

**DECRETO RILANCIO - D.L. n. 34 del 19/5/2020****PIANO DI POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE*****Art. 1 – Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale***

- Implementare *l'assistenza domiciliare* per garantire la presa in carico delle persone fragili e non autosufficienti, nonché affette da COVID-19, potenziando anche il servizio di assistenza infermieristica sul territorio.
- Garantire una più ampia funzionalità delle *Unità Speciali di Continuità Assistenziale* di cui all'articolo 4-bis del D.L. n. 18 del 17/03/2020.
- Garantire il coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, avvalendosi di *centrali operative* con funzioni di raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina.
- Attivare una funzione di *coordinamento e comunicazione unitaria*, anche telefonica, a servizio dei MMG, PLS, MCA e loro aggregazioni, il SISP e servizi territoriali, per individuare il percorso più appropriato dei pazienti fra ospedale e territorio assicurando un coordinamento unitario.
- Sviluppare la figura dell'*infermiere di famiglia o di comunità*.

***Potenziamento dell'assistenza domiciliare (Art. 1, commi 3 e 4)*****Programmazione regionale: elementi principali**

La Regione Veneto da anni promuove uno sviluppo pianificato ed omogeneo delle cure domiciliari su tutto il territorio regionale, attraverso un'organizzazione che garantisca la continuità dell'assistenza, consolidando le esperienze di ammissione e dimissione protetta con il pieno coinvolgimento del medico di famiglia, valorizzando il ruolo dell'infermiere quale figura di collegamento e facilitatore organizzativo, responsabilizzando e coinvolgendo la famiglia/caregivers nell'attuazione del Progetto Assistenziale Individualizzato.

La riorganizzazione avviata dal 2017 (DGR n. 1075/2017) ha posto come obiettivi strategici:

1. la presenza di personale infermieristico 7 giorni su 7, nella fascia oraria compresa tra le ore 07:00 e le ore 21:00, con una pianificazione degli accessi domiciliari sviluppata nell'arco dell'intera settimana;
2. la contattabilità del personale infermieristico per la ricezione delle richieste assistenziali dei pazienti già in carico al servizio stesso ed eventuale attivazione degli infermieri dell'area di competenza, 7 giorni su 7, dalle ore 07:00 alle ore 21:00;
3. l'individuazione di un unico numero telefonico di riferimento a livello di Azienda ULSS per



favorire e semplificare la contattabilità degli operatori dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) da parte del paziente, della sua famiglia, del Medico di Medicina Generale, del Medico di Continuità Assistenziale e dei diversi professionisti coinvolti nella presa in carico;

4. l'integrazione funzionale con i Medici di Medicina Generale e con i Medici di Continuità Assistenziale, pianificando le attività infermieristiche domiciliari in modo che gli assistiti afferenti ad una stessa forma associativa della medicina generale (sia essa medicina di Rete, di Gruppo o Medicina di Gruppo Integrata) abbiano come riferimento un'unica équipe ADI;
5. la garanzia della continuità dell'assistenza in modo che i Medici di Continuità Assistenziale ricevano, con modalità conformi alle disposizioni in tema di tutela della privacy, la lista aggiornata e le informazioni utili sui pazienti afferenti al territorio di propria competenza e già in carico al servizio ADI;
6. la definizione e formalizzazione di procedure organizzativo/assistenziali aziendali relativamente:
  - all'inserimento e affiancamento del nuovo personale nell'équipe ADI;
  - all'attivazione della presa in carico del paziente ADI;
  - alla definizione del Piano Assistenziale Integrato;
  - alla gestione dei problemi di salute e dei bisogni assistenziali della persona;
  - alla formazione all'educazione terapeutica e addestramento della famiglia/caregiver;
  - alla valutazione periodica dell'appropriatezza della presa in carico dei pazienti, con valutazione degli esiti in termini di efficacia/efficienza degli interventi.

## Stato dell'arte

**Tabella 1 - Caratteristiche dell'Assistenza Domiciliare Integrata, per Azienda ULSS**

Cure domiciliari	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9
<b>% Copertura oraria (presenza)</b> <i>Standard previsto: (7/7 gg dalle 7:00 alle 21:00)</i>	<b>93%</b>	<b>100%</b>	<b>93%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>79%</b>	<b>100%</b>	<b>67%</b>	<b>80%</b>
<b>% Attività ADI da internalizzare (ossia esternalizzazione presente)</b>	Dist. 1: 82% Dist. 2: 0%	Dist. 1: 43% Dist. 2: 41% Dist. 3: 0% Dist. 4: 0%	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	Dist. 1: 64% Dist. 2: 50% Dist. 3: 0% Dist. 4: 69%
<b>Cartella ADI Unica aziendale</b>	SI	SI	Dist. 1: NO Dist. 2: NO Dist. 3: SI Dist. 4: NO	SI	SI	SI	SI	Dist. 1 NO Dist. 2: SI	SI
<b>Cartella ADI informatizzata</b>	NO	SI	NO	SI	NO	SI	Dist. 1: NO Dist. 2: SI	NO	NO

Dati dichiarati dalle Aziende ULSS al 31/12/2019 - Elaborazione a cura di U.O. Cure Primarie e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali



**Elementi di sviluppo: disposizioni**

- Le Aziende ULSS provvedono al completamento del processo di internalizzazione dell'attività delle cure domiciliari, quale obiettivo strategico regionale.
- I Distretti provvedono ad implementare le attività di Assistenza Domiciliare Integrata, o equivalenti, per i pazienti in isolamento per COVID-19 anche ospitati presso le Residenze Sanitarie Assistite, oltre che per i soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti e, in generale, per le situazioni di fragilità.
- Dovranno essere messi a disposizione adeguati kit di monitoraggio dei pazienti al domicilio o presso le Residenze Sanitarie Assistite, quali apparecchiature per il monitoraggio della saturimetria, anche attraverso le App di telefonia mobile, al fine di garantire un costante monitoraggio della saturazione di ossigeno dell'emoglobina. Dovrà, altresì, essere garantita adeguata attrezzatura diagnostica (termometro a distanza, misuratore di P.A., ecografi ed ECG portatili) ed ogni altro presidio medico necessario, ivi compresi i farmaci di urgenza.
- L'attività infermieristica domiciliare dovrà integrarsi funzionalmente all'attività delle U.S.C.A. come descritto a seguito nel modello di presa in carico della cronicità previsto dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023, approvato con la L.R. n. 48/2018.
- Sul territorio regionale, nell'ambito dello sviluppo dell'informatizzazione, si prevede il completamento della realizzazione della cartella del paziente ADI unica e informatizzata.

*Le Cure domiciliari afferiscono alla Unità Operativa Cure primarie del Distretto.*



### ***Unità Speciali di Continuità Assistenziale (Art. 1, comma 6)***

#### **Programmazione regionale: elementi principali**

Nella fase di gestione COVID-19 le U.S.C.A. garantiscono l'assistenza al domicilio dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, ivi compresi la somministrazione ed il monitoraggio delle terapie a domicilio.

Il concetto di gestione domiciliare si intende esteso anche alle Residenze Sanitarie Assistite (RSA) o strutture di ricovero intermedie, pertanto le U.S.C.A potranno fungere da supporto anche nella gestione dell'emergenza connessa agli ospiti/pazienti ricoverati nelle RSA/Ospedali di Comunità, per i quali è necessario attivare una stretta sorveglianza e monitoraggio.

#### ***Dimensione e composizione delle U.S.C.A***

Sono attivate preferibilmente presso sedi di Continuità Assistenziale già esistenti, con un bacino di riferimento indicativamente di 50.000 abitanti, attive sette giorni su sette, dalle ore 8:00 alle ore 20:00. Nell'ottica di favorire l'integrazione e la funzionalità operativa con i Medici di Medicina Generale (MMG)/Pediatri di Libera Scelta (PLS) ed assicurare un riferimento continuativo ai pazienti, si conviene di suddividere il bacino in sotto ambiti di circa 8.500 assistiti in modo che ad uno stesso gruppo di MMG possa essere collegato sempre uno stesso medico dell'U.S.C.A. In questo modo ogni U.S.C.A. potrà fare riferimento ad un gruppo indicativo composto da 5-8 MMG.

In conformità alla normativa vigente, possono far parte dell'U.S.C.A:

- i medici titolari e i sostituti di Continuità Assistenziale;
- i medici che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale regionale;
- i laureati in medicina e chirurgia abilitati e iscritti all'ordine di competenza.

Nelle attività dell'U.S.C.A. possono essere coinvolti i medici di Specialistica Ambulatoriale Interna.

#### ***Presa in carico pazienti sospetti/confermati COVID-19***

I MMG, mediante la sorveglianza sanitaria attiva operata con triage telefonico di iniziativa, comunicano il nominativo e l'indirizzo dei pazienti all'U.S.C.A (di proprio riferimento) che opera per valutazioni dei soggetti con sintomatologia che devono essere considerati come sospetti casi COVID-19 o che sono COVID-19. Al momento dell'attivazione il MMG fornirà al medico dell'U.S.C.A. tutte le necessarie informazioni cliniche e anamnestiche del paziente.

#### ***Gestione visite domiciliari***

Per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 è necessario che i medici dell'U.S.C.A lavorino in stretta integrazione con i MMG afferenti alla stessa al fine di assicurare la necessaria continuità dell'assistenza. Pertanto, ciascuna Unità Operativa di Cure Primarie è tenuta ad



individuare esattamente l'afferenza di ciascun MMG ad una unica U.S.C.A., prevedendo che ad uno stesso gruppo di MMG possa essere collegato sempre uno stesso medico dell'U.S.C.A.

L'attività domiciliare dei medici dell'U.S.C.A. verrà effettuata con accesso congiunto con un infermiere delle Cure Domiciliari del Distretto o della Medicina di Gruppo Integrata qualora insista nel bacino di riferimento. L'accesso congiunto è da preferirsi in quanto permette il supporto e la supervisione per le manovre di vestizione/svestizione dei DPI e l'immediata esecuzione di eventuale attività infermieristica necessaria.

Il medico dell'U.S.C.A. potrà, prima di effettuare l'intervento, contattare telefonicamente il paziente da visitare per verificarne le condizioni di salute e programmare l'intervento.

Spetterà al medico dell'U.S.C.A., adeguatamente formato, decidere, in base alle richieste ricevute e a quelle eventualmente rimaste inevase nei giorni precedenti quali priorità assegnare all'attività.

Al termine di ogni visita domiciliare, il medico dell'U.S.C.A. dovrà compilare apposita modulistica (meglio se informatizzata) con cui comunicare al MMG l'esito dell'intervento effettuato.

Durante la visita domiciliare è possibile utilizzare un dispositivo elettronico per effettuare una videochiamata con il MMG, qualora ritenuto necessario.

Il medico dell'U.S.C.A., in base al quadro clinico evidenziato ed in accordo con il MMG, potrà disporre la permanenza al domicilio con supporto terapeutico o il ricovero in caso di necessità di ulteriore approfondimento diagnostico o di condizioni cliniche critiche, con attivazione del 118.

Analoghe modalità organizzative dovranno essere implementate per i pazienti COVID-19 all'interno di RSA o strutture di ricovero intermedie.

### ***Sedi e dotazioni***

I medici dell'U.S.C.A. per lo svolgimento delle specifiche attività devono essere dotati di ricettari del SSN, inoltre i medici e tutto il personale delle U.S.C.A. devono essere dotati di idonei dispositivi di protezione individuale come previsti dalle procedure regionali. È, pertanto, compito delle Aziende ULSS provvedere alla fornitura di un numero adeguato di kit DPI e al rifornimento delle scorte che devono essere disponibili ad ogni inizio turno.

Le Aziende ULSS provvederanno a garantire adeguata attrezzatura diagnostica ed ogni altro presidio medico necessario per gli interventi.

Le Aziende ULSS individuano i locali preposti ad accogliere le U.S.C.A., con almeno un ambiente dedicato alla vestizione/svestizione e un altro ambiente da utilizzarsi come ufficio per attività di documentazione-postazione per comunicazione informatica e per lo stazionamento.

Le sedi devono, altresì, essere dotate dei corretti sistemi di smaltimento di rifiuti, nonché essere garantite accurate opere di pulizia delle superfici ambientali con acqua e detergente seguita dall'applicazione di disinfettanti comunemente usati a livello ospedaliero.

Le Aziende ULSS garantiscono ai medici operanti nelle U.S.C.A. i mezzi idonei per gli spostamenti nell'espletamento dell'incarico prevedendo la sanificazione accurata dell'auto con opportuni disinfettanti dopo ogni intervento.



## Stato dell'arte

Tabella 2 - N. USCA programmate e N. USCA attivate (e relativi medici) per Azienda ULSS

USCA	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	TOTALE RV
N. USCA programmate	4	16	12	4	4	20	8	10	19	97
N. USCA attivate	2	4	12	3	1	11	4	3	11	51
%	50%	25%	100%	75%	25%	55%	50%	30%	58%	53%
Fabbisogno medici USCA	32	128	78	9	27	118	50	76	101	619
N. medici USCA incaricati	5	22	26	8	4	98	15	20	30	228
%	16%	17%	33%	89%	15%	83%	30%	26%	30%	37%
N. pazienti in carico	294	114	45	6	0	9	173	438	279	1.358
di cui n. pazienti in carico in RSA	157	41	26	0	0	0	54	51	38	367

Rilevazione al 19/05/2020 - Elaborazione a cura di U.O. Cure Primarie e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali

## Elementi di sviluppo: disposizioni

- Fino al 31/12/2020 si estende l'attività delle U.S.C.A. anche ai pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti che a seguito dell'emergenza in corso costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione. Le attività dell'U.S.C.A. dovranno, pertanto, integrarsi funzionalmente con l'attività infermieristica domiciliare, come descritto a seguito nel modello di presa in carico della cronicità previsto dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023, approvato con la L.R. n. 48/2018.
- Inoltre l'attività delle U.S.C.A. potrà essere integrata coinvolgendo anche i medici Specialisti Ambulatoriali Interni nell'ottica di costituire i team multiprofessionali previsti dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023, approvato con la L.R. n. 48/2018.
- A supporto dell'attività delle U.S.C.A., ai fini di favorire la valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e l'integrazione con i servizi sociali e socio sanitari territoriali, le Aziende ULSS possono conferire (in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165) fino al 31 dicembre 2020, incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a professionisti del **profilo di assistente sociale**, regolarmente iscritti all'albo professionale, **secondo uno standard non superiore ad un assistente sociale ogni due U.S.C.A. per un monte ore settimanale massimo di 24 ore.**
- L'U.S.C.A. **afferisce all'UOC Cure primarie del Distretto di competenza, pertanto, ogni Distretto provvederà, per il tramite della UOC Cure primarie, a trasmettere alla Regione una relazione ed apposita rendicontazione trimestrale dell'attività di ciascuna U.S.C.A., comprensiva del numero di pazienti presi in carico e delle attività svolte**



- A supporto delle attività dei MMG/PLS e delle U.S.C.A, valutate le singole condizioni relazionali, abitative e sociali, qualora le medesime non risultino idonee a garantire l'isolamento, i Distretti in collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione, dovranno adottare specifici protocolli con i servizi sociali delle Amministrazioni comunali e le Associazioni di volontariato, al fine di definire tutte le misure necessarie per assicurare la massima tutela e il supporto per le necessità della vita quotidiana per le persone sole e prive di caregiver.

*Le U.S.C.A. afferiscono alla Unità Operativa Cure primarie del Distretto.*



### *Centrali operative (Art. 1, comma 8)*

#### **Programmazione regionale: elementi principali**

La Centrale Operativa Territoriale (COT) garantisce e coordina la presa in carico, da parte dell'Azienda ULSS, dei pazienti "fragili", intercettando i bisogni di cure e/o di assistenza, garantendo la continuità mediante l'interazione con l'Ospedale, con le strutture di ricovero intermedie (Hospice, Ospedale di Comunità, Unità Riabilitativa Territoriale), con le strutture residenziali, con i Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, con i Medici di Continuità Assistenziale, con le equipe delle cure domiciliari e delle cure palliative, con la Centrale Operativa del Suem 118.

La COT riveste un ruolo importante in questo contesto in quanto conosce le risorse, i servizi, la loro interrelazione, i processi, le modalità di attuazione e il monitoraggio e, pertanto, interviene nelle situazioni di varianza artificiale, rendendo operativi i percorsi. Peraltro la valenza della tracciabilità degli interventi si esplica non solo nel sapere chi fa che cosa all'interno del processo in un determinato momento, ma anche nel garantire trasparenza alle azioni svolte sul e con l'assistito.

Nello specifico le funzioni fondamentali assegnate alla COT sono (DGR n. 1075/2017):

- raccogliere i bisogni espressi/inespressi, di carattere sanitario/sociale/socio-sanitario, indipendentemente dal setting assistenziale e trasmettere le informazioni utili a garantire le transizioni protette;
- mappare costantemente le risorse della rete assistenziale;
- coordinare le transizioni protette (intra ed extra Azienda ULSS), per le quali non esistono già percorsi strutturati, con la possibilità di entrare provvisoriamente in modo operativo nel processo, facilitandone una definizione condivisa;
- garantire la tracciabilità dei percorsi attivati sui pazienti segnalati, offrendo trasparenza e supporto nella gestione delle criticità di processo ai soggetti della rete;
- facilitare la definizione/revisione di PDTA/procedure/modalità operative aziendali, anche alla luce delle criticità riscontrate nel corso del monitoraggio dei percorsi attivi.

Ne discende che gli interventi tipici della COT sono:

- coordinare la transizione (dimissione) dei pazienti ricoverati in ospedale verso il trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale o domiciliare protetto;
- coordinare la presa in carico dei pazienti in assistenza domiciliare e le eventuali transizioni verso altri luoghi di cura o altri livelli assistenziali;
- coordinare la transizione (ammissione/dimissione) dei pazienti ricoverati presso le strutture di ricovero intermedie e sorvegliarne la presa in carico.

Nell'emergenza COVID-19 ha rappresentato il nodo di rete che ha consentito l'integrazione tra le varie strutture aziendali, facilitando la connessione dei vari processi, elemento strategico per la coordinazione oltre che per la tracciabilità dei vari processi.



## Stato dell'arte

Tabella 3 - N. COT e relative caratteristiche, per Azienda ULSS

COT	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9
N. COT Attive	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Orario attività n. ore/sett.li	<b>Belluno:</b> Lun - ven 7.30 - 16.30  <b>Feltre:</b> Lun - ven 7-19, Sabato 8-13	lun - ven 8 - 16	Lun - ven 8-16 Sabato 8-14	Lun - Dom 7-20 domenica in pronta disponibilità	lun-ven 8-17	Lun - sab 7.30-19.30	Lun - ven 8-18	Lnu - ven 8-16	Lun - ven 8-19 Sabato 8-13
Aumento orario attività a supporto emergenza COVID-19	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI
Funzione a supporto emergenza COVID-19	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Rilevazione al 25/05/2020 - Elaborazione a cura di U.O. Cure Primarie e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali

## Elementi di sviluppo: disposizioni

- Si conferma il ruolo di coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, svolto dalle COT quale raccordo con tutti i servizi, anche mediante l'utilizzo di strumenti informativi. Più precisamente **la COT deve costituire il luogo di coordinamento della gestione delle transizioni ed il punto di raccordo tra le tre macrostrutture aziendali ossia Ospedale, Territorio e Dipartimento di Prevenzione.**
- La COT dovrà essere unica per ogni Azienda ULSS, fermo restando la possibilità di organizzarla in sub-articolazioni, e **dovrà essere coordinata da un Coordinatore infermieristico.**
- L'orario di attività della COT dovrà essere di norma analoga alla copertura oraria assicurata per l'ADI infermieristica, ossia dalle ore 7:00 alle pre 21:00 per 7 giorni su 7. Conseguentemente la dotazione organica andrà commisurata all'orario di funzionamento ed alla complessità dell'attività volta.
- La COT dovrà essere in grado di fornire il necessario supporto informativo sia ai MMG/PLS che ai diversi operatori del sistema, fornendo risposte direttamente o indirizzando le richieste al servizio di competenza, avendo cura di assicurarsi che le stesse vengano compiutamente evase.
- Nello specifico, con riferimento all'emergenza COVID-19, le attività garantite dalla COT possono riguardare:



- verifica dell'esecuzione del tampone a pazienti dimessi verso RSA/strutture intermedie e verso il proprio domicilio, verificando che l'esito sia stato comunicato al MMG/PLS, all'ADI e/o ai vari servizi coinvolti nella presa in carico (es. cure palliative, ecc.);
- verifica dell'esecuzione dei tamponi prima dell'ingresso nelle strutture residenziali o comunque prima delle transizioni rilevanti;
- garanzia di informazione strutturata con avviso di dimissione da area COVID-19 al MMG e ai servizi territoriali di competenza (es. ADI, cure palliative, ecc.);
- supporto alla gestione delle dimissioni/ammissioni o trasferimenti di pazienti COVID-19 verso i Centri COVID-19, ricevendo le richieste di trasferimento, organizzando gli accessi e i trasferimenti, registrando gli ingressi in entrata e uscita;
- garanzia di comunicazione ai soggetti coinvolti nella presa in carico dell'elenco aggiornato dei soggetti positivi e dei soggetti in quarantena;
- supporto alla programmazione dei tamponi a domicilio, negli ambulatori dedicati e in tutte le strutture (sia per ospiti che per dipendenti del SSN);
- supporto nella presa in carico dei problemi socio-sanitari dei pazienti in quarantena attivando i servizi a supporto (es. consegna pasti e farmaci a domicilio, tramite la protezione civile, la croce rossa, ecc.);
- supporto all'attività programmatica delle U.S.C.A. anche per la gestione dei tamponi nelle varie dimensioni aziendali (domicilio, strutture residenziali, strutture intermedie, ecc.);
- garanzia della tracciabilità dei percorsi dei pazienti per cui il MMG ha attivato l'U.S.C.A.;
- supporto informativo per utenti, MMG/PLS, servizi territoriali e reparti ospedalieri al fine di indirizzare la richiesta al servizio di competenza, ed assicurarsi della sua presa in carico.

*La COT afferrisce al Direttore sanitario dell'Azienda ULSS.*



## Potenziamento del Sistema Cure primarie (Art. 1, comma 5)

### Programmazione regionale: elementi principali

La Regione Veneto ha colto la sfida di sviluppare le Cure primarie riconoscendo nel medico di famiglia la figura di riferimento per il paziente in ogni fase del percorso di cura, rappresentando il “contatto” più immediato e frequente per l’assistito e costituendo il setting assistenziale che meglio si presta all’individuazione ed alla presa in carico del paziente cronico.

Con L.R. n. 23/2012 e smi di approvazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016, si è dato avvio alla riorganizzazione delle Cure primarie attraverso la diffusione sul territorio regionale delle Medicine di Gruppo Integrate, con lo scopo di garantire agli assistiti:

- una maggiore accessibilità, assicurando la copertura h12;
- una presa in carico effettiva della cronicità sulla scorta dei Piani Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) definiti a livello regionale e contestualizzati nelle singole realtà aziendali;
- il rispetto di obiettivi di governance finalizzati alla sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

Con DGR n. 751/2015 è stato recepito il modello di assistenza territoriale che prevedeva l’istituzione di Medicine di Gruppo Integrate, quali team multiprofessionali che:

- operano in una sede di riferimento (assicurando presenza medica, infermieristica ed amministrativa nelle 12 ore, dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì), salvaguardando la capillarità di ambulatori periferici in particolari zone geografiche o di difficoltà assistenziale;
- assicurano una presa in carico effettiva della cronicità sulla scorta dei PDTA definiti a livello regionale e contestualizzati nelle singole realtà aziendali;
- assumono la responsabilità verso la salute della Comunità, affrontando i determinanti di malattia e collaborando con gli attori locali.

Se la figura del collaboratore amministrativo è necessaria per organizzare le attività della Medicina di Gruppo Integrata, risulta fondamentale valorizzare il ruolo degli infermieri, con lo sviluppo ed il potenziamento di competenze che permettano di diventare un riferimento nell’ambito della gestione della cronicità e delle iniziative di promozione di stili di vita sani.

In coerenza con il Piano Nazionale della Cronicità, il Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023, approvato con la L.R. n. 48/2018, ha confermato che “...la prevenzione della malattia e il trattamento della sua cronicizzazione sono le vocazioni prioritarie della rete dei servizi territoriali e l’assistenza primaria costituisce il “contatto” più immediato e frequente per l’assistito, rappresentando perciò il setting assistenziale che meglio si presta all’individuazione ed alla presa in carico della cronicità semplice. Per questo motivo le Medicine di Gruppo e i team multiprofessionali dell’Assistenza primaria, diversamente organizzati e dimensionati a seconda delle caratteristiche del territorio ove sono collocati, rappresentano il punto di riferimento per le comunità e si impegnano a:

- riconoscere i malati cronici;
- inserirli in percorsi di presa in carico integrata;



- *sviluppare un modello di gestione dell'assistenza da parte di un team.*

*Per fare questo sono richiesti:*

- *la valorizzazione del rapporto di fiducia tra medico e paziente;*
- *un elevato livello di integrazione dell'assistenza primaria nel sistema;*
- *lo sviluppo del lavoro per percorsi assistenziali con applicazione dei PDTA;*
- *una forte crescita e valorizzazione del ruolo degli infermieri nell'assistenza primaria;*
- *la dimostrazione del contributo al raggiungimento degli standard di sostenibilità del Sistema”.*

Nello specifico la L.R. n. 48/2018 prevede team multiprofessionali di assistenza primaria nelle seguenti differenti accezioni:

1. forme di aggregazione che coinvolgono medici convenzionati con il SSN, opportunamente organizzate e dimensionate con riferimento alle specifiche caratteristiche del contesto;
2. team di assistenza primaria che coinvolgono medici dipendenti del SSN nella gestione dell'assistenza medico-generica, anche in conformità a quanto stabilito dalla Legge n. 833/1978;
3. team di assistenza primaria la cui gestione è affidata ad un soggetto privato accreditato con riferimento ad uno specifico bacino di riferimento.

Inoltre si prevede: *“Le aziende sanitarie attivano e/o adeguano medicine di gruppo con compiti aggiuntivi legati all'accessibilità, alla presa in carico della cronicità, all'assistenza domiciliare, dimensionate rispetto alla popolazione residente, con risorse aggiuntive e con attività monitorate secondo indicatori di struttura, processo e esito concordati a livello regionale”.*

Alla luce di ciò, con successiva DGR n. 476/2019 sono stati approvati i Piani aziendali di sviluppo delle Cure primarie attraverso l'implementazione delle Medicine in Rete e Medicine di Gruppo ex ACN della medicina generale del 23 marzo 2005 e smi a valere per il biennio 2019-2020, favorendo l'aggregazione da parte dei MMG. A completamento del biennio, con l'attuazione di detti Piani, più del 60% dei MMG lavorerà in una forma associativa evoluta (il 40% in Medicina di Gruppo ed il 22% in Medicina di Gruppo Integrate).

Rientrano nel finanziamento previsto dalla **DGR n. 476/2019** i costi derivanti dal riconoscimento dell'indennità di collaboratore di studio e di personale infermieristico per le Medicine in Rete e Medicine di Gruppo.



## Stato dell'arte

Tabella 4 - N. MMG per forma associativa

Forme associative	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	TOTALE RV	%
Medico Singolo	3	65	29	28	31	95	13	95	74	433	14%
Associazione semplice	0	29	0	8	25	16	0	9	26	113	4%
Rete dei medici	85	143	73	37	20	155	64	21	124	722	24%
Forme Miste	0	13	0	0	0	40	0	0	13	66	2%
Medicina di Gruppo	14	195	187	51	44	137	49	123	251	1051	35%
UTAP/ MGI Sperimentale	0	5	0	0	0	0	12	0	0	17	1%
Medicina di Gruppo Integrata	30	73	104	15	42	137	93	62	83	639	21%
<b>TOTALE</b>	<b>132</b>	<b>523</b>	<b>393</b>	<b>139</b>	<b>162</b>	<b>580</b>	<b>231</b>	<b>310</b>	<b>571</b>	<b>3.041</b>	<b>100%</b>

Rilevazione al 19/05/2020 - Elaborazione a cura di U.O. Cure Primarie e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali

Tabella 5 - N. MMG per forma associativa con personale infermieristico

Forma associativa -MMG -	N. MMG	N. MMG CON P.I.	di cui MMG con P.I. (per tipologia di contratto)		
			Indennità da ACN	Personale dip. az.le	Terzo settore
Medico Singolo	433	2	2	0	0
Associazione semplice	113	0	0	0	0
Rete dei medici	722	14	14	0	0
Forme Miste	66	7	7	0	0
Medicina di Gruppo	1.051	315	275	21	19
UTAP/ MGI Sperimentale	17	3	3	0	0
Medicina di Gruppo Integrata	639	405	164	23	218
<b>Totale</b>	<b>3.041</b>	<b>746</b>	<b>465</b>	<b>44</b>	<b>237</b>

Rilevazione al 19/05/2020 - Elaborazione a cura di U.O. Cure Primarie e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali



Tabella 6 - N. Medicine di Gruppo Integrate attive

MGI	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	TOTALE RV
N. MGI ATTIVE	4	9	14	2	5	14	11	8	9	76
N. MMG	30	73	104	15	42	137	93	62	83	639
N. ASSISTITI	41.113	111.786	149.685	23.060	60.232	199.720	127.657	90.087	122.482	935.822
% assistiti con MMG in MGI	23%	15%	28%	12%	29%	25%	40%	21%	15%	22%

Rilevazione al 19/05/2020- Elaborazione a cura di U.O. Cure Primarie e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali

### Elementi di sviluppo: disposizioni

Il modello regionale di presa in carico della cronicità e della multimorbidità si fonda sul concetto di intensità di cura e di assistenza, mutuandolo dall'ambito ospedaliero, per sottolineare la gradualità nell'erogazione dell'assistenza correlata al bisogno.

A partire dalla stratificazione (Figura 1), vengono distinti due livelli di complessità:

1. la **cronicità “semplice”**, che viene appropriatamente presa in carico dai team multiprofessionali dell'Assistenza primaria;
2. la **cronicità “complessa ed avanzata”**, che richiede team multiprofessionali “specialistici”.



Figura 1 - Presa in carico della cronicità per intensità di cura e di assistenza: profili di popolazione e percentuale sulla popolazione del Veneto

Pertanto, con riferimento ai pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti, che anche a seguito dell'emergenza COVID-19, costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione, il modello organizzativo regionale prevede un lavoro fondato su team multiprofessionali, che vedranno la partecipazione dei MMG, degli specialisti territoriali, degli infermieri, degli assistenti



sociali, con legami funzionali con i professionisti che operano all'interno delle strutture ospedaliere e con gli operatori del Dipartimento di Prevenzione.

Costituiscono componenti fondamentali del modello organizzativo:

1. **i MMG** afferenti alle diverse tipologie di forme associative, dalle più semplice alle più evolute e organizzate come le Medicine di Gruppo Integrate;
2. **i Medici di Continuità Assistenziale**, estendendo l'utilizzo dei contratti diurni come previsti dall'ACN a supporto della gestione della cronicità;
3. **le U.S.C.A.**, operando a supporto dell'attività del MMG ed in stretta connessione per la gestione anche della cronicità fino al 31/12/2020. Nello specifico le U.S.C.A. dovranno essere programmate in modo che i MMG afferenti ad una stessa forma associativa (sia essa medicina di Rete, di Gruppo o Medicina di Gruppo Integrata) abbiano come riferimento sempre la medesima U.S.C.A.
4. **L'infermiere di famiglia** che svolge attività sia presso gli ambulatori distrettuali (talora sede di U.S.C.A.) sia presso il domicilio dei pazienti non già presi in carico dall'ADI; **l'infermiere di famiglia non è quindi l'infermiere dell'equipe ADI.**

**Dipendente gerarchicamente dalla UOC Cure primarie del Distretto di afferenza.**

Posto che: "...*l'Infermiere di famiglia è il professionista che aiuta gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e della sua famiglia, conoscendone il contesto anche relazionale della comunità di inserimento...*", si ritiene declinare l'attività nei seguenti ambiti:

- *l'infermiere di famiglia* collabora alla gestione dell'ambulatorio della cronicità con riferimento alle attività infermieristiche previste dai PDTA, ivi comprese la rilevazione di parametri, le verifiche di follow up, il front office sanitario;
- *l'infermiere di famiglia* garantisce prestazioni infermieristiche di consulenza e di educazione sanitaria e terapeutica con adozione di interventi di counselling, di supporto motivazionale e di rinforzo al paziente (o gruppi) e alla famiglia, allo scopo di sviluppare abilità di autocura e di fiducia nella gestione della malattia, provvedendo al monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed alla segnalazione di anomalie al MMG;
- *l'infermiere di famiglia* effettua visite domiciliari su disposizione del MMG a pazienti non già in carico alle equipe infermieristiche di Cure domiciliari dell'Azienda ULSS;
- *l'infermiere di famiglia* contribuisce al monitoraggio del grado di stabilità clinica/assistenziale ed alla valutazione delle alterazioni sintomatiche delle condizioni di salute in caso di malattia, acuta o cronica, che possono indicare un aggravamento o la comparsa di complicanze, in integrazione con gli altri professionisti coinvolti nel team;
- *l'infermiere di famiglia* svolge un'attività di mappatura delle risorse del territorio per il mantenimento di stili di vita sani, progettando ed attivando iniziative di promozione della salute rivolte alla comunità che favoriscano la partecipazione attiva, avvalendosi anche della collaborazione delle associazioni di volontariato;
- *l'infermiere di famiglia* contribuisce a garantire la continuità dell'assistenza attraverso l'integrazione dei servizi distrettuali, ospedalieri, dei Dipartimenti di prevenzione, lavorando in sinergia con i MMG e gli altri professionisti del team, anche partecipando alle



Unità di Valutazione Multidimensionali dei Distretti.

**La presenza dell'infermiere di famiglia è prevista secondo uno standard non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti.**

Tutte le attività sopra elencate sono a supporto dei servizi offerti dalle cure primarie, delle U.S.C.A. ma anche sono svolte in integrazione funzionale con i MMG, specie laddove non siano presenti già dei team di assistenza primaria organizzati (come le Medicine di Gruppo Integrate). Laddove siano attive forme associative evolute dei MMG, le attività sopra descritte in capo all'infermiere di famiglia del Distretto possono essere svolte dall'infermiere delle forme associative. Laddove, invece, non vi siano forme associative evolute dei MMG, l'infermiere di famiglia afferente al Distretto potrà svolgere, previo accordo con i MMG stessi, l'attività anche presso gli studi dei MMG che operano non in forma aggregata.

5. **le equipe multiprofessionali dell'ADI.** Nello specifico le attività infermieristiche domiciliari dovranno essere pianificate in modo che gli assistiti afferenti ad una stessa forma associativa della medicina generale (sia essa medicina di Rete, di Gruppo o Medicina di Gruppo Integrata) abbiano come riferimento sempre la medesima équipe ADI.
6. **i medici specialisti ambulatoriali interni,** attivati a seconda della tipologia di bisogno, potranno agire sia presso le sedi distrettuali, che presso il domicilio del paziente, che presso le strutture residenziali e le strutture di ricovero intermedie.
7. **il Dipartimento funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio** dovrà essere coinvolto a seconda della tipologia di bisogno, garantendo la propria consulenza anche a domicilio o presso le strutture residenziali qualora necessario.
8. **gli assistenti sociali** al fine di favorire la valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e l'integrazione con i servizi sociali e socio sanitari territoriali, **secondo uno standard non superiore ad un assistente sociale ogni due U.S.C.A. per un monte ore settimanale massimo di 24 ore.**
9. **gli operatori del Dipartimento di Prevenzione,** qualora si rilevassero necessità di gestioni legate all'emergenza COVID-19 ma anche attività correlate alla salute della comunità (prevenzione, gestione malattie infettive, ecc.).
10. **i servizi sociali delle Amministrazioni comunali e le Associazioni di volontariato** al fine di definire tutte le misure necessarie per assicurare la massima tutela e il supporto per le necessità della vita quotidiana per le persone sole e prive di caregiver.

Per migliorare e potenziare l'assistenza al domicilio o presso le strutture residenziali, i team multiprofessionali dovranno potersi avvalere di adeguati kit di monitoraggio dei pazienti al domicilio o presso le RSA, di adeguata attrezzatura diagnostica (termometro a distanza, misuratore di P.A., Ecografi ed ECG portatili) ed ogni altro presidio medico necessario, ivi compresi i farmaci di urgenza.

Per facilitare l'integrazione multiprofessionale sarà anche favorito l'impiego della telemedicina, non solo per il monitoraggio dei pazienti ma anche per la diagnostica, e la promozione del teleconsulto tra MMG e specialisti dell'Azienda ULSS di afferenza, anche tramite video-consulazione, promuovendo il collegamento del paziente previo appuntamento.

In particolare la presa in carico dell'apice della piramide richiede che questi team multiprofessionali



garantiscono il coordinamento dei diversi nodi della rete nell'attuazione dei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) o Piani Integrati di cura, condivisi dal team stesso e dal paziente, coinvolgendo anche la rete ospedaliera quale parte integrante delle transizioni protette, con importante funzione consulenziale nella definizione del Piano stesso e di supporto alla domiciliarizzazione. Il Piano Assistenziale Individuale costituirà parte integrante del Fascicolo Sanitario Elettronico e, quindi, sarà consultabile da tutti gli attori della filiera assistenziale.

A livello di sistema, **il Fascicolo Sanitario Elettronico rappresenta elemento portante per garantire la continuità dell'assistenza tra tutta la filiera assistenziale.**

Nell'ambito del Distretto sarà individuato un team di coordinamento/riferimento che coadiuvi i MMG/PLS per definire il percorso più appropriato dei pazienti fra ospedale e territorio. Le transizioni dovranno, comunque, essere monitorate dalla COT.

In via generale, **la COT viene a costituire il luogo di coordinamento della gestione delle transizioni ed il punto di raccordo tra le tre macrostrutture aziendali ossia Ospedale, Territorio e Dipartimento di Prevenzione.**

*I Team multiprofessionali sopradescritti afferiscono al Distretto.*

