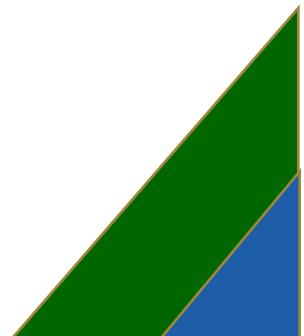


REGIONE
ABRUZZO



LINEE DI INDIRIZZO DELLE CASE DI COMUNITA'

REGIONE ABRUZZO



Sommario

1. Premessa	4
2. Definizione.....	5
3. Le sedi delle case della comunità nella regione Abruzzo	5
4. Il modello organizzativo.....	8
5. Target di riferimento	9
6. La stratificazione della popolazione	9
7. La medicina di iniziativa nella casa della comunità	10
8. La presa in carico mediante il progetto di salute nella Casa della Comunità.....	11
9. Macro-aree funzionali nelle case della comunità.....	12
10. Diagramma funzionale delle CdC <i>Hub</i>	13
11. Diagramma funzionale delle CdC <i>Spoke</i>	14
12. Servizi previsti nel modello organizzativo DM77	15
13. Il Distretto.....	17
14. I servizi della Casa di Comunità	17
14.1 Assistenza primaria	17
14.2 Assistenza specialistica ambulatoriale	18
14.3 Servizi infermieristici	18
14.4 Servizi Sociali	19
14.5 Punto Unico di Accesso (PUA)	20
14.6 Funzioni e attività del PUA.....	20
14.7 Modalità di accesso al PUA.....	21
14.8 Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).....	22
14.9. Unità di Valutazione Multidimensionale	22
14.10 Unità di Continuità Assistenziale (UCA).....	23
14.11 Punto prelievi	24
14.12 Servizi diagnostici di base.....	24
14.13 Prenotazioni con collegamento al CUP unico regionale	24
14.14 Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	24
15. Standard di personale.....	25
16. Strumentazioni medicali e dispositivi medici	25
17. Requisiti tecnologici comuni a tutti i servizi	26
18. La telemedicina.....	27
18.1 L'organizzazione dell'Équipe Multi-Specialistica per la Telemedicina	28
18.2 Responsabilità sanitaria durante l'attività di telemedicina	29
18.3 Supporti tecnici ed informazioni da condividere.....	29

18.4 La logistica dei <i>device</i>	30
18.5 Dati e privacy	30
18.6 Televisita.....	30
18.7 Teleconsulto medico.....	32
18.8 Teleconsulenza medico-sanitaria	32
18.9 Teleassistenza.....	33
18.10 Telemonitoraggio	34
18.11 Il Telecontrollo.....	35
18.12 Gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente	36
18.13 La formazione del personale	37
18.14 La formazione in telemedicina	38
18.15 Privacy	38
19. La carta dei servizi	39
20. Umanizzazione delle cure.....	39

ACRONIMI/ABBREVIAZIONI

COT	Centrale Operativa Territoriale
OdC	Ospedale di Comunità
IFoC	Infermieri di Famiglia o Comunità
ATS	Ambito Territoriale Sociale
PUA	Punto Unico di Accesso
PAI	Piano Assistenziale Individualizzato
PRI	Piano Riabilitativo Individuale
CUP	Centro Unico di Prenotazioni
DSM	Dipartimento di Salute Mentale
MdS	Ministero della Salute
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
M6C1	Missione 6 Salute (M6) - Componente 1 (C1)
LR	Legge Regionale
MMG	Medico di Medicina Generale (Medico del ruolo unico di assistenza primaria)
PLS	Pediatria di Libera Scelta
MCA	Medico Continuità Assistenziale
SAI	Specialisti Ambulatoriali Interni
UE	Unione Europea
NGEU	<i>Next Generation EU</i>
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PAT	Piano dell'Assistenza Territoriale
CIS	Contratto Istituzionale di Sviluppo
UVM	Unità di Valutazione Multidimensionale
EMST	Équipe Multi-Specialistica per la Telemedicina
UCA	Unità di Continuità Assistenziale
UCAD	Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali
SAI	Specialisti Ambulatoriali Interni

1. Premessa

La pandemia da Coronavirus e le sue conseguenze dal punto di vista socio-sanitario hanno indotto ad un ripensamento dell'offerta di salute pubblica e privata del SSN, soprattutto in relazione alla loro distribuzione territoriale ed ospedaliera, al fine di intercettare i bisogni attraverso i servizi di prossimità socio-sanitaria, utili a potenziare la prevenzione nei suoi vari livelli.

La complessa situazione legata alla gestione della pandemia ha fornito, in ogni caso, informazioni importanti per la rimodulazione della programmazione sanitaria e in generale, dell'assistenza territoriale.

In particolare, per far fronte alla crescente domanda di salute della popolazione e ai danni socio-economici che la pandemia ha causato, la Commissione e il Parlamento Europeo hanno varato il piano di sostegno dei Paesi membri dell'Unione Europea noto come "*Next Generation EU (NGEU)*", che ha previsto uno stanziamento di 750 miliardi di euro, assegnandone 191,5 all'Italia.

Il governo italiano, con l'obiettivo strategico di investire in modo coerente le risorse del Piano, ha approvato il "*Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)*", articolato in 6 Missioni, 16 Componenti e relativi investimenti specifici, il quale rappresenta la principale guida per la programmazione degli investimenti che l'Italia prevede di attuare entro il 2026. Con riferimento alla Missione 6 "*Salute*" Componente 1 (M6C1) "*Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*" del PNRR è possibile individuare l'investimento 1.1 "*Case della Comunità e presa in carico della persona*", per cui sono stati stanziati 2 miliardi di euro e la cui realizzazione consentirà il potenziamento e la riorganizzazione dei servizi offerti sul territorio, migliorandone la qualità.

La Casa della Comunità assume un ruolo centrale di tutti i servizi offerti e costituisce il punto di riferimento di prossimità per la popolazione, in particolare per i malati cronici.

A livello nazionale, per dare seguito a quanto descritto dal PNRR sulle riforme e gli investimenti inerenti all'assistenza territoriale, è stato emanato il DM 77, quale "*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 144 del 22 giugno 2022*", che ha specificato le funzioni e le direttive facenti riferimento alle Case della Comunità (CdC).

La Regione Abruzzo, al fine di recepire e attuare i principi e le azioni previste dal DM 77, con la D.G.R. n.773 del 13/12/2022, ha approvato il "*Piano dell'assistenza territoriale della Regione Abruzzo*", il quale elenca le aree, gli obiettivi e gli interventi da attuare a livello territoriale, demandando alle singole Aziende Sanitarie Locali l'approvazione di specifici piani aziendali, per individuare le articolazioni organizzative, gestionali e tecnologiche attuative del suddetto Piano.

Inoltre, le Regioni e le Province risultano tra i soggetti attuatori del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)¹, con la finalità di realizzare gli interventi finanziati nell'ambito del PNRR Missione 6 – Componente 1 e 2. In questi interventi rientra anche la realizzazione di strutture di prossimità, come le Case della Comunità, costituite in base ai principi di equità di accesso e miglioramento della presa in carico del paziente.

"Standard:

- 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; alle Case della Comunità accederanno anche gli specialisti ambulatoriali".²

¹ D.G.R. n. 263 del 24.05.2022 PNRR Missione 6 Salute: Presa d'atto ed approvazione del Piano Operativo Regionale, dello schema di Contratto Istituzionale Di Sviluppo (C.I.S.) di cui al Decreto del Ministero della Salute 5 aprile 2022 ed ulteriori disposizioni.

² DM77/2022

2. Definizione

La Casa della Comunità (CdC) è definita dal DM 77 come *“il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell’assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Nella Casa della Comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale ai sensi dell’articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n. 234 subordinatamente alla sottoscrizione della Intesa ivi prevista e alla sottoscrizione dell’Accordo previsto all’articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, anche al fine di definire gli ambiti delle competenze del Servizio sanitario nazionale da un lato e dei comuni dall’altro, mediante l’impiego delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza disponibili a legislazione vigente”*.

Per tale ragione, la CdC rende effettiva l’assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento, rappresentando una struttura fisica di facile individuazione per l’accesso, l’accoglienza e l’orientamento dell’assistito e risultando un elemento fondamentale della riorganizzazione territoriale. L’attività della CdC all’interno del nuovo assetto organizzativo del territorio prevede un approccio multidisciplinare alla domanda di salute, attraverso un’azione d’équipe tra Medici del ruolo unico di assistenza primaria (MMG/CA), Pediatri di Libera Scelta (PLS), Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI), Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC) e altri professionisti della salute quali Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell’area della Prevenzione, della Riabilitazione, Tecnica e Assistenti Sociali, la presenza degli Assistenti sociali assicura il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali del bacino di riferimento.

Attraverso questa integrazione e coordinamento dei diversi attori del sistema, è possibile da un lato garantire l’assistenza primaria per mezzo di una sanità di iniziativa proattiva, dall’altro la presa in carico della comunità di riferimento, tramite l’erogazione di servizi H12 e mediante il Medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (ex CA Continuità Assistenziale), che fornisce prestazioni ambulatoriali e domiciliari al fine di contribuire alla continuità H24.

La CdC rappresenta inoltre il luogo di prossimità tramite il quale il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si coordina con i servizi sociali per creare una sinergia che possa integrare diversi ambiti di competenza e generare una risposta al bisogno sanitario basata anche sulla dimensione personale del paziente.

La CdC *hub* include sia i servizi erogati direttamente dal servizio sanitario sia quelli erogati da altri attori come enti locali, reti sociali e di volontariato appartenenti al terzo settore. La CdC *hub*, così intesa, diventa il luogo nel quale si organizza e ricompono l’insieme dei servizi e delle attività offerte da tutti gli attori che si prendono cura della salute delle persone e della comunità nel suo territorio di riferimento.

3. Le sedi delle case della comunità nella regione Abruzzo

L’implementazione nella Regione Abruzzo del DM 77/2022, recepito con DGR 773/2022, presume la messa in campo di interventi di carattere edilizio, occupazionale e funzionale da parte di Regioni e ASL, con risorse di fonte comunitaria (oneri di struttura) e statale (risorse umane). I primi sono in corso di svolgimento nell’orizzonte temporale che si concluderà nel 2026 e afferiscono alla ristrutturazione e, in alcuni casi, edificazione di sedi distrettuali e/o porzioni immobiliari da eleggere a Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali. Il secondo tipo di intervento consiste nel reclutamento di personale e nella contestuale realizzazione di modelli organizzativi delle AASSLL, su indirizzi regionali, volti a rimodulare e riorganizzare i servizi sanitari territoriali.

Secondo il POR PNRR In Abruzzo, approvato con DGR 263/2022, poi corretto con DGR 539/2024, è prevista la realizzazione di 40 Case della Comunità, di cui 14 di tipo hub. È prevista l'edificazione di 7 nuove CdC, mentre sono da riqualificare e ristrutturare 33 sedi distrettuali da eleggere a Casa della Comunità.

Tabella 1 – Case della Comunità programmate per ASL e interventi strutturali

Ente del SSR	Numero Case della Comunità da edificare	Numero Case della Comunità da ristrutturare	Totale
ASL 1	1	10	11
ASL 2	0	15	15
ASL 3	3	3	6
ASL 4	3	5	8
Totale	7	33	40

Tabella 2 – Case della Comunità hub e spoke programmate per ASL e interventi strutturali

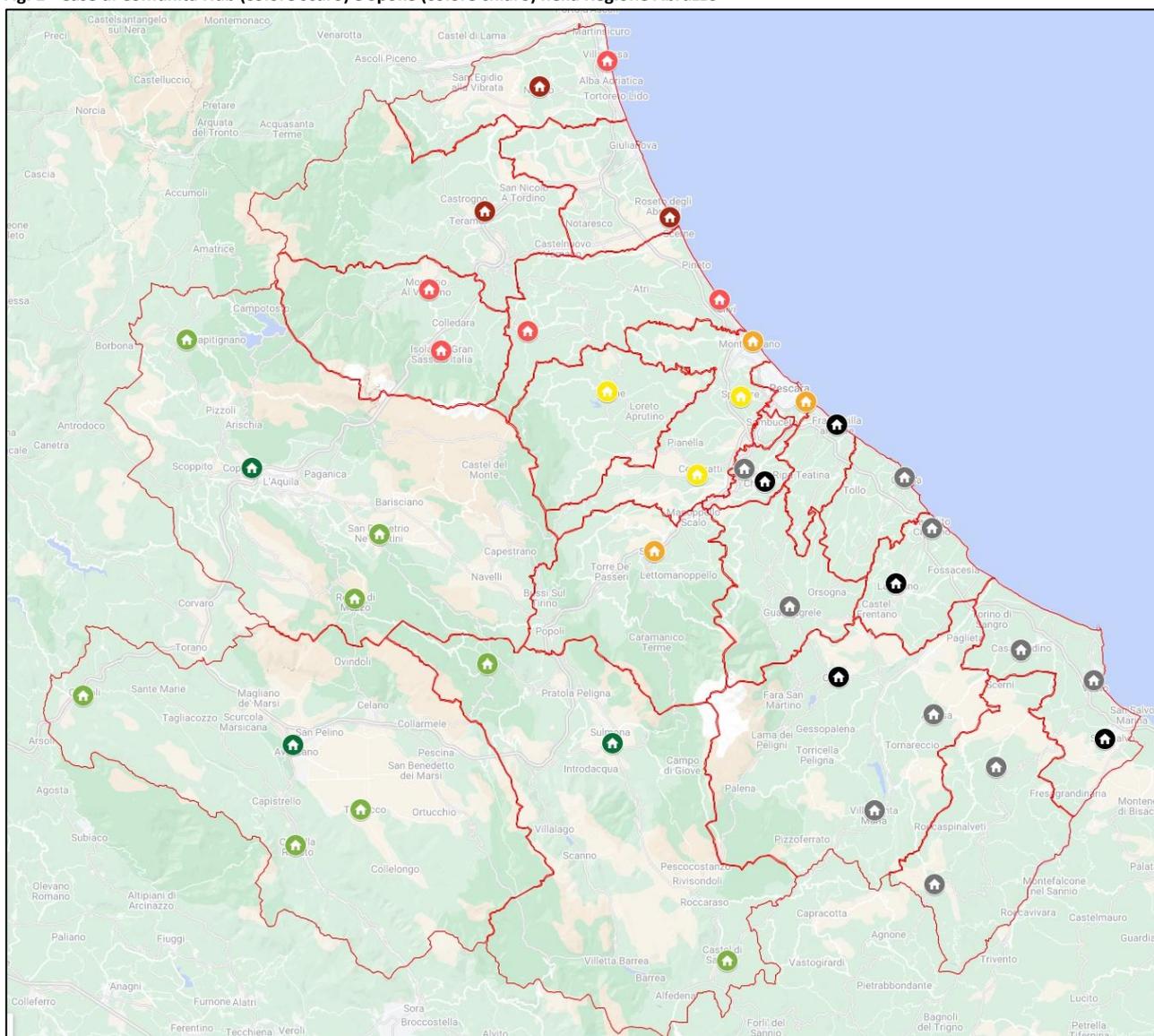
Case della Comunità - PNRR

ASL	CdC Hub		CdC Spoke		Totale CdC
	Totali	Di cui da edificare	Totali	Di cui da edificare	
Asl 201	3	0	8	0	11
Asl 202	5	1	10	2	15
Asl 203	3	2	3	0	6
Asl 204	3	1	5	1	8
TOTALE	14	4	26	3	40

Tabella 3 – Elenco CdC Hub e Spoke – Regione Abruzzo

DATI ANAGRAFICI STRUTTURA							
CODICE ENTE/AZIENDA SSR	ENTE/AZIENDA SSR	Codice struttura STS11 se disponibile	Classificazione Struttura	Provincia	Comune	Localizzazione Intervento - CAP	Indirizzo
201	ASL AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	000204	Case della comunità Spoke	AQ	MONTEREALE	67015	VIA DELLA MASTICHELLA LOC. PIEDICOLLE
201	ASL AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	000300	Case della comunità Spoke	AQ	CASTEL DI SANGRO	67031	VIA LA CROCE 1
201	ASL AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	000200	Case della comunità HUB	AQ	SULMONA	67039	VIALE GIUSEPPE MAZZINI, 100
201	ASL AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	002004	Case della comunità Spoke	AQ	TRASACCO	67059	Via Cifianico ,snc
201	ASL AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	002003	Case della comunità HUB	AQ	AVEZZANO	67051	Via Monte Velino ,18
201	ASL AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	000201	Case della comunità Spoke	AQ	SAN DEMETRIO NE' VESTINI	67028	XXIV maggio ,snc
201	ASL AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	000205	Case della comunità Spoke	AQ	ROCCA DI MEZZO	67048	Strada Provinciale 38
201	ASL AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	130001	Case della comunità HUB	AQ	L'AQUILA	67100	VIA LORENZO NATALI 1 COPPITO
201	ASL AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	002009	Case della comunità Spoke	AQ	CASTELVECCHIO SUBEQUO	67024	VIA NAZIONALE 288
201	ASL AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	002000	Case della comunità Spoke	AQ	CIVITELLA ROVETO	67054	Piazza della Stazione, SNC
201	ASL AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	002001	Case della comunità Spoke	AQ	CARSOLI	67061	Mazzini ,snc
202	ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI		Case della comunità Spoke	CH	SAN VITO CHIETINO	66038	R. SANZIO ,53
202	ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI		Case della comunità Spoke	CH	CASTIGLIONE MESSER	66033	FELICE LONZI ,SNC
202	ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI		Case della comunità Spoke	CH	GISSI	66052	CORSO ITALIA ,10
202	ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI	000002	Case della comunità HUB	CH	SAN SALVO	66050	A. DE GASPERI ,SNC
202	ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI	000050	Case della comunità Spoke	CH	VASTO	66054	F.P. MICHETTI ,86
202	ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI	000045	Case della comunità Spoke	CH	VILLA SANTA MARIA	66047	VIA ROMA 2
202	ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI	000043	Case della comunità HUB	CH	CASOLI	66043	VIA AVENTINO ,SNC
202	ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI	001005	Case della comunità Spoke	CH	ATESSA	66041	VIA A. GRAMSCI 4
202	ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI		Case della comunità HUB	CH	LANCIANO	66034	VIA SPAVENTA ,SNC
202	ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI	102091	Case della comunità Spoke	CH	ORTONA	66026	P.ZZA SAN FRANCESCO 4
202	ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI	001008	Case della comunità Spoke	CH	GUARDIAGRELE	66016	VIA ANELLO 15
202	ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI		Case della comunità HUB	CH	CHIETI	66100	Via Valignani ,SNC
202	ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI		Case della comunità Spoke	CH	CHIETI	66100	Via Pescara ,SNC
202	ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI	000200	Case della comunità Spoke	CH	CASALBORDINO	66021	Via Dante Alighieri ,SNC
202	ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI		Case della comunità HUB	CH	FRANCAVILLA AL MARE	66023	Via Spaccapietra ,SNC - "EX PADOVANO"
203	ASL PESCARA		Case della comunità Spoke	PE	PENNE	65017	Via Caselli ,54
203	ASL PESCARA	002901	Case della comunità Spoke	PE	CEPAGATTI	65012	Piano Ripa ,snc
203	ASL PESCARA	002801	Case della comunità Spoke	PE	SPOLTORE	65010	Via Del Convento ,12
203	ASL PESCARA		Case della comunità HUB	PE	MONTESILVANO	65015	Via Inghilterra ,18
203	ASL PESCARA	015901	Case della comunità HUB	PE	SCAFA	65027	Via della Stazione ,1
203	ASL PESCARA		Case della comunità HUB	PE	PESCARA	65127	8 marzo - San Silvestro
204	ASL TERAMO	180102	Case della comunità Spoke	TE	ISOLA DEL GRAN SASSO	67026	C.da Santone ,snc
204	ASL TERAMO	017005	Case della comunità Spoke	TE	MARTINSICURO	67047	Via Amendola ,snc
204	ASL TERAMO	140105	Case della comunità HUB	TE	TERAMO	64100	C.da Casalena
204	ASL TERAMO		Case della comunità Spoke	TE	SILVI	67040	Nazionale S.S. 16
204	ASL TERAMO	100103	Case della comunità Spoke	TE	BISENTI	67007	Via Roma ,snc
204	ASL TERAMO	017002	Case della comunità HUB	TE	NERETO	67031	Via Lenin ,snc
204	ASL TERAMO	050601	Case della comunità HUB	TE	ROSETO DEGLI ABRUZZI	67037	Via Adriatica Snc
204	ASL TERAMO	180101	Case della comunità Spoke	TE	MONTORIO AL VOMANO	67028	Via Quirino Celli

Fig. 1 - Case di Comunità Hub (colore scuro) e Spoke (colore chiaro) nella Regione Abruzzo



Le CdC hub diventano le sedi di riferimento in cui effettuare tutte le attività volte a garantire un accesso ed una risposta coordinata ai bisogni della Comunità e la necessaria continuità assistenziale all'interno dei diversi programmi e percorsi di prevenzione e cura.

Al fine di facilitare il primo accesso dei cittadini nella CdC hub - con particolare attenzione per persone con oltre 75 anni - e favorire l'avvio tempestivo della rilevazione e della valutazione dei bisogni sanitari e socio-sanitari, si prevede un primo contatto informativo, di conoscenza e di orientamento rispetto ai servizi presenti ai quali è possibile rivolgersi, svolto dall'IFoC o altro personale appositamente formato. Tale rilevazione è condivisa con il Medico del ruolo unico di assistenza primaria di riferimento, responsabile clinico del paziente per la sua presa in carico integrata e l'elaborazione del Progetto di Assistenza Individuale (PAI). Nelle more della realizzazione fisica delle CdC hub ancora da edificare, nonché della piena attivazione delle CdC (anche di tipo Spoke) da ristrutturare, oppure in caso di mancanza di CdC Hub o Spoke nel bacino di riferimento dell'AFT, le ASL possono provvisoriamente individuare le sedi di riferimento multiprofessionale per il bacino dell'AFT:

- nelle sedi UCCP già istituite dalle AASSLL ed attive;

- nelle sedi di riferimento AFT;
- nelle eventuali sedi CdC extra POR/CIS assentite dalla Regione.

A regime, in caso di mancanza di CdC Hub nel bacino di riferimento dell'AFT, assume le funzioni di sede di riferimento multiprofessionale dell'AFT la CdC Spoke, se presente o, in mancanza, la sede distrettuale non CdC presente nel bacino AFT.

La Regione Abruzzo prevede che inizialmente le CdC Hub o i relativi "hub sostitutivi" come sopra descritti aperti h24 7 giorni su 7, siano coperti per la fascia 8-20 (dal lunedì al venerdì) con turnistica dei medici a ciclo di scelta, e per la fascia 20-8 dal lunedì al venerdì e 8-24, il sabato, la domenica e festivi con turnistica dei medici ad attività oraria.

Il tendenziale obiettivo di apertura h24 delle CdC hub è perseguito anche con la riduzione della presenza nell'orario notturno avanzato (24-8) dei medici a ciclo orario nelle sedi di continuità assistenziale, in funzione della necessaria integrazione con la rete degli studi dei medici convenzionati per la copertura h24 (art. 44, punto 4 ACN 2019-2021).

4. Il modello organizzativo

Il modello organizzativo delle Case della Comunità è basato su un approccio integrato, multidisciplinare, di prossimità e di proattività che si concretizza attraverso l'équipe dei professionisti del SSR che vi operano, dalla rete dei servizi presenti sul territorio e dalla partecipazione strutturata della comunità.

Gli obiettivi che tale tipo di struttura si impegna a garantire, descritti all'interno del DM 77 e basati sui principi di equità di accesso e di presa in carico dell'assistito, sono i seguenti:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria e sociosanitaria in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);
- la definizione del carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie, attraverso la Valutazione Multidimensionale (VM);
- la prevenzione e la promozione della salute anche tramite interventi realizzati dall'équipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;
- la promozione e tutela della salute dei minori e della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;
- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa;
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (ad esempio DSM, consultori, ecc.);
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei *caregiver*.

"La CdC hub, deve essere facilmente identificabile dai cittadini e diventa altresì luogo di contatto e di relazioni che vanno oltre i muri, creando così connessioni con servizi presenti e in ridefinizione organizzativa della rete dell'assistenza territoriale tra i quali: le CdC spoke, le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), gli ospedali per acuti, i poliambulatori e i consultori, gli OdC, le COT, la Centrale Operativa 116117, l'Unità di Continuità Assistenziale (UCA), le farmacie dei servizi, i Punti Unici di Accesso (PUA), i Servizi Sociali dei Comuni, le associazioni del Terzo Settore, scuole, palestre, circoli culturali e sportivi, parchi e spazi pubblici, ovunque si

possa generare salute individuale e collettiva, con un approccio sistemico, capillare, collaborativo e partecipativo di promozione comunitaria della salute e di welfare generativo “secondo un approccio One Health”³.

La CdC, sotto la direzione del Distretto, adotta dei meccanismi di coordinamento strutturali di quattro tipi:

- Rete Intra-CdC, definita dalla messa in rete delle figure professionali che operano all'interno delle CdC;
- Rete Inter-CdC, con l'obiettivo di mettere in relazione la CdC *Hub* con le sue CdC *Spoke*, così da soddisfare al meglio le esigenze di erogare servizi in maniera più ampia e diffusa possibile;
- Rete Territoriale, ovvero il sistema con il quale le CdC vengono messe in rete con le altre strutture sanitarie territoriali come assistenza domiciliare, ospedali di comunità, hospice e rete delle cure palliative, RSA e altre forme di strutture intermedie e servizi;
- Rete Territoriale Integrata, che pone le CdC a sistema con l'attività ospedaliera; in questo caso è fondamentale il ruolo delle piattaforme informatiche che consentono di connettere i cittadini, seguiti dalle CdC, alle strutture che possono garantire prestazioni ospedaliere ambulatoriali specialistiche, specie quando si tratta di malati con patologie croniche ad alta complessità.

5. Target di riferimento

Il target di popolazione che usufruirà dei servizi della CdC è quello costituito da pazienti cronici, che presentano comorbidità, o soggetti a fragilità di vario tipo. La CdC ricopre infatti, tra le altre, la funzione di presa in carico del paziente; tale funzione risulta essenziale soprattutto per il paziente cronico, che si trova nella condizione di dover convivere nel tempo con una o più patologie⁴ che, se ben controllate, permettono una discreta/buona qualità della vita. Inoltre, tramite la presa in carico del paziente cronico/con comorbidità presso la Casa della Comunità si assume una peculiare organizzazione di tutti i servizi sanitari e sociosanitari con il fine di rispondere ai bisogni del singolo paziente, programmando prestazioni ed interventi di cura specifici, prescrivendo le cure farmacologiche più appropriate, alleggerendo il paziente dalla responsabilità di prenotare singolarmente visite ed esami. Tale modello di presa in carico fornisce al paziente affetto da patologie croniche un migliore accesso alle cure, un'assistenza sanitaria e sociosanitaria continuativa e integrata. L'obiettivo, secondo i principi del PNRR, risulta quello di offrire assistenza sanitaria di prossimità ai residenti, assicurando il servizio principalmente alla popolazione più anziana e riducendo così il numero delle ospedalizzazioni anche non urgenti. In questo modo, le cure sanitarie sul territorio saranno coordinate in modo efficiente e rapido per rispondere ai bisogni dei cittadini.

6. La stratificazione della popolazione

La Medicina di popolazione si pone come obiettivo la promozione della salute della popolazione di riferimento, attraverso l'utilizzo di modelli di stratificazione ed identificazione dei bisogni di salute basati sull'utilizzo e interpretazione dei dati.

Il processo di stratificazione è definito nel modello concettuale della “*Population Health Management – PHM*” e consiste in una procedura di assegnazione, a priori, di uno stato di rischio ai singoli assistiti di parte o tutta una popolazione di riferimento, per permettere ai sistemi sanitari, di implementare modelli

³ “Linee di indirizzo per l’attuazione del modello organizzativo delle case della comunità hub” – Agenas

⁴ Le malattie croniche ad oggi più diffuse sono quelle cardio-cerebrovascolari, respiratorie, oncologiche, i disturbi neurologici e il diabete

organizzativi e offrire strategie di cura e di assistenza in ragione di una maggiore sostenibilità, equità, appropriatezza ed efficacia degli interventi.

I servizi sanitari devono essere in grado di gestire la salute dell'intera popolazione e non solo di coloro che richiedono attivamente una prestazione sanitaria o sociale, adattando gli interventi, le strategie di cura e i modelli organizzativi di assistenza offerti alle persone in ragione di un gradiente di rischio o strato calcolato a priori.

La stratificazione utilizza informazioni relative ai bisogni clinici assistenziali e sociali della persona, ha la finalità di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel Progetto di Salute. Questo strumento è di supporto nella presa in carico della persona in termini olistici ("*Planetary Health*") e permette non solo la gestione dei bisogni socioassistenziali ma anche di effettuare le valutazioni di processo ed esito relative a ciascun individuo, a prescindere dal livello di rischio.

Il sistema per la stratificazione della popolazione, che può anche differire tra Aziende Sanitarie e finanche a livello di singolo distretto, dovrebbe avere un razionale comune con le seguenti caratteristiche:

- essere valido: capace di identificare gruppi omogenei di assistiti, in base a caratteristiche cliniche, demografiche e sociali;
- essere completo: in grado di contribuire a ridurre i bisogni assistenziali non soddisfatti (unmet needs);
- essere integrante: orientato all'implementazione di percorsi assistenziali integrati e centrati sul paziente;
- essere adattabile: facilmente rimodulabile sulla base di nuove esigenze di programmazione sanitaria o in funzione di possibili innovazioni del sistema;
- essere granulare: capace di produrre informazioni su differenti dettagli territoriali (quali regione, ASL, distretto, zona urbanistica o il bacino di utenza di una Casa della Comunità), coerentemente con gli obiettivi specifici della programmazione sanitaria.

7. La medicina di iniziativa nella casa della comunità

Per sanità d'iniziativa si intende un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche che, a differenza di quello classico della medicina d'attesa disegnato sulle malattie acute, sia in grado di assumere il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia - o prima che essa si manifesti o si aggravi - e di rallentarne il decorso, garantendo quindi al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, mirando dunque alla prevenzione ed anche all'educazione.

Infatti, lo scopo della Sanità di iniziativa è la prevenzione ed il miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, dalla prevenzione primaria alla diagnosi precoce, alla gestione clinica ed assistenziale, alla prevenzione delle complicanze attraverso il follow-up proattivo, anche supportato dagli strumenti di telemonitoraggio e telemedicina, alla presa in carico globale della multimorbilità.

Il nuovo concetto di sanità di iniziativa, è mutuato dal modello del Chronic Care Model (CCM), secondo cui è il sistema salute che va verso il cittadino e non più il cittadino verso l'ospedale. Il CCM nella nuova versione estesa prevede una relazione proattiva che si instaura tra l'operatore e il paziente, mutando il paradigma di sanità di attesa verso una sanità di iniziativa.

La sanità di iniziativa si inserisce nel modello assistenziale delle case della comunità perseguendo gli obiettivi di prevenzione e di gestione delle malattie croniche, orientati alla promozione della salute. La presa in carico

si realizza in modo proattivo già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione patologica.

L'Allegato 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 2019-2021, recante la "*Medicina di iniziativa*", ai commi da 1 a 8, declina le attività e le interazioni tra il paziente reso esperto da opportuni interventi di formazione e addestramento ed un team mono/multiprofessionale.

*"La medicina di iniziativa prevede l'interazione tra il paziente reso esperto da opportuni interventi di formazione e addestramento ed un team mono/multiprofessionale. Assicura, sulla base di un piano di cura personalizzato, attività educative e clinico assistenziali volte alla correzione degli stili di vita, alla diagnosi precoce e al monitoraggio delle malattie croniche conclamate al fine di rallentarne l'evoluzione e prevenirne le complicanze e consiste in un richiamo attivo periodico del paziente per sottoporlo a quanto previsto dal piano di cura".*⁵

In sintesi gli strumenti della sanità di iniziativa sono:

- la presa in carico proattiva precoce per l'individuazione delle persone a rischio di malattia;
- l'educazione ai corretti stili di vita;
- la presa in carico delle persone negli stadi iniziali delle patologie;
- la programmazione di medio-lungo periodo delle attività di assistenza;
- le prenotazioni delle prestazioni;
- i follow-up proattivi anche domiciliari, telefonici o mediante il supporto di strumenti di telemedicina;
- il monitoraggio della *compliance* del paziente ai programmi di cura;
- il coinvolgimento delle figure interessate nel processo di assistenza familiari/*caregiver*;
- lo snellimento delle attività burocratico-autorizzative.

L'assistenza alla persona nella medicina di iniziativa si basa su un approccio olistico e non è rivolta solo alla malattia.

Il *team* monoprofessionale è composto dai medici della AFT, dal personale appositamente formato a svolgere sia i compiti segretariali che quelli di supporto alle attività cliniche, valutative e di *empowerment* del paziente.

Il *team* multiprofessionale è composto dai medici della AFT e dai professionisti della forma organizzativa multiprofessionale (UCCP) di riferimento individuati nel piano di cura per la gestione del caso.

Il responsabile clinico della formulazione e della applicazione del PDTA è il medico di scelta del paziente.

Il piano individuale di cura di ciascun paziente dettaglia le attività cliniche, valutative, di *empowerment* e *family learning*, la periodicità della loro ripetizione e individua le figure professionali del *team* deputate ad eseguire le succitate attività e a determinare la ciclicità dei momenti di rivalutazione comune.

8. La presa in carico mediante il progetto di salute nella Casa della Comunità

Il "Progetto di Salute" è uno strumento di programmazione, gestione e verifica che associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "bisogno di salute" identificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione.

Il Progetto di Salute descrive la storia della persona e dei suoi bisogni clinico-socio assistenziali, in raccordo con i servizi sociali, seguendola prima ancora che sviluppi una patologia, dal momento in cui viene identificato

⁵ ACN 2019-2021 Allegato 1 - Medicina di iniziativa

come portatore di fattori di rischio o a partire dal primo contatto con il SSN, alimentando in modo coerente e tempestivo il relativo Fascicolo Sanitario Elettronico.

Al progetto di salute partecipano più professionisti per tutta la durata della presa in carico (PAI/PRI, PDTA), senza interruzioni tra *setting* assistenziali. Il Progetto di Salute rappresenta, inoltre, uno strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socioassistenziale della presa in carico, grazie alla definizione di azioni appropriate rispetto alle condizioni cliniche, sociali e dei bisogni assistenziali che determinano il livello di complessità del singolo caso, in un'ottica di continuità temporale con rivalutazioni periodiche. L'individuazione dei bisogni socioassistenziali che portano alla definizione del Progetto di Salute determina l'identificazione di un'équipe multiprofessionale minima (medico di cure primarie/pediatra di libera scelta, medico specialista ed infermiere) ove maggiore è la complessità clinico-assistenziale, maggiori saranno le figure professionali coinvolte e in continua evoluzione in relazione all'evolversi della malattia ed allo stato di fragilità espressa.

La scheda di "Progetto di salute" informatizzata, dovrà essere integrata alla cartella ADI, al Piano individuale di cura⁶ e le informazioni dovranno confluire nel FSE.

9. Macro-aree funzionali nelle case della comunità

Il DM 77 prevede una CdC *Hub* ogni 40.000-50.000 abitanti, mentre il numero di CdC *Spoke* varia in base al contesto di riferimento e ai bisogni di salute della popolazione. I due elementi fondamentali per la programmazione di queste strutture risultano essere:

- la localizzazione, in base al contesto di riferimento, al possibile riuso di strutture già esistenti e la costruzione di edifici ex novo;
- il dimensionamento, rispetto al territorio di riferimento, alla presenza e al livello dei servizi previsti.

La regione Abruzzo, nell'ambito degli investimenti previsti nel PNRR, ha programmato la futura rete delle CdC *Hub* e *Spoke* e dei cosiddetti Punti di Erogazione.

La possibilità che le CdC *Hub/Spoke* siano integrate con OdC e/o COT, la presenza di spazi condivisi tra le strutture sopra citate offre, oltre ad un vantaggio sotto il profilo economico, anche ad una coesistenza funzionale alla domanda di salute del paziente, grazie alla condivisione multidisciplinare delle competenze dei professionisti coinvolti

Una divisione dei servizi per macro-aree (funzionali) omogenee e la successiva definizione, per ciascuna di esse, delle caratteristiche ambientali, dimensionali, funzionali, relazionali, nonché dell'approccio prestazionale delle stesse, favorisce l'integrazione tra le diverse aree.

Si evidenziano nella Tabella 4 le macro-aree in cui sono stati organizzati i servizi delle CdC.

Tabella 4 - Macro-aree nella Casa di Comunità

Macro-area	Funzione o soggetto coinvolto
Area dell'accesso e dei servizi amministrativi	L'area concorre a garantire l'obiettivo di accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria e sociosanitaria proprio della CdC. Gli sportelli al pubblico forniscono all'utenza:

⁶ ACN 2029-2021 Allegato 1 Medicina di iniziativa

	<ul style="list-style-type: none"> - il Punto Unico di Accesso (PUA) che esplica la funzione di integrazione con i servizi sociali, sanitari, sociosanitari e con quelli socioassistenziali dei comuni e degli ambiti sociali, attraverso la valorizzazione delle reti sociali (reti informali, reti di volontariato, terzo settore, associazioni di pazienti, ecc.); - il CUP; - il servizio di scelta e revoca dei Medici del ruolo unico di assistenza primaria/PLS (servizio garantito anche on-line), ecc.;
Area dell'assistenza primaria	<p>Comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta responsabili clinici dei pazienti per la presa in carico integrata; - PLS; - IFoC.
Macro-area specialistica ambulatoriale e della diagnostica di base	<p>Servizi di diagnosi e cura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - diagnostica di base; - area prelievi; - servizi ambulatoriali specialistici.
Macro-area Assistenza di prossimità	<p>Prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - presenza medica H24/12 (anche attraverso i Medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (ex Continuità assistenziale)); - presenza infermieristica H24, 7 giorni su 7; - UVM; - UCA; - assistenza sociale; - assistenza domiciliare; - prevenzione e promozione della salute, anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione, con particolare riferimento ai programmi di screening, all'attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive.
Macro-area Servizi generali e logistici	<p>Area amministrativa, spogliatoi, aree relax, archivi, magazzini, locali tecnici.</p>

Ogni macro-area, inoltre, è organizzata in Aree Funzionali, ideate al fine di ottimizzare il funzionamento interno della CdC in termini di disposizione spaziale, di sistema relazionale e di definizione delle singole Unità ambientali minime. Seguendo le indicazioni del DM 77, le Aree Funzionali si dividono in:

- obbligatorie, se indicate come “*Obbligatorie*” in termini organizzativi nella tab.4 del DM 77 (pp. 29-30);
- facoltative, se considerate “*Fortemente raccomandate*”, “*Raccomandate*” e “*Facoltative*” in termini organizzativi nella tab.4 del DM 77 (pp. 29-30).

“Le attività garantite dalla CdC hub riguardano: assistenza al pubblico e supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti (PUA), assistenza primaria erogata attraverso équipe multiprofessionali e continuità assistenziale, assistenza infermieristica, assistenza specialistica ambulatoriale di primo e secondo livello, assistenza domiciliare, assistenza sanitaria e sociosanitaria, punto prelievi, diagnostica di base, prenotazioni con collegamento al Centro Unico di Prenotazione (CUP) aziendale, partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione.”⁷

Relativamente agli standard strutturali e organizzativi, ogni singolo servizio fa riferimento a quelli specificatamente previsti dalla normativa, fermo restando la possibilità di usufruire di spazi comuni, quali le sale d’attesa.

10. Diagramma funzionale delle CdC Hub

⁷ Linee di indirizzo per l’attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità *hub* Versione del 05.04.2024

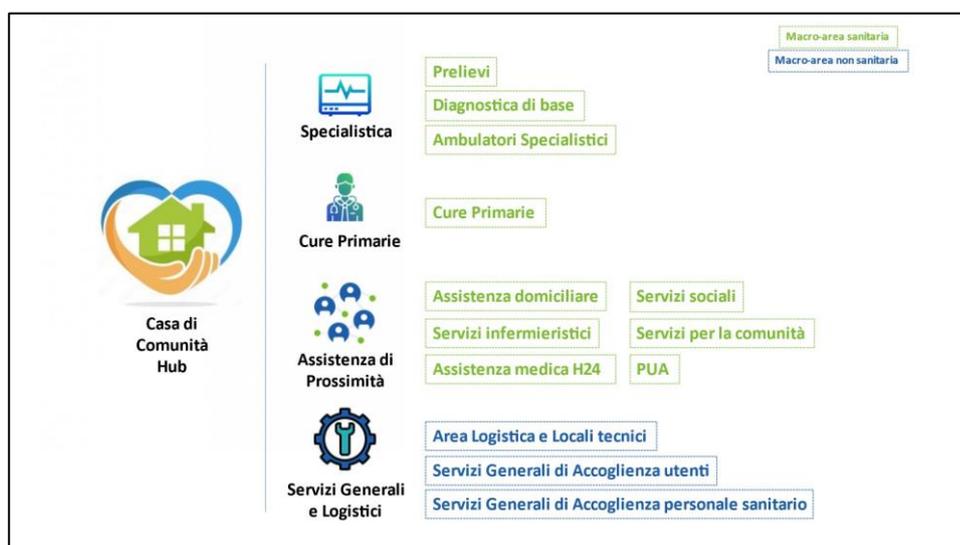
L'organizzazione funzionale delle CdC *Hub* può essere strutturata in 3 Macro-aree sanitarie ed una non sanitaria, a cui faranno riferimento le relative Aree Funzionali obbligatorie. In particolare, le 3 Macro-aree sanitarie sono:

- Macro-area Specialistica, in cui rientrano aree funzionali quali prelievi, diagnostica di base e ambulatori specialistici;
- Macro-area Cure Primarie, con l'omonima area funzionale di riferimento;
- Macro-area Assistenza di prossimità, in cui rientrano aree funzionali quali assistenza medica H24, servizi infermieristici, PUA, UVM, servizi sociali, assistenza domiciliare e servizi per la comunità.

La Macro-area non sanitaria è rappresentata da:

- Macro-area servizi generali e logistici, in cui rientrano 3 Aree Funzionali quali Servizi Generali di Accoglienza utenti, Servizi Generali di Accoglienza personale sanitario e Area Logistica e Locali tecnici.

Fig. 2 - Aree e servizi all'interno della CdC Hub

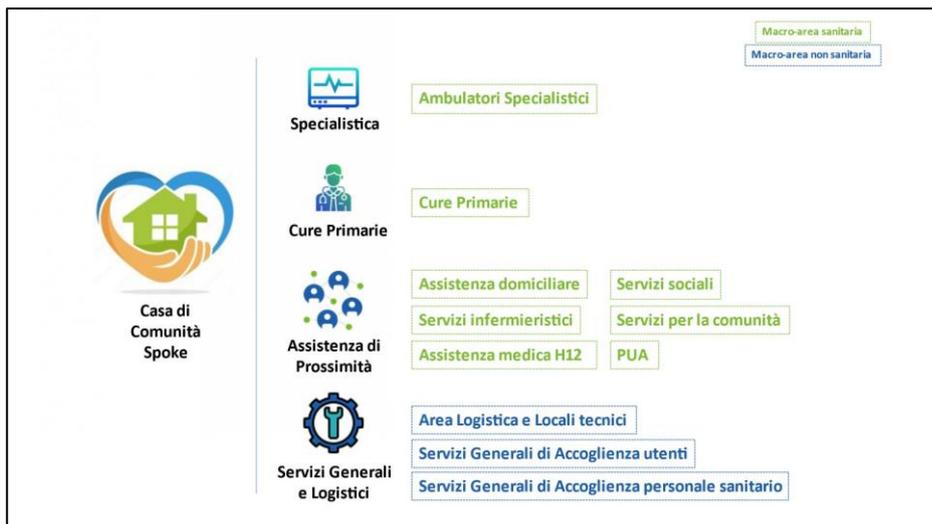


11. Diagramma funzionale delle CdC *Spoke*

L'organizzazione funzionale delle CdC *Spoke* è essere strutturata in 3 Macro-aree sanitarie ed una non sanitaria, a cui faranno riferimento le relative Aree Funzionali obbligatorie. In particolare, le 3 Macro-aree sanitarie sono:

- Macro-area Specialistica, in cui rientra l'area funzionale degli ambulatori specialistici;
- Macro-area Cure Primarie, con l'omonima area funzionale di riferimento;
- Macro-area Assistenza di prossimità, in cui rientrano aree Funzionali quali assistenza medica H12, servizi infermieristici, PUA, UVM, servizi sociali, assistenza domiciliare e servizi per la comunità.
- La Macro-area non sanitaria è rappresentata da: Macro-area Servizi generali e logistici, in cui rientrano 3 Aree Funzionali quali Servizi Generali di Accoglienza utenti, Servizi Generali di Accoglienza personale sanitario e Area logistica e locali tecnici.

Fig. 3 - Aree e servizi all'interno della CdC Spoke



12. Servizi previsti nel modello organizzativo DM77

La CdC *hub* garantisce la presenza dei professionisti di seguito elencati, anche mediante modalità di telemedicina e teleassistenza e relative competenze professionali:

- Équipe multiprofessionali (Medici del ruolo unico di assistenza primaria, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio sanitarie);
- presenza medica h24 - 7 giorni su 7;
- presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7.

La CdC *hub* garantisce l'erogazione dei seguenti servizi:

- Punto Unico di Accesso (PUA);
- punto prelievi;
- servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo; oct, spirometro, saturimetro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina, telerefertazione;
- servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.);
- servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali;
- interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, anche attraverso i Consultori Familiari e l'attività rivolta ai minori - ove esistenti - che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 anni (facoltativo);
- attività di profilassi vaccinale in particolare per alcune fasce di età o condizioni di rischio e di fragilità, tutte le attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive sono in linea con le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione;
- sistema integrato di prenotazione collegato al CUP;
- Servizio di assistenza domiciliare di base;
- partecipazione della comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato;

- integrazione con i servizi sociali.

La CdC *spoke* garantisce la presenza dei professionisti elencati di seguito, anche mediante modalità di telemedicina:

- équipe multiprofessionali (Medici del ruolo unico di assistenza primaria, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti;
- Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie;
- presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (dal lunedì al sabato).

La CdC *spoke* garantisce l'erogazione dei seguenti servizi:

- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
- alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi infermieristici sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Programmi di screening;
- collegamento con la Casa della Comunità *hub* di riferimento;
- sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- partecipazione della comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.

Tabella 5 - Servizi previsti nel modello organizzativo DM77

Servizi	Modello Organizzativo	
	Casa della Comunità <i>hub</i>	Casa della Comunità <i>spoke</i>
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe Multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP	OBBLIGATORIO	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità <i>hub</i> di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg

	FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Programmi di screening	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	

13. Il Distretto

Il Distretto quale articolazione organizzativo funzionale dell'Azienda Sanitaria Locale sul territorio, costituisce il riferimento per l'accesso a tutti i servizi della ASL, dove si realizza, prime fra tutte per il tramite delle Case della Comunità e quindi COT e Ospedali di Comunità, la presa in carico, la continuità assistenziale e l'integrazione socio sanitaria nei confronti della popolazione, in funzione di un'attenta analisi dei bisogni e della differenziazione degli stessi tra fasce di popolazione e categorie assistibili.

Il Distretto è il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento organizzativo e funzionale della rete dei servizi socio sanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali. È inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie e sociosanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta.

Il Direttore del Distretto è il responsabile dell'attività di programmazione delle disponibilità delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali. Direttore e Distretto, acquisiscono in un binomio perfetto la funzione di garanzia del rispetto e del raggiungimento degli obiettivi condivisi, assegnati e fissati dalla Direzione Generale Aziendale sia in termini di efficienza ma ancor più di efficacia e qualità, attraverso la valutazione delle priorità di azione, della sostenibilità delle scelte, l'orientamento dei livelli di produzione di attività sanitaria e socio sanitaria, nonché di monitoraggio e di verifica dei risultati.

14. I servizi della Casa di Comunità

14.1 Assistenza primaria

L'assistenza primaria è erogata attraverso un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare, principalmente costituita dal Medico del ruolo unico di assistenza primaria/PLS, dallo Specialista Ambulatoriale interno e dipendente, dall'IFoC, dall'Assistente Sociale del SSN e degli Enti Locali e dal personale di supporto (socio-sanitario, amministrativo). Eventuali altre figure professionali possono essere ricomprese a seconda della specificità dei bisogni del paziente.

I professionisti coinvolti possono essere strutturati nella CdC *hub* o ad essa collegati funzionalmente, anche attraverso gli strumenti della telemedicina. Sono coinvolti nelle attività delle CdC *hub* anche il personale amministrativo, il personale tecnico sanitario, della riabilitazione, il farmacista, e tutte le altre figure necessarie ad assicurare l'implementazione delle funzionalità della struttura.

“Le CdC hub possono ospitare forme associative e/o studi medici della medicina generale. L'assistenza sanitaria h24 è garantita da personale medico e infermieristico che dispone delle competenze professionali adeguate a fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità e a garantire una prima risposta sanitaria sul territorio.

*Inoltre, considerando il bacino di utenza massimo della CdC hub pari a 50.000 abitanti, ad ogni CdC hub offeriscono funzionalmente i Medici del ruolo unico di assistenza primaria nei modi definiti dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN). Tali medici, appartenenti alle rispettive AFT, devono essere collegati tra loro e con la CdC hub, anche attraverso la condivisione di strumenti e sistemi applicativi informatici, che permettono interscambio di informazioni allo scopo di diagnosi e cura. I Medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta operano all'interno della CdC hub e spoke secondo la programmazione regionale e aziendale e nei rispettivi studi professionali al fine di garantire la capillarità del servizio erogato, in particolare nelle aree interne e rurali. L'associazione di più Medici del ruolo unico, che svolgono la propria attività in una stessa struttura fisica, può costituire una CdC spoke, all'interno dell'AFT di riferimento territoriale, fermo restando la garanzia dei servizi, la copertura oraria e gli standard come definiti dalla normativa e mediante l'integrazione con l'AFT dei SAI”.*⁸

La partecipazione dei Medici nell'ambito delle Case della Comunità è disciplinata dall'ACN vigente, in particolare nelle parti ove si prevede che la forma organizzativa multiprofessionale (UCCP) operi in forma integrata all'interno di Case della Comunità *hub* e *spoke*, compresa la sede di riferimento di AFT.

14.2 Assistenza specialistica ambulatoriale

Nelle CdC *Hub* è prevista la presenza dei servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza, tra le quali l'area di cardiologia, di pneumologia/fisiopatologia respiratoria, di neurologia, di diabetologia, di oncologia, di geriatria, internistica, ecc., tenendo conto dell'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento. Le CdC *Spoke* collegate funzionalmente alle CdC *Hub* fruiscono anch'esse dell'assistenza di specialistica ambulatoriale.

14.3 Servizi infermieristici

I servizi infermieristici nelle case della comunità sono garantiti da infermiere di Famiglia o Comunità. La figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) è stata introdotta dal DL n. 34/2020 convertito in L. n.77 del 17 luglio 2020. Tale ruolo all'interno dell'assistenza territoriale è stato formalizzato inizialmente al

⁸ Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle case della comunità *hub* Agenas

fine di potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti contagiati dal SARS-CoV-2, anche coadiuvando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie.

L'IFoC inizia dunque ad essere parte dell'équipe multidisciplinare e interprofessionale, essendo considerato da un lato come il referente della risposta ai bisogni assistenziali e di *self-care* mediante la presa in carico della persona, dall'altro come intermediario con gli altri attori del processo, senza prevalere sulle altre forme dell'assistenza primaria. Le indicazioni sul ruolo e le relative funzioni dell'IFoC descritte dal DM 77 hanno trovato piena coerenza con quanto stabilito dalle *"Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità"*, approvate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella seduta del 17/09/2020 e in linea con la L. 251 del 10 agosto del 2000, in cui l'Infermiere di Famiglia o Comunità viene definito come *"professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, appositamente formato, in possesso di conoscenze e competenze specialistiche nell'area infermieristica delle cure primarie e sanità pubbliche, che ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. Opera sul territorio, a seconda dei modelli organizzativi regionali, diffonde e sostiene una cultura di Prevenzione e Promozione di corretti stili di vita, si attiva per l'intercettazione precoce dei bisogni e la loro soluzione. Garantisce una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito comunità di riferimento, fornisce prestazioni dirette sulle persone assistite qualora necessarie e si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio, in modo da rispondere ai diversi bisogni espressi nei contesti urbani e sub-urbani. Svolge la sua attività integrandola in una più ampia rete di protezione sanitaria e sociale, in grado di attivare e supportare le risorse di pazienti e caregiver, del volontariato, del privato sociale, e più in generale della comunità"*.

Essendo occupato in un contesto multiprofessionale, tale figura deve possedere delle competenze specifiche ed adatte al tipo di contesto di riferimento, secondo anche quanto stabilito dal Piano dell'Assistenza Territoriale della Regione Abruzzo.

L'IFoC ricopre un ruolo centrale all'interno delle CdC, anche e soprattutto in relazione alle molteplici funzioni che può svolgere nei diversi ambiti, rappresenta la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti.

14.4 Servizi Sociali

Il Servizio sociale nella CdC è garantita dall'assistente sociale, professionista appartenente all'area delle professioni sociosanitarie che nella CdC *hub*, mediante un percorso metodologico definito "processo di aiuto", assicura l'efficacia e l'efficienza degli interventi relativamente ai percorsi di accompagnamento della persona.

L'assistente sociale svolge un ruolo specifico nell'accoglienza e valutazione della persona facilitando l'accesso al sistema dei servizi; si occupa delle attività connesse al processo di aiuto comprendente la valutazione sociale, la definizione di progetti/piani personalizzati, l'attivazione ed il monitoraggio degli interventi di carattere sociale e socio-assistenziale.

L'assistente sociale che svolge la propria attività nella CdC *hub* assicura gli opportuni raccordi tra i servizi sanitari e sociosanitari ed i servizi sociali, sia a livello operativo nella costruzione di progetti personalizzati ai bisogni di salute, sia a livello organizzativo per la definizione di protocolli e percorsi che richiedono azioni congiunte tra sistema sanitario e sociosanitario e sistema sociale degli ATS/enti locali.

14.5 Punto Unico di Accesso (PUA)

In accordo con la normativa vigente⁹, le Case della Comunità rappresentano la sede operativa del Punto Unico di Accesso (PUA).

La Casa della Comunità, promuovendo un modello di intervento multidisciplinare e multiprofessionale, è la sede più coerente per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale.

I punti unici di accesso (PUA), hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate "Case della comunità" (L. 234/2021). I PUA sono previsti obbligatoriamente in tutte le Case della Comunità, sia in quelle *Hub* che in quelle *spoke*.

Il Piano nazionale per la non autosufficienza approvato in Conferenza Unificata il 3/8/2022 (atto 136/CU), ha previsto che: *"nelle more dell'attivazione dei PUA presso le Case della Comunità", le Aziende sanitarie e gli Ambiti territoriali sociali "si impegnano a individuare modalità e sedi stabili di concertazione al fine di garantire in ogni caso la valutazione multidimensionale e la presa in carico integrata"*.

Il PUA rappresenta il luogo di accoglienza sanitaria e sociale, con la funzione di porta d'accesso principale alla rete dei servizi offerti dai Distretti, dalle Case della Comunità e dai Comuni.

La presenza all'interno del PUA di personale sanitario e sociale favorisce una maggiore integrazione tra le due componenti.

Il PUA è pensato e costruito in relazione ai bisogni delle persone, mirando a migliorare le modalità unitarie di presa in carico e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi che il paziente e il suo *caregiver* sono spesso costretti ad affrontare.

14.6 Funzioni e attività del PUA

Una delle funzioni principali del PUA è quella di assicurare pari opportunità d'accesso a tutte le informazioni socio-sanitarie, a chiunque ne voglia usufruire. In questo senso, è finalizzato ad avviare percorsi di risposta appropriati ai bisogni del paziente, favorendo così l'accesso integrato ai servizi.

L'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali garantite attraverso i PUA è fondamentale per una corretta mappatura del bisogno e di conseguenza permette di organizzare una risposta multidimensionale ed una presa in carico multidisciplinare.

In tal senso il PUA si occupa di numerose attività e svolge un ruolo fondamentale per la presa in carico della persona e la sua gestione all'interno del sistema sanitario. Nel dettaglio:

- favorisce l'accesso unitario ai servizi sociali e sociosanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo;
- promuove l'integrazione tra attività sanitaria e attività socio-assistenziale.
- riceve le segnalazioni provenienti da una struttura ospedaliera o dal MMG/PLS, gestendo la domanda dell'assistito;
- analizza i bisogni espressi e non espressi;

⁹ L'art. 1 comma 163 della L. 234/2021 stabilisce che: *"Il Servizio Sanitario Nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso Punti Unici di Accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità». Presso i PUA operano, nel rispetto di quanto previsto dal citato Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone"*.

- registra l'accesso attraverso la scheda PUA informatizzata;
- procede alla risoluzione dei casi semplici;
- garantisce la valutazione multidimensionale delle persone non autosufficienti, con lo scopo di stimare il carico assistenziale e consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita;
- garantisce la Valutazione Multidimensionale e la definizione del Progetto di Assistenza Individuale e Integrata, contenente l'indicazione degli interventi necessari, modulati secondo l'intensità del bisogno;
- monitora le situazioni di fragilità sanitaria, sociale, socio-sanitaria, con l'obiettivo di creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere della situazione problematica o dello stato di bisogno;
- comunica costantemente con i MMG/PLS al fine di facilitare interventi integrati tra i servizi territoriali sociosanitari.
- individua i percorsi di cura più idonei, proponendo al cittadino le prestazioni e i servizi più coerenti in base alla tipologia di bisogno.

Il PUA, inoltre, collabora in maniera continuativa con la Centrale Operativa Territoriale per assicurare la completezza della gestione del processo.

14.7 Modalità di accesso al PUA

La segnalazione al PUA può avvenire attraverso telefono, mail, PEC, sistema informatizzato, e può essere effettuata da diversi attori, quali:

- MMG/PLS, medico ospedaliero;
- specialista territoriale;
- servizi sociali del comune;
- paziente coinvolto;
- familiari o supporti informali;
- associazioni di volontariato;
- COT;
- NUE 116117.

Le funzioni all'interno del processo:

- il Direttore del Distretto è responsabile dell'organizzazione dei servizi PUA/UVM/CdC/COT/OdC.
- Le funzioni di *front-office* sono eseguite da un Infermiere di famiglia o Comunità (IFoC) impegnato nelle attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute, da un'Assistente Sociale e da personale amministrativo;
- le funzioni di *back-office* sono assicurate dal Dirigente Medico del Distretto Socio-Sanitario delegato dal Direttore del Distretto, che agisce in stretta collaborazione con l'IFoC, con il Responsabile dell'Ambito Territoriale Sociale (ATS), l'Assistente Sociale dell'Ambito e da personale amministrativo.

L'équipe multidisciplinare che compone il PUA dovrà avere la capacità di discriminare il bisogno espresso, indicando percorsi semplici e complessi di risposta ad ogni richiesta accolta, per cui verrà espressa una valutazione e conseguentemente proposto il percorso adatto. In particolare:

- in caso di richieste “semplici”, al PUA compete l’orientamento e/o l’invio ai servizi coinvolti per l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o sociali che non richiedono il coinvolgimento della Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM);
- in caso di situazioni “complesse” il PUA provvede ad avviare il percorso di presa in carico attraverso la Valutazione Multidimensionale Integrata e la definizione del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) o il Piano Riabilitativo Individuale (PRI).

Presso i PUA sono collegate ed operano le Unità di Valutative Multidimensionali Integrate, composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente proveniente da strutture del SSR e dagli ATS, che garantiscono le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza.

Gli IFoC impegnati nelle attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute nelle CdC svolgono tale attività anche nell’ambito del PUA, al fine di favorire l’accessibilità e l’orientamento per l’accesso nelle strutture medesime.

14.8 Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

L’assistenza domiciliare, trova il fondamento normativo nel DPCM 29 novembre 2001, aggiornato successivamente dal DPCM 12 gennaio 2017, che prevede tale forma di assistenza tra quelle che devono essere garantite dal Servizio Sanitario Nazionale. Il ruolo strategico dell’assistenza territoriale, con particolare riferimento all’assistenza domiciliare viene inoltre richiamato dalla Missione 6 Component 1 Investimento 1.2.1 del PNRR che prevede, tra i vari interventi, quello del potenziamento di questo *setting* assistenziale.

Il DM77/2022,

- definisce le cure domiciliari *“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. Standard: - 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente”*.
- individua la *“Casa come il primo luogo di cura”* e la definisce quale *setting* privilegiato, all’interno della programmazione sanitaria nazionale, dell’assistenza territoriale.

Il servizio di cure domiciliari garantisce l’accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona, la Valutazione Multidimensionale dei bisogni e la definizione dei percorsi assistenziali integrati sotto il profilo clinico, funzionale e sociale, nonché procedure e strumenti di valutazione multidimensionale, scientificamente validati, garantendo uniformità sul proprio territorio.

14.9. Unità di Valutazione Multidimensionale

Presso i PUA operano équipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. Tali équipe integrate sono deputate alla valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone, assicurano la funzionalità delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

Sulla base della valutazione dell'UVM, l'équipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI) o Progetto di Riabilitazione Individuale (PRI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI/PRI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione.

La Valutazione Multidimensionale potrà essere realizzata anche coinvolgendo da remoto i professionisti, adeguatamente formati e numericamente sufficienti, qualora siano già disponibili tutte le informazioni in modalità digitale. A tale scopo è indispensabile stabilire l'idoneità del paziente alla fruizione di prestazioni e servizi in telemedicina, così da rendere il PAI/PRI fruibile attraverso strumenti digitali come telemonitoraggio, televisita o teleriabilitazione.

In riferimento all'utilizzo di strumenti di telemedicina, la UVM rappresenta il soggetto responsabile della valutazione dei requisiti essenziali per l'eventuale attivazione del percorso di cure domiciliari attraverso l'implementazione di tali strumenti. In particolare, la valutazione si concentrerà su alcuni aspetti, quali:

- idoneità del paziente/*caregiver* nel poter usufruire di prestazioni e servizi in telemedicina;
- disponibilità da parte del paziente/*caregiver* di strumenti, sistemi tecnologici e competenze/abilità minime adeguati alla corretta fruizione del servizio di telemedicina;
- autorizzazione da parte del paziente/*caregiver* all'attivazione di tali servizi;
- consenso informato e autorizzazione al trattamento dei dati personali e sanitari da parte del paziente/*caregiver*;
- disponibilità di sistemi informativi che consentano gli incontri virtuali tra professionisti, al fine di ottenere una comunicazione ottimale tra gli stessi.

14.10 Unità di Continuità Assistenziale (UCA)

L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è un'equipe 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.

Alle UCA è affidata la gestione e la presa in carico di pazienti in condizioni clinico-assistenziali particolarmente complesse e nei casi di dimissione difficile; assicura una risposta rapida e flessibile attraverso accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici.

L'istituzione delle UCA è responsabilità delle singole AA.SS.LL., che provvedono alla loro collocazione in via prioritaria all'interno dei Distretti/Case della Comunità *Hub*, alle quali afferiscono sia da un punto di vista funzionale che organizzativo.

L'UCA non sostituisce bensì supporta i medici del ruolo unico dell'assistenza primaria per la presa in carico del paziente per un periodo definito. L'intervento dell'UCA può rendersi necessario nei casi di risoluzione di quadri clinici complessi di pazienti che non richiedono il ricovero ospedaliero e gestibili a domicilio, come ad esempio nella:

- dimissione difficile del paziente non altrimenti ricoverabile in Ospedale di Comunità o in Assistenza Domiciliare;
- presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile ed effettuando accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici;
- attuazione di programmi di prevenzione territoriale rivolti a pazienti fragili, coordinati dal Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica quali, ad esempio, ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e/o presso RSA e Case di riposo.

Le Unità di Continuità Assistenziale sono costituite da équipe di medici e infermieri, eventualmente integrate con altre figure professionali specialistiche in base alle peculiari patologie trattate. Il fabbisogno stimato di UCA è di 1 ogni 100.000 abitanti, indicativamente coincidente con le Aree Distrettuali regionali.

Il personale sanitario selezionato per le UCA deve possedere adeguate competenze nella gestione di pazienti complessi ed essere quindi in possesso di comprovata esperienza professionale. L'obiettivo del nuovo modello organizzativo di assistenza territoriale è evitare il più possibile l'ospedalizzazione e orientare la presa in carico in favore delle cure domiciliari, adottando il principio della casa come il luogo privilegiato di cura.

Per i requisiti delle UCA si rimanda alla DGR 244 del 27 aprile 2023 ("D.M. 77/2022 – DGR 773/2022 – Attivazione delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA) della Regione Abruzzo").

14.11 Punto prelievi

Il punto prelievi costituisce un servizio di supporto diagnostico-assistenziale nella gestione dei pazienti con problematiche cliniche non urgenti. Attraverso questo servizio, a seconda delle necessità, i campioni prelevati potranno essere analizzati dal laboratorio analisi collegato alla CdC *hub* oppure mediante analisi estemporanee effettuate attraverso il *Point of Care Testing* (PoCT), qualitativamente controllato, con il coinvolgimento del personale necessario.

14.12 Servizi diagnostici di base

I servizi diagnostici nella CdC *hub* sono finalizzati prioritariamente al monitoraggio della cronicità con la relativa strumentazione (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, tomografia ottica computerizzata - OCT, spirometro, diagnostica per immagini, ecc.) anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (telerefertazione, ecc.). Alle prestazioni diagnostiche della CdC *hub* accedono prioritariamente i pazienti cronici ed i cittadini della Comunità di riferimento. Le CdC *hub* dovranno dotarsi di strumentazioni medicali e dispositivi medici, tenendo conto dell'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento.

14.13 Prenotazioni con collegamento al CUP unico regionale

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

Devono essere istituiti percorsi programmati dedicati ai pazienti cronici della comunità di riferimento della CdC *hub*, al fine di garantire una programmazione annuale delle visite di controllo, anche tramite la telemedicina.

14.14 Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione

Nella CdC *hub* la Comunità di riferimento può trovare le risposte ai bisogni di salute ma anche spazio per progettualità partecipate.

Questo si realizza con la presenza e l'individuazione nella CdC hub dei professionisti competenti nel lavoro di Comunità, nel lavoro di rete e attraverso l'organizzazione di tavoli di confronto, permanenti o temporanei, tra enti pubblici, associazioni del Terzo Settore, che possano sviluppare, tra l'altro, sinergie e risposte innovative.

15. Standard di personale

La CdC hub garantisce la presenza dei seguenti professionisti, nell'ambito di quelli disponibili a legislazione vigente, anche mediante modalità di telemedicina e tele assistenza e relative competenze professionali:

- équipe multiprofessionali costituite da Medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, Pediatri di Libera Scelta (PLS), Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI), Medici del ruolo unico di assistenza primaria a orario;
- Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio sanitarie);
- presenza medica h. 24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
- 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti (tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi *setting* assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola;
- Unità di Continuità Assistenziale 1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 abitanti;

Le CdC hub al fine di assicurare i servizi descritti dovranno essere dotate di 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità, 1 assistente sociale, 5-8 unità di Personale di supporto (Socio-sanitario, Amministrativo) organizzati indicativamente secondo il modello di seguito descritto:

- 1 Coordinatore Infermieristico;
- 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali;
- 1-2 IFoC per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute;
- 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare, le attività di prevenzione e teleassistenza.

Per quanto riguarda il fabbisogno di personale delle CdC spoke, il DM 77 rimanda alle esigenze dello specifico contesto territoriale in cui la struttura sarà collocata.

Nelle CdC hub e spoke, inoltre è garantita l'assistenza medica H 12 – 6 giorni su 7 attraverso la presenza dei MMG afferenti alle AFT e UCCP del distretto di riferimento. Tale attività ambulatoriale sarà aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti e dovrà essere svolta presso la CdC hub e spoke.

Tutte le aggregazioni AFT e UCCP sono ricomprese nelle CdC avendone in essa la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; alle CdC accedono anche gli specialisti ambulatoriali.

L'équipe multidisciplinare è composta anche da altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali.

16. Strumentazioni medicali e dispositivi medici

Il Decreto 29 luglio 2022 «Riparto delle risorse per il fabbisogno di apparecchiature sanitarie di supporto ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta» ha assegnato all'Abruzzo un contributo di €

5.210.680,78 a valere sull'art. 20 della L.67/88 per far fronte al fabbisogno di apparecchiature sanitarie destinate a MMG e PLS al fine di migliorare il processo di presa in cura dei pazienti nonché di ridurre il fenomeno delle liste di attesa».

Le apparecchiature di diagnostica di primo livello saranno assegnate prioritariamente alle CdC hub e spoke, agli spoke rappresentati dagli studi dei MMG e PLS e alle AFT, tenendo conto della capillarità dei servizi, in particolare nelle aree interne, rurali e periferiche ove, per caratteristiche geografiche e morfologiche, va garantita in modo particolare la dotazione di strumenti di prima diagnostica, rete e telemedicina.

Si è insediato presso il Ministero della Salute il tavolo di lavoro che ha il compito di definire:

- le modalità di rilevazione dell'attività dei MMG e PLS mediante i dispositivi,
- le specifiche tecniche della documentazione relativa agli atti medici eseguiti,
- le modalità di alimentazione del FSE,
- gli indicatori minimi di processo e risultato,
- la struttura del Piano pluriennale dei fabbisogni di apparecchiature diagnostiche di primo livello di ciascuna Regione.

La dotazione minima di strumentazioni medicali e di dispositivi medici nelle Case di Comunità hub in termini di requisiti tecnologici comuni, è prevista nel par. 2.2. del documento relativo alle "Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case di Comunità hub" (Agenas).

Le apparecchiature devono essere compatibili e integrarsi con la Piattaforma Nazionale di Telemedicina e con le Infrastrutture Regionali di Telemedicina nonché con il FSE.

L'adozione di tecnologie e dispositivi associata alla telemedicina nelle CdC hub permette, a tutti i professionisti, di beneficiare di importanti vantaggi come:

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

17. Requisiti tecnologici comuni a tutti i servizi

Dotazione obbligatoria per ogni CdC hub è il carrello di emergenza. Nel carrello di emergenza deve essere presente l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base (pallone autoespansibile, corredato di maschere facciali e cannule orofaringee, sfigmomanometro e fonendoscopio, laccio emostatico, siringhe e farmaci di pronto intervento, materiale per medicazione e kit per suture). Nel caso in cui vengano effettuate ricerche diagnostiche con manovre complesse, oltre alla dotazione di cui sopra, devono essere presenti:

- sistema di monitoraggio ECG e parametri vitali,
- defibrillatore semi-automatico e pulsiossimetro.

Le attrezzature che compongono il kit di base per ambulatorio di seguito elencate possono essere utilizzate da tutti i professionisti sanitari operanti all'interno delle medesime strutture:

- Sfigmomanometro digitale;
- Saturimetro;
- Glucometro;
- Bilancia con altimetro per il calcolo del BMI e dotata di impedenzometria;
- Metro sartoriale per la misurazione della circonferenza addominale e delle anche per la sindrome metabolica;
- Martelletto per riflessi neurologici.

Allo stesso modo, si elencano i dispositivi medici previsti almeno per piano/contiguità nelle CdC hub che possono essere utilizzati dai professionisti sanitari operanti all'interno delle medesime strutture:

- Elettrocardiografo minimo 12 derivazioni;
- Monitor-defibrillatore.

In ogni CdC hub deve essere garantita la presenza della seguente strumentazione diagnostica, anche finalizzata alla gestione e al monitoraggio delle patologie a maggiore prevalenza:

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

Inoltre, nella CdC hub può essere presente ogni altro dispositivo medico, strumentazione diagnostica e per immagini, nonché medica necessaria per soddisfare i bisogni della popolazione di riferimento".¹⁰

18. La telemedicina

Con Delibera 523 del 30 agosto 2023 ess.mm. e ii. la Regione ha approvato il modello organizzativo regionale di telemedicina, che è parte integrante del modello di assistenza territoriale volto a garantire a tutti i residenti i servizi messi a sistema nelle Case della Comunità, grazie alla possibilità di effettuare visite da remoto alle persone che abitano in luoghi isolati che hanno problemi di trasporto o di deambulazione.

La Telemedicina è definita come l'insieme di tecniche mediche ed informatiche che permettono la cura, la visita, il monitoraggio di un paziente a distanza o più in generale di fornire servizi sanitari da remoto. Con il termine telemedicina si indica tutto l'insieme di prestazioni sanitarie in cui, grazie all'utilizzo di tecnologie innovative, il professionista della salute e il paziente non si trovano nello stesso luogo. I servizi offerti, tra cui i principali sono la televisita e il telemonitoraggio, risultano di fondamentale importanza principalmente nella gestione del paziente affetto da patologie croniche afferenti, a titolo non esaustivo, al campo oncologico, cardiologico, diabetologico, pneumologico e neurologico. Inoltre, ogni ASL potrà decidere di integrare e introdurre alcuni dei servizi offerti dalla telemedicina anche a supporto di altri percorsi di salute.

La telemedicina consente di:

- assistere e fare visite di controllo ai pazienti;
- controllare a distanza i parametri vitali di pazienti;
- far dialogare sanitari per consulti su particolari casi clinici;
- inviare e ricevere documenti, diagnosi e referti.

Lo sviluppo della sanità digitale trova nella telemedicina uno dei principali ambiti di applicazione in grado di abilitare forme di assistenza anche attraverso il ridisegno strutturale e organizzativo della rete del servizio sanitario.

¹⁰ Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle case della Comunità *hub* (Agenas)

Nell'ambito della Missione 6 Salute, prevista dal PNRR, la telemedicina assume un ruolo primario attraverso specifiche aree di intervento. Nella riforma dell'assistenza territoriale, prevista dal DM 77, le soluzioni digitali rivestono un ruolo fondamentale per la riduzione dei tempi di attesa per le visite, per il miglioramento dell'accessibilità ai servizi sanitari e per un aumento generale dell'efficienza del sistema sanitario.

“Il modello organizzativo regionale di telemedicina mira a garantire il rafforzamento della presa in carico dei pazienti in un’ottica di percorso di medio-lungo periodo, con l’obiettivo di fornire supporto al cittadino mediante la gestione della patologia in tutte le sue componenti:

- *gestione quotidiana del bisogno di salute;*
- *gestione del mantenimento dello stato di salute mediante l'erogazione di prestazioni/esami;*
- *gestione delle componenti assistenziali al bisogno di salute;*
- *gestione dell'interazione e del confronto tra professionisti. (....)*

Il modello si basa sulla definizione delle équipes multi-specialistiche e multi-professionali che possono prendere in carico il paziente, a seconda delle patologie, e definirne il percorso di cura, supportato dall'attivazione di uno o più servizi della telemedicina.(.....)¹¹

Secondo uno studio dell'Osservatorio del Politecnico di Milano, presentato nel 17° Rapporto CREA Sanità, i medici specialisti ritengono che circa il 20% delle visite di controllo dei pazienti cronici possono essere svolte in telemedicina e per i MMG i contatti con i pazienti cronici potrebbero tenersi da remoto nel 50% casi, con un importante risparmio di costi a carico della collettività.

Il modello organizzativo regionale di telemedicina si basa sulla definizione delle équipes multi-specialistiche e multi-professionali che possono prendere in carico il paziente, a seconda delle patologie, e definirne il percorso di cura, supportato dall'attivazione di uno o più servizi della telemedicina.

Per ciascuna delle patologie croniche più diffuse (oncologiche, diabete, respiratorie, neurologiche, cardiologiche), ogni Azienda Sanitaria Locale istituisce la specifica équipe multispecialistica per la telemedicina (EMST) di riferimento. L'équipe è composta dai professionisti individuati all'interno del protocollo/PDTA di ciascuna patologia e di altre figure che a vario titolo intervengono nel percorso di cura del paziente (es. data manager). I medici di cure primarie fanno parte a pieno titolo delle EMST insieme ai medici specialistici, agli infermieri e agli altri specialisti sanitari; la dimensione dell'EMST (distrettuale, aziendale, inter-distrettuale, territoriale, ospedaliera, territoriale-ospedaliera) dipende dal percorso e dall'offerta presente nei singoli territori.

L'EMST può ricevere segnalazioni da parte del team ADI, da parte del MMG/PLS, da parte dell'UCA o dalla COT a seguito di una dimissione ospedaliera, riguardo i pazienti che presentano diagnosi nota e per cui si richiede la valutazione all'inserimento nel percorso digitale. In questo caso, potrà essere individuato un membro del team EMST che prende in carico la richiesta, come l'infermiere, e la gestisca.

Il ruolo del *case manager* può essere assunto dall'infermiere di Famiglia o di Comunità delle CdC che ha in carico il paziente.

18.1 L'organizzazione dell'Équipe Multi-Specialistica per la Telemedicina

Ogni PDTA/protocollo clinico individua i professionisti sanitari che hanno in carico la gestione del paziente e ne individua le relazioni tra di essi. Il punto di partenza è la presa in carico di un paziente all'interno del percorso, in cui si pianifica la strategia di trattamento e di assistenza, il follow-up e le periodicità di visite ed esami che portano la persona a prendersi cura del proprio stato di salute.

L'équipe è composta dai professionisti individuati all'interno del protocollo/PDTA di ciascuna patologia e di altre figure che a vario titolo intervengono nel percorso di cura del paziente (es. data manager). Il case manager, importante per gestire e garantire la corretta applicazione dei percorsi di cura integrati della telemedicina, può essere l'infermiere dell'EMST di riferimento del paziente. I soggetti dell'EMST afferiscono a diversi setting assistenziali, dai quali il paziente viene gestito, come: specialistici degli ambulatori delle CdC,

¹¹ D.G.R. n. 523, del 30/08/2023 “Modello organizzativo regionale di presa in carico dei pazienti in telemedicina”

specialisti Ospedalieri, MMG/PLS, infermieri delle CdC. La dimensione dell'EMST (distrettuale, aziendale, inter-distrettuale, territoriale, ospedaliera, territoriale-ospedaliera) dipende dal percorso e dall'offerta presente nei singoli territori. Tali équipe saranno configurate all'interno della piattaforma di telemedicina e verranno attivate in funzione dell'afferenza territoriale del paziente (es. distretto di residenza) e della tipologia di percorso di cui necessita.

L'équipe potrà avere una dimensione territoriale coinvolgendo al suo interno gli specialisti degli ambulatori che insistono in un determinato distretto, gli infermieri della casa della comunità che insistono in quel territorio, altre figure professionali coinvolte nella gestione del PDTA. A titolo di esempio, per un paziente affetto da diabete mellito l'EMST è composta dal diabetologo della Casa della Comunità (e/o dell'ambulatorio ospedaliero), dall'infermiere della Casa della Comunità (e/o dedicato all'ambulatorio diabetologico), dallo psicologo (ove presente), dal dietista (ove presente), dal MMG/PLS".

A seguito della registrazione, per ogni paziente verranno attivati i servizi di telemedicina che si ritengono appropriati. Un paziente seguito in telemonitoraggio non dovrà per forza avere anche prestazioni erogate in televisita o viceversa. In funzione del servizio attivato i soggetti che intervengono durante il funzionamento dei servizi di telemedicina variano in base alla natura del servizio stesso".

18.2 Responsabilità sanitaria durante l'attività di telemedicina

Alle attività sanitarie svolte in telemedicina si applicano tutte le norme legislative e deontologiche proprie delle professioni sanitarie, nonché i documenti d'indirizzo di bioetica". Quindi, ai fini della gestione del rischio clinico e della responsabilità sanitaria, il corretto atteggiamento professionale consiste nello scegliere le soluzioni operative che, dal punto di vista medico-assistenziale offrano le migliori garanzie di proporzionalità, appropriatezza, efficacia e sicurezza e nel rispetto dei diritti della persona

Agire in telemedicina per i sanitari significa assumersi piena responsabilità professionale, esattamente come per ogni atto sanitario condotto nell'esercizio della propria professione.

18.3 Supporti tecnici ed informazioni da condividere

Per realizzare il corretto svolgimento dei servizi di telemedicina, come per tutte le prestazioni a distanza, è indispensabile disporre di elementi di base adeguati.

Gli strumenti necessari sono:

- collegamento tipo video-*conference* per eseguire la videochiamata;
- garanzia, prima della prestazione e durante la stessa, della possibilità di scambiare in tempo reale dati clinici, referti medici, immagini audio e video;
- accesso al FSE di tutta l'équipe che interviene nel percorso di cura;
- rete internet sempre disponibile tra gli attori dell'intervento (medico, professionista sanitario e paziente);
- garanzia di collegamento della televisita;
- collegamento con l'*Help desk*, a garanzia del collegamento e della soluzione in tempo reale di eventuali problemi di connettività;
- disponibilità del paziente di strumenti digitali necessari allo svolgimento della prestazione a distanza (*computer, smartphone, tablet*);
- compatibilità del sistema di telemedicina con le disposizioni indicate dal regolamento GDPR;

- crittografia dei trasferimenti di voce, immagini, *file* nel rispetto delle vigenti normative in materia di *privacy* e *cybersecurity*;
- certificazione dell'*hardware* e/o del *software*, come dispositivo medico;
- disponibilità di *device* idonei alla tipologia di prestazione che si intende effettuare;
- collegamento telematico ai sistemi integrati aziendali per la consultazione di esami di laboratorio, di diagnostica strumentale, etc.;
- collegamento al FSE;
- refertazione, qualora il medico erogatore sia lo specialista, o annotazioni dell'esito, qualora gli erogatori siano MMG/PLS, MCA o Medico del Distretto;
- integrazione della cartella gestionale del MMG/PLS e specialista ambulatoriale interno della CdC con il FSE e i sistemi aziendali;
- collegamento al CUP di secondo livello e/o agende dedicate.

18.4 La logistica dei *device*

In seguito all'attivazione della telemedicina, il paziente o il *caregiver* riceve i *device* che permettono il funzionamento del sistema.

Le AA.SS.LL. identificano appositi locali per lo stoccaggio dei *device* e le relative procedure di gestione di un magazzino "virtuale" aziendale, la richiesta dei dispositivi può essere inoltrata alla COT o al Servizio di Ingegneria clinica (secondo procedura aziendale).

L'Unità Operativa di Ingegneria Clinica aziendale si occupa della manutenzione dei *device* sia preventiva che correttiva, in particolare ha la responsabilità di:

- garantire la sicurezza del paziente e degli operatori in relazione all'uso della tecnologia e il mantenimento dello stato di efficienza delle tecnologie;
- garantire la continuità dell'erogazione delle prestazioni sanitarie in relazione all'uso delle tecnologie.

Al fine di standardizzare ciò che riguarda la funzione logistica, ciascuna ASL dovrà definire specifiche procedure riguardanti la consegna, riconsegna, sanificazione e altre attività inerenti i dispositivi.

18.5 Dati e *privacy*

La soluzione di Telemedicina garantirà la sicurezza e la protezione dei dati personali, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di protezione dati, tra cui il Reg. UE 2016/679, recante il «Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali GDPR» e delle norme in materia che dovessero intervenire nel tempo.

È inoltre previsto il coinvolgimento dei *Data Protection Officer* (DPO) delle Aziende Sanitarie Locali della Regione Abruzzo, al fine di adeguare e approvare la relativa documentazione, tra cui moduli e informative per il corretto utilizzo e comunicazione del servizio tra i professionisti, i pazienti ed altri *stakeholder*, eventualmente, coinvolti.

18.6 Televisita

La televisita "è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un *caregiver*. La televisita, come previsto anche dal codice di deontologia medica, non può essere mai considerata l'unico mezzo per condurre la relazione medico-paziente, né può essere considerata in modo automatico sostitutiva della prima visita medica in presenza. Il medico è deputato a decidere in quali situazioni e in che misura la televisita può essere impiegata in favore del paziente, utilizzando

anche gli strumenti di telemedicina per le attività di rilevazione, o monitoraggio a distanza, dei parametri biologici e di sorveglianza clinica. La televisita è da intendersi limitata alle attività di controllo di pazienti la cui diagnosi sia già stata formulata nel corso di visita in presenza”.¹²

“La visita di primo accesso deve essere erogata in presenza, mentre le visite di controllo successive possono essere effettuate tramite la televisita, come riportato nelle indicazioni nazionali”.¹³

Attraverso la televisita, il paziente riceve un riscontro immediato dal medico e, se necessario, anche una prescrizione medica che consente di recarsi prontamente in farmacia; dal punto di vista del medico invece, integrare nella propria agenda anche gli appuntamenti della televisita permette di ottimizzare i tempi di lavoro.

Mediante la televisita è possibile valutare l’andamento del quadro clinico e terapeutico del paziente. Il medico tramite il sistema digitale trasferisce le informazioni all’*équipe*, così da garantire la continuità delle cure.

Sono erogabili in televisita le prestazioni ambulatoriali che non richiedono la completezza dell’esame obiettivo del paziente (tradizionalmente composto da ispezione, palpazione, percussione e auscultazione). Per i limiti posti da un esame obiettivo tramite televisita, il medico decide in che misura la visita a distanza possa essere sufficiente.

Le prestazioni erogate con la televisita mirano:

- al *follow up* di patologia nota;
- alla conferma, aggiustamento o cambiamento delle terapie in corso;
- alla valutazione anamnestica per la prescrizione di esami di diagnosi, o di stadiazione di patologia nota, o sospetta;
- alla verifica da parte del medico degli esiti di esami effettuati ai quali può seguire la prescrizione di eventuali approfondimenti, oppure di una terapia.

Il medico durante la televisita interagisce a distanza, in tempo reale, con il paziente anche con il supporto di un *caregiver* o di un operatore sanitario che può assistere/aiutare il paziente. Inoltre, l’*Help Desk* interviene nella soluzione di problemi tecnici durante la televisita.

La televisita è da intendersi limitata alle attività di controllo di pazienti la cui diagnosi sia già stata formulata nel corso di una visita in presenza. Prima della televisita, il medico può richiedere al paziente la condivisione di dati, informazioni, misurazioni o questionari.

Si specifica che, qualora il paziente non risponda ai requisiti di *compliance* clinica e/o tecnica per lo svolgimento della televisita, la visita dovrà essere effettuata in modalità tradizionale.

Il servizio di televisita è attivabile dagli specialisti dell’EMST e/o dal MMG/PLS/Medico specialista ambulatoriale, medico dell’UCA, Medico del distretto responsabile del Servizio ADI, al momento dell’arruolamento del paziente si programmano le televisite in base al PDTA/ protocollo clinico per patologia. Lo specialista dell’EMST o il MMG/PLS potrà prescrivere prestazioni di televisita anche estemporanee (così come per le visite in presenza). L’integrazione della piattaforma regionale di telemedicina con il CUP facilita la prenotazione diretta della televisita da parte dei professionisti.

Le Aziende Sanitarie Locali predispongono agende dedicate per effettuare le prenotazioni tramite CUP di secondo livello.

Il servizio verrà erogato principalmente dalle CdC che, come da normativa, hanno all’interno i principali servizi specialistici di gestione della cronicità.

¹² Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020 Rep. atti n. 215/CSR – “Indicazioni nazionali per l’erogazione di prestazioni in telemedicina”.

¹³ *Ibidem*

“Il paziente, o il caregiver a suo supporto, deve accedere alla piattaforma regionale di telemedicina prima dell’orario della prestazione per verificare il corretto funzionamento della tecnologia e della rete affinché la prestazione possa essere erogata senza problemi di natura tecnica/informatica. Qualora si presentino delle criticità in questa fase, si deve prevedere la possibilità per il paziente, o il caregiver, di ricevere supporto tecnico da parte di un help desk istituita a livello aziendale. Al termine del check tecnico, il medico eroga la televisita al paziente, produce il referto e lo carica nella piattaforma regionale di telemedicina”.¹⁴

18.7 Teleconsulto medico

Il teleconsulto “È un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite una videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video riguardanti il caso specifico. Tutti i suddetti elementi sono condivisi per via telematica sottoforma di file digitali idonei per il lavoro che i medici in teleconsulto ritengono necessari per l’adeguato svolgimento del loro lavoro. Il teleconsulto tra professionisti può svolgersi anche in modalità asincrona, quando la situazione del paziente lo permette in sicurezza. Quando il paziente è presente al teleconsulto, allora si svolge in tempo reale utilizzando le modalità operative analoghe a quelle di una televisita e si configura come una visita multidisciplinare”.¹⁵

Il teleconsulto si configura come una consulenza a distanza che permette di chiedere un parere tra medici in merito ad un caso clinico. Il teleconsulto tra professionisti si può svolgere in modalità asincrona, ossia in assenza di collegamento contemporaneo degli attori alla piattaforma.

Il teleconsulto consente di condividere le scelte mediche, e rappresenta una modalità efficace per ricevere una “seconda opinione” specialistica.

Al termine del teleconsulto l’opinione del clinico/i farà parte del referto, redatto come una “relazione collaborativa”.

Nell’ambito delle CdC può richiedere la prestazione di teleconsulto medico il MMG/PLS, il MCA o del Distretto, il medico specialista ambulatoriale e dal professionista dell’EMST.

Trattandosi di un’interazione tra professionisti, l’attivazione può avvenire in forma diretta attraverso la programmazione di agende interattive e condivise tra gli stessi professionisti.

Le AA.SS.LL. predispongono procedure aziendali per gestire le richieste di teleconsulti.

18.8 Teleconsulenza medico-sanitaria

La teleconsulenza “È un’attività sanitaria, non necessariamente medica ma comunque specifica delle professioni sanitarie, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più persone che hanno differenti responsabilità rispetto al caso specifico. Essa consiste nella richiesta di supporto durante lo svolgimento di attività sanitarie, a cui segue una videochiamata in cui il professionista sanitario interpellato fornisce all’altro, o agli altri, indicazioni per la presa di decisione e/o per la corretta esecuzione di azioni assistenziali rivolte al paziente. La teleconsulenza può essere svolta in presenza del paziente, oppure in maniera differita. In questa attività è preminente l’interazione diretta tramite la videochiamata, ma è sempre necessario garantire all’occorrenza la possibilità di condividere almeno tutti i dati clinici, i referti le immagini riguardanti il caso

¹⁴ D.G.R. n. 523, del 30/08/2023 “Modello organizzativo regionale di presa in carico dei pazienti in telemedicina”

¹⁵ Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020 Rep. atti n. 215/CSR – “Indicazioni nazionali per l’erogazione di prestazioni in telemedicina”.

specifico. È un'attività su richiesta ma sempre programmata e non può essere utilizzata per surrogare le attività di soccorso".¹⁶

La teleconsulenza medico-sanitaria consiste in una consultazione a distanza tra due o più professionisti sanitari che possono avere anche ruoli diversi e competenze specifiche rispetto al percorso clinico assistenziale del paziente.

Tramite la teleconsulenza medico-sanitaria il personale può richiedere il supporto ad altri professionisti attraverso una videochiamata, il professionista interpellato fornisce al richiedente/i indicazioni cliniche e/o informazioni per la corretta esecuzione di interventi clinico-assistenziali sul paziente.

La teleconsulenza medico-sanitaria è un'attività su richiesta e sempre programmata, può essere svolta in modalità sincrona con la presenza del paziente o asincrona, in questo ultimo caso i professionisti discutono del caso in sua assenza.

Nel corso della videochiamata, è sempre necessario garantire la condivisione di dati clinici, referti e immagini diagnostiche riguardanti il caso in esame, ciò è indispensabile sia che la teleconsulenza si realizzi in modalità sincrona che asincrona.

Il richiedente varia in relazione alla tipologia di intervento, può essere sia il medico sia il professionista sanitario che formula un quesito o una richiesta di valutazione.

La teleconsulenza medico-sanitaria può essere richiesta effettuando la prenotazione su agende dedicate (CUP di secondo livello) e condivise tra i professionisti. L'integrazione della piattaforma regionale di telemedicina con il CUP facilita la prenotazione diretta della televisita da parte dei professionisti.

18.9 Teleassistenza

La teleassistenza "È un atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria (infermiere, /fisioterapista/logopedista/ecc.) e si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e paziente/caregiver per mezzo di una videochiamata, alla quale si può all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati referti o immagini. Il professionista che svolge l'attività di teleassistenza può anche utilizzare idonee APP per somministrare questionari, condividere immagini o video tutorial su attività specifiche. Lo scopo della teleassistenza è quello di agevolare il corretto svolgimento di attività assistenziali, eseguibili prevalentemente a domicilio. La teleassistenza è prevalentemente programmata e ripetibile in base a specifici programmi di accompagnamento al paziente".¹⁷

Il servizio prevede l'interazione simultanea tra il professionista sanitario, la persona assistita e la sua famiglia/caregiver. La teleassistenza può configurarsi come una attività caratterizzata dalla multidisciplinarietà e dalla multiprofessionalità.

Nei casi in cui vi è l'indicazione a seguire il paziente per mezzo della teleassistenza, l'IFoC individua un caregiver che verrà formato all'uso dei sistemi digitali e all'accesso alla piattaforma di telemedicina.

Le attività di teleassistenza possono integrarsi con altre attività di prestazioni medico-sanitarie erogate da remoto o in presenza, all'interno di servizi sanitari basati su sistemi di telemedicina, nei quali vengono svolti percorsi diagnostici e terapeutici.

¹⁶ Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR

¹⁷ Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR

La teleassistenza può essere richiesta dai sanitari della CdC, dallo specialista dell'EMST, ma anche dal paziente, l'attivazione del servizio avviene tramite la piattaforma regionale di telemedicina. La gestione della teleassistenza potrà essere affidata all'IFoC della CdC che individua un *caregiver* che verrà formato all'uso dei sistemi digitali e all'accesso alla piattaforma di telemedicina o all'infermiere di riferimento dell'EMST.

Il paziente, o il *caregiver*, deve accedere alla piattaforma regionale di telemedicina in anticipo per verificare il corretto funzionamento della tecnologia e della rete affinché la prestazione possa essere erogata senza problemi di natura tecnica/informatica. Qualora si presentino delle criticità in questa fase, si deve prevedere la possibilità per il paziente, o il *caregiver*, di ricevere supporto tecnico da parte di un *help desk* istituita a livello aziendale.

Al termine del *check* tecnico, il professionista sanitario che eroga la teleassistenza al paziente e registra l'esito dell'assistenza sulla piattaforma regionale di telemedicina.

18.10 Telemonitoraggio

Il telemonitoraggio viene definito dal Ministero della Salute come lo strumento che *“Permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo, per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente (tecnologie biometriche con o senza parti applicate)”*. Fondamentale affinché questa tipologia di servizio funzioni al meglio è la costante connessione del sistema software che raccoglie i dati dei sensori e la relativa tecnologia utilizzata a domicilio dal paziente. Inoltre, il sistema di telemonitoraggio è spesso utilizzato in integrazione con il telecontrollo medico e il teleconsulto specialistico ed è *“sempre inserito all'interno del sistema di telemedicina che garantisce comunque l'erogazione delle prestazioni sanitarie necessarie al paziente. Obiettivo del telemonitoraggio è il controllo nel tempo dell'andamento dei parametri rilevati, permettendo sia il rilevamento di parametri con maggiore frequenza e uniformità di quanto possibile in precedenza, sia la minore necessità per il paziente di eseguire controlli ambulatoriali di persona”*.

“Il sistema di telemonitoraggio, che può essere integrato dal telecontrollo medico è affiancato dal teleconsulto specialistico”. (.....)¹⁸

Il servizio di telemonitoraggio è attivabile dal MMG/PLS della CdC Hub e Spoke, dallo specialista ospedaliero, dallo specialista dell'EMST, dalla UVM. Il richiedente definisce il protocollo di telemonitoraggio da associare al paziente. stabilisce i parametri da monitorare e la relativa personalizzazione dei valori soglia con i relativi allarmi, l'indicazione deve prevedere inoltre le modalità di svolgimento, se trattasi di telemonitoraggio continuo di uno o più parametri o se i parametri sono rilevati in maniera autonoma dal paziente e trasmessi periodicamente al professionista di riferimento. Il telemonitoraggio per il paziente cronico non ricopre funzioni di monitoraggio in emergenza urgenza e quindi non richiede un servizio h24.

Tra i dispositivi indossabili o *wearable* più comuni in ambito medico, vi rientrano le fasce cardiache, gli spirometri, le bilance, i sensori di livello glicemico (CGM), di concentrazione di ossigeno nel sangue (SpO2), di temperatura e di pressione arteriosa, fino a dispositivi impiantabili ad altissimo livello di specializzazione.

Le richieste effettuate vengono inoltrate alla COT che gestisce la pratica di inserimento in piattaforma. Il telemonitoraggio deve essere poi erogato da centrali aziendali o distrettuali individuate nelle CdC HUB.

I dati clinici sono trasmessi alla piattaforma regionale di telemedicina, la piattaforma è collegata alla COT, al sanitario della CdC che si occupa di telemonitoraggio, all'Help desk e/o al servizio di assistenza domiciliare distrettuale.

¹⁸ Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020 Rep. atti n. 215/CSR – “Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina”.

Le Aziende Sanitarie Locali definiscono protocolli aziendali per indicare le responsabilità di gestione dei diversi telemonitoraggi in base ai percorsi di cura/PDTA/PAI.

Il ruolo dei professionisti sanitari nella gestione dei telemonitoraggi è di verificare gli *alert* provenienti dai dispositivi mediante contatto telefonico (o videochiamata se attivata) con il paziente o *caregiver*; valuta tramite *triage* telefonico/videochiamata il livello di complessità clinica del paziente e all'esito può richiedere:

- l'invio al domicilio di un infermiere o del *case manager*;
- l'intervento al domicilio del MMG/PLS/MCA;
- l'intervento del 118;
- l'attivazione della teleassistenza;
- l'attivazione del teleconsulto.

Se l'*alert* è causato da un malfunzionamento di un dispositivo, il sanitario fornisce immediate indicazioni all'Unità Operativa di Ingegneria Clinica per la sostituzione del medesimo.

18.11 Il Telecontrollo

"Il telecontrollo medico consente il controllo a distanza del paziente. Tale attività è caratterizzata da una serie cadenzata di contatti con il medico, che pone sotto controllo l'andamento del quadro clinico, per mezzo della videochiamata in associazione con la condivisione di dati clinici raccolti presso il paziente, sia prima che durante la stessa videochiamata. Questo per patologie già diagnosticate, in situazioni che consentano, comunque, la conversione verso la visita di controllo tradizionale in tempi consoni a garantire la sicurezza del paziente e in ogni caso sempre sotto responsabilità del medico che esegue la procedura".¹⁹

Il telecontrollo può essere attivato solo successivamente ad un chiaro inquadramento diagnostico e per pazienti in condizione di stabilità clinica.

Il telecontrollo per essere svolto necessita di dispositivi digitali di base (*smartphone, tablet* e connessione di rete) al termine di una *video-chat* il medico trascrive sulla cartella informatizzata la relazione conclusiva.

Il telecontrollo può essere integrato con il sistema di telemonitoraggio (cfr. paragrafo Il Telemonitoraggio) e/o con prestazioni di teleassistenza effettuate da professionisti sanitari che, in caso di necessità, possono attivare interventi di supporto al telecontrollo.

Il telecontrollo può essere richiesto da un medico (MMG/PLS, specialista ambulatoriale, EMST) che ravvede la necessità di monitorare da remoto ed in maniera periodica il paziente. Il medico definisce l'eleggibilità del paziente al telecontrollo, secondo i criteri previsti nel protocollo di riferimento, in particolare la complessità clinica, i parametri da rilevare e la relativa personalizzazione dei valori soglia con i connessi allarmi.

Il ricorso al telecontrollo prevede sempre un documento di riferimento (PDTA o protocollo) che definisca:

- il profilo (*target*) dei pazienti candidabili;
- gli strumenti di telecontrollo disponibili;
- il set minimo di parametri oggetto di monitoraggio;
- personalizzazione dei valori soglia di allarme;
- selezione di dati da riportare nella documentazione clinica;
- azioni di intervento in relazione ai livelli rilevati;
- protocolli di gestione degli allarmi e interventi da attuare.

¹⁹ Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR

Il MMG/PLS/Medico specialista richiede l'attivazione del telecontrollo alla piattaforma di telemedicina che tramite il sistema integrato con la COT.

Il medico richiedente contatta periodicamente il paziente mediante videochiamata o contatto telefonico e tramite la piattaforma di telemedicina valuta i dati relativi allo stato di salute del proprio assistito.

“Il sistema di telemonitoraggio, che può essere integrato dal telecontrollo medico è affiancato dal teleconsulto specialistico”. (.....)²⁰

La Regione si occuperà del monitoraggio dell'applicazione della telemedicina nel territorio, anche in funzione delle indicazioni che verranno pianificate a livello nazionale. In questo modo sarà possibile verificare il raggiungimento dei target, come quelli definiti nel Piano Operativo Regionale dei Servizi di Telemedicina, e confrontare i risultati raggiunti dalle Aziende Sanitarie Locali.

Ciascuna Azienda Sanitaria deve prevedere, un sistema proprio di controllo e monitoraggio volto a verificare la corretta attuazione dei processi in cui la telemedicina è stata integrata.

Il sistema sarà orientato a:

- 1) valutare la qualità degli *outcome* associati ai servizi di telemedicina, identificando così quelli che presentano particolari criticità al fine di sviluppare piani di intervento migliorativi;
- 2) misurare il livello di *user adoption* delle soluzioni innovative tra i pazienti eleggibili per la fruizione dei servizi di telemedicina, a cui è stato pertanto associato il protocollo clinico/PDTA integrato con la telemedicina;
- 3) valutare il grado di soddisfazione degli utenti verso i servizi di telemedicina erogati, attraverso l'analisi delle *survey* che saranno sottoposte periodicamente ai pazienti.

Il sistema di controllo e monitoraggio permetterà di identificare, dunque, i maggiori scostamenti e le principali criticità riguardo l'integrazione della telemedicina nei processi operativi sanitari aziendali. In questo modo sarà possibile pianificare azioni correttive volte al miglioramento dell'assistenza erogata al paziente”.²¹

La diffusione dei servizi di telemedicina dovrà tenere conto delle disomogenee capacità di utilizzo delle nuove tecnologie da parte dei più anziani, dei problemi di qualità e disponibilità della connessione nelle zone geografiche più remote.

18.12 Gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente

Un'organizzazione sanitaria persegue come obiettivo primario la tutela della salute dei cittadini e di conseguenza la sicurezza e la qualità delle cure. Ricevere cure sicure è ciò che si attendono tutti i cittadini quando si rivolgono ad una struttura sanitaria, garantirle è il principio alla base dell'etica dei professionisti della salute.

Con il termine di *“Rischio Clinico”* si definisce la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, che subisca cioè un danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo della degenza, che può causare un prolungamento del periodo di degenza, la mancata guarigione, un peggioramento delle condizioni di salute o anche la morte.

L'approccio alla gestione del rischio clinico richiede un fondamentale cambio di paradigma, in quanto l'errore deve essere considerato, purtroppo, come parte della fallibilità delle azioni umane, ma anche fonte di apprendimento per evitare il ripetersi delle circostanze che lo hanno generato. Se non è possibile evitare gli errori è compito del *“Risk management”* attivare idonee azioni di prevenzione e promozione della rimozione

²⁰ Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020 Rep. atti n. 215/CSR – “Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina”

²¹ D.G.R. n. 523, del 30/08/2023 “Modello organizzativo regionale di presa in carico dei pazienti in telemedicina”

dei fattori contribuenti, l'obiettivo quindi è di eliminare dal sistema le condizioni che potenzialmente favoriscono l'insorgenza degli eventi avversi.

Il *Risk Management* promuove l'utilizzo di sistemi di segnalazione volontaria e anonima mediante l'utilizzo dell'*Incident Reporting*, che consente ai professionisti sanitari di comunicare eventi avversi causati involontariamente, spesso provocati da criticità latenti, e che procurano un danno al paziente o situazioni di rischio, i cosiddetti "*near miss*" o "*eventi evitati*", che hanno la potenzialità concreta di provocare un evento avverso, che tuttavia non si verifica per effetto del caso fortuito, o perché intercettato dal personale sanitario, o perché impedito da barriere efficaci poste in essere dai processi organizzativi.

Il Ministero della Salute, ha previsto, tra gli adempimenti a carico delle strutture Sanitarie a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), l'obbligo di segnalazione di eventi avversi all'Osservatorio nazionale degli eventi sentinella, mediante la registrazione sulla piattaforma dedicata del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES).

Tra le modalità di analisi previste dal SIMES per individuare le cause e i fattori contribuenti al verificarsi di un evento è indicata la "*Root Cause Analysis*" (RCA), riconosciuta come uno degli strumenti di analisi reattiva più efficaci e adattabili anche al contesto sanitario ed è considerata dalla *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* come lo strumento elettivo per l'analisi degli eventi sentinella.

Inoltre, il Ministero della Salute, a sostegno del *Risk Management*, ha emanato 19 Raccomandazioni, ossia documenti specifici con l'obiettivo di offrire strumenti in grado di prevenire gli eventi avversi, di promuovere l'assunzione di responsabilità da parte dei professionisti sanitari e favorire il cambiamento di sistema.

Con la Legge n. 24 del 8 marzo 2017 "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*" è stato definito un impianto normativo avanzato e coerente con gli standard internazionali in tema di "sicurezza dei pazienti".

18.13 La formazione del personale

La formazione continua in medicina include l'acquisizione di nuove conoscenze e abilità utili alla pratica professionale competente ed esperta. Essa si avvale dello strumento dell'audit per verificare periodicamente le competenze e l'adesione alle nuove evidenze scientifiche e alla normativa vigente, nonché, alle indicazioni ministeriali su vari temi.

L'ECM è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per garantire risposte adeguate ai bisogni di cura dei pazienti, alle esigenze del Servizio Sanitario e al proprio sviluppo professionale.

L'obiettivo della formazione permanente è garantire un aggiornamento che consenta al personale di conservare un livello adeguato di performance clinico-assistenziali, organizzative e relazionali.

I professionisti sanitari hanno l'obbligo deontologico di mettere in pratica le nuove conoscenze e competenze per offrire un'assistenza di qualità e potersi prendere cura dei propri pazienti con competenza.

Essa dunque ha lo scopo di fornire al personale sanitario le "clinical competence" idonee alla gestione dei pazienti in età adulta e pediatrica, in particolari condizioni di fragilità, onde renderlo un personale sanitario duttile ed in grado di affrontare le diverse condizioni cliniche.

La formazione è un elemento strategico per garantire appropriatezza, efficacia e sicurezza in tutti gli ambiti in cui si erogano prestazioni sanitarie.

La formazione di base rivolta al personale sanitario prevede la conoscenza:

- del *risk management* e dei modelli di segnalazione degli eventi avversi/sentinella;
- della normativa in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;
- delle certificazioni di BLS e PBL;
- delle linee di indirizzo/modelli organizzativi e protocolli adottati dall'amministrazione regionale e dall'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza;
- delle innovazioni tecnologiche, *e-health* e servizi di Telemedicina;
- della corretta gestione e utilizzo dei nuovi dispositivi medici;
- dell'organizzazione territoriale e ospedaliera vigente ;
- dei protocolli decisionali per la gestione delle urgenze;
- delle interconnessioni dei servizi del sistema sanitario regionale;
- delle tecniche di comunicazione;
- dei percorsi specifici per i professionisti della salute che compongono l'équipe multiprofessionale quali Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione, Tecnica e Assistenti Sociali.

18.14 La formazione in telemedicina

I Piani formativi aziendali dedicati al personale impegnato nell'erogazione di prestazioni in telemedicina devono prevedere programmi di base e avanzati, con riferimento specifico all'acquisizione di competenze digitali volte all'utilizzo di strumenti e applicativi di telemedicina, scelti dall'organizzazione per le varie funzioni.

Il piano di formazione deve essere adeguatamente accompagnato da una campagna di comunicazione, rivolta ai professionisti sanitari finalizzata ad un triplice obiettivo:

- sensibilizzare ed accrescere la consapevolezza degli attori coinvolti rispetto ai potenziali benefici della telemedicina;
- promuovere l'adozione del nuovo modello assistenziale;
- ridurre le barriere d'accesso dei cittadini ai servizi evidenziando la facilità d'uso della piattaforma.

18.15 Privacy

I dati devono essere gestiti in ottemperanza al GDPR (*General Data Protection Regulation* GDPR), ovvero il Regolamento Europeo 2016/679 e al D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii, i quali chiariscono come i dati personali debbano essere trattati, incluse le modalità di raccolta, utilizzo, protezione e condivisione.

L'art. 6 par. 1 lettera e) e l'art. 9, par. 2, lettera h) del GDPR 679/2016, stabiliscono i principi generali che il titolare del trattamento è tenuto a seguire nella raccolta dei dati personali degli utenti.

“Il trattamento dei dati personali e particolari per essere lecito deve essere limitato ai soli dati indispensabili, pertinenti e limitati a quanto necessario per il perseguimento delle finalità per cui sono raccolti e trattati”.

La struttura deve garantire la tutela dei dati personali e dei dati particolari, il personale vi accede in base a differenti profili di abilitazione, secondo il ruolo professionale ricoperto.

19. La carta dei servizi

Le CdC *Hub* e *Spoke*, ai fini della trasparenza, adottano la carta dei servizi al fine di assicurare la piena informazione circa:

- l'organizzazione della struttura;
- l'organigramma;
- le modalità di accesso alla CdC;
- il target/tipologia di pazienti ammissibili;
- le prestazioni erogate in telemedicina;
- le modalità di gestione dei dati e della privacy;
- la modalità per la segnalazione di reclami/disservizi e/o di elogi.

Inoltre, ogni CdC provvede alla rilevazione sul grado di soddisfazione e qualità percepita dei cittadini in merito alle cure ricevute. La rilevazione ha lo scopo di indentificare i fattori organizzativi di maggiore criticità, al fine di eliminare le problematiche evidenziate e introdurre le necessarie azioni di miglioramento. A tal fine le strutture somministrano un questionario anonimo informatizzato.

20. Umanizzazione delle cure

L'OCSE nel 2015 ha sottolineato la necessità per l'Italia di valutare e migliorare la qualità dell'assistenza con e secondo il punto di vista dei cittadini e dei pazienti.

*“Una delle componenti fondamentali della qualità dell'assistenza è l'umanizzazione/centralità delle persone alla quale è riconosciuto dalla WHO un ruolo rilevante nella governance dei Sistemi Sanitari”.*²²

L'umanizzazione è tra gli obiettivi prioritari del SSN e già nel Patto per la salute 2014-2016 le Regioni e le Province autonome si sono impegnate ad attuare interventi di umanizzazione delle cure che ponessero al centro delle cure “la persona” e considerassero l'individuo nella totalità inscindibile della componente fisica, mentale, emotiva e spirituale.

“Il rispetto per la dignità, la qualità della vita e il benessere di ogni individuo dovrebbe essere l'elemento fondamentale di tutte le decisioni che riguardano la progettazione dell'assistenza; inoltre, la mancanza o la perdita di funzione, anche cognitiva, non modifica in alcun modo l'umanità della persona assistita.

*Un servizio di qualità deve garantire il benessere della persona, deve essere rispettoso, accessibile, e deve fornire una continuità nell'assistenza”.*²³

In tutti i luoghi di cura, comprese le CdC, gli interventi sanitari devono essere in grado di garantire la presa in carico della persona secondo una visione olistica che consideri l'individuo come un essere unico, con i suoi bisogni e le sue fragilità, portatore di conoscenze, di credenze e consapevole della propria condizione di salute.

²² WHO 2015 *Global strategy on people-centred and integrated health services. Interim Report.*

²³ sito web Ministero della Salute