

DAL PNRR ALLA MEDICINA DEL FUTURO: competenze cliniche e prossimità delle cure

CORSO DI AGGIORNAMENTO ECM

Padova, 26 Maggio 2023

Responsabile Scientifico
Dott. Vincenzo Lolli

CdC, COT, OdC, Reti di Prossimità, strutture e telemedicina nel potenziamento dell'assistenza sul territorio

Dr. Stefano Vianello

Direttore del Distretto 3 Mirano Dolo e della Funzione Territoriale – ULSS 3 Serenissima
Presidente CARD Veneto

10 «Cantieri di lavoro»

1. DISTRETTO
2. ADI e Cure Palliative
3. COT e Telemedicina
4. IFoC
5. PUA
6. MMG e contrattualistica
7. Farmacia dei servizi
8. Prevenzione
9. 116/117
10. Missione 1

Proposta n. 2361 / 2022

PUNTO fs / 1 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 10/01/2023

ESTRATTO DEL VERBALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2 / CR del 10/01/2023

OGGETTO:

Programmazione dell'assetto organizzativo ed operativo della rete assistenziale territoriale in attuazione a quanto previsto ex Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e D.M. 23/05/2022, n. 77. Richiesta di parere alla Commissione Consiliare. Art. 1, comma 3, L.R. n. 48/2018.



Bur n. 87 del 30/06/2023
(Codice interno: 506473)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 721 del 22 giugno 2023

Programmazione dell'assetto organizzativo ed operativo della rete assistenziale territoriale in attuazione a quanto previsto ex Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR) e D.M. 23/05/2022, n. 77. D.G.R. n. 2/CR del 10/01/2023.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Con la presente deliberazione vengono declinati gli aspetti programmatici, organizzativi ed operativi della rete assistenziale territoriale in attuazione a quanto previsto ex Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR) e D.M. 23/05/2022, n. 77.

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

1) Introduzione/analisi di contesto 2

Analisi del contesto socio-demografico ed epidemiologico della Regione 2

Descrizione dell'attuale rete territoriale 3

2) Riorganizzazione della rete territoriale 6

- **Funzionamento e organizzazione del Distretto e integrazione sociosanitaria 6**

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

- **Recepimento e attuazione degli standard previsti dal DM 77/2022 per i diversi servizi 10**

- Case della Comunità, descrizione del modello hub & spoke e servizi da attivare al loro interno 10

Il modello organizzativo della Casa della Comunità hub 10

Assistenza di base e Cure primarie 11

Assistenza Specialistica ambulatoriale (organizzata anche in modulo funzionale) 12

Diagnostica di laboratorio di base e per immagini 12

Accesso ai servizi 13

Logistica 13

Integrazione con i servizi aziendali della CdC hub 13

Il coordinamento e *l'integrazione* nella Casa della Comunità 13

Integrazioni con la rete *dell'Assistenza Ospedaliera* 13

Relazione con la Centrale Operativa Territoriale 13

Relazione con il servizio di Cure domiciliari e con Cure palliative 14

Relazione con i Servizi Farmaceutici Territoriali ed i Servizi di Farmacia Ospedaliera 14

Relazione con la rete *dell'emergenza-urgenza* ed il numero unico europeo 116 117 14

Relazione con le Case della Comunità Spoke 14

Punto Unico di Accesso, collegamento con il CUP 15

Apertura h12/24 16

Assistenza infermieristica 16

Apparecchiature per la diagnostica di primo livello 16

- Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) 17

- Centrali Operative Territoriali (COT) 18

- Centrali Operative 116117 21

- Unità di Continuità Assistenziale (UCA) 22

- Assistenza domiciliare 23

- Ospedali di Comunità 25

- Rete delle cure palliative 26

- Consultori familiari 27

- Dipartimenti di Prevenzione 29

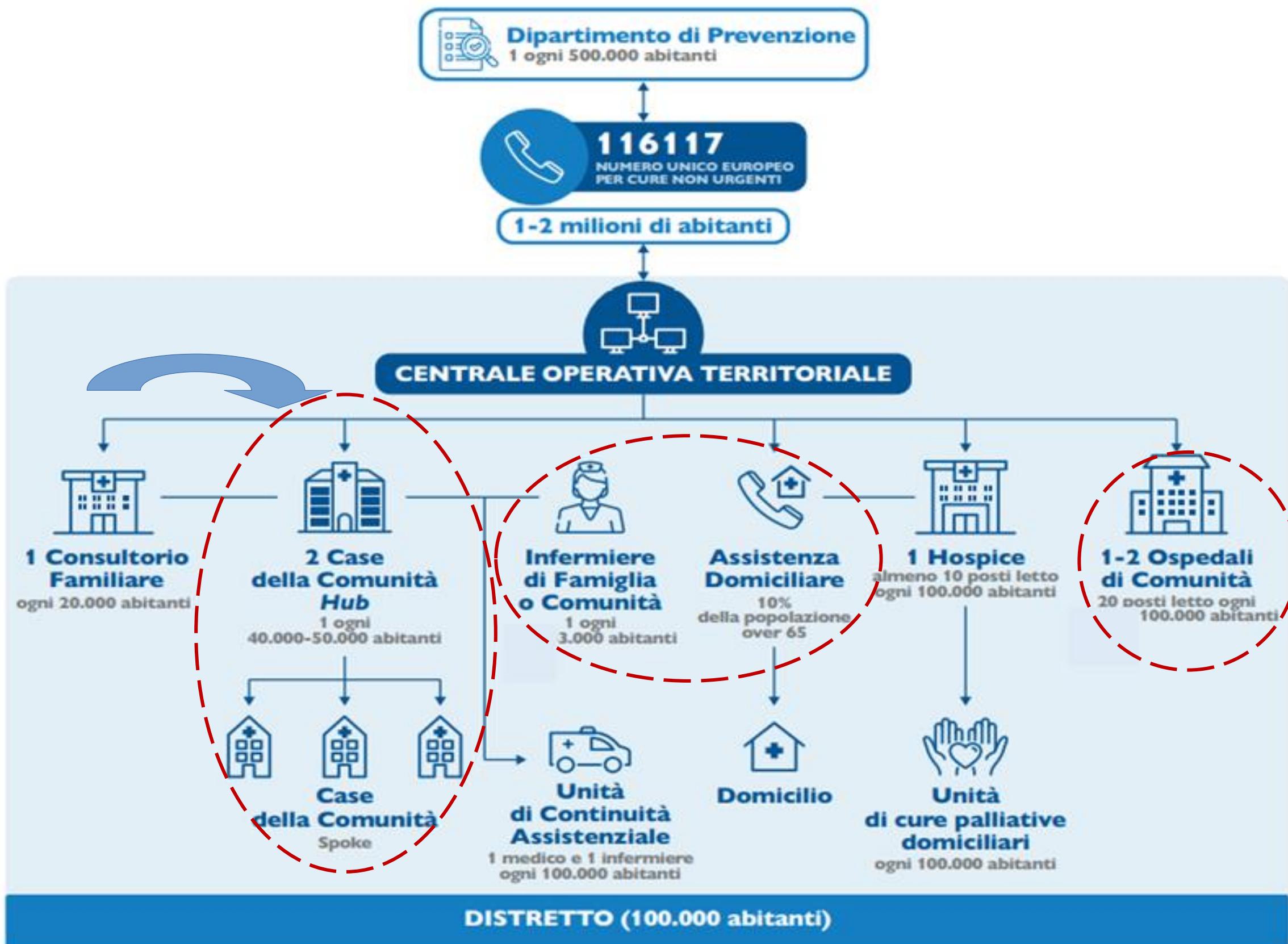
- Telemedicina 30

3) Fabbisogni di personale per il funzionamento dei servizi e piani di formazione 31

4) Modalità di governo e monitoraggio delle azioni di riorganizzazione 32

Allegato - Sintesi descrizione del modello organizzativo Case della Comunità hub 33

Schema di sintesi dell'organizzazione del Distretto e delle relazioni tra la CdC, OdC e COT



PRESIDI INTERMEDI

Mappatura regionale delle case della salute e degli ospedali di comunità

inrete
Relazioni Istituzionali e Comunicazione

CASE DELLA SALUTE ATTIVE NEL 2020

VALLE D'AOSTA	0
TRENTINO ALTO ADIGE	0
PIEMONTE	71
LOMBARDIA	0
VENETO	77
FRIULI VENEZIA GIULIA	0
EMILIA ROMAGNA	124
LIGURIA	4
TOSCANA	76
MARCHE	21
ABRUZZO	0
LAZIO	22
UMBRIA	8
MOLISE	6
BASILICATA	1
PUGLIA	0
CAMPANIA	0
CALABRIA	13
SICILIA	55
SARDEGNA	15



OSPEDALI DI COMUNITÀ ATTIVI NEL 2020

VALLE D'AOSTA	0
TRENTINO ALTO ADIGE	0
PIEMONTE	5
LOMBARDIA	20
VENETO	69
FRIULI VENEZIA GIULIA	0
EMILIA ROMAGNA	26
LIGURIA	1
TOSCANA	20
MARCHE	14
ABRUZZO	5
LAZIO	0
UMBRIA	0
MOLISE	2
BASILICATA	0
PUGLIA	0
CAMPANIA	1
CALABRIA	0
SICILIA	0
SARDEGNA	0



FONTE: Camera dei Deputati, Documentazione e ricerche, «Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale», Documenti 144, 1° marzo 2021, Servizio Studi - Affari Sociali.

Casa della Comunità

Standard:

1 Casa della Comunità Hub ogni 40.000 – 50.000 abitanti

- **Organizzazione capillare** su tutto il territorio
 - Struttura fisica in cui opera un **équipe multiprofessionale** di:
 - MMG e PLS
 - Medici specialisti
 - Infermieri di Famiglia e Comunità
 - Altri professionisti della salute
 - Può ospitare anche assistenti sociali
- Punto di **riferimento continuativo per la popolazione** che permette di garantire la presa in carico della comunità di riferimento anche attraverso
 - Una infrastruttura informatica
 - Un punto prelievi
 - La strumentazione polispecialistica e diagnostica di base



**VERRANNO REALIZZATE 1350 CASE DELLA
COMUNITÀ HUB CON I FONDI PNRR**



Casa della Comunità



Standard minimi che deve avere una Casa della Comunità hub:

Servizi

Casa della Comunità hub

Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multidisciplinari (MMG, PLS, SAI, IFeC, ecc.)	obbligatorio
Punto Unico di Accesso	obbligatorio
Servizio di assistenza domiciliare di livello base	obbligatorio
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	obbligatorio
Servizi infermieristici	obbligatorio
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	obbligatorio
Integrazione con i Servizi Sociali per la cronicità	obbligatorio
Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione	obbligatorio
Presenza medica	obbligatorio h24, 7/7 gg
Presenza infermieristica	obbligatorio h12, 7/7 gg fortemente raccomandato h24, 7/7 gg
Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità	obbligatorio
Continuità Assistenziale	obbligatorio
Punto prelievi	obbligatorio
Servizi Sociali alla persona e alla famiglia	fortemente raccomandato
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	raccomandato
Medicina dello sport	raccomandato
Attività Consultoriali	raccomandato
Programmi di screening	facoltativo
Vaccinazioni	facoltativo

Ex- ospedale di Noale

Stato di progetto – Casa della Comunità

La casa della comunità di Noale è di HUB e si sviluppa su tre piani e prevede:

Area delle cure primarie

- Sono previsti studi medici per MMG, PLS, CONTINUITA' ASSISTENZIALE E SAI con uso flessibile

Area della specialistica

Sono previsti ambulatori specialistici per le patologie a maggior prevalenza nella popolazione come:

- UOC Medicina della Sport
- UOC Riabilitazione funzionale
- Ambulatori specialistici di Diabetologia, Cardiologia, Pneumologia, Neurologia, Oculistica, Dermatologia, urologia, ginecologia, odontostomatologia
- Day Hospital geriatrico collegato con UOC Geriatria di Dolo
- Radiologia convenzionale collegato alla UOC Radiologia di Mirano
- Punto prelievi con servizio trasfusionale

Area assistenza di prossimità

- Sono previsti spazi per i servizi infermieristici e per l'assistenza domiciliare, spazi per l'assistenza medica h24 con l'avvicendamento notturno della Continuità assistenziale.
- E' presente una sala polivalente con una capienza di 99 persone, verrà integrato lo spazio dedicato agli assistenti sociali con l'obiettivo di garantire l'integrazione delle funzioni, in particolare con il PUA

I flussi dell'utenza sono gestiti grazie all'accesso principale, ma sono presenti accessi indipendenti per la Continuità Assistenziale, l'Ospedale di Comunità e l'URT

	SERVIZI		SI / No	N°	Note	
OBBLIGATORI	Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali	MMG: medici medicina generale	ambulatori	SI	10	P1 - 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 372, 373
		PLS: pediatri di libera scelta	ambulatori	SI	1	P1 - 374
		IFoC: infermiere di famiglia o comunità	ambulatori	SI	3	P1 - 363, 364, 365
		SAL: specialisti ambulatoriali interni	ambulatori	SI	3	P1 - 349, 350, 351
	Punto Unico di Accesso	PUA: Punto unico di accesso ai servizi di prossimità	studio medico con area visita	SI	2	P0 - ON02: 24, 65A
	Servizio di assistenza domiciliare	ADI: Assistenza Domiciliare Integrata UCA: Unità Continuità Assistenziale	uffici	SI	2	P1 - 353, 354
			magazzini/depositi	SI	1	P0 - 163 B
			archivio	SI	1	P0 - 163 A
			uffici	SI	1	P0 - ON02: 47
		magazzini/depositi	SI	1	P0 - ON02: 85	
	Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	ambulatori	SI	11	P1 - 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 347, 349, 350, 351	
	Servizi infermieristici	ambulatori	SI	1	P1 - 352	
	Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	area attesa/accoglienza/ info point	SI	4	P0 - 207 P0 - ON02: 27, 28, 29	
	Servizi generali	area direzionale amministrativa segreteria archivio	uffici	SI	1	P0 - ON02: 26
			uffici	SI	1	P0 - ON02: 25
			archivio	SI	1	P0 - ON02: 69
			uffici	SI	1	P0 - ON10: 08
	Integrazione con i Servizi Sociali	locale colloquio	SI	1	P0 - ON10: 11	
	Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	sala polivalente	SI	1	P0 - ON02: 17	
	Presenza medica H 24 7/7 gg	ambulatori	SI	2	P0 - ON02: 98, 41	
Presenza infermieristica H 24 7/7 gg	ambulatori	SI	3	P1 - 367, 376, 377		
Servizi diagnostici di base		sala esami/diagnostica	SI	5	P0 - 100, 104, 107 P0 - ON10: 58, 62	
		sala esami/refertazioni	SI	3	P0 - 130, 131 P0 - ON10: 56	
		retinografo	SI	1	P0 - 67	
		spirometro	SI	2	P0 - 172, 178	
		ecografo	SI	4	P0 - 104, 107 P1 - 335, 351	
		elettrocardiografo	SI	6	P0 - 123, 124, 125, 172, 178 P1 - 377	
		OCT	SI	1	P1 - 348	
			consegna campioni	SI	1	P0 - 146A
Punto Prelievi		box	SI	2	P0 - 148, 149	
		attesa	SI	1	P0 - 136	
RACCOMANDATI	Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	ambulatori	No	-		
	Medicina dello sport	ambulatori	SI	14	P0 - 92, 100, 104, 107, 123, 124, 125, 164, 168, 172, 174, 178, 194, 197	
FACOLTATIVI	Attività consultoriali e attività rivolta ai minori	ambulatori	SI	3	P2 - 454, 455, 456	
	Interventi di salute pubblica (include vaccinazioni 0/18 anni)	ambulatori	SI	3	P1 - 319, 320, 322	
	Programmi di screening	ambulatori	SI	6	P1 - 319, 320, 322 P2 - 454, 455, 456	

Ex- ospedale di Noale

Stato di progetto – Casa della Comunità

		SERVIZI	Sì / No	N°	Note	
OBBLIGATORI	Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali	MMG: medici medicina generale	ambulatori	Sì	10	P1 - 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 372, 373
		PLS: pediatri di libera scelta	ambulatori	Sì	1	P1 - 374
		IFoC: infermiere di famiglia o comunità	ambulatori	Sì	3	P1 - 363, 364, 365
		SAl: specialisti ambulatoriali interni	ambulatori	Sì	3	P1 - 349, 350, 351
	<u>Punto Unico di Accesso</u>	PUA: Punto unico di accesso ai servizi di prossimità	studio medico con area visita	Sì	2	P0 - ON02: 24, 65A
	<u>Servizio di assistenza domiciliare</u>	ADI: Assistenza Domiciliare Integrata	uffici	Sì	2	P1 - 353, 354
			magazzini/depositi	Sì	1	P0 - 163 B
			archivio	Sì	1	P0 - 163 A
			uffici	Sì	1	P0 - ON02: 47
		UCA: Unità Continuità Assistenziale	magazzini/depositi	Sì	1	P0 - ON02: 85
	<u>Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza</u>		ambulatori	Sì	11	P1 - 332, 333, 334, 335, 336, 337, 339, 347, 349, 350, 351
	<u>Servizi infermieristici</u>		ambulatori	Sì	1	P1 - 352
	<u>Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale</u>		area attesa/accoglienza/ info point	Sì	4	P0 - 207 P0 - ON02: 27, 28, 29
	Servizi generali	area direzionale amministrativa segreteria archivio	uffici	Sì	1	P0 - ON02: 26
			uffici	Sì	1	P0 - ON02: 25
			archivio	Sì	1	P0 - ON02: 69
	<u>Integrazione con i Servizi Sociali</u>		uffici	Sì	1	P0 - ON10: 08
			locale colloquio	Sì	1	P0 - ON10: 11
	<u>Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione</u>		sala polivalente	Sì	1	P0 - ON02: 17
	<u>Presenza medica H 24 7/7 gg</u>		ambulatori	Sì	2	P0 - ON02: 39, 41
<u>Presenza infermieristica H 12 7/7 gg</u>		ambulatori	Sì	3	P1 - 367, 376, 377	
Servizi diagnostici di base		sala esami/diagnostica	Sì	5	P0 - 100, 104, 107 P0 - ON10: 58, 62	
		sala esami/refertazioni	Sì	3	P0 - 130, 131 P0 - ON10: 56	
		retinografo	Sì	1	P0 - 67	
		spirografo	Sì	2	P0 - 172, 178	
		ecografo	Sì	4	P0 - 104, 107 P1 - 335, 351	
		elettrocardiografo	Sì	6	P0 - 123, 124, 125, 172, 178 P1 - 377	
		OCT	Sì	1	P1 - 348	
		Punto Prelievi		consegna campioni	Sì	1
box	Sì			2	P0 - 148, 149	
attesa	Sì			1	P0 - 136	
RACCOMANDATI	<u>Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza</u>		ambulatori	No	-	
	<u>Medicina dello sport</u>		ambulatori	Sì	14	P0 - 92, 100, 104, 107, 123, 124, 125, 164, 168, 172, 174, 178, 194, 197
FACOLTATIVI	<u>Attività consultoriali e attività rivolta ai minori</u>		ambulatori	Sì	3	P2 - 454, 455, 456
	<u>Interventi di salute pubblica (incluse vaccinazioni 0/18 anni)</u>		ambulatori	Sì	3	P1 - 319, 320, 322
	<u>Programmi di screening</u>		ambulatori	Sì	6	P1 - 319, 320, 322 P2 - 454, 455, 456

Casa della Comunità

Casa della Comunità Hub

Modello organizzativo e personale

- **30-35 MMG afferenti**
- **Continuità assistenziale**
 - Apertura ambulatorio: notturno e festivi h 24 - 7 giorni su 7
- **10-15 ambulatori**
 - 10-20 MMG afferenti svolgono attività ambulatoriale per i propri assistiti
- **8-12 infermieri di Famiglia e Comunità:**
 - 1 coordinatore
 - 2-3 IFeC per le attività ambulatoriali della CdC
 - 1-2 IFeC per le attività di triage e valutazione dei bisogni di salute
 - 4-6 IFeC per l'assistenza domiciliare di base, per le attività di prevenzione e teleassistenza
- **5-8 unità di personale di supporto (amministrativo, tecnico e sanitario)**
 - Apertura PUA: 8.00-18.00 – 6 giorni su 7
 - Altri servizi all'utenza anche sanitari



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



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

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

Figura. La relazione tra strutture, attività



L'AFT della Medicina Generale

- assicurare l'erogazione a tutti i cittadini della assistenza (LEA), nonché l'assistenza al domicilio dal 28.04.2022;
- realizzare nel territorio la copertura di una effettiva presa in carico;
- garantire la continuità assistenziale, della ricetta dematerializzata, del fascicolo sanitario individuale informatizzato;
- opera in pieno raccordo con i servizi di emergenza e componenti afferiscono fino al domicilio;
- le AFT, ed i Medici del ruolo, assicurano la continuità dell'assistenza e la continuità della Casa della Comunità, utilizzano obbligatoriamente il sistema informatico per l'assolvimento dei debiti in materia di FSE, al sistema informatizzato per la ricetta dematerializzata, a seconda della tipologia di attività;
- l'AFT assicura l'erogazione delle prestazioni assistenziali previsti (Case della Comunità hub, Case della Comunità spoke, studi medici, etc).



...e AFT



...ziali ed uniformi di Nazionale

...ni, al fine di garantire

...ricetta elettronica

...amento della scheda

...mento, alla quale AFT

...al fine di garantire la

...sionali e le Case della

...egione per garantire

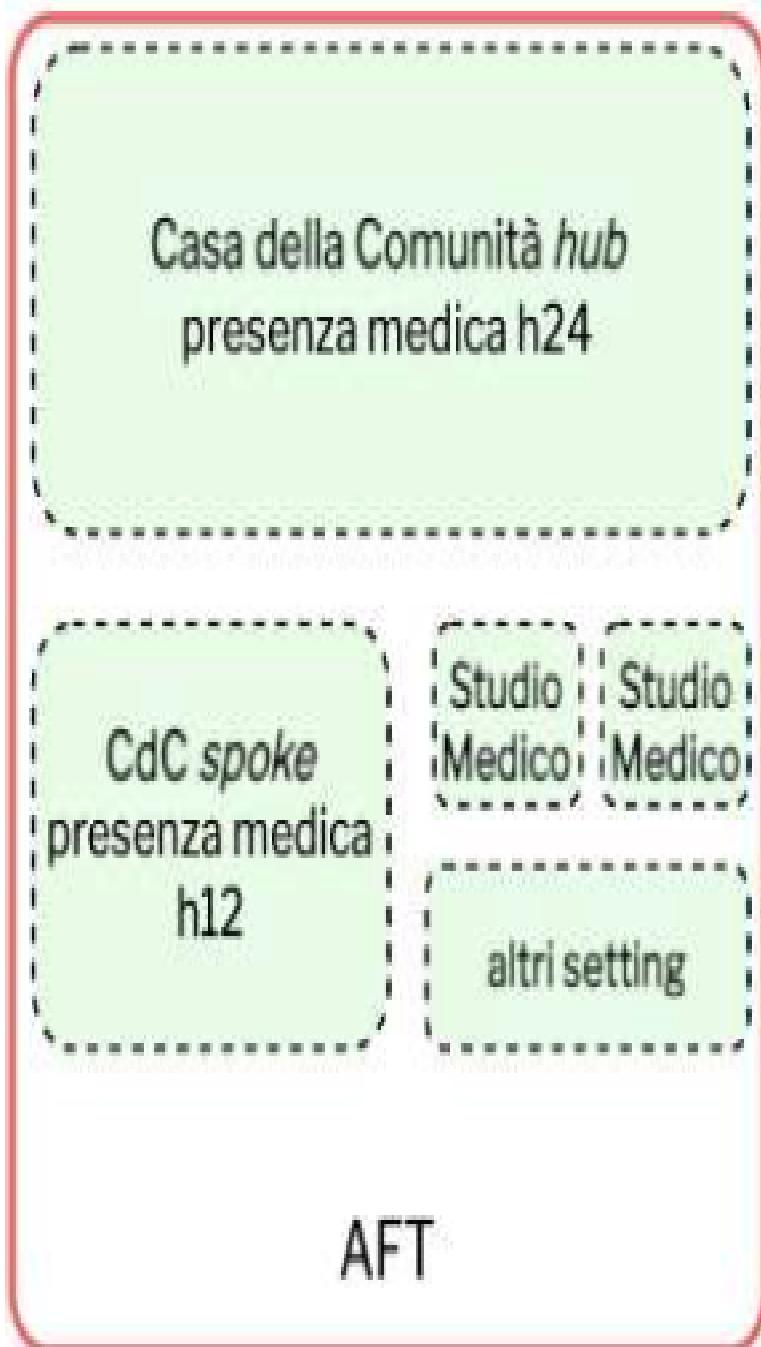
...sanitario elettronico

...elettronica, inclusa la

...lattia del lavoratore

...EA) in tutti i setting

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



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

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

Assistenza infermieristica

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

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

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

Infermiere di Famiglia e Comunità

Standard

Almeno 1 IFeC ogni 2000-3000 abitanti.

Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia e Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola.

Definizione



Professionista 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 e ponendo al centro la persona.

Assistenza Domiciliare

Standard da Riforma:

10% della popolazione over 65

Modello organizzativo

Il servizio è garantito attraverso la presenza di **personale sanitario** (infermieri, OSS, tecnici e medici) **7 giorni su 7 e 24 ore su 24** nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente, ivi compresi i servizi di telemedicina nelle modalità e forme previste.

La programmazione degli accessi dei professionisti sanitari a domicilio dovrà essere sviluppata nell'arco dell'intera settimana, tenendo conto della complessità clinico-assistenziale dei pazienti.

Submisura 1.2: La Casa come primo luogo di cura per il cittadino – Assistenza Domiciliare Integrata

Standard: 10% della popolazione over 65

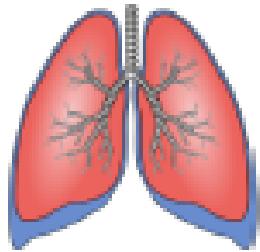


Metodologia:

Lo standard è stato costruito tenendo conto delle esperienze regionali più virtuose, come Emilia-Romagna e Veneto, che attraverso la rete territoriale assistono a domicilio più del 10% della popolazione. Un'analisi di dettaglio della popolazione in assistenza domiciliare di queste 2 regioni ha permesso di ripartire la popolazione italiana over 65 nei seguenti livelli di intensità assistenziale:

- 60% in cure domiciliari di base (836.817 persone);
- 20% in cure domiciliari integrate di I livello (278.939 persone);
- 10% in cure domiciliari integrate di II livello (139.470 persone);
- 4% in Cure domiciliari integrate di III livello (55.788 persone);
- 6% in Cure palliative domiciliari (83.682 persone).

Per raggiungere lo standard del 10% della popolazione italiana over 65 è stato calcolato l'incremento delle prese in carico in ADI sulle proiezioni di popolazione al 2026.



Assistenza specialistica ambulatoriale organizzata come modulo funzionale

Dovranno essere previsti:

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

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

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

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

Diagnostica di laboratorio di base e per immagini

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

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

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

Dotazioni del modulo di diagnostica:

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

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

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

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

Punto Unico di Accesso, collegamento con il CUP

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

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

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

- semplificare ed agevolare l'informazione e l'accesso ai servizi sanitari, sociali e sociosanitari;
- promuovere l'integrazione tra attività sanitaria e attività socio-assistenziale;
- avviare la presa in carico della persona non autosufficiente attraverso la sua valutazione multidimensionale.

Il PUA:

- fornisce informazioni aggiornate (possibilmente disponibili on line per gli operatori sanitari) relative alle diverse opportunità, risorse, prestazioni, agevolazioni, servizi del sistema, esistenti e accessibili per gli utenti del territorio;
- raccoglie le domande di accesso a prestazioni e servizi e le inoltra, se occorre, agli uffici competenti avvalendosi ove previsto del **Centro Unico Prenotazioni (CUP)**;
- effettua una prima lettura dei bisogni, proponendo al cittadino le prestazioni e i servizi a lui accessibili in base alla tipologia di bisogno;
- fornisce le risposte dirette a bisogni semplici e attiva l'**Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)** quando necessario, per i bisogni complessi.

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

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

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

Relazione con le Case della Comunità Spoke

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

La Telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche

Regioni e Province Autonome	Popolazione (Fonte: Istat)	Piattaforma e Supporto operativo	Servizi di Telemedicina
Piemonte	4.311.217		49.136.000 €
Valle d'Aosta	125.034		1.406.000 €
Lombardia	10.027.602		111.888.000 €
Trento	532.644		5.772.000 €
Bolzano	545.425		6.068.000 €
Veneto	4.879.133		54.686.000 €
FVG	1.206.216		13.838.000 €
Liguria	1.524.826		17.760.000 €
ER	4.464.119		50.320.000 €
Toscana	3.692.555		42.032.000 €
Umbria	870.165		9.916.000 €
Marche	1.512.672		17.168.000 €
Lazio	5.755.700		64.010.000 €
Abruzzo	1.293.941		19.388.000 €
Molise	300.516		4.514.000 €
Campania	5.712.143		82.140.000 €
Puglia	3.953.305		58.312.000 €
Basilicata	553.254		8.214.000 €
Calabria	1.894.110		27.824.000 €
Sicilia	4.875.290		71.410.000 €
Sardegna	1.611.621		24.198.000 €
Italia	59.641.488	260.000.000 €	740.000.000 €

La Telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche

Promuovere e finanziare lo sviluppo e la diffusione di nuovi progetti e soluzioni di telemedicina all'interno dei sistemi sanitari regionali

Obiettivi generali



- Incentivare l'adozione della telemedicina durante tutto il percorso di cura con particolare attenzione ai casi cronici
- Assicurarsi che le soluzioni di telemedicina si integrino con l'ecosistema digitale sanitario e in particolare con FSE
- Misurare gli interventi e incentivare quelli migliori perché estendano i loro servizi a più regioni del SSN

Target europei del PNRR

- Q4 – 2023 Almeno un progetto per regione/PA
- Q4 – 2025 Almeno 200.000 persone assistite con la telemedicina

3,40 / 1000 residenti

Il Decreto interministeriale del 30/09/2022 individua le **aree cliniche prioritarie** in cui attuare i servizi di telemonitoraggio e telecontrollo per le persone con cronicità. Tali aree sono:

- **area diabetologica;**
- **area delle patologie respiratorie (BPCO, Sindrome apnee ostruttive nel sonno, etc.);**
- **area delle patologie cardiologiche (scompenso cardiaco, portatori di pacemaker, etc.);**
- **area oncologica;**
- **area neurologica (malattie neurodegenerative).**

L'implementazione dei PDTA con le caratteristiche dei pazienti assistibili tramite la telemedicina, pertanto, costituisce un'importante novità nel nostro sistema che contribuirà all'attuazione di quanto previsto dall'art. 21 del DPCM LEA del 12/01/2017.



DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Le 7 **branche specialistiche** individuate per la sperimentazione sono state:



Cardiologia



Oncologia



Pneumologia



Dermatologia



Diabetologia



Medicina Fisica
e Riabilitazione



Ostetricia e
Ginecologia

In ognuna delle branche è stato definito un **sottoprogetto** specifico, a cura di un **gruppo di lavoro** appositamente allestito (obiettivo di budget)



REGIONE DEL VENETO



ULSS3
SERENISSIMA

TELEVISITE EROGATE ANNI 2021-2022

I volumi indicati nelle due tabelle riportano le prestazioni di telemedicina registrate a CUP.

Branca	GEN-DIC 2021	GEN-DIC 2022
008-Cardiologia	255	118
019-Endocrinologia	2.289	1757
021-Geriatria		18
026-Medicina Generale	48	3
032-Neurologia	110	39
035-Odontostomatologia	14	6
037-Ostetricia E Ginecologia	42	41
038-Otorinolaringoiatria	50	-
052-Dermatologia	19	58
056-Medicina Fisica e Riabilitazione	220	225
064-Oncologia	516	422
068-Pneumologia	7	12
071-Reumatologia	203	-
PRIME VISITE	-	9
Totale	3.773	2.708

4,43 /1000

Richieste dei pazienti di avere le **visite in presenza**.

La "riapertura" delle strutture ha abbassato la tensione ad utilizzare questa modalità.



Riduzione delle televisite erogate



REGIONE DEL VENETO



ULSS3
SERENISSIMA

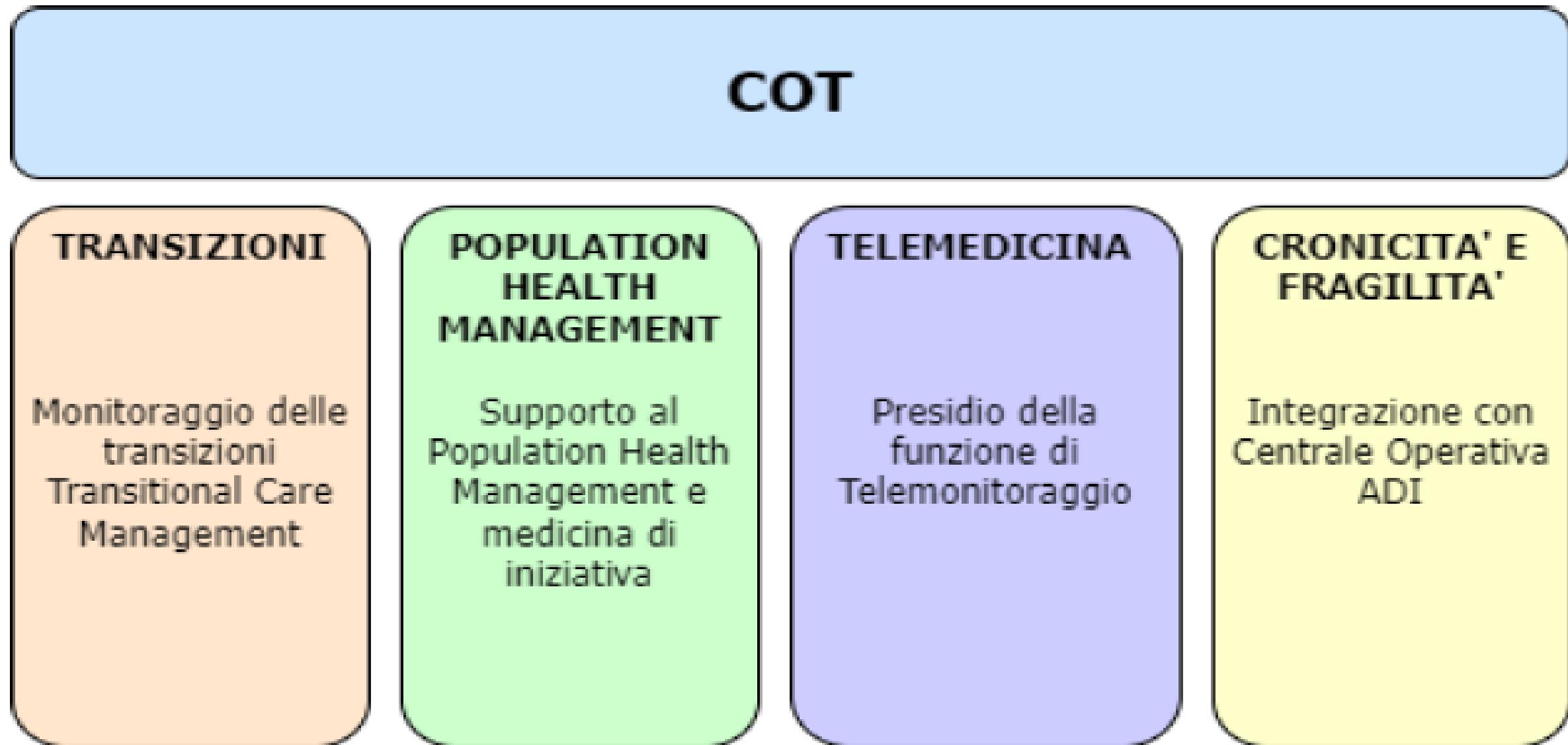
TELEVISITE EROGATE ANNI 2021-2022-2023

I volumi indicati nella tabella riportano sempre le prestazioni di telemedicina registrate a CUP.

ANNO	N. Televisite registrate a CUP	Tasso / 1000 residenti
2021	3773	6,12
2022	2730	4,43
2023 (stima dal I trim.)	3688	5,99

Ricordiamo che il target del PNRR è 200.000 utenti pari a 3,40 /1000

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



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

- Sintesi e cronoprogramma delle attività

	Responsabilità	Scadenza	2023				2024				2025				2026			
			T1	T2	T3	T4												
Adozione di atti regionali di indirizzo per la redazione del Piano Aziendale di sviluppo dei servizi territoriali	Regione del Veneto	31/03/2023	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Predisposizione Piano Aziendale di sviluppo dei servizi territoriali in attuazione del PNRR e della programmazione regionale e individuazione Responsabile Aziendale	Aziende ULSS	30/04/2023	■	■														
Approvazione da parte della Regione del Piano Aziendale	Regione del Veneto con il supporto di Azienda Zero	31/05/2023		■														
Attuazione del Piano Aziendale	Aziende ULSS	30/06/2026		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche	Aziende ULSS	31/03/2026	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
COT - Completamento interventi per interconnessione aziendale	Aziende ULSS	31/03/2024	■	■	■	■	■											
Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche	Aziende ULSS	31/03/2026	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Assistenza Domiciliare - 10% della popolazione over 65	Aziende ULSS	30/06/2026	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Verifica flussi informativi e attivazione Piattaforma regionale di Monitoraggio DM 77	Azienda Zero	31/05/2023		■														
Monitoraggio dell'implementazione dei Piani Aziendali	Regione del Veneto con il supporto di Azienda Zero	31/12/2026	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

SEDI DISTRETTI 1 & 2

DISTRETTO 1

- 1** LIDO
Piazzale Rava', 1
- 2** VENEZIA
Osp. SS Giovanni e Paolo
- 3** G.B. GIUSTINIAN
Dorsoduro, 1454
- 4** MURANO
Corte Bigaglia, 9
- 5** BURANO
San Mauro 315
- 6** PELLESTRINA
Via Scarpa, 950

DISTRETTO 2

- 7** MESTRE
Via Cappuccina, 129
- 8** MARGHERA
Via Tommaseo 7
Piazza Sant'Antonio
- 9** FAVARO VENETO
Via della Soia, 20
- 10** CHIRIGNAGO
Via Cavanis, 48
- 11** MARCON
Viale San Marco, 76
Via Dello Sport
- 12** QUARTO D'ALTINO
Via Tagliamento, 5



SEDI DISTRETTI 3 & 4

DISTRETTO 3

- ① **MIRANO**
Osp. Via Mariutto
- ② **DOLO**
Osp. Via Pasteur, 11
- ③ **NOALE**
P.Le della Bastia, 3
- ④ **MIRA**
Via Nazionale
- ⑤ **MARTELLAGO**
Via Trento, 83
- ⑥ **SPINEA**
Via Murano, 17
- ⑦ **PIANIGA**
Via Padova, 6
- ⑧ **STRA'**
Via Roma, 5
- ⑨ **CAMPONOGARA**
Pz. Unità d'Italia, 5
- ⑩ **SANTA MARIA DI SALA**
Piazza XXV Aprile, 1
- ⑪ **CAMPOLONGO**
Via Roma, 68

DISTRETTO 4

- ①② **CHIOGGIA**
Osp. Str. M. Marina, 500
Viale Amerigo Vespucci
- ①③ **CAVARZERE**
Via Nazario Sauro, 37





Riepilogo **DISTRETTI 1 & 2**

RIEPILOGO SUPERFICI COMPLESSIVE (VENEZIA - MESTRE - MARGHERA - MARCON)

SUPERFICIE COMPLESSIVA DA RISTRUTTURARE	54.850 m ²
SUPERFICIE COMPLESSIVA DI NUOVA EDIFICAZIONE	9.200 m ²

RIEPILOGO FINANZIAMENTI COMPLESSIVI (VENEZIA - MESTRE - MARGHERA - MARCON)

IMPORTI FINANZIATI CON FONDI P.N.R.R.	9.500.000,00 €
IMPORTI FINANZIATI CON FONDI REGIONE DEL VENETO (F.S.R.)	8.390.000,00 €
IMPORTI FINANZIATI CON FONDI EX ART.20 L.67/88	61.000.000,00 €
TOTALE IMPORTO INVESTIMENTO	78.890.000,00 €





Riepilogo **DISTRETTI 3 & 4**

RIEPILOGO SUPERFICI COMPLESSIVE PNRR

(MIRANO - DOLO - NOALE - MIRA - MARTELLAGO - CHIOGGIA - CAVARZERE)

SUPERFICIE COMPLESSIVA DA RISTRUTTURARE	2.600 m ²
SUPERFICIE COMPLESSIVA DI NUOVA EDIFICAZIONE	4.220 m ²

RIEPILOGO FINANZIAMENTI COMPLESSIVI PNRR

(MIRANO - DOLO - NOALE - MIRA - MARTELLAGO - CHIOGGIA - CAVARZERE)

IMPORTI FINANZIATI CON FONDI P.N.R.R.	13.650.000,00 €
IMPORTI FINANZIATI CON FONDI REGIONE DEL VENETO (F.S.R.)	2.900.000,00 €



Inquadramento Fotografico

Ex- Ospedale Civile Pier Ferdinando Calvi



	Nome	Superficie
	Monoblocco Lorenzi -Vernier	18.947
	Monoblocco Fassina	7.414
	Monoblocco Ferrante	1.787
	Ex casa di riposo	3.184



GRAZIE!

stefano.vianello1@aulss3.veneto.it

