico.

L'UVM può essere integrata, all'occorrenza, da qualsiasi altra figura professionale con responsabilità gestionale (medico specialista di riferimento, psicologo, fisioterapista, logopedista ecc.) che possa concorrere alla definizione del PAI e promuoverne la sua realizzazione.

Le attività effettuate al PUA sono documentate nella cartella integrata (Cartella Utente 4.0) che alimenta anche il flusso COT e, secondo appositi accordi/protocolli, in Cartella Sociale Informatizzata (CSI).

Nell'ottica di integrazione necessaria alla continuità assistenziale il PUA opera in stretta collaborazione con tutti i servizi territoriali, in particolare con le COT, gli ambulatori della cronicità, l'infermieristica di Famiglia e di Comunità, l'assistenza domiciliare integrata e le unità di valutazione multidimensionale (UVM).

Si richiama l'attenzione su una possibile futura evoluzione della normativa da applicarsi nella definizione dei processi di presa in carico alla luce del decreto 15 marzo 2024, n. 29 e del decreto 3 maggio 2024, n. 62, così come andranno considerate per l'organizzazione delle modalità di erogazione di prestazioni di cure domiciliari di base e integrate anche le indicazioni nazionali, qualora validamente emanate, contenute nelle *"Linee di indirizzo nazionali per l'integrazione operativa degli interventi sociali e sanitari previsti nei servizi di cura e assistenza domiciliari"* di cui all'art. 29 del decreto legislativo 5 marzo 2024, n. 29.

Standard organizzativi

- Orario di attività orientato a facilitare l'accesso dell'utenza, anche in riferimento al bacino d'utenza, con un'offerta organizzata su 6 giorni la settimana e orientativamente nella fascia oraria dalle ore 8.00 alle ore 18.00;
- deve essere garantita la presenza dell'Assistente sociale del SSC di riferimento in fasce orarie definite nell'ambito di appositi accordi e protocolli.

8.2. Assistenza Domiciliare

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS 2008) definisce l'assistenza domiciliare come "la possibilità di fornire a domicilio delle persone quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione". In particolare, si fa riferimento all'insieme di prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e di interventi al domicilio dell'assistito che mirano a fornire cure mediche, infermieristiche e di tipo assistenziale in forma integrata, nel rispetto dei diritti della persona e della famiglia, al fine di evitare ricoveri impropri e istituzionalizzazioni non adeguate.

L'assistenza domiciliare è uno degli strumenti della presa in carico territoriale, è il prodotto della valutazione multidimensionale fatta dall'UVM e viene attivata a seguito di un bisogno espresso direttamente dal cittadino al PUA o segnalato dalla COT in fase di dimissione da ospedale o da cure

intermedie, o direttamente da professionisti (es medico ruolo unico, IfoC...).

L'attività domiciliare può essere mono professionale o integrata tra più professionisti (infermiere, riabilitatore, medico, OSS, Assistente sociale,...). Al fine di rispondere adeguatamente ai bisogni della persona, l'assistenza domiciliare sanitaria deve avere sempre la possibilità di integrarsi con l'assistenza domiciliare sociale erogata dai SSC secondo quanto previsto dai necessari accordi e protocolli.

Obiettivi specifici delle CD Integrate sono:

- fornire adeguata assistenza a persone che presentano problematiche di tipo sanitario e sociale suscettibili di trattamento domiciliare, evitando i ricoveri ospedalieri impropri e l'ingresso in residenza;
- favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, perseguendo il recupero o la conservazione delle residue capacità di autonomia e relazionali;
- rendere possibili dimissioni ospedaliere tempestive ed assicurare la continuità assistenziale mediante lo strumento della "dimissione protetta";
- supportare i caregiver e trasmettere loro delle competenze che possano tradursi in autonomia di intervento;
- migliorare la qualità della vita di persone non autosufficienti o a rischio di perdita dell'autosufficienza, favorendo il mantenimento delle capacità residue.

Il percorso di articola quindi in:

1. segnalazione del bisogno sanitario o socio-sanitario;
2. presa in carico e valutazione multidimensionale della persona/famiglia/caregiver;
3. analisi e identificazione dei bisogni;
4. pianificazione/sviluppo di un piano di assistenza individuale (PAI);
5. erogazione attività e valutazione outcome clinico-assistenziali;
6. chiusura della presa in carico.

Il PAI deve essere finalizzato al mantenimento e al recupero delle capacità fisiche, cognitive, relazionali e dell'autonomia personale, quando possibile (es. fine vita), e deve indicare:

- gli obiettivi di cura da raggiungere, i risultati attesi ed i tempi di realizzazione;
- la tipologia e l'intensità della risposta assistenziale;
- le prestazioni da erogare, le modalità di integrazione fra le stesse, nonché la loro cadenza e durata;
- le figure professionali coinvolte negli interventi e il case manager;
- gli strumenti per valutare i risultati ottenuti.

Quando necessario, il PAI comprende ed è coordinato con il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI). Il Medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta/PLS è il responsabile clinico del paziente.

8.3. CUP (Centro Unico di Prenotazione)

In ogni CdC hub deve essere attivato un sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale di riferimento per tutte le prestazioni erogate dal SSN. Tale servizio amministrativo concorre a garantire l'obiettivo di accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria e sociosanitaria proprio della CdC hub e garantisce informazioni, prenotazioni e accettazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica e, se previsto, di ritiro referti.

Devono essere istituiti percorsi programmati e servizi finalizzati al monitoraggio dei pazienti cronici della comunità di riferimento della CdC hub, al fine di garantire una programmazione annuale delle visite di controllo, anche tramite la telemedicina.

8.4. Sportello unico per i servizi amministrativi

Nella logica della prossimità e del riferimento, all'interno della CdC è indicato che ci siano sportelli unici per i servizi amministrativi relativi con forte orientamento ai servizi che rappresentano fasi importanti del processo di presa in carico, ad esempio, assistenza sanitaria di base, AFIR, protesica e che garantiscano al paziente il riferimento unico a cui rivolgersi.

L'apertura del servizio deve essere orientata a facilitare l'accesso dei cittadini nella settimana e nell'arco della giornata con modulazioni orarie anche pomeridiane.

9. MACRO AREA CURE PRIMARIE

È l'area funzionale core e rappresentativa della CdC, in cui i professionisti lavorano in équipe secondo il principio della multidisciplinarietà e con l'orientamento a rispondere ai bisogni del cittadino. Essa include gli ambulatori medici del ruolo unico (MRU)/pediatri di libera scelta (PLS)/infermiere di famiglia o di comunità (IFoC) e l'ambulatorio di "presa in carico della cronicità e della fragilità".

In questa logica nella CdC trovano collocazione fisica le unità complesse di cure primarie (UCCP) che devono prevedere un'organizzazione del lavoro orientata all'azione d'équipe tra Medici del ruolo unico di assistenza primaria, PLS, specialisti, Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC), Riabilitatori, Assistenti Sociali e altri professionisti della salute.

Queste figure, operando all'interno del modello organizzativo della CdC Hub con modalità integrate, provvedono a garantire l'assistenza territoriale attraverso un approccio di sanità di iniziativa e contribuiscono alla presa in carico della Comunità di riferimento, con i servizi presenti ed attivi.

Le comunicazioni tra tutti i professionisti dei servizi ed organizzazioni presenti sul territorio avvengono attraverso il supporto dei sistemi informatici e le banche dati disponibili (COT, servizi territoriali, ambulatoriali, specialistica, ecc.). Al fine di facilitare la comunicazione all'interno della rete di cura e tra professionisti, favorire la sicurezza delle cure e accedere alle informazioni in tempi rapidi, vengono attivate modalità di cooperazione applicativa tra i software in uso nei diversi setting assistenziali e il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), nel rispetto degli standard di interoperabilità definiti dalle linee guida nazionali, per una comunicazione condivisa orientata al supporto nella gestione della documentazione sociosanitaria degli assistiti, allo scambio di informazioni aggiornate e al confronto professionale facilitato (teleconsulenza e teleconsulto) all'interno dell'équipe territoriale e nel rispetto del diritto alla privacy del paziente.

Tutte le UCCP realizzano i propri compiti attraverso:

- a. la programmazione delle proprie attività in coerenza con quella del Distretto di riferimento;

- b. la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma precedente;
- c. la programmazione di audit clinici e organizzativi, coinvolgendo i referenti di AFT dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e della specialistica ambulatoriale.

La CdC, sede di UCCP, è il riferimento per le aggregazioni funzionali territoriali (AFT), che garantiscono l'assistenza per l'intero arco della giornata e per 7 giorni alla settimana ad una popolazione non superiore a 30.000 abitanti, fermo restando le esigenze legate alle aree ad alta densità abitativa.

La distribuzione e l'articolazione per territorio delle AFT per ogni azienda sanitaria territoriale è definita secondo quanto previsto dall'atto di programmazione regionale vigente delle forme organizzative monoprofessionali (AFT) e delle modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali (UCCP) (d.g.r. n. 1864/2024).

Afferiscono alla Macro Area **Cure Primarie**:

- Ambulatorio cure primarie per condizioni cliniche non differibili;
- Ambulatori per la presa in carico della cronicità e della fragilità a valenza multiprofessionale (MRU assistenza primaria, IFoC, specialista);
- IFoC – Attività.

9.1. Ambulatorio cure primarie per condizioni cliniche non differibili

Gli ambulatori di cure primarie per condizioni cliniche non differibili hanno la finalità di rinforzare la rete di offerta delle cure primarie, offrendo al cittadino una risposta attiva nelle 24 ore, diffusa capillarmente così da raggiungere la più ampia popolazione possibile al fine di garantire ampiamente una risposta ai bisogni semplici della popolazione e favorire così i percorsi di continuità assistenziale. Per raggiungere il risultato declinato in premessa, è necessario che ogni Casa della Comunità hub possa fare riferimento ad almeno un ambulatorio di cure primarie per condizioni cliniche non differibili in capo alla rete assistenziale delle cure primarie

È attività che si aggiunge all'attuale offerta delle cure primarie garantita dai medici di assistenza primaria all'interno dei singoli ambulatori ed è orientata a offrire risposta alla comunità di riferimento ovvero al bacino d'utenza della casa della comunità.

Tale attività ambulatoriale, inserita nel contesto delle cure primarie, ha la finalità di:

- assicurare ai cittadini i servizi che afferiscono ai LEA, nonché l'assistenza ai turisti
- garantire nel territorio la continuità dell'assistenza, estesa all'intero arco della giornata per sette giorni alla settimana al fine di garantire effettivamente la presa in carico dell'utente
- svolgere funzioni di primo livello disponendo anche di strumentazione adeguata a fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità non differibili e a garantire una prima risposta sanitaria sul territorio.

Funzionamento

Sono ambulatori aperti sulle 24 ore in cui è garantita la presenza del medico del ruolo unico nell'intero arco della giornata, in integrazione con la continuità assistenziale, e la presenza dell'infermiere almeno nelle 12 ore diurne.

Gli ambulatori sono finalizzati alla presa in carico di situazioni a bassa criticità del motivo di

presentazione e bassa complessità del percorso clinico-diagnostico assistenziale che si stima essere conclusivo presso tali strutture territoriali o nell'ambito dei percorsi che possono essere attivati contestualmente dai professionisti che vi lavorano.

Modalità di accesso

Il cittadino vi può accedere liberamente:

- in autopresentazione
- su invio da parte del MMG/PLS
- su invio del 116117.

Qualora sia possibile, il paziente deve rivolgersi al proprio curante di scelta oppure ad uno dei medici facenti parte della stessa forma associativa della medicina generale (AFT).

Dopo il primo accesso da parte dell'assistito alle suddette strutture, la prosecuzione delle cure avviene tramite il medico dell'assistenza primaria di riferimento per l'assistito.

Attività

- Visita medica;
- Certificazioni;
- Trattamento farmacologico al bisogno;
- Prescrizione di terapia per patologie di nuova insorgenza o terapie essenziali;
- Procedure chirurgiche minori (per esempio, suture, medicazioni, rimozioni di punti di sutura);
- Prelievo per indagini di laboratorio – POCT;
- Attivazione di percorsi/prestazioni a completamento dell'iter diagnostico. Presso questi ambulatori non sono previsti letti di osservazione.

Esito

La conclusione dell'accesso può essere:

- Chiusura caso;
- Prescrizione per valutazione specialistica con rilascio dell'appuntamento;
- Prescrizione per valutazione specialistica urgente con accesso diretto sulla base dell'offerta presente;
- Invio per presa in carico da parte di MMG/PLS;
- Segnalazione a COT per attivazione servizi;
- Invio al Pronto Soccorso di riferimento.

Il medico del ruolo unico di assistenza primaria effettua l'annotazione nella scheda sanitaria individuale del paziente della propria valutazione, la prestazione eseguita, le prescrizioni di farmaci e/o accertamenti e le eventuali certificazioni rilasciate, al fine di garantire che il medico titolare del rapporto di fiducia ed i medici della intera AFT possano assicurare la continuità dell'assistenza.

Risorse umane

È sempre presente un medico sulle 24 ore nelle Cdc *hub* e sulle 12 ore nelle Cdc *spoke*.

Il medico è un medico del ruolo unico di assistenza primaria, anche in integrazione con il servizio di continuità assistenziale.

L'infermiere è presente almeno per le 12 ore diurne. È raccomandato il servizio sulle 24 ore nelle Cdc *hub*.

Il personale medico e infermieristico impegnato presso tali ambulatori non svolge contemporaneamente attività assistenziale domiciliare.

Dotazioni, Tecnologia e Diagnostica

Gli ambulatori delle cure primarie collocati all'interno delle CdC sono dotati di strumentazioni medicali e dispositivi medici che tengono conto dell'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento.

Per la dotazione tecnologica si fa riferimento al punto 11 del presente documento.

Sistemi Informativi

Gli ambulatori di cure primarie con gestione delle condizioni cliniche non differibili devono essere collegati con le COT e la Centrale Operativa 116117 (quando attiva) e devono essere disponibili adeguati servizi informatici per la gestione, a tendere in modo integrato, di tutti i processi operativi svolti dalle diverse tipologie di operatori, tra cui l'assolvimento delle funzioni di registrazione delle prestazioni e alimentazione dei flussi prescrizioni di farmaci ed accertamenti urgenti, l'accesso al FSE, le certificazioni.

Le apparecchiature di diagnostica di primo livello utilizzate 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 (FSE).

9.2. Ambulatori per la presa in carico della cronicità e della fragilità

Sono ambulatori orientati alla presa in carico della cronicità e della fragilità e hanno valenza multiprofessionale (MRU assistenza primaria, IFoC, specialista).

Sono rivolti ai pazienti del territorio su cui insiste la casa della Comunità e sono finalizzati alla presa in carico dei pazienti con patologie croniche (DM, scompenso cardiaco, BPCO e neurodegenerative, insufficienza renale cronica, patologia oncologica) preferibilmente arruolati in PDTA.

Oltre ai percorsi previsti dai PDTA l'ambulatorio può dare risposta ai pazienti in fase di scompenso lieve/moderato (es. pazienti in assistenza domiciliare), ai pazienti in fase di labile scompenso ma necessitanti di stretto monitoraggio specialistico (es. pazienti dimessi dall'Ospedale dopo episodio di scompenso acuto), in caso di insorgenza di nuova problematica in paziente con condizione cronica nota.

9.3. Infermiere di famiglia o comunità (IFoC)

Il modello assistenziale di infermieristica di famiglia e comunità in Regione sull'Infermiere di famiglia o comunità (IFoC) è delineato nella DGR FVG n. 659/24: "DGR 1484/22, art.1, comma 5 e DM 77/22. Documento infermiere di famiglia o comunità: il modello assistenziale in Friuli-Venezia Giulia – Policy Regionale". In particolare, le competenze sono agite attraverso le funzioni Health Coach e di Population Wide management, Disease management, Care management e Case management

L'IFoC, collocato a livello distrettuale, opera attraverso un servizio di assistenza infermieristica decentrata e diventa punto di riferimento della comunità per la dimensione assistenziale, ne fa parte integrante in modo organico e agisce in stretta connessione con i Medici di Medicina Generale

(MMG), assistenti sociali e tutti gli altri attori dell'equipe territoriale. Ha la finalità di prendere in carico la persona assistita e la comunità in modo proattivo, offrendo una risposta ai bisogni di assistenza infermieristica promuovendo l'empowerment e sviluppando competenze nella persona e nella comunità. L'IFoC così concepito non è solo un erogatore di assistenza, ma attivatore di potenziali di risorse assistenziali che insistono in modo latente nella comunità.

Gli IFoC agiscono nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola, pertanto, l'impiego dell'Infermiere di famiglia o comunità (IFoC) nell'ambito della CdC ha l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, attraverso la promozione di una maggiore omogeneità, accessibilità all'assistenza sanitaria e sociosanitaria e l'integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunità.

L'intervento dell'IFoC si sviluppa sostanzialmente in quattro ambiti:

- livello ambulatoriale: prime cure e continuità, cronicità. Come punto di incontro in cui gli utenti possono recarsi per ricevere: (a) informazioni, per orientare meglio ai servizi e (b) prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza rivolti alla prevenzione collettiva, alla sanità pubblica, e all'assistenza di base (DPCM del 12 gennaio 2017) (27), inclusi interventi di educazione alla salute;
- livello PUA - Accesso e orientamento della persona/famiglia;
- livello domiciliare, per valutare i bisogni del singolo e della famiglia, [effettuare](#) o organizzare l'erogazione dell'assistenza, valutando, per le situazioni assistenziali a medio-alta complessità, l'attivazione della rete territoriale e dell'ADI;
- livello comunitario, con attività trasversali di promozione ed educazione alla salute, integrazione con i vari professionisti tra ambito sanitario e sociale, mappatura e attivazione di possibili risorse formali e informali. Inoltre, presso strutture residenziali e intermedie (strutture socio-sanitarie) con attività di consulenza, monitoraggio e attivazione di risorse in base ai bisogni rilevati, per garantire la continuità assistenziale tra i diversi contesti di cura.

10. MACRO AREA SPECIALISTICA

10.1. Servizi diagnostici

I servizi diagnostici nella CdC hub sono finalizzati prioritariamente al monitoraggio della cronicità con la relativa strumentazione (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, tomografia ottica computerizzata - OCT, spirometro, diagnostica per immagini, ecc.) anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (telerefertazione, ecc.).

Alle prestazioni diagnostiche della CdC hub accedono prioritariamente i pazienti cronici ed i cittadini della Comunità del territorio di riferimento.

Le CdC hub devono dotarsi di strumentazioni medicali e dispositivi medici, tenendo conto dell'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento.

10.2. Punto prelievi

Nella Cdc è garantito il servizio prelievi per le persone prese in carico. Tale funzione deve assicurare anche il servizio prelievi per i pazienti con problematiche cliniche non urgenti gestiti dagli ambulatori di cure primarie.

Il servizio prelievi, sulla base dei fabbisogni, può essere esteso anche a pazienti non in carico.

10.3. Ambulatori di Specialistica ambulatoriale

Le tipologie di attività **ambulatoriali specialistiche** declinabili presso la CdC hanno carattere:

- **di gestione della cronicità:** finalizzata a persone con patologie croniche in carico (agende dedicate a MMG/PLS e a persone in carico), a pazienti inseriti in percorsi definiti da PDTA specifici;
- **integrative della presa in carico ADI** con la finalità di permettere valutazioni e rivalutazioni specialistiche alle persone già in carico. Tale attività è realizzata su richiesta del MMG ed ha l'obiettivo di evitare accessi ospedalieri, anche solo ambulatoriali, rendendo il domicilio il luogo di cura privilegiato;
- di primo accesso, *follow up*. e controllo.

Anche in questo caso la tipologia di servizio, primariamente attivato per la gestione della cronicità e di supporto all'ADI, può essere estesa a valutazioni di primo accesso e di *follow up* sulla base dell'analisi dei fabbisogni e dell'offerta complessivamente disponibile per l'ambito di riferimento, anche in rapporto alla tipologia di disciplina interessata.

La regolamentazione delle funzioni di assistenza specialistica per le varie discipline deve prevedere la disponibilità di tali funzioni, almeno per le patologie ad alta prevalenza, per l'intero ciclo di apertura dei servizi di assistenza delle CdC (nel caso delle CdC hub, sulle 24 ore), anche per mezzo di servizi di telemedicina.

11. STANDARD TECNOLOGICI CASA DELLA COMUNITÀ

L'adozione di tecnologie e dispositivi associata alla telemedicina nelle CdC Hub deve permettere a tutti i professionisti di garantire:

- monitoraggio del paziente con soluzioni multidisciplinari;
- follow up delle condizioni croniche;
- individuazione precoce di eventi avversi;
- diagnostica avanzata anche a domicilio del paziente;
- maggiore capillarità per l'esecuzione di esami diagnostici di primo e secondo livello;
- possibilità di eseguire in sede il completamento dell'iter diagnostico e l'esecuzione dei controlli per il follow up con conseguente riduzione dei tempi di attesa.

Di seguito viene riportato l'elenco di dispositivi che può essere utilizzato in tutte le branche specialistiche e di cui dovranno dotarsi le CdC *hub*. La dotazione di tali dispositivi dovrà essere adeguata in termini di tipologia e quantità in relazione alla specificità dell'attività svolta.

Ogni CdC ..deve essere dotata di un carrello di emergenza che deve contenere l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base (pallone autoespansibile, corredato di maschere facciali e cannule orofaringee, sfigmomanometro e fonendoscopio, laccio emostatico, siringhe e farmaci di pronto intervento, materiale per medicazione e kit per suture) e, nel caso in cui vengano effettuate ricerche diagnostiche con manovre complesse, un monitor multiparametrico (per monitoraggio ECG e parametri vitali), defibrillatore semiautomatico (Area non diagnostica) e pulsossimetro.

Gli ambulatori devono essere dotati della seguente strumentazione:

- Sfigmomanometro digitale;
- Saturimetro;
- Glucometro;
- Bilancia con altimetro per il calcolo del BMI e dotata di impedenzometria;
- Metro per la misurazione delle circonferenze
- Martelletto per riflessi neurologici

Ogni macroarea o livello (piano) della CdC deve essere dotata di:

- Elettrocardiografo minimo 12 derivazioni
- Monitor-defibrillatore
- Frigorifero per farmaci

Inoltre, ai fini, dello sviluppo delle attività ambulatoriali anche finalizzate alla presa in carico della cronicità, ogni CdC hub deve garantire la presenza della seguente strumentazione diagnostica:

- ecografo;
- elettrocardiografo con 12 derivazioni;
- event recorder;
- holter pressorio PA;
- holter cardiaco;
- retinoscopio;
- dermatoscopio;
- PoCT;
- OCT;
- pulsossimetro;
- spirometro.

Inoltre si rappresenta che nella CdC può essere presente ogni altro dispositivo medico, strumentazione diagnostica e per immagini, nonché medicale ritenuta necessaria all'erogazione del servizio.

12. DATI CLINICI, FSE E INTEROPERABILITÀ

I dati clinici sono rilevati su schede individuali informatizzate (Cartella Utente 4.0) e ove non disponibili, cartacee; vi hanno accesso gli operatori che prendono in cura direttamente i pazienti, nel rispetto degli obblighi in materia di tutela nel trattamento dei dati e sicurezza dei sistemi informativi.

Al fine di garantire un sistema integrato di interventi è necessaria, inoltre, un'adeguata integrazione

operativa e informativa delle informazioni a disposizione dei servizi sanitari e sociali, per evitare la duplicazione dell'attività di raccolta e limitando le richieste di dati ai cittadini alle informazioni non già in possesso ai servizi. In questa prospettiva di riutilizzo e condivisione dei dati, attraverso successivi atti regionali è promosso un percorso di analisi dei processi finalizzato ad affrontare le criticità finora rilevate riguardanti la privacy e il consenso informato, con l'obiettivo di realizzare l'interoperabilità e cooperazione applicativa dei sistemi informativi in uso presso i Distretti sanitari e i Servizi sociali.

13. DOCUMENTAZIONE INTERNA ORGANIZZATIVA (PROCEDURE)

Per ogni CdC è redatta la carta dei servizi e sono disponibili almeno le seguenti procedure:

- Prevenzione del rischio clinico
- Gestione eventuali urgenze
- Gestione dei percorsi di continuità di cura assistenziale per pazienti cronici e fragili
- Procedure previste dall'accreditamento dei servizi domiciliari e distrettuali
- Gestione documentazione clinica
- Pianificazione e attuazione di interventi di promozione della salute e prevenzione primaria
- Modalità di attivazione rapida del 112
- Modalità di attivazione del trasporto sanitario
- Modalità di collegamento (anche tramite il teleconsulto) con l'ospedale di riferimento
- Gestione e formazione continua del personale della Casa di Comunità
- Raccolta e risposta ai reclami
- Gestione integrata del Punto unico di accesso e dell'Unità di valutazione multidimensionale.

14. MONITORAGGIO E FLUSSO INFORMATIVO

Le attività di monitoraggio e il flusso informativo saranno stabilite con atto della Direzione centrale regionale competente.

15. COMUNICAZIONE ALLA CITTADINANZA

L'Azienda sanitaria e il Servizio Sociale di competenza informano diffusamente la cittadinanza del bacino di utenza della CdC dell'avvenuta attivazione e dei servizi che vi operano. Il responsabile della CdC organizza, avvalendosi del Comitato per la Partecipazione, incontri interni alla stessa struttura con le diverse espressioni della Comunità locale a fini informativi, formativi (in particolare sui temi della prevenzione e dei percorsi assistenziali) e partecipativi.

16. FORMAZIONE DEL PERSONALE

Il personale operante nella CdC viene formato alla presa in carico del paziente ed al lavoro di equipe multiprofessionale nell'ambito del modello di assistenza primaria stabilito dal DM 77/2022. Il personale medico ed infermieristico dispone delle competenze professionali adeguate anche a fornire risposte a situazioni cliniche non differibili e condizioni cliniche di bassa complessità.

Tali figure devono possedere tali competenze o ove necessario integrarle, ad esempio mediante formazione sulle più comuni criticità cliniche trattabili in ambito extra ospedaliero e sulle tecniche BLS (corso obbligatorio). È da favorire il ricorso, ove possibile, anche ad infermieri con esperienza di primo soccorso o di pronto soccorso. Almeno un infermiere per ogni turno diurno è in possesso della qualificazione regionale o del master universitario per IFoC.

Il personale operante nella macroarea di assistenza di prossimità, in rapporto all'attività da svolgere, viene formato in merito alle pratiche di integrazione operativa delle competenze e conoscenze sanitarie e sociali, nonché alle pratiche di attivazione e ingaggio della comunità e delle persone. Attenzione particolare deve essere rivolta alla strutturazione di percorsi di formazione integrata diretta alla definizione dei linguaggi e degli strumenti di valutazione, di intervento e di reportistica per la verifica degli esiti di salute nell'integrazione sociosanitaria

17. RUOLI E RESPONSABILITA'

Sono previsti i seguenti ruoli di responsabilità:

- Il Direttore di Distretto designa il responsabile organizzativo della Casa della Comunità, con competenze gestionali ed organizzative, che coordina funzionalmente l'andamento operativo delle attività di tutti i professionisti operanti, coinvolge la comunità e le associazioni.
- Il Direttore di Distretto, sentito il Direttore dei SSC, istituisce un Gruppo di coordinamento composto dal responsabile organizzativo, il coordinatore infermieristico (ove non coincida con il responsabile organizzativo), una rappresentanza del SSC individuata dal Direttore del SSC, il coordinatore di UCCP, il referente dell'AFT o, nelle more della partecipazione di tali forme organizzative, un medico del ruolo unico di assistenza primaria operante nella CdC.

Il Gruppo di coordinamento si riunisce periodicamente e comunque almeno una volta al mese per valutare l'andamento delle attività e apportare o, ove necessario, proporre al Direttore di Distretto le azioni correttive e migliorative per la buona funzionalità della struttura.

18. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA DI RIFERIMENTO

1. AGENAS. Documento di indirizzo per il metaprogetto della Casa delle Comunità. I quaderni di Monitor 2022
2. AGENAS. Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle case della comunità hub. 2024
3. Cunningham S, Taylor BJ, Murphy A. Standards in Regulating Quality of Adult Community Health and Social Care: Systematic Narrative Review. J Evid Based Soc Work (2019). 2020 Jul-Aug;17(4):457-468. doi: 10.1080/26408066.2020.1770647. Epub 2020 Jun 5. PMID: 32498667.
4. DGR Regione FVG n. 659/2024: "DGR 1484/2022, art.1, comma 5 e DM 77/2022. Documento infermiere di famiglia o comunità: il modello assistenziale in Friuli-Venezia Giulia – policy Regionale. Aggiornamento"
5. DGR Regione Friuli Venezia Giulia n. 2042/2022: "PNRR M6. DM 77/2022. "Programma regionale dell'assistenza territoriale."
6. DGR Regione Friuli Venezia Giulia n. 1864/2024 "Atto di programmazione sull'istituzione delle forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei Medici alle

- forme organizzative multiprofessionali (UCCP) ai sensi degli Accordi Collettivi Nazionali della Medicina Convenzionata triennio 2019-2021. Approvazione definitiva”
7. Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77, di adozione del Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
 8. Flemming J, Armijo-Olivo S, Dennett L, Lapointe P, Robertson D, Wang J, Ohinmaa A. Enhanced Home Care Interventions for Community Residing Adults Compared With Usual Care on Health and Cost-effectiveness Outcomes: A Systematic Review. *Am J Phys Med Rehabil.* 2021 Sep 1;100(9):906-917
 9. Nagel DA, Keeping-Burke L, Shamputa IC. Concept Analysis and Proposed Definition of Community Health Center. *J Prim Care Community Health.* 2021 Jan-Dec;12:21501327211046436.
 10. NICE guideline. Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities. Published: 4/03/2016. Ultimo accesso al sito 11/12/2023 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44>
 11. Senkubuge F, Modisenyane M, Bishaw T. Strengthening health systems by health sector reforms. *Glob Health Action.* 2014 Feb 13;7:23568.
 12. Senn N, Breton M, Ebert ST, Lamoureux-Lamarche C, Lévesque JF. Assessing primary care organization and performance: Literature synthesis and proposition of a consolidated framework. *Health Policy.* 2021 Feb;125(2):160-167.
 13. Simmons A, Reynolds RC, Swinburn B. Defining community capacity building: is it possible? *Prev Med.* 2011 Mar-Apr;52(3-4):193-9. doi: 10.1016/j.ypmed.2011.02.003. Epub 2011 Feb 12. PMID: 21320524.
 14. Stockton DA, Fowler C, Debono D, Travaglia J. World Health Organization building blocks in rural community health services: An integrative review. *Health Sci Rep.* 2021 Mar 9;4(2):e254.
 15. WHO Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. 28 February 2022.
 16. WHO. Guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. World Health Organization 2018. Ultimo accesso al sito 11/12/23 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/275474/9789241550369-eng.pdf?sequence=1>
 17. World Health Organization (2007) Geneva: World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Ultimo accesso al sito 12/05/25 https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43918/9789241596077_eng.pdf?sequence=1.
 18. World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE