

REGOLAMENTO REGIONALE 19 dicembre 2023, n. 13

“Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022”.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE:

VISTO l’art. 121 della Costituzione, così come modificato dalla legge costituzionale 22 novembre 1999 n. 1, nella parte in cui attribuisce al Presidente della Giunta Regionale l’emanazione dei regolamenti regionali;

VISTO l’art. 42, comma 2, lett. c) della L. R. 12 maggio 2004, n. 7 “Statuto della Regione Puglia”;

VISTO l’art. 44, comma 2, della L. R. 12 maggio 2004, n. 7 “Statuto del Regione Puglia” così come modificato dalla L.R. 20 ottobre 2014, n. 44;

VISTA la Delibera di Giunta Regionale N° 1729 del 30/11/2023 di adozione del Regolamento;

EMANA IL SEGUENTE REGOLAMENTO

Art. 1 Finalità

1. Con il presente Regolamento viene definita l’organizzazione dell’Assistenza territoriale ai sensi del DECRETO 23 maggio 2022, n. 77 concernente il “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”.

2. In coerenza con il Decreto 23 maggio 2022, n. 77, si definiscono:

a) **Distretto:** è un’articolazione organizzativo-funzionale dell’Azienda Sanitaria Locale (ASL) sul territorio. Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari e sanitari territoriali, centro di riferimento per l’accesso a tutti i servizi dell’ASL. È inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell’integrazione tra le diverse strutture sanitarie, sociosanitarie, nonché dei servizi socioassistenziali in un’ottica di collaborazione con le istituzioni locali presenti sul territorio, 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 Distretto garantisce, inoltre, una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento.

b) **Casa della Comunità (CdC):** è il luogo fisico di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria, nonché ai programmi di prevenzione e di promozione della salute. Esso rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l’assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Nella Casa della Comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione e la 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;

c) **Infermiere di famiglia o comunità:** è 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 e ponendo al centro la persona anche al fine di promuoverne i corretti stili di vita e l’adesione ai programmi di prevenzione e di promozione della salute. L’IFoC interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella

comunità formali e informali; non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce il raccordo tra i servizi di prevenzione erogati a livello territoriale e la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari e sociosanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi setting assistenziali in cui essa si articola;

d) Unità di continuità assistenziale: nel limite previsto dall'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021 n. 234, è un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa;

e) Centrale Operativa Territoriale (COT): è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività e programmi di prevenzione e promozione della salute, attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza;

f) Centrale Operativa 116117: sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale;

g) Assistenza domiciliare: in questo Regolamento intesa quale sinonimo di "cure domiciliari", è 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. In relazione al bisogno di salute del soggetto e al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli: cure domiciliari di livello base e cure domiciliari integrate (ADI) di I, II e III livello. Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona. Le cure domiciliari sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale (art.22, DPCM 2017);

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

i) Rete delle cure palliative: è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale;

j) Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie: il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, ove presenti, rappresentano la struttura aziendale a libero accesso o programmato e gratuita e sono deputati alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (comprese quelle in gravidanza), minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento. Nell'ambito dei programmi di prevenzione e promozione della salute, i consultori familiari offrono, altresì, servizi gratuiti di orientamento e di educazione all'attività sessuale e a quella riproduttiva nonché per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili;

k) Prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico: il Dipartimento di Prevenzione (DP), come previsto dagli articoli 7, 7-bis, 7-ter e 7-quater del decreto legislativo 502/1992 e s.m., ha il compito di attuare i programmi di prevenzione e di promozione della salute e, in tale contesto, di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale, delle aziende ospedaliere e degli I.R.C.C.S. pubblici, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Il Dipartimento di Prevenzione (DP) ha, inoltre, il compito di dare attuazione agli interventi previsti dal Sistema Nazionale

Prevenzione Salute, istituito ai sensi dell'art. 27 del decreto-legge 30 aprile 2022, n. 36 convertito con modificazioni in legge 29 giugno 2022, n. 79, e dal Sistema Regionale Prevenzione Salute, previsto dall'art. 2 del Decreto Ministeriale 9/6/2022, assicurando il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione primaria correlati, in particolare, alla promozione della salute, alla prevenzione e al controllo dei rischi sanitari associati direttamente e indirettamente a determinanti ambientali e climatici, anche derivanti da cambiamenti socio-economici, valorizzando le esigenze di tutela delle comunità e delle persone vulnerabili o in situazioni di vulnerabilità, in coerenza con i principi di equità e prossimità;

l) Telemedicina: è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario). La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, già consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo - se inclusa in una rete di cure coordinate - l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

m) Sistemi informativi e di qualità: soluzioni digitali idonee ad assicurare la completa informatizzazione dei processi di attività nonché la produzione nativa dei documenti sanitari in formato digitale, secondo gli standard adottati a livello nazionale, e la condivisione dei dati relativi a ciascun paziente tra i diversi professionisti sanitari coinvolti nelle attività di prevenzione e promozione della salute e nell'assistenza: ciò al fine di consentire di realizzare servizi in rete pienamente integrati. Tutte le unità operative territoriali che compongono il Distretto devono essere dotate di infrastrutture tecnologiche e informatiche integrate e interoperabili sia con i sistemi dell'ecosistema di sanità digitale nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e regionali (FSE, CUP, Sistemi informativi dell'area prevenzione e promozione della salute, etc.) nonché con le soluzioni di telemedicina.

Art. 2 **Distretto**

1. Il Distretto è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (ASL) sul territorio e ha un dimensionamento standard di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

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

All'interno del distretto possono essere presenti i Consultori familiari e le attività rivolte ai minori, ove esistenti, funzionalmente collegati con la Casa della Comunità hub.

3. Il Distretto garantisce una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento.

4. Al Distretto possono essere ricondotte le seguenti funzioni:

a) committenza, ossia la capacità di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili. Il Distretto, su mandato della Direzione Generale della ASL, provvede alla programmazione dei servizi da garantire, alla pianificazione delle innovazioni organizzativo/produttive locali, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizi, assicurando la fruizione delle prestazioni all'utenza;

b) produzione, ossia la funzione di erogazione dei servizi sanitari territoriali, caratterizzata da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari di cui all'articolo 3 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

c) garanzia, ossia il compito di assicurare l'accesso ai servizi, l'equità all'utenza attraverso il monitoraggio continuo della qualità dei servizi medesimi, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l'utenza finale.

5. L'organizzazione del Distretto deve garantire:

a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva, infermieri di famiglia o comunità e i presidi specialistici ambulatoriali;

b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi deputati alle attività di prevenzione e promozione della salute, con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;

c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali se delegate dai comuni.

6. Il Distretto può avere responsabilità gerarchiche dirette sulle unità operative territoriali che lo compongono. In queste tipologie di assetti organizzativi il Distretto opera sia come committente che come gestore.

7. Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il Distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della ASL.

8. Con l'obiettivo di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente in relazione ai bisogni sociosanitari del territorio, il Distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. Quest'ultimo, tra l'altro, determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3 septies del predetto decreto legislativo e le quote, rispettivamente, a carico delle aziende sanitarie e dei comuni e al fine di valorizzare e integrare le risorse delle comunità di riferimento su cui insiste il Distretto, è proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Comitato dei sindaci dei Comuni appartenenti all'Ambito Territoriale Sociale e dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale della ASL.

9. Il Direttore del Distretto è il responsabile dell'attività di programmazione del Distretto, in termini di risposta integrata alle specifiche esigenze di salute della popolazione di riferimento, di disponibilità delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali. Egli è garante del rispetto del raggiungimento degli obiettivi che gli sono assegnati dalla Direzione generale aziendale in materia di efficacia ed efficienza dei servizi erogati; espressione dell'orientamento alla persona, attraverso una continua attenzione agli aspetti dell'informazione, della tutela e garanzia dell'equità e della trasparenza dell'offerta, del rispetto della dignità della persona. Il Direttore del Distretto è responsabile della gestione dei percorsi assistenziali integrati di propria competenza in stretto raccordo con i servizi, professionisti del territorio e dell'ospedale.

10. Il Distretto e il relativo Direttore acquisiscono la funzione di garanzia attraverso la valutazione dei bisogni di salute della popolazione, la valutazione delle priorità d'azione e della sostenibilità delle scelte, l'orientamento dei livelli di produzione di attività sanitaria come richiesta alle strutture ospedaliere e territoriali, la verifica dei risultati.

11. Con provvedimento di Giunta regionale è definita l'articolazione della Rete dei Distretti Socio – Sanitari (D.S.S.) della Regione Puglia, nonché il dettaglio delle attività e dei servizi di ciascun D.S.S.

Art. 3

Casa di Comunità

1. La Casa di Comunità (CdC) è il luogo fisico di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere

per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria, e rappresenta il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

2. La CdC è una struttura pubblica del SSN facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito; essa rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo un raccordo intrasettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza, con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni tenendo conto anche della dimensione personale dell'assistito.

3. I principi che orientano lo sviluppo delle CdC sono l'equità di accesso e di presa in carico, secondo il modello della sanità d'iniziativa, e il principio della qualità dell'assistenza declinata nelle sue varie dimensioni (es. appropriatezza, sicurezza, coordinamento/continuità, efficienza, tempestività).

4. L'obiettivo dello sviluppo delle CdC è quello di garantire in modo coordinato:

a) l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria e in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;

b) la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);

c) la prevenzione e la promozione della salute - anche attraverso l'implementazione del Punto Unico di Accesso alla Prevenzione (PUAP) - attuando gli interventi previsti da piani e programmi nazionali e regionali, mediante equipe sanitarie coordinate dalle Direzioni dei Servizi e dalla Direzione del Dipartimento di Prevenzione aziendale;

d) la promozione e tutela della salute dei minori, e della donna, sia in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva sia negli ambiti previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e dal Sistema Regionale Prevenzione Salute (SRPS), in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;

e) la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa;

f) la presa in carico unitaria delle persone coinvolte dai programmi organizzati di prevenzione e promozione della salute ivi compresi i programmi di screening oncologici;

g) la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata agendo sull'empowerment dei pazienti e sulla promozione della prevenzione, sviluppando forme proattive di rapporto medico-paziente;

h) le attività di valutazione della popolazione, in base alla rilevazione di informazioni utili alla determinazione del profilo di rischio individuale, per l'identificazione e la segmentazione dei bisogni di salute, di quelli connessi alla protezione dai rischi e di quelli connessi al contesto lavorativo, socio-economico, culturale e ambientale;

i) la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori, ecc.);

j) l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi di prevenzione, servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;

k) la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.

5. La CdC è il luogo in cui operano, attraverso il lavoro di gruppo, i medici di medicina generale (MMG) in forma associata, i pediatri di libera scelta (PLS), gli specialisti ambulatoriali, il personale infermieristico, gli assistenti sociali e gli altri professionisti sanitari. La CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare e multi professionale, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi di prevenzione e promozione della salute e di interventi sanitari. L'attività deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità, gli assistenti sanitari e altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio medici igienisti, 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 e di garantire equità nell'accesso ai servizi di prevenzione e di promozione della salute e a quelli sanitari. L'attività amministrativa è assicurata, anche attraverso interventi di riorganizzazione

aziendale, da personale dedicato già disponibile a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, che si occupa anche delle attività di servizio di relazioni al pubblico e di assistenza, orientamento e counselling alle persone.

6. I medici, gli infermieri e gli altri professionisti sanitari che operano all'interno delle CdC provvedono a garantire le attività di prevenzione e promozione della salute, quelle di assistenza primaria attraverso un approccio di sanità di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12 e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24.

7. Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, sono previste due tipologie di CdC secondo il modello hub e spoke:

a) La CdC hub, oltre a garantire l'erogazione dei servizi di prevenzione e promozione della salute, dei servizi di assistenza primaria, offre anche attività specialistiche e di diagnostica di base anche correlate ai programmi organizzati;

b) La CdC Spoke è prettamente finalizzata all'erogazione dei servizi di prevenzione e promozione della salute e di quelli di assistenza primaria.

8. Sia nell'accezione hub sia in quella spoke, la CdC costituisce l'accesso unitario fisico per la comunità di riferimento ai servizi di prevenzione e promozione della salute e a quelli di assistenza primaria.

9. Lo standard è pari a: 1 CdC hub ogni 40.000-50.000 abitanti

10. Con riferimento al modello organizzativo e alle tipologie di CdC si rinvia all'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente Regolamento.

11. Con provvedimento di Giunta regionale è aggiornata la Rete delle Case di Comunità nonché il dettaglio delle attività e dei servizi di ciascuna Casa di Comunità.

Art 4

Infermiere di famiglia o di comunità

1. L'Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC) è un professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e comunitario che, attraverso una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito o comunità di riferimento, assicura l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità (MMG/PLS, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ecc.) contribuendo all'integrazione interdisciplinare sanitaria dei servizi e dei professionisti.

2. L'IFoC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità formali e informali e concorre a realizzare la rete del welfare di comunità/generativo. È un professionista che ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e ricopre le diverse funzioni, erogando prestazioni assistenziali sanitarie, a seconda del setting in cui opera. L'IFoC si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio. In sintesi, l'Infermiere di Famiglia o Comunità:

a) collabora con le altre figure professionali del Dipartimento di Prevenzione al fine di assicurare la intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età;

b) contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche;

c) favorisce la raccolta delle informazioni, l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva valutazione del rischio, dei bisogni di salute e la presa in carico della persona assistita;

d) promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità, organizzando processi e momenti di educazione sanitaria di gruppo in presenza o in remoto, in collaborazione con tutti i livelli e gli attori sanitari e in linea con le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione aziendale;

e) promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità, in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, format e modalità di interazione in base alla

popolazione a cui si rivolge;

f) svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti stili di vita e comportamenti individuali, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva;

g) valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver;

h) lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie a valenza sanitaria e con le risorse della comunità (associazioni, volontariato, ecc.), e collabora in team con i MMG, i PLS e gli altri professionisti sanitari;

i) utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.

3. Lo standard è pari a: 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.

4. Con provvedimento di Giunta regionale è definita l'organizzazione e l'assegnazione dell'Infermiere di Famiglia o Comunità per ciascuna ASL.

Art. 5

Unità di continuità assistenziale

1. L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è un'équipe che afferisce al Distretto ed è composta da 1 medico e 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 e ospedalieri.

2. L'équipe UCA può essere integrata con altre figure professionali sanitarie, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale.

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

a. Dimissione difficile del paziente non altrimenti ricoverabile in Ospedale di Comunità o dimissibile al domicilio in Assistenza Domiciliare;

b. Supporto all'Assistenza Domiciliare in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostiche/terapeutiche;

c. Presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile effettuando accertamenti diagnostici specifici ivi comprese l'esecuzione di test a domicilio, e relativi interventi terapeutici;

d. Programmi di prevenzione e promozione della salute, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione, quali ad esempio, ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e presso le RSA/Case di Riposo per pazienti "fragili" (vaccinazioni previste dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, da Piani Straordinari e dal Calendario Vaccinale per la Vita della Regione Puglia);

e. Programmi di prevenzione e di promozione della salute, in modo coordinato con i Servizi del Dipartimento di Prevenzione, nell'ambito:

- del sistema educativo di istruzione e di formazione;
- nelle comunità difficili da raggiungere;
- in particolari contesti lavorativi, socio-economici, ambientali e del disagio.

4. L'UCA deve essere dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle COT e accessibile via internet al fine di garantire anche in teleconsulto l'interoperabilità della rete di consulenti collegati; deve essere dotata, inoltre, di strumentazione avanzata di primo livello e di una gamma completa di dispositivi medici portatili (anche diagnostici) in grado di acquisire informazioni e parametri necessari al monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente.

5. La sede operativa dell'UCA è la Casa della Comunità hub alla quale afferisce anche dal punto di vista

organizzativo.

6. Gli operatori dell'UCA utilizzano sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.
7. Lo standard è pari a: 1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti.
8. Con provvedimento di Giunta regionale è definito il modello organizzativo delle UCA.

Art. 6

Centrale Operativa Territoriale

1. La Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge funzioni di coordinamento sia della presa in carico della persona anche nell'ambito dei programmi di prevenzione e promozione della salute, che diventa integrata e coordinata, sia del raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi percorsi e nei diversi setting assistenziali: attività di prevenzione, attività di assistenza territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e, altresì, dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.
2. L'obiettivo della COT è assicurare continuità, accessibilità e integrazione dei servizi di prevenzione e promozione della salute, dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. La COT assolve al proprio ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:
 - a) coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra programmi, percorsi e setting diversi: programmi di prevenzione, presa in carico in PDTA, ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
 - b) coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
 - c) tracciamento e monitoraggio delle transizioni tra diversi luoghi o livelli clinico assistenziali;
 - d) supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
 - e) raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità (PIC), anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno;
 - f) consultazione e registrazione dei dati attraverso i sistemi informativi facenti parte dell'ecosistema di sanità digitale nazionale e di quello regionale.
3. Tutti gli attori servizio sanitario regionale, personale della prevenzione distrettuale territoriale e ospedaliero, possono richiedere l'intervento della COT, In particolare: MMG, PLS e medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni, medici e professionisti sanitari dei dipartimenti territoriali, medici e professionisti sanitari addetti ai servizi di prevenzione e promozione della salute, medici e professionisti sanitari presenti nelle CdC, nei servizi aziendali e in quelli distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali.
4. La COT deve essere operativa 7 giorni su 7 e deve essere dotata di infrastrutture tecnologiche e informatiche quali, ad esempio, piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate. Al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché affrontare situazioni complesse o di emergenza, è fondamentale che la COT, a livello regionale, usufruisca di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.
5. Il servizio che offre è operativo 24/7 ed è composto da 8 figure professionali che operano valutando le situazioni a livello multidimensionale e integrando le competenze di figure diverse tra loro. La composizione e la numerosità del team all'interno della COT deve tener conto delle funzioni previste e del bacino di utenza.

6. Lo standard professionale da prevedere in una COT per un Distretto standard di circa 100.000 abitanti comprende:
- 1 Responsabile/Coordinatore Infermieristico;
 - 3-5 Infermieri/Infermieri di Famiglia o di Comunità (IFoC);
 - 1-2 Unità di Personale di Supporto (sanitario e/o amministrativo).
7. In aggiunta a queste figure, è possibile integrare professionalità come Infermiere case manager, medico, assistente sanitario, assistente sociale per la valutazione dei pazienti con bisogni sociali più o meno complessi, la cui valutazione è determinante ai fini della scelta del setting di destinazione.
8. L'utenza a cui è diretto questo servizio è ad uso esclusivo delle figure che appartengono alla rete dei Professionisti della Salute, parte del sistema sociosanitario, personale distrettuale e ospedaliero:
- a) medici di medicina generale (MMG),
 - b) pediatri di libera scelta (PLS),
 - c) medici di continuità assistenziale,
 - d) medici specialisti ambulatoriali interni,
 - e) professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali,
 - f) professionisti sanitari presenti nei servizi distrettuali,
 - g) personale delle strutture di ricovero intermedie,
 - h) personale delle strutture di ricovero residenziali e semiresidenziali,
 - i) personale operante nei servizi sociali.
9. Gli operatori della COT utilizzano sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.
10. Standard: 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.
11. Con riferimento al modello organizzativo della COT si rinvia all'allegato B, parte integrante e sostanziale del presente Regolamento.
12. Con provvedimento di Giunta regionale è definito il modello organizzativo e di funzionamento delle COT di ciascuna ASL.

Art. 7

Centrale Operativa 116117

1. Il numero 116117 (NEA) ha la funzione di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura, raccordandosi anche con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza, con le Centrali Operative Territoriali e con altri servizi previsti.
2. La Centrale Operativa NEA 116117 offre un servizio diretto, per un bacino di utenza non inferiore a due milioni di abitanti, anche se la dimensione regionale deve essere considerata come quella minima, fatti salvi accordi di prossimità e la istituzione di centrali interregionali.
3. Il servizio è aperto, gratuito e attivo h24 7/7 giorni, e permette alla popolazione di entrare in contatto con un operatore, sanitario o tecnico-amministrativo opportunamente formato, che possa fornire assistenza, direttamente o attraverso il trasferimento di chiamata al servizio competente, a valenza sociosanitaria.
4. La NEA 116117 eroga servizi:
- 1) che garantiscono una risposta operativa con trasferimento di chiamata (servizio erogabile obbligatorio) per:
 - a) prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di Continuità Assistenziale;
 - b) individuazione e trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente al 118/112.
 - 2) che garantiscono la risposta di tipo informativo (servizio erogabile obbligatorio). Può essere prevista anche la risposta operativa con trasferimento di chiamata (servizio consigliato) per:
 - a) modalità di accesso alle prestazioni dei MMG/PLS, anche in caso di difficoltà di reperimento /contatto del medico;

- b) consigli sanitari non urgenti da fornirsi alle persone prima e dopo l'orario di operatività del servizio di Continuità Assistenziale, con eventuale inoltro della chiamata, in caso di necessità, al 118;
- c) modalità di accesso alla Guardia medica turistica.
5. Lo standard è pari a: 1 Centrale Operativa NEA 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale (se con popolazione inferiore allo standard), incrementabile sulla base della numerosità della popolazione. La Centrale Operativa 116117 raccoglie le chiamate di uno o più distretti telefonici in funzione delle dimensioni dei distretti stessi e delle modalità organizzative definite con il presente Regolamento.
6. Con provvedimento di Giunta regionale è definito il modello organizzativo della Centrale Operativa NEA 116117, individuando espressamente ruoli e responsabilità.

Art. 8

Assistenza domiciliare

1. Le cure domiciliari, nelle sue forme previste nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato.
2. Le forme di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) vanno tenute distinte dalle Cure Palliative Domiciliari definite come un livello essenziale specifico e denominate come Unità di Cure Palliative Domiciliari, nell'ambito delle reti locali di cure palliative per l'adulto e per il bambino. Tale distinzione può non essere presente a livello organizzativo aziendale nella composizione dell'équipe purché i professionisti siano specificatamente formati in cure palliative come previsto dalla normativa vigente.
3. Le Cure Domiciliari si articolano in un livello Base e in Cure Domiciliari Integrate (ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello) e consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.
4. Le risposte assistenziali, differenziate per intensità e complessità, sono programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale e della conseguente formulazione di un Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI). Tale valutazione multidimensionale è effettuata dall'unità valutativa che garantisce anche la rivalutazione periodica della persona assistita e definisce criteri di dimissione o passaggio ad altri setting assistenziali. Periodicamente deve essere effettuata la rivalutazione del PAI e dell'eventuale PRI.
5. Viene assicurato il coinvolgimento degli specialisti in relazione a quanto stabilito nel PAI con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta sanitaria, del paziente e del caregiver. Il responsabile clinico del paziente è il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta.
6. La Regione garantisce l'accesso ai servizi sanitari, la presa in carico della persona, la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione dei percorsi assistenziali integrati sotto il profilo clinico, funzionale, nonché procedure e strumenti di valutazione multidimensionale, scientificamente validati, garantendo uniformità sul territorio.
7. La classificazione nei diversi livelli di intensità assistenziale è codificata e misurata nel flusso informativo nazionale sull'assistenza domiciliare (Sistema Informativo Assistenza Domiciliare - SIAD) attraverso il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA), un indicatore che misura il rapporto tra giornate effettive di assistenza (GEA) e giornate di cura (GDC) relative al periodo di presa in carico. La complessità assistenziale è misurata attraverso l'insieme delle prestazioni erogate e dei professionisti coinvolti nel PAI. L'intensità e la complessità assistenziale consentono di misurare e caratterizzare i percorsi assistenziali erogati.
8. I soggetti che erogano Cure Domiciliari devono possedere i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi previsti per l'autorizzazione e per l'accreditamento sulla base della normativa vigente. Tali soggetti devono disporre di una sede organizzativa e operativa per garantire l'accessibilità alle cure, il

coordinamento dell'équipe assistenziale, l'integrazione tra professionisti e servizi assicurando la necessaria continuità dell'assistenza in particolare in sede di dimissione ospedaliera protetta e al fine di evitare ricoveri inappropriati. Tale integrazione deve avvenire per il tramite del Distretto che, attraverso i suoi servizi e professionisti, governa le transizioni degli assistiti tra i diversi setting assistenziali.

9. Il servizio di Assistenza Domiciliare costituisce una delle articolazioni distrettuali con cui la Centrale Operativa Territoriale si interfaccia e raccorda attraverso piattaforme digitali che facilitino l'inserimento nel Fascicolo Sanitario Elettronico dei dati relativi alle persone prese in carico nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

10. La dotazione di personale da definire nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, sia in termini numerici che di figure professionali coinvolte, deve essere proporzionata alla tipologia di attività erogata, in particolare: medici, infermieri, operatori delle professioni sanitarie, della riabilitazione, operatori sociosanitari, e altri professionisti sanitari necessari a rispondere ai bisogni assistenziali individuati nel PAI/PRI.

11. Il servizio di cure domiciliari garantisce la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente ivi compresi i servizi di telemedicina nelle modalità e forme previste.

12. Gli operatori del servizio di assistenza domiciliare utilizzano sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.

13. Lo standard è pari a: 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente.

14. Gli Indicatori di Monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare sono pari a: % di pazienti over 65 in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni "presi in carico" per tutte le classi di CIA).

15. Con riferimento ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle cure domiciliari necessari ai fini del rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale ai sensi dell'Accordo Stato - Regioni n.151/CSR del 04 agosto 2021 si rinvia al Regolamento regionale in materia.

Art. 9

Ospedale di Comunità

1. L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare). Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio, in questo secondo caso possono rientrare anche ricoveri brevi.

2. L'OdC svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio.

3. L'OdC è una struttura sanitaria in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi che garantiscano la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti. L'OdC, così come chiarito dall'Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020, non è ricompreso nelle strutture residenziali (articoli 29-35 del DPCM 12/01/2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502").

4. L'Ospedale di Comunità deve essere realizzato nel rispetto delle norme vigenti a livello nazionale e regionale in materia di edilizia sanitaria. L'OdC deve essere dotato di servizi generali, nonché di eventuali opportuni spazi organizzati e articolati in modo tale da garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni: locali a uso amministrativo, cucina e locali accessori, lavanderia e stireria, servizio mortuario. Tali servizi possono essere in comune e/o condivisi con altre strutture e/o unità di offerta.

5. L'OdC ha un numero di posti letto di norma tra 15 e 20. È possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto, per un totale di massimo 40 posti letto per garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione. È gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

6. Il ricovero presso l'OdC deve avere una durata non superiore a 30 giorni. Solo in casi eccezionali, e comunque motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte, la degenza può prolungarsi ulteriormente.

7. Possono accedere all'OdC pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale, ma hanno ancora bisogno di sorveglianza clinica o dell'erogazione di prestazioni infermieristiche, oppure pazienti con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (entro 30 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti. Tra gli obiettivi primari del ricovero deve essere posto anche il coinvolgimento attivo e l'aumento di consapevolezza, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare/caregiver, attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

8. Le categorie principali di pazienti eleggibili sono le seguenti:

a) pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;

b) pazienti, prevalentemente affetti da multimorbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;

c) pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;

d) pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

Ai pazienti di cui al comma precedente deve essere garantita l'assistenza infermieristica continuativa e l'assistenza medica programmata o su specifica necessità.

9. L'accesso presso l'OdC avviene su proposta di:

a) medico di medicina generale;

b) medico di continuità assistenziale;

c) medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero;

d) medico del pronto soccorso;

e) pediatra di libera scelta.

10. Gli OdC possono prevedere ambienti protetti, con posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie croniche riacutizzate a domicilio o in dimissione ospedaliera.

11. In prossimità di Ospedali Pediatrici è possibile prevedere la realizzazione di OdC dedicati a pazienti pediatrici, con la responsabilità clinica del pediatra e la presenza di personale di assistenza specificamente formato e competente per tale target di pazienti.

12. La gestione e l'attività nell'OdC sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale e interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione e integrazione delle diverse competenze.

13. Gli Ospedali di Comunità hanno una connotazione a forte indirizzo infermieristico e sono utilizzati sia per la presa in carico dei pazienti nelle fasi post ricovero ospedaliero sia per tutti quei casi in cui c'è bisogno di una particolare assistenza vicino al domicilio del paziente.

14. La responsabilità organizzativa è affidata a un responsabile infermieristico ai sensi del DM n. 70/2015,

secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020. Gli Operatori Socio-Sanitari coadiuvano il servizio di assistenza infermieristica, garantendone la continuità H24, vi sono gli Operatori Socio-Sanitari, in coerenza con gli obiettivi del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti coinvolti (es. assistenti sociali, fisioterapisti, specialisti).

15. La responsabilità igienico sanitaria e clinica complessiva della struttura è in capo al medico e può essere attribuita a un medico dipendente o convenzionato con il SSN, pertanto può essere attribuita anche a MMG/PLS, SAI.

16. L'assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore 7 giorni su 7 con il supporto degli Operatori Sociosanitari, in coerenza con gli obiettivi del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti sanitari e sociali coinvolti.

17. All'interno dell'equipe di cura è presente l'Infermiere che si occupa, in particolare, delle transizioni di cura dei pazienti assicurandone la presa in carico e la continuità assistenziale: tale infermiere si interfaccia con le Centrali Operative Territoriali in modo da facilitare l'organizzazione dell'assistenza e gli ausili eventualmente necessari al rientro del paziente al domicilio.

18. L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati, nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. L'assistenza notturna è garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura.

19. In generale per ogni modulo di 20 posti letto deve essere comunque garantita la presenza delle seguenti figure professionali:

- a. 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico eventualmente condivisibile sui due moduli se presenti nell'OdC e di cui 1 responsabile delle transizioni di cura dei pazienti assicurandone la presa in carico e la continuità assistenziale);
- b. 4-6 Operatori Socio Sanitari (OSS);
- c. 1-2 o più unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative;
- d. 1 Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

20. L'organizzazione dell'OdC deve garantire l'interfaccia con le diverse componenti che partecipano e realizzano la continuità dell'assistenza nell'ambito del PDTA e del PAI per ogni singolo paziente, compresi i professionisti che prescrivono e forniscono i necessari ausili ed eventualmente con i servizi sociali dei comuni.

21. I responsabili delle attività cliniche e infermieristiche provvedono alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando una cartella clinico - assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE.

22. In caso di emergenza, devono essere attivate le procedure previste, a livello regionale, tramite il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale. Nel caso in cui la sede dell'OdC sia all'interno di un presidio ospedaliero potranno essere attivate le procedure d'urgenza del presidio ospedaliero.

23. All'interno degli OdC devono, inoltre, essere garantite alcune attività di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina.

24. Al fine di realizzare anche attività di riabilitazione motoria, in ogni OdC deve essere garantito l'accesso a idonei locali attrezzati, destinati alle principali attività motorie e riabilitative.

25. L'OdC, pur avendo un'autonomia funzionale, opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari quali: la rete delle cure intermedie, i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale, le cure domiciliari e i servizi di emergenza urgenza territoriali. A tal fine devono essere predisposte specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari, valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalle COT.

26. Devono essere definiti appositi collegamenti funzionali con i servizi di supporto diagnostico specialistico.

27. L'OdC è dotato di apposito sistema informativo, facente parte dell'ecosistema di Sanità digitale della Puglia, per la raccolta, il periodico aggiornamento e la gestione dei contenuti informativi integrati necessari al monitoraggio dell'attività clinica e assistenziale erogata; mediante tale Sistema è assicurata la tempestiva

trasmissione dei dati a livello regionale per l'alimentazione del debito informativo nazionale nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute nonché l'interconnessione con gli altri sistemi di Sanità digitale della Puglia e/o nazionali..

28. Gli Indicatori di Monitoraggio degli Ospedali di Comunità sono:
- Tasso di ricovero della popolazione >75 anni;
 - Tasso di ricovero in Ospedale per acuti durante la degenza in OdC;
 - Tasso di riospedalizzazione a 30 giorni;
 - Degenza media in OdC;
 - Degenza oltre le 6 settimane (o N° di outlier);
 - N. pazienti provenienti dal domicilio;
 - N. pazienti provenienti da ospedali.
29. Le funzioni da inserire all'interno degli OdC sono riportate all'interno dell'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020, insieme ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi.
30. Gli operatori degli OdC utilizzano sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.
31. Lo standard è pari a: 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.
32. Con riferimento al modello organizzativo e alle tipologie di OdC si rinvia all'allegato C, parte integrante e sostanziale del presente Regolamento.
33. Con provvedimento di Giunta regionale è definita e aggiornata la rete degli Ospedali di Comunità nonché la relativa organizzazione e il funzionamento.

Art. 10 **Rete delle cure palliative**

1. La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) è un'aggregazione funzionale integrata delle attività di CP erogate nei diversi setting (ospedale, ambulatorio, domicilio, hospice) assistenziali in un territorio, alla quale corrispondono le seguenti funzioni:
- coordina e integra le CP nei diversi livelli di assistenza, in collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale, i Punti Unici di Accesso, l'ADI e l'Assistenza Primaria;
 - definisce un sistema di erogazione di CP, per l'attuazione dei percorsi di presa in carico e di continuità delle cure e dell'assistenza favorendo l'integrazione dei servizi sanitari e sociali;
 - adotta sistemi di valutazione, miglioramento della qualità e controllo dei percorsi di cura erogati;
 - raccoglie e trasmette i dati al sistema informativo;
 - attiva percorsi formativi aziendali specifici;
 - partecipa a iniziative di Ricerca.
2. La governance della RLCP, ai sensi della normativa vigente, è demandata a livello aziendale, attraverso l'istituzione di un organismo di coordinamento, composto da: un coordinatore di rete, referenti delle singole strutture e una rappresentanza delle associazioni di volontariato di settore.
3. La rete nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, agisce, sul territorio di riferimento assicurando l'erogazione dell'assistenza:
- nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera attraverso équipe di cure palliative della rete che erogano consulenza, facilitano l'attivazione dei percorsi di cure palliative per garantire la continuità ospedale-territorio, supportano l'équipe dell'unità operativa ospedaliera nelle strategie per la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici;
 - nell'ambito ambulatoriale dove sono erogate cure palliative precoci e simultanee da équipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative che operano all'interno della RLCP;
 - a domicilio del paziente, attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD), con la previsione di un'équipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unità di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale per assicurare la continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7. Tale équipe può essere, dal punto di vista organizzativo, integrata con l'équipe dell'assistenza domiciliare integrata;

- d) nelle strutture residenziali e negli Hospice, con standard di riferimento di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti.
4. I servizi di cui al comma precedente devono essere garantiti sulla base dei criteri e requisiti previsti dalla normativa e dagli accordi vigenti, tra cui l'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012, l'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 119/CSR e Rep. Atti n. 118/CSR) e l'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021.
5. Lo standard è pari a:
- a) 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti;
- b) Hospice: 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti.
6. Con deliberazione di Giunta regionale è definito il modello organizzativo e di funzionamento della Rete regionale delle cure palliative dell'adulto e pediatriche.
7. Gli operatori delle Reti Cure Palliative utilizzano sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.

Art. 11

Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie

1. Il Consultorio Familiare (CF) e l'attività rivolta ai minori nell'ambito dell'assistenza territoriale ad accesso diretto garantiscono le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative, preventive alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. Gli ambiti di attività dei CF sono quelli previsti nei Livelli Essenziali di Assistenza.
2. Il CF nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, garantisce tutte le prestazioni descritte nell'articolo 24 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 12 gennaio 2017, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate.
3. L'attività consultoriale è caratterizzata da un approccio multidisciplinare, multi professionale e olistico ("Planetary Health"), nonché da una attenzione alla complessità dello stato di salute della popolazione anche attraverso la qualità dell'accoglienza, dell'ascolto e della comunicazione e attraverso programmi multi professionali di promozione della salute e di assistenza volti anche alla presa di consapevolezza delle persone e delle comunità.
4. Il CF svolge la propria attività in integrazione con tutti i professionisti afferenti ai servizi ospedalieri e territoriali, soprattutto con quelli dedicati alla presa in carico della persona, quelli rientranti nell'area dell'assistenza primaria e quelli diretti alla tutela della salute nei "primi 1000 giorni", della salute della donna in tutto il suo ciclo vitale e della salute mentale (es. pediatri di libera scelta, psicologi delle cure primarie, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dipartimenti di salute mentale e dipendenze, specialisti ambulatoriali, servizi di riabilitazione).
5. L'attività del CF richiede un approccio intersettoriale in quanto, oltre al sociale, innumerevoli altri attori possono contribuire alla produzione del benessere dell'individuo e delle comunità (es. settore scolastico, culturale, sportivo), al contenimento del disagio familiare e sociale (es. settore della giustizia, del lavoro).
6. Le figure professionali che possono operare nel CF sono: l'ostetrica, il medico ginecologo, lo psicologo, l'assistente sociale, l'infermiere, l'assistente sanitario e altro personale sanitario, quale ad esempio l'educatore professionale con funzioni sociosanitarie, il personale amministrativo, e altre figure come il mediatore linguistico culturale, il mediatore familiare, il terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (tnpee), il tecnico della riabilitazione psichiatrica (terp), l'avvocato.
7. Le attività del CF devono essere definite e coordinate, sia sul piano del funzionamento interno del CF, sia sul piano dell'integrazione in rete, con gli altri servizi sanitari (prevenzione, territoriali e ospedalieri) e con gli altri attori della Rete Materno Infantile.

8. Tutte le sedi dei CF devono essere dotate di locali e spazi adeguati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.
9. Lo standard è pari a:
 - 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.
10. Gli operatori dei Consultori utilizzano sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.
11. Con deliberazione di Giunta regionale è definita la rete consultoriale della Regione Puglia, nonché il dettaglio delle attività/servizi resi in ciascuno Consultorio Familiare.

Art. 12

Prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico

1. Il Dipartimento di Prevenzione (DP), nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite, opera con riferimento al piano annuale di attività e di risorse negoziate con la Direzione Strategica nell'ambito della programmazione aziendale, al fine di garantire la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e delle disabilità e di miglioramento della qualità della vita.
2. Alla luce di quanto definito dal DPCM 12 gennaio 2017, il DP garantisce, attraverso le sue articolazioni e i suoi professionisti, il supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali in tutti gli aspetti relativi alla Sanità Pubblica ed esercita, nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente, le seguenti funzioni:
 - a) Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
 - b) Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati
 - c) Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
 - d) Salute animale e igiene urbana veterinaria
 - e) Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori
 - f) Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale
 - g) Attività medico legali per finalità pubbliche.
3. Il Dipartimento di Prevenzione (DP), in quanto facente parte del Sistema Nazionale Prevenzione Salute (SNPS), istituito ai sensi dell'art. 27 del decreto-legge 30 aprile 2022, n. 36 convertito con modificazioni in legge 29 giugno 2022, n. 79, e del Sistema Regionale Prevenzione Salute (SRPS) previsto dall'art. 2 del Decreto Ministeriale 9.6.2022, assicura gli interventi di prevenzione primaria correlati, in particolare, alla promozione della salute, alla prevenzione e al controllo dei rischi sanitari associati direttamente e indirettamente a determinanti ambientali e climatici, anche derivanti da cambiamenti socio-economici, valorizzando le esigenze di tutela delle comunità e delle persone vulnerabili o in situazioni di vulnerabilità, in coerenza con i principi di equità e prossimità e il raggiungimento degli obiettivi previsti dai rispettivi Piani nazionali e regionali.
4. Nell'ambito delle attività di tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati il DP, quale parte della rete del Sistema Nazionale Prevenzione Salute (SNPS), garantisce il supporto, nell'ambito delle risorse disponibili, al raggiungimento dell'obiettivo "salute" nelle azioni di controllo sulle matrici ambientali attraverso interventi di analisi e di monitoraggio in stretto raccordo con l'ARPA Puglia facente parte del Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente (SNPA), con l'obiettivo di identificare e valutare i rischi per la popolazione e per gli ecosistemi.
5. Il Dipartimento di Prevenzione, nelle sue diverse articolazioni e organizzazioni aziendali, è dotato, nell'ambito delle disponibilità previste dalla legislazione vigente, delle risorse multidisciplinari per poter adempiere alle funzioni elencate ai commi precedenti.

6. A partire dalle funzioni di cui al comma 2) e al comma 3), il DP, per la sua missione di supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali e regionali, è chiamato a garantire attività trasversali quali la preparazione e risposta rapida alle crisi/emergenze di natura infettiva, ambientale, di sanità pubblica, etc.
7. Per la sorveglianza delle malattie infettive, in uno scenario di pre-allerta epidemica, è prevista la strutturazione nell'ambito di ciascun Dipartimento di Prevenzione, di almeno nr. 1 team multisetoriale al fine di fronteggiare le emergenze pandemiche con uno standard di riferimento di professionisti sanitari da definire in base alle condizioni epidemiologiche e all'evoluzione delle fasi pandemiche, come previsto dal Piano Pandemico Nazionale, nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 1, comma 261 della legge n. 234/2021 e dal corrispondente Piano Pandemico Regionale (PanFlu Puglia).
8. Per adempiere alle attività e funzioni previste, il DP:
 - a. opera in stretto raccordo con gli enti e le agenzie che sovrintendono alla materia di volta in volta trattata; nel caso delle crisi/emergenze/crisi diventa punto di riferimento tecnico-operativo tra le autorità nazionali, regionali e locali;
 - b. garantisce il supporto alle attività di pianificazione, programmazione, organizzazione e monitoraggio volte a promuovere la salute e prevenirne e contenerne i rischi nei diversi ambiti di vita dei singoli e delle comunità (es. contesti sociali diversi, zone agricole e industriale, aree urbane e montane, ecc.).
9. Nell'ambito delle attività di tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati il DP, quale parte della costituenda rete del Sistema Nazionale di Prevenzione Salute, Ambiente e Clima (SNPS), garantisce il supporto, nell'ambito delle predette risorse disponibili, al raggiungimento dell'obiettivo "salute" nelle azioni di controllo sulle matrici ambientali attraverso interventi di analisi e di monitoraggio in stretto raccordo con le Agenzie del Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente con l'obiettivo di identificare e valutare i rischi per la popolazione e per gli ecosistemi.
10. Nell'ambito della tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro e della prevenzione dei danni acuti e cronici associati all'esposizione a rischi professionali, il DP agisce in raccordo con gli altri Enti preposti, anche contribuendo per quanto di competenza, sul versante tecnico, al costituendo SINP - Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei luoghi di Lavoro.
11. Nell'ambito del contrasto alle malattie croniche non trasmissibili, il DP agisce in stretto raccordo con il Distretto per la programmazione, attuazione, validazione e coordinamento di azioni finalizzate all'individuazione di condizioni di rischio individuali e al conseguente indirizzo a interventi mirati alla promozione della salute e/o alla presa in carico della persona. In questo contesto si inserisce l'articolazione dei servizi di prevenzione e promozione della salute nell'ambito delle Case della Comunità nonché l'attivazione di un coordinamento stabile con i Dipartimenti di Salute mentale, delle Dipendenze, di Riabilitazione territoriale nonché con tutte le altre articolazioni e servizi della rete sociosanitaria territoriale per l'invio a interventi strutturati e per la modifica dei comportamenti a rischio.
12. Per la piena realizzazione del mandato, che supera la visione "settoriale" (Accordo Stato-Regioni sulle "Linee di guida per la prevenzione sanitaria e lo svolgimento delle attività del Dipartimento di prevenzione delle Aziende sanitarie locali" Repertorio Atti n. 1493 del 25 luglio 2002), per servizi, il DP adotta un approccio basato sui principi di priorità, efficacia ed efficienza produttiva e allocativa, che necessita di una organizzazione e di una governance flessibile (multidisciplinare, multi professionale, multisetoriale), capace di aggregare intorno a obiettivi complessi professionalità diverse, anche esterne al sistema sanitario.
13. Elementi cardine della organizzazione di cui ai commi precedenti sono:
 - a. valutazione dell'impatto sanitario (health impact assessment) e identificazione del rischio (risk assessment e health equity audit) attraverso l'uso dei dati epidemiologici e, in particolar modo, del Profilo di salute ed equità, strumento essenziale per compiere una corretta analisi dello scenario e per la definizione di bisogni e priorità di intervento;
 - b. azioni di promozione della salute, prevenzione rispetto ai determinanti della salute nel rapporto salute-ambiente, in stretto raccordo con enti locali e agenzie regionali e nazionali;
 - c. azioni di preparedness e di risposta rapida alle emergenze sanitarie di tipo infettivo, ambientale, ecc. garantendo uno stretto raccordo ed il supporto alle autorità sanitarie locali e regionali nonché alle Agenzie ed Enti a ciò deputati;

- d. cultura e pratica di interventi di prevenzione ancorati alle prove di efficacia (efficacy ed effectiveness), equità e sostenibilità;
- e. approccio sistemico:
- nell'erogazione delle prestazioni, anche al fine di favorire l'integrazione delle articolazioni del DP nella rete dei servizi sociosanitari a rilevanza sanitaria coordinata dal Distretto;
 - nella promozione, prevenzione e tutela della salute delle comunità avendo come riferimento gli Obiettivi di sviluppo sostenibili (SDGs) anche attraverso l'adozione della strategia "One Health" e con particolare attenzione al rapporto salute - ambiente, favorendo una stretta sinergia con le diverse articolazioni delle comunità locali, con le agenzie e le istituzioni interessate;
- f. comunicazione come veicolo di efficacia degli interventi di promozione della salute e prevenzione, per contribuire ad incrementare l'alfabetizzazione sanitaria e lo sviluppo di competenze e capacità, per il riorientamento salutare di ambienti, contesti e stili di vita e l'adesione a programmi di prevenzione secondaria, nonché come strumento per la condivisione degli obiettivi di salute e dei criteri di priorità degli interventi a tutti i livelli della concertazione (tecnica, istituzionale e di comunità), e di fidelizzazione, di trasparenza e credibilità del DP;
- g. qualità ovvero adozione e implementazione di standard e processi con valutazione degli stessi e degli esiti delle azioni rispetto agli obiettivi fissati al fine di innescare meccanismi di revisione e miglioramento continuo della efficacia, appropriatezza e qualità professionale, tecnologica, relazionale;
- h. formazione continua degli operatori basata sulle competenze essenziali per ogni profilo professionale (core competencies) finalizzata:
- al raggiungimento e mantenimento delle stesse e degli standard operativi collegati;
 - all'assimilazione degli elementi del metodo di lavoro (costruzione del profilo di salute, scelta delle priorità, individuazione degli interventi efficaci, programmazione, realizzazione e valutazione, di processo e di impatto) orientato alla collaborazione e alla trasversalità;
- i. valorizzazione dell'epidemiologia e uso di dati (sistemi di sorveglianza di popolazione) ed indicatori, come strumento
- di monitoraggio dello stato di salute delle comunità
 - di valutazione di impatto dei programmi;
 - di governance dei processi, anche nella direzione dell'integrazione con altre strutture e aree del sistema.
14. Il DP assicura un modello di collaborazione - anche attraverso la previsione all'interno di ogni DP, di esperti in tematiche che riguardano la salute, l'ambiente e le loro connessioni - che funga da elemento collettore a livello territoriale delle attività svolte dalle Case di Comunità, al fine di garantire in modo coordinato la prevenzione e la promozione della salute sia attraverso interventi di comunità che individuali realizzati dalle equipe sanitarie sotto il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione.
15. Le funzioni del DP direttamente afferenti alla prevenzione primaria e al controllo dei determinanti di salute di natura ambientale e climatica operano, a livello regionale, nell'ambito del SRPS e, a livello nazionale, nell'ambito del SNPS-SNPA, al fine di garantire un approccio di sistema nella valutazione e controllo degli effetti delle pressioni ambientali e climatiche sul benessere delle persone e delle comunità, e nella costruzione di interventi e di scenari decisionali, con un metodo basato sulla prevenzione integrata, strettamente connesso con l'assistenza sanitaria territoriale e le attività svolte nell'ambito delle Case della Comunità.
16. Come sancito dai Piani Nazionali della Prevenzione a partire dal 2005, l'azione del DP è sempre più multidisciplinare e intersettoriale, nell'ottica della Salute in tutte le politiche. Esso opera in raccordo con gli altri nodi della rete, estendendo gli ambiti di intervento (prevenzione universale, medicina predittiva, medicina di genere, prevenzione nella popolazione a rischio, prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia) attraverso una stretta interazione e integrazione (organizzativa, funzionale, operativa) nonché un utilizzo coordinato di tutte le risorse. Tale modello a rete di erogazione dei servizi favorisce la presenza capillare sul territorio delle attività di prevenzione e promozione della salute e allo stesso modo garantisce la capacità del DP di: i) intercettare precocemente la domanda di salute della popolazione e fornire adeguate risposte; ii) sviluppare strategie e strumenti di gestione etica delle

risorse della comunità (stewardship); iii) promuovere consapevolezza e autodeterminazione della persona (empowerment). Questa strategia viene ulteriormente rafforzata dal PNP 2020-2025 il quale promuove un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti secondo una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (One Health).

17. In relazione all'ampliamento delle competenze e delle funzioni dei Dipartimenti di Prevenzione, come riportato ai commi precedenti, può essere prevista, in coerenza con gli indirizzi nazionali e mediante specifici provvedimenti della Regione Puglia, una diversa articolazione territoriale dei Dipartimenti di Prevenzione, al fine di mantenere efficienza organizzativa e conoscenza delle peculiarità di ciascun territorio con particolare riferimento all'identità, all'omogeneità culturale e socioeconomica che risultano fattori imprescindibili nell'azione di prevenzione e di promozione della salute.

18. Lo Standard massimo di popolazione per DP è pari a: 1: 500.000 abitanti (necessario per mantenere efficienza organizzativa e conoscenza del territorio che ha identità, omogeneità culturale e socioeconomica imprescindibili nell'azione preventiva).

19. Con deliberazione di Giunta regionale si provvede all'aggiornamento dell'organizzazione e del funzionamento dei Dipartimenti di Prevenzione.

Art. 13

Telemedicina

1. La telemedicina è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario). Essa rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, già consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo - se inclusa in una rete di cure coordinate - l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

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

3. Le diverse prestazioni e servizi di telemedicina, quali la televisita specialistica, la teleassistenza, il telemonitoraggio, la teleriabilitazione, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico sanitaria, o la telerefertazione, devono far parte, quale opportunità e fattore abilitante, dei modelli di gestione integrata delle attività di prevenzione e promozione della salute, delle attività di assistenza sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria, in grado di rispondere sia alle necessità dei sistemi sanitari, con particolare riferimento alla gestione della cronicità, sia, in un'ottica di medicina personalizzata, a quelle individuali del singolo assistito, così come previsto anche dal "Patto per la Salute 2019-2021".

4. La sanità digitale e la telemedicina devono favorire i processi di presa in carico del paziente cronico, consentendo una migliore gestione domiciliare della persona. L'utilizzo della telemedicina per l'erogazione di prestazioni e servizi assistenziali abilita e supporta l'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 21 del DPCM del 12 gennaio 2017, nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati e assistenza territoriale.

5. Lo sviluppo della telemedicina è elemento abilitante per l'attuazione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, come definita con il presente Regolamento, poiché favorisce:

- a) la riduzione delle distanze tra operatori sanitari e le persone che accedono ai servizi nonché tra gli operatori sanitari stessi;
- b) il tempestivo intervento per pazienti cronici trattati a domicilio in occasione di episodi di acuzie;

- c) la diagnosi precoce dell'evento acuto e il tempestivo intervento per pazienti trattati a domicilio e/o in condizioni di emergenza;
- d) l'efficientamento dei servizi di prevenzione e promozione della salute e delle prestazioni assistenziali erogate in zone interne e/o disagiate con una ottimizzazione delle risorse, offrendo servizi di prossimità che aumentino l'adesione ai programmi di prevenzione secondaria l'appropriatezza e l'aderenza terapeutica;
- e) la correlazione degli interventi per una presa in carico integrata a livello territoriale, tra ospedale e territorio e tra ospedale e percorsi di riabilitazione, , anche assicurando processi di deospedalizzazione, quali ad esempio le dimissioni protette;
- f) la collaborazione tra gli operatori appartenenti alle diverse reti assistenziali ospedaliere e territoriali, consentendo una più efficace ed efficiente operatività dei gruppi di lavoro, in particolare per tutti quei contesti nei quali la multidisciplinarietà è elemento essenziale per una corretta presa in carico e gestione dell'assistito.

6. In base alle "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", approvate in Conferenza Stato-Regioni il 17 dicembre 2020, le prestazioni e i servizi di telemedicina sono assimilati a qualunque altra prestazione o servizio diagnostico/terapeutico/assistenziale/riabilitativo, e come tali devono sempre rispettare tutti i diritti e gli obblighi propri di qualsiasi atto sanitario.

7. Per quel che concerne il rapporto personale medico-paziente, le prestazioni di telemedicina non sostituiscono completamente le prestazioni assistenziali tradizionali, ma le integrano per migliorarne efficacia, efficienza, appropriatezza e sostenibilità.

8. In coerenza con l'obiettivo di aumentare l'accessibilità e ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle cure e garantire un approccio quanto più omogeneo possibile sul territorio, e in considerazione delle potenzialità delle moderne tecnologie ICT, i sistemi che erogano prestazioni di telemedicina a livello aziendale e/o regionale,i, devono:

- a) interoperare con le piattaforme nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e con le piattaforme di sanità digitale della Puglia (FSE, CUP, Edotto, Sistemi dell'area Prevenzione, Portale Puglia Salute, etc.) a supporto delle attività di prevenzione e promozione della salute e dell'assistenza sanitaria, garantendo il rispetto degli standard di interoperabilità nei dati;
- b) supportare la convergenza di processi e strutture organizzative, seppur con la necessaria flessibilità in base alle esigenze specifiche, anche superando la frammentazione tecnologica;
- c) supportare l'attivazione di servizi di telemedicina per i singoli pazienti, in base alle indicazioni del Progetto di salute;
- d) uniformare le interfacce e le architetture per la fruizione delle prestazioni di telemedicina, sia per l'utente che per il professionista, in un'ottica di semplificazione, fruibilità e riduzione del rischio clinico, assicurando anche l'integrazione con i sistemi di profilazione regionali/nazionali (es. SPID);
- e) mettere a disposizione servizi strutturati in modo uniforme e con elevati livelli di sicurezza, sull'intero territorio, sviluppati con approccio modulare e che garantiscono il rispetto delle vigenti indicazioni nazionali.

9. La responsabilità professionale nel determinare l'idoneità dell'assistito alla fruizione di prestazioni di telemedicina e di teleassistenza è in capo ai medici o per le attività di teleassistenza agli altri professionisti sanitari che, opportunamente formati all'uso delle tecnologie, operativamente erogano le prestazioni a distanza, in quanto deputati a individuare gli strumenti più idonei per il singolo paziente, in un'ottica di proporzionalità, appropriatezza, efficacia e sicurezza, nel pieno rispetto dei diritti della persona.

10. Affinché le prestazioni di telemedicina possano essere attivate, è necessaria una preventiva adesione da parte della persona cui le prestazioni si riferiscono ovvero dei suoi tutori/esercenti la responsabilità genitoriale; essa si rende disponibile al contatto telematico, all'interazione documentale e informativa con il professionista sanitario e a utilizzare i previsti sistemi di comunicazione remota, secondo le normative vigenti in tema di privacy e sicurezza.

11. In questo contesto, se il paziente è disponibile a ricevere la prestazione in telemedicina dal domicilio, il suo "profilo tecnologico", ovvero la sua conoscenza e capacità d'uso degli strumenti informatici, deve diventare parte dell'anamnesi. Al variare del tipo di prestazione di telemedicina erogata, e dei relativi requisiti minimi e dispositivi accessori associati, per il singolo assistito dovrebbero essere valutati i seguenti aspetti:

- a. se sa usare o è in grado di imparare a usare gli strumenti digitali di comunicazione (es. smartphone, tablet, computer con webcam);
 - b. se può usare autonomamente tali strumenti (disabilità fisica e cognitiva potrebbero limitarne la possibilità);
 - c. se può essere aiutato da un familiare o un caregiver nell'uso di tali strumenti;
 - d. l'idoneità al domicilio della rete internet, degli impianti (elettrici, idraulici, ecc), degli ambienti e delle condizioni igienico-sanitarie.
12. Per i Requisiti minimi e gli Standard di servizio si rinvia alle "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", approvate in Conferenza Stato Regioni il 17 dicembre 2020 nonché ai provvedimenti regionali in materia.
13. Con deliberazione di Giunta regionale è definito il modello organizzativo e di funzionamento delle prestazioni in telemedicina.

Art. 14

Sistemi informativi e di qualità

1. Tutte le articolazioni organizzative del Distretto devono essere dotate e devono utilizzare soluzioni digitali idonee ad assicurare la produzione nativa dei documenti sanitari e di quelli amministrativi in formato digitale, secondo le norme, le linee guida e gli standard adottati a livello nazionale, e devono assicurare la condivisione dei dati relativi a ciascun paziente tra i diversi professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza: ciò al fine di consentire di realizzare servizi in rete pienamente integrati. La Regione e le Aziende Sanitarie Locali assicurano che, nell'ambito dell'ecosistema di Sanità digitale della Puglia, a ciascun Distretto siano resi disponibili infrastrutture tecnologiche e sistemi di Sanità digitale, integrati e interoperabili sia con i sistemi e le piattaforme nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e quelli regionali (FSE, CUP, Edotto, etc.) nonché con le soluzioni di telemedicina.
2. I sistemi informativi del Distretto devono essere in grado di:
 - a) produrre i documenti nativi digitali necessari ad alimentare il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di ciascun assistito, anche grazie al potenziamento del FSE previsto nel PNRR;
 - b) integrarsi e interoperare con la piattaforma del Sistema TS del Ministero dell'economia e delle finanze, per garantire la corretta generazione della ricetta dematerializzata (a carico del SSN e non a carico del SSN), nonché dei Piani Terapeutici Elettronici;
 - c) produrre i dati necessari al monitoraggio a livello nazionale dell'assistenza territoriale, al fine di assicurare la produzione nativa dei dati relativi ai flussi informativi nazionali già attivi (SDO, FAR, SIAD, EMUR, HOSPICE, ecc.), nonché assicurare la necessaria evoluzione applicativa per la produzione dei flussi informativi di prossima attivazione (riabilitazione territoriale, consultori familiari, ospedali di comunità e cure primarie); la piattaforma può utilizzare le componenti software (Software Developer Toolkit - SDK) messe a disposizione dal Ministero della salute, nell'ambito NSIS, per facilitare l'interoperabilità e la standardizzazione della semantica delle applicazioni IT a livello locale;
 - d) interoperare con il repository centrale del FSE al fine di utilizzare servizi applicativi di interesse per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione degli assistiti del Distretto;
 - e) interoperare con le piattaforme di telemedicina adottate a livello regionale/nazionale.
3. I sistemi informativi del Distretto devono essere sottoposti a certificazione da parte della Regione per assicurare il rispetto di requisiti di qualità e completezza nella produzione dei dati. Per la certificazione degli standard di produzione dei dati relativi ai punti a) e b) la Regione adotta le specifiche tecniche pubblicate dal Ministero della salute.
4. Le strutture territoriali e intermedie adottano standard di qualità e documentano in merito a:
 - a) Gestione del rischio clinico:
 - applicazione di ogni misura finalizzata alla prevenzione del rischio clinico e utilizzazione di sistemi gestionali

degli eventi sentinella e delle denunce di sinistri. Ciascuna struttura adotta, altresì, in forma anonima sistemi di segnalazione dei rischi e errori e criticità organizzative;

- applicazione di liste di controllo specifiche per il contesto territoriale, in coerenza con linee di indirizzo nazionali e le raccomandazioni ministeriali;
- effettuazione di programmi di formazione specifica;

b) Protocolli, istruzioni operative e azioni di miglioramento continuo:

- definizione di protocolli e istruzioni operative validate formalmente e dedicate alle maggiori criticità o problemi assistenziali;
- misurazione delle prestazioni e degli esiti;
- audit clinici;

c) Documentazione sanitaria e consegna referti, comunicazione, informazione e partecipazione dell'assistito e dei caregiver;

d) Formazione continua e interprofessionale del personale.

5. Tutte le articolazioni organizzative che operano per la prevenzione e la promozione della salute, per la realizzazione del nuovo modello di assistenza territoriale, come definito con il presente Regolamento, nonché per l'integrazione tra prevenzione, territorio e ospedale, sono dotate e devono utilizzare soluzioni digitali idonee ad assicurare la completa digitalizzazione dei processi di attività nonché la produzione nativa dei documenti sanitari e di quelli amministrativi in formato digitale, secondo le norme, le linee guida e gli standard adottati a livello nazionale. Esse devono assicurare la condivisione dei dati relativi a ciascun soggetto con i Distretti e tra i diversi professionisti sanitari coinvolti nei programmi di prevenzione e di assistenza, al fine di consentire di realizzare la presa in carico della personale nell'ambito di servizi in rete pienamente integrati anche sotto il profilo della gestione digitale di processi e documenti.

6. Con deliberazione di Giunta regionale è definita la modalità di implementazione dei Sistemi informativi.

Art. 15

Il ruolo delle farmacie

Le farmacie convenzionate con il SSR ubicate uniformemente sull'intero territorio regionale, costituiscono presidi sanitari di prossimità e rappresentano un elemento fondamentale e integrante del Servizio Sanitario Regionale.

La rete capillare delle farmacie convenzionate con il SSR assicura quotidianamente prestazioni di servizi sanitari a presidio della salute della cittadinanza: in tale ambito vanno inquadrare la dispensazione del farmaco, per i pazienti cronici la possibilità di usufruire di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci, la farmacovigilanza, le attività riservate alle farmacie dalla normativa sulla c.d. "Farmacia dei Servizi" (D. Lgs. 153/2009) e l'assegnazione delle nuove funzioni tra le quali le vaccinazioni anti-Covid e antinfluenzali, la somministrazione di test diagnostici a tutela della salute pubblica.

Il ruolo delle farmacie si innesta integralmente con le esigenze contenute nel PNRR riguardanti l'assistenza di prossimità, l'innovazione e la digitalizzazione dell'assistenza sanitaria.

Per l'attuazione del presente articolo si rimanda alle disposizioni regionali in materia.

Art. 16

Formazione

Entro 60 giorni dalla emanazione del presente Regolamento, con deliberazione di Giunta regionale, è definito il piano formativo con la previsione del coinvolgimento di Aress, delle Università insistenti sul territorio regionale e delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale.

Art. 17
Attuazione

1. I Direttori Generali delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale devono presentare al Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, entro sessanta giorni dalla entrata in vigore del presente Regolamento, un Piano Operativo attuativo delle previsioni di cui al D.M. n. 77/2022 nonché di quanto espressamente stabilito dai provvedimenti regionali. Il Piano operativo aziendale deve prevedere, altresì, un dettagliato cronoprogramma delle azioni da realizzare, secondo uno schema uniforme predisposto dalla competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta. Il Piano Operativo di ciascuna Azienda ed Ente del Servizio Sanitario Regionale è approvato con deliberazione di Giunta regionale.

Art. 18
Monitoraggio

1. Con il presente Regolamento si intende istituire una Cabina di Regia deputata al monitoraggio dell'attuazione di quanto espressamente previsto dal D.M. n. 77/2022. La Cabina di Regia, coordinata dal Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale o suo delegato, si compone di:
 - a) Dirigenti di Sezione e di Servizio del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale;
 - b) Direttori di Area dell'Aress;
 - c) altre figure che si riterranno necessarie.
2. Con provvedimento dirigenziale del Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale sono nominati i componenti della Cabina di Regia di cui al comma precedente.
3. La Cabina di Regia si riunisce almeno bimestralmente e comunque in coerenza con le tempistiche degli adempimenti previsti dal CIS e delle scadenze ministeriali ex PNRR.
4. La Cabina di Regia effettua il monitoraggio delle azioni poste in essere dalle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale contenute nel Piano Operativo di cui al precedente art. 17.

Il presente Regolamento è pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi e per gli effetti dell'art. 53 comma 1 della L.R. 12/05/2004, n. 7 "Statuto della Regione Puglia". E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare come Regolamento della Regione Puglia.

Dato a Bari, addì 19 dicembre 2023

EMILIANO



REGIONE PUGLIA

Allegato A)

Il modello organizzativo e le tipologie di Case della Comunità

A. Definizione Macro-aree, Aree funzionali e Unità ambientali

1. Le diverse funzioni della CdC si articolano nelle seguenti n.4 macro-aree omogenee per tipologia di funzione da erogare:

1) **Macro-Area SPECIALISTICA** che ospita tutti i servizi di natura sanitaria quali servizi di diagnosi e cura con la presenza di diagnostica di base, area prelievi, servizi ambulatoriali e quelli specialistici;

2) **Macro-Area CURE PRIMARIE** che accoglie tutti gli spazi per la Medicina di Gruppo, tra cui i Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatria di Libera Scelta (PLS) e gli Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC), ecc.;

3) **Macro-Area ASSISTENZA DI PROSSIMITA'** che ospita Assistenza medica H24/12, servizi infermieristici, il Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e amministrativo, nonché uno sportello e uffici sede dei servizi socio-sanitari quali quelli sociali con la presenza di un assistente sociale, di prevenzione, di assistenza domiciliare, ecc.;

4) **Macro-Area SERVIZI GENERALI E LOGISTICI** che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali accoglienza utenti e personale sanitario, aree logistiche e locali tecnici. Questa macro-area può essere suddivisa in:

- a. servizi di accoglienza per gli utenti (area CUP, area amministrativa, ecc.);
- b. servizi di accoglienza per il personale sanitario e non (spogliatoi, aree relax, locale coordinatore, ecc.);
- c. servizi logistici (archivi, magazzini, depositi, ecc.);
- d. locali tecnici (locali tecnici, centrale tecnologica, locali UTA, ecc.).

2. Ogni Macro-area è suddivisa in **Aree funzionali**, sanitarie e non sanitarie, che, a loro volta, si suddividono in obbligatorie e facoltative secondo i seguenti criteri:

- **Obbligatorie**, se indicate come "Obbligatorie" in termini organizzativi nella Tab. 4 del DM 77 (pp. 29 e 30);

- **Facoltative**, se considerate "Fortemente Raccomandate", "Raccomandate" e "Facoltative" in termini organizzativi nella Tab. 4 del DM 77 (pp. 29 e 30).

3. In ogni CdC devono essere previste le funzioni ritenute obbligatorie dal seguente Regolamento, in attuazione del DM 77, e possono essere previste funzioni aggiuntive/facoltative secondo le indicazioni fornite dall'Azienda Sanitaria Locale.

4. Ogni Area Funzionale è composta da **unità ambientali** (singoli ambienti fisici), che possono essere:

- a. unità ambientali operative, che caratterizzano l'area funzionale e il servizio da erogare;
- b. unità ambientali per i servizi annessi e di supporto, cioè i locali che utili per lo svolgimento delle funzioni quali depositi, locali lavoro, ecc., che possono essere in comune con altre aree funzionali;
- c. unità ambientali per l'accoglienza pazienti e caregiver, cioè gli spazi destinati agli utenti e accompagnatori, che possono essere in comune con altre aree funzionali.

5. Alcuni spazi possono essere interscambiabili e adoperati per diverse attività erogate all'interno della CdC, come ad esempio l'area accoglienza, le aree di deposito, gli spogliatoi per il personale, le aree relax per il personale.

6. Nell'ipotesi di cui al capoverso precedente, a livello organizzativo e gestionale della struttura deve essere previsto un coordinamento delle attività socio-sanitarie adeguate all'uso degli spazi, nonché, da un punto di vista progettuale, gli spazi possono essere adattati per diverse esigenze.



REGIONE PUGLIA

7. Il numero dei locali operativi può variare in relazione alle attività previste all'interno della CdC, alle istanze epidemiologiche della popolazione e al modello organizzativo degli spazi. Per quanto concerne il dimensionamento minimo delle unità ambientali si rimanda ai riferimenti regionali relativi all'accreditamento delle strutture ospedaliere e/o socio-sanitarie assimilabili alle CdC.

8. In caso di CdC realizzata all'interno di poli ospedalieri o edifici sanitari già operativi (edifici interi e/o porzioni di esse) oppure di CdC Hub o Spoke integrate con OdC e/o COT, diverse aree funzionali non sanitarie afferenti alla Macro-area Servizi Generali e Logistici possono essere in comune e/o condivisione, quali per esempio l'area accoglienza, aree di deposito, spogliatoi per il personale, aree tecnologiche.

Tabella con l'elenco delle Macro-aree e Aree funzionali considerate obbligatorie e facoltative per la CdC Hub e Spoke

Unità Funzionali della CdC		Indicazioni CdC		
MACROAREA	AREE FUNZIONALI	METAPROGETTO		
		HUB	SPOKE	
SPECIALISTICA	AREA DIAGNOSTICA DI BASE			
	Servizi di diagnosi e cura	DIAGNOSTICA di BASE (retinografo, spirometro, ecografo, ecc.)	Obbligatorio	Facoltativo
	AREA PRELIEVI			
	Area prelievi e PO	AREA PRELIEVI	Obbligatorio	Facoltativo
	ATTIVITA' AMBULATORIALE SPECIALISTICA			
	Servizi ambulatoriali specialistici	AREA AMBULATORIALE SPECIALISTICA (diabetologo, cardiologo, ecc.)	Obbligatorio	Obbligatorio
CURE PRIMARIE	AREA CURE PRIMARIE			
		AMBULATORI per Medici di Medicina Generale (MMG)	Obbligatorio	Obbligatorio
		AMBULATORI per Pediatri di Libera Scelta (PLS)	Obbligatorio	Obbligatorio
		AMBULATORI per Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC)	Obbligatorio	Obbligatorio
ASSISTENZA DI PROSSIMITA'	SERVIZI INFERMIERISTICI			
		AMBULATORI INFERMIERISTICI (IFoC)	Obbligatorio	Obbligatorio
	ASSISTENZA MEDICA H24 / H12			
	Assistenza medica	ASSISTENZA MEDICA H24 / H12	Obbligatorio (H24)	Obbligatorio (H12)
	PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)			
		PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)	Obbligatorio	Obbligatorio
	INTEGRAZIONE con i SERVIZI SOCIALI			
		Spazi per ASSISTENTI SOCIALI	Obbligatorio	Obbligatorio
	ASSISTENZA DOMICILIARE			
		ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)	Obbligatorio	Obbligatorio
	UNITA' CONTINUITA' ASSISTENZIALE (UCA)	Obbligatorio	/	
SERVIZI PER LA COMUNITA'				



REGIONE PUGLIA

		SALA RIUNIONI POLIVALENTE	Obbligatorio	Obbligatorio
SERVIZI GENERALI E LOGISTICI	AREA SERVIZI GENERALI			
	<i>Servizi urbani per utenti esterni e per il personale medico sanitario</i>	ACCOGLIENZA UTENTI - URP-CUP	Obbligatorio	Obbligatorio
		AREA PERSONALE	Obbligatorio	Obbligatorio
		AREA DIREZIONALE e AMMINISTRATIVA	Obbligatorio	Obbligatorio
	AREA SERVIZI LOGISTICI			
	<i>Servizi logistici per il funzionamento della struttura socio-sanitaria</i>	ARCHIVI - MAGAZZINI - DEPOSITI	Obbligatorio	Obbligatorio
		SERVIZI INFORMATIVI e TELEMEDICINA	Obbligatorio	Obbligatorio
		ISOLA ECOLOGICA	Obbligatorio	Obbligatorio
		AREA PULIZIA	Obbligatorio	Obbligatorio
	AREE LOCALI TECNICI			
<i>CT, Centrali gas, collegamenti impiantistici, sotto-centrali,</i>	LOCALI TECNICI, CENTRALE TECNOLOGICA, LOCALI UTA, ecc.			

B. Relazioni funzionali e spaziali della CdC

1. In riferimento alle relazioni funzionali e, nello specifico, quelle spaziali, è necessario assicurare la compattezza dell'intero complesso al fine di ottimizzare i percorsi e rendere pressoché contigue aree funzionali che necessitano di un'effettiva vicinanza. La localizzazione delle macro-aree e delle aree funzionali all'interno della CdC definisce non solo il sistema dei flussi e dei differenti percorsi (pazienti, personale sanitario, merci) ma contribuisce a conferire privacy, flessibilità, ed efficacia agli spazi.
2. Occorre definire e individuare le relazioni (funzionali e spaziali) delle diverse unità funzionali presenti nella struttura attraverso due matrici che evidenziano, rispettivamente:
 - a. la relazione funzionale, ovvero il livello di relazione funzionale (alto, medio, standard, basso) tra due funzioni sanitarie o non sanitarie. Viene valutato il livello di collegamento che le due attività hanno in termini di servizio (ad esempio assistenza medica h24 con la diagnostica di base);
 - b. la relazione spaziale, cioè il livello di prossimità e vicinanza che due funzioni devono avere tra di loro all'interno della struttura.
3. In relazione ai flussi principali è preferibile la presenza di un unico ingresso utenti centrale e riconoscibile che possa indirizzare le persone verso l'accoglienza principale il sistema distributivo per le varie funzioni presenti nella struttura. A questo vanno affiancati, ove possibile, gli accessi differenziati per il personale sanitario (o per le merci) ed eventuali ulteriori accessi che possano – in caso di esigenza- supportare la gestione di flussi separati per categoria di utenti o di entrata e/o uscita (come suggerito dall'esperienza Covid-19).
4. A livello distributivo, è possibile posizionare i percorsi a livello orizzontali e/o verticale. In relazione alla tipologia edilizia si possono originare diverse configurazioni con una serie di sale di attesa in prossimità delle macro-aree e per quanto riguarda i percorsi verticali, è preferibile una loro collocazione in punti strategici e facilmente individuabili dagli utenti. È preferibile, ove possibile, in relazione alla tipologia edilizia e distributiva, garantire i percorsi pubblici e sanitari differenziati (con relativi accessi separati). In ogni caso, occorre organizzare le relazioni spaziali e l'assetto distributivo al fine di garantire le migliori performance organizzativo-gestionali.



REGIONE PUGLIA

C. CdC Hub

1. La CdC hub garantisce la presenza dei seguenti professionisti, nell'ambito di quelli disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, e l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina e tele assistenza e relative competenze professionali:

- a) Equipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio sanitarie);
 - b) Presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
 - c) Presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7;
 - d) Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
 - e) Punto prelievi;
 - f) Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione, ecc.);
 - g) Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.);
 - h) 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;
 - i) 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);
 - j) 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.
 - k) Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
 - l) Servizio di assistenza domiciliare di base;
 - m) Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato;
 - n) Integrazione con i servizi sociali
2. La tipologia Hub, sulla base delle Aree funzionali obbligatorie, può essere strutturata nelle seguenti 4 Macroaree (3 sanitarie e una non sanitaria):

a. 3 macro-aree sanitarie:

- 1) Macro-area Specialistica con le Aree Funzionali: prelievi, diagnostica di base e ambulatori specialistici
- 2) Macro-area Cure Primarie con l'omonima Area Funzionale
- 3) Macro-area Assistenza di prossimità con le Aree Funzionali: assistenza medica h24; servizi infermieristici; punto unico di accesso (PUA); integrazione con i servizi sociali; assistenza domiciliare; servizi per la comunità

b. 1 macro area non sanitaria: Servizi Generali e Logistici che comprende 3 Aree Funzionali che possono essere distribuite in diversi spazi all'interno della stessa struttura sanitaria:

- 1) Servizi Generali di Accoglienza utenti
- 2) Servizi Generali di Accoglienza personale sanitario
- 3) Area logistica e Locali tecnici.

3. È preferibile garantire due corridoi per suddividere i flussi sanitari e quelli del pubblico, e in caso di strutture a sviluppo verticale, garantire gli ascensori differenziati; e,



REGIONE PUGLIA

altresi, a partire dalla recente pandemia da Covid-19 e dalla relativa necessità di poter differenziare i flussi degli utenti (Covid /non Covid), e per esigenze di sicurezza ed efficientamento (es: compartimentazione della struttura durante la notte e/o nei giorni festivi, ecc.), degli accessi secondari di servizio:

- a. per l'Assistenza medica H24 un accesso autonomo nelle strutture ove sono garantiti i servizi medici H24/7 (accesso notturno, con una sala di attesa);
- b. collegamenti con le aree esterne per garantire - in caso di emergenza - possibili collegamenti con strutture prefabbricate e/o tensostrutture.

D. CdC Spoke

1. La CdC spoke garantisce, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche

attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

- a. Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- b. Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);
- c. Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
- d. Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- e. 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;
- f. Programmi di screening
- g. Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento;
- h. Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- i. Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.

2. La tipologia Spoke, sulla base delle Aree funzionali obbligatorie, può essere strutturata nelle seguenti 4 Macroaree (3 sanitarie ed una non sanitaria):

- a. 3 macro-aree sanitarie:
 - 1) Macro-area Specialistica con l'Area Funzionale ambulatori specialistici
 - 2) Macro-area Cure Primarie con l'omonima Area Funzionale
 - 3) Macro-area Assistenza di prossimità con le Aree Funzionali: assistenza medica h12; servizi infermieristici; punto unico di accesso (PUA); integrazione con i servizi sociali; assistenza domiciliare; servizi per la comunità.
 - b. 1 macroarea non sanitaria: Servizi Generali e Logistici che comprende 3 Aree Funzionali che possono essere distribuite in diversi spazi all'interno della stesa struttura sanitaria:
 - 1) Servizi Generali di Accoglienza utenti
 - 2) Servizi Generali di Accoglienza personale sanitario
 - 3) Area logistica e Locali tecnici.
3. È preferibile garantire due corridoi per suddividere i flussi sanitari e quelli del pubblico, e in caso di strutture a sviluppo verticale, di garantire gli ascensori differenziati

E. Il coordinamento della Casa della Comunità con i servizi territoriali

1. La CdC rappresenta un nodo centrale della rete dei servizi territoriali sotto la direzione del Distretto e proprio per questo adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni:



REGIONE PUGLIA

- a. Rete Intra-CdC, costituita dalla messa in rete dei professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno della CdC e quelle che vi sono funzionalmente collegate;
 - b. 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; costituita dalla messa in rete tra CdC hub e CdC spoke al fine di contemperare le esigenze di capillarità erogativa e di prossimità con la necessità di raggiungere una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensità specialistica e tecnologica, sia per poter rispondere in modo flessibile ai diversi contesti geografici caratterizzati da differente densità abitativa e livelli di presenza attiva degli MMG nelle strutture ambulatoriali delle CdC;
 - c. Rete Territoriale, ovvero il sistema con il quale le CdC vengono messe in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale territoriale e ospedaliera ospedali di comunità, RSA, hospice e rete delle cure palliative, RSA, Consultori familiari e attività rivolte ai minori ove già esistenti, servizi per la salute mentale, dipendenze e disabilità e altre forme di strutture intermedie e servizi;
 - d. Rete Territoriale Integrata, che pone le CdC a sistema con l'attività ospedaliera. In questo caso è fondamentale il ruolo delle piattaforme informatiche: queste permettono il cruciale compito di poter destinare pazienti delle CdC alle strutture che possono garantire prestazioni ospedaliere ambulatoriali specialistiche, specie quando si tratta di malati con cronicità ad alta complessità. La CdC è in rete con l'attività ospedaliera, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche, in particolare quella specialistica ambulatoriale o di day service svolta in questo contesto. Questo può avvenire nella doppia direzione di invio di pazienti selezionati dalla CdC, per fasi di processi assistenziali e stadi di patologia che richiedono prestazioni ospedaliere e/o ambulatoriali specialistiche. Tale forma di integrazione e coordinamento ha una maggiore valenza soprattutto in merito alla gestione comune dei malati cronici più complessi e ad alto grado di instabilità, che sono soggetti a frequenti ricoveri. In tal modo sono generati meccanismi di condivisione delle conoscenze tra i professionisti della CdC e quelli ospedalieri, a favore anche di una maggiore articolazione delle competenze professionali all'interno della CdC.
2. Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete nelle quattro direzioni è la Centrale Operativa Territoriale (COT) che opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.

F. Localizzazione della CdC e inserimento nel contesto urbano

1. È prevista una CdC hub ogni 40.000-50.000 abitanti; diversamente, il numero delle CdC spoke – in quanto presidi di supporto agli hub – possono variare in relazione alle 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 accedono anche gli specialisti ambulatoriali.
2. I servizi devono essere organizzati in relazione alle esigenze sanitarie e proporzionati secondo il bacino di utenza di riferimento. Le funzioni specialistiche che si affiancano ai servizi di assistenza primaria possono variare sia in relazione al loro livello di preesistenza nell'area di pertinenza della CdC, sia in relazione a scelte strategiche definite a priori e relative ai servizi e alle prestazioni da erogare;
3. Nella programmazione di queste strutture, all'interno di una rete di strutture sanitarie già esistenti, rivestono fondamentale importanza sia la localizzazione per la tipologia di contesto di riferimento e per il riuso di edifici esistenti e/o la realizzazione di una



REGIONE PUGLIA

nuova costruzione, sia il dimensionamento rispetto al territorio di riferimento, alla presenza e il livello dei servizi previsti;

4. Le singole CdC oppure integrate con l'OdC e/o COT possono essere insediate:

- a) All'interno di poli ospedalieri o edifici o edifici sanitari già operativi (edifici e/o porzioni della struttura);
- b) in presidi autonomi all'interno di edifici esistenti oppure con la realizzazione di una nuova costruzione.

La scelta in ordine al relativo insediamento può essere valutata in relazione alla disposizione di edifici esistenti e/o di terreni ove poter inserire tali architetture.

5. Per definire la più adeguata localizzazione di una CdC oppure di una struttura integrata con l'OdC e/o COT, sotto il profilo metodologico, occorre effettuare alcune analisi preliminari secondo due scale di lettura che vanno considerate strettamente interrelate per informare le conseguenti scelte operative:

1. a scala territoriale occorre analizzare:
 - a. la rete ospedaliera esistente e programmata;
 - b. la rete dei servizi sanitari complementari esistenti e programmati;
 - c. il bacino d'utenza attuale e potenziale;
 - d. il sistema infrastrutturale esistente e programmato;
 - e. il sistema ambientale in tutta la sua complessità;
2. a scala locale occorre considerare:
 - a. la disponibilità, la conformazione oro-geografica, le caratteristiche e le dimensioni dell'area;
 - b. la posizione ottimale rispetto ai flussi e al bacino d'utenza;
 - c. il grado di accessibilità attraverso le principali infrastrutture viarie e di trasporto pubblico;
 - d. le caratteristiche e la localizzazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali esistenti;
 - e. le caratteristiche del manufatto architettonico, se esistente.

G. Casa di Comunità con Ospedale di Comunità e/o COT

1. La CdC Hub o Spoke può essere insediata all'interno di una struttura che ospita anche un OdC e una COT. In tal caso diversi spazi associati alla Macro-Area Servizi Generali e Logistici possono essere dimensionati in maniera tale da efficientare l'uso degli spazi.

2. La localizzazione delle funzioni deve garantire in particolare modo:

- a. prossimità tra l'OdC e la macro-area specialistica della CdC (ambulatori specialistici, diagnostica di base), in caso di evenienza;
- b. prossimità tra la COT e la macro-area assistenza di prossimità della CdC ove sono localizzati i servizi infermieristici e il PUA, che potrebbero avere, sebbene in maniera marginale, possibili relazioni tra di loro.

H. Standard di personale

1. Lo standard di personale per 1 Casa di Comunità hub è il seguente:

- a) 7-11 Infermieri;
- b) 1 assistente sociale;
- c) 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).

2. Il modello organizzativo delle CdC Hub, al fine di assicurare i servizi previsti, prevede che ci siano 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC) così organizzati, come indicato dal DM 77:

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



REGIONE PUGLIA

3. Nelle CdC hub e spoke è garantita l'assistenza medica H12 - 6 giorni su 7 attraverso la presenza dei MMG afferenti alle AFT del Distretto di riferimento. Tale attività ambulatoriale è aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti e deve essere svolta presso la CdC hub e spoke.

I. Dimensionamento parametrico della CdC

1. Il dimensionamento della CdC deriva dalla tipologia di attività sanitarie e non, da insediare e dalla loro organizzazione spaziale. Esso varia a seconda delle risultanze delle indagini preliminari alla progettazione a scala territoriale e locale (vedi art.5);
2. Secondo le indicazioni organizzative di cui al DM 77, e in relazione alla programmazione delle CdC, è preferibile che il dimensionamento minimo delle CdC secondo i livelli di complessità si attesti intorno a:

Dimensionamento	CdC Hub	CdC Spoke
Superficie Lorda di Pavimento indicativa	800/900 mq circa	500/600 mq circa

3. In considerazione delle caratteristiche delle strutture esistenti, possono essere ricomprese come CdC Hub strutture con superfici maggiori di 500 mq e come CdC Spoke strutture con superfici minori di 500 mq.

4. In relazione alla tipologia di intervento (nuova realizzazione e/o riuso dell'esistente), alla tipologia edilizia del manufatto architettonico (edificio a sviluppo verticale o orizzontale) e la tipologia distributiva (corpo doppio, triplo o quintuplo) la superficie può risultare superiore;

5. Una CdC Spoke può avere un dimensionamento maggiore rispetto a quello indicato;

6. Un edificio con una superficie pari o superiore a 800/900 mq non deve essere considerato necessariamente una CdC Hub;

7. I dimensionamenti sopra riportati si riferiscono alla superficie minima complessiva che la struttura deve garantire per ospitare le macro-aree sanitarie, e socio-sanitarie a valenza sanitaria. Nel caso di inserimento della CdC all'interno di una struttura ospedaliera e/o sanitaria, alcuni servizi generali, logistici e locali tecnici possono essere in condivisione con il polo sanitario preesistente;

8. A partire dai dimensionamenti minimi previsti nella programmazione a livello nazionale e, in considerazione delle superfici ideali stimate, sono definiti nella seguente tabella- in maniera indicativa - il numero minimo di locali operativi (ambulatori, studi medici, sale di trattamento, ecc.).

	CdC Hub	CdC Spoke
Stima del numero indicativo di locali operativi minimi previsti	24 LOCALI OPERATIVI	14 LOCALI OPERATIVI

9. In relazione al numero di locali riportati nel comma precedente, si precisa che:



REGIONE PUGLIA

a) per locale operativo si intende un locale adoperato per le visite mediche, sale di trattamento e/o studio medico/ufficio per gli assistenti sociali, e quindi dove viene erogato un servizio all'utenza, quali:

- 1) Sala esami e diagnostica di base;
- 2) Ambulatorio prelievi;
- 3) Ambulatori di visita di base e infermieristici;
- 4) Studi medici / Ambulatori per le visite degli MMG, PLS e IFoC, ecc.;
- 5) Ambulatorio di visita specialistica;
- 6) Ufficio per lo Psicologo e/o Assistente sociale;
- 7) Locali operativi per ADI e UCA;
- 8) Punto Unico di Accesso (PUA).

b) Non sono locali operativi i locali lavoro medici e infermieri, i depositi, gli uffici dei medici e del coordinatore infermieristico, poiché considerati come locali annessi e di supporto alle attività da svolgersi;

c) Il numero di locali operativi è calcolato a partire dallo staff sanitario e non previsto dal DM 77 attraverso un metodo parametrico che tiene in considerazione i dimensionamenti minimi di accreditamento indicati dal DPR 14/01/1997 dei locali operativi e di tutti quei locali relativi:

- 1) al pubblico un'area comune di attesa per utenti (pazienti diurni e caregiver) e i servizi igienici per il pubblico suddivisi per genere;
 - 2) ai servizi annessi e di supporto per lo svolgimento dell'attività sanitaria e non;
 - 3) alla distribuzione dei percorsi.
10. I dimensionamenti, che corrispondono ai valori minimi individuati, possono variare in relazione a una serie di fattori dovuti alla tipologia edilizia (monoblocco, a corte, torre, ecc.) e distributiva (corpo doppio, triplo o quintuplo).



REGIONE PUGLIA

Allegato B)

Il modello organizzativo della COT

A. Localizzazione delle COT e contiguità con altre strutture sanitarie

1. La COT è una nuova tipologia di Centrale che si aggiunge all'interno dell'insieme di Centrali Operative già tradizionalmente attive, quali le Centrali 118 e le CO NUE 112, e a quelle in stato di attuazione come le Centrali Operative NEA 116117.
2. Ogni tipologia di centrale operativa deve essere collocata in una zona a basso rischio idrogeologico e non alluvionale, posizionata al di fuori delle zone/raggi di sicurezza definiti dai Piani di Emergenza Esterni delle Industrie a Rischio d'Incidente Rilevante (rif. Direttiva Seveso III).
3. La COT può essere posizionata sia in presidi autonomi a proprio utilizzo esclusivo (di nuova realizzazione o edifici esistenti) sia all'interno una struttura sanitaria già operativa (edifici e/o porzioni della struttura), come i nuovi presidi della sanità territoriale (CdC e OdC), RSA, ospedali generali e/o strutture similari.
4. A prescindere dal collocamento delle COT, deve essere garantito un facile accesso alla struttura, nella quale deve essere prevista un'area di parcheggio a utilizzo esclusivo del personale operante in centrale, sia in condizioni ordinarie sia di emergenza.
5. È preferibile, ove possibile, localizzare le COT in prossimità degli altri servizi territoriali previsti dal DM 77, con particolare riferimento alle CdC e agli OdC. Per la tipologia di edificio dove collocare la COT occorre effettuare una preventiva valutazione di compatibilità nel riutilizzo di edifici esistenti, con l'intento di ridurre l'impatto sull'ambiente e valorizzare il patrimonio costruito esistente.

B. Definizione Macro-aree, aree funzionali e unità ambientali

1. Le diverse funzioni possono essere classificate in macro-aree, valide sia per COT collocate in un presidio autonomo sia per quelle posizionate in una struttura sanitaria esistente. A ciascuna macro-area corrispondono diverse aree funzionali. Ogni Area Funzionale è caratterizzata da diverse Unità Ambientali classificabili in spazi per:
 - a. le unità ambientali operative, che caratterizzano l'area funzionale;
 - b. i servizi annessi e di supporto, che possono essere in comune con altre aree funzionali.
2. Per le COT collocate dentro presidi esistenti è possibile prevedere aree funzionali che possono essere utilizzate congiuntamente sia dal personale della Centrale Operativa che dal personale della struttura sanitaria.
3. Per il dimensionamento minimo delle unità ambientali si rimanda ai riferimenti regionali relativi alle strutture assimilabili alle COT.
4. Le funzioni operative possono essere classificate secondo 2 macro-aree:
 - 1) macro-area CENTRALE OPERATIVA che ospita l'area che comprende la sala operativa e i relativi uffici direzionali e amministrativi;
 - 2) macro-area SERVIZI GENERALI E LOGISTICI che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali accoglienza utenti e personale sanitario, aree logistiche e locali tecnici. Questa macro-area è suddivisa in:
 - a) servizi di accoglienza per il personale sanitario e non (spogliatoi, aree relax, ecc.);
 - b) servizi logistici (magazzini, depositi, ecc.);
 - c) locali tecnici (locali tecnici, centrale tecnologica, locali UTA, ecc.).
5. Le predette aree sono valide sia per le COT collocate in un presidio autonomo sia in strutture sanitarie già operative, con le quali possono avere in condivisione i locali facenti parte dell'Area dei Servizi Generali e Logistici.
6. Per le COT inserite all'interno di presidi esistenti, l'area funzionale della macro-area centrale operativa è obbligatoria ed esclusiva, se destinata unicamente agli operatori della



REGIONE PUGLIA

COT, ma può anche essere in condivisione, se il loro utilizzo è rivolto congiuntamente anche al personale della struttura sanitaria ospitante;

7. Nell'area funzionale della macro-area centrale operativa sono previsti: la sala operativa, organizzata in open space o in uffici e l'ufficio direzionale e amministrativo;

8. All'interno della macro-area Centrale Operativa devono essere previsti nello specifico una serie di servizi annessi e di supporto comuni, quali:

a. Locale per attrezzature tecnologiche e informatiche;

b. Archivio e deposito/magazzino;

c. Servizi igienici per il personale suddivisi per genere.

9. È preferibile ove possibile e, in particolar modo per le COT previste in presidi autonomi di nuova realizzazione, collocare la sala operativa in ambienti open space.

10. Se la COT è collocata in un presidio autonomo, è richiesto un unico ingresso; diversamente, se la COT è allocata all'interno di una struttura sanitaria con più servizi sanitari, è preferibile garantire gli accessi in condivisione con la struttura ospitante.

11. La macro-area servizi generali e logistici ospita tutte le aree funzionali di supporto alle attività operative della COT:

a. SERVIZI GENERALI in cui rientrano tutti i servizi di accoglienza sia per il personale;

b. AREA LOGISTICA in cui si considerano i depositi archivio, ecc.;

c. LOCALI TECNICI in cui rientrano la centrale tecnologica, locali UTA, ecc.

12. In relazione alle indicazioni definite dal DM 77 e all'adeguata erogazione dell'attività, i servizi generali e logistici sono obbligatori.

13. In caso di COT insediata all'interno di una struttura che ospita anche una CdC e/o OdC diversi spazi associati alla Macro-Area Servizi Generali e Logistici possono essere dimensionati in maniera tale da efficientare l'uso degli spazi.

14. In caso di COT realizzata all'interno di edifici esistenti e già operativi (edifici interi e/o porzioni di esse), diverse aree funzionali non sanitarie -associate alla macro-area Servizi Generali e Logistici- possono essere in comune e/o condivisione, quali per esempio: aree di deposito, spogliatoi per il personale, aree tecnologiche, ecc., come indicato nella tabella seguente.

Tabella con l'elenco delle Macro-aree e Aree funzionali considerate obbligatorie e facoltative per la COT

Unità Funzionali della COT		Indicazioni COT	
MACROAREA	AREE FUNZIONALI	METAPROGETTO	
CENTRALE OPERATIVA	CENTRALE OPERATIVA		
	Centrale operativa con postazioni lavoro	AREA OPERATIVA (sala operativa, locali per attrezzature tecnologiche, uffici direzionali e amministrativi, ecc.).	Obbligatorio
SERVIZI GENERALI E LOGISTICI	AREA SERVIZI GENERALI		
	Servizi di accoglienza per gli utenti e il personale	ACCOGLIENZA PERSONALE	Obbligatorio ma può essere in condivisione
	AREA SERVIZI LOGISTICI		
	Servizi logistici per il funzionamento della struttura	ARCHIVI - MAGAZZINI - DEPOSITI	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		AREA PULIZIA	Obbligatorio ma può essere in condivisione
	AREE LOCALI TECNICI		



REGIONE PUGLIA

CT, Centrali gas, collegamenti impiantistici, sotto-centrali, ecc.	LOCALI TECNICI, CENTRALE TECNOLOGICA, LOCALI UTA, ecc.	Obbligatorio ma può essere in condivisione
--	--	---

C. Relazioni funzionali e spaziali della COT

- In riferimento alle relazioni funzionali e, nello specifico, quelle spaziali, è necessario assicurare la compattezza dell'intero complesso al fine di ottimizzare i percorsi e rendere pressoché contigue aree funzionali che necessitano di un'effettiva vicinanza.
- In relazione ai flussi è preferibile prevedere un unico ingresso.
- Occorre definire e individuare le relazioni (funzionali e spaziali) delle diverse aree funzionali, attraverso due matrici che hanno la funzione di evidenziare rispettivamente la relazione funzionale, cioè se due funzioni sanitarie o non sanitarie sono in relazione tra di loro e, quindi, se devono essere collegate, e la relazione spaziale, cioè il livello di prossimità e vicinanza che due funzioni devono avere tra di loro.

D. Dimensionamento parametrico della COT

- Il dimensionamento della COT può variare rispetto alla tipologia di presidi sanitari in cui viene collocata e dalla relativa organizzazione. Esso varia a seconda delle risultanze delle indagini preliminari alla progettazione a scala territoriale e locale.
- Il dimensionamento minimo di una COT può attestarsi indicativamente come indicato nella tabella seguente.

Dimensionamento	COT
Superficie Lorda di Pavimento	100 mq circa

- In relazione alla tipologia di intervento (nuova realizzazione e/o riuso dell'esistente), alla tipologia edilizia del manufatto architettonico (edificio a sviluppo verticale o orizzontale) e alla tipologia distributiva (corpo doppio, triplo o quintuplo) la superficie può risultare superiore;
- Nel caso di inserimento della COT all'interno di una struttura ospedaliera e/o sanitaria, alcuni servizi generali, logistici e locali tecnici possono essere in condivisione con il polo sanitario preesistente.
- A partire dai dimensionamenti minimi di accreditamento indicati dal DPR 14/01/1997, sono definiti nella tabella seguente – in maniera indicativa - il numero minimo di locali operativi (uffici e locali postazioni). I dimensionamenti indicati, che corrispondono ai valori minimi individuati, possono variare in relazione alla tipologia edilizia e layout distributivo in cui si va ad insediare la COT.

	COT
Stima del numero di locali operativi minimi	3/5 UFFICI/LOCALI POSTAZIONI



REGIONE PUGLIA

E. Caratteristiche strutturali e tecnologiche delle COT

- 1) È preferibile negli interventi di nuova realizzazione introdurre una maglia strutturale regolare, possibilmente quadrata, che possa permettere una serie di configurazioni dei layout per configurazioni future e futuribili.
- 2) L'impianto complessivo della struttura sanitaria e le soluzioni tecnico-costruttive devono garantire diversi gradi di flessibilità di scala differente: per l'intero complesso, per aree funzionali, per singolo ambiente. Nello specifico:
 - a. il primo livello di flessibilità è quello dell'impianto complessivo, che deve consentire che siano già individuate le possibili aree di ampliamento e che queste siano coerenti con l'impianto originario, anche con strutture temporanee e tensostrutture;
 - b. il secondo livello di flessibilità che deve essere assicurato investe la effettiva trasformabilità delle aree funzionali;
 - c. il terzo livello di flessibilità, altrettanto importante, è la trasformabilità delle singole aree funzionali, ovvero la possibilità di modificare agevolmente le unità ambientali di base e questo implica l'uso di materiali e soluzioni tecnologiche appropriate, con tecnologia a secco, su una maglia ordinatrice e con uno spazio tecnico di servizio distribuito in maniera uniforme.
- 3) Per la realizzazione di una nuova struttura sanitaria è necessario adoperare le tecnologie più consone alla funzione da erogare, in relazione al ciclo di vita della struttura e alle sue possibili configurazioni future e futuribili. Le scelte costruttive devono poter garantire caratteristiche di flessibilità:
 - a) In relazione alla tipologia di intervento (nuova costruzione e riuso), l'edificio deve essere realizzato con una struttura e sistemi di compartimentazione con caratteristiche REI secondo i riferimenti di legge relativi alle strutture sanitarie e i materiali utilizzati per le finiture devono avere un'adeguata resistenza al fuoco. L'edificio deve essere progettato in modo tale da circoscrivere e limitare la propagazione di un eventuale incendio, suddividendo la struttura in compartimenti, distinguendo aree con diverse caratteristiche in funzione delle attività svolte;
 - b) In aggiunta, sempre in relazione alle disposizioni di legge, l'edificio deve garantire il minimo disagio in caso di sisma e/o emergenza ambientale.
- 4) Deve essere garantita la presenza di luce naturale in tutti i locali operativi, attraverso la presenza di viste verso l'esterno, corti verdi, ecc. In ogni caso, a supporto delle attività da svolgersi, è preferibile garantire la variabilità in termini di intensità della quantità di luce artificiale.
- 5) Devono essere previsti sistemi di ventilazione meccanizzati; per quanto concerne l'aerazione naturale, il ricambio dell'aria deve essere garantito in parte dalle finestrate che devono essere previste sull'involucro esterno.
- 6) Gli infissi possono avere un grado di permeabilità all'aria più o meno alto in modo tale da favorire l'ingresso di aria esterna dai giunti, o da altri elementi che compongono l'infisso oppure serramenti particolari con meccanismi meccanici di apertura di fessure che permettano l'ingresso dell'aria.
- 7) Con riferimento a tutte le componenti edilizie e impiantistiche occorre assicurare, non solo la totale idoneità e affidabilità per il relativo funzionamento, ma anche il mantenimento del valore e della funzionalità nel tempo.
- 8) È opportuno privilegiare soluzioni che permettano una regolare gestione e manutenzione degli impianti, nonché un'adeguata igienizzazione e sanificazione per la sicurezza di lavoratori e utenti. In generale, particolare attenzione deve essere rivolta a:
 - a. ispezionabilità degli impianti;
 - b. facilità di eventuali verifiche dei parametri prestazionali;
 - c. facilità di pulizia e sanificazione delle canalizzazioni.



REGIONE PUGLIA

9) In relazione alla tipologia di intervento –nuova costruzione, riuso di un edificio in disuso oppure intervento all'interno di una struttura sanitaria- le soluzioni tecnologiche e impiantistiche possono fortemente variare e quindi devono essere valutate caso per caso. In generale, è preferibile introdurre e/o aggiornare il sistema impiantistico. È necessario, lavorare sull'efficientamento energetico non solo con riguardo ai grandi sistemi di generazione di energia, ma anche ai piccoli dettagli di funzionamento, ad esempio, le riduzioni delle quantità d'aria e d'acqua in circolo, in relazione all'operatività discontinua e prevedibile delle strutture, mediante l'utilizzo estensivo di sistemi impiantistici a portata variabile, o anche l'installazione di recuperatori di calore, indispensabile ausilio al risparmio di energia negli impianti a tutt'aria esterna.

10) Per garantire flessibilità e adattabilità degli spazi e impianti, nella progettazione e realizzazione devono essere adottate soluzioni che consentano un facile cambiamento di utilizzo, mediante definizione a priori della possibilità di espansione interna o esterna, nella logica di adattare la struttura in modo ottimale alle funzioni.

11) È preferibile introdurre un sistema di edificio intelligente che consenta il controllo, preferenzialmente automatico o rimandato ad operatori, della situazione di attività dei diversi settori dei diversi impianti e consenta, con il fermo o la riduzione di attività degli impianti o delle attrezzature in periodi di non uso o di uso limitato, consistenti risparmi.

12) Per tutti i requisiti tecnici, si rinvia ai riferimenti di legge presenti in materia a livello nazionale e regionale.

F. Dimensione organizzativa

1. La COT svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.

2. Per svolgere la propria funzione la COT deve operare in rete con gli altri servizi territoriali, tra cui anche il Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117 (NEA) e il Punto Unico di Accesso (PUA). Tali collegamenti devono consentire la presa in carico globale dei bisogni sanitari, sociosanitari e socioassistenziali delle persone con cronicità complesse e/o fragili insistenti sul territorio di afferenza del distretto della COT.

3. La COT assolve al proprio ruolo di raccordo tra i vari servizi/professionisti attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

a) coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);

b) coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;

c) tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;

d) supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFoC, ecc.), riguardo alle attività e ai servizi distrettuali;

e) raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno”.

4. La COT, per garantire le funzioni di cui al comma precedente, oltre a interfacciarsi con il PUA e il NEA 116117, deve stabilire modalità formalizzate di comunicazione e i relativi



REGIONE PUGLIA

strumenti tecnologici a supporto con i professionisti della salute che operano nelle Case della Comunità (CdC), nelle Unità di Continuità Assistenziale (UCA), nelle Cure Domiciliari Integrate (ADI), nelle residenze/centri diurni, nelle strutture ospedaliere, nelle altre strutture territoriali (es. SERD, Alcologia) e con gli MMG/PLS, oltre che con i servizi sociali dei Comuni.

5. Per assicurare il supporto informativo, organizzativo e logistico delle transizioni dei pazienti da un setting di assistenza all'altro, la COT deve farsi carico delle necessità espresse dal professionista del setting di provenienza responsabile del caso, contattando e attivando il servizio/i necessario/i alla definizione del setting di destinazione, dando supporto ai processi necessari (tra cui anche il processo di valutazione del setting) e tracciando, monitorando e registrando la transizione e il suo esito. In questo caso, la COT coordina le transizioni che coinvolgono i diversi setting per i casi gestiti nel proprio ambito territoriale.

6. La COT garantisce il coordinamento e l'ottimizzazione degli interventi, attraverso l'attivazione di tutte le risorse sociosanitarie presenti sul territorio di riferimento, anche mediante l'utilizzo dei sistemi di Telemedicina. Nello specifico, la COT assicura il collegamento di professionisti che operano in setting e servizi differenti, favorendo la tempestività e l'appropriatezza delle prestazioni erogate al cittadino. Nel supportare i processi, provvede a tracciarli, verificando al contempo, la corretta e completa alimentazione dei flussi informativi necessari.

7. Per svolgere le proprie funzioni basilari la COT deve godere di un patrimonio informativo pertinente e non eccedente rispetto alle finalità attribuite alla stessa dalla norma.

8. La COT deve raccordare le informazioni tra i professionisti che operano nei diversi servizi, supportandoli nell'accesso e nell'inserimento di tutte le informazioni utili a soddisfare lo specifico bisogno.

G. Il ruolo della COT nella transizione Ospedale – Territorio

1. La struttura ospedaliera esprime il bisogno di continuità delle cure per un paziente ricoverato per il quale, alla dimissione, si prevede la necessità di supporto sanitario/sociale anche attraverso l'utilizzo di strumenti e/o scale validate. La struttura ospedaliera individua gli elementi e il grado di complessità del caso in modo che, in raccordo con gli altri setting (ADI, servizio sociale, ecc.), la COT collabori con la stessa contribuendo a identificare la struttura/il servizio più appropriato rispetto al setting di cura verso il quale si vuole indirizzare il paziente. La COT coordina, traccia, monitora e interviene proattivamente per garantire il buon esito della transizione.

2. I Fase – Identificazione del bisogno e avvio del processo: Al momento del ricovero, la struttura ospedaliera trasmette una notifica di avvenuto ricovero alla COT la quale a sua volta deve verificare la presenza di altri servizi aperti su quel paziente (es. centro diurno, pasti a domicilio, ecc.) e deve informare del ricovero tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico della persona (es. MMG/PLS, Équipe di Cure Domiciliari, servizio sociale comunale, ecc.). Durante il ricovero la struttura ospedaliera esprime il bisogno di continuità delle cure alla COT per il paziente ricoverato, per il quale si prevede alla dimissione la necessità di supporto per la prosecuzione della presa in carico, configurandosi pertanto una "dimissione protetta". La COT visualizza la nuova richiesta attraverso il sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni, prendendola in carico. Alla COT vengono messe a disposizione tutte le sole informazioni necessarie a garantire la continuità delle cure e attivare il percorso assistenziale più idoneo a rispondere alle necessità manifestate, monitorando il coinvolgimento di tutti gli attori necessari.

3. Attori e Azioni: 1) La Struttura Ospedaliera:

- a) notifica alla COT l'avvenuto ricovero;
- b) rileva il bisogno di continuità della presa in carico alla dimissione;



REGIONE PUGLIA

- c) stratifica il bisogno utilizzando schede valutative a valenza predittiva dotate di score;
- d) comunica tempestivamente (il prima possibile e auspicabilmente entro 48 ore dalla ammissione) alla COT la necessità di supporto post dimissione, prefigurando una “dimissione protetta”.
- 2) La COT:
- a) comunica a tutti i soggetti interessati l’avvenuto ricovero (es. MMG/PLS, altri servizi che hanno già in carico il paziente - eventuale Centrale Operativa ADI, ecc.) in modo da informare e consentire il rilascio temporaneo delle eventuali risorse allocate;
- b) raccoglie il bisogno espresso dalla struttura richiedente;
- c) visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni sul caso comunicandole, laddove necessario, all’UVM;
- d) monitora tutte le fasi del processo.
4. Supporti tecnici e informativi necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione (dimissione protetta) è necessario disporre di:
- a) sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) corredata delle informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia, dei dati sulla complessità del caso e dei bisogni;
- b) possibilità di verificare per il caso specifico servizi attivi/già attivati (sanitari, sociosanitari, sociali) sul paziente;
- c) mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, disponibilità posti letto, referenti, ecc.);
5. Il Fase - Identificazione del setting di destinazione e coordinamento della transizione: a seguito della valutazione e della formulazione da parte dell’UVM, laddove necessaria, di una proposta di setting di destinazione e delle conseguenti informazioni necessarie ed essenziali desumibili dal PAI (comprensivo di obiettivi, tempistiche, modalità definite), la COT attiva il servizio o la struttura appartenente al setting assistenziale individuato (es. ADI, OdC, struttura riabilitativa, Hospice, RSA, ecc.). La COT, quindi, raccordandosi direttamente con la struttura ospedaliera, pianifica e organizza il momento della dimissione e la transizione verso il nuovo setting territoriale individuato, sulla base delle condizioni del paziente.
6. Attori e Azioni: 1) La COT:
- a) Supporta l’individuazione della struttura/servizio di destinazione specifica;
- b) attiva/prenota la struttura/servizio territoriale individuato e i relativi professionisti/servizi coinvolti (es. assistente sociale del comune, servizi di Telemedicina, ecc.);
- c) coordina tutte le risorse necessarie al trasferimento;
- d) registra le informazioni relative al trasferimento.
- 2) La Struttura Ospedaliera: mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia accompagnando alla dimissione.
7. Supporti tecnici e informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione (dimissione protetta) è necessario disporre di:
- a) cruscotto dei pazienti in dimissione (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) con lo stato di avanzamento (es. esito UVM, programmazione primo accesso al domicilio, ecc.) comprensiva di funzionalità di notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi);
- b) sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti al domicilio, ecc.);



REGIONE PUGLIA

c) mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, disponibilità posti letto, referenti, ecc.) e con la possibilità di "riservare" la risorsa;

8. III Fase - Attuazione della transizione: La COT organizza il momento della dimissione dall'ospedale al setting territoriale di destinazione attivando e organizzando i servizi necessari.

9. Attori e azioni: la COT:

1. verifica la sussistenza degli aspetti organizzativi e logistici pianificati;
2. attiva gli attori necessari per la corretta presa in carico del paziente;
3. verifica l'avvenuta dimissione e l'avvenuta presa in carico da parte del servizio/strutture territoriale preposto;
4. supporta l'organizzazione del primo accesso da parte dei professionisti della salute;
5. monitora il completamento della transizione e supporta la risoluzione di eventuali problematiche;
6. notifica a tutti gli attori coinvolti l'esito della transizione e ne garantisce l'adeguato aggiornamento.

10. Supporti tecnici e informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione (dimissione protetta) è necessario disporre di:

- a) cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche per la valutazione della rispondenza alle fasi e tempi previsti e con funzionalità di notifica degli scostamenti eventuali;
- b) sistema informatico dove registrare i dati necessari per gestire la programmazione delle transizioni "intermedie" previste in modo da consentire alla COT di disporre di un monitoraggio anche della programmazione delle attività oltre che delle transizioni "in itinere".

H. Il ruolo della COT nella transizione Territorio – Ospedale

1. Il Territorio (rappresentato dai suoi diversi setting) esprime il bisogno di un ricovero ospedaliero (ammissione protetta) non a carattere di urgenza, ma programmabile.

2. I Fase – Identificazione del bisogno e avvio del processo: il MMG/PLS o il medico palliativista/medico del distretto o chi ha in gestione il caso, previo raccordo con MMG/PLS qualora la richiesta non provenga dallo stesso, concorda la necessità di un accesso ospedaliero programmabile. A fronte della necessità viene emessa una prescrizione/richiesta di attivazione della procedura con le relative informazioni sui bisogni e condizioni del paziente (es. necessità ossigeno o specifici presidi, presenza di accompagnatore, possibilità di trasporto da sdraiato/seduto, ecc.).

3. La COT visualizza la nuova richiesta attraverso il sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni, prendendola in carico.

4. Attori e azioni: 1) MMG/PLS o il medico palliativista/medico del distretto o chi ha in gestione il caso:

- a) ravvisa il bisogno di un intervento che prevede un accesso ospedaliero programmabile e predispone la prescrizione/richiesta;
- b) invia alla COT la prescrizione/richiesta.

2) La COT:

- a) prende in carico la prestazione/richiesta
- b) Integra informazioni sul caso

5. Supporti tecnici ed informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione è necessario disporre di:

- a) Sistema di ricezione delle notifiche;



REGIONE PUGLIA

- b) Possibilità di recuperare informazioni sulla presenza di esigenze clinico assistenziali specifiche (es. trasportabilità, utilizzo di particolari presidi, presenza di un accompagnatore);
- c) Possibilità di recuperare informazioni sulla prestazione richiesta per cui è necessario un accesso in ospedale (es. sostituzione di catetere venoso centrale, PEG, programmazione di visite specialistiche o esami diagnostici);
6. Il Fase - Identificazione del setting di destinazione e coordinamento della transizione: la COT, accedendo alle liste di attesa e alle agende di prenotazione, propone al richiedente la struttura ospedaliera più idonea con le relative disponibilità di appuntamento. Il servizio territoriale richiedente conferma la proposta sulla base della situazione clinica e organizzativa del paziente, lo informa e insieme alla COT organizza il trasporto. La COT fissa l'appuntamento concordato all'interno dell'agenda ospedaliera prescelta.
7. Attori e azioni: 1) La COT:
- a) Accede in forma anonima alle liste di attesa, alle agende di prenotazione delle strutture ospedaliere idonee al caso per la prestazione richiesta per verificare la disponibilità e in forma nominativa relativamente ai soli pazienti di cui gestisce la transizione;
- b) propone al richiedente la struttura disponibile individuata;
- c) fissa l'appuntamento, supportando la valutazione e gestione delle priorità di risposta da dare
- d) facilita, salvo diverse organizzazioni territoriali, la transizione (es. organizzazione dell'appuntamento e accesso) del paziente dal territorio alla struttura ospedaliera individuata.
- 2) La Struttura/servizio territoriale richiedente:
- a) conferma alla COT la proposta di appuntamento;
- b) mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia.
8. Supporti tecnici ed informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione è necessario disporre di:
- a) cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni;
- b) possibilità di accedere alle agende di prenotazione delle strutture ospedaliere con l'indicazione delle disponibilità per la fase di prenotazione e con la possibilità di riservare la risorsa individuata;
- c) sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti a domicilio, ecc.).
9. III Fase - Attuazione della transizione: La COT traccia e registra il buon esito della transizione del paziente verso la Struttura Ospedaliera individuata. Il documento emesso dall'ospedale al termine della prestazione (es. foglio di ricovero, lettera di dimissione, referto, ecc.) genera una notifica alla COT la quale a sua volta informerà del buon esito della prestazione tutti i professionisti coinvolti. Nel caso in cui la prestazione non sia stata erogata, l'ospedale informa la COT che in accordo con la Struttura/servizio territoriale richiedente, che ha in gestione il caso, riprogramma un nuovo appuntamento.
10. Attori e azioni: 1) La COT:
- a) monitora il completamento della transizione e supporta la risoluzione di eventuali problematiche;
- b) notifica a tutti gli attori coinvolti l'esito della transizione e ne garantisce l'adeguato aggiornamento, riprogrammando un nuovo appuntamento nel caso in cui la prestazione non venga erogata.
- 2) Struttura Ospedaliera:
- a) effettua la prestazione;



REGIONE PUGLIA

- b) a seguito della prestazione emette la documentazione clinica dandone notifica alla COT;
- c) eventualmente notifica la non avvenuta prestazione alla COT nel caso di impedimenti.
- 3) La Struttura/servizio territoriale richiedente:
- a) gestisce il paziente nella fase di transizione (es. informazione, coinvolgimento accompagnatori, ecc.);
- b) riprende in carico il paziente al termine della transizione in ospedale;
- c) in accordo con la COT riprogramma un nuovo appuntamento, nel caso in cui la prestazione non venga erogata.
11. Supporti tecnici ed informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione è necessario disporre di:
- a) cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche per la valutazione della rispondenza alle fasi e tempi previsti e con funzionalità di notifica degli scostamenti eventuali;
- b) sistema integrato con i principali applicativi di gestione ospedaliera per acquisire accettazione del paziente (prestazioni ospedaliere);
- c) sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti a domicilio, ecc.).

I. Il ruolo della COT nella transizione Territorio – Territorio

1. Il Servizio sociale/sociosanitario/MMG che ha in carico il soggetto sul territorio esprime il bisogno di modificare/integrare il setting assistenziale della persona.
2. Nel caso in cui si palesa la necessità di assecondare un bisogno sanitario di nuova manifestazione per un paziente che risiede in una struttura a valenza sociale (Comunità Alloggio, ecc.) oppure in una struttura sociosanitaria (RSA, Residenzialità per disabili, ecc.) o al proprio domicilio, la presa in carico di questa necessità esiterà in una transizione verso:
- a) un'integrazione di presa in carico con servizi aggiuntivi (transizione tra servizi);
- b) una transizione verso struttura sanitaria o altra sociosanitaria territoriale (transizione tra setting).
3. I Fase – Identificazione del bisogno e avvio del processo: il MMG/PLS o chi ha in gestione il caso, previo raccordo con MMG/PLS qualora la richiesta non provenga dallo stesso (es. referente di struttura, ecc.), individua un bisogno di natura clinico- assistenziale pianificabile non a carattere emergenziale, e invia una segnalazione alla COT. La segnalazione deve contenere la descrizione del bisogno, l'ipotesi di intervento necessario, le principali informazioni sul caso (es. diagnosi, descrizione della disabilità, grado di autonomia, ecc.). La COT visualizza la nuova richiesta attraverso il sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni), prendendola in carico.
4. Attori e azioni: 1) MMG/PLS o chi ha in gestione il caso (es. referente di struttura, ecc.), previo raccordo con MMG/PLS:
- a) individua un bisogno di natura clinico-assistenziale pianificabile che prevede una nuova/ulteriore presa in carico sanitaria;
- b) produce una scheda di valutazione del bisogno del paziente con le principali informazioni;
- c) notifica la prescrizione/richiesta alla COT nel cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni;
- d) informa il paziente/caregiver della avvenuta richiesta.
- 2) La COT:
- a) prende in carico la richiesta;



REGIONE PUGLIA

- b) si attiva, se necessario, in accordo con il Distretto, per far effettuare l'UVM e per la conseguente definizione del PAI;
- c) integra le informazioni e funge da facilitatore tra tutti i professionisti coinvolti;
- d) visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni sul caso comunicandole alla UVM.
5. Supporti tecnici ed informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione è necessario disporre di:
- a) sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) corredata delle informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia, dei dati sulla complessità del caso e dei bisogni;
- b) possibilità di verificare per il caso specifico servizi attivi/già attivati (sanitari, sociosanitari, sociali) sul paziente;
- c) mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, disponibilità posti letto, referenti, ecc.);
6. Il Fase - Identificazione del setting e Coordinamento della transizione: La COT, sulla base degli esiti della valutazione/ri valutazione/richiesta, verifica la disponibilità da parte dei servizi o delle strutture corrispondenti al setting assistenziale individuato, appropriate in termini di prossimità e di bisogni clinico-assistenziali ravveduti, attraverso la mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, posti letto, referenti, liste di attesa, ecc.). Una volta individuata la struttura o il servizio più idoneo, la COT provvede a contattarla e a pianificare la presa in carico, e quindi la transizione. Successivamente, notifica l'avvenuta pianificazione della transizione al soggetto richiedente e a tutti gli altri attori coinvolti nel processo (MMG/PLS ecc.).
7. Attori e Azioni:
1. La COT:
- a) raccoglie e trasmette le informazioni utili a gestire la transizione (es. bisogni specifici, personalizzazione della presa in carico, ecc.);
- b) supporta l'individuazione del servizio/struttura di destinazione;
- c) effettua un'analisi sul territorio per verificare la disponibilità dei servizi o strutture corrispondenti al setting assistenziale individuato;
- d) attiva/prenota la struttura o il servizio territoriale individuato e i relativi professionisti coinvolti (es. assistente sociale del comune, servizi di Telemedicina, ecc.);
- e) si interfaccia con il soggetto richiedente per gli aspetti organizzativi e logistici della transizione;
- f) pianifica la transizione.
2. La Struttura/servizio Territoriale richiedente:
- a) riceve notifica, da parte della COT, di avvenuta individuazione della struttura/servizio sanitaria/sociosanitaria idonea;
- b) conferma/approva la proposta ricevuta;
- c) riceve la notifica di tutti gli aspetti organizzativi e logistici della transizione, da parte della COT;
- d) mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia, accompagnandolo nella transizione.
- e) La Struttura/servizio Territoriale di destinazione:
- f) conferma la disponibilità alla presa in carico;
- g) pianifica la transizione, unitamente alla COT.
8. Supporti tecnici ed informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione è necessario disporre di:



REGIONE PUGLIA

- a) cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con lo stato di avanzamento (es. esito UVM, ecc.) comprensivo di funzionalità di notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi);
- b) sistema per la “prenotazione/impegno” della risorsa/servizio individuati.
- c) sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti a domicilio, ecc.).
- d) database delle strutture/servizi territoriali con l’indicazione delle eventuali disponibilità (mappatura).
9. III Fase - Attuazione della transizione: la COT organizza e monitora la transizione e verifica che il primo accesso alla struttura di destinazione o al domicilio sia avvenuto secondo quanto programmato, dandone notifica a tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico.
10. Attori e azioni:
1. La COT:
- a) verifica la sussistenza degli aspetti organizzativi e logistici pianificati;
- b) attiva gli attori per la corretta presa in carico del paziente;
- c) monitora lo stato della transizione e del primo accesso nella sede di destinazione;
- d) in caso di scostamenti dal programmato, si attiva proattivamente con il referente del servizio/struttura di destinazione;
- e) notifica a tutti gli attori coinvolti l’esito della transizione e ne garantisce l’adeguato aggiornamento.
2. La Struttura/servizio territoriale di destinazione:
- a) prende in carico il paziente;
- b) mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia.
11. Supporti tecnici ed informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione è necessario disporre di:
- a) cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche comprensiva della notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi)
- b) sistema di notifica esito transizione al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. pasti a domicilio, ecc.).

J. Il ruolo della COT nel coordinamento e monitoraggio della salute al domicilio – Telemonitoraggio e/o Telecontrollo - (DM 29 aprile 2022)

1. I Fase – Identificazione del bisogno e presa in carico della richiesta: nell’ambito dell’assistenza territoriale, il telemonitoraggio può essere richiesto da un medico (MMG/PLS, specialista) che ravvisa la necessità di monitorare da remoto, in maniera continuativa e automatica i parametri vitali di un paziente mediante l’utilizzo di dispositivi e sensori certificati forniti dall’Azienda sanitaria. La COT visualizza la richiesta, prendendola in carico e informando la Centrale operativa ADI ove presente o il servizio preposto all’erogazione del telemonitoraggio secondo l’organizzazione locale. Nel caso in cui venga ravvisata la necessità di coordinare ulteriori setting e professionisti, la COT attiva l’UVM al fine di valutare la richiesta di attivazione del telemonitoraggio e/o telecontrollo.
2. Attori e azioni:
1. MMG/PLS o il medico specialista:
- a) ravvisa il bisogno di monitorare da remoto i parametri vitali di un paziente;
- b) invia alla COT la prescrizione/richiesta;
- c) informa il paziente/caregiver dell’avvenuta richiesta.
2. La COT:
- a) prende in carico la richiesta;



REGIONE PUGLIA

- b) informa la Centrale Operativa ADI (ove presente) o il servizio preposto secondo l'organizzazione locale;
- c) attiva, qualora necessario, l'UVM per la valutazione della richiesta;
- d) visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni sul caso comunicandole all'UVM.
3. Supporti tecnici ed informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata la richiesta di attivazione, è necessario disporre di:
- a) sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) corredata delle informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia e dati sulla complessità del caso e del bisogno;
- b) possibilità di verificare i servizi attivi/già attivati (sanitari, sociosanitari, sociali) sul paziente.
4. Il Fase – Attivazione ed erogazione: l'attivatore del telemonitoraggio/telecontrollo è la COT. La consegna dei dispositivi prescritti e la formazione di paziente e/o caregiver è in carico al personale sanitario che segue il paziente (eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio degli stessi) ed è organizzata dalla Centrale Operativa ADI, ove presente o dal servizio preposto secondo l'organizzazione locale. La COT monitora che la consegna dei dispositivi prescritti sia avvenuta con successo. Il servizio di telemonitoraggio/telecontrollo, inteso come l'accesso alla piattaforma, il settaggio dei valori soglia, ecc., è erogato dal Centro servizi per la telemedicina, il cui supporto viene richiesto dalla COT e/o dagli operatori che erogano l'assistenza. Il Centro servizi si deve occupare di fornire assistenza tecnica e servizio di help desk di secondo livello (supporto tecnico) in caso di necessità (attraverso canali, orari e giornate definiti). Il telecontrollo avviene attraverso il contributo attivo del paziente/caregiver che fornisce dati relativi al proprio stato di salute (es. questionari, sintomi, parametri fisiologici, esercizio fisico, alimentazione, aderenza alla terapia farmacologica, ecc.) agli operatori tramite una piattaforma digitale. La gestione degli allarmi del telemonitoraggio/telecontrollo generati dalla piattaforma prevede la stesura di uno specifico protocollo.
5. Attori e azioni:
1. Personale sanitario che ha in carico il paziente per il telemonitoraggio/telecontrollo:
- a) provvede alla consegna dei dispositivi prescritti, eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio degli stessi;
- b) provvede alla formazione del paziente e/o caregiver;
- c) rappresenta il riferimento per il paziente e/o caregiver per la gestione del telemonitoraggio/telecontrollo.
2. La COT:
- a) attiva il servizio di telemonitoraggio/telecontrollo;
- b) monitora che la consegna dei dispositivi prescritti sia avvenuta con successo;
3. Paziente/Caregiver (telecontrollo): Fornisce dati relativi al proprio stato di salute (PGHD);
6. Supporti tecnici e informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase II:
1. sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere;
2. cruscotto su dati di salute anonimi derivanti da strumenti di telemedicina ai fini di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.



REGIONE PUGLIA

Allegato C

Modello organizzativo e tipologie dell' Ospedale di Comunità (OdC)

A. Localizzazione dell'OdC e contiguità con altre strutture sanitarie

1. L'OdC, in virtù della sua specifica funzione di transizione tra diverse modalità e/o strutture di assistenza, può avere una sede propria, essere collocato in una Casa della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, presso strutture residenziali sociosanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è sempre riconducibile ai servizi ricompresi nell'assistenza territoriale distrettuale.

2. Ai fini dell'inserimento dell'OdC nella rete socio sanitaria territoriale occorre valutare diversi aspetti quali, ad esempio, il contesto demografico e sociale di riferimento, la dotazione infrastrutturale e la possibile riconversione di edifici esistenti e/o la realizzazione di una nuova costruzione.

3. Al fine di favorire l'efficacia del servizio sia per gli utenti che per gli operatori sanitari è preferibile allocare l'OdC presso una Casa della Comunità (di tipo Hub), magari in compresenza anche di una COT.

4. Gli Ospedali di Comunità (con o senza CdC e/o COT) possono inoltre essere localizzati all'interno di poli ospedalieri o edifici socio-sanitari già operativi ad esempio all'interno di un padiglione ospedaliero o su un piano di un ospedale monoblocco oppure in presidi autonomi all'interno di edifici esistenti oppure con la realizzazione di una nuova costruzione. Tale scelta può essere valutata in relazione alla disposizione di edifici esistenti e/o di terreni ove poter inserire nuovi edifici, che devono tuttavia essere ben inseriti nel contesto territoriale e infrastrutturale, al fine di aumentarne l'accessibilità inclusiva.

5. Per definire la più adeguata localizzazione di un OdC, occorre analizzare:

- a. la rete dei servizi sanitari e socio-complementari esistenti e programmati (per i rapporti di prossimità funzionale e per la gestione di eventuali emergenze sanitarie);
- b. il bacino d'utenza attuale e potenziale (dati demografici e sanitari) per ogni distretto (per definirne il dimensionamento);
- c. il sistema infrastrutturale esistente e programmato (per accessibilità delle aree);
- d. il sistema ambientale in tutta la sua complessità (per localizzazione in aree di qualità ambientale e minore rischio climatico);
- e. possibile disponibilità e localizzazione di aree ed edifici di proprietà delle Aziende.

6. Le analisi di cui al comma precedente sono utili all'individuazione di alcune possibili aree o edifici da adibire a OdC e valutare le possibili alternative in funzione di:

- a. dimensionamento, appropriatezza dell'area o adattabilità dell'eventuale edificio esistente;
- b. posizionamento ottimale rispetto ai flussi e al bacino d'utenza;
- c. accessibilità (pubblica e privata) e visibilità dell'area.

7. È preferibile, ove disponibili strutture in disuso nel territorio comunale, allocare un OdC integrato con la CdC e COT in un edificio esistente per permettere rigenerazione urbana, ridurre l'impatto sull'ambiente e permettere la valorizzazione patrimonio costruito esistente: il riuso di edifici dismessi o sottoutilizzati (ad esempio nel caso di edifici sanitari), favorisce la riorganizzazione della rete sanitaria e al contempo consente la riqualificazione di comparti urbani, grazie all'inserimento di nuovi servizi e funzionalità.

8. In relazione all'analisi sulle potenzialità di riuso di edifici esistenti, o di parte di essi, per la realizzazione di un OdC, è necessario preventivamente accertare l'assenza di vincoli e/o condizioni che rendano difficile il rispetto dei requisiti strutturali, tecnologici, ambientali e organizzativi oltre che delle condizioni di comfort e benessere degli utenti. A tale scopo è opportuno esaminare almeno i seguenti vincoli:

- a. storici e artistici;



REGIONE PUGLIA

- b. economici, connessi all'assetto delle proprietà, alla tipologia strutturale e costruttiva dell'edificio, e alle doverose opere da integrare, soprattutto dal punto di vista impiantistico;
- c. urbanistici e localizzativi;
- d. accessibilità;
- e. dimensionali dell'area e/o dell'edificio di riferimento.

Al fine di adottare una scelta adeguata e coerente in merito a queste specificità, occorre effettuare un'analisi preliminare dell'efficacia e convenienza di riutilizzo del patrimonio esistente. Tale scelta deve essere attuata al fine di garantire un'adeguata accessibilità dell'area in particolare alle categorie fragili, principali utenti dell'OdC. Alla rilevazione dei bisogni di salute del bacino d'utenza e all'analisi delle caratteristiche di accessibilità si unisce la verifica delle caratteristiche naturali e antropiche del territorio fisico di riferimento, soprattutto in quei casi in cui l'OdC risponde alle esigenze di più contesti urbani, e pertanto deve essere localizzato in aree che possano garantire un'adeguata raggiungibilità e fruibilità della struttura.

9. In relazione alla disponibilità di strutture esistenti e/o aree libere (adeguate alle necessità della funzione da ospitare), è preferibile che:

1. se l'OdC ha un bacino che corrisponde a un intero Comune o una parte, essa venga localizzata all'interno del contesto urbano – purché l'area sia facilmente accessibile e raggiungibile da tutti i cittadini anche con il trasporto pubblico;
2. se l'OdC serve invece più Comuni, è necessario valutare di localizzare la struttura:
 - a. in un'area baricentrica rispetto ai centri urbani, se il numero di cittadini è simile tra un Comune e l'altro, per garantire equità tra tutti – purché l'area sia facilmente accessibile e raggiungibile da tutti i cittadini anche con il trasporto pubblico;
 - b. all'interno del centro urbano di uno dei comuni di riferimento, magari quello con un bacino di utenti maggiore – purché facilmente accessibile e raggiungibile da tutti i cittadini anche con il trasporto pubblico.

B. Definizione macro-aree, Aree funzionali e Unità ambientali

1. Le diverse funzioni dell'OdC si articolano nelle seguenti n.2 macro-aree omogenee per tipologia di funzione da erogare:

- 1) Macro-Area DEGENZA, che ospita tutti i servizi di natura sanitaria quali degenze, ambulatori e aree per la riabilitazione, composta da 1 o 2 moduli da 20 posti letto ciascuno;
- 2) Macro-Area GENERALI E LOGISTICI che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali accoglienza utenti e personale sanitario, aree logistiche e locali tecnici. Questa macro-area può essere suddivisa in:
 - a) servizi di accoglienza per gli utenti (area CUP, area amministrativa, ecc.);
 - b) servizi di accoglienza per il personale sanitario e non (spogliatoi, aree relax, ecc.);
 - c) servizi logistici (magazzini, depositi, ecc.);
 - d) locali tecnici (locali tecnici, centrale tecnologica, locali UTA, ecc.).

2. Ogni Macro-area è suddivisa in Aree funzionali e ogni Area Funzionale è composta da unità ambientali (singoli ambienti fisici), che possono essere:

- a) unità ambientali operative, che caratterizzano l'area funzionale e il servizio da erogare;
- b) unità ambientali per i servizi annessi e di supporto, cioè i locali che utili per lo svolgimento delle funzioni quali depositi, locali lavoro, ecc., che possono essere in comune con altre aree funzionali;
- c) unità ambientali per l'accoglienza pazienti e caregiver, cioè gli spazi destinati agli utenti e accompagnatori, che possono essere in comune con altre aree funzionali.

3. La Macro-area Degenza ospita esclusivamente l'area degenza comprendente tutti i servizi di ricovero degli utenti. In essa sono previste le seguenti unità ambientali:



REGIONE PUGLIA

- a) Camere di degenza singola o doppia (tripla o quadrupla), comprensive di servizio igienico dedicato
- b) Camere protette, comprensive di servizio igienico dedicato
- c) Ambulatorio e locale medicazioni
- d) Locale dedicato all'attività riabilitativa Soggiorno comune
4. All'interno della macro-area degenza devono essere previsti nello specifico, come indicato nell'Intesa Stato- Regioni del 20 febbraio 2020, Allegato A, punto 2 dei requisiti minimi generali, strutturali e tecnologici specifici, organizzativi e standard minimi clinico-assistenziale:
- a. per il percorso pubblico: un'area comune di attesa per utenti (accompagnatori e caregiver) e i servizi igienici per il pubblico suddivisi per genere;
- b. per il percorso sanitario una serie di servizi annessi e di supporto comuni, quali:
- o depositi sporco/pulito;
 - o un deposito attrezzature e presidi medici;
 - o un locale infermieri e relativa postazione controllo infermieri;
 - o un locale medici;
 - o una tisaneria;
 - o servizi igienici per il personale suddivisi per genere.
5. Con riferimento all'Intesa Stato-Regioni sui Requisiti Minimi generali, strutturali e tecnologici specifici, organizzativi e standard minimi clinico-assistenziale l'OdC deve essere dotato di camere singole e da 2 a 4 posti letto. Vista la specifica categoria di utenti fragili e le criticità delle camere quaduple messe in luce dalla pandemia da COVID-19, è preferibile realizzare camere esclusivamente singole e doppie (e non triple e quadruple), salvo ovviamente particolari esigenze specifiche del contesto edilizio-territoriale di riferimento.
6. Gli OdC possono prevedere ambienti protetti, cioè camere singole con posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie croniche riacutizzate a domicilio o in dimissione ospedaliera, in prossimità delle aree infermieristiche e delle palestre riabilitative, secondo i riferimenti di legge. Tali ambienti devono essere attrezzati con arredi appropriati alla tipologia di utenza a tutela della loro sicurezza e incolumità.
7. La Macro-area Servizi Generali e Logistici ospita tutti i servizi relativi a:
- a) **SERVIZI GENERALI** in cui rientrano tutti i servizi di accoglienza sia per gli utenti e il personale sanitario;
- b) **AREA LOGISTICA** in cui si considerano le aree dei magazzini economici, l'isola ecologica, ecc
- c) **LOCALI TECNICI** in cui rientrano la centrale tecnologica, locali UTA, ecc.
- In relazione alle indicazioni definite dal DM 77 e all'adeguata erogazione dell'attività sanitaria, i servizi generali e logistici sono Obbligatori.
8. Nella macro-area Servizi Generali e Logistici, tra le aree funzionali ritenute facoltative vi sono la Cucina e la Lavanderia. Si tratta di servizi raccomandati per lo svolgimento delle attività sanitarie, ma quest'ultime possono essere effettuate in outsourcing.



REGIONE PUGLIA

9. Per ciascuna area funzionale sono previsti i seguenti locali:

SERVIZI GENERALI	Accoglienza utenti (Area accoglienza, Area di attesa /soggiorno, Servizi igienici utenti suddivisi per genere) Accoglienza personale sanitario (Spogliatoi suddivisi per genere, Servizi Igienici per il personale, Area relax / Locale ristoro / Tisaneria con Cucina)
AREA LOGISTICA	Magazzini – depositi (Magazzino / Deposito sporco, Magazzino / Deposito pulito, Sosta salme) Area pulizia (Deposito) Isola ecologica (Area stoccaggio rifiuti)
LOCALI TECNICI	Locale Unità Trattamento dell’Aria (UTA), ove presente Locali tecnici vari

10. In caso di OdC realizzata all’interno di poli ospedalieri o edifici sanitari già operativi (edifici interi e/o porzioni di esse) oppure di OdC integrate con CdC e/o COT, diverse aree funzionali non sanitarie afferenti alla Macro- area Servizi Generali e Logistici possono essere in comune e/o condivisione, quali per esempio l’area accoglienza, aree di deposito, spogliatoi per il personale, aree tecnologiche, ecc.

Tabella con l’elenco delle Macro-Aree e Aree funzionali considerate obbligatorie e facoltative per l’OdC

Unità Funzionali dell’OdC indicazioni OdC

MACROAREA AREE FUNZIONALI METAPROGETTO

DEGENZA AREA DEGENZA

Servizio di degenza low-care AREA DEGENZA Obbligatorio

Unità Funzionali dell’OdC		indicazioni OdC	
MACROAREA	AREE FUNZIONALI		METAPROGETTO
DEGENZA	AREA DEGENZA		
	Servizio di degenza low-care	AREA DEGENZA	Obbligatorio
	AREA SERVIZI GENERALI		
	Servizi di accoglienza per gli utenti e il personale sanitario	ACCOGLIENZA UTENTI	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		ACCOGLIENZA PERSONALE	Obbligatorio ma può essere in condivisione
	AREA SERVIZI LOGISTICI		



REGIONE PUGLIA

SERVIZI GENERALI E LOGISTICI	<i>Servizi logistici per il funzionamento della struttura sanitaria</i>	MAGAZZINI - DEPOSITI	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		ISOLA ECOLOGICA	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		AREA PULIZIA	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		CUCINA	Facoltativo
		LAVANDERIA	Facoltativo
	AREE LOCALI TECNICI		
	<i>CT, Centrali gas, collegamenti impiantistici, sotto-centrali, ecc.</i>	LOCALI TECNICI e CENTRALE TECNOLOGICA, UTA, ecc.	Obbligatorio ma può essere in condivisione

11. In relazione ai flussi principali è preferibile un unico ingresso pubblico centrale e riconoscibile che possa indirizzare l'utente verso le funzioni presenti nella struttura e la presenza di possibili accessi secondari (sanitari, merci, ecc.) che possano – in caso di esigenza- supportare la gestione di flussi separati di entrata e/o uscita.

12. Se l'OdC è allocato all'interno di una struttura sanitaria con più servizi sanitari, è preferibile garantire gli accessi in condivisione con la struttura ospitante ma separabili in caso di emergenza.

13. È preferibile, ove possibile, garantire due corridoi per suddividere i percorsi del pubblico e quelli sanitari, e in caso di strutture a sviluppo verticale, garantire ascensori differenziati.

C. Relazioni funzionali e spaziali dell'OdC

1. In riferimento alle relazioni funzionali e, nello specifico, quelle spaziali, è necessario assicurare la compattezza dell'intero complesso al fine di ottimizzare i percorsi e rendere pressoché contigue aree funzionali che necessitano di un'effettiva vicinanza.

2. Occorre definire e individuare le relazioni (funzionali e spaziali) delle diverse unità funzionali presenti nella struttura attraverso due matrici che evidenziano rispettivamente:

a. la relazione funzionale, ovvero il livello di relazione funzionale (alto, medio, standard, basso) tra due funzioni sanitarie o non sanitarie. Viene valutato il livello di collegamento che le due attività hanno in termini di servizio;

b. la relazione spaziale, cioè il livello di prossimità e vicinanza che due funzioni devono avere tra di loro all'interno della struttura.

3. Gli OdC possono prevedere ambienti protetti, di cui al precedente articolo 3, comma 6. Tali degenze devono essere di tipo singolo ed essere le più prossime alla postazione controllo infermieri.

D. Dimensionamento complessivo dell'OdC

1. Il dimensionamento dell'OdC deriva dalla tipologia organizzativa, ad esempio se collocato all'interno di edificio esistente o di una CdC, e dal numero di posti letto. Esso è variabile a seconda delle risultanze delle indagini preliminari alla progettazione a scala territoriale e locale.

2. Secondo le indicazioni organizzative di cui al DM 77 e in relazione alla programmazione degli OdC, il dimensionamento medio per un OdC da 20 pl può attestarsi indicativamente come suggerito nella tabella riportata di seguito.



REGIONE PUGLIA

Dimensionamento	OdC
Superficie Lorda di Pavimento (SLP)	1.000 mq circa

3. I dimensionamenti, che corrispondono ai valori minimi individuati, possono variare in relazione a una serie di fattori dovuti alla tipologia edilizia (monoblocco, a corte, torre, ecc.) e distributiva (corpo doppio, triplo o quintuplo). Per SLP si intende la Superficie Lorda di Pavimento di tutti gli spazi dell'OdC e quindi relativi:

- a) alle degenze;
- b) agli spazi pubblici: un'area comune di attesa per utenti (pazienti diurni e caregiver) e i servizi igienici per il pubblico suddivisi per genere;
- c) ai servizi annessi e di supporto per lo svolgimento dell'attività sanitaria e non;
- d) alla distribuzione dei percorsi.

4. Per il dimensionamento minimo dei locali si rimanda ai riferimenti di accreditamento regionale e al DPR 14/01/1997.

E. ODC integrato con la CdC e/o la COT

1. L'OdC può essere insediato all'interno di una struttura che ospita anche una CdC e/o COT. In tal caso diversi spazi associati alla Macro-Area Servizi Generali e Logistici possono essere dimensionati in maniera tale da efficientare l'uso degli spazi.

2. La localizzazione delle funzioni deve garantire in particolar modo la prossimità tra l'OdC e la macro- area specialistica della CdC (ambulatori specialistici, diagnostica di base, ecc.), in caso di evenienza.

F. Caratteristiche strutturali e tecnologiche degli ODC

1. La flessibilità degli spazi è fortemente dettata anche dalla maglia strutturale dell'edificio. Negli interventi di nuova realizzazione è preferibile introdurre una maglia strutturale regolare, possibilmente quadrata che possa permettere una serie di configurazioni dei layout per configurazioni future e futuribili.

2. L'impianto complessivo della struttura sanitaria e le soluzioni tecnico-costruttive devono garantire diversi gradi di flessibilità di scala differente: per l'intero complesso, per aree funzionali, per singolo ambiente. Nello specifico:

- a) il primo livello di flessibilità è quello dell'impianto complessivo, che deve consentire che siano già individuate le possibili aree di ampliamento e che queste siano coerenti con l'impianto originario, anche con strutture temporanee e tensostrutture;
- b) il secondo livello di flessibilità che deve essere assicurato investe la effettiva trasformabilità delle aree funzionali;
- c) il terzo livello di flessibilità, altrettanto importante, è la trasformabilità delle singole aree funzionali, ovvero la possibilità di modificare agevolmente le unità ambientali di base e questo implica l'uso di materiali e soluzioni tecnologiche appropriate, con tecnologia a secco, su una maglia ordinatrice e con uno spazio tecnico di servizio distribuito in maniera uniforme.

3. Per la realizzazione di una nuova struttura sanitaria è necessario adoperare le tecnologie più consone alla funzione da erogare, in relazione al ciclo di vita della struttura e alle sue possibili configurazioni future e futuribili. Le scelte costruttive devono poter garantire caratteristiche di flessibilità.

4. In relazione alla tipologia di intervento (nuova costruzione e riuso), l'edificio deve essere realizzato con una struttura e sistemi di compartimentazione con caratteristiche REI secondo i riferimenti di legge relativi alle strutture sanitarie e i materiali utilizzati per le finiture devono avere un'adeguata resistenza al fuoco. L'edificio deve essere progettato in



REGIONE PUGLIA

modo tale da circoscrivere e limitare la propagazione di un eventuale incendio, suddividendo la struttura in compartimenti, distinguendo aree con diverse caratteristiche in funzione delle attività svolte.

5. In aggiunta, sempre in relazione alle disposizioni di legge, l'edificio deve garantire il minimo disagio in caso di sisma e/o emergenza ambientale.

6. È preferibile adoperare materiali comuni che vengono adoperati tradizionalmente, quali il PVC o linoleum, pannelli metallici, ecc. che garantiscono una facile manutenzione e sanificazione, poiché assenti di fughe.

7. È necessario adoperare materiali sempre più performanti, duraturi e facilmente sanificabili in relazione alle esigenze;

8. L'assenza di materiali antibatterici e antivirali può essere superata da un'attenta, regolare e costante sanificazione. Una particolare attenzione deve essere posta alle superfici toccate più frequentemente (es. porte, maniglie delle porte, finestre, tavoli, interruttori della luce, servizi igienici, rubinetti e lavandini, scrivanie, sedie, ecc.).

9. È preferibile che l'ingresso alla struttura sanitaria sia uno e riconoscibile. L'ingresso dei visitatori da collocarsi verso la parte di edificio aperta al pubblico, deve essere facilmente identificabile e accessibile.

10. L'area d'ingresso deve coincidere con l'inizio della *simil main street*, corridoio del pubblico, oltre che con le aree d'informazione, prenotazione e accettazione. Per i servizi logistici invece è preferibile garantire almeno un accesso per facilitare l'ingresso e l'uscita delle merci.

11. È preferibile garantire accessi secondari che possano essere adoperati per diversi scenari ed esigenze organizzative della struttura sanitaria, quali per esempio: garantire l'estensione della struttura con componenti prefabbricati e/o tensostrutture, garantire accessi compartimentati utili per le attività di primo soccorso ed/o similari, ecc.

12. È preferibile differenziare i flussi tra utenti diurni e personale sanitario:

a. percorso pubblico: per percorso pubblico si intende il percorso degli utenti diurni e dei visitatori, del pubblico in generale. Gli utenti devono accedere all'atrio dall'ingresso principale della struttura, in corrispondenza dell'area accoglienza e del CUP. Tale distribuzione consente di accogliere e separare il flusso dei visitatori da quello degli interni, garantendo un elevato controllo e il quieto e ordinato svolgersi delle attività sanitarie.

b. percorso sanitario / tecnico: il percorso del personale deve essere generalmente separato da quello pubblico e può coincidere con il percorso tecnico/logistico.

13. L'organizzazione dei percorsi della struttura deve essere realizzata tenendo in considerazione la tipologia edilizia:

a) se a sviluppo orizzontale diventa strategico garantire un adeguato sistema di wayfinding che permetta agli utenti di raggiungere le diverse aree sanitarie e non;

b) se a sviluppo verticale, oltre a garantire un sistema di wayfinding chiaro e immediato, gli ascensori devono essere facilmente riconoscibili, devono aprirsi e chiudersi in modo veloce e silenzioso, essere affidabili nel tempo ed essere correttamente dimensionati per garantirne l'utilizzo a persone non autosufficienti (con carrozzina e accompagnatore). Quest'ultimi devono essere differenziati per i due differenti percorsi.

Gli ascensori per il pubblico devono essere adeguati ai volumi di attività che devono essere debitamente calcolati e devono essere posti in corrispondenza degli spazi d'accoglienza e facilmente individuabili.

14. Occorre ottimizzare i percorsi interni alla struttura sanitaria mediante progettazione di segnaletica che dia origine a un sistema di wayfinding capace di aiutare l'utente a riconoscere adeguatamente i percorsi e gli spazi sanitari, agevolando l'organizzazione dei flussi e gli accessi alle molteplici aree funzionali.

15. Deve essere prevista una segnaletica facile da comprendere per supportare l'orientamento del personale e la comprensione dei percorsi.



REGIONE PUGLIA

16. Devono essere previsti arredi e attrezzature adeguati alle attività da svolgersi e deve essere garantita sicurezza per gli utenti. In aggiunta devono essere garantiti la relativa totale idoneità e affidabilità per il funzionamento, e, altresì, il mantenimento del valore e la funzionalità nel tempo.
17. Occorre assicurare la qualità ambientale e gli aspetti sociali degli spazi sanitari per il raggiungimento di un'efficiente qualità degli ambienti per tutte le diverse tipologie di utenti mediante forma, illuminazione, viste, materiali di finitura e scelte cromatiche, nonché arredi, ergonomia, ecc.
18. Occorre prevedere spazi per garantire il benessere psico-fisico di tutti gli individui coinvolti (pazienti, personale sanitario e visitatori), nonché l'efficienza lavorativa dello staff sanitario. Tali spazi possono essere interni alla struttura, in prossimità delle aree funzionali o delle aree verdi, preferibilmente con una varietà di spazi, diverse sedute e punti di isolamento per garantire la privacy degli utenti.
19. Occorre prevedere i giardini sulle coperture e nelle corti interne, unitamente alle pareti verdi, nonché le viste sui parchi in prossimità della struttura sanitaria. In particolare cortili interni, terrazze e tetti verdi aperti ai pazienti, ai familiari e al personale sanitario, non solo per le attività terapeutiche e riabilitative ma anche per trascorrere momenti di relax e pausa.
20. Deve essere garantita la presenza di luce naturale in tutti i locali operativi (ad esclusione di quelli specifici per l'area di diagnostica di base, ove presenti) e dove c'è persistenza di utenti, attraverso la presenza di viste verso l'esterno, corti verdi, ecc. In ogni caso, a supporto delle attività da svolgersi, è preferibile che la quantità di luce artificiale sia variabile in termini di intensità.
21. Devono essere previsti sistemi di ventilazione meccanizzati; per quanto concerne l'aerazione naturale, il ricambio dell'aria deve essere garantito in parte dalle finestre che devono essere previste sull'involucro esterno.
22. Gli infissi possono avere un grado di permeabilità all'aria più o meno alto in modo tale da favorire l'ingresso di aria esterna dai giunti, o da altri elementi che compongono l'infisso oppure serramenti particolari con meccanismi meccanici di apertura di fessure che permettono l'ingresso dell'aria.
23. Nella fase di progettazione e realizzazione occorre assicurare che tutte le componenti edilizie e impiantistiche garantiscano agli impianti non solo la totale idoneità e affidabilità per il relativo funzionamento, ma anche il mantenimento del valore e della funzionalità nel tempo.
24. È opportuno privilegiare soluzioni che permettano una regolare gestione e manutenzione degli impianti, nonché un'adeguata igienizzazione e sanificazione per la sicurezza di lavoratori e utenti. In generale, particolare attenzione deve essere rivolta a:
- ispezionabilità degli impianti;
 - facilità di eventuali verifiche dei parametri prestazionali;
 - facilità di pulizia e sanificazione delle canalizzazioni.
25. In relazione alla tipologia di intervento –nuova costruzione, riuso di un edificio in disuso oppure intervento all'interno di una struttura sanitaria- le soluzioni tecnologiche e impiantistiche possono fortemente variare e quindi vanno valutate caso per caso. In generale però – ove possibile – è preferibile introdurre e/o aggiornare il sistema impiantistico. Una particolare attenzione deve essere ricondotta alla riduzione dell'impatto ambientale di tali strutture con strategie di efficientamento energetico. Occorre impiegare mezzi di generazione del miglior livello tecnologico di efficienza e quando possibile ricorrere all'integrazione della produzione termica ed elettrica, tramite l'installazione di impianti cogenerativi.
26. È necessario, in riferimento alle missioni e obiettivi del PNRR, assicurare l'efficientamento energetico anche mediante piccoli dettagli di funzionamento, ad esempio



REGIONE PUGLIA

le riduzioni delle quantità d'aria e d'acqua in circolo, in relazione all'operatività discontinua e prevedibile delle strutture, promuovendo l'utilizzo estensivo di sistemi impiantistici a portata variabile, o anche l'installazione di recuperatori di calore, indispensabile ausilio al risparmio di energia negli impianti a tutt'aria esterna.

27. Per garantire flessibilità e adattabilità degli spazi e impianti, nella progettazione e realizzazione si devono adottare soluzioni che consentano un facile cambiamento di utilizzo, si devono definire a priori possibilità di espansione interna o esterna, sempre nella logica che la struttura deve essere adattabile in modo ottimale alle funzioni.

28. È necessario assicurare in maniera elevata il comfort per gli ospitati in condizioni di fragilità: in questa ottica devono essere garantite le condizioni termo-igrometriche. In generale l'OdC deve essere dotato di un'impiantistica di condizionamento che garantisca un comfort opportuno per tutti, e al contempo garantisca un'adeguata qualità dell'aria, come indicato anche nei documenti suggeriti dall'Istituto Superiore di Sanità.

29. Trattandosi di aree low-care, tra i sistemi si possono introdurre dei sistemi a tutt'aria che possano risultare ottimali per una facile pulizia e manutenzione, nonché assenza di possibile discomfort acustico.

30. Deve essere disponibile per tutti i giorni dell'anno l'approvvigionamento e la distribuzione idrica.

31. È preferibile un sistema di edificio intelligente che consenta il controllo, preferibilmente automatico o rimandato ad operatori, della situazione di attività dei diversi settori dei diversi impianti e consenta, con il fermo o la riduzione di attività degli impianti o delle attrezzature in periodi di non uso o di uso limitato, consistenti risparmi.

32. Per tutti i requisiti tecnici, il documento rimanda ai riferimenti di legge presenti in materia a livello nazionale e regionale.

33. Per quanto non esplicitato si rinvia all'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020, recepita con la deliberazione di Giunta regionale n.134 del 15/02/2022.