



Programma Regionale dell'Assistenza Territoriale

(ex art. 1, comma 2, del decreto del Ministero Salute 23 maggio 2022, n. 77

– Modelli e standard per lo sviluppo

dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale -)

Sommario

1	INTRODUZIONE	1
2	ANALISI DI CONTESTO. BISOGNI DI SALUTE NEL TERRITORIO REGIONALE.....	2
2.1	Analisi demografica e dello stato di salute della popolazione del Friuli Venezia Giulia.....	2
a)	Analisi demografica	2
b)	Stato di salute e utilizzo dei servizi territoriali	7
2.2	Attuale organizzazione dell'assistenza territoriale.....	13
2.2.1	La capillarità dell'offerta	14
2.2.2	Lo sviluppo dell'assistenza domiciliare.....	14
2.2.3	Le cure intermedie	15
3	RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE	17
3.1	I principi dell'assistenza territoriale	17
3.2	Il Distretto. Organizzazione e funzionamento.....	18
3.2.1	Le nuove forme organizzative dell'Assistenza primaria	20
4	IL NUOVO MODELLO DI ASSISTENZA TERRITORIALE IN ATTUAZIONE DEL DM 77/2022	21
4.1	La Casa della Comunità.....	21
4.1.1	Modello Hub and Spoke delle Case della Comunità	21
4.1.2	I Punti Salute di Comunità (PSC).....	23
4.1.1	La Casa della Comunità nella rete territoriale.....	24
4.1.2	Funzioni della Casa della comunità e sue aree organizzative.....	24
4.1.3	Il Punto unico di accesso (PUA)	27
4.2	L'infermiere di famiglia o di comunità.....	28
4.3	Strumenti di telemedicina	29
4.3.1	Metodologie di implementazione della Piattaforma di Telemedicina	29
4.4	L'assistenza domiciliare	30
4.5	La Centrale operativa territoriale (COT)	32
4.5.1	La COT. Le funzioni, l'organizzazione e i processi.....	32
4.5.2	I sistemi informativi a supporto delle COT.....	35
4.6	La Centrale operativa 116117	37
4.7	Le Unità di continuità assistenziale (UCA)	37
4.8	La Rete delle cure palliative.....	38
4.8.1	La Rete regionale di terapia del dolore e cure palliative pediatriche.....	38
4.9	I Consultori familiari	39
4.10	Il Dipartimento di prevenzione.....	39
4.11	Ospedale di Comunità e cure intermedie.....	41
4.11.1	La tipologia di utenti dell'Ospedale di Comunità	42

4.11.2	Modalità di accesso.....	42
4.11.3	Livelli di assistenza.....	42
4.11.4	Livelli di responsabilità nell'OdC	42
5	INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E COORDINAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI NON DELINEATI NEL DM 77/2022.....	43
6	FABBISOGNI DI PERSONALE PER IL FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI E PIANI DI FORMAZIONE.....	44
6.1	Il fabbisogno di risorse umane	44
6.2	Piano della formazione	48
6.2.1	Formazione direttori di distretto	48
6.2.2	Formazione dell'IFoC.....	49
7	SINTESI DELLE AZIONI E CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ	49
8	MODALITA' DI GOVERNO E MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI RIORGANIZZAZIONE.....	55
	ELENCO DEGLI ACRONIMI.....	56

1 INTRODUZIONE

Nell'ambito della Missione 6 (Salute) - Componente 1 (Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale) del PNRR gli interventi da realizzare a livello nazionale riguardano i seguenti Investimenti:

1.1 - Case della Comunità e presa in carico della persona

1.2 - Casa come primo luogo di cura e telemedicina (sub investimenti COT, interconnessione Aziendale, Device)

1.3 - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture così definite:

- Casa della Comunità quale sede di integrazione dei professionisti che lavorano nel percorso di cura del paziente e quindi quale strumento di lavoro multiprofessionale. La casa della comunità inserita in un contesto di circa 50.000 abitanti, al netto delle deroghe legate ai contesti orogeografici, rappresenta la sede in cui l'organizzazione incontra il cittadino attraverso la facilità di accesso, attraverso i servizi erogati e attraverso i percorsi di partecipazione della comunità ed è esattamente questa forma partecipativa che permette il passaggio, culturale ed operativo, da casa della salute a casa della comunità.

Nella casa della comunità le attività rivolte ai cittadini coprono il range delle azioni finalizzate a promuovere la salute, quindi azioni di prevenzione primaria, di educazione, di care management e di case management.

— le Centrali Operative Territoriali (COT) "una ogni 100.000 abitanti, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza urgenza";

— l'Ospedale di Comunità quale "struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata", dotata di moduli da indicativamente 20 posti letto (fino ad un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica.

Il decreto del 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 (DM 77) ha, in merito, approvato, declinandoli, gli standard da applicare all'assistenza territoriale nelle articolazioni già definite e che per la regione FVG prevede:

- 12 Centrali operative territoriali: standard 1: 100.000 abitanti
- 22 Casa della comunità Hub: standard 1:50.000 abitanti
- 281 posti letto per funzioni di Ospedale di Comunità secondo lo standard 0,2 pl per 1000 abitanti.

Nel DM 77 non è indicato uno standard demografico di bacino d'utenza per le case della comunità spoke, che rispondono a caratteristiche specifiche del territorio.

Il presente documento si inserisce nel quadro di azioni e indirizzi che la regione FVG si è data per lo sviluppo dell'assistenza territoriale in risposta agli investimenti previsti dal PNRR e in applicazione agli standard declinati nel DM77/2022 relativamente ai seguenti contenuti:

- Casa della Comunità (CdC),
- Ospedali di Comunità (OdC),
- Centrali Operative Territoriali (COT),
- attività dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFoC),
- Centrale Operativa 116117,
- Unità di Continuità Assistenziale (UCA)
- indirizzi in tema di transizione digitale previsti all'interno della Missione 6 Salute.

Il presente documento ha, inoltre, l'obiettivo di declinare:

- 1) I principi fondanti dell'assistenza territoriale
- 2) L'analisi del sistema organizzativo e di offerta attuale
- 3) La pianificazione degli interventi alla luce degli investimenti previsti dal PNRR e degli standard indicati nel DM 77/2022

4) La modalità di governo e monitoraggio delle azioni di riorganizzazione.

La finalità è quella di orientare le azioni verso una governance del sistema che risponda ai criteri di equità, qualità e appropriatezza attraverso:

- il consolidamento del ruolo del distretto come gestore della cronicità
- la pianificazione delle azioni di presa in carico secondo il principio dell'appropriatezza
- il valorizzare la transizione come processo di continuità nella filiera delle azioni
- lo sviluppo di una governance basata sul monitoraggio orientata agli esiti di salute della popolazione
- l'orientamento del sistema verso logiche di *population health management*
- la valorizzazione del modello basato sulla progettazione personalizzata quale strumento di integrazione tra professionisti e di partecipazione del cittadino al piano di cura.

Il presente documento, oltre alla cornice di inquadramento generale, è stato sviluppato secondo gli indirizzi previsti dal DM 77 e riporta l'architettura del sistema territoriale in applicazione degli standard previsti. Il documento ha valenza generale e necessiterà di approfondimenti successivi rispetto ad alcune tematiche a cui seguiranno provvedimenti specifici, in particolare, per: accreditamento, processi legati alla telemedicina, tematiche legate alle attività consultoriali e al mondo della salute dei giovani.

2 ANALISI DI CONTESTO. BISOGNI DI SALUTE NEL TERRITORIO REGIONALE

2.1 Analisi demografica e dello stato di salute della popolazione del Friuli Venezia Giulia

Il focus dell'analisi è stato orientato a:

- Analisi demografica
- Stato di salute della popolazione
- Utilizzo dei sistemi sanitari

a) Analisi demografica

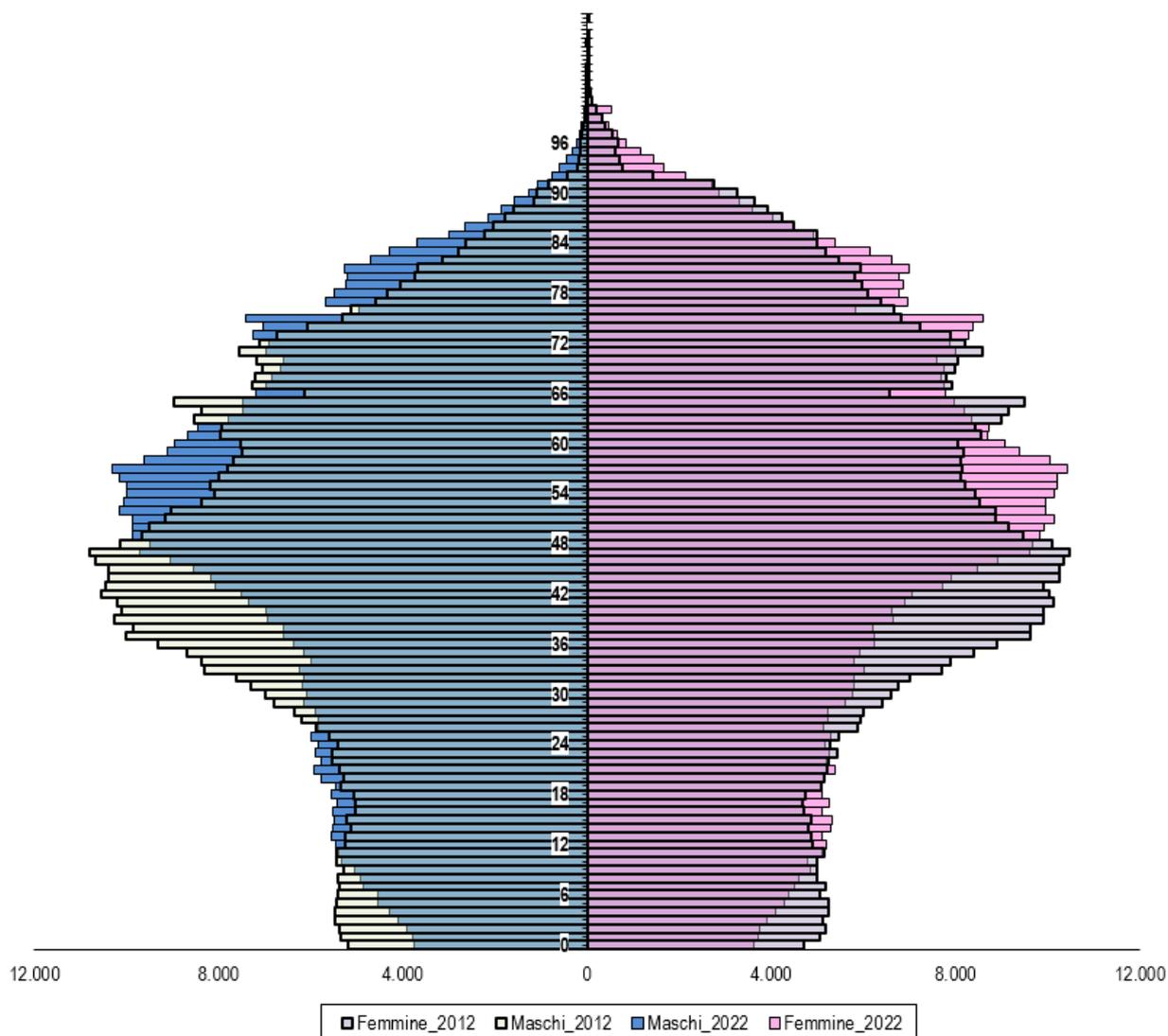
Il Friuli Venezia Giulia ha una popolazione di 1.192.295 abitanti, distribuiti su un territorio molto ampio con una superficie complessiva di 7.932,5 kmq, suddivisa in 215 comuni le cui dimensioni hanno un'ampia variabilità sia in termini di popolazione che di superficie. La densità abitativa è pari a 152,7 abitanti per kmq con un'ampia variabilità tra le aree montane che rappresentano il 43% dell'intera superficie regionale, e il resto della regione.

Tabella 1 - Popolazione residente in Friuli Venezia Giulia al 01.01.2022: dettaglio per provincia e genere

Provincia	Maschi	Femmine	Totale
Udine	251.614	266.234	517.848
Gorizia	68.557	70.109	138.666
Trieste	111.118	119.505	230.623
Pordenone	152.736	157.422	310.158
<i>Totale FVG</i>	<i>584.025</i>	<i>613.270</i>	<i>1.197.295</i>

Dal punto di vista demografico i dati evidenziano come dal 2012 al 2022 ci sia stato uno spostamento significativo delle piramidi di età verso le classi di età più anziane: i nati sono via via sempre meno numerosi e l'allungamento della vita, associato al boom demografico del secondo dopoguerra si vede in modo evidente nell'allungamento delle barre dei grandi anziani, come esposto nella seguente Figura 1:

Figura 1 -Piramidi età Friuli Venezia Giulia al 01.01.2012 e al 01.01.2022 a confronto



Nelle tabelle successive si riportano i dati relativi alle nascite (Tabella 2) e ai decessi; si evidenzia come l'andamento temporale delle nascite sia in costante calo nell'ultimo decennio, mentre i decessi, sostanzialmente stabili fino al 2019 hanno subito un brusco aumento, pari a circa il 13,5% nel 2020 rispetto alla media del quinquennio precedente e del 17% nel 2021 (Tabella 3).

Tabella 2 - Nati residenti in Friuli Venezia Giulia 2011-2021

ANNO	PROVINCIA				Totale FVG
	Udine	Gorizia	Trieste	Pordenone	
2011	4.108	870	1.700	2.944	9.622
2012	4.190	931	1.724	2.734	9.579
2013	4.039	854	1.574	2.717	9.184
2014	3.914	939	1.590	2.700	9.143
2015	3.628	1.001	1.470	2.471	8.570
2016	3.573	955	1.493	2.449	8.470
2017	3.362	952	1.481	2.319	8.114
2018	3.244	893	1.437	2.249	7.823
2019	3.107	841	1.360	2.206	7.514
2020	3.097	892	1.364	2.081	7.434
2021	3.008	785	1.273	2.071	7.137

Fonte dati: demo.istat.it per il periodo 2011-2020, Repository Epidemiologico Regionale + Mobilità extraregionale per l'anno 2021

Fonte: demo.istat.it

Tabella 3 - Decessi di soggetti residenti in Friuli Venezia Giulia 2011-2021

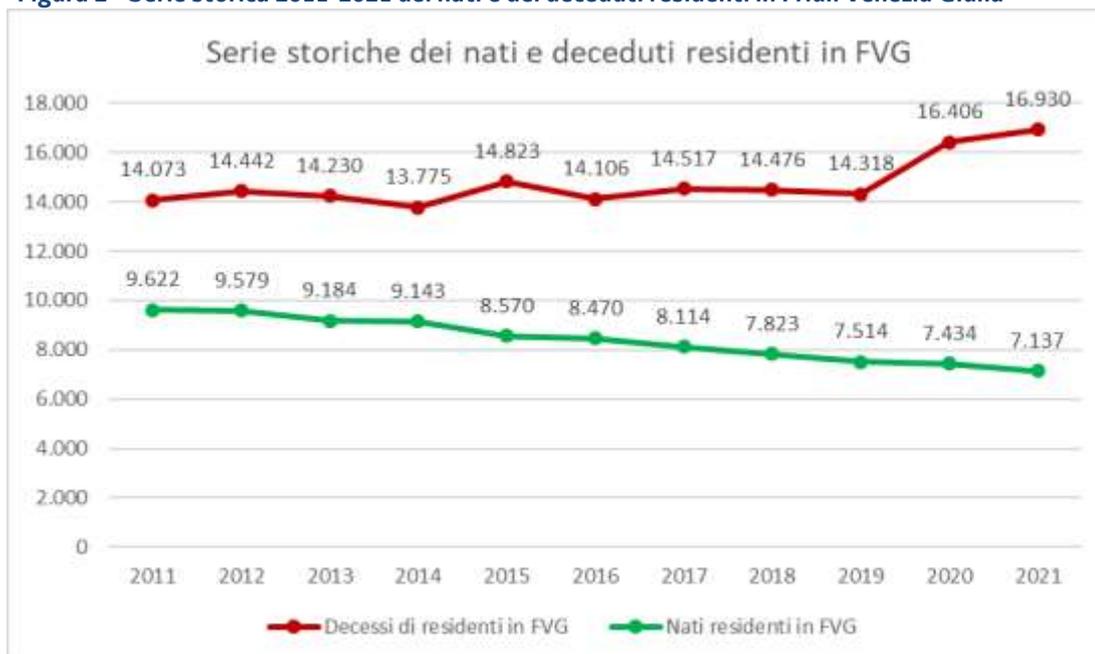
ANNO	PROVINCIA				Totale FVG
	Udine	Gorizia	Trieste	Pordenone	
2011	6.050	1.682	3.381	2.960	14.073
2012	6.157	1.749	3.471	3.065	14.442
2013	6.165	1.742	3.322	3.001	14.230
2014	6.029	1.695	3.172	2.879	13.775
2015	6.418	1.821	3.436	3.148	14.823
2016	6.038	1.814	3.229	3.025	14.106
2017	6.297	1.758	3.287	3.175	14.517
2018	6.202	1.817	3.214	3.243	14.476
2019	6.238	1.771	3.212	3.097	14.318
2020	7.077	1.957	3.665	3.707	16.406
2021	7.527	1.972	3.668	3.763	16.930

I dati sui decessi subiscono in modo significativo l'effetto della pandemia al pari quanto accaduto nel resto d'Italia (eccesso di mortalità in Italia nell'anno 2020 vs quinquennio 2015-2019 pari 15.6% - Fonte ISTAT).

La popolazione ultra65enne è il 26.7% della popolazione complessiva.

In Figura 2 è rappresentata la serie storica dei nati e dei deceduti ed evidenzia l'andamento contrario tra i due trend, delineando un progressivo allargamento della forbice.

Figura 2 - Serie storica 2011-2021 dei nati e dei deceduti residenti in Friuli Venezia Giulia



In Figura 3 si riportano le previsioni demografiche di Istat a 10 anni (considerato lo scenario mediano) che presentano un trend in continuo calo per la popolazione regionale. Su questo dato influiscono i seguenti determinanti: la bassa natalità e l'inversione di tendenza sull'aspettativa di vita, in leggera diminuzione (Tabella 4 e Tabella 5).

Figura 3 -Previsioni demografiche 2023-2033 per il Friuli Venezia Giulia

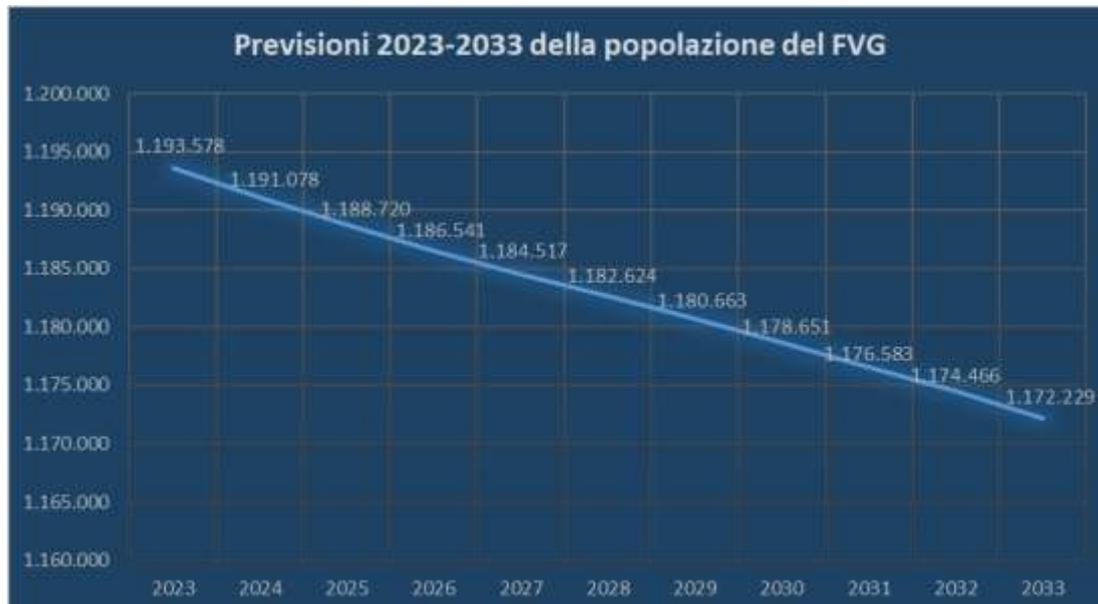


Tabella 4 - Speranza di vita alla nascita per genere 2019-2021

	Maschi			Femmine			Totale		
	2019	2020	2021*	2019	2020	2021*	2019	2020	2021*
Pordenone	82,6	80,7	80,3	86,3	85,7	85,8	84,4	83,2	83,0
Udine	81,3	80,6	79,5	86,0	85,0	84,4	83,6	82,8	81,9
Gorizia	80,7	80,0	79,7	85,4	84,8	84,6	83,0	82,3	82,1
Trieste	80,6	79,9	79,5	85,4	84,7	84,6	83,0	82,2	82,0
Friuli-Venezia Giulia	81,3	80,3	79,6	85,8	85,1	84,8	83,5	82,6	82,1
NORD-EST	81,7	80,5	80,8	85,9	85,1	85,3	83,8	82,7	83,0
ITALIA	81,1	79,8	80,1	85,4	84,5	84,7	83,2	82,1	82,4

Fonte: demo.istat.it

*Stima

Tabella 5 - Speranza di vita a 65 anni per genere 2019-2021

	Maschi			Femmine			Totale		
	2019	2020	2021*	2019	2020	2021*	2019	2020	2021*
Pordenone	20,4	18,6	18,5	23,5	22,8	22,7	21,9	20,7	20,6
Udine	19,6	18,6	17,8	23,1	22,3	21,7	21,4	20,4	19,8
Gorizia	19,0	18,6	18,3	23,0	22,1	22,1	21,0	20,4	20,2
Trieste	19,3	18,2	17,9	22,7	21,8	21,7	21,0	20,0	19,8
Friuli-Venezia Giulia	19,6	18,5	18,0	23,0	22,2	21,9	21,3	20,4	20,0
NORD-EST	19,9	18,6	19,0	23	22,1	22,4	21,4	20,4	20,7
ITALIA	19,4	18,3	18,6	22,6	21,7	21,9	21,0	20,0	20,3

Fonte: demo.istat.it

*Stima

Rispetto alla speranza di vita alla nascita e a 65 anni (tab. 4a e 4b), nella Regione Friuli Venezia Giulia si registra un calo sia tra il 2019 e il 2020 che tra il 2020 e il 2021, tale diminuzione vede coinvolti entrambi i generi e tutte le province regionali. Il confronto con il dato nazionale e con la ripartizione del Nord Est evidenzia un andamento sostanzialmente omogeneo tra il 2019 e il 2020, mentre nell'anno 2021 sia l'area nord est (di cui la Regione Friuli Venezia Giulia fa parte e contribuisce a determinarne il valore) che l'Italia nella sua interezza rilevano una lieve crescita dei valori che tuttavia non ripositiona la speranza di vita ai livelli 2019.

Di seguito, nella Tabella 6 vengono rappresentati gli indicatori di struttura della popolazione degli anni 2020, 2021 e una stima dell'anno 2022.

Tabella 6 - Indicatori di struttura della popolazione 2020-2022

Provincia/Regione	Indicatori di struttura della popolazione al 01 gennaio											
	2020				2021				2022*			
	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
Pordenone	59,8	38,8	184,2	46,2	59,6	38,9	187,3	46,4	59,5	39,1	191,6	46,5
Udine	62,0	43,3	232,2	48,1	62,2	43,7	237,2	48,3	62,1	44,0	242,9	48,4
Gorizia	62,8	43,7	228,8	48,1	62,0	43,3	231,2	48,2	61,5	43,1	234,3	48,2
Trieste	65,9	47,9	266,2	49,2	65,1	47,3	265,0	49,1	64,7	47,0	265,5	49,1
Friuli-Venezia Giulia	62,2	43,0	224,1	47,8	62,0	43,1	227,1	47,9	61,8	43,2	231,2	48,1
NORD-EST	58,2	37,6	182,7	46,1	57,9	37,7	185,7	46,3	58,0	38,0	190,5	46,5
ITALIA	56,7	36,4	179,4	45,7	57,3	37,0	182,6	45,9	57,5	37,5	187,9	46,2

Fonte: demo.istat.it

*Stima

Dai dati illustrati dalla Tabella 6 emerge, in linea generale, che la Regione Friuli Venezia Giulia ha una struttura di popolazione significativamente diversa sia dalla media nazionale che dalla ripartizione del Nord est.

La popolazione regionale si contraddistingue per un'età media più elevata di quella italiana e di quella del Nord est, anche se con delle diversità interne importanti: Pordenone si conferma la provincia con un'età media più giovane e Trieste quella con l'età media più alta. Gli indici di struttura della popolazione avvalorano quanto già illustrato nel confronto tra le piramidi delle età mettendo in evidenza l'assenza del ricambio generazionale: la popolazione in età non attiva è circa del 60% più numerosa di quella in età da lavoro, anche in questo caso il dato regionale è superiore al confronto nazionale e di ripartizione. L'indice di vecchiaia mostra che la popolazione over 65 è più del doppio di quella pediatrica.

Per una migliore comprensione degli indicatori di struttura si riportano di seguito le formule di calcolo:

- indice di dipendenza strutturale: $(\text{pop. } 0-14+ \text{ pop. over } 65)/(\text{pop } 15-64) \times 100$
- indice di dipendenza anziani: $(\text{pop. over } 65)/(\text{pop. } 15-64) \times 100$
- indice di vecchiaia $(\text{pop } 65+/\text{pop. } 0-14 \times 100)$

b) Stato di salute e utilizzo dei servizi territoriali

L'indagine ISTAT multiscopo offre annualmente, tra le varie informazioni raccolte, la possibilità di avere un quadro rappresentativo dello stato di salute percepito o riferito dal campione intervistato.

Di seguito nella tabella 6 si riportano i risultati degli anni 2020 e 2021 relativamente alla prevalenza di persone con patologie croniche la percezione dello stato di salute della popolazione intervistata.

Tabella 7 - Prevalenza percentuale di persone con patologie croniche e percezione dello stato di salute

AREA RESIDENZA	ANNO	% di persone in buona salute	% di persone con almeno una malattia cronica	% di persone con almeno due malattie croniche	% di persone con malattie croniche in buona salute
Friuli Venezia Giulia	2020	73,6	42	19,8	53,6
Nord- Est	2020	74,2	41,2	20	52,3
Italia	2020	72	40,9	20,8	47,3

Friuli Venezia Giulia	2021	70,3	41,5	21,4	46,6
Nord- Est	2021	71,5	39,1	19,4	47,7
Italia	2021	71,1	39,9	20,9	46

Fonte: Indagine Multiscopo Istat

Tra il 2020 e il 2021 la percentuale di persone che si sentono in una condizione di buona salute è diminuita sia in regione che nel resto d'Italia: il Friuli Venezia Giulia mantiene comunque una percentuale più elevata di questi soggetti, anche se la percentuale di malati cronici che presenta un buon stato di salute è diminuita in modo più sensibile rispetto alle altre due aree di confronto (Nord Est e Italia).

Nella Tabella 8 è rappresentata la prevalenza di alcune patologie croniche della popolazione, il dato rappresentato deriva, come in precedenza, dai risultati dell'indagine multiscopo Istat.

Tabella 8 - Prevalenza percentuale di alcune patologie croniche nella popolazione

AREA RESIDENZA	ANNO	% persone affette da diabete	% persone affette da ipertensione	% persone affette da bronchite cronica	% persone affette da artrosi, artrite	% persone affette da osteoporosi	% persone affette da malattie del cuore	% persone affette da malattie allergiche	% persone affette da disturbi nervosi	% persone affette da ulcera gastrica o duodenale
Friuli Venezia Giulia	2020	5,5	18,3	5,8	15,7	7	4,5	11,6	4,1	2,3
Nord- Est	2020	5,3	17,4	5,6	14,3	6,8	4,1	11,9	4,6	2,4
Italia	2020	5,9	18,3	5,8	14,7	8,1	4,2	11,6	4,7	2,4

Friuli Venezia Giulia	2021	5,7	19,5	5,4	16,4	6,5	4,2	11,4	4,3	2,4
Nord- Est	2021	5,4	16,5	4,9	14,5	6,3	4,1	10,9	4,2	2,4
Italia	2021	6,3	18,8	5,7	14,8	7,8	4,3	11	4,6	2,2

Fonte: Indagine Multiscopo Istat

Riguardo la distribuzione delle patologie illustrate nella tab. 7 non si rilevano differenze significative tra i valori di prevalenza nei residenti del Friuli Venezia Giulia e quelli rilevati a livello nazionale o di circoscrizione, da segnalare comunque un leggero aumento tra 2020 e 2021 delle persone affette da ipertensione e quelle con artrosi/artrite. Riguardo le malattie croniche si riporta di seguito un focus sulla patologia diabetica. Nella Tabella 9 vengono riportati, oltre ai dati di prevalenza e prevalenza standardizzata, alcuni indicatori di aderenza terapeutica e il tasso di ospedalizzazione per complicanze a breve e a lungo termine, allo scopo di rappresentare non solo la variabilità presente in regione in termini di prevalenza, che potrebbe essere collegata anche alla capacità di intercettare i pazienti affetti da tale patologia, ma anche la variabilità regionale nella gestione del paziente cronico.

Tabella 9 - Distribuzione della patologia diabetica in Friuli Venezia Giulia

	CASI PREVALENTI al 31.12.2021	Prevalenza std x 100	% SOGGETTI ALTA ADERENZA TERAPEUTICA (>=80%)	% SOGGETTI MEDIA ADERENZA TERAPEUTICA (40%-80%)	%SOGGETTI BASSA ADERENZA TERAPEUTICA (< 40%)	Tasso di ospedalizzazione (std.per 100.000 ab.) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete
DISTRETTO DI RESIDENZA						
[5] DIS.N. 01 - SAN VITO AL TAGLIAMENTO	2.654	5,9	45,82	46,23	7,95	19,73
[5] DIS.N. 02 - MANIAGO	4.223	6,9	57,33	35,99	6,69	30,58
[5] DIS.N. 03 - SACILE	4.084	5,9	48,11	44,70	7,19	55,36
[5] DIS.N. 04 - AZZANO DECIMO	3.198	6,0	50,07	42,21	7,73	34,07
[5] DIS.N. 05 - PORDENONE	6.936	5,8	50,05	43,49	6,46	44,66
TOTALE ASFO	21.095	6,0	50,55	42,43	7,03	39,25
[6] DIS.N. 01 - SAN DANIELE	3.227	5,6	54,19	40,50	5,32	6,24
[6] DIS.N. 02 - TARENTO	2.842	5,7	59,48	36,79	3,73	9,68
[6] DIS.N. 03 - CIVIDALE DEL FRIULI	3.481	5,7	52,97	42,18	4,85	5,56
[6] DIS.N. 04 - CODROIPO	3.343	5,6	53,95	40,16	5,90	8,44
[6] DIS.N. 05 - UDINE	9.993	5,3	55,99	38,48	5,53	12,85
[6] DIS.N. 06 - CERVIGNANO DEL FRIULI	3.825	5,6	50,25	42,76	6,99	8,99
[6] DIS.N. 07 - LATISANA	3.451	5,5	50,63	43,53	5,84	16,13
[6] DIS.N. 08 - TOLMEZZO	2.836	6,0	63,60	32,63	3,77	11,18
[6] DIS.N. 09 - GEMONA DEL FRIULI	2.414	6,0	62,07	34,81	3,12	2,89
TOTALE ASUFC	35.412	5,6	55,47	39,32	5,22	10,13
[7] DIS.N. 01 - NORD OVEST - VIA STOCK	4.192	5,3	52,76	37,22	10,01	10,56
[7] DIS.N. 02 - SUD - VIA PIETA'	3.928	5,8	53,25	37,76	8,99	19,68
[7] DIS.N. 03 - EST - VALMAURA	5.549	6,9	62,30	31,84	5,86	12,03
[7] DIS.N. 04 - NORD - SAN GIOVANNI	4.375	6,3	56,79	36,18	7,03	6,13
[7] DIS.N. 05 - ALTO ISONTINO	4.564	5,5	53,89	39,41	6,70	1,39
[7] DIS.N. 06 - BASSO ISONTINO	5.625	6,6	52,17	40,25	7,59	15,66
TOTALE ASUGI	28.233	6,1	55,41	37,04	7,54	11,01
TOTALE FVG	84.740	5,9	54,01	39,36	6,46	17,46

Fonte: Registro Regionale del Diabete, Repository Epidemiologico Regionale

Analizzando i dati riportati nella Tabella 9 a livello di distretto sanitario di residenza, si evidenziano delle variazioni nella prevalenza dei soggetti affetti da diabete, che passano da percentuali al di sotto del 5,5% ad altri che sfiorano il 7%. I pazienti diabetici che seguono la terapia farmacologica in modo continuativa (<=80%) superano quasi ovunque il 50%, ma anche in questo caso l'elemento rilevante è rappresentato dall'ampia variabilità (valore minimo: 45,8%; valore massimo: 63,6%).

Anche nell'analisi del tasso di ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete si rilevano importanti variazioni: i residenti del territorio dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale hanno un tasso standardizzato di ospedalizzazione per complicanze notevolmente più alto del resto della Regione.

Riguardo le altre malattie croniche si riportano di seguito i tassi di ospedalizzazioni delle ulteriori principali patologie: Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) e Scompenso cardiaco. Questi indicatori misurano indirettamente la capacità di gestire sul territorio i pazienti affetti da tali patologie, pertanto, elevati tassi di ricovero dovrebbero corrispondere ad una maggiore difficoltà di presa in carico e gestione territoriale. Per completezza interpretativa va tuttavia segnalato che proprio per queste due patologie potrebbero esserci diversi criteri e modalità di codifica del ricovero ospedaliero fuorviando in questo modo l'interpretazione dei risultati. Tenuto conto delle osservazioni sopra riportate pertanto si rappresentano di seguito i dati articolati per distretto

Tabella 10 - Ospedalizzazioni per Broncopneumopatia Cronico Ostruttiva e Scompenso cardiaco

DISTRETTO DI RESIDENZA	Tasso di ospedalizzazione (std. per 100.000 ab.) per BPCO	Tasso di ospedalizzazione (std. per 100.000 ab.) per scompenso cardiaco
[5] DIS.N. 01 - SAN VITO AL TAGLIAMENTO	46,35	272,72
[5] DIS.N. 02 - MANIAGO	47,43	181,98
[5] DIS.N. 03 - SACILE	32,13	264,66
[5] DIS.N. 04 - AZZANO DECIMO	17,61	265,21
[5] DIS.N. 05 - PORDENONE	36,94	275,40
TOTALE ASFO	36,09	254,18
[6] DIS.N. 01 - SAN DANIELE	23,91	198,42
[6] DIS.N. 02 - TARCENTO	37,39	266,21
[6] DIS.N. 03 - CIVIDALE DEL FRIULI	21,67	244,02
[6] DIS.N. 04 - CODROIPO	31,63	225,81
[6] DIS.N. 05 - UDINE	40,81	235,43
[6] DIS.N. 06 - CERVIGNANO DEL FRIULI	13,34	232,39
[6] DIS.N. 07 - LATISANA	24,62	261,18
[6] DIS.N. 08 - TOLMEZZO	42,82	245,96
[6] DIS.N. 09 - GEMONA DEL FRIULI	37,35	193,32
TOTALE ASUFC	31,52	234,76
[7] DIS.N. 01 - NORD OVEST - VIA STOCK	19,82	212,87
[7] DIS.N. 02 - SUD - VIA PIETA'	40,47	205,06
[7] DIS.N. 03 - EST - VALMAURA	34,16	206,07
[7] DIS.N. 04 - NORD - SAN GIOVANNI	28,24	206,20
[7] DIS.N. 05 - ALTO ISONTINO	18,09	162,69
[7] DIS.N. 06 - BASSO ISONTINO	18,21	238,11
TOTALE ASUGI	25,98	207,10
TOTALE FVG	30,73	229,27

Analogamente a quanto accade per le ospedalizzazioni per complicanze dovute al diabete si rileva una notevole variabilità intra aziendale e interaziendale, che potrebbe rappresentare una diversa capacità di presa in carico e trattamento di tale patologia sul territorio.

In generale, riguardo la presa in carico dei pazienti sul territorio, di seguito vengono rappresentati di seguito i dati sulla percentuale di soggetti over 65enni assistiti a domicilio, sul tasso standardizzato over 65enni ammessi nelle attuali Residenze sanitarie assistenziali (RSA), sul tasso standardizzato di over 65enni ammessi in hospice e sul tasso standardizzato di ospedalizzazione per over 65enni (Tabella 11 e Figura 4, Figura 5, Figura 6, e Figura 7).

Sia i dati riportati in tabella che la rappresentazione geografica con dettaglio distrettuale evidenziano una rilevante variabilità del ricorso ai servizi territoriali per la specifica fascia di età degli over 65enni. Tale variabilità può rappresentare non solo una diversità nei percorsi e nelle modalità operative di gestione dei pazienti, ma anche una disomogeneità nei livelli di offerta a livello regionale. Gli anni 2020 e 2021 hanno inoltre fortemente risentito della gestione pandemica con degli effetti inversi nel ricorso alle strutture residenziali rispetto alla gestione domiciliare.

Tabella 11 - Indicatori di ricorso ai servizi di assistenza domiciliare, RSA, Hospice e ospedale

		ASFO	ASUFC	ASUGI	FVG
% di over 65a assistiti a domicilio	2019	11,64	11,88	11,57	11,72
	2020	12,31	12,41	12,23	12,32
	2021*	13,17	13,12	12,84	13,04
Tasso std over 65a ammessi in RSA (x1.000)	2019	19,56	25,56	29,63	25,55
	2020	14,53	18,7	19,63	18,07
	2021	15,49	17,92	20,33	18,18
Tasso std di over 65a ammessi in Hospice (x1.000)	2019	2,54	2,18	3,42	2,67
	2020	2,4	2,24	2,85	2,47
	2021	2,36	1,21	2,5	1,9
Tasso std di ospedalizzazione. per over 65a (x1.000)	2019	56,18	55,42	57,28	56,19
	2020	47,92	48,23	46,23	47,49
	2021	46,87	47,42	45,73	46,73

*stima

Figura 4 - Percentuale di soggetti ultra 65enni assistiti dall'Assistenza domiciliare per distretto di residenza -2021

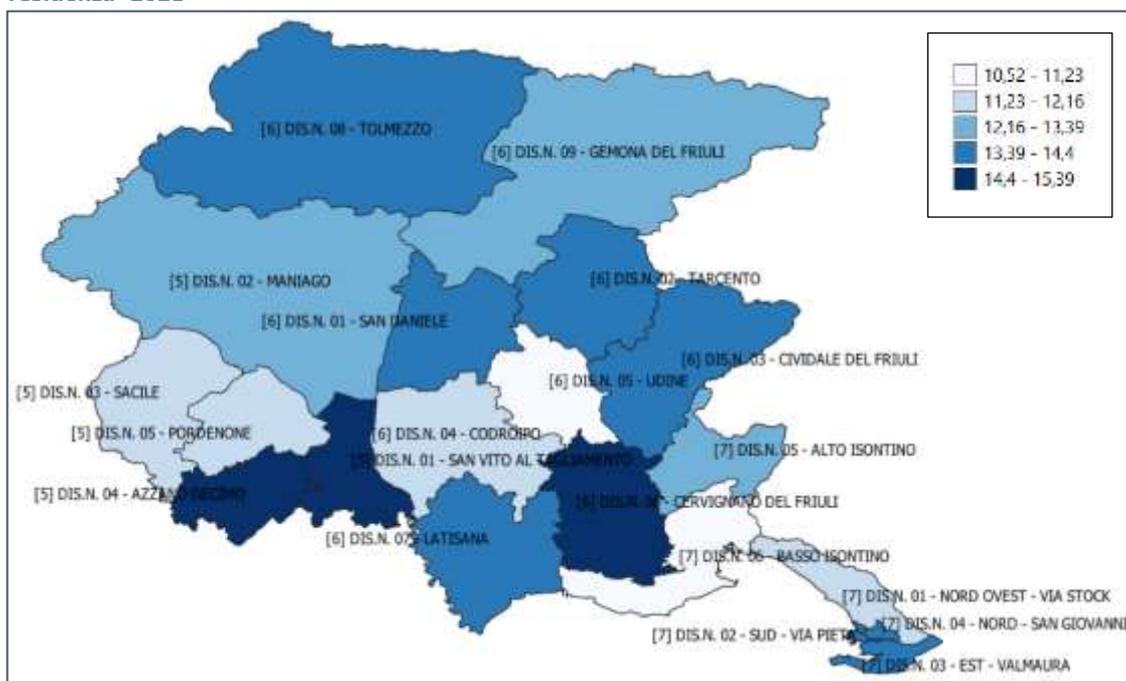


Figura 5 - Tasso standardizzato over 65enni ammessi nelle attuali Residenza sanitarie assistenziali (RSA) -2021

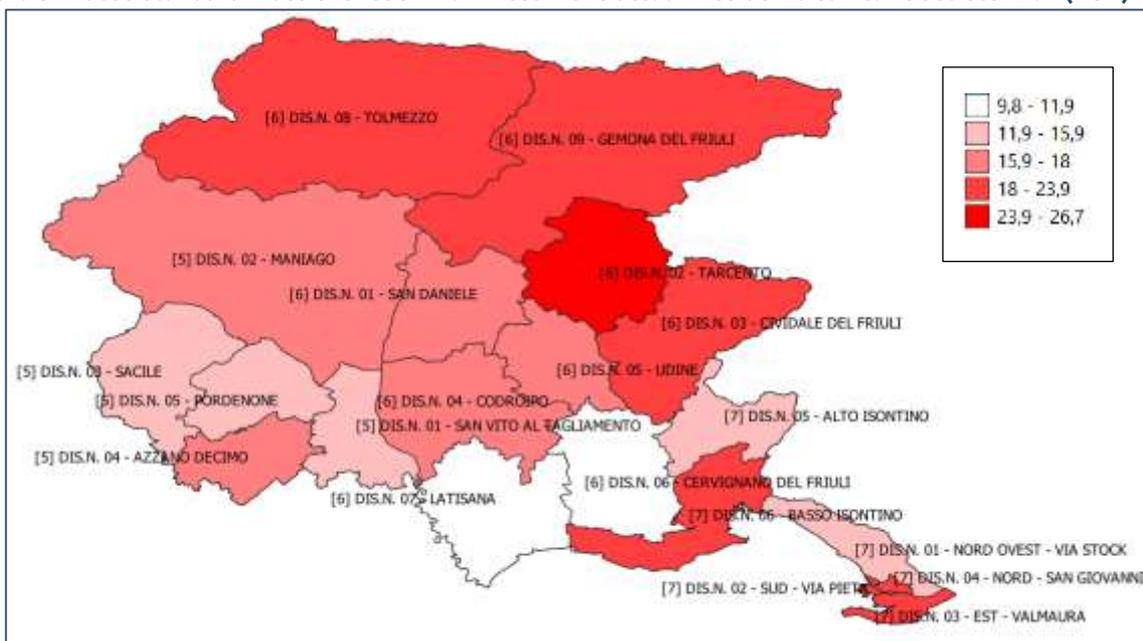
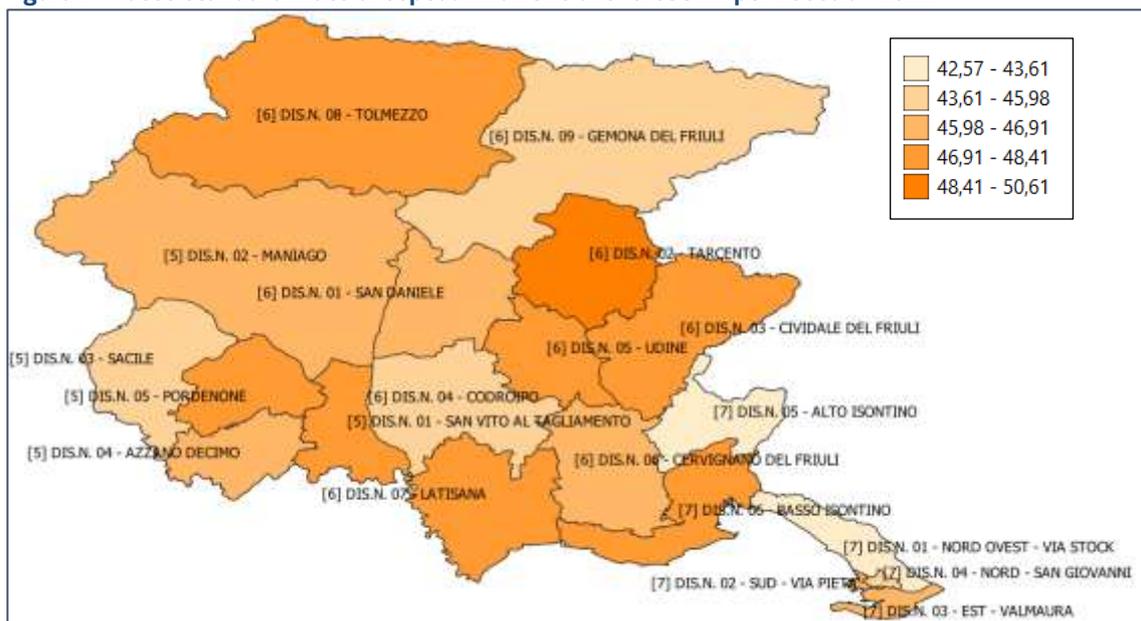


Figura 6 - Tasso standardizzato di over 65enni ammessi in hospice-2021



Figura 7 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione di over65enni per 1000ab - 2021



2.2 Attuale organizzazione dell'assistenza territoriale

Le caratteristiche oro geografiche del territorio e la tipologia dei bisogni di salute hanno orientato l'organizzazione territoriale del FVG secondo tre linee prevalenti di indirizzo:

- 1) Lo sviluppo della capillarità dell'offerta
- 2) Lo sviluppo dell'assistenza domiciliare
- 3) Lo sviluppo di un sistema residenziale di cure intermedie.

Questi tre livelli organizzativi sono attraversati da processi operativi orientati a:

- a) Dare al cittadino la possibilità di accedere ad una rete unitaria dei servizi attraverso lo sviluppo del punto unico di accesso.

Il punto unico di accesso è funzione di ogni distretto e raccoglie il bisogno del cittadino che vi può accedere personalmente, per il tramite del caregiver o attraverso la segnalazione del MMG. Il punto unico di accesso può essere attivato anche da altri servizi intra o extra aziendali

Una volta raccolta la segnalazione del cittadino, il percorso di valutazione avviene con modalità integrata con il servizio sociale dei comuni che, in alcuni contesti distrettuali è fisicamente presente nella sede del PUA, in altri è collegato funzionalmente attraverso modalità operative che attengono al lavoro di integrazione che nel tempo si è sviluppato attraverso il lavoro dei piani di zona. (Tabella 12).

Tabella 12 - Attuale distribuzione dei PUA nel territorio regionale

AZIENDA	POPOLAZIONE (al 01.01.2022)	DISTRETTI	PUA
ASUFC	517.848	9	9
ASUGI	369.289	6	8
ASFO	310.158	5	5
TOTALE	1.197.295	20	22

Le funzioni del PUA garantite in tutte le sedi distrettuali sono:

- assistenza e orientamento dell'utente all'uso della rete dei servizi socio sanitari attraverso l'ascolto e l'informazione
- risposta diretta ai bisogni semplici
- attivazione delle UVM nei casi complessi
- pianificazione e controllo della pianificazione assistenziale
- supporto alla stesura dei PAI.

- b) Realizzare una valutazione dei bisogni con modalità integrata e una progettazione individuale del percorso di cura: UVM e PAI.

Alla fase di segnalazione segue la fase di analisi/ decodifica che può avere due tipologie di esito: il bisogno semplice, a cui rispondere con una risposta monoprofessionale o un bisogno complesso che necessita di una risposta integrata da parte del sistema. In questo caso la modalità operativa di risposta è l'unità di valutazione multidimensionale e multiprofessionale (UVM) che, a seconda della tipologia di complessità, integra infermiere, assistente sociale, riabilitatore, medico o altri professionisti

L'UVM è, quindi, attivata in tutti i casi di bisogni socio-sanitari e sanitari complessi, con particolare riferimento ai soggetti fragili in condizione di dipendenza e non autosufficienza.

- c) Garantire la continuità della cura e la presa in carico.

Rientrano in questa dimensione tradizionalmente tutti i passaggi di setting, le dimissioni protette, gli accoglimenti in strutture per anziani, la transizione di età in alcune dimensioni quali la disabilità, il passaggio tra neuropsichiatria infantile e salute mentale e qualsiasi fase della vita della presa in carico in cui cambino gli attori principali del sistema.

Con il termine "dimissione protetta" si intende, quindi, l'insieme delle azioni che costituiscono il processo del passaggio dell'assistito da un ambito di cura ad un altro e che si applica a persone "fragili" per assicurare la continuità del percorso di cura ed assistenza.

In tutte le realtà distrettuali è attivo un protocollo di dimissione protetta ospedale e territorio che ha come target le dimissioni dei pazienti più fragili.

Il percorso prevede la segnalazione da parte dell'ospedale al punto unico di accesso del distretto di residenza, la valutazione da parte del distretto e la pianificazione della dimissione che può avere tre esiti: il domicilio protetto con l'attivazione di servizi domiciliari (SID, SAD, SRD), l'accesso alle cure intermedie, l'ingresso in struttura per anziani. Nel processo di pianificazione viene coinvolto il paziente, la famiglia, il caregiver e l'amministratore di sostegno/tutore legale.

2.2.1 La capillarità dell'offerta

Al fine di garantire una risposta sul territorio il più accessibile possibile, il sistema ha creato dei punti di erogazione di assistenza territoriale in cui avvicinarsi al cittadino attraverso la presenza del lavoro di equipe tra MMG, infermiere del territorio, assistente sociale.

A seconda delle caratteristiche socio demografiche sono stati creati dei modelli di offerta diversi, che hanno adattato lo schema professionale di base con il territorio di appartenenza.

2.2.2 Lo sviluppo dell'assistenza domiciliare

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 una espressione di bisogno formulata al PUA in fase di dimissione ospedaliera o di dimissione da cure intermedie o su indicazione del MMG.

L'attività domiciliare può essere mono professionale o integrata tra professionisti (infermiere, riabilitatore, medico, OSS) e i modelli organizzativi, le modalità erogative, gli strumenti sono omogenei nel contesto regionale

In una logica di potenziamento dell'assistenza domiciliare quale risorsa strategica l'evoluzione del paradigma dell'assistenza territoriale dovrà spingere sempre di più sul sistema di presa in carico, dove qualsiasi accesso domiciliare non è considerato una prestazione ma parte del processo di cura più esteso ai bisogni della persona che non necessariamente sono sempre espressi. Quindi la sfida non è enucleare le prestazioni semplici, ma rendere qualsiasi accesso momento di presa in carico, nell'ottica del *Chronic care model*.

Il principio culturale è che un paziente che ha bisogno di un accesso infermieristico o riabilitativo a domicilio è un paziente fragile ed in quanto tale deve essere preso in carico, monitorato rispetto al suo contesto di fragilità. Nel contesto della domiciliarità entrano anche tutti i percorsi legati al fondo di autonomia possibile i percorsi di abitare possibile e di domiciliarità innovativa.

In Tabella 13 si riportano i dati di attività stimati al 2021. (il dato è una stima relativa all'ultimo aggiornamento utilizzabile ovvero il 30/06/2021 a causa di modifiche del software gestionale).

Tabella 13 - Attività di assistenza domiciliare –2021

Popolazione Istat 01/01/2021	Soggetti over 65				%	
	Residenti	Residenti OVER 65	In ADI	CON PAI	In ADI	con PAI su resid
ASFO	310.634	75.637	9.364	4.311	12,4%	5,7%
ASUFC	521.117	140.517	17.546	7.595	12,5%	5,4%
ASUGI	369.816	103.243	12.847	6.731	12,4%	6,5%
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.201.567	319.397	39.757	18.637	12,4%	5,8%

*Stima

2.2.3 Le cure intermedie

La Regione FVG già con la legge regionale 13/1995 ha introdotto le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), quali strutture destinate a fornire assistenza continuativa ad elevato contenuto sanitario e a prevalente indirizzo riabilitativo a soggetti anziani non autosufficienti e a soggetti temporaneamente non autosufficienti, esclusi i minori, nonché a soggetti affetti da disabilità.

Negli anni sono state emanate una serie di norme che definivano le caratteristiche funzionali, edilizie e gestionali di queste strutture intermedie a gestione distrettuale. Successivamente con le leggi di riforma n.17 del 2014 "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria" e n.22 del 2019 "Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006" sono state definite le caratteristiche delle strutture intermedie presenti sul territorio regionale.

La legge 12 dicembre 2019, n. 22, "Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006", all'art. 20 chiarisce che le strutture per le cure intermedie svolgono una funzione intermedia tra l'assistenza ospedaliera, riservata alle patologie acute e complesse, e i servizi erogati in sede di assistenza sociosanitaria domiciliare e di assistenza specialistica ambulatoriale e ne riporta i contenuti specifici:

Tabella 14 - Tipologia di cure intermedie ex LR22/2019

SETTING	TARGET
RSA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ riabilitazione estensiva dopo un episodio di ricovero in ospedale per acuti; ✓ appoggio per indisponibilità improvvisa di colui che si prende cura della persona da assistere;

SETTING	TARGET
	✓ appoggio per sollievo dei familiari o di colui che si prende cura della persona da assistere
OSPEDALI DI COMUNITA'	✓ trattamento di patologie acute di norma gestibili a domicilio, per casi in cui non è possibile mantenere la persona al proprio domicilio e per persone con disabilità gravi e persone con disabilità mentale;
HOSPICE	✓ cure palliative ✓ assistenza sulle ventiquattro ore, per evitare il ricovero ospedaliero nel fine vita
SPECIALI UNITA' DI ASSISTENZA PROTRATTA (SUAP)	✓ accoglienza permanente o protratta senza possibilità di recupero

Tabella 15 - Numero di posti letto di cure intermedie attivi al 31.12.2021 come previsto dalla LR 22/2019, art.20

SETTING	RSA (pl)	HOSPICE (pl)	SUAP (pl)	TOTALE FVG (pl)
ASFO	177	22	0	199
ASUFC	280	14	8	302
ASUGI	374	20	21	415
TOTALE FVG	831	56	29	916

Le caratteristiche di accesso dei pazienti nel setting RSA sono di seguito riportate e prevedono la classificazione dei pazienti secondo livelli di bisogno:

– livello di assistenza di base, cui afferiscono pazienti stabili che richiedono assistenza medica o infermieristica di base, erogabile a domicilio, ma che necessitano di ricovero per un insieme di problematiche sanitarie, sociali e ambientali per un periodo limitato, compreso il sollievo alla famiglia. Include anche pazienti con patologie croniche stabilizzate o in fase di avanzata stabilizzazione, che richiedono comunque interventi sanitari con consumo di risorse limitate (non necessitanti di indagini strumentali ad elevata tecnologia, di terapia medica innovativa, di assistenza integrativa particolare, ecc.).

– livello di assistenza medio cui afferiscono pazienti stabilizzati che necessitano di interventi sanitari più impegnativi e di monitoraggio, di terapia medica innovativa, di un elevato grado di assistenza integrativa (a solo titolo esemplificativo pazienti con stomie, con catetere venoso centrale ecc.), di medicazioni frequenti, di nutrizione enterale, parenterale, di ventilazione meccanica e assistita ecc.

– livello di assistenza riabilitativo cui afferiscono pazienti stabili che richiedono un trattamento riabilitativo in fase estensiva (da 1 a 3 ore al giorno) e non necessitano di ricovero ospedaliero.

Ad ogni livello corrisponde uno standard clinico assistenziale riportato in Tabella 16:

Tabella 16 - Distribuzione dell'impegno assistenziale stratificato per livello di complessità. DGR 2151/2015

FIGURA PROFESSIONALE	LIVELLO BASE (min. assistenza)	LIVELLO MEDIO (min. assistenza)	LIVELLO RIABILITATIVO (min. assistenza)
INFERMIERI	50	110	80
OPERATORI SOCIO SANITARI	110	130	110
RIABILITATORI			60
TOTALE	160	240	250

L'assistenza medica è erogata da medico/i con impegno orario di almeno 24 ore settimanali per nuclei di 20 ospiti.

3 RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE

3.1 I principi dell'assistenza territoriale

La missione 6 del PNRR identifica nello sviluppo delle reti di prossimità la risposta più efficace ai nuovi contesti epidemiologici, caratterizzati da una popolazione anziana multipatologica con gradi diversi di accessibilità ai servizi di base.

Questa transizione epidemiologica è contemporaneamente attraversata da un sistema caratterizzato per un forte tendenza a rendere le fasi acute di malattia concentrate in luoghi ad alta competenza tecnica e ad alta intensità tecnologica, così da delineare un sistema sempre più orientato a definire due macrocontenitori, quello dell'acuzie e dell'intensità assistenziale e quello della cronicità e della estensività assistenziale.

La relazione di continuità tra le due dimensioni è data dalla regia e dai meccanismi operativi afferenti al sistema del *Transitional Care* ovvero l'insieme dei processi e delle azioni finalizzate a garantire la continuità della cura, l'appropriatezza del setting di invio, la personalizzazione del progetto di cura.

Nella logica della progettazione personalizzata, della continuità di cura e della prossimità dei servizi di base si articola il piano di sviluppo territoriale che, attraverso l'applicazione degli standard organizzativi previsti dal DM 77/2022, ha lo scopo di orientare le organizzazioni a lavorare secondo il paradigma metodologico del *Chronic care model*, sviluppando le logiche organizzative e professionali di:

- Sanità di iniziativa
- Disease management
- Care management
- Case management

I target di azione prioritari sono rappresentati da:

- a) popolazione sana, a cui sono rivolte principalmente iniziative di prevenzione, di promozione della salute, community building e coproduzione;
- b) paziente cronico stabile: è un paziente con un PAI che prevede le azioni di follow up della patologia cronica e trova il garante della continuità nell'IFoC. L'attività di specialistica ambulatoriale è comunque gestita nelle azioni del PAI e rientra nei percorsi di presa in carico che hanno come punto di riferimento la CdC;
- c) paziente cronico ad alta complessità: richiede l'integrazione tra i professionisti territoriali e quelli ospedalieri anche sviluppando modelli innovativi di cura (es: domiciliarizzazione di attività cliniche, uso della telemedicina...);
- d) paziente in dimissione dall'ospedale;
- e) paziente in cure palliative.

Il rafforzamento dell'assistenza territoriale passa, quindi, attraverso:

- lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case di Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria e sociosanitaria per la popolazione di riferimento;
- il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
- l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di équipe multi-professionali finalizzate alla presa in carico della persona;
- la stratificazione della popolazione sulla base dei bisogni al fine di favorire l'appropriatezza della presa in carico e la precocità degli interventi;
- la medicina d'iniziativa come strumento di azione tempestiva e precoce finalizzata al contenimento delle complicanze delle patologie croniche;
- la digitalizzazione dei servizi e la valorizzazione della telemedicina al fine di rendere l'assistenza il più capillare possibile e attraverso il monitoraggio continuo come strumento di continuità della cura
- la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti;

- la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità quali espressione di risorse informali utili alla realizzazione del progetto personalizzato di cura.

Per le caratteristiche intrinseche dell'assistenza territoriale e per le logiche di sviluppo che il DM 77 ha voluto imprimere, la pianificazione da prevedere intercetta più dimensioni del PNRR:

- Missione 6: salute. La dimensione più specifica e caratterizzante orientata a sviluppare reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale e a innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSR;
- Missione 5: inclusione e coesione. La missione 5 è fortemente connessa alle logiche della pianificazione territoriali e questo in virtù dell'ampio significato di salute da sempre sostenuto da organizzazioni internazionali quali WHO, ovvero uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale.

Il DM 77 già prevede l'individuazione dei bisogni finalizzata alla programmazione e alla presa in carico attraverso strumenti di stratificazione e di salute di iniziativa. Questi strumenti, fondamentali per individuare la popolazione a rischio e anticipare le cure mediche, devono essere adeguatamente certificati e devono essere compliance rispetto alle regole del Regolamento UE 2016/679. Attraverso la lettura dei dati sarà possibile definire degli strumenti predittivi in grado di stimare il bisogno sanitario e sociale delle persone. Lo stesso DM 77 prevede, pertanto, un'attività di stratificazione che garantisca le esigenze di salute e al contempo la protezione dei dati, fornendo valida base giuridica a fondamento della liceità del trattamento. Le norme in esame andranno integrate dalla normativa in tema di telemedicina e da un Regolamento sulla medicina di iniziativa, da sottoporsi al vaglio dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali e all'approvazione degli Organi regionali.

3.2 Il Distretto. Organizzazione e funzionamento

Il Distretto socio sanitario è l'articolazione dell'Azienda deputata al perseguimento dell'integrazione tra i diversi servizi e le diverse strutture sanitarie e socio-sanitarie presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione.

Il Distretto, così come disciplinato dalla normativa vigente, deve garantire:

- l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva, infermieri di famiglia o comunità e i presidi specialistici ambulatoriali;
- il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali se delegate dai comuni.

Secondo quanto previsto dalla normativa regionale, inoltre, al Distretto, sono 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.
- 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 nonché l'adeguato governo della programmazione e delle modalità

organizzative di erogazione delle prestazioni in funzione della complessiva domanda, in termini quali-quantitativi, dell'utenza.

Come da LR 27/2018 ART. 6 comma 2, le aziende "articolarono i relativi ambiti territoriali in distretti individuati dal relativo organo di vertice, previo parere obbligatorio dei Comuni coinvolti da rendersi nel termine perentorio di trenta giorni dalla richiesta, garantendo una popolazione minima di almeno cinquantamila abitanti. Sono concesse deroghe al limite minimo per i distretti delle zone montane, dei comuni turistici e delle zone a bassa densità della popolazione residente."

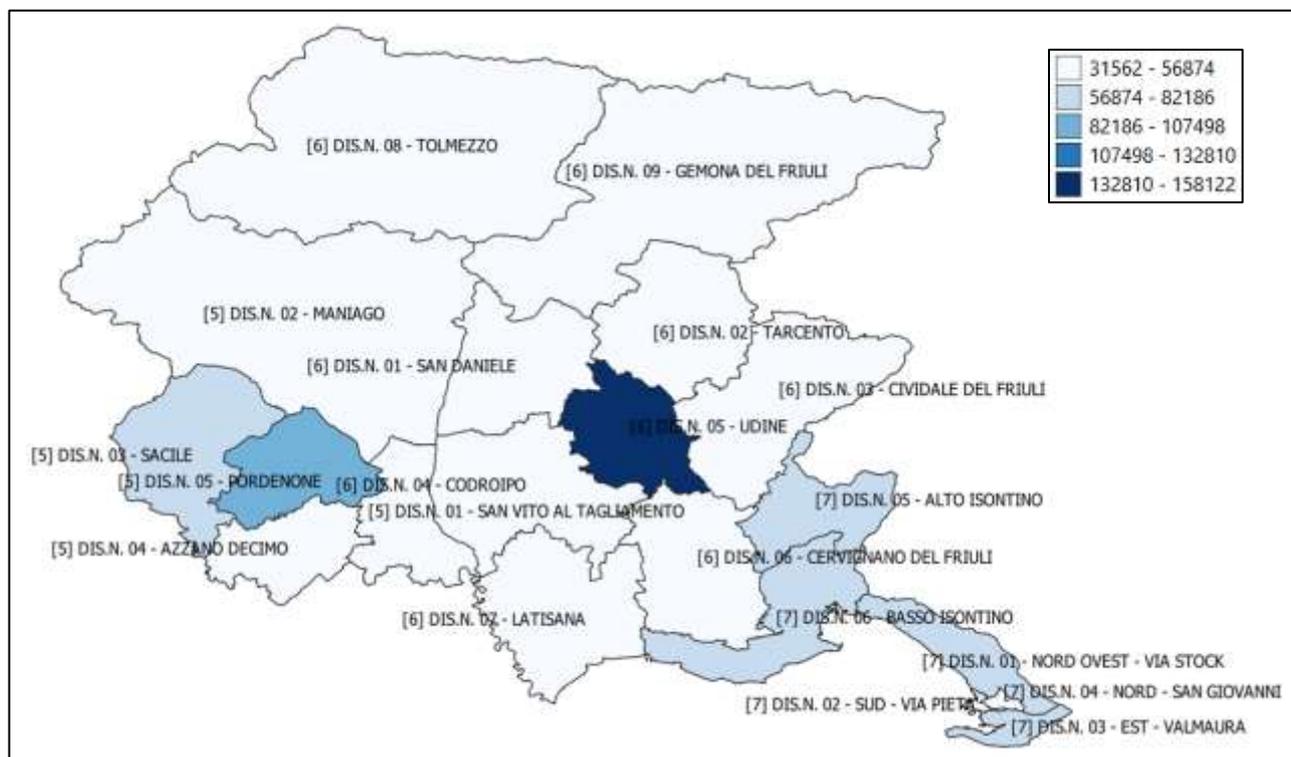
L'attività del distretto, alla luce della revisione organizzativa che pone in essere il DM 77, è caratterizzata da una più articolata rete dei servizi territoriali che si accompagna a una più complessa gestione delle interdipendenze tra nodi della rete di offerta e ad un livello di competenza che, oltre a quella delle singole famiglie professionali, si sviluppa anche verso aree gestionali a complessità variabile orientata alle logiche di *population health management* e di sviluppo delle relazioni interistituzionali e finalizzata alla governance complessiva dell'assistenza territoriale.

Il distretto, quindi, diventa responsabile di:

- analisi e misurazione dei bisogni al fine di identificare i modelli organizzativi, le risorse e i luoghi di cura più appropriati per specifico livello assistenziale;
- definizione ed attuazione dei percorsi assistenziali integrati per le principali patologie croniche e per l'assistenza alle persone fragili;
- gestione della cronicità, attraverso lo sviluppo di competenze cliniche ed organizzative;
- facilitazione dei processi di integrazione tra i diversi nodi della rete dei servizi per assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione.

In Figura 8 è rappresentata la mappa dei distretti in regione FVG

Figura 8 - Regione FVG, distribuzione dei distretti



3.2.1 Le nuove forme organizzative dell'Assistenza primaria

In data 28.04.2022 sono entrati in vigore l'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale - triennio 2016-2018, e l'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta- triennio 2016-2018 i quali sviluppano il modello organizzativo dell'assistenza primaria attraverso l'istituzione delle aggregazioni funzionali territoriali - AFT e delle forme organizzative multiprofessionali denominate unità complesse di cure primarie - UCCP nonché, per i medici di medicina generale, il passaggio al Ruolo Unico di Assistenza Primaria introdotti nel nostro ordinamento dal Decreto-Legge 13 settembre 2012, n. 158 "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute" (c.d. "Decreto Balduzzi"), convertito in legge con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

Tali accordi prevedono che le Regioni definiscano ai sensi della normativa vigente gli atti di programmazione volti a istituire forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali entro sei mesi dall'entrata in vigore degli Accordi stessi.

Conseguentemente in data 28.10.2022 è stata adottata la deliberazione della Giunta regionale n.1597 che ha approvato l'atto di programmazione per l'istituzione delle forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici convenzionati alle forme organizzative multiprofessionali secondo i nuovi criteri generali previsti dall'ACN 2022 dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nonché dall'ACN 2021 degli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali.

Tale atto di programmazione previsto dagli Accordi collettivi nazionali della medicina convenzionata si inserisce necessariamente nel percorso generale di riforma della rete di assistenza sanitaria territoriale ai sensi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) in quanto costituisce un passo intermedio, in attuazione del transitorio l'ACN 2016-2018 e in attesa dell'approvazione del nuovo ACN per gli anni successivi, in adeguamento degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza territoriale definiti in modo uniforme per l'intero territorio nazionale dal DM 23.05.2002, n. 77.

Attualmente sono operative in regione le forme associative dei medici convenzionati costituite ed avviate sulla base delle previgenti disposizioni contrattuali e della normativa regionale in materia sanitaria abrogata dalla riforma post 2018 le quali devono confluire nelle nuove forme organizzative disciplinate dall'atto di programmazione di cui alla DGR 1597/2022.

Secondo le nuove previsioni, i medici convenzionati svolgeranno la propria attività individualmente e in integrazione della propria AFT e parteciperanno inoltre alle attività della forma organizzativa multiprofessionale di riferimento coordinandosi con gli altri professionisti del sistema territoriale e integrando le attività anche per mezzo delle Centrali operative territoriali, strumento di gestione delle transizioni tra setting assistenziali e di cura nonché di governo della presa in carico, al servizio del Distretto e della rete di cure territoriali.

La piena attuazione dell'atto di programmazione della medicina convenzionata verrà progressivamente raggiunta attraverso la sottoscrizione degli Accordi Integrativi Regionali a modifica dei previgenti e la sottoscrizione degli Accordi Attuativi Aziendali a specificazione dei progetti e delle attività dei medici convenzionati a livello locale che daranno concretezza alle interrelazioni professionali per il graduale superamento delle attuali forme organizzative. Nella predisposizione dei futuri accordi, regionali e aziendali è data puntuale attuazione a quanto previsto dall'art. 9 (Partecipazione alla forma organizzativa multiprofessionale – UCCP) dell'ACN 2016-2018, in particolare nella parte in cui si prevede che "La valutazione dei risultati raggiunti dai medici [...] operanti all'interno della forma organizzativa multiprofessionale costituisce la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico degli stessi medici."

Nelle *Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale* adottate ai sensi dell'articolo 50 della LR 22/2019 vengono indicate le priorità che la Regione pone rispetto alle nuove linee programmatiche e definiranno, per quanto di competenza di parte pubblica, con maggiore dettaglio le linee di azione e di organizzazione ed i programmi specifici a livello aziendale da attuarsi in stretto collegamento con il progressivo sviluppo del sistema

di assistenza territoriale secondo le linee strategiche e programmatiche indicate dal PNRR, anche considerando le peculiarità demografiche e territoriali di riferimento nell'ambito della propria autonomia organizzativa.

L'atto di programmazione della medicina convenzionata pone particolare riguardo all'autonomia organizzativa delle Aziende Sanitarie, le quali saranno chiamate ad applicare il nuovo modello sviluppando il ruolo dei Distretti per il perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione di riferimento, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta.

La piena attuazione dell'atto di programmazione comporta anche l'attivazione operativa del Ruolo Unico dei medici di assistenza primaria (AP) in cui sono confluiti i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, che ora assumono la denominazione di medici del ruolo unico dell'assistenza primaria a "ciclo di scelta" ed i medici di continuità assistenziale (CA), ora medici del ruolo unico dell'assistenza primaria ad attività oraria.

L'attivazione del ruolo unico apre la possibilità di individuare soluzioni organizzative che aumentano la capacità assistenziale della medicina generale sia in termini qualitativi che quantitativi e che sono in grado di annullare la discontinuità dell'assistenza, di razionalizzare la duplicazione dell'offerta assistenziale tra servizio di continuità assistenziale e 118 nelle ore notturne ed evitare l'accesso improprio al PS, riuscendo nel contempo ad evitare che rimangano scoperte le fasce orarie delle ore diurne durante le quali si realizza il numero maggiore di richieste di assistenza non urgente.

Nell'attuale stadio di progressiva implementazione della Case di Comunità, la rete rappresentata dagli studi singoli dei MMG e dei PLS in coordinamento all'interno di ogni AFT continua comunque a costituire ancora un fondamentale presidio di prossimità, in particolare modo nei piccoli comuni, nelle aree interne e montane, nelle piccole isole e nelle periferie urbane.

Dalla riorganizzazione delle forme organizzative dei medici convenzionati dovrà, pertanto, derivare una maggiore funzionalità dei servizi territoriali che dovranno essere resi in modo da essere percepiti anche dal cittadino utente come nuove risorse effettivamente disponibili.

4 IL NUOVO MODELLO DI ASSISTENZA TERRITORIALE IN ATTUAZIONE DEL DM 77/2022

4.1 La Casa della Comunità

4.1.1 Modello Hub and Spoke delle Case della Comunità

La Casa di Comunità (CdC) è la struttura a cui si rivolge la comunità intesa sia come insieme di cittadini che esprimono un bisogno sia come risorse che possono contribuire a offrire risposte prossimali e appropriate. È un modello organizzativo e di servizio che traduce il principio dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento, e permette che i professionisti lavorino insieme attraverso la continuità dei luoghi di lavoro, l'integrazione delle autonomie professionali e dei processi operativi al fine di rispondere ai bisogni della popolazione secondo il modello del *chronic care model*.

La CdC, intesa come forma organizzativa dell'assistenza territoriale e presidio sanitario di un territorio, si sviluppa attorno a un sistema di valori orientati a dare risposta a tutte le fasce di popolazione, rendendo i servizi accessibili, valorizzando la persona come artefice della propria cura, orientando le azioni ai reali bisogni della comunità, utilizzando la comunità come risorsa.

Tabella 17 - Casa della Comunità: sinossi

VALORE	OBIETTIVI	STRUMENTI
Accessibilità	Raccogliere i bisogni	Prossimità attraverso PUA, IFoC e MMG/PLS
Equità e appropriatezza	Prevenzione e cura	Medicina di iniziativa Stratificazione della popolazione
Partecipazione della persona	Sviluppare la relazione di cura	Health literacy, progetto personalizzato
Integrazione	Lavoro di equipe, partecipazione del terzo settore	UVM, percorsi integrati di cura
Trasparenza	Rendere conto delle azioni e degli obiettivi	Profilo di comunità

La casa della comunità è anche il luogo privilegiato dell'integrazione socio-sanitaria, già tratto distintivo delle attività territoriali e della mission del distretto, ma che in questa sede può concretizzarsi anche con la presenza fisica e quindi la condivisione di spazi fisici e professionali ovvero attraverso l'integrazione dei percorsi, di valutazione e presa in carico finalizzati alla realizzazione dell'UVM e quindi del progetto personalizzato.

La CdC è anche il riferimento territoriale delle cure primarie e per le cure primarie; infatti, integra al suo interno la professionalità dei MMG/PLS, degli specialisti ambulatoriali e dei professionisti che afferiscono al distretto, così da orientare la domanda del cittadino in un percorso unitario di risposta, pur articolata in più contributi professionali.

Le CdC possono essere di due tipologie:

- CdC hub che rispondono ai criteri previsti nel DM 77 e rispondono orientativamente ad una popolazione di riferimento di circa 50.000 abitanti.
- CdC spoke.

La Casa della comunità, attraverso la presenza del punto unico di accesso, quale standard obbligatorio, rappresenta per i cittadini il luogo di primo accesso, e di primo contatto con i servizi territoriali. È il luogo, dove avviene la raccolta e la lettura della prima espressione del bisogno ed è il primo luogo dove vi è l'espressione concreta dell'integrazione con il sistema sociale, attraverso la presenza fisica o attraverso percorsi di integrazione funzionale.

La Casa di Comunità per essere qualificata tale deve garantire una presenza continuativa medica e infermieristica, 7 giorni su 7 nel caso della CdC Hub, 6 giorni su 7 nel caso delle CdC Spoke.

Di seguito si espone la strutturazione ora programmata della rete di Cdc Hub e CdC Spoke delle Aziende sanitarie regionali.

Tabella 18 - Case della Comunità Hub e Spoke nelle Aziende sanitarie regionali

AZIENDA	SEDE	TIPOLOGIA
ASFO	Azzano Decimo	Hub
	Cordenons	Spoke
	Maniago	Hub
	Pordenone	Hub
	Sacile	Hub
	San Vito al Tagliamento	Hub
	Spilimbergo	Hub

AZIENDA	SEDE	TIPOLOGIA
ASUFC	Cervignano del Friuli	Spoke
	Cividale del Friuli	Hub
	Codroipo	Hub
	Gemona del Friuli	Hub
	Latisana	Hub
	Manzano	Spoke
	Palmanova	Hub
	San Daniele del Friuli	Hub
	Tarcento	Hub
	Tarvisio	Hub
	Tavagnacco	Spoke
	Tolmezzo	Hub
	Udine	Hub
	Zugliano	Spoke
ASUGI	Cormons	Spoke
	Duino Aurisina	Spoke
	Gorizia	Hub
	Gradisca d'Isonzo	Spoke
	Grado distretto	Spoke
	Monfalcone	Hub
	Muggia	Hub
	Trieste via Sai	Hub
	Trieste, via del Carpineto	Hub
	Trieste via Pietà	Hub
	Trieste via Stock	Spoke

4.1.2 I Punti Salute di Comunità (PSC)

La presenza nel territorio regionale di zone a bassa densità abitativa, spesso caratterizzate da un'utenza fragile, richiede di adottare un'organizzazione della rete assistenziale che garantisca gli attuali livelli di servizi di assistenza prestati.

Alla rete principale di erogazione dei servizi di assistenza territoriale costituita dalle CdC Hub e collegate CdC Spoke è aggiunto, pertanto, un terzo livello organizzativo: il Punto Salute di Comunità (PSC), funzionalmente collegato alla CdC di riferimento.

I Punti Salute di Comunità sono presidi già esistenti che sono a pieno titolo inseriti nella rete dell'assistenza territoriale e assicurano, quindi, la continuità assistenziale nelle località servite, in un'ottica di garanzia degli attuali livelli erogativi e di progressivo rafforzamento degli stessi, anche con lo sviluppo dell'infermieristica di famiglia o di comunità (IFoC) (vedi, infra, al paragrafo 4.2) e dell'utilizzo degli strumenti di telemedicina (v. paragrafo 4.3) per garantire il domicilio come luogo privilegiato di cura della persona.

In Tabella 19 si riporta il dettaglio delle strutture localizzate identificate come Punti Salute di Comunità

Tabella 19 - Distribuzione dei Punti Salute di Comunità

Azienda	Sede	CdC hub di riferimento
ASUFC	Paluzza	Tolmezzo
	Ampezzo	
	Sappada	
	Ovaro	
	Moggio udinese	Gemona
	Pontebba	Tarvisio
	Mortegliano	Codroipo
	Povoletto	Tarcento
	Buia	San Daniele
	San Giorgio di Nogaro	Latisana
	Lignano Sabbiadoro	Latisana
ASFO	Aviano	Sacile
	Brugnera	Sacile
	Casarsa della Delizia	San Vito al Tagliamento
	Claut (stagionale)	Maniago
	Fiume veneto	Azzano Decimo
	Fontanafredda	Sacile
	Prata di Pordenone	Azzano decimo
	Porcia	Pordenone
	Zoppola	

4.1.1 La Casa della Comunità nella rete territoriale

Alla luce della numerosità delle strutture e del ruolo nell'assistenza territoriale le CdC necessitano di strumenti che permettano un lavoro di rete articolato su più livelli:

- 1) Rete intra CdC: è l'espressione dell'integrazione multiprofessionale indicata nel DM 77, quale requisito obbligatorio;
- 2) Rete inter CdC: è lo strumento per coordinare e mettere in continuità la casa della comunità hub con quelle spoke e con i Punti Salute di Comunità;
- 3) Rete territoriale: ovvero il sistema con il quale le CdC vengono messe in rete con gli altri livelli di assistenza territoriale come assistenza domiciliare, ospedali di comunità, hospice e rete delle cure palliative, strutture per anziani non autosufficienti e altre forme di strutture servizi;
- 4) Rete Territoriale Integrata, che pone le CdC a sistema con l'attività ospedaliera.

La pianificazione regionale e aziendale della rete di Cdc Hub e CdC Spoke nonché di Punti Salute di Comunità (già specificata nelle precedenti Tabella 18 e Tabella 19) da attuarsi da parte degli Enti, viene declinata e riepilogata anche nella successiva Tabella 28.

4.1.2 Funzioni della Casa della comunità e sue aree organizzative

Al fine di rappresentare uno schema distributivo delle funzioni della CdC si possono identificare le seguenti aree che, seppur distinte, devono interagire e integrarsi tra loro:

1. *area di primo accesso.*

Si articola nelle seguenti funzioni:

- **Punto unico di accesso:** luogo dove il cittadino arriva per esprimere un bisogno, semplice o complesso. Questo è il luogo privilegiato, organizzativo e funzionale, dell'integrazione sociosanitaria ed è il luogo di primo contatto del cittadino. Deve quindi rispondere a criteri di accessibilità strutturale (sede), organizzativa (orari di apertura) e informativa (deve essere conosciuto).

In esso vi lavorano le equipe integrate che, attraverso le Unità di Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, assicurano le funzioni di valutazione con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia e definiscono il carico assistenziale della persona e il conseguente progetto di assistenza individuale integrata (PAI), con interventi, servizi responsabilità dei diversi attori. Il PUA ha quindi due funzioni, una di front office che si traduce operativamente in percorsi di accoglienza, informazione, accompagnamento, orientamento raccolta del bisogno e una di back office che garantisce la preavvalutazione, l'attivazione dell'UVM laddove necessario, l'avvio della presa in carico con successiva attivazione della COT. Vi opera personale del distretto, del servizio sociale dei comuni sulla base di accordi di programma (ambito distretto) ed eventualmente rappresentanti del Terzo Settore.

- **CUP:** luogo finalizzato alla prenotazione e accettazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica e ritiro referti
- **Sportello unico per i servizi amministrativi** relativi all'assistenza territoriale che raccoglie le attività di tutte le componenti amministrative dell'assistenza territoriale, ivi compresa la componente che afferisce ai servizi di prevenzione e protezione.

2. *area clinica:*

2.1. *area dell'assistenza primaria.*

Comprende le attività di MMG/PLS, Medici di Continuità Assistenziale, assistenza infermieristica ambulatoriale e domiciliare attraverso lo sviluppo dell'infermieristica di comunità.

Le CdC sono il riferimento per i MMG e PLS afferenti all'area territoriale che operano funzionalmente in AFT.

La partecipazione multiprofessionale alle attività della CdC deve essere orientata a:

- confronto professionale con IFoC nei processi di reclutamento proattivo dei pazienti, di educazione sanitaria e di case management;
- confronto professionale con IFoC, continuità assistenziale e Unità Continuità Assistenziale sui pazienti condivisi e afferenti nel setting domiciliare;
- formazione congiunta tra famiglie professionali;
- condivisione dei modelli e dei percorsi di presa in carico basati sull'appropriatezza del setting e del modello assistenziale (care management, case management, autocura...);
- condivisione documentazione sanitaria quale strumento di sicurezza e continuità della cura;
- confronti periodici con i responsabili della CdC sui risultati raggiunti.

Per la strutturazione delle Case di Comunità l'Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali prevede nel proprio *Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa di Comunità* la collocazione degli ambulatori visita dei MMG, PLS e IFoC nella macro-area funzionale *Cure Primarie*, anticipando le proprie indicazioni generali in attesa della futura definizione formale dei requisiti di accreditamento delle nuove strutture. Come previsto dal DM 77 e ribadito da AGENAS, gli spazi degli ambulatori risultano obbligatori per la CdC, sia Hub che Spoke, e trovano la collocazione esposta nel seguente Diagramma di definizione funzionale della Macro-Area Cure Primarie:

Figura 9 -Casa della Comunità –Aree funzionali della Macroarea Cure primarie - Diagramma delle aree funzionali

Unità Funzionali della CdC			Indicazioni CdC	
MACROAREA	AREE FUNZIONALI	METAPROGETTO		
		HUB	SPOKE	
CURE PRIMARIE	AREA CURE PRIMARIE			
	Servizi di medicina generale	AMBULATORI per Medici di Medicina Generale (MMG)	Obbligatorio	Obbligatorio
		AMBULATORI per Pediatri di Libera Scelta (PLS)	Obbligatorio	Obbligatorio
		AMBULATORI per Infermieri di Famiglia o Comunità (IfoC)	Obbligatorio	Obbligatorio

Fonte: Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali (AGENAS), *Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa di Comunità*, paragrafo 3.7.2 - Macro-Area Cure Primarie - Aree funzionali (*I Quaderni di Monitor*, 2022)

2.2. area dei servizi: centro prelievi, ambulatori specialistici, area della diagnostica di base

L'attività è rivolta a tutti i cittadini, preferibilmente a quelli che insistono nel territorio di riferimento al fine di garantire la funzione di prossimità.

L'attività può essere svolta da professionisti dipendenti dell'azienda o da specialisti ambulatoriali e l'obiettivo da percorrere è la ristrutturazione della tipologia di offerta che da servizio prestazionale deve essere riorientata al percorso di cura e di presa in carico.

La sfida culturale e organizzativa è quella di dare alla specialistica ambulatoriale una triplice valenza:

- attività di primo accesso con modalità di lavoro organizzate in agende a CUP (es. primo accesso per sospetto diagnostico), quindi prenotabili con impegnativa del medico;
- attività ambulatoriale finalizzata a pazienti cronici in carico (agende dedicate a MMG/PLS e a pazienti in carico);
- attività specialistica rivolta a pazienti in ADI con la finalità di permettere valutazioni e rivalutazioni specialistiche ai pazienti in carico e in assistenza domiciliare integrata. Tale attività viene realizzata su richiesta del MMG ed ha l'obiettivo di evitare accessi ospedalieri, anche solo ambulatoriali, rendendo il domicilio il luogo di cura privilegiato.

Nella logica dell'integrazione a quest'area afferiscono anche, laddove previsti, i servizi afferenti all'area della prevenzione e promozione della salute quale attività svolta in integrazione con il Dipartimento di prevenzione. La presenza del dipartimento di prevenzione all'interno della casa della comunità è anche un modo per integrare percorsi amministrativi, rendendoli più efficienti sul piano delle risorse utilizzate e più accessibili al cittadino che in una sede definita e unica può trovare risposta a percorsi di salute diversi che attraversano setting organizzativi diversi.

Laddove la struttura lo permetta, l'indicazione è che la CdC accolga:

- 1) Area della residenzialità delle cure intermedie
- 2) Area della salute della donna e dei minori
- 3) Area della salute mentale e delle dipendenze
- 4) Area della prevenzione

Vista la complessità dei processi è necessario individuare all'interno della Casa della Comunità i seguenti livelli di responsabilità:

- Committenza: direttore del distretto
- Responsabilità igienico organizzativa: direttore del distretto o suo delegato
- Responsabilità clinica: coordinatore medico
- Responsabilità assistenziale: coordinatore infermieristico

Insieme costituiscono il board della casa della comunità che, assieme al rappresentante di AFT, supporta il direttore del distretto nella governance complessiva delle attività territoriali.

4.1.3 Il Punto unico di accesso (PUA)

Il PUA è il luogo dell'integrazione sociosanitaria; oltre ad essere definito nei LEA del DPCM del 12 gennaio 2017 e nel DM 77/22 quale risposta e garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo, trova definizione nelle più recenti normative in materia di interventi e servizi sociali.

Il Piano Nazionale degli interventi e delle politiche sociali 2021-2023 prevede che il PUA non sia inteso solo come luogo fisico ma anche come modalità organizzativa, attraverso un approccio multiprofessionale e integrato ai problemi del cittadino e di interfaccia con la rete dei servizi.

Il PUA è, quindi, il luogo dell'accoglienza sociale e sociosanitaria e porta di accesso alla rete dei servizi e delle risorse territoriali e modalità organizzativa dei servizi di accoglienza e orientamento tra Servizi sociali dei Comuni e Distretti /AS, istituito per garantire pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi sociali e sociosanitari a coloro che ne abbiano necessità. È finalizzato, pertanto, ad avviare percorsi di risposta appropriati ai bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi e favorendo l'accesso integrato ai servizi, in particolare per coloro che richiedono interventi di natura sociale e/o sociosanitaria.

La legge di bilancio 234/21 (art.1 comma 162) definisce il PUA come luogo dell'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari con sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità», dove operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli Ambiti Territoriali Sociali. Tali equipe integrate, attraverso le Unità di Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, assicurano le funzioni

di valutazione con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia e definiscono il carico assistenziale della persona e il conseguente progetto di assistenza individuale integrata (PAI), con interventi, servizi responsabilità dei diversi attori

Il Piano nazionale della Non autosufficienza 2022-2024, riferendosi al comma 163 della legge di bilancio già citata, si spinge a definire un LEPS (livelli essenziali di prestazioni sociali) di processo la realizzazione del "Percorso assistenziali integrato", prevedendo un accordo di programma tra ATS e Distretti/As per definire il modello organizzativo di accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, finalizzato ad avviare, superando la settorializzazione degli interventi, percorsi di risposta appropriati alla complessità delle esigenze di tutela della salute della persona, rivolti in particolare a coloro che presentano bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.

Le funzioni garantite presso i PUA sono:

- a. Orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale e sulle modalità per accedere ad esse, ferma restando l'equità nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti più deboli.
- b. Agevolare l'accesso unitario alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale, favorendo l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari.
- c. Avviare la presa in carico, mediante la prevalutazione integrata socio-sanitaria funzionale all'identificazione dei percorsi sanitari, socio-sanitari o sociali appropriati.
- d. Monitorare le situazioni di fragilità sociale e sanitaria, con l'obiettivo di poter creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere della situazione problematica o dello stato di bisogno.

- e. Segnalare le situazioni connesse con bisogni socio-sanitari complessi per l'attivazione della valutazione multidimensionale e multidisciplinare per una presa in carico integrata.

Le attività del PUA sono articolate su due livelli:

- funzioni di front office: accesso in termini di accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento.
- funzioni di back office: prevalutazione, avvio della presa in carico, identificazione dei percorsi assistenziali e attivazione dei servizi, monitoraggio e valutazione dei percorsi attivati.

Le risorse umane, strumentali e finanziarie per l'attivazione e il funzionamento del PUA, ivi comprese le attività di formazione del personale, sono fornite dalle aziende sanitarie locali tramite il Distretto sanitario e dai Servizi sociali dei Comuni.

4.2 L'infermiere di famiglia o di comunità

Il Decreto Ministeriale 77/2022 definisce l'IFoC come "il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e comunitario che, attraverso una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito o comunità di riferimento, assicura l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità (MMG/PLS, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ecc.) perseguendo l'integrazione interdisciplinare sanitaria dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona".

La figura di infermiere di famiglia o comunità (IFoC) è stata oggetto di diverse sperimentazioni sia a livello nazionale che regionale. In Friuli Venezia Giulia (FVG), sono stati strutturati modelli di presa in carico globale della persona tra cui l'infermieristica di comunità sviluppato presso l'ex Azienda Sanitaria n. 5 "Bassa Friulana" e le microaree presso l'ex Azienda sanitaria n. 1 "Triestina".

La Regione anche in riferimento alle indicazioni del DM 77/2022 ha avviato un progetto con una prospettiva di medio e lungo periodo, per l'inserimento dell'IFoC per il potenziamento dell'assistenza territoriale sul modello sanitario "one health" e su logiche ispirate al welfare comunitario/generativo e alla sanità d'iniziativa.

Il modello organizzativo assistenziale di infermieristica di famiglia o comunità proposto è in linea con il modello delle cure primarie di Starfield (1992), connotato da:

- accessibilità e prossimità per il cittadino, quale prima interfaccia fra la persona e il sistema sanitario; vicino e facilmente raggiungibile rispetto ai luoghi di vita e di lavoro (first contact);
- continuità delle cure nel lungo termine, con una relazione costante nel tempo con i professionisti dell'assistenza (longitudinality);
- globalità dell'approccio ai problemi della persona, considerando la stessa (e non la sua malattia) come oggetto di un intervento diagnostico-terapeutico e assistenziale contestualizzato (comprehensiveness);
- coordinamento delle azioni svolte dai diversi componenti dell'equipe professionale, che integrano le proprie competenze secondo un piano personalizzato.

In Regione, il modello assistenziale dell'IFoC è stato sviluppato considerando diversi paradigmi di riferimento tra cui l'*Expanded Chronic Care Model* e la Piramide del rischio di Kaiser Permanente, che stratificano la popolazione in diversi livelli di rischio. L'IFoC agirà competenze specifiche in base alla tipologia di utente assistito e al setting in cui si trova.

Ne deriva un approccio integrato di assistenza, in base al grado di sviluppo della patologia, ai relativi bisogni socioassistenziali e all'intensità, declinando quindi il ruolo dell'IFoC in diverse funzioni:

- *Case Manager* (cure palliative, non autosufficienza a domicilio),
- *Care Manager* (Case della Comunità),
- *Disease Manager* (Aggregazioni Funzionali Territoriali e Case della Comunità),
- *Health Coach* e *Population-Wide Management* (Case della Comunità, luoghi di vita e di lavoro).

I destinatari del modello proposto sono:

- la popolazione complessiva rappresentata dalle persone sane, per le quali si applicano misure di educazione alla salute intese a favorire l'adozione di stili di vita salutari (*coaching*) al fine di co-costruire comunità sane e competenti;
- le persone affette da malattie croniche a cui vanno riservate iniziative di *disease management* (*follow up*, educazione terapeutica, incoraggiamento al *self care*);
- le persone con patologie croniche con danni d'organo ancora contenibili, verso le quali un approccio di medicina di iniziativa può favorire una gestione della malattia idonea a rallentare o arrestare lo sviluppo dei danni irreversibili alla funzione (*care management*);
- la popolazione non autosufficiente in cui realizzare una presa in carico efficace, efficiente e soprattutto olistica, volta ad offrire una risposta ai bisogni esistenziali (*case management*).

Il fabbisogno regionale di IfoC è pari a 402 unità calcolato applicando lo standard previsto dal DM 77/2022 (1 IfoC/3000 ab).

L'inserimento formale dell'IfoC nei diversi setting dell'assistenza territoriale sarà graduale, sia in relazione all'attivazione dei servizi territoriali previsti sia in relazione all'avvio della formazione specifica progettata, come da DGR FVG N.1484 del 14 ottobre 2022 "DI 34/2020, art 1 comma 5 e DM 77/2022. Documento - Infermiere di famiglia o comunità: il modello assistenziale in Friuli-Venezia Giulia – policy regionale. - Approvazione."

La formazione coinvolgerà nell'arco del prossimo triennio circa 400 professionisti.

4.3 Strumenti di telemedicina

Nell'ambito dei servizi di Telemedicina sono state adottate, con DGR n. 832 del 9.6.2022, le "Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare" di AGENAS. Nella definizione dei requisiti dovrà essere descritto il modello organizzativo per l'implementazione dei diversi servizi di telemedicina nel setting domiciliare, attraverso la razionalizzazione dei processi di presa in carico e la definizione dei relativi aspetti operativi, consentendo di erogare servizi anche a distanza attraverso team multiprofessionali, secondo quanto previsto dalle linee guida nazionali.

È in corso di aggiudicazione la gara regionale per lo sviluppo di una piattaforma software in grado di gestire, programmare e governare i servizi e le prestazioni di Telemedicina, quali il teleconsulto, la televisita, la teleriabilitazione e il telemonitoraggio. La soluzione regionale è in linea con le indicazioni della piattaforma nazionale, con cui si integrerà secondo gli standard definiti a livello nazionale. L'acquisizione poi dei servizi abilitanti, acquisiti dalle regioni capofila (Lombardia e Puglia) per tutto il territorio nazionale, consente di utilizzare gli stessi strumenti e produrre informazioni utili e omogenee per la cura più idonea del cittadino.

4.3.1 Metodologie di implementazione della Piattaforma di Telemedicina

Visti i diversi adeguamenti e investimenti necessari per l'adozione e la messa in servizio della Piattaforma di Telemedicina, risulta necessario adottare una metodologia a garanzia del processo di adozione della nuova tecnologia. Tale metodologia individua i principali soggetti coinvolti e assegna a ciascuno di essi ruoli e responsabilità.

Attraverso la Matrice RACI, che individua i principali soggetti coinvolti e assegna a ciascuno di essi ruoli e responsabilità, si pongono in relazione le risorse con le attività delle quali possono essere responsabili (R), approvatori (A), collaboratori (C) o informati (I).

Tabella 20 - Implementazione della piattaforma di telemedicina - principali soggetti coinvolti, loro ruoli e responsabilità - Matrice RACI

TELEMEDICINA	Direzione Centrale Salute	ARCS	INSIEL	Aziende Sanitarie
ATTIVITÀ				
Definizione dei contesti di utilizzo attraverso la costituzione gruppo di lavoro	R	C	I	C
Definizione dei target per disciplina clinica	R	C	C	C
Attività realizzativa	A	I	R	I
Formazione all'utilizzo del sistema	A	R	C	C
Avviamento sistema	A	I	C	R
Attivazione monitoraggio PNRR	R	C	C	I

4.4 L'assistenza domiciliare

Le cure domiciliari sono un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza e riabilitazione.

L'art. 19 della LR 22/2019 fa riferimento alle cure domiciliari nell'ambito delle attività, dei servizi e delle prestazioni erogabili a livello di assistenza distrettuale, assicurando percorsi assistenziali e riabilitativi a domicilio consistenti in un insieme organizzato di trattamenti al fine di stabilizzare il quadro clinico della persona, promuovere l'autonomia e il recupero funzionale e migliorarne la qualità della vita. Inoltre, dichiara che l'organizzazione delle attività e dei servizi per l'erogazione delle cure domiciliari deve rispondere ai criteri di prossimità, di continuità e di integrazione con le risorse presenti nelle comunità servite secondo i principi dell'assistenza primaria orientata alla comunità.

Il DM 77/2022, sottolinea che le cure domiciliari, nelle forme previste nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire interventi a diverso livello di intensità e complessità nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato. Consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

In regione, per la valutazione dei bisogni delle persone anziane e fragili viene utilizzato lo strumento multidimensionale ValGraf (ultimo aggiornamento effettuato con la DGR n. 92 del 25 gennaio 2019). Attraverso un sistema di algoritmi che incrocia le dimensioni sanitaria, funzionale, cognitivo- comportamentale e sociale sono prodotti diversi output, tra cui i profili di bisogno codificati in 6 livelli:

- A complesso comprende persone che, a seguito di patologie acute o cronico degenerative, presentano bisogni complessi a elevatissima rilevanza sanitaria e sociosanitaria, richiedenti trattamenti intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali;
- A comprende persone che presentano per lo più bisogni sanitari a elevata rilevanza associati a bisogni sociosanitari complessi;
- Comportamentale comprende persone che presentano rilevanti disturbi del comportamento che complicano malattie mentali o quadri dementigeni (indipendentemente dal grado di deterioramento cognitivo);

- B comprende persone che presentano per lo più bisogni sanitari di complessità medio-bassa associati a bisogni sociosanitari di media o alta complessità;
- C comprende persone che presentano per lo più bisogni sanitari di complessità lieve (o, più raramente, di media rilevanza) associati a moderati bisogni sociosanitari che possono andare incontro a potenziali precipitazioni funzionali, richiedenti una presa in carico tempestiva;
- E comprende persone che presentano bisogni sociosanitari di grado lieve, nonché bisogni sanitari per lo più lievi od occasionali;

Come previsto da DM 77/2022 il servizio di cure domiciliari garantirà la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente, ivi compresi i servizi di telemedicina. Fanno parte delle cure domiciliari anche le Cure Palliative, che necessitano di professionisti con competenze distintive rispetto all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), e vengono denominate come Unità di Cure Palliative Domiciliari, nell'ambito delle reti locali di cure palliative per l'adulto e per il bambino.

Lo sviluppo delle cure domiciliari nei prossimi anni avrà come obiettivi:

- l'incremento del numero di pazienti presi in carico a domicilio (obiettivo macro proposto dal PNRR), consentendo di raggiungere il valore soglia del 10% degli assistiti ultrasessantacinquenni;
- assicurare a tutta la popolazione lo stesso livello assistenziale e la qualità delle cure erogate migliorando l'efficienza organizzativa anche in contesti geograficamente svantaggiati;
- fornire al paziente un'assistenza che comprenda risposte a bisogni clinico-assistenziali, e psicologici anche per ridurre l'impatto negativo del vissuto di malattia;
- ridurre l'ospedalizzazione e l'esposizione ai rischi legati ad essa, nonché il ricorso all'istituzionalizzazione;
- assicurare una dimissione protetta dalle strutture di ricovero garantendo a domicilio la continuità di assistenza e cure di pari efficacia;
- migliorare le transizioni tra setting grazie all'informatizzazione e all'interoperabilità dei sistemi e favorire la continuità informativa;
- prendere in carico il paziente a domicilio, coordinandone la gestione e assicurando il costante monitoraggio di parametri clinici, al fine di ridurre il rischio d'insorgenza di complicazioni in persone a rischio o affette da patologie croniche;
- fornire alla famiglia educazione terapeutica nel proprio contesto di vita, migliorando l'uso di risorse e di servizi, favorendo le attività di sorveglianza in ambito sanitario;
- accrescere l'utilizzo appropriato dei servizi a distanza finalizzato ad una più efficace risposta ai bisogni assistenziali;
- migliorare la qualità di vita percepita del paziente, delle famiglie e dei caregiver.

Il fabbisogno di personale, sia in termini numerici che di professionalità, deve essere proporzionato alla tipologia di attività erogata, in particolare i team di cura dovranno essere composti da medici e infermiere di famiglia o comunità (IFoC), professionisti della riabilitazione, operatori sociosanitari, e altre figure professionali necessarie a rispondere ai bisogni assistenziali individuati nel Piano di Assistenza Individualizzata.

Il modello organizzativo delle cure comunitarie deve prevedere alcuni elementi core innovativi:

- I servizi vengono erogati da team multiprofessionali secondo quanto previsto a legislazione vigente; devono disporre di una sede organizzativa ed operativa privilegiando l'integrazione socio-sanitaria a livello territoriale e distrettuale, disponendo di sedi operative dislocate nelle Case della Comunità in collegamento con la Centrale Operativa Territoriale;
- L'interazione di più soggetti e della capacità di realizzare reti di assistenza per i membri più deboli della comunità (anziani, cronici, disabili, malati mentali...), coinvolgendo una pluralità di persone in grado di operare nel contesto umano e sociale in cui le persone vivono secondo il modello di Community Care;
- La famiglia come luogo di self care, in cui i caregivers sono attori fondamentali, sostenuti nel carico emotivo che giornalmente affrontano;

- L'educazione al paziente e alla famiglia in un'ottica di potenziamento dell'empowerment e dell'*health literacy* (alfabetizzazione sanitaria) individuale e familiare
- L'integrazione di reti sociali e reti di cura al fine di influenzare positivamente la condizione delle persone (reti della socievolezza primaria);
- L'integrazione delle cure tradizionali con prestazioni di telemedicina da remoto.

Modelli di assistenza integrata migliorano infatti la soddisfazione dei pazienti, la qualità percepita dell'assistenza e l'accesso ai servizi.

Le risposte assistenziali differenziate per intensità e complessità vengono espresse all'interno di un Progetto di Assistenza Individuale (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI). Come in tutte le prese in carico afferenti all'area dell'integrazione socio-sanitaria, anche per le cure domiciliari con bisogni socio-sanitari, il PAI viene redatto dalla UVD, in seguito alla valutazione multidimensionale. In linea con il DM 77 che distingue il bisogno di salute in semplice e complesso e con la stesura del relativo PAI semplice o complesso, vi sono bisogni di continuità assistenziale tra ospedale e Distretto che possono prevedere la stesura di PAI semplici. Tutti gli utenti presi in carico dall'ADI, pertanto, avranno un PAI semplice o complesso in base alla durata e intensità della presa in carico nonché del bisogno di integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali.

4.5 La Centrale operativa territoriale (COT)

4.5.1 La COT. Le funzioni, l'organizzazione e i processi

La centrale operativa territoriale rappresenta la linea di sviluppo prevista dalla missione 6 del PNRR nonché dal DM 77/2022 quale centro di coordinamento dei percorsi di presa in carico.

È la cabina di regia delle persone in carico ai servizi ed è il luogo privilegiato di monitoraggio dell'efficacia e dell'efficienza del sistema, anche attraverso valutazione di appropriatezza di percorso. Le COT non sono una struttura fisica ma un servizio che non fa presa in carico, e la cui responsabilità è sempre di chi invia e di accoglie. È, dunque, una facility aziendale, ovvero un servizio di collegamento tra soggetti differenti che per collaborare efficacemente hanno bisogno di acceleratore di comunicazione.

Lo standard previsto dalla programmazione nazionale e regionale è di 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore ed è attiva 7/7 giorni.

La COT non ha funzione di front office con il cittadino, ma è invece attivabile dai servizi che hanno in carico il paziente, quindi MMG/PLS, infermiere di famiglia, strutture ospedaliere e territoriali.

Il target della COT sono, quindi, i pazienti presi in carico per i quali deve essere garantita la continuità di cura anche attraverso la revisione del progetto personalizzato e la gestione dei passaggi da un setting all'altro, sia in percorsi di step down che di step up.

La COT assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale sulla base del PAI/PRI realizzato in sede di UVM;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro; - supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFoC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;

Tutti gli attori del sistema, personale distrettuale e ospedaliero, possono richiedere l'intervento della COT, ovvero: MMG, PLS e medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni, e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali.

Le principali funzioni attribuite alle COT sono le seguenti:

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

La COT lavora esclusivamente sui soggetti in transizione, ovvero quelli interessati a un passaggio tra servizi.

Nella definizione di *transitional care* si possono definire più scenari rappresentati in Tabella 21.

Tabella 21 - Descrizione dei possibili scenari nella gestione della transizione

SCENARIO	PROVENIENZA	DESTINAZIONE
1) OSPEDALE TERRITORIO	- reparto ospedaliero - pronto soccorso	- domicilio - cure intermedie - servizi per la salute mentale - strutture residenziali per non autosufficienti
2) TERRITORIO OSPEDALE	- domicilio - cure intermedie - servizi per la salute mentale - strutture residenziali per non autosufficienti	- reparto ospedaliero - pronto soccorso
3) TERRITORIO TERRITORIO domicilio	- domicilio	- cure intermedie - residenzialità per non autosufficienti
4) TERRITORIO TERRITORIO Cure intermedie	- Cure intermedie	- Domicilio - Residenzialità per non autosufficienti

Per ogni scenario si identificano i seguenti processi:

- 1) Fase di segnalazione del bisogno
- 2) Fase di identificazione del setting e coordinamento
- 3) Fase di attuazione della transizione

1) FASE DI SEGNALAZIONE DEL BISOGNO

La segnalazione è responsabilità del professionista che ha in carico il paziente o la struttura dimettente che, attraverso l'utilizzo di scale di valutazione anche predittiva, elabora un profilo di bisogno che comunicherà alla COT per il seguito di competenza. Ogni azienda fa riferimento ai protocolli di dimissione protetta in essere.

La segnalazione ha modalità e tempi diversi a seconda dell'inviante:

- MMG: segnalazione unica con espressione del bisogno e prescrizione
- Segnalazione da parte di un servizio: segnalazione indicante il bisogno e il piano di cura elaborato dall'UVM
- Segnalazione da parte dell'ospedale a sua volta articolata in due fasi:
 - una segnalazione precoce ovvero entro 48 ore dal ricovero con finalità di allertare il sistema, di dare la possibilità di informare i professionisti presenti sul caso dell'avvenuto ricovero e di dare alla COT la possibilità di valutare le ipotesi possibili;
 - una segnalazione in fase di pre-dimissione, ovvero entro 72 ore dalla dimissione. Questa segnalazione deve riportare i contenuti informativi completi ed esaustivi perché devono garantire la continuità informativa.

In questi passaggi la COT ha il compito di:

- 1.1.** Raccogliere le segnalazioni (dimissione da ospedale, accesso ospedaliero, accesso in OdC...);
- 1.2.** Valutare la completezza della segnalazione al fine di verificarne l'appropriatezza e la sicurezza informativa;
- 1.3.** Attivare l'UVM laddove necessario;
- 1.4.** Verificare la sicurezza del passaggio di cura;
- 1.5.** Garantire la continuità relazionale con i professionisti della presa in carico (trasmissione informativa del passaggio di setting);
- 1.6.** Valutare l'offerta disponibile sul territorio.

2) FASE DI IDENTIFICAZIONE DEL SETTING E COORDINAMENTO

In questa fase la COT:

- 2.1.** accoglie e trasmette le informazioni utili a gestire la transizione (es. bisogni specifici, personalizzazione della presa in carico, ecc.);
- 2.2.** supporta l'individuazione del servizio/struttura di destinazione;
- 2.3.** effettua un'analisi sul territorio per verificare la disponibilità dei servizi o strutture corrispondenti al setting assistenziale individuato;
- 2.4.** attiva/prenota la struttura o il servizio territoriale individuato e i relativi professionisti coinvolti (es. assistente sociale del comune, servizi di Telemedicina, ecc.);
- 2.5.** si interfaccia con il soggetto richiedente per gli aspetti organizzativi e logistici della transizione;
- 2.6.** pianifica la transizione.

3) FASE DI ATTUAZIONE DELLA TRANSIZIONE

La COT organizza e monitora la transizione e verifica che il primo accesso alla struttura di destinazione o al domicilio sia avvenuto secondo quanto programmato, dandone notizia a tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico.

La COT ha il compito di:

- 3.1.** verifica la sussistenza degli aspetti organizzativi;
- 3.2.** attiva gli attori per la corretta presa in carico del paziente;
- 3.3.** monitora lo stato della transizione e del primo accesso nella sede di destinazione;
- 3.4.** in caso di scostamenti dal programmato, si attiva proattivamente con il referente del servizio/struttura di destinazione;
- 3.5.** notifica a tutti gli attori coinvolti l'esito della transizione e ne garantisce l'adeguato aggiornamento.

STRUMENTI

La COT, quindi, deve avere a disposizione:

- mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale ed ospedaliera;
- la tipologia di servizi attivi sugli utenti oggetto di transizione;

- cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni di setting assistenziale con informativa sullo stato e la natura delle stesse;
- sistema di notifiche, in invio e in ricezione, integrato con il cruscotto delle transizioni La COT ha la finalità di rendere efficiente il sistema anche attraverso un attento monitoraggio dell'appropriatezza dei servizi;
- cruscotto di indicatori di attività che permettano il controllo e l'efficientamento del sistema.

4.5.2 I sistemi informativi a supporto delle COT

4.5.2.1 Sistemi informativi del territorio: lo stato dell'arte

Nell'ambito delle attività di sviluppo del sistema informativo, la LR n.9/2011 identifica la Regione come soggetto titolare del Sistema Informativo Socio-Sanitario Regionale (SISSR), di cui gli enti del sistema sanitario sono gli enti beneficiari; in attuazione di quanto disposto dalla legge citata la Regione cura la progettazione, l'organizzazione, lo sviluppo e la conduzione del sistema informativo regionale delle aziende sanitarie regionali.

Negli ultimi anni, la Regione ha avviato importanti progetti di rinnovamento per l'evoluzione del sistema informativo per il territorio a partire dalla nuova Cartella informatizzata del Distretto, che permette, oltre ad assolvere ai debiti informativi nazionali, una gestione clinica dei dati da parte dei servizi sanitari territoriali; a questa si aggiunge il potenziamento del portale Continuità della Cura, quale strumento per il collegamento tra MMG/PLS, le aziende sanitarie e la Regione.

Dal 2019 è stato implementato Se.Sa.Mo. (Servizi Sanitari in Mobilità), il portale digitale della Sanità regionale, che contiene tutta una serie di servizi sanitari per i cittadini, all'interno del quale il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) permette di visualizzare i propri documenti clinici digitali; le stesse informazioni possono essere visualizzate dai medici e dai professionisti sanitari della Regione, dopo una opportuna profilatura *compliance* Regolamento UE 2016/679.

Il PNRR, all'interno della Missione 6 Salute, prevede tutta una serie di innovazioni digitali a partire dal FSE nazionale strutturato secondo regole comuni, alla gestione informatizzata integrata del territorio, all'introduzione di linee guida per l'applicazione della telemedicina in tutte le declinazioni adeguate alla cura in remoto della persona.

Il PNRR, inoltre, richiede l'alimentazione a livello nazionale di quattro nuovi flussi informativi NSIS: consultori familiari, riabilitazione territoriale, ospedali di comunità, cure primarie. Relativamente a questi ultimi, deve essere previsto il recepimento dei suddetti all'interno dell'impianto normativo regionale e conseguentemente l'adeguamento dei sistemi informativi di cui sopra, affinché possano garantire la corretta generazione dei flussi.

4.5.2.2 Strumenti a disposizione delle COT

Nella definizione dei requisiti dei sistemi informativi per le COT dovranno essere considerate le "Linee guida per la definizione del modello organizzativo della COT e della relativa infrastruttura tecnico-informatica parti organizzativa e informatica e giuridico-amministrativa" redatte dal gruppo di lavoro di AGENAS di prossima pubblicazione, che successivamente dovranno essere contestualizzate ed integrate rispetto alle caratteristiche delle organizzazioni regionali.

L'attività di definizione dei requisiti è svolta attraverso l'istituzione di gruppi di lavoro regionali il cui obiettivo è identificare e standardizzare flussi e processi relative alle COT.

Il Sistema informativo delle COT è unico a livello regionale, così da agevolare l'integrazione a livello sovra-aziendali e favorire l'interoperabilità tra le altre componenti regionali del SISSR (Cartella Distretto, Continuità della Cura, CUP). Per garantire il rispetto dei principi del trattamento dei dati (GDPR), come le altre piattaforme regionali, il sistema informativo delle COT sarà segmentato a livello aziendale con policy di accesso a garanzia del rispetto del principio di pertinenza e non eccedenza del trattamento.

Le funzioni che in via prioritaria dovranno essere sviluppate sono:

- **Gestore eventi;**
- **Gestore richieste;**
- **Gestore transizioni e workflow;**
- **Gestore risorse.**

Per esercitare l'attività di tracciatura e controllo delle transizioni, le COT dovranno avere a disposizione degli specifici **Cruscotti** in grado di monitorare lo stato della singola transizione, il luogo di cura e il livello clinico assistenziale.

Le principali componenti dell'infrastruttura informativa della COT dovranno comprendere:

- Mappatura aggiornata dei servizi sanitari e sociosanitari presenti sul territorio di riferimento (risorse);
- Segnalazione dei pazienti in attesa di dimissione (richieste/eventi);
- Strumenti di notifica e messaggistica verso i soggetti coinvolti (transizioni e workflow);
- Sistema di codifica, classificazione del bisogno e delle priorità.

Fondamentale risulta essere l'interoperabilità attraverso standard HL7-FHIR del sistema informativo delle COT con le altre componenti del Sistema Informativo Regionale. L'elenco dei sistemi e software che è necessario integrare per garantire il corretto funzionamento delle COT è il seguente:

- Anagrafe Regionale Assistiti integrata con Anagrafe Nazionale Assistiti (ARA, ANA);
- Sistema degli accessi CUP;
- Sistema degli accessi ADT;
- Piattaforma di Telemedicina;
- Fascicolo Operatore;
- Portale Continuità della Cura;
- Cartella Distretto (PUA, UVD);
- Interconnessione con la Centrale Operativa 116117;
- Sistemi direzionali e Datawarehouse Regionale;
- Sistema di interfaccia con centrali telefoniche aziendali;
- Eventuali integrazioni con i sistemi informativi in uso dagli erogatori pubblici e privati.

4.5.2.3 Metodologie di implementazione dei sistemi informativi a supporto delle COT

Visti i diversi adeguamenti e investimenti necessari per lo sviluppo del Sistema Informativo delle COT risulta necessario adottare una metodologia a garanzia del processo di implementazione e adozione di una nuova tecnologia. È necessario supportare gli enti nel percorso di cambiamento organizzato determinato dall'implementazione delle COT, attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro regionale per la condivisione dei processi aziendali.

Attraverso la Matrice RACI, che individua i principali soggetti coinvolti e assegna a ciascuno di essi ruoli e responsabilità, si pongono in relazione le risorse con le attività delle quali possono essere responsabili (R), approvatori (A), collaboratori (C) o informati (I).

La seguente metodologia garantisce corrispondenza tra risultati attesi ed esito.

Tabella 22 - Implementazione delle COT - principali soggetti coinvolti, loro ruoli e responsabilità - Matrice RACI

Centrali Operative Territoriali	Direzione Centrale Salute	ARCS	INSIEL	Aziende Sanitarie
ATTIVITÀ				
Analisi dei Requisiti Regionali e Aziendali	C	R	I	C
Analisi delle Transizioni e dei Workflow	C	R	I	C
Standardizzazione delle Transizioni e dei	A	R	I	C

Centrali Operative Territoriali	Direzione Centrale Salute	ARCS	INSIEL	Aziende Sanitarie
ATTIVITÀ				
Workflow				
Definizione Piano di Sviluppo	A	I	R	I
Attività realizzativa	A	I	R	I
Formazione all'utilizzo del sistema	A	R	C	C
Avviamento sistema	A	I	C	R

4.6 La Centrale operativa 116117

Il numero unico europeo armonizzato 116117 è il numero per l'accesso alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura. È uno strumento di comunicazione rivolto a tutti i cittadini ma non è un numero di emergenza sanitaria. Il numero garantisce a tutti i cittadini nelle 24 ore la possibilità di ricevere, senza soluzione di continuità, risposte a tutte le chiamate di cure mediche non urgenti. Funziona, inoltre, da raccordo con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza.

Tra i servizi erogati dalla CO 116117, definiti "servizi erogabili obbligatori" rientrano:

- la centralizzazione delle chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale;
- l'utilizzo di una piattaforma informativa sui servizi sanitari localmente disponibili e i loro meccanismi di accesso (modalità di accesso di MMG/PLS anche in caso di difficoltà di reperimento; accesso alla Guardia Turistica);
- il trasferimento della chiamata al Servizio Emergenza Territoriale 118, come da protocolli condivisi.

4.7 Le Unità di continuità assistenziale (UCA)

È una modalità di lavoro integrato e multiprofessionale nella forma di microequipe (infermiere, medico) mobile che interviene a domicilio in contesti clinico assistenziali di particolare complessità in un contesto di comprovata difficoltà operativa.

L'Unità di Continuità Assistenziale è un'équipe che afferisce al Distretto ed 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/UCCP. Al fine di svolgere la propria attività l'UCA può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri. L'équipe UCA può essere eventualmente integrata con altre figure professionali sanitarie, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale. L'UCA non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico del paziente. Essa può essere attivata in presenza di condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico: - a supporto di una cosiddetta "dimissione difficile" del paziente non altrimenti ricoverabile in Ospedale di Comunità o dimissibile al domicilio in Assistenza Domiciliare; - a supporto dei Servizi di Assistenza Domiciliare Distrettuale, in particolari situazioni in cui è necessaria una rivalutazione a fini diagnostico/terapeutici. La sede operativa dell'UCA è la Casa della Comunità Hub alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo.

Lo standard previsto dal DM 77 è di 1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 abitanti e tale è la programmazione regionale, fatte salve le deroghe per le zone disagiate.

4.8 La Rete delle cure palliative

La rete delle cure palliative nella Regione Friuli Venezia Giulia garantisce in modo uniforme in ciascun ambito territoriale i seguenti livelli assistenziali:

- assistenza residenziale in Hospice
- assistenza a ciclo diurno in Day hospice
- assistenza domiciliare: interventi di base e di equipe specialistiche multidisciplinari
- assistenza ospedaliera in regime ambulatoriale e di consulenza nei reparti di degenza

Presso ciascuna Azienda per l'assistenza sanitaria è costituito il Servizio di coordinamento della rete delle cure palliative quale articolazione organizzativa definita nell'Atto Aziendale e ne è attribuita la direzione ad un medico con esperienza nel campo delle cure palliative, certificata con le modalità previste dal Decreto del Ministero della salute 4/6/2015 ovvero in possesso della specializzazione di cui al Decreto del Ministero della salute del 28 marzo 2013.

Il servizio di coordinamento rete delle cure palliative, previsto dall'art. 19 comma 14 lettera i della LR 17/2014, ha il compito di assicurare la necessaria continuità terapeutica attraverso il coordinamento e l'integrazione dei diversi livelli assistenziali (domiciliari, ambulatoriali, a ciclo diurno, di ricovero) nei vari setting di cura (domicilio, Hospice, ospedale). Per i servizi specialistici di cure palliative l'obiettivo più importante è quello di integrarsi con gli altri servizi sanitari e concentrarsi sui pazienti con i bisogni più complessi, sviluppare interventi modulati nel tempo e nell'intensità, intervenire in fase precoce cercando di comprendere meglio le preferenze dei pazienti per attivare una pianificazione anticipata delle cure. Questi modelli organizzativi prevedono che sia la complessità dei bisogni, e non più soltanto la prognosi, il nuovo paradigma per definire l'appropriatezza dell'intervento delle equipe specialistiche di cure palliative. A livello nazionale e internazionale è ormai concorde l'indicazione relativa a tre livelli di complessità, cui corrispondono differenti ruoli e responsabilità per le Unità di CP specialistiche e diversi livelli di erogazione dei servizi. - Bassa complessità (cure palliative di 1° livello): caratterizza malati con bisogni di CP a minore complessità (ad es. in fase precoce di malattia e/o con un discreto livello di stabilità clinica). Per questi pazienti non è solitamente necessario l'intervento di una équipe specialistica. - Media complessità: caratterizza malati assistiti da medici/équipe non specialistiche di CP, con bisogni di complessità moderata per i quali può essere utile un percorso di cura condiviso ("shared care") con le équipe specialistiche. - Alta complessità (cure palliative di 2° livello): caratterizza malati con bisogni complessi, per i quali è necessario un intervento intensivo e di presa in carico da parte di un'équipe specialistica dedicata di CP.

4.8.1 La Rete regionale di terapia del dolore e cure palliative pediatriche

La Rete Regionale di Terapia del dolore (TD) e Cure Palliative Pediatriche (CPP) è una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di Terapia del dolore e cure palliative rivolte al minore, erogate nei diversi setting assistenziali, in un ambito territoriale e ospedaliero definito a livello regionale, che soddisfa una serie di requisiti definiti dall'Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 25 luglio 2012 e ripresi nel documento di accordo della Conferenza Stato-Regioni "Accreditamento della Rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, ai sensi della legge 15 marzo 2010, n.38" del 25 marzo 2021.

La Regione Friuli Venezia Giulia ha definito l'organizzazione della Rete Regionale per la terapia del dolore (TD) e le cure palliative pediatriche (CPP) con Decreto n° 1771 del 27.12.2016 e Delibera n° 730 del 21.03.2018.

Con il Decreto n° 1345 del 29.07.2019 ha istituito il Centro di Riferimento regionale presso l'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste che coordina la Rete per garantirne il funzionamento stesso, e agisce come unità funzionale di riferimento clinico, organizzativo, di formazione (sia agli operatori che ai familiari su tutto il territorio regionale) e ricerca.

La Rete Regionale di TD e CPP si avvale della collaborazione con la Rete Locale di CP e della Rete di TD per la presa in carico del minore in tutti i setting di cura e per la transizione di cura dalla minore alla maggiore età.

La Rete Regionale di TD e CPP, attraverso le sue strutture e con il coordinamento del Centro di Riferimento Regionale, garantisce un percorso integrato di cura adeguato secondo il bisogno e la sua complessità. Il percorso integrato di cura prevede:

- la segnalazione del caso e la valutazione dei criteri di accesso: minori ed eventualmente giovani adulti, eleggibili alle CPP e TD, compresi i percorsi assistenziali per le CPP prenatali con la presa in carico della madre e del feto malato durante la gravidanza;
- la valutazione multidimensionale del caso (VDM) da parte dell'equipe multispecialistica;
- la stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI);
- la presa in carico globale del bambino e della sua famiglia;
- la garanzia di continuità assistenziale: la Rete Regionale di TD e CPP costituisce il punto unico di riferimento e di reperibilità telefonica h 24 sette giorni su sette, per l'assistenza medica, infermieristica e psicologica;
- la rivalutazione periodica dei bisogni per la pianificazione dei percorsi e delle cure;
- la gestione dell'urgenza/emergenza in collaborazione con i servizi territoriali di emergenza e pronto soccorso;
- la gestione della terminalità, dell'evento morte e del lutto, sia in ospedale che a domicilio;
- la gestione della eventuale transizione per raggiunta età del paziente ai servizi dell'età adulta;
- la gestione della dimissione dalla Rete.

La Rete ha adottato strategie condivise per la presa in carico e la valutazione multidimensionale dell'eleggibilità che permettono l'assegnazione a diversi livelli di CPP:

- Livello 1 - BASE è un primo livello in caso di bisogni assistenziali di bassa-media entità che richiedono l'attivazione dei Servizi di base (PLS, MMG, Distretto, Ospedale territoriale, Servizi di Riabilitazione, ...)
- Livello 2 - GENERALE è un secondo livello in caso di bisogni assistenziali moderati/elevati, che richiedono l'intervento di specialisti di malattia (es. oncologi, neonatologi, ...) ma che hanno anche preparazione e competenze specifiche in CPP. Questi pazienti possono richiedere supporto e supervisione da parte dell'equipe del Centro di riferimento regionale di CPP, in collaborazione con gli specialisti di malattia e i servizi territoriali.
- Livello 3 - SPECIALISTICO è un terzo livello in caso di bisogni assistenziali elevati, che richiedono l'intervento continuativo dei professionisti del Centro di Riferimento regionale di TD e CPP, in collaborazione con gli specialisti di malattia e i servizi territoriali.

All'interno della Rete Regionale di TD e CPP sono definite procedure per la discussione di temi che afferiscono all'area della bioetica anche per quanto attiene le procedure di segnalazione al Comitato Etico per la pratica clinica di riferimento del Centro regionale TD e CPP, istituito presso l'IRCCS Burlo Garofolo.

4.9 I Consulitori familiari

Su tutto il territorio regionale le aziende garantiscono la disponibilità di accesso ai servizi secondo lo standard di uno a ventimila abitanti, anche riorientando i percorsi in essere comunque funzionalmente collegati con la Casa di Comunità HUB, che mantiene la governance complessiva del sistema.

4.10 Il Dipartimento di prevenzione

Nella Regione Friuli Venezia Giulia, i Dipartimenti di Prevenzione sono tre, uno per la ex Provincia di Udine (A. Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, popolazione 517.848 abitanti, dati ISTAT 2022), uno per la ex Provincia di Pordenone (A. Sanitaria Friuli Occidentale popolazione 310.158) e uno che aggrega le due ex province di Trieste e Gorizia (A. Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina popolazione 369.289), tale organizzazione è in linea con lo standard massimo di popolazione per DP = 1: 500.000 abitanti previsto dal Decreto. I tre Dipartimenti di Prevenzione, le cui funzioni sono declinate a livello regionale dall'art. 23 della LR n. 22 del 2019 e dagli artt. 7, 7-bis, 7-ter e 7-quater del decreto legislativo 502/1992 e s.m., garantiscono i Livelli Essenziali di Assistenza delineati nel

DPCM 12 gennaio 2017:

- A - Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
- B - Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati
- C - Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
- D - Salute animale e igiene urbana veterinaria
- E - Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori
- F - Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- G - Attività medico legali per finalità pubbliche.

Per conseguire i migliori risultati nell'ambito di tali attività i DP regionali collaborano con altre strutture sanitarie e altri soggetti istituzionali del territorio, valutando e accogliendo anche le istanze dei portatori di interesse del territorio:

- in caso di crisi/emergenze sono punto di riferimento tecnico-operativo per la tutela della salute pubblica delle autorità nazionali, regionali e locali (Protezione Civile, Prefettura, Sindaci, etc.);
- sono parte della rete del Sistema Nazionale di Prevenzione Salute, Ambiente e Clima (SNPS), nell'ambito delle attività di tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati, alla quale concorrono in stretto rapporto con l'Agenzia per la Protezione dell'Ambiente con l'obiettivo di identificare e valutare i rischi per la popolazione e per gli ecosistemi, anche attraverso interventi di analisi e di monitoraggio;
- operano in raccordo con l'Ispettorato del lavoro e l'INAIL nell'ambito della tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro e della prevenzione dei danni acuti e cronici associati all'esposizione a rischi professionali, anche contribuendo per quanto di competenza, sul versante tecnico, al costituendo SINP - Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei luoghi di Lavoro.
- in stretto raccordo con il Distretto collaborano e si coordinano per la programmazione, attuazione, validazione e coordinamento di azioni finalizzate all'individuazione di condizioni di rischio individuali e al conseguente indirizzo a interventi mirati alla promozione della salute e/o alla presa in carico della persona o di gruppi target di popolazione (setting scolastico, occupazionale, sanitario, etc.).
- garantiscono il supporto alle attività di pianificazione, programmazione, organizzazione e monitoraggio volte a promuovere la salute e prevenirne e contenerne i rischi nei diversi ambiti di vita dei singoli e delle comunità (es. contesti sociali diversi, zone agricole e industriale, aree urbane e montane, ecc.).

Le attività di pertinenza dei DP sono declinate nel Piano regionale della Prevenzione (PRP), di durata quinquennale, approvato dalla DGR n. 288 del 04.03.2022. per il periodo 2021 – 2025 e conforme ai contenuti previsti dall'Intesa Stato-Regioni sancita il 6 agosto 2020 (Rep. Atti n. 127/2020) recante Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020 - 2025.

Il PRP attualmente vigente si articola in 10 programmi predefiniti (PP), vincolanti per tutte le Regioni, tratti dal Piano Nazionale e declinati nel contesto regionale, e 5 programmi liberi (PL), rispondenti alle strategie e raccomandazioni nazionali e internazionali, alle evidenze scientifiche in campo preventivo e alle buone pratiche riconosciute. Gli obiettivi perseguiti da tali programmi sono rivolti non solo a mantenere la salute in senso stretto, ma tendono a migliorare le condizioni di vita di ogni giorno, le circostanze nelle quali la gente nasce, cresce, vive, lavora, invecchia, affrontando il tema della distribuzione diseguale delle risorse. Le diverse attività, inoltre, sono sviluppate in continuità con quanto realizzato e raggiunto con il precedente Piano Regionale della Prevenzione 2014-19.

Il Piano, partendo dal profilo di salute della popolazione regionale, fa propri i principi, la vision e gli obiettivi del PNP, articolandosi nelle seguenti linee strategiche:

- 1) Contrasto alla mortalità prematura e disabilità legate alle malattie croniche non trasmissibili, anche attraverso l'individuazione precoce dei soggetti a rischio cardiovascolare, alla riduzione degli incidenti stradali e domestici, infortuni sul lavoro e delle malattie professionali nonché alla promozione dell'invecchiamento attivo

- 2) Investimento sul benessere dei bambini e dei giovani, con interventi precoci, creando contesti favorevoli, sviluppando le capacità del singolo nel fare scelte consapevoli in tema di salute e prevenzione delle dipendenze
- 3) Rafforzamento dei sistemi di screening oncologici, e le programmazioni a sostegno della prevenzione delle malattie infettive, vaccinazioni, sicurezza alimentare
- 4) Visione integrata dell'individuo in rapporto all'ambiente in cui vive: promozione del rapporto salubre fra salute e ambiente e realizzazione dell'approccio inter-istituzionale del servizio sanitario con altri enti
- 5) Promozione degli stili di vita sani in tutte le età in diversi setting, favorendo uno scambio e una partecipazione della comunità nella pianificazione.

Elenco dei Programmi Predefiniti e Liberi del PRP

PP01	Scuole che promuovono Salute
PP02	Comunità attive
PP03	Luoghi di lavoro che promuovono salute
PP04	Dipendenze
PP05	Sicurezza negli ambienti di vita
PP06	Piano mirato di prevenzione
PP07	Prevenzione in edilizia e agricoltura
PP08	Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro
PP09	Ambiente, clima e salute
PP10	Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza
PL11	Gli screening oncologici
PL12	Alimentazione salute e sostenibilità
PL13	Screening cardiovascolare e prescrizione dell'attività fisica
PL14	Investire in salute nei primi 1000 giorni
PL15	Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive
PL16	Programma regionale di odontoiatria pubblica

4.11 Ospedale di Comunità e cure intermedie

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che appartiene al setting delle cure intermedie, ovvero svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero e risponde prioritariamente ai bisogni dei cittadini residenti nel distretto in cui è inserito, in quanto offerta residenziale strettamente legata al territorio di riferimento.

Ha funzione di sostegno alla dimissione, ovvero garantisce la continuità delle cure nella transizione tra ospedale per acuti e domicilio, in un percorso di step down ed è anche strumento per prevenire i ricoveri inappropriati, fornendo un setting sicuro per le condizioni transitoriamente non gestibili a domicilio, in questo caso con un percorso di step up.

4.11.1 La tipologia di utenti dell'Ospedale di Comunità

Requisito fondamentale di accesso è che i pazienti che vi accedono necessitino di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità, ovvero non vi sia la possibilità di mantenere a domicilio la persona perché la condizione clinica e/o assistenziale ne compromette la sicurezza senza tuttavia avere le caratteristiche cliniche per un ricovero ospedaliero.

È quindi identificabile la seguente popolazione target di pazienti assistiti:

- a. 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
- b. 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;
- c. pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;
- d. 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/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

I criteri precedentemente declinati sia nel percorso in *step down* che in quello in *step up* non prevedono la modalità di accesso per sollievo.

4.11.2 Modalità di accesso

I pazienti possono accedere all'OdC da:

- 1) Reparto ospedaliero
- 2) PACU
- 3) Pronto soccorso
- 4) Domicilio su indicazione del MMG/PLS

È sempre prevista una segnalazione il cui timing risponde ai protocolli di continuità in essere nelle aziende e che deve essere processata dalla COT entro 24 ore dall'arrivo.

4.11.3 Livelli di assistenza

Presso l'OdC è garantita l'assistenza infermieristica e medica secondo gli standard previsti dal DM 77/2022.

Tali standard prevedono per nucleo di 20 pl:

- 1 coordinatore infermieristico
- 7-8 infermieri
- 4-6 OSS
- 1-2 riabilitatori
- 4,5 ore/die medico.

4.11.4 Livelli di responsabilità nell'OdC

- 1) Responsabilità assistenziale: coordinatore infermieristico
- 2) Responsabilità clinica: medico referente. L'assistenza clinica può essere garantita o da un MMG o da un medico dipendente dell'Azienda
- 3) Responsabilità igienico organizzativa: direttore del distretto o suo delegato

5 INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E COORDINAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI NON DELINEATI NEL DM 77/2022

Con la legge regionale n. 22/2019 la Regione ha delineato il modello assistenziale del sistema salute. In particolare, nell'integrazione e assistenza socio sanitaria, ai sensi del d.lgs. n. 502/92, del DPCM del 12 gennaio 2017 nonché in coerenza con la successiva legge 241/2021, garantisce **percorsi assistenziali integrati** alle persone con bisogni complessi attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali per migliorare o mantenere il proprio stato di salute con riguardo alle aree relative a:

- minori, donne, coppie e famiglie;
- persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità;
- persone affette da patologie con indicazioni di cure palliative;
- persone con disabilità;
- minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neuro-sviluppo;
- persone con disturbo mentale;
- persone con dipendenza patologica.

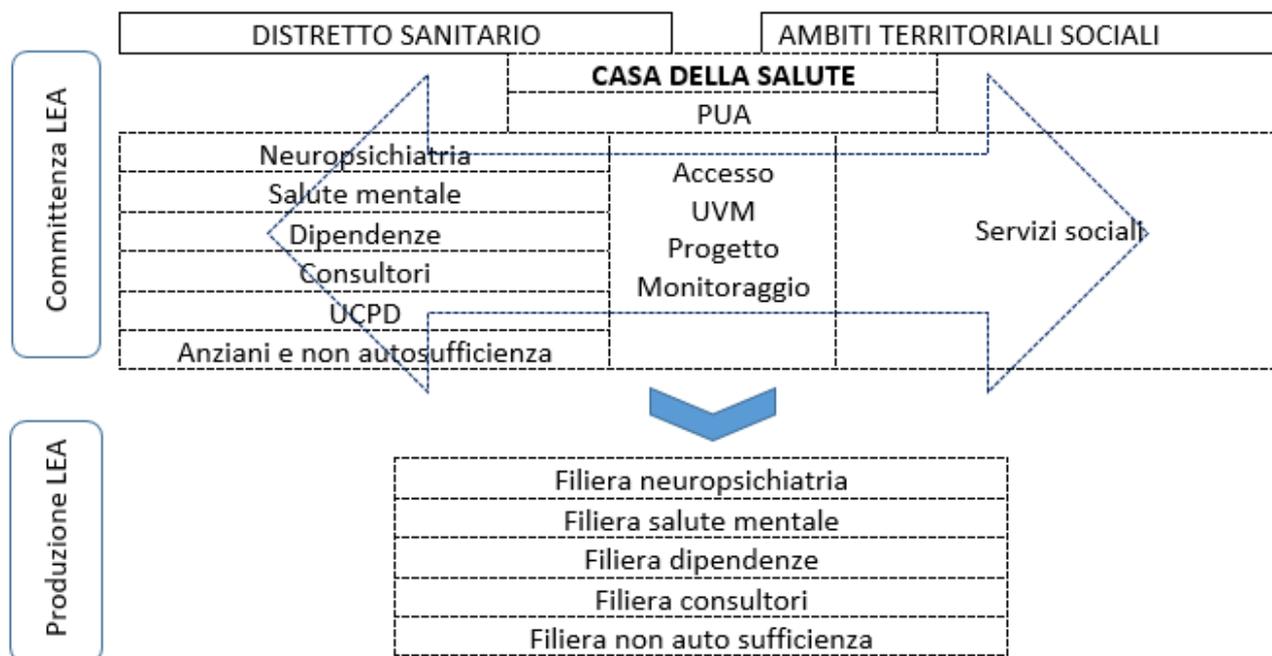
La medesima legge regionale regola:

- la presa in carico integrata da parte dei servizi sanitari o sociali competenti in base alla tipologia di utenza e ai loro bisogni;
- l'accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari;
- la valutazione multidimensionale;
- il progetto personalizzato;
- il budget personale di progetto e il budget di salute.

In linea con lo sviluppo del piano territoriale, le funzioni di committenza (presa in carico e valutazione integrata), svolte dal **Distretto** attraverso i servizi sanitari competenti e dagli **Ambiti Territoriali Sociali (ATS)**, trovano nel DM 77/2022 e soprattutto nella legge 241/2021 articolo 1 comma 163 una collocazione funzionale nel Punto Unico di Accesso e all'interno della Casa della Comunità (Figura 10).

In base alla tipologia di utenza e dei rispettivi bisogni, la valutazione multidimensionale viene svolta dalla specifica equipe di valutazione a cui spetta il compito di procedere con la redazione del progetto di assistenza individuale integrato, monitorare e verificare i risultati nella fase dei trattamenti (produzione) svolta direttamente dai servizi distrettuali o affidata a soggetti terzi.

Figura 10 - Funzioni, aree, luoghi e attività dell'integrazione socio-sanitaria



Si sottolinea come due importanti strumenti, il Budget di Salute (BdS) e la coprogettazione di servizi ed interventi, rappresentino un paradigma innovativo e partecipativo nel sistema dei servizi, in grado di favorire l'integrazione tra il sistema di cura ed il sistema di comunità e di facilitare la messa in campo e la ricomposizione di tutte le risorse disponibili e necessarie per dare concretezza alle progettualità (personali, familiari, pubbliche sanitarie e sociali, del privato e del terzo settore, della comunità), in un'ottica finalizzata al superamento di frammentazioni e categorizzazioni.

Per rafforzare alcune aree dell'integrazione socio-sanitaria la Regione è intervenuta con provvedimenti di settore come ad esempio la recente LR del 14 novembre 2022 n. 16 rivolta a riformare gli *Interventi a favore delle persone con disabilità e riordino dei servizi sociosanitari*. In tema di anziani e anziani non autosufficienti si rammentano:

- il piano di contrasto alla fragilità
- il progetto Prisma 7 per l'intercettazione precoce delle situazioni di fragilità delle persone anziane ultra75enni
- i provvedimenti giuntali relativi all'abitare inclusivo (DGR 1625/2019) e alla sperimentazione della domiciliarità comunitaria
- il nuovo regolamento di autorizzazione ed accreditamento per l'offerta residenziale e semiresidenziale per le persone anziane non autosufficienti.

6 FABBISOGNI DI PERSONALE PER IL FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI E PIANI DI FORMAZIONE

6.1 Il fabbisogno di risorse umane

Al fini dell'attuazione delle progettualità previste dal DM 77/2022 e nell'intento di definire puntualmente i fabbisogni di professionisti necessari, è stata effettuata una simulazione per quanto attiene i seguenti setting:

- Casa della Comunità
- Punti Salute di Comunità
- Ospedale di Comunità
- Hospice

La simulazione ha identificato il fabbisogno complessivo per setting e famiglia professionale così specificato:

Setting	Famiglia professionale
Casa della Comunità	infermieri, medici, assistenti sociali, personale amministrativo
Ospedale di Comunità	infermieri, medici, riabilitatori, OSS
Hospice	infermieri, OSS, medici, psicologi

Nelle tabelle che seguono si riporta la simulazione sui fabbisogni che derivano dall'applicazione del DM 77, escludendo, tuttavia, il fabbisogno relativo ai servizi dei Consultori familiari da determinarsi con atti successivi.

Tabella 23 - Simulazione fabbisogno di personale in applicazione del DM 77/2022 con specifiche regionali

			Casa della Comunità HUB				Casa della Comunità Spoke			
			N.	Standard di personale*		Fabbisogno di personale		N.	Standard di personale	
				MIN	MAX	MIN	MAX		12 ore 6 gg	Fabbisogno di personale
TOTALI FVG	<i>n. Strutture/Servizi</i>		22				10			
	personale	Infermieri	8	12	176	264		12 ore 6 gg	25,2	
		OSS								
		Personale di supporto (socio sanitario e amministrativo)	5	8	110	176				
		Assistenti sociali		1		22				
Medici				128,1		12 ore 6 gg	24,9			

Popolazione al 31.12.2020;

*è incluso anche il coordinatore infermieristico

Tabella 24 - Simulazione fabbisogno di personale in applicazione del DM 77/2022 con specifiche regionali (continuazione)

			Punti Salute di Comunità				Centrali operative territoriali					
			N.	Standard di personale		Fabbisogno di personale		N.	Standard di personale*		Fabbisogno di personale	
				20 ore sett	35 ore sett	STD 1	STD 2		MIN	MAX	MIN	MAX
TOTALI FVG	<i>n. Strutture/Servizi</i>		20				12					
	personale	Infermieri	20 ore sett	35 ore sett	14,0	24,5		4	6	48	72	
		OSS						1	2	12	24	
		Personale di supporto (socio sanitario e amministrativo)								0		
		Assistenti sociali										
Medici												

Popolazione al 31.12.2020;

*è incluso anche il coordinatore infermieristico

Tabella 25 - Simulazione fabbisogno di personale in applicazione del DM 77/2022 con specifiche regionali (continuazione)

		Unità di Continuità Assistenziale			IFoC per l'assistenza comunitaria		TOTALI	
		N.	Standard di personale 1:100.000 ab 12 ore 7/7 gg	Fabbisogno di personale	Standard di personale 1:3000 abitanti	Fabbisogno di personale	MIN	MAX
TOTALI FVG	<i>n. Strutture/Servizi</i>	12						
	personale	Infermieri	12 ore 7/7 gg	35,4		402,1	701	823
		OSS					12	24
		Personale di supporto (socio sanitario e amministrativo)					110	176
		Assistenti sociali					22	
Medici	12 ore 7/7 gg	34,9			188			

Popolazione al 31.12.2020

Tabella 26 - Simulazione fabbisogno personale per lo sviluppo della progettualità DM 77/2022. Ospedali di comunità - posti letto 0,2 per mille – e Hospice (continuazione)

		OSPEDALI DI COMUNITA'				HOSPICE		TOTALE		
		standard di personale* per 20 posti letto		fabbisogno di personale calcolato*		standard di personale	fabbisogno di personale calcolato	MIN	MAX	
		MIN	MAX	MIN	MAX					
TOTALI FVG	personale	Infermieri	7	9	84,35	108,45	180' die	87,07	171	196
		Personale di supporto (socio sanitario)	4	6	48,2	72,3	180' die	84,78	133	157
		Personale sanitario con funzioni riabilitative	1	2	12,05	24,1	10' die	4,84	17	29
		Fisioterapista/logopedista/								
		Psicologo					55' a settimana/paziente	3,74	4	
		Assistente Sociale					55' a settimana/paziente	3,74	4	
	Medico	4,5 ore die 6/7 modulo 20 pl			11,3		Medico (30' die 7/7)	14,31	26	
		241	*incluso anche il coordinatore			118	non è incluso il coordinatore			

Popolazione al 31.12.2020

6.2 Piano della formazione

Il Piano di Formazione rappresenta lo strumento con il quale la regione decide di accompagnare l'applicazione della riforma dell'assistenza territoriale al fine di dare sistematicità ai contenuti culturali e tecnico professionali che caratterizzano l'evoluzione dell'assistenza verso un sistema che risponde alle logiche della gestione della cronicità e della presa in carico. Questo determina una revisione di ruoli, di mandati e di competenze all'interno del sistema e all'interno delle famiglie professionali che lo compongono.

L'applicazione del DM 77 è un momento di cambiamento che diventa opportunità per applicare nuove logiche nella riorganizzazione dei processi, negli obiettivi da raggiungere e negli strumenti da utilizzare.

Il cambiamento richiede un'innovazione culturale orientata alla gestione delle interdipendenze come snodo dell'organizzazione e alla lettura dei bisogni con nuovi paradigmi di cura e offerta.

In questa prima fase si è scelto di dare priorità a due percorsi formativi: un percorso orientato alla formazione congiunta dei direttori di distretto, dei direttori di ambito sociale dei comuni e dei responsabili territoriali delle professioni sanitarie e uno rivolto agli infermieri per realizzare il passaggio verso il ruolo di infermiere di famiglia e/o comunità.

Il presente piano ha valenza annuale.

6.2.1 Formazione direttori di distretto

L'attivazione del percorso prevede l'acquisizione e il consolidamento di nuove competenze necessarie al riposizionamento strategico della governance distrettuale.

Tabella 27 – Formazione direttori di distretto - obiettivi

OBIETTIVI GENERALI	OBIETTIVI SPECIFICI	CONTENUTI
Sviluppare capacità di analisi delle domande/bisogni	<ul style="list-style-type: none"> - sviluppare capacità di lettura e contestualizzazione dei dati che provengono dai flussi sanitari/amministrativi - sviluppare e consolidare capacità di analisi critica delle tipologie di domande/bisogni (sanitario, sociale e socio-sanitario) 	<ul style="list-style-type: none"> - le politiche sanitarie - il valore in sanità - medicina di popolazione basata su sistemi, reti e percorsi - il sistema dei flussi di dati sanitari e amministrativi - legislazione sociosanitaria
Sviluppare capacità di gestione dei sistemi complessi	<ul style="list-style-type: none"> - conoscenza degli strumenti di analisi e del sistema degli indicatori - sviluppare reti, costruire e mantenere relazioni 	<ul style="list-style-type: none"> - strumenti di analisi dei sistemi complessi - strumenti di comunicazione efficace - tipologie di leadership - strategia e tecniche di comunicazione efficace - intelligenza delle organizzazioni
Migliorare la qualità dei servizi	<ul style="list-style-type: none"> - assicurare la sicurezza dei pazienti - realizzare sistemi di valutazione - promuovere il miglioramento e l'innovazione - facilitare la trasformazione 	<ul style="list-style-type: none"> - strumenti di valutazione della qualità - strumenti di valutazione degli esiti - strumenti di clinical governance
Gestire il sistema distretto	<ul style="list-style-type: none"> - pianificare, programmare e realizzare - gestire le risorse, le persone e le performance; - integrare l'assistenza e sviluppare percorsi - applicare conoscenze e prove di efficacia 	<ul style="list-style-type: none"> - strumenti di project management - metodologia per realizzazione di PDTA - strumenti di lean management - strumenti di valutazioni di impatto - strumenti di change management

6.2.2 Formazione dell'IFoC

Per quanto riguarda il piano di sviluppo e di formazione sull'infermiere di famiglia o comunità (IFoC), è stata redatta una *policy* a livello regionale, condivisa con i vari *stakeholders*, e approvata con DGR 1484 del 14.10.2022 ad oggetto "DL 34/2020, art 1, comma 5 e dm 77/2022. documento infermiere di famiglia o comunità: il modello assistenziale in Friuli Venezia Giulia - policy regionale. approvazione."

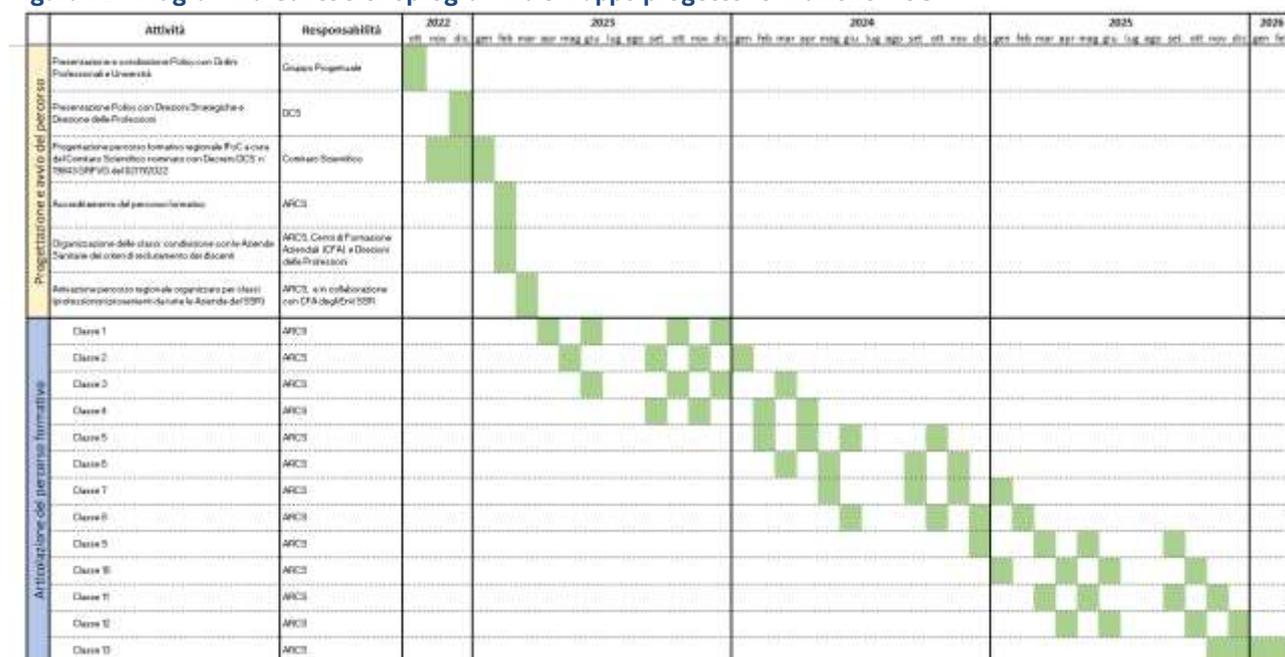
La formazione, attivata in collaborazione con le aziende del SSR, e d'intesa con gli Atenei, sarà oggetto di accreditamento ECM, e potrà avvenire anche con modalità blended e formazione sul campo, per permettere agli infermieri di agire le proprie competenze nell'ambito delle cure comunitarie. Potrà, inoltre, essere riconosciuta e considerata anche ai fini dell'eventuale accesso a percorsi accademici.

La progettualità formativa sarà inserita nel Piano della Formazione Regionale e affidata ad ARCS che potrà, eventualmente, attivare le specifiche iniziative anche in collaborazione con gli altri provider ECM del SSR.

Il progetto prevede un *timing* di quattro anni al fine di soddisfare il fabbisogno formativo dell'IFoC.

A seguire il cronoprogramma riporta attività, responsabilità e timing previsti per lo sviluppo del progetto (2022-2026).

Figura 11 - Diagramma Gantt cronoprogramma sviluppo progetto formazione IFoC



7 SINTESI DELLE AZIONI E CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ

Di seguito, in sintesi, sono esposti i modi e i tempi della pianificazione regionale, con riferimento agli investimenti finanziati dal PNRR in materia di assistenza territoriale. Allo stesso tempo, in accordo con il Titolo IV della legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 (Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006), e segnatamente con il suo articolo 50, la Regione Friuli Venezia Giulia provvederà annualmente, a partire dal 2023, nel suo documento denominato "Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale" ad individuare gli obiettivi e le modalità per la progressiva implementazione del modello di assistenza territoriale qui delineato, nell'ambito delle risorse disponibili per il finanziamento degli enti del Servizio sanitario regionale, con il fine di porre target organizzativi e operativi idonei ad attivare le strutture e i servizi descritti in questa sede entro i termini di cui

al Piano operativo regionale allegato al CIS. Allo stesso modo, verranno adottati, secondo i tempi e i modi indicati dalla programmazione annuale del Servizio sanitario regionale, tutti gli atti normativi e programmatori di settore o progetti-obiettivo che si rendessero necessari, o comunque utili, per attuare il modello assistenziale prefigurato.

CASA DELLA COMUNITA': PIANIFICAZIONE COMPLESSIVA REGIONALE DA ATTUARSI

Tabella 28 - Pianificazione complessiva CdC in attuazione del DM 77/2022

AZIENDA	Popolazione	CdC hub	CdC spoke	Punti Salute di Comunità	Totale
ASFO	310.158	6	1	9	16 di cui 1 struttura stagionale
ASUFC	517.848	10	4	11	25 di cui 2 strutture stagionali
ASUGI	369.289	6	5		11
TOTALE	1.197.295	22	10	20	52 di cui 3 stagionali

CASA DELLA COMUNITA': CRONOPROGRAMMA DEGLI INTERVENTI DA ATTUARSI

Tabella 29 - Cronoprogramma interventi CdC

MILESTONE/TARGET	DESCRIZIONE	TERMINE DI ESECUZIONE REGIONALE
TARGET	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità	T2 2022
TARGET	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità	T1 2022
TARGET	Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP (ossia si è avviata almeno una gara per l'opera ma non necessariamente tutte)	T1 2022
TARGET	Stipula dei contratti per la realizzazione della Case di Comunità	T3 2022
TARGET	Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche	T1 2026

Figura 12 - Diagramma Gantt cronoprogramma interventi CdC da attuarsi



OSPEDALE DI COMUNITA': PIANIFICAZIONE COMPLESSIVA REGIONALE

La DGR 1965 è riformata in adeguamento di quanto disposto dal DM n. 77/2022. Conseguentemente la programmazione regionale è definita, nel suo standard minimo, nei valori esposti alla seguente Tabella 30, ferma restando la possibilità aziendale, in presenza di necessari fabbisogni e disponibilità delle relative risorse, di adeguare le disponibilità di dotazioni di posti letto per Ospedale di Comunità fino al valore massimo di 40 posti letto ogni 100.000 abitanti. Si precisa che l'esposizione del relativo piano dei fabbisogni svolta alla precedente Tabella 26 è stata predisposta considerando l'applicazione degli standard minimi nella misura di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Tabella 30 - Pianificazione complessiva dei posti letto in Ospedali di Comunità e Hospice in attuazione del DM 77

SETTING	OSPEDALE DI COMUNITA' (pl)	HOSPICE (pl)	TOTALE FVG (pl)
ASFO	62	30	92
ASUFC	105	52	157
ASUGI	74	36	110
TOTALE FVG	241	118	359

OSPEDALE DI COMUNITA': CRONOPROGRAMMA DEGLI INTERVENTI DA ATTUARSI

Tabella 31 - Cronoprogramma interventi OdC

MILESTONE/TARGET	DESCRIZIONE	TERMINE DI ESECUZIONE REGIONALE
TARGET	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T2 2022
TARGET	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T1 2023
TARGET	Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T1 2023
TARGET	Stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T3 2023
TARGET	Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche	T1 2026

Figura 13 - Diagramma Gantt cronoprogramma interventi OdC da attuarsi



CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE: PIANIFICAZIONE COMPLESSIVA REGIONALE DA ATTUARSI

La pianificazione regionale prevede l'attivazione di 12 COT (Tabella 32).

Tabella 32 - Distribuzione delle COT secondo la pianificazione regionale e bacini d'utenza

AZIENDA	Sede	n. distretti di afferenza	Bacino d'utenza
ASUFC	Udine	1	158.122
	Codroipo	2	96.683
	Tolmezzo	2	68.107
	Cividale	2	90.060
	Palmanova	2	108.105
ASUGI	Monfalcone	1	73.676
	Gorizia	1	65.394
	Trieste Maggiore	1	117.171
	Trieste Valmaura	1	113.817
ASFO	Pordenone	1	103.073
	Sacile	2	114.943
	San vito	2	92.618

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE: CRONOPROGRAMMA DEGLI INTERVENTI DA ATTUARSI

Tabella 33 - Cronoprogramma interventi COT

MILESTONE/TARGET	DESCRIZIONE	TERMINE DI ESECUZIONE REGIONALE
TARGET	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	T2 2022
TARGET	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per l'interconnessione aziendale	T2 2022
TARGET	Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali	T4 2022
TARGET	assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	T4 2022
TARGET	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale	T4 2022
TARGET	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	T2 2023
TARGET	Stipula dei contratti per l'interconnessione aziendale	T2 2023
TARGET	Centrali operative pienamente funzionanti	T1 2024
TARGET	Completamento interventi per interconnessione aziendale	T1 2024

Figura 14 - Diagramma Gantt cronoprogramma interventi COT da attuarsi

Linee di attività		2022				2023				2024				2025				2026			
		T1	T2	T3	T4																
1	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali		▶	▶																	
2	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per l'interconnessione aziendale		▶	▶																	
3	Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali				▶																
4	Definire, con apposito atto normativo, la programmazione della rete assistenziale territoriale in coerenza con standard e modelli organizzativi definiti nella Riforma dell'Assistenza Territoriale																				
5	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali				▶																
6	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale				▶																
7	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali							▶	▶												
8	Stipula dei contratti per interconnessione aziendale							▶	▶												
9	Centrali operative pienamente funzionanti									◆											
10	Completamento del numero target di interventi per l'interconnessione aziendale									▶											

8 MODALITA' DI GOVERNO E MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI RIORGANIZZAZIONE

Sono stati identificati due livelli di monitoraggio:

- Monitoraggio previsto da AGENAS per il quale è stato identificato il direttore generale dell'azienda di coordinamento regionale (ARCS) coadiuvato da 3 referenti aziendali, uno per azienda
- Monitoraggio regionale: coordinato dall'Azienda di coordinamento regionale per la salute (ARCS) coadiuvata da un referente medico e un referente infermieristico identificati da ciascuna azienda.

Il monitoraggio regionale prevede la valutazione dello stato di avanzamento della pianificazione, in termini strutturali, funzionali e di *outcome*:

Tabella 34 - Monitoraggio delle azioni di riorganizzazione – indicatori e timing

SETTING	INDICATORE	TIMING
Casa della comunità	Tasso di ospedalizzazione over 65	semestrale
	% pazienti con 1° accesso a domicilio entro 48 ore dalla dimissione	semestrale
	% di over 65 con prescrizione attiva di servizio di telemedicina	trimestrale
	% di PAI negli over 65 con prescrizione di telemedicina.	trimestrale
Ospedale di comunità	Tasso di ammissioni in cure intermedie per 1000 residenti	semestrale
	Percentuale di ammissioni in cure intermedie con almeno un ricovero ospedaliero entro 90 giorni dall'ammissione	semestrale
	Ricoveri oltre soglia per pazienti over 65	semestrale
COT	Degenza media OdC % di ricoveri con degenza oltresoglia % di dimessi a domicilio	semestrale
Infermiere di comunità	% di over 65 in ADI	semestrale
	% di over 65 in ADI con PAI	semestrale
	Copertura antinfluenzale over 65	semestrale
	Tasso adesione a screening regionali	semestrale

ELENCO DEGLI ACRONIMI

ACRONIMI	DESCRIZIONE ESTESA
ADI	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
AFT	AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI
ATS	AMBITI TERRITORIALI SOCIALI
ASFO	AZIENDA SANITARIA FRIULI OCCIDENTALE
ASUGI	AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA
ASUFC	AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE
CA	CONTINUITA' ASSISTENZIALE
CdC	CASA DELLA COMUNITA'
CIA	COEFFICIENTE DI ATTIVITA' ASSISTENZIALE
COT	CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE
DGR	DELIBERAZIONE DI GIUNTA REGIONALE
DM	DECRETO MINISTERIALE
FVG	FRIULI VENEZIA GIULIA
GDC	GIORNATE DI CURE
GEA	GIORNATE EFFETTIVE DI ASSISTENZA
IFoC	INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITA'
LEPS	LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI SOCIALI
MMG	MEDICO DI MEDICINA GENERALE
OdC	OSPEDALE DI COMUNITA'
PAI	PROGRAMMA DI ASSISTENZA INDIVIDUALE
PACU	POST ACUZIE
PLS	PEDIATRA DI LIBERA SCELTA
PRI	PIANO RIABILITATIVO INDIVIDUALE
PSC	PUNTO SALUTE DI COMUNITA'
PUA	PUNTO UNICO DI ACCESSO
RSA	RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE
SUAP	STRUTTURE AD ASSISTENZA PROTRATTA
UCA	UNITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
UVM	UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE