



Regione Siciliana  
Azienda Sanitaria Provinciale di  
**AGRIGENTO**

DELIBERAZIONE COMMISSARIO STRAORDINARIO N. 1068 DEL 30 MAG 2024

Oggetto: Adozione piani attuativi Centrali Operative Territoriali (COT) –Case della Comunità (CDC)  
Ospedali di Comunità ( OdC) – Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

STRUTTURA PROPONENTE: Dipartimento Cure Primarie

PROPOSTA N. 1077 DEL 23/04/24

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO  
(TPO Infermieristico Dr. Vincenzo Lucio Mancuso)

Il Direttore del Dipartimento Cure Primarie  
(Dott. Ercole Marchica)

Il DIRETTORE  
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO  
Dr. Beatrice Scavago

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:

( ) come da prospetto allegato ( ALL. N. \_\_\_\_\_) che è parte integrante della presente delibera.

( ) Autorizzazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

C.E.

C.P.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

IL DIRETTORE ECOSEFOP  
SERVIZIO ECONOMICO  
FINANZIARIO E PATRIMONIALE  
Dr. Beatrice Scavago

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA

30 MAG 2024

L'anno duemilaventiquattro il giorno TRENTA del mese di MAGGIO nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

Dott. Giuseppe Capodieci, nominato con Decreto Assessoriale n. 1/2024/Gab del 31/01/2024, acquisito il parere del Direttore Sanitario, dott. Emanuele Cassarà, nominato con delibera n. 376 del 22/02/2023 e s.m.i., con l'assistenza del Segretario verbalizzante DOTT. SSA TERESA CINQUA, adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

## PROPOSTA

**Il Direttore del Dipartimento Cure Primarie e dell'integrazione socio sanitaria DOTT. ERCOLE MARCHICA**

VISTO il D.Lgs 502/92 e s.m.i.;

VISTA la L. R. n. 5/2009;

VISTO l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 265 del 23/12/2019 ed approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020, di cui si è preso atto con Delibera n. 880 del 10/06/2020;

VISTO il Regolamento (UE) del 12 febbraio 2021, n. 2021/241, che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza;

VISTO il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) approvato con Decisione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021 e notificato all'Italia dal Segretariato Generale del Consiglio con nota LT161/21, del 14 luglio 2021;

VISTO il Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 6 agosto 2021, come modificato dal Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 23 novembre 2021, con cui sono state assegnate alle singole Amministrazioni Titolari degli interventi (tra le quali il Ministero della Salute) le risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del PNRR provvedendo a ripartire le stesse e a definire traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione;

VISTO il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" che riguarda la definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale volta a definire modelli e standard relativi all'assistenza territoriale, alla base degli interventi previsti dalla Componente 1 della Missione 6 "Rete di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" del PNRR;

VISTO il Contratto Istituzionale di Sviluppo (C.I.S.) quale strumento di attuazione rafforzata degli interventi finanziati dal PNRR di competenza del Ministero della salute e sottoscritto da tutte le Regioni;

VISTO il Piano Operativo Regionale (POR); è documento parte integrante del CIS, di cui è allegato, che ricomprende l'aggregato di tutte le iniziative progettuali cui la singola Regione è chiamata a dare attuazione, comprensivo degli Action Pian, dei cronoprogrammi di attuazione, dei riferimenti finanziari e quindi dello scadenzario "Milestone & Target" da traguardare per l'ottenimento del finanziamento stesso;

VISTO il D.A. dell'Assessorato della Salute n. 664/22, quale provvedimento di delega all'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, per lo svolgimento di specifiche attività finalizzate alla realizzazione degli interventi in base alla relativa competenza territoriale.

Vista la nota 166530 del 08/11/2023 con cui si comunicava al Dirigente DPS ed al Dirigente Generale DASOE i nominativi individuati quali componenti del GLL e contestualmente venivano individuati i DD.SS.BB. dove sarebbero state attivate le strutture: COT, ODC, CDC sperimentalmente entro il 31/12/2024  
VISTA la delibera n. 58 del 11/01/2024 della Direzione Strategica che in esecuzione alla nota prot. n. 57145 del 31/10/2023 "Progetto di supporto alla realizzazione delle strutture territoriali previste dal PNRR. Convenzione tra Regione Siciliana e AGENAS", ha individuato i nominativi dei componenti del gruppo di lavoro locale;

Vista la nota 28047 del 15/02/2024 con cui si comunicava al Dirigente DPS ed al Dirigente Generale DASOE il cronoprogramma definitivo del progetto di supporto AGENAS con cui si comunicava la variazione delle sedi dove attivare sperimentalmente le strutture CDC e ODC;

Vista la nota 11972 del 11 Marzo 2024 a firma dei Dirigenti Generali DASOE e DPS avente per oggetto: "Convenzione AGENAS-Regione Sicilia Predisposizione Piani Operativi per realizzazione delle strutture in attuazione del DM 77: CdC-OdC-COT;

Visti i piani attuativi per le Centrali Operative Territoriali (COT) –Case della Comunità (CDC)- Ospedali di Comunità ( OdC) di cui agli allegati a) b) e c) predisposti dal GLL,

PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate:

Di approvare i piani attuativi per le Centrali Operative Territoriali (COT) –Case della Comunità (CDC)- Ospedali di Comunità ( OdC) di cui agli allegati a) b) e c) che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento ;

Stabilire che l'esecuzione della deliberazione verrà curata dal Dipartimento Cure Primarie;  
Munire la deliberazione della clausola di immediata esecuzione

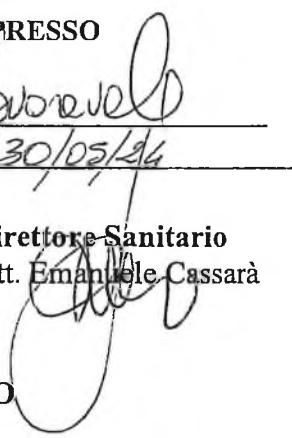
Attesta, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

Attesta, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

  
Il Direttore del Dipartimento Cure Primarie  
DOTT. ERCOLE MARCHICA

SULLA SUPERIORE PROPOSTA VIENE ESPRESSO

Parere buone volle  
Data 30/05/96

  
Il Direttore Sanitario  
Dott. Emanuele Cassarà

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

Vista la superiore proposta di deliberazione, formulata dal Direttore del Dipartimento Cure Primarie DOTT. ERCOLE MARCHICA, che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

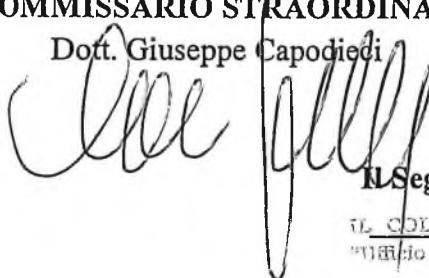
Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta;

Tenuto conto del parere espresso dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;  
**DELIBERA**

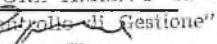
di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal Direttore del Dipartimento Cure Primarie DOTT. ERCOLE MARCHICA

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

Dott. Giuseppe Capodiedi



**Il Segretario verbalizzante**

IL COLLABORATORE AMM.VO TPC  
"Giulio Stell"   
"Controllo di Gestione"  
Dott.ssa Teresa Cinque



# Piano di Attuazione Casa della Comunità

Convenzione AGENAS-Regione Sicilia  
Predisposizione Piani Operativi per la realizzazione delle strutture in attuazione del DM  
77/2022

## ASP di Agrigento



## Indice

<b>Servizio Sanitario Nazionale – Regione Sicilia AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO .....</b>	<b>1</b>
CASA DELLA COMUNITA’ – NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO – .....	3
LA STRUTTURA ATTUALE DEL PTA DI AGRIGENTO .....	4
PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI PER L’ATTUAZIONE DELLA CDC DI AGRIGENTO .....	5
MODALITA’ FUNZIONALI DELLA CASA DI COMUNITA’ .....	5
LO SVILUPPO DEL PROCESSO .....	6
SERVIZI SANITARI PREVISTI ALL’INTERNO DELLA CASA DI COMUNITA’ DI AGRIGENTO ..	9
SOTTOSCRIZIONE DI ACCORDI DI PROGRAMMA CON GLI AMBITI SOCIALI .....	12
FABBISOGNO SANITARIO E SOCIO SANITARIO .....	13
LA STRUTTURA RISPETTA QUANTO PREVISTO DAI QUADERNI AGENAS – CDC: .....	16
DOTAZIONI STRUTTURALI .....	18
PLANIMETRIA SDP – PIANO 4° - PORZIONE DESTINATA A CASA DI COMUNITÀ .....	19
SISTEMI INFORMATICI .....	21
RISORSE UMANE .....	23
INDICATORI DI MONITORAGGIO .....	26

## CASA DELLA COMUNITÀ – NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO –

La **Casa della Comunità** (CdC) è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria. La CdC rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'**assistenza di prossimità** per la popolazione di riferimento. Tale struttura costituisce inoltre la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di **interventi sanitari** e di **integrazione sociale**: è infatti, il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza.

La CdC promuove un modello di **intervento integrato e multidisciplinare**, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari: l'attività, infatti, 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, altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali del bacino di riferimento. 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 del servizio di relazioni al pubblico e di assistenza all'utenza.

La missione di questa struttura sanitaria, pertanto, sarà quella di prendersi cura delle persone fin dal momento dell'**accesso**, attraverso l'accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia, la responsabilità professionale e la valorizzazione delle competenze, anche con lo scopo di eliminare gli accessi impropri dagli ospedali. Inoltre, l'adozione di un modello basato sull'**integrazione funzionale** tra i diversi erogatori di servizi sanitari consente un utilizzo delle risorse umane e professionali più positivo per il successo della struttura stessa. Come definisce il DM 77 l'obiettivo dello sviluppo delle CdC è quello di **garantire in modo coordinato**:

- 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;
- la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso l'assistenza al pubblico e il supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti svolti dal Punto Unico di Accesso (PUA);
- la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'équipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;
- la promozione e tutela della salute dei minori e della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata, la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali;

- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali.

La CdC rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo un **approccio intrasettoriale** dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei molteplici ambiti di competenza.

Costituisce pertanto un progetto di innovazione in cui la comunità degli assistiti non è solo **destinataria di servizi** ma è **parte attiva** nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa: disegnando nuove soluzioni di servizio, contribuendo a costruire e organizzare le opportunità di cui ha bisogno al fine di migliorare qualità della vita e del territorio, rimettendo al centro dei propri valori le relazioni e la condivisione.

## LA STRUTTURA ATTUALE DEL PTA DI AGRIGENTO

Sede: Via Giovanni XXIII

Direttore: Dott. Ercole Marchica

Di seguito sono elencati i servizi attualmente attivi presso l'attuale Presidio Territoriale di Assistenza (PTA):

### Assessment organizzativo attuale:

BRANCA	N.ORE SPECIALISTICA PTA AG
ALLERGOLOGIA	6
ANGIOLOGIA	16
CARDIOLOGIA	64
DERMATOLOGIA	24
DIABETOLOGIA	88
ENDOCRINOLOGIA	45
GERIATRIA	12
GINECOLOGIA	12
NEFROLOGIA	14
NEUROLOGIA	6
OCULISTICA	41
ONCOLOGIA	21
ORTOPEDIA	36
ORL	30
PNEUMOLOGIA	76
RADIOLOGIA	58
REUMATOLOGIA	12
UROLOGIA	18

## **PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI PER L'ATTUAZIONE DELLA CDC DI AGRIGENTO**

- Costituzione del gruppo di lavoro locale GLL, istituito con delibera n. 58 del 11/01/2024;
- Monitoraggio attuazione delle linee di intervento afferenti l'implementazione del distretto pilota AGENAS;

a) Censimento, Analisi e valorizzazione delle reti sociali esistenti e delle esperienze già in atto nelle Comunità, gestite da strutture e associazioni attive “non istituzionali” e contestuale analisi delle Risorse Umane dedicate dai Servizi Sociali comunali, in organico ed in convenzione.

b) Mappatura dei livelli di competenze e di abilità (capabilities) presenti nel contesto, da sviluppare anche attraverso una formazione mirata, nella prospettiva del Community Engagement e dell'Empowerment comunitario. Si tratta, in altri termini, di sviluppare un “capitale sociale”, in particolare attento alle problematiche delle persone più vulnerabili, in modo da:

□ Andare oltre lo stereotipo di “paziente” e di “presa in carico”, facendo in modo che le persone assumano un ruolo attivo per la propria salute e, più in generale, per la propria vita nel contesto di riferimento;

□ Attivare processi di “creazione di capitale sociale” attraverso una “leadership distribuita” nel Terzo Settore, che insieme al potenziale tecnico dei servizi istituzionali a sussidio e complemento delle attività, possa generare arricchimento reciproco e condurre a risultati socio-sanitari più diffusi e più efficaci per le componenti più fragili delle Comunità.

- Rilevazione di bisogni inespressi nell'area fragilità/vulnerabilità in accordo con i Servizi Sociali e Terzo Settore (Caritas, Croce Rossa, etc....) e del volontariato
- Riduzione del GAP tra bisogni e risorse attraverso l'ottimizzazione degli interventi, con particolare attenzione alla riduzione delle sovrapposizioni di prestazioni e all'inefficacia delle stesse (outcome).
- Co-progettazione e co-programmazione di pacchetti di prestazioni anche in convenzione esterna con le strutture accreditate, mediante la regia della Casa di Comunità verso Target di pazienti individuati attraverso la stratificazione della popolazione.

## **MODALITA' FUNZIONALI DELLA CASA DI COMUNITA'**

La Casa di Comunità (CdC) garantisce la presenza di 1 medico h24 e di altri professionisti sanitari, Infermieri professionali di cui 1 IdC coordinatore, 7/7 con connotazione hub ed operatori quali OSS e assistenti amministrativi / operatori informatici. Tutta la dotazione organica sarà integrata secondo D.M. 77/2022.

La Casa di Comunità opera in modalità integrata, multidisciplinare e interconnessione coinvolgendo tutti i professionisti dei seguenti servizi:

- COT
- PUA
- CUP
- URP
- Punto prelievi
- Servizi diagnostici per cronicità AGI/UVM/UVD
- Strumenti di telemedicina (vedi progetto carceri)
- Ambulatori MMG: AFT-UCCP e Servizio Cure Primarie con composizione di équipe

multiprofessionali (MMG, PLS, Infermiere specializzato, psicologo clinico, assistente sociale specialista, dietista o nutrizionista, esperto in salute pubblica, esperto in gestione delle dipendenze, esperto in medicine alternative (specialista in agopuntura)

- PLS
- UCA
- Ambulatori specialistici/servizi diagnostici di base
- ADI
- Consultorio Familiare
- Medicina Scolastica
- Profilassi vaccinale
- Farmacia territoriale
- Ambulatorio screening mammografico
- Psicologo clinico di comunità
- Servizio di Salute Mentale e SerT.
- OdC

## LO SVILUPPO DEL PROCESSO

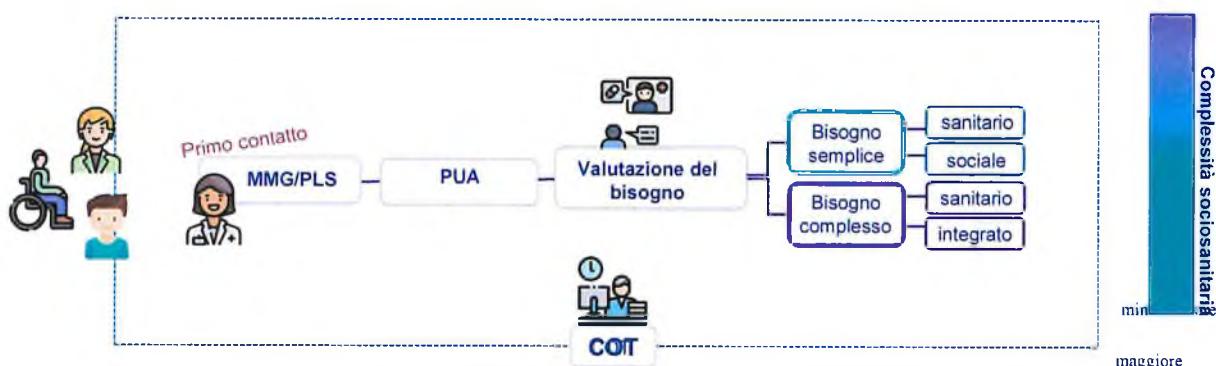
La CdC introduce un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso la modalità operativa dell'équipe multiprofessionale territoriale. Essa rappresenterà il luogo in cui il SSN si coordinerà ed integrerà con il sistema dei servizi sociali degli enti locali dell'area di riferimento 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.

All'interno della CdC, che sarà ubicata presso il PTA Centro, saranno avviati percorsi sperimentali classificati in base ai livelli di stratificazione del rischio, considerando i bisogni socio-sanitari della popolazione.

Inoltre, è previsto, presso il PTA Centro, un potenziamento dei PDTA relativo alla presa in carico delle persone con patologie croniche.

### La stratificazione integrata di presa in carico

Per la ridefinizione dei modelli organizzativi socio sanitari, coerentemente con il raggiungimento degli obiettivi previsti dal progetto, la rete dei servizi deve superare la verticalizzazione dei sistemi disegnando "un'architettura organizzativa", che parta dai bisogni del paziente (sanitari e/o sociali), e che coinvolga le strutture attraverso le relazioni tra professionisti nei diversi livelli di cura.

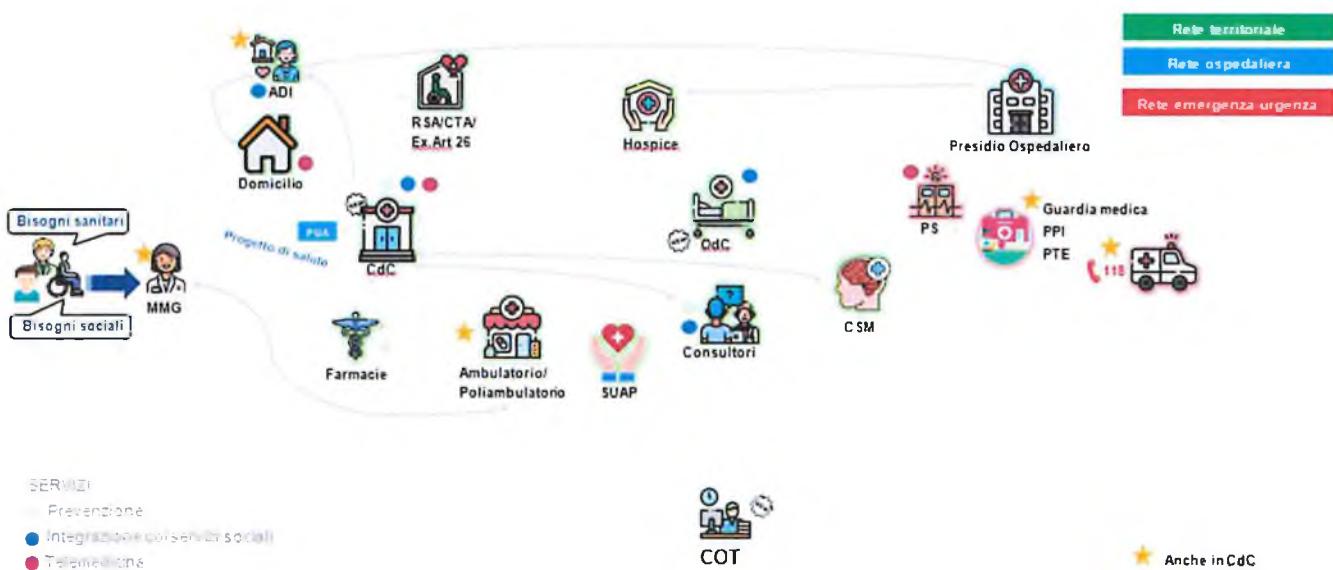


## Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socio sanitari

Classificazione del bisogno sociosanitario	Condizione		Bisogno/intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
	Clinica	Sociale		
<b>1</b> Persona in <b>salute</b>	<b>Assenza</b> di condizioni patologiche	<b>Assenza</b> di determinanti sociali deficitari	<b>Assenza di necessità</b> assistenziali	Azioni di <b>promozione</b> della salute e di <b>prevenzione</b> primaria
<b>2</b> Persona con <b>complessità</b> clinico/assistenziale <b>minima</b> o limitata nel tempo	<b>Assenza</b> di cronicità/fragilità	<b>Assenza</b> di determinanti sociali deficitari	<b>Utilizzo sporadico</b> dei servizi	Azioni proattive di <b>stratificazione del rischio</b> basato su familiarità e stili di vita
<b>3</b> Persona con <b>complessità</b> clinico/assistenziale <b>media</b>	<b>Presenza</b> di cronicità e/o fragilità e/o disabilità inizialmente prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo.	<b>Assenza</b> di determinanti sociali deficitari	<b>Bassa/media frequenza</b> di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di <b>presa in carico</b> , supporto proattivo e di orientamento
<b>4</b> Persona con <b>complessità</b> clinico/assistenziale <b>medio/alta</b> con o senza fragilità sociale	<b>Presenza</b> di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse	<b>Eventuale presenza</b> di determinanti sociali deficitari	<b>Elevato utilizzo</b> dei servizi sanitari e sociosanitari con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, <b>integrazione tra setting assistenziali</b> presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
<b>5</b> Persona con <b>complessità</b> clinico/assistenziale <b>elevata</b> con eventuale fragilità sociale	<b>Presenza</b> di multimorbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza)	<b>Presenza</b> di determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	<b>Bisogni assistenziali</b> prevalenti e <b>continuativi</b> di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, <b>integrazione tra setting assistenziali</b> presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
<b>6</b> Persona in <b>fase terminale</b>	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistono più possibilità di guarigione		<b>Bisogni sanitari prevalentemente palliativi</b>	

### Gli snodi tra diversi *setting assistenziali* del distretto Socio Sanitario (100.000 abitanti)

Nella figura sottostante sono rappresentati tutti i potenziali snodi correlati ai vari punti di offerta nel territorio. Da ciascun *setting*, si diramano "n" percorsi che seguono i sei livelli di stratificazione del bisogno sociosanitario.



Le CdC rappresentano un nodo centrale della rete dei servizi territoriali sotto la direzione del Distretto. La loro centralità è data, sul lato del governo della domanda, dalle funzioni di sanità di iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario, di filtro di accesso e indirizzo dei pazienti; sul lato dell'offerta dal lavoro multiprofessionale, dall'integrazione tra unità di offerta afferenti a materie e discipline diverse, dal coordinamento tra sociale e sanitario; sul lato della governance dal coinvolgimento attivo della comunità e dei pazienti

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. Costituisce un progetto di innovazione in cui la comunità degli assistiti non è solo destinataria di servizi ma è parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa: disegnando nuove soluzioni di servizio, contribuendo a costruire e organizzare le opportunità di cui ha bisogno al fine di migliorare qualità della vita e del territorio, rimettendo al centro dei propri valori le relazioni e la condivisione.

### Principali casi d'uso dei percorsi sociosanitari

Per ogni caso d'uso, sono stati ipotizzati dei percorsi identificando gli input/output, le fasi del processo e gli attori coinvolti.

Livello del bisogno di salute	
1	Persona in salute
2	Persona con complessità clinico/assistenziale minima
3	Persona con complessità clinico/assistenziale media
4	Persona con complessità clinico/assistenziale medio/alta
5	Persona con complessità clinico/assistenziale elevata

### Fasi del processo

Per ciascun percorso sono previste le seguenti macrofasi, riassunte come segue:

- **Valutazione** dei bisogni socio-sanitari-assistenziali del paziente
- **Programmazione** clinica e organizzazione amministrativa
- **Erogazione** delle prestazioni

## **SERVIZI SANITARI PREVISTI ALL'INTERNO DELLA CASA DI COMUNITÀ DI AGRIGENTO**

### **PUA**

Già presenti locali, arredi, computer, dotazione organica presente oggetto di ulteriore implementazione: 3 assistenti sociale, 1 informatico". Il PUA utilizza già due software dedicati e integrati (Efesto e Arianna) ed è già attiva l'interconnessione tra ospedali e Distretto; al momento si sta lavorando per l'interconnessione orizzontale tra i servizi territoriali (ADI, UVM, UVMD, UVD), gli ambulatori specialistici, gli Ambulatori a Gestione Integrata, i Medici di Medicina Generale, la Salute Mentale (DSM) e il Servizio per le Dipendenze Ser.T, (Riscontro nota Prot. N. 46423 del 23/02/2024 in merito alla relazione sullo stato di fatto e di progetto sui software a servizio delle COT).

### **Punto prelievi**

Già presente.

### **Ambulatori MMG e PLS:**

Ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) avranno lo scopo di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. 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.

L'obiettivo principale è lo sviluppo di un modello ambulatoriale di gestione integrata dei pazienti cronici, che definisce un processo assistenziale continuo comprendente l'individuazione precoce, la formulazione della diagnosi, l'impostazione del trattamento e l'inserimento in una rete assistenziale con un percorso identificato ed un Piano di Cure standardizzato e nello stesso tempo personalizzato.

Esso valorizza l'intervento di presa in carico totale e proattiva secondo quanto definite con il Chronic Care Model.

Attenzione particolare è diretta al miglioramento della comunicazione fra gli operatori sanitari e alla patient awareness con lo scopo di migliorare l'empowerment e la compliance terapeutica.

### **Servizi Diagnostici di base per le cronicità**

Già presenti. Tutti i servizi sottoelencati seppur lavorando già in rete presentano ancora un'organizzazione verticale a silos mancando attualmente dell'interoperabilità informatica necessaria alla gestione totale ed integrata del paziente e delle sue transizioni attraverso i diversi setting assistenziali, il nuovo modello pianificato colmerà tale deficit attraverso l'utilizzo dei sistemi informativi interconnessi e favorire la transizione dei pazienti per mezzo delle COT.

I servizi diagnostici presenti nel PTA verranno potenziati per consentire screening e diagnosi precoce per i pazienti cronici e l'area materno infantile, con l'integrazione di apparecchiature già in fase di installazione: TAC, mammografo e la dotazione di ecografi portatili per tutte le aree specialistiche presenti (ORL, urologia, cardilogia, diabetologia etc...).

**ADI:** Il servizio già attivo presso i DD.SS.BB. Aziendali, con il modello suggerito dal D.M: 77/22 e la nuova configurazione pianificata all'interno delle case della comunità faciliterà il raggiungimento degli standard di sviluppo dell'assistenza domiciliare auspicati dal DM stesso :

- 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente entro il 2025, misurato mediante il seguente indicatore “% di pazienti over65 in assistenza domiciliare” considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni "presi in carico" per tutti i CIA;
- 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;
- alimentazione del Sistema Informativo Assistenza Domiciliare – SIAD;
- interfaccia e raccordo con la Centrale Operativa Territoriale attraverso piattaforme digitali, che facilitino l'inserimento dei dati dell'assistito nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

**AGI** (Ambulatori a Gestione Integrata): Il modello ambulatoriale di gestione integrata dei pazienti cronici definisce un processo assistenziale continuo che comprende l'individuazione precoce, la formulazione della diagnosi, l'impostazione del trattamento e l'inserimento in una rete assistenziale con un percorso identificato ed un Piano di Cure standardizzato e nello stesso tempo personalizzato. Esso valorizza l'intervento di presa in carico totale e proattiva secondo quanto definito con il Chronic Care Model. Attenzione particolare è diretta al miglioramento della comunicazione fra gli operatori sanitari e alla patient awareness con lo scopo di migliorare l'empowerment e la compliance terapeutica.

Per definire i punti della rete da utilizzare per le prestazioni sanitarie dedicate al percorso di cure dei cronici, è stata effettuata una ricognizione in ambito sia dell'ASP che delle 3 aziende ospedaliere presenti in provincia così da mappare gli ambulatori dedicati e poterli classificare per livello di intensità di cura all'interno degli stessi percorsi.

**UVM** (Unità di Valutazione Multidimensionale) /**UVD** (Unità di Valutazione per la Disabilità): è obiettivo di entrambe le unità di valutazione il rafforzamento della presa in carico integrata attuando per ogni individuo attraverso l'analisi dei bisogni individuali la continuità assistenziale mediante un processo di integrazione unitario ed uniforme che standardizzi il percorso e gli strumenti utilizzati in interconnessione tra professionisti, organizzazioni e istituzioni coinvolte.

La valutazione multidimensionale è per definizione un “processo globale e dinamico interdisciplinare volto ad identificare e descrivere la natura e l'entità dei problemi di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale di una persona”. Lo scopo dell'Unità Valutativa Multidimensionale (U.V.M.) è quello di definire Piani di intervento Personalizzati, individuazione del case-manager, valutazione dei risultati ottenuti in relazione agli obiettivi programmati.

Composizione Unità Valutativa Multidimensionale distrettuale (UVM):

Secondo il Decreto 12 novembre 2007, le figure professionali che costituiscono l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), la cui composizione varia in relazione al bisogno, risulta composta come segue:

- Responsabile distrettuale U.O. ADI - il MMG (PdLS in caso di minori)
  - l'infermiere
  - l'assistente sociale
  - il terapista della riabilitazione
  - il responsabile distrettuale ADI, qualora lo ritenga opportuno sulla scorta dell'istanza presentata si avvale dell'intervento degli specialisti convenzionati interni di riferimento (geriatra, neurologo, fisiatra, psichiatra, neuropsichiatra infantile, palliativista, etc.)
- L'UVM effettua la Valutazione multidimensionale (VMD), a seguito della ricezione della richiesta dal PUA corredata della SVAMA Sanitaria inviata dal MMG/PLS di norma entro la 48 ore successive, può ritenere opportuno recarsi al domicilio o in altro luogo di residenza anche temporanea dell'utente con il fine di:
- 1) garantire accoglienza, diagnosi e presa in carico dei pazienti e dei loro familiari, attraverso la selezione e gestione delle priorità, sia di valutazione che d'ingresso nella rete dei servizi;
  - 2) predisporre, per ogni singolo utente, un progetto assistenziale e riabilitativo individuale attraverso una valutazione diagnostica multidisciplinare iniziale finalizzata all'inserimento più idoneo nella rete dei servizi;
  - 3) razionalizzare ed omogeneizzare gli interventi per ottenere il miglior utilizzo della rete dei servizi socio-assistenziali e sanitari a domicilio;
  - 4) agevolare la permanenza, il più a lungo possibile, della persona in stato di bisogno sociosanitario presso il proprio domicilio;
  - 5) favorire la deospedalizzazione al fine di evitare i ricoveri impropri;
  - 6) perseguire il rientro nell'ambiente familiare, dopo la permanenza in strutture residenziali;
  - 7) verificare l'attuazione dei progetti assistenziali (residenziali, semiresidenziali e domiciliari) tramite il monitoraggio periodico delle variazioni dello stato di salute, in relazione ai risultati conseguiti con gli interventi già effettuati, volgendo specifica attenzione all'appropriatezza dell'allocazione e all'efficacia degli interventi assistenziali erogati;
  - 8) ottimizzare la spesa socio-sanitaria;
  - 9) fornire i dati statistici ed epidemiologici relativi alle attività distrettuale;
  - 10) operare in sinergia con gli enti locali, strutture ospedaliere, strutture residenziali e semiresidenziali;
  - 11) favorire l'integrazione socio-sanitaria attraverso un punto unico di accesso della domanda "Comune - ASP" implementando le competenze e i servizi in modo complementare.

Per realizzare un servizio omogeneo di Cure Domiciliari sul territorio, che nella fattispecie coincide con l'ambito territoriale dell'ASP di Agrigento, sono stati definiti gli assetti organizzativi ed una puntuale individuazione del ruolo dei vari attori, chiamati ad operare in modo sinergico, rappresentati da:

- Servizi distrettuali
- Medici dell'Assistenza Primaria e Pediatri di LS
- Altri servizi aziendali territoriali ed ospedalieri (poliambulatori, presidi ospedalieri, ecc.)
- Famiglia e/o rete del volontariato.
- Enti Locali (servizi socio-assistenziali)

A questo riguardo, sono state previste forme di concertazione finalizzate alla piena integrazione socio-sanitaria tra Autonomie Locali e SSN., con l'obiettivo di realizzare una piena integrazione individuata dal legislatore come strumento strategico per aggredire i bisogni socio-assistenziali

della popolazione; è per l'appunto questo l'indirizzo della Legge n° 328/2000 cui hanno fatto seguito le relative disposizioni attuative regionali, primo fra tutti il D.P.R.S. n.243 del 03.11.2002 (Linee Guida per l'attuazione del piano socio-sanitario delle Regione Sicilia) a cui ne sono seguiti altri.

## **SOTTOSCRIZIONE DI ACCORDI DI PROGRAMMA CON GLI AMBITI SOCIALI**

### **Pianificazione e Sviluppo Integrazione Socio Sanitaria**

Le normative nazionali (l. n. 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” e le successive norme attuative regionali, individuano in maniera chiara i soggetti istituzionali che partecipano alla costruzione del Sistema Integrato degli interventi e dei servizi i alla persona: Comuni, Provincia, ASL , Soggetti sociali e solidali.

Lo stesso D.A. 2461/07 del 12.11.2007, definisce i criteri dell'integrazione, partendo dalla VMD come unico metodo di approccio ai problemi, in considerazione che il “PAI prevede un insieme di azioni e prestazioni appartenuti sia al comparto sanitario che sociale, ma l'obiettivo fondamentale della presa in carico socio-sanitaria è l'integrazione delle prestazioni, che è indipendente dai fattori produttivi che le elaborano, ma diventa obiettivo determinante della continuità assistenziale e della risposta multidimensionale ai problemi di salute con determinanti o concause di carattere sociale”. E' stabilisce altresì la caratterizzazione di tutti quegli interventi che facilitano la permanenza al domicilio della persona fragile quali:

- 1) interventi erogati per la tutela della salute e di supporto alla famiglia: assistenza domiciliare integrata (ADI), sanitaria e sociale (comprendente la fornitura di protesi e ausili), telesoccorso e teleassistenza, interventi delle reti solidaristiche della comunità locale;
- 2) interventi di sostegno economico: assegni di cura e contributi economici alle persone e alle famiglie, differenziati a seconda del carico di cura, della tipologia e delle modalità di assistenza fornita, della situazione economica;
- 3) interventi di sollievo alla famiglia: centri diurni, ricoveri temporanei, soggiorni climatici, etc., per persone in situazione di dipendenza assistenziale.

Operare in rete significa raccordare le risorse solidaristiche pubbliche e private del territorio, fornire indicazioni per accedere anche ad altre risorse (invalidità civile, riconoscimento di handicap in situazione di gravità, etc.), sostenere le relazioni familiari, soprattutto quando sono compromesse, a livello di famiglia estesa”.

I processi di integrazione socio-sanitaria diventano fondamentali per garantire, equità, trasparenza, efficienza, sicurezza qualità e solidarietà.

Considerato che è il DSB , per sua natura, il centro di coordinamento tra domanda ed offerta, centro di attività di prevenzione e strumento in grado di orientare l'utente al servizio più appropriato. Il Distretto deve assicurare tutti i percorsi di accesso dell'utente ai servizi ed alle prestazioni, garantendo l'appropriatezza e la continuità assistenziale, nonché l'integrazione con i Servizi socio-assistenziali. Sin dal Piano Attuativo Aziendale 2014 (Integrazione Socio-sanitaria) sono stati rivisitati gli accordi di programma ed i protocolli d'intesa ASP/COMUNI ex legge 328/2000 per rinnovo piano triennale, gli accordi di programma redatti nei sette distretti socio-sanitari tengono conto delle recenti indicazioni per la presa in carico dei soggetti di età superiore a 65 anni che hanno avuto dei finanziamenti a destinazione vincolata in alcuni progetti regionali e dei prossimi finanziamenti relativi ai PAC Anziani e smi.

### **Interazione con il sociale**

Al fine di favorire una piena l'integrazione socio-sanitaria in linea con le indicazioni del Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022 n. 77 (DM 77/2022), si è dato mandato ai DD.SS.BB. di analizzare i Piani di Zona stipulati e di promuovere una rivisitazione degli stessi .

Il “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale” , richiama il SSN a rafforzare i servizi territoriali anche “attraverso la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti”, nonché “attraverso la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso

il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.)”.

Per le Case della Comunità (CdC), in particolare, il Regolamento indica la “partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato” quale standard organizzativo obbligatorio sia per le CdC hub, sia per le CdC spoke.

L’analisi degli indicatori relativi alla domanda sociale del singolo distretto, permetterà di programmare le strutture e i servizi offerti suddivisi per ogni area sociale d’intervento:

- Area sociale d’intervento.
- Area povertà
- Area anziani
- Area dipendenze
- Area disabili
- Area minori famiglia

### **FABBISOGNO SANITARIO E SOCIO SANITARIO.**

Preliminariamente è necessario evidenziare i fattori evolutivi del nuovo sistema sociosanitario previsto dal DM77/22 , gli obiettivi e gli attori.

Le Case della Comunità (CdC) sono strutture sanitarie che forniscono i servizi sanitari di base e che, negli obiettivi del PNRR, devono coordinare gli interventi e i servizi socio-sanitari: in queste strutture lavorano in équipe Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), infermieri di famiglia, medici specialisti e altri professionisti sanitari, assistenti sociali.

Le CdC si pongono quindi l’obiettivo di promuovere un modello di intervento multidisciplinare e a forte integrazione socio-sanitaria.

Alla luce di questa definizione la CdC diviene centrale non solo come “luogo fisico” ma anche come “modello organizzativo di prossimità”, che impegna le Aziende a riconfigurare l’intera rete di servizi e strutture fisiche preesistenti.

Nelle CdC sono previste funzioni afferenti a 4 macro aree:

1. area della prevenzione e promozione della salute (con le attività descritte qua sopra);
2. area dell’assistenza primaria: nella quale i MMG afferenti a una CdC concorrono all’erogazione delle attività e alla gestione dei processi assistenziali, fisici o digitali, distrettuali;
3. area specialistica ambulatoriale e diagnostica di base (di 1° livello): si prevede che le agende della specialistica e della diagnostica siano per la maggior parte dedicate ai MMG e ai PLS, di cui sopra, per la prenotazione di prestazioni in favore di propri assistiti. L’attività specialistica ambulatoriale dovrà comprendere tutte le principali discipline dell’azienda sanitaria relative alla gestione delle patologiche croniche;
4. Area dell’integrazione con i servizi sociali e con la comunità: su questa area concentriamo la riflessione, a partire da alcuni elementi cruciali come il Punto Unico di Accesso (PUA), la Valutazione multidimensionale/PAI, l’integrazione con i servizi specialistici.

Le azioni delle Aziende dovranno favorire il ruolo centrale nella presa in carico svolto dai medici di cure primarie, incentivando l’accesso presso le Case della Comunità (CdC) che favorisca la massima collaborazione con la medicina specialistica, anche attraverso lo sviluppo tecnologico dell’informatica e della telemedicina.

In cooperazione con il medico di famiglia, sia presso la CdC, che a domicilio, che nei luoghi della comunità di riferimento, viene introdotta la figura dell’Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC).

In particolare i medici delle cure primarie saranno inseriti nelle Case della Comunità con il ruolo centrale:

- di prevenzione e promozione della salute;
- di individuazione dei fattori di rischio e di diagnosi tempestiva delle patologie croniche anche attraverso lo sviluppo della medicina di iniziativa e di strategie di offerta attiva;
- di presa in carico dei pazienti cronici e fragili;
- di partecipazione alle attività di valutazione multidimensionale;
- di integrazione della continuità assistenziale nelle funzioni erogate dalle forme associate di cure primarie.

Da un punto di vista degli strumenti, andranno promosse, anche attraverso l'utilizzo delle diverse forme incentivanti e attraverso idonee sperimentazioni:

- la collaborazione con i medici specialistici, anche attraverso un sistema informativo, che favorisca tale attitudine;
- l'interazione con i servizi presenti all'interno della CdC;
- la disponibilità di adeguate forme di supporto amministrativo e informatico.

Per quanto sopra esposto, la popolazione di riferimento è rappresentata dall'intera popolazione del Distretto socio sanitario di riferimento, seppure il target di popolazione che destinataria di maggiore interesse è rappresentato dalle persone affette da patologie croniche.

Infatti i maggiori sforzi organizzativi ed erogativi presso le CDC sono finalizzati a prendere in carico i pazienti di elevata complessità assistenziale a fronte di una bassa intensità di cure, permette all'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento di potere colmare le carenze assistenziali che in atto si verificano nell'ambito della medicina di transizione, e soddisfare l'offerta extra-ospedaliera attraverso appunto la creazione 18 CDC previste in provincia che in stretta collaborazioni con le strutture ospedaliere che insistono sul territorio dell'ASP ed in collegamento con le COT ed integrata con il servizio sociale, sarà in grado di rispondere alle diverse esigenze di assistenza di persone e famiglie con bisogni di salute semplici e complessi .

Lo scopo è quello di conseguire un'erogazione di servizi sempre più mirati ed appropriati, utilizzando i diversi setting assistenziali a propria disposizione (ospedaliero, residenziale/domiciliare, pubblico/privato accreditato) utilizzando maggiormente le risorse della comunità, che sono più prossime al paziente (famiglia, servizi, rete formale e informale).

L'orientamento a tale modello organizzativo è stato determinato dal progressivo invecchiamento della popolazione il numero di pazienti con multi cronicità è in costante aumento con un crescente impatto nel consumo di risorse sanitarie.

Una sfida per i sistemi sanitari riguarda il passaggio da un approccio assistenziale re-attivo ad uno pro-attivo ("medicina di iniziativa"). La identificazione dei pazienti che maggiormente potrebbero beneficiarne rappresenta uno dei punti cruciali.

Considerato che, un terzo della popolazione complessiva (33,1%) è affetto da almeno una delle patologie croniche di seguito elencate: dislipidemia, ipertensione, scompenso,

diabete, depressione, BPCO/Asma. Tale percentuale ha un minimo dell'8% nella fascia d'età più giovane (0-39 anni) mentre tocca l'83,5% in quella più anziana ( $\geq 80$  anni). La percentuale di spesa assorbita dai pazienti affetti da patologie croniche si attesta al 79% nel farmaceutico, al 52% nei ricoveri ed al 53% nelle prestazioni specialistiche. Tra i pazienti affetti da patologie croniche il 54% è affetto da solo una patologia, il 27% da due, il 14% da 3 mentre il restante 5% ha 4 o più patologie croniche. Tra le multi-patologie croniche la più diffusa (19% dei casi) risulta essere la dislipidemia associata ad ipertensione, seguita da ipertensione e scompenso (9%) ed ipertensione e diabete (9%). Le multi-patologie croniche coinvolgono il 54% della popolazione con età superiore ad 80 anni, mentre interessano l'1% della popolazione nella fascia d'età 0-39 anni. La spesa farmaceutica pro capite incrementa all'aumentare del numero di patologie croniche concomitanti, passando da una media di € 377 pro capite (una patologia) a € 2.919 (cinque o più). In modo analogo ciò avviene per i ricoveri (€ 810 una patologia e € 7.062 cinque o più) e per le prestazioni specialistiche (€ 196 una patologia, € 523 cinque o più).

Considerato altresì che vi è una percentuale che varia tra 50-90% di non-compliance tra i pazienti soggetti a regimi terapeutici prolungati a causa di patologie croniche e che tra il 16-50% dei pazienti con ipertensione interrompe il trattamento entro il primo anno di cura e che pertanto il 64% delle ospedalizzazioni per scompenso cardiaco sono dovute a non compliance alla terapia. L'eccesso di mortalità per malattie circolatorie è sostenuto in particolare dalle malattie cerebrovascolari. I disturbi circolatori dell'encefalo fanno registrare, per entrambi i sessi, un numero relativamente alto di decessi dall'analisi eseguita su base distrettuale si evidenziano eccessi significativamente superiori all'atteso regionale in entrambi i sessi nel distretto di Licata. Il diabete rappresenta il 90% del totale delle patologie delle ghiandole endocrine ed è responsabile, rispettivamente per gli uomini e per le donne, del 42,2% e del 57,8% del numero totale medio dei decessi osservati per questa causa di morte (2.449). I rapporti standardizzati di mortalità evidenziano eccessi statisticamente significativi tra le donne nella provincia di Agrigento in tutta la regione Sicilia.

L'analisi condotta su base distrettuale ha evidenziato eccessi significativamente più elevati rispetto all'atteso regionale in entrambi i sessi nei distretti di Ribera, tra gli uomini si segnalano SMR più elevati nel distretto di Agrigento tra le donne invece si evidenziano valori più elevati nei distretti di Bivona, Canicattì, Licata, (Lampedusa e Linosa che pur appartenendo ad altra ASP dal punto di vista assistenziale risulta emblematico ai fini epidemiologici). La mortalità per malattie respiratorie risulta in eccesso a livello regionale. In particolare per BPCO si registrano quasi 1.500, con un marcato interessamento del genere maschile localizzato prevalentemente nella parte centrale dell'isola. I rapporti standardizzati di mortalità evidenziano valori significativamente in eccesso tra gli uomini nelle province di Agrigento e Caltanissetta; l'analisi condotta su base distrettuale ha invece evidenziato eccessi significativamente più elevati rispetto all'atteso regionale in entrambi i sessi nel distretto sanitario di Casteltermini, tra gli uomini si osservano eccessi nel distretto di Agrigento.

Uno degli obiettivi della piena attuazione delle strutture previste dal DM.77 /22 è quella di potenziare una rete virtuosa di professionisti per affrontare nel modo più adeguato le patologie croniche presenti sul territorio della ASP di Agrigento, partendo in prima battuta con la sperimentazione pilota sul territorio del distretto di Agrigento e Sciacca.

Allo stato attuale, tutti i presidi ospedalieri eseguono Dimissioni facilitate e le dimissione protette verso gli sportelli PUA distrettuali, presso i quali negli scorsi anni si sono già

svolte attività per la costituzione dei PUA distrettuali e per l’attivazione degli ambulatori a Gestione Integrata. Si stanno dedicando risorse alla risposta territoriale verso i bisogni non acuti.

In linea con le indicazioni del DM 77/22, si è deciso, di puntare il focus sui seguenti aspetti:

- Cooperazione con i Medici di Medicina Generale ;
- Migliore definizione dei percorsi assistenziali, anche in base alle risorse realmente disponibili sul territorio ;
- Spinta verso la multidisciplinarità nell’approccio al paziente, privilegiando un’organizzazione per intensità di cura.

### LA STRUTTURA RISPETTA QUANTO PREVISTO DAI QUADERNI AGENAS – CDC:

Unità Funzionali della CdC		Indicazioni CdC	
Macroarea	Arene funzionali	Metaprogetto (Hub)	Attivo
Specialistica	<b>Area diagnostica di base</b>		
	Servizi di diagnosi e cura	Diagnostica di base (retinografo, spirometro, ecografo, ecc.)	Obbligatorio
	<b>Area prelievi</b>		
	Area prelievi	Area Prelievi	Obbligatorio
	<b>Attività ambulatoriale specialistica</b>		
	Servizi ambulatoriali specialistici	Area ambulatoriale specialistica (diabetologo, cardiologo, ecc.)	Obbligatorio
Cure primarie	<b>Area cure primarie</b>		
	Servizi di medicina generale	Ambulatori per MMG	Obbligatorio
		Ambulatori per PLS	Obbligatorio
		PPI adulti	Facoltativo
		PPI Pediatrico	Facoltativo
		Ambulatori per IFOC	Obbligatorio
	<b>Servizi infermieristici</b>		

Tab 1. Elenco Macro-Aree e Aree funzionali considerate obbligatorie e facoltative per CdC HUB (Fonte: Quaderni Agenas)

Unità Funzionali della CdC			Indicazioni CdC	
Macroarea	Aree funzionali		Metaprogetto (Hub)	Attivo
Assistenza di prossimità	Servizi infermieristici	Ambulatori infermieristici (IFoC)	Obbligatorio	Sì
	<b>Assistenza medica H24/ H12</b>			
	Assistenza medica	Assistenza medica H24/ H12	Obbligatorio H 24/ H12	Sì
	<b>Punto Unico di Accesso (PUA)</b>			
	Punto Unico di Accesso	Punto Unico di Accesso (PUA)	Obbligatorio	Sì
	<b>Integrazione con i Servizi Sociali</b>			
	Presenza degli assistenti sociali	Spazi per Assistenti Sociali	Obbligatorio	Sì
	<b>Assistenza Domiciliare</b>			
	Assistenza Domiciliare	Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	Obbligatorio	Sì
		Unità Continuità Assistenziale (UCA)	Obbligatorio	Sì
Servizi generali e logistici	<b>Servizi per la comunità</b>			
	Spazi per la comunità	Sala riunioni polivalente	Obbligatorio	Da attivare entro il 01/12/2024
	<b>Area Servizi Generali</b>			
	Servizi urbani per utenti esterni e per il personale medico sanitario	Accoglienza utenti – URP- CUP	Obbligatorio	Sì
		Area personale	Obbligatorio	Sì
		Area direzionale e amministrativa	Obbligatorio	Sì
	<b>Area Servizi Logistici</b>			
	Servizi logistici per il funzionamento della struttura sociosanitaria	Archivi – Magazzini - Depositi	Obbligatorio	Sì
		Servizi informativi e telemedicina	Obbligatorio	Sì
		Punti di conferimento rifiuti	Obbligatorio	Sì
		Area pulizia	Obbligatorio	Sì
	<b>Area Locali Tecnici</b>			
	CT, Centrali gas, collegamenti impiantistici, sotto-centrali, ecc.	Locali tecnici, centrale tecnologica, locali UTA, ecc.	Obbligatorio	Sì

## DOTAZIONI STRUTTURALI

L'area in cui ricade il fabbricato oggetto dell'intervento si trova in via Giovanni XXIII snc, nel Centro cittadino di Agrigento (AG). L'Edificio risulta censito in Catasto Fabbricati al **Foglio 150, mappale 440, consistenza 75.607,00 mc** e risulta di proprietà dell'ASP di Agrigento; esso prospetta a Sud e ad Ovest con la via Papa Giovanni XXIII, a Nord con la via Diodoro Siculo, a Est con terreno agricolo.

I locali preposti alla realizzazione della Casa di Comunità sono ubicati all'interno dell'Edificio sopra identificato ed interessa una porzione del piano quarto, per una superficie linda complessiva di **circa 1.100,00 mq.**

Il fabbricato è oggetto di intervento finanziato con fondi PNRR M6 C.1 – 1.1 CUP C42C21002120006, ed è ubicato all'interno della **Zona Territoriale Omogenea (ZTO) classificata come F 3 - ZONA\_F3-ATTREZZATURE E SERVIZI PRIVATI**", per il quale si applica l'art. 32 delle Norme Tecniche di Attuazione.

Con riferimento all'intervento in questione, trattandosi di opera pubblica di interesse statale da realizzarsi

a cura degli enti istituzionalmente competenti - nella fattispecie, l'ASP di Agrigento -, si applica la lettera

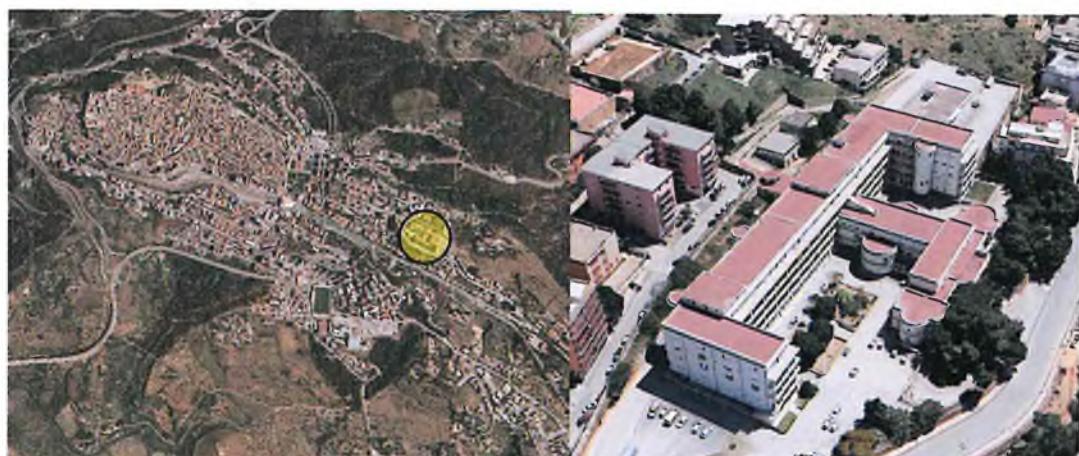
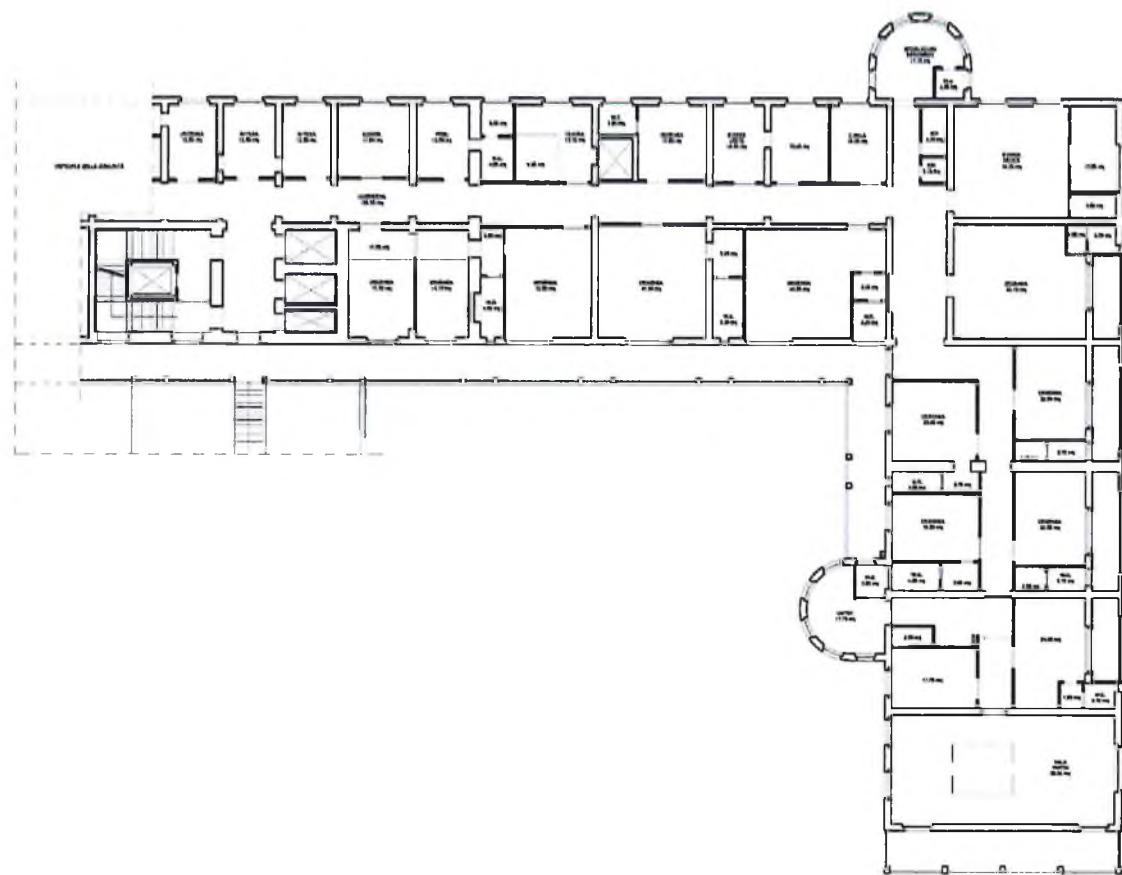
b del comma 1 dell'art. 7 del DPR n. 380/2001, che prevede l'esclusione dall'obbligo di acquisire i titoli abilitativi di cui al Titolo II del medesimo DPR, previo accertamento di conformità con le prescrizioni urbanistiche ed edilizie ai sensi del DPR 18 aprile 1994, n. 383, e successive modificazioni.

Gli obiettivi generali applicabili agli edifici dedicati alla rete Sanitaria territoriale delle Case di Comunità, come anche degli Ospedali di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali, vengono articolati nelle seguenti tre marco-aree e graficamente rappresentati in seguito:

***Obiettivi Sociali e Urbani***, con particolare riferimento alle tematiche strategiche di:

- Urban Health
- Rigenerazione urbana
- Connessione e prossimità dei servizi
- Accessibilità, Design for All e Inclusione Sociale
- Identità urbana e visibilità

**PLANIMETRIA SDP – PIANO 4° - PORZIONE DESTINATA A CASA DI COMUNITÀ**



## SISTEMI INFORMATICI

La CdC utilizzerà i seguenti Sistemi Informatici aziendali già in uso:

	<b>SOFTWARE</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>TEMPI INTEGRAZIONI TRA I SOFTWARE</b>
CUP	HERO CUP -- Dedalus	Saranno create apposite agende dedicate ai cronici e alle attività della struttura. La soluzione è già in uso in Azienda e risulta integrata con gli altri applicativi del sistema sanitario, tra cui in primis la cartella ambulatoriale.	<b>Già Integrato con gli altri applicativi del sistema sanitario, tra cui in primis la cartella ambulatoriale, anagrafe assistiti, LIS e RIS.</b>
Cartella Ambulatoriale	HERO Ambulatori -- Dedalus	<p>Tramite questo modulo si potranno gestire le worklist delle prestazioni prenotate tramite CUP e produrre refertazioni da inviare al Dossier Sanitario Aziendale (repository) e allo FSE 2.0.</p> <p>Potranno essere gestire anche le prestazioni in televisita.</p> <p>Il moduli software in uso in Azienda, già coperto da contratto di manutenzione ed Assistenza.</p>	<b>Nativamente integrato con il software di CUP.</b>
Sistema di Telemedicina	Poema – GPI	<p>Modulo per la gestione della televisita, teleconsulto, telemedicina.</p> <p>Tramite questo modulo sarà possibile gestire le visite da remoto e comunicare con il paziente in un ambiente virtuale su cui sarà pure possibile la condivisione di documentazione, tra cui il referto.</p> <p>Modulo in uso in Azienda, ma per la sua applicazione in altri ambiti, tra cui quello delle “Case della Comunità” necessità di una integrazione contrattuale.</p>	<b>Soluzioni integrata con l'anagrafe assistiti.</b>
Sistema di Telemonitoraggio	Poema – GPI	Modulo per il monitoraggio di pazienti da remoto con l'ausilio di device bluetooth. I device sono da approvvigionare, mentre il software per la sua applicazione in altri ambiti, tra cui quello delle “Case della Comunità” necessità di una integrazione contrattuale.	<b>Soluzioni integrata con l'anagrafe assistiti.</b>
Repository	X-Value – Dedalus	Il modulo detentore di tutti le informazioni sanitari prodotte in azienda (referti, lettere di dimissione ospedaliera, Referti di PS, cartella clinica ospedaliera, potrà mettere a fattor comune, nel rispetto della normativa	<b>Correntemente alimentato da tutti i software Aziendali in ambito sanitario.</b>

		della Privacy, le informazioni del dossier sanitario legato all'utente in cura. Moduli software in uso in Azienda, già coperto da contratto di manutenzione ed Assistenza	
PUA – SVAMA - ADI	ai4health	Funzionalità in uso in Azienda da diversi anni. Il modulo sarà reso fruibile in modo da essere utile alle attività che saranno erogate dalle Case della comunità.	<b>Soluzioni integrata con l'anagrafe assistiti e con l'ADT Aziendale per le dimissioni protette e facilitate. Entro il quarto trimestre dell'anno sarà collegato con una interfaccia COT</b>
Anagrafe Assistiti Provinciale	People –Dedalus	<p>Software integrato con gli altri verticali aziendali e a sua volta alimentato dall'anagrafe assistiti regionale/nazionale.</p> <p>I dati amministrativi del paziente ed i dati di scelta e revoca, esenzioni sono centralizzati su questo modulo che viene interrogato dagli altri applicativi del sistema.</p> <p>Oltre a quanto già descritto offre la funzionalità di prescrizione di protesi ed ausili.</p> <p>Moduli software in uso in Azienda, già coperto da contratto di manutenzione ed Assistenza</p>	<b>La soluzione alimenta i dati anagrafici di tutte le soluzioni sanitarie aziendali</b>

## RISORSE UMANE

### **Verifica personale necessario**

Verifica dei fabbisogni per personale sanitario, di supporto e amministrativo effettuata, in via di definizione l'acquisizione delle risorse necessarie.

### **Reclutamento del personale mancante mediante avvisi interni o bandi di concorso:**

- Personale Medico già presente
- Personale infermieristico
- Personale Tecnico Informatico già stabilizzato e presente
- Personale amministrativo già presente

### **Fabbisogni formativi per IFOC e formazione**

D.A. n. 989/2021 del 29/09/2021

Nel contesto della Regione Sicilia, l'Infermiere di Famiglia/Comunità (IF/C) deve assumere un ruolo centrale nell'assistenza a livello territoriale, integrandosi con l'assistenza ospedaliera. Si tratta di un professionista con competenze specialistiche nelle cure primarie e nella sanità pubblica, che implementa processi dedicati sia a livello familiare che comunitario. Oltre alle responsabilità clinico-assistenziali, l'IF/C deve agire principalmente come facilitatore, mediatore e sostenitore della salute, operando nei diversi ambiti della prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

Il focus dell'IF/C dovrebbe concentrarsi sulla valutazione stratificata dei bisogni, con particolare attenzione alla popolazione anziana affetta da patologie croniche, in linea con il Chronic Care Model che promuove un approccio proattivo nella gestione delle malattie croniche. L'integrazione dell'IF/C all'interno delle dinamiche del Distretto, in collaborazione con altri attori del sistema, è principalmente mirata alla gestione delle malattie croniche, con un'attenzione particolare alle patologie target identificate nei programmi regionali specifici.

Con il Decreto dell'Assessore n.989 del 29 settembre 2021, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione Sicilia parte I n.47 del 22 ottobre 2021, e in linea con le direttive della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome e il Position Statement della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI), sono state approvate le "Linee Guida Regionali sull'Infermiere di Famiglia e di Comunità", che definiscono le funzioni e le competenze di tali figure professionali.

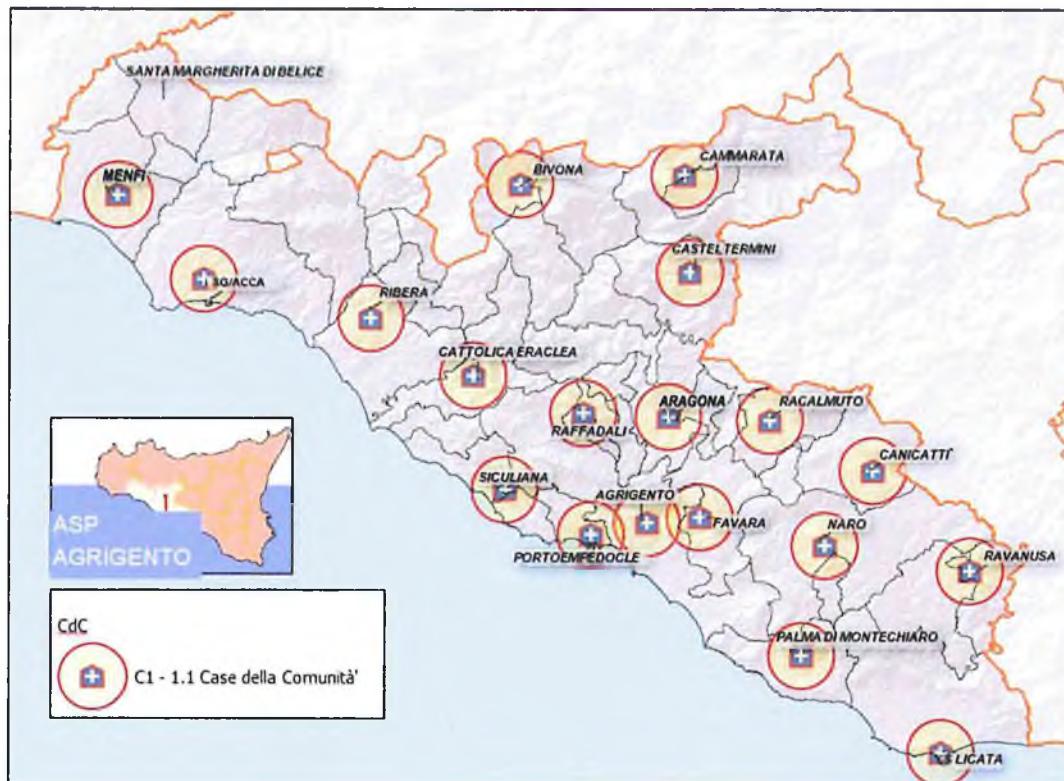
La Regione ha avviato la pianificazione, tramite il Centro per la Formazione Permanente e l'aggiornamento del Personale del Servizio Sanitario (CEFPAS), di un apposito "Programma regionale di formazione per Infermiere di Famiglia e di Comunità".

Il Programma di formazione regionale è ad oggi in fase di definizione e dovrà partire entro la data del 31/06/2024

### **Formazione al lavoro di equipe per medici, infermieri, assistenti sociali, Riferimenti Civici della Salute, etc:**

In corso di definizione da parte del Comitato Scientifico per la Formazione Aziendale ASP Agrigento, considerando anche una formazione mirata nella prospettiva del Community Engagement e dell'Empowerment comunitario. Si tratta, in altri termini, di sviluppare un "capitale sociale", in particolare attento alla visione "One Health", allo Sviluppo Sostenibile ed alle problematiche dell'inclusione sociale

## MODELLO PILOTA REPLICABILE PER TUTTE LE CDC ASP DI AGRIGENTO



Codice misura	Descrizione Misura	Localizzazione Intervento - Comune (es. Roma)	Localizzazione Intervento - CAP (es. 00144)	Localizzazione Intervento - indirizzo (es. Via Roma, 1)	CUP	Hub/Spoke
M6C1II.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	Favara	92026	Via della Sanità, snc	C22C21001110006	HUB
M6C1II.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	Palma Di Montechiaro	92020	Via Maccacaro, 1	C32C21001690006	HUB
M6C1II.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	Cammarata	92022	via Firenze, snc	C32C21001700006	SPOKE
M6C1II.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	Agrigento	92100	Via Giovanni XXIII, snc	C42C21002120006	HUB
M6C1II.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	Porto Empedocle	92014	Via dello Sport, snc	C42C21002130006	SPOKE
M6C1II.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	Canicattì	92024	Via Pietro Micca	C52C21001350006	HUB
M6C1II.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	Racalmuto	92020	Piazza Madonna del Carmelo	C52C21001360006	SPOKE
M6C1II.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	Casteltermini	92025	Viale Kennedy, 55	C62C21002020006	SPOKE
M6C1II.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	Aragonà	92021	Via Trapani, 1	C62C21002030006	SPOKE
M6C1II.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	Licata	92027	Via Santa Maria, snc	C62C21002040006	SPOKE
M6C1II.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	Raffadali	92015	Cda Butermin/Ribecchi .SNC	C62C21002050006	SPOKE
M6C1II.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	Bivona	92010	Via delle Benedettine, snc	C72C21001390006	SPOKE
M6C1II.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	Ravanusa	92029	Via Lauricella, 10	C72C21001400006	SPOKE
M6C1II.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	Sciaccà	92019	Via Pompei, snc	C82C21003200006	HUB
M6C1II.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	Menfi	92013	Via Raffaello, 143	C82C21003210006	SPOKE
M6C1II.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	Cattolica Eraclea	92011	Via Oreti, SNC	C82C21003220006	SPOKE
M6C1II.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	Siculiana	92010	Via A. De Gasperi, 1	C92C21001980006	SPOKE
M6C1II.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	Ribera	92016	Via Circonvallazione	C92C21001990006	SPOKE
M6C1II.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	Naro	92028	Via Don Guanella, 4	C22C21001120006	SPOKE

## **PIANO DI COMUNICAZIONE**

Il riordino del Sistema Sanitario Nazionale e la riqualificazione dell'offerta sanitaria in Sicilia, rendono necessaria l'individuazione e l'implementazione di strumenti a supporto del reale cambiamento del sistema salute, anche con riferimento al ruolo strategico svolto dalla comunicazione.

Il Piano di comunicazione aziendale rappresenta, di fatto, uno strumento di Governance tramite il quale l'ASP di Agrigento può coniugare obiettivi, strategie, azioni e strumenti di comunicazione secondo un disegno organico e razionale. Al contempo costituisce lo strumento strategico per rendere operative le indicazioni fornite nell'ambito dei principali documenti di programmazione sanitaria a livello nazionale e regionale. L'integrazione del Piano di comunicazione aziendale, con i nuovi standard di cui di cui al D.M. 77/2022, favorisce la completa implementazione del nuovo modello di offerta dei Servizi Sanitari.

Il piano di comunicazione è quindi concretamente correlato agli obiettivi strategici della programmazione e dell'organizzazione aziendale.

### **I principali obiettivi della comunicazione riguardano:**

- lo sviluppo e implementazione di una strategia di comunicazione coerente, costante, coordinata e integrata;
- la gestione chiara, trasparente e tempestiva della comunicazione esterna, in particolare con gli organi di informazione e gli interlocutori istituzionali;
- il mantenimento e l'implementazione di un sistema continuo di flussi/processi di comunicazione interna ed esterna per migliorare la qualità dei servizi e l'efficienza organizzativa, e per un pieno coinvolgimento degli operatori nel cambiamento;
- l'ottimizzazione dei costi e dell'impiego di risorse finanziarie attraverso la pianificazione e il monitoraggio delle attività di comunicazione.

### **Obiettivi Strategici:**

- Illustrare, descrivere e promuovere le attività dell'ASP, i servizi e le prestazioni offerte nelle diverse sedi e strutture;
- sviluppare un rapporto di collaborazione con i cittadini-utenti, agevolandoli nell'accesso ai servizi e favorendone la partecipazione democratica ai processi decisionali;
- programmare campagne di comunicazione su temi di rilevanza sanitaria;
- informare la stampa e i media locali in merito ai servizi ed ai progetti posti in essere dall'ASP;
- recepire il bisogno informativo e partecipativo dell'utenza, anche nella gestione del reclamo;
- sviluppare ai vari livelli la comunicazione istituzionale con gli stakeholders ed i pubblici di riferimento;
- sviluppare la comunicazione interna come leva strategica per accrescere il senso di appartenenza dei dipendenti;
- coordinare le fonti informative interne;

## **INDIVIDUAZIONE DEI PUBBLICI: AMBITI DELLA COMUNICAZIONE E TARGET DI RIFERIMENTO**

### **Comunicazione interna-dipendenti**

È una comunicazione organizzativa, ma ha anche lo scopo di motivare i dipendenti verso i valori e l'etica che caratterizza l'organizzazione stessa, favorendo il miglioramento della qualità dei servizi erogati.

### **Comunicazione esterna-utenti**

Contribuisce a costruire l'immagine e la reputazione dell'azienda, la conoscenza dei servizi erogati e costituisce un canale permanente di ascolto e verifica del livello di soddisfazione dei cittadini.

### **Comunicazione istituzionale**

È il processo bilaterale di rapporti comunicativi che intercorre tra l'Azienda e gli enti, gli organismi e le associazioni esterne che a vario titolo si interfacciano con l'ASP, facendosi portatori di interessi diffusi.

## **INDICATORI DI MONITORAGGIO**

### **Indicatori di monitoraggio di processo**

Si tratta di indicatori utili al monitoraggio degli step propedeutici all'attuazione del progetto sperimentale CDC di Agrigento nell'ambito del progetto pilota AGENAS (N.B. i lavori sono stati già avviati nel mese di marzo 2024):

- N. di giorni decorrenti oltre la data prevista del 01/06/2024, per l'avvio dei procedimenti necessari all'individuazione delle risorse umane;
- N. di giorni decorrenti oltre la data prevista del 01/06/2024, per l'avvio dei procedimenti necessari alla pianificazione della dotazione strumentale, preventivamente richiesta dai settori competenti;
- N. di giorni decorrenti oltre la data prevista del 01/06/2024, per l'avvio dei procedimenti necessari alla pianificazione della dotazione di arredi, preventivamente richiesti dai settori competenti;
- N. di giorni decorrenti oltre la data prevista del 01/06/2024, per l'avvio dei procedimenti necessari alla pianificazione dell'implementazione dei software aziendali necessari;

<b>MATRICE SETTORI REFERENTI PER L'ATTUAZIONE</b>		
<b>PROCESSI</b>	<b>SUB PROCESSI</b>	<b>SETTORE DI RIFERIMENTO</b>
Lavori	//////////	U.O.C. Servizio Tecnico
Risorse Umane	Determinazione fabbisogni	Dipartimento Cure Primarie -
	Individuazione risorse umane	U.O.C. Risorse Umane
Dotazione strumentale	Determinazione fabbisogni	Dipartimento Cure Primarie –
	Procedure di acquisto	U.O.C. Provveditorato
Dotazione Arredi	Determinazione fabbisogni	Dipartimento Cure Primarie –
	Procedure di acquisto	U.O.C. Provveditorato
Implementazione software aziendali	//////////	Dirigente Analista Servizi informatici Aziendali
Formazione del Personale	Analisi dei bisogni	Settore personale -GLL

### **Indicatori di monitoraggio obiettivi intermedi**

Si tratta di indicatori che monitorano l'effettivo raggiungimento degli obiettivi intermedi rispetto al pieno raggiungimento del traguardo del progetto sperimentale CDC di Agrigento nell'ambito del progetto pilota AGENAS, quali:

- Data ultimazione lavori 31/10/2024;
- Data assegnazione definitiva delle risorse umane 31/10/2024
- Data assegnazione della dotazione strumentale 15/12/2024;
- Data assegnazione della dotazione di arredi 15/12/2024;
- Data implementazione dei software aziendali 15/12/2024;
- Data operatività Casa Della Comunità 20/12/2024

	Linee di attività	2022				2023				2024			
		1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T
1	Stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione della CDC di Agrigento (Accordo quadro Consip per Manutenzioni Edili)								■				
2	Realizzazione lavori inerenti la Casa Della Comunità sperimentale di Agrigento Progetto Pilota AGENAS									■	■	■	
3	Determinazione fabbisogno risorse umane									■			
4	Individuazione e assegnazione risorse umane									■			
5	Formazione risorse umane									■			
6	Determinazione fabbisogno Dotazione strumentale ed arredi									■			
7	Acquisizione Dotazione strumentale ed arredi									■	■	■	■
8	Implementazione software aziendali											■	■
9	Progetto pilota AGENAS - Casa Della Comunità di Agrigento attiva												■

Redatto:

Dott. Vincenzo Lucio Mancuso- Dipartimento Cure Primarie

Dott. Giuseppe Ciciliato- - Dott. Domenico Vella- Ufficio Speciale PNRR e PNC

## **PIANO ATTUATIVO**

### **CONVENZIONE AGENAS-REGIONE SICILIA**

### **CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE**

**Predisposizione Piani Operativi per la realizzazione  
delle strutture in attuazione del DM 77/2022  
dell'ASP di Agrigento**

# Indice

<b>1. PREMESSA</b>	<b>pag. 2</b>
<b>2. IL CONTESTO TERRITORIALE PROVINCIALE DI RIFERIMENTO</b>	<b>pag. 3</b>
<b>3. OBIETTIVI – FUNZIONI E ATTIVITÀ</b>	<b>pag. 5</b>
<b>3.1 Obiettivi</b>	<b>pag. 5</b>
<b>3.2 Funzioni e Attività</b>	<b>pag. 6</b>
<b>4. FABBISOGNO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO</b>	<b>pag. 6</b>
<b>5. LE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI DELL'ASP DI AGRIGENTO</b>	
<b>5.1 La COT di Canicattì</b>	<b>pag 10</b>
<b>5.2 La COT di Agrigento</b>	<b>pag 11</b>
<b>5.3 La COT di Ribera</b>	<b>pag 12</b>
<b>5.4 La COT di Licata</b>	<b>pag 14</b>
<b>6. IL MODELLO ORGANIZZATO PREVISTO</b>	<b>pag 15</b>
<b>6.1 Le procedure di funzionamento</b>	<b>pag 15</b>
<b>6.2 Il Personale</b>	<b>pag 16</b>
<b>6.3 Sistemi informativi</b>	<b>pag 16</b>
<b>6.4 Sistema telefonico</b>	<b>pag 18</b>
<b>7. INFORMAZIONE, FORMAZIONE E PIANO DELLA COMUNICAZIONE</b>	<b>pag 18</b>
<b>8. INDICATORI DI MONITORAGGIO</b>	<b>pag 19</b>
<b>9. TEMPI DI ATTIVAZIONE e DIAGRAMMA DI GANT</b>	<b>pag. 20</b>
<b>10. RESPONSABILI DELLE ATTIVITÀ</b>	<b>pag. 21</b>

## 1. PREMESSA

La COT realizza il “Transitional Care Model” attraverso la funzione di accompagnamento e programmazione delle attività di cura nei diversi setting assistenziali, con particolare attenzione alla rete delle cure intermedie e socio-sanitarie. Con la presa in carico, si propone al paziente il setting di cura più appropriato, accompagnandolo nelle transizioni secondo un processo Step up, volto a implementare le cure territoriali e intermedie, riducendo ospedalizzazioni e l'inappropriatezza delle prestazioni. L'accompagnamento dei pazienti e dei loro caregiver lungo il processo di fruizione dei servizi delle cure intermedie o ospedaliere, consentirà di rilevare feedback sulla salute percepita e sulla qualità dei servizi erogati. L'interoperabilità organizzativa orientata in rete, supportate da strumenti digitali complementari ed integrati costituirà il cruscotto operativo della COT.

Le COT sono uno strumento per far fronte alla domanda, sempre più ampia, di pazienti con bisogni socio sanitari, centralizzando i processi di accesso alla rete dei servizi territoriali e dando continuità al passaggio tra i vari setting assistenziali.

Nel nostro modello la futura COT eredita l'attività degli attuali Punti Unici di Accesso Socio-Sanitari e la allarga con integrazioni in ambito sociale, gestisce i flussi Ospedale-Territorio, i percorsi Domicilio-Cure intermedie, affronta la complessità delle situazioni con una idea di continuum nelle modalità di presa in carico con attenzione all'evoluzione dell'ospedale, focalizzata alla patologia acuta, della medicina del territorio e delle cure intermedie, che devono offrire prestazioni differenziate e garantire la presa in carico di pazienti a bassa-media criticità. Possibili scenari futuri di presa in carico di pazienti complessi nella COT sono i percorsi dedicati ai pazienti con patologie mentali-dipendenze, alle puerpere/neonati con bisogni speciali e la possibile integrazione con la Centrale Operativa NEA116117.

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



Figura 1- Interconnessioni previste per la COT

## 2. IL CONTESTO TERRITORIALE PROVINCIALE DI RIFERIMENTO



L'ambito territoriale di riferimento è quello dell'ASP di Agrigento, comprende n°42 comuni, per una superficie di 3.043 Km2, con una popolazione complessiva di 412.932 (al 31.12.2022) abitanti e con una densità abitativa pari a 135,68 per Km2, con una minore densità nelle aree collinari della provincia.

L'ASP è suddivisa in 7 Distretti Sanitari di Base : Agrigento, Bivona, Casteltermini, Canicattì, Licata, Ribera e Sciacca.

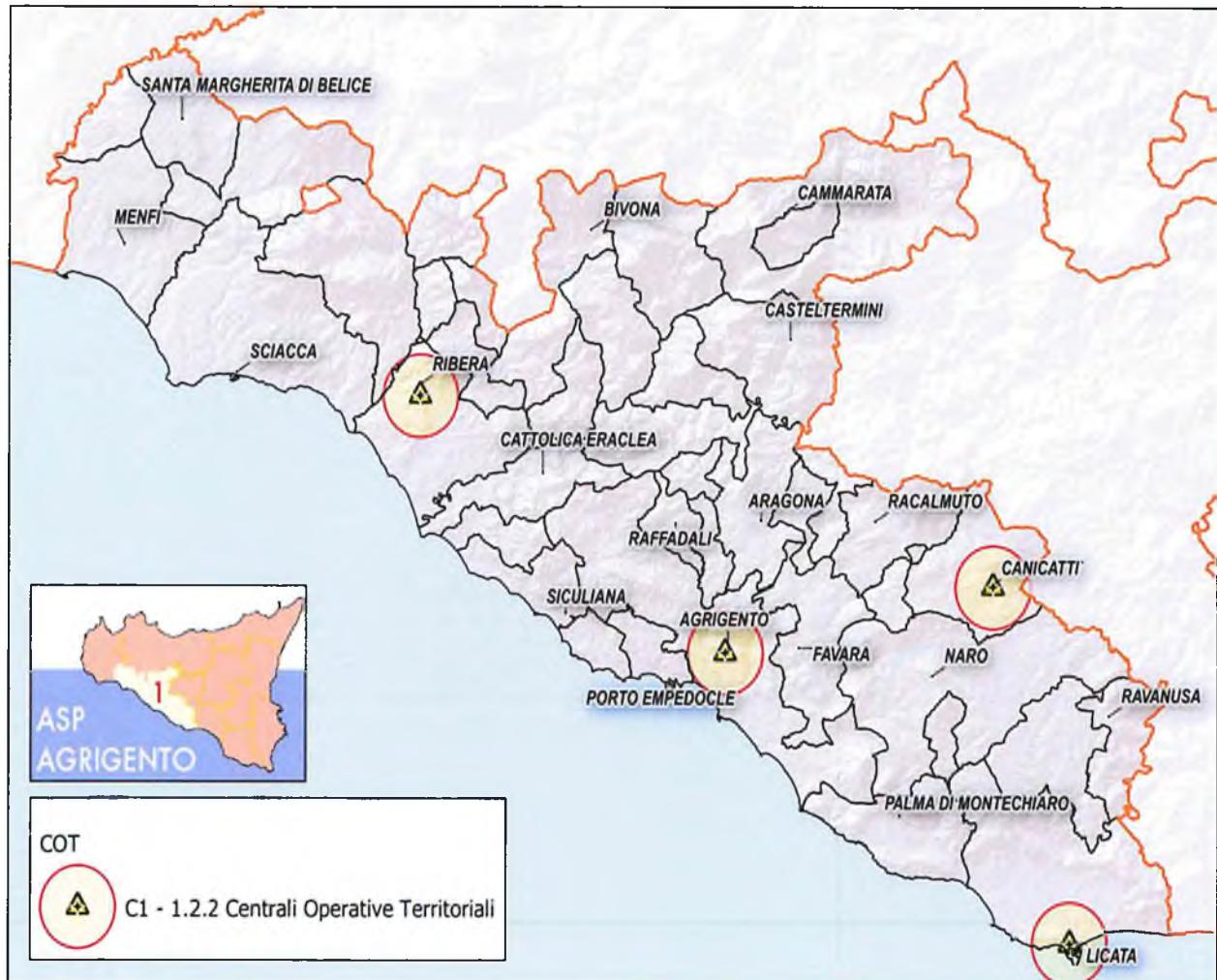
A.S.P. – AGRIGENTO - Popolazione per Distretto	
Distretto di:	Popolazione generale al 31/12/2022
Agrigento	139.573
Bivona	15.883
Canicattì	79.706
Casteltermini	20.934
Licata	57.081
Ribera	30.763
Sciacca	68.992
<b>Totale</b>	<b>412.932</b>

Come noto, il nuovo Modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale di cui al DM 77/22, ha fissato in 100.000 ab. il bacino di utenza del Distretto, con variabilità secondo criteri di densità

di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

L'Assessorato Regionale della Salute, con D.A. n. 664/22, ha delegato l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento allo svolgimento di specifiche attività finalizzate alla realizzazione degli interventi attuativi del DM 77/22, in ragione delle relative competenze e specificità territoriali e pertanto, in ragione di questo parametro previsto dallo stesso DM.77/22, l'Azienda ha individuato, 4 Aree di riferimento per la realizzazione delle COT, ciascuna delle quali comprende territori comunali appartenenti a diversi Distretti Socio-Sanitari, per come riepilogato nella tabella in appresso:

Sede	Distretti	Popolazione
Agrigento Via Esseneto, 10	Agrigento-Casteltermini	160.507
Canicattì Via Pietro Micca ,36	Canicattì	79.706
Licata via Santa Maria snc	Licata	57.081
Ribera via Circonvallazione snc	Ribera-Bivona-Sciacca	115.638



### **3. Obiettivi – funzioni e attività**

#### **3.1 Obiettivi**

La COT assicura continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria ed assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale, riguardo le attività e i servizi distrettuali;
- monitoraggio dei percorsi integrati di cronicità (PIC), anche attraverso strumenti di telemedicina.

Le COT svolgono un servizio all'interno della rete e non prevedono l'accesso diretto dell'utenza.

#### **3.2 Funzioni e attività**

La COT costruisce, con le banche dati disponibili, una mappa di orientamento alla rete dei servizi per i cittadini, utilizzabile da tutte le COT dell'ASP.

Si tratta della implementazione di una rete delle Strutture Sanitarie e delle Unità di Offerta Sociosanitarie e Sociali inerenti i servizi residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari presenti in ciascun Distretto dell'ASP e le associazioni di volontariato/terzo settore in raccordo con i Servizi Sociali dei Comuni.

La COT assolve al suo ruolo di raccordo all'interno della rete dei servizi, attraverso specifiche attività tra loro interdipendenti:

transitional care delle persone fragili e dei non autosufficienti nell'ambito:

- della rete ospedaliera per acuti (COT quale presidio delle dimissioni protette);
- della rete delle cure intermedie (riabilitazione residenziale), unità di offerta sociosanitarie residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali, domiciliari quali ADI (C-DOM) e UCP-DOM.

La COT si occupa pertanto del percorso di dimissione dei pazienti che non sono nelle condizioni di rientrare direttamente al domicilio, gestendo il passaggio dei pazienti dall'ospedale per acuti al territorio, qualora questo richieda un ricovero in cure intermedie o in struttura sociosanitaria, l'attivazione di ADI, l'attivazione della Rete Locale di Cure Palliative, l'attivazione dell'IFeC della CdC di riferimento, il rinvio al MMG/PLS.

In caso di dimissione, il reparto dimettente attiva la COT del territorio di residenza dell'assistito, che a sua volta attiverà gli interventi necessari in una logica di prossimità al domicilio.

- prenotazione delle prestazioni dell'attività specialistica ambulatoriale con gestione delle agende

- per gli assistiti cronici e con disabilità;
- gestione e governo delle attività di telemedicina (televisita, teleconsulto, teleassistenza, tele monitoraggio ).

La COT garantisce il supporto informativo e logistico ai professionisti della rete (MMG, PLS, CA, IFeC ecc.), riguardo le attività e i servizi distrettuali presenti.

#### **4. Fabbisogno sanitario e socio-sanitario**

La tipologia di pazienti da prendere in carico il cui orientamento avverrà tramite le COT presso gli ODC – (pazienti di elevata complessità assistenziale a fronte di una bassa intensità di cure) – permette all’Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento di poter colmare le carenze assistenziali che in atto si sono verificate nell’ambito della medicina di transizione, e soddisfare l’offerta extra-ospedaliera attraverso appunto la creazione dei tre OdC in tutta la provincia di Agrigento. Essi, in stretta collaborazione con le strutture ospedaliere esistenti sul territorio dell’ASP ed in collegamento con le COT, integrate con il servizio sociale, saranno in grado di rispondere alle diverse esigenze di assistenza di persone e famiglie con bisogni di salute semplici e complessi. rientrano nell’orientamento e nella gestione e monitoraggio delle COT tutti i pazienti del setting assistenziale domiciliare e i pazienti affetti da patologie croniche che afferiscono alle CDC.

Lo scopo è quello di conseguire un’erogazione di servizi sempre più mirati ed appropriati, utilizzando i diversi *setting* assistenziali a propria disposizione (ospedaliero, residenziale/domiciliare, pubblico/privato accreditato) utilizzando maggiormente le risorse della comunità, che sono più prossime al paziente (famiglia, servizi, rete formale e informale).

L’analisi preliminare territoriale ha reso evidenza della scarsa presenza di strutture di cure intermedie quali RSA di 1° -2°-3° livello, lungodegenza, quindi di tutta la rete dei servizi sanitari e socio-complementari esistenti, orientando quindi questa Direzione Strategica alla localizzazione degli ODC nelle sedi sopra elencate e con le seguenti caratteristiche:

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

A causa del progressivo invecchiamento della popolazione globale il numero di pazienti con multi cronicità è in costante aumento con un crescente impatto nell’impiego di risorse sanitarie. Una sfida per i sistemi sanitari riguarda il passaggio da un approccio assistenziale re-attivo ad uno pro-attivo (“medicina di iniziativa”).

In Italia nel 2021, le Regioni che hanno riportato un più alto tasso di anziani assistiti in ADI sono, similmente

a quanto osservato nel 2020, l’Abruzzo (4,71% degli over 65 e 7,72% degli over 75), il Veneto (4,34% e 7,12%), la Sicilia (4,13% e 6,67%), la Basilicata (3,92% e 6,63%), la Toscana (3,82% e 5,71%), le Marche (3,72% e 5,96%) e l’Emilia Romagna (3,72% e 6,08%). I tassi di copertura più bassi sono stati invece riportati dalla Provincia Autonoma di Bolzano (0,44% tra gli over 65 e 0,66% tra gli over 75), Valle D’Aosta (0,45% e 0,67%), Molise (0,49% e 0,79%), Puglia (1,91% e 3,17%) e Piemonte (2,08% e 3,33%).

La Figura 2.3, di seguito riportata, mostra come l’offerta di cure domiciliari vari estremamente tra le diverse Regioni e Province Autonome italiane, con divari tra le diverse aree geografiche.

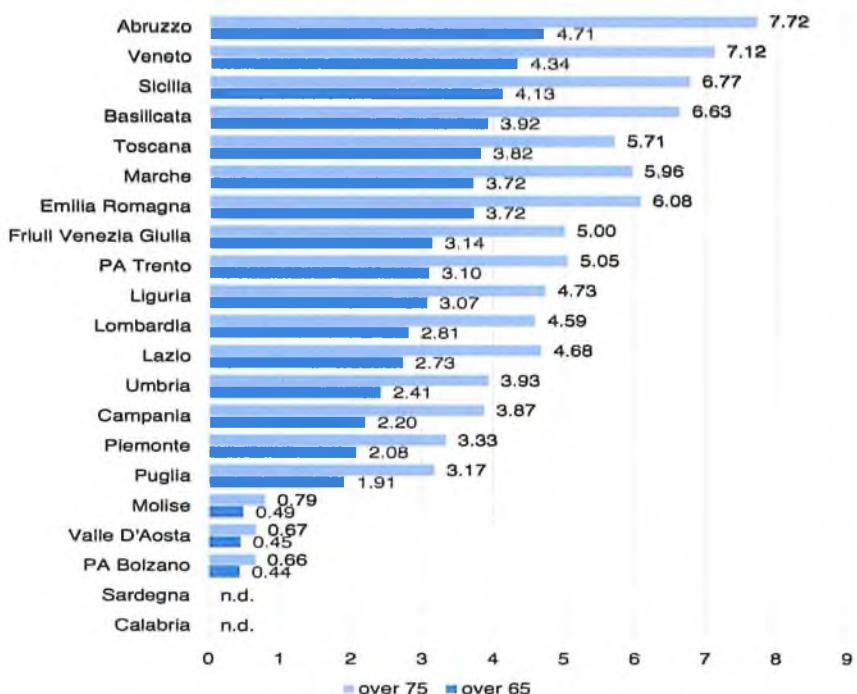


Figura 2.3. Percentuale di anziani over 65 assistiti in ADI. Dati relativi all’anno 2021  
Fonte: Ministero della Salute (2022). Elaborazione di Italia Longeva

L’identificazione dei pazienti che maggiormente potrebbero beneficiare rappresenta uno dei punti cruciali. Considerato che, un terzo della popolazione complessiva (33,1%) è affetto da almeno una delle patologie croniche di seguito elencate: dislipidemia, ipertensione, scompenso, diabete, depressione, BPCO/Asma. Tale percentuale ha un minimo dell’8% nella fascia d’età più giovane (0-39 anni) mentre supera l’83,5% in quella più anziana ( $\geq 80$  anni). La percentuale di spesa assorbita dai pazienti affetti da patologie croniche si attesta, al 79% nel farmaceutico, al 52% nei ricoveri, ed al 53% nelle prestazioni specialistiche.

Tra i pazienti affetti da patologie croniche il 54% è affetto solo da una patologia, il 27% da due, il 14% da 3 mentre il restante 5% ha 4 o più patologie croniche. Tra le multi-patologie croniche la più diffusa (19% dei casi) risulta essere la dislipidemia associata ad ipertensione, seguita da ipertensione e scompenso (9%) ed ipertensione e diabete (9%). Le multi-patologie coinvolgono il 54% della popolazione con età superiore ad 80 anni, mentre interessano l’1% della popolazione nella fascia d’età 0-39 anni. La spesa farmaceutica pro-capite incrementa all’aumentare del numero di patologie croniche concomitanti, passando da una media di € 377 pro-capite (una patologia) a € 2.919 (cinque o più). In modo analogo ciò avviene per i ricoveri (€ 810 una patologia e € 7.062 cinque o più) e per le prestazioni specialistiche (€ 196 una patologia, € 523 cinque o più).

Considerato altresì che vi è una percentuale che varia tra 50-90% di non compliance tra i pazienti soggetti a regimi terapeutici prolungati a causa di patologie croniche e che tra il 16-50% dei pazienti con ipertensione interrompe il trattamento entro il primo anno di cura e che pertanto il 64% delle ospedalizzazioni per scompenso cardiaco sono dovute a non compliance alla terapia. L'eccesso di mortalità per malattie circolatorie è sostenuto in particolare dalle malattie cerebrovascolari.

I disturbi circolatori dell'encefalo fanno registrare, per entrambi i sessi, un numero relativamente alto di decessi dall'analisi eseguita su base distrettuale si evidenziano eccessi significativamente superiori all'atteso regionale in entrambi i sessi nel distretto di Licata. Il diabete rappresenta il 90% del totale delle patologie delle ghiandole endocrine ed è responsabile, rispettivamente per gli uomini e per le donne, del 42,2% e del 57,8% del numero totale medio dei decessi osservati per questa causa di morte (2.449).

I rapporti standardizzati di mortalità evidenziano eccessi statisticamente significativi tra le donne nella provincia di Agrigento in tutta la regione Sicilia.

In riferimento alla prevalenza di pazienti fragili per ciascuna provincia, emerge per la Provincia di Agrigento una fragilità "Assente" medio-bassa (32.7%), "Lieve" nella media (36.5%), "Moderata" la più alta rispetto alle altre province (20.3%) e "Severa" medio-alta (10.5%).

Tab. Prevalenza dei diversi gradi di fragilità nelle province della Regione Sicilia				
Provincia	FRAGILITÀ'			
	Assente	Lieve	Moderata	Severa
Trapani	33.1%	35.3%	19.7%	11.9%
<b>Agrigento</b>	<b>32.7%</b>	<b>36.5%</b>	<b>20.3%</b>	<b>10.5%</b>
Enna	36.0%	38.7%	15.2%	10.1%
Palermo	37.7%	37.3%	16.3%	8.7%
Messina	37.5%	38.5%	16.0%	7.9%
Catania	40.4%	35.8%	16.4%	7.4%
Caltanissetta	34.9%	40.9%	17.5%	6.7%
Siracusa	51.8%	34.7%	10.5%	3.0%
Ragusa	47.7%	33.8%	13.7%	4.8%

In riferimento al contesto regionale la provincia di Siracusa risulta essere la più performante sotto il profilo del fabbisogno sanitario e in particolare in riferimento alla fragilità dell'utenza.

Inoltre, l'analisi condotta su base distrettuale ha evidenziato eccessi significativamente più elevati rispetto all'atteso regionale in entrambi i sessi nei distretti di Ribera, tra gli uomini si segnalano SMR più elevati nel distretto di Agrigento tra le donne invece si evidenziano valori più elevati nei distretti di Bivona, Canicattì, Licata, (Lampedusa e Linosa che pur appartenendo ad altra ASP dal punto di vista assistenziale risulta emblematico ai fini epidemiologici). La mortalità per malattie respiratorie risultano molteplici a

livello regionale. In particolare per BPCO se ne registrano quasi 1.500, con un marcato interessamento del genere maschile localizzato prevalentemente nella parte centrale dell'isola. I rapporti standardizzati di mortalità evidenziano valori significativamente in eccesso tra gli uomini nelle province di Agrigento e Caltanissetta; l'analisi condotta su base distrettuale ha invece evidenziato eccessi significativamente più elevati rispetto al contesto regionale in entrambi i sessi nel distretto sanitario di Casteltermini, tra gli uomini si osservano eccessi nel distretto di Agrigento.

Uno degli obiettivi della piena attuazione delle strutture previste dal DM.77/22 è quella di potenziare una rete virtuosa di professionisti per affrontare nel modo più adeguato le patologie croniche presenti sul territorio della ASP di Agrigento, partendo in prima battuta con la sperimentazione pilota sul territorio del distretto di Agrigento e Sciacca.

Allo stato attuale, tutti i presidi ospedalieri eseguono dimissioni facilitate e dimissione protette verso gli sportelli PUA distrettuali, presso i quali negli scorsi anni si sono già svolte attività per la costituzione dei PUA distrettuali e per l'attivazione degli ambulatori a Gestione Integrata. Si sta lavorando per la destinazione di risorse alla risposta territoriale verso i bisogni non acuti.

Si è costituito uno scheletro di informazioni veicolate attraverso sistemi informatici, che consentono la comunicazione, prima complessa tra le entità ospedaliere e quelle territoriali.

Da una recente analisi sullo stato di salute della provincia, è emerso che la provincia di Agrigento si trova al 91° posto su scala nazionale (1° posto Bolzano, 2° Pescara e 3° posto Nuoro), come tasso di mortalità si posiziona al 85° posto, più per infarto che per tumore, al 96° posto come Aumento speranza di vita. Un consumo di farmaci elevato per diabete con un ultimo posto, al 103° posto per ricettività ospedaliera e una conseguente emigrazione ospedaliera elevata rispetto alle altre province (59° posto).

Infine, l'opportunità rappresentata dalle costituende COT in stretta collaborazione con le CDC , gli ODC e gli ospedali Aziendali, consentirà di fornire le risposte adeguate ai bisogni di salute della popolazione.

In linea con le indicazioni del DM 77/22, si è deciso, di puntare sui seguenti aspetti:

- Cooperazione con i Medici di Medicina Generale ;
- Migliore definizione dei percorsi assistenziali, anche in base alle risorse realmente disponibili sul territorio ;

Spinta verso la multidisciplinarità nell'approccio al paziente, privilegiando un'organizzazione per intensità di cura.

## 5. LE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI DELL'ASP DI AGRIGENTO

Nei paragrafi seguenti, si passano in analitica rassegna le singole 4 COT individuate, riportando per ciascuna di esse, un breve riepilogo delle caratteristiche progettuali sia dal punto di vista architettonico che dello stato attuativo. Viene anche riportato, per ciascuna delle 4 strutture, una rappresentazione grafica, dati di programma funzionale ed un riepilogo dello stato dell'intera procedura attuativa.

Le sedi COT inizialmente avranno il seguente orario di apertura:

- 8.30-16.30 da lunedì a venerdì su tutte le sedi
- Prefestivi/ Festivi è attiva la segreteria telefonica.

In relazione al futuro assetto organizzativo l'orario di apertura sarà il seguente:

8.30-20.00 da lunedì a venerdì su tutte le sedi

8.30-14.00 sabato

Sabato pomeriggio e festivi reperibilità di 1 operatore per urgenze non differibili

In fase di avvio le COT sono funzionanti dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle 18.00 nelle giornate di rientro su tutte le sedi dell'ASP di Agrigento.

Contatti:

Le COT sono contattabili attraverso lo specifico indirizzo email e il recapito telefonico.

### 5.1 La COT di Canicattì

**La COT di Canicattì** è sita in via Pietro Micca n. 36; i lavori risultano già ultimati, consegnati e collaudati in data 10/05/2024.

I locali da adibire disporranno di una superficie di 165 mq e sono configurati in modo da accogliere tutte le postazioni necessarie agli operatori, conformemente alle disposizioni del punto 1.2 dell'allegato IV al Decreto Legislativo 81/08, che stabilisce il limite minimo di spazio garantito per ogni lavoratore. Considerato che il bacino di utenza della Centrale Operativa di Canicattì sarà riferimento per una popolazione di circa 80.000 abitanti, bacino di utenza quindi inferiore ai 100.000 previsti per distretto dal D.M.77, per la COT il numero di postazioni previste farà strettamente riferimento allo standard minimo di 4 postazioni oltre ad altre postazioni dedicate al Coordinatore ed alle altre figure, come da quaderni Agenas.

Di seguito viene riportata per la Centrale Operativa di Canicattì, come sarà riportato anche per le altre, una rappresentazione grafica della estratta dai rispettivi interventi recentemente realizzati



PIANO TERRA

Stato futuro  
Quote  
Scala 1:100



PIANO TERRA

Stato futuro  
Arredi  
Scala 1:100

## SEZIONE A' - A'

### Figure 1:100

## SEZIONE B - B

Scale 1:100

## PROGRAMMA FUNZIONALE

Attributo/Flusso/Valore	Stato/PA	PA Attivata	MIN. STATALE	MAX. STATALE
Attributo/Valore	Padronale di controllo/valutazione	1	1 = 100	20
	Realtà	1	1	1
	Realtà - Ufficio	2	10	20
	Data numero	3	90	90
Attributo/Flusso/Valore	Realtà (paese/anno/mese/analisi)	1	1	1
	Realtà/Cooperativa/Reale	1	10	10
Attributo/Valore	Numero/Albo	1	4	4
	Numero/Albo	1	4	4
<b>TOTALE</b> Attributi/Flusso/Valore nella COT			100	
Comuni			100,00%	100
<b>TOTALE</b> Attributi/Flusso/Valore			100	
Comuni			100,00%	100

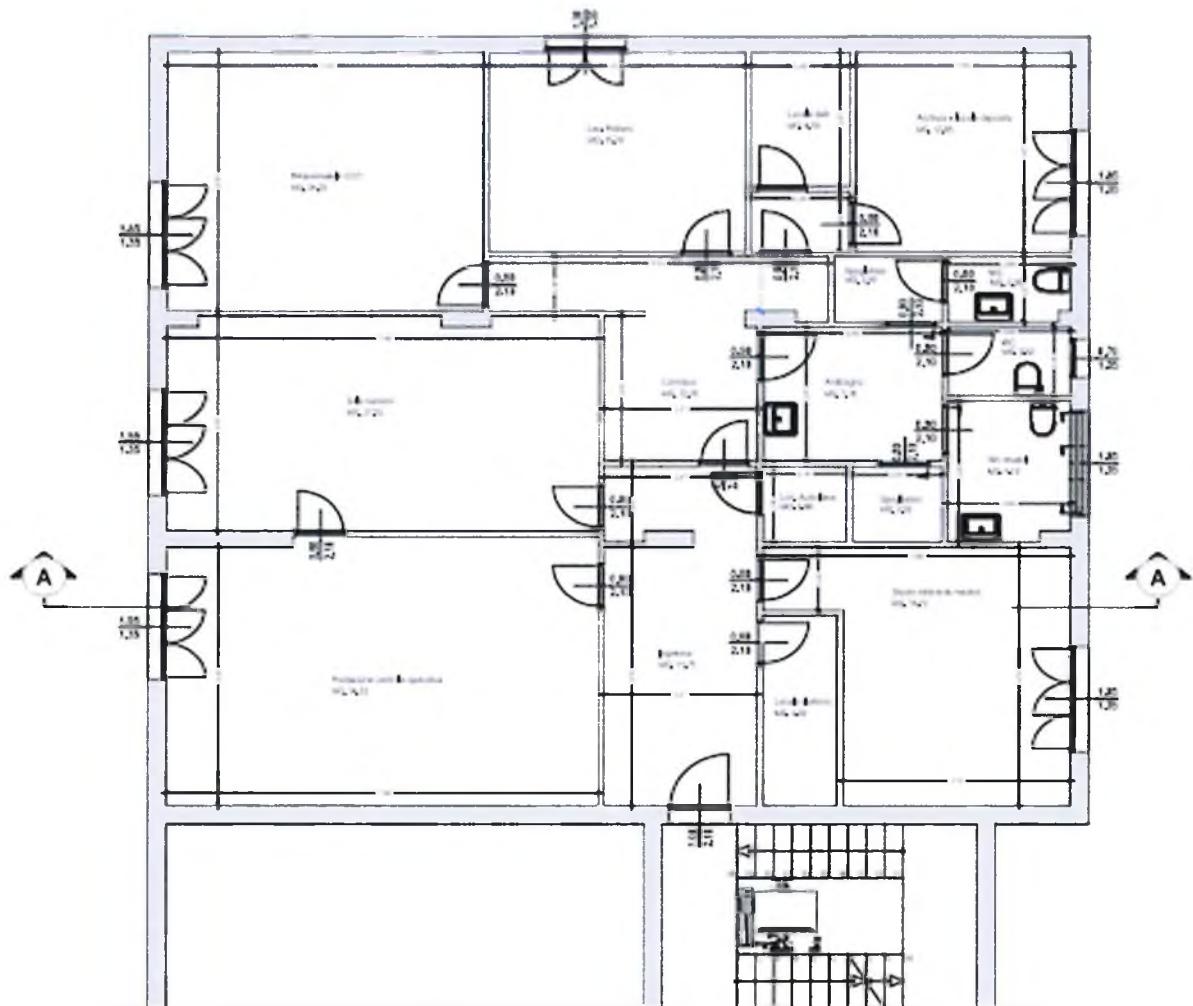
RAPPORTI RAI

## 5.2 La COT di Agrigento

La COT di Agrigento è sita in via Esseneto n.10, ed occupa il secondo piano di un più ampio edificio. I lavori risultano già ultimati, consegnati e collaudati in data 10/05/2024.

Il Centro Operativo disporrà di una superficie di circa 200 mq e sono configurati per accogliere 4 postazioni per gli operatori, conformemente alle disposizioni del punto 1.2 dell'allegato IV al Decreto Legislativo 81/08, che stabilisce il limite minimo di spazio garantito per ogni lavoratore. Va ricordato che la COT di Agrigento si riferisce ad una popolazione di 160.507 abitanti e quindi superiore ai 100.000 previsti per distretto dal D.M.77. Il numero di postazioni previste rispetterà lo standard minimo di 4 postazioni per ciascuna COT, oltre ad altre due postazioni dedicate al Coordinatore e a alle altre figure, come da quaderni Agenas.

Planta Stato di Progetto Scala 1:50



*Schema planimetrico della Centrale Operativa Territoriale di Agrigento*

### 5.3 La COT di Ribera

La **COT di Ribera** sarà sita nel Comune di Ribera, in via Circonvallazione snc; i lavori risultano già ultimati e in corso di collaudazione.

I locali, nel loro complesso, disporranno di una superficie di circa 210 mq e sono configurati per accogliere 4 postazioni per gli operatori, conformemente alle disposizioni del punto 1.2 dell'allegato IV al Decreto Legislativo 81/08, che stabilisce il limite minimo di spazio garantito per ogni lavoratore. Va ricordato che la COT di Ribera si riferisce ad una popolazione di 115.638 abitanti e quindi superiore ai 100.000 previsti per distretto dal D.M.77. Anche per la COT di Ribera il numero di postazioni previste rispetta lo standard minimo di 4 postazioni per ciascuna COT, oltre alle altre postazioni dedicate al Coordinatore ed alle altre figure, come da disposizioni Agenas.

A'

## PIANO RIALZATO

Stato futuro  
Quote  
Scala 1:100



## PROGRAMMA FUNZIONALE

AREA FUNZIONALE	STANZA	N. STANZE	MG STANZA	MG TORALI (mm)
Area operativa	Postazione centralizzata	1	4,2 x 2,8	16
	Posto	1	0	6
	Ufficio Uffici	2	10	20
	Salotto	1	16	16
Servizi di supporto	Servizi generali (AR/Refrigerazione)	1	4	12
	Trasformatori/Refrigeratori	1	10	10
Locali comuni	Cucina/Arredamento	1	4	4
	Trasformatori	1	6	6
TOTALE superficie servizi (m²)			100	
Corridoio			100x20 = 2000	
TOTALE - area COP			1200	
TOTALE - area COP			1200x1,125 = 1350	

## RAPPORTI RAI

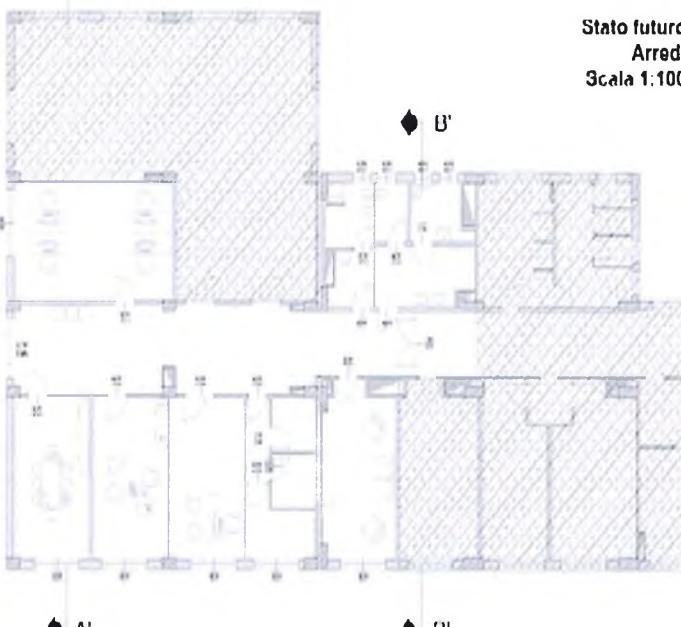
STANZA	W <sub>0</sub>	SP. UN. APERTURE	FINESTRA 1	FINESTRA 2	SP. TOT APERTURE
STANZA MATERNA	30,2x18,0	1,6x1,60	0,9x1,50 x 1,12		3,77600
PISTAZIONE CENTRALE (PES)	10,0x10,0	1,42x1,60	2,0x0,55 x 1,67		4,01200
RESPONSABILE Ufficio	10,0x10,0	1,50x1,60	1,0x1,30 x 1,12		3,11200
STUDIO REFERENTE MEDICO	10,0x10,0	2,41x1,60	2,0x1,55 x 1,12		3,77600
LOCALE RISTORO	21,0x10,0	2,0x1,90	2,0x1,55 x 1,12		2,77600
WC1	3,10x0,90	1,6x1,60	0,8x1,50 x 1,31		1,31800
WC2	3,10x0,90	1,6x1,60	0,8x1,50 x 1,31		1,31800
VIVERE/ARREDAMENTI	5,41x10,0	0,8x0,80	0,6x1,55 x 1,12	0,6x1,26 x 1,12	2,01200
ARCHIVI	5,21x0,90	0,8x0,90	0,5x1,55 x 1,12		1,12200
LOCALE DATI	4,00x0,90				
LOCALE ELETTRICO	4,00x0,90				

AREA NON SOBETTA AD INTERVENTO

A'

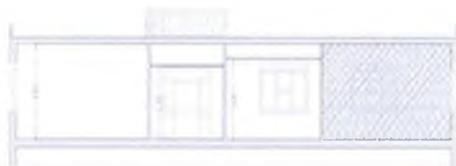
## PIANO RIALZATO

Stato futuro  
Arredi  
Scala 1:100



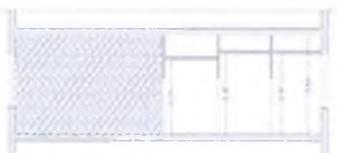
## SEZIONE A'-A'

Scala 1:100



## SEZIONE B'-B'

Scala 1:100



AREA SOBETTA AD INTERVENTO

## 5.4 La COT di Licata

La COT di Licata sarà sita in via Santa Maria snc , la consegna dei lavori contrattualmente è prevista per il 20.05.2024, il RUP ha dichiarato che in lavori sono in ritardo a causa di una interferenza con un altro cantiere lo stesso RUP ha dichiarato che l'ultimazione dei lavori e l'emissione della certificazione di regolare esecuzione avverrà entro e non oltre il 15 Giugno 2024;

I locali da adibire, nel loro complesso, occupano una superficie di 165 mq e sono configurati in modo da accogliere 4 postazioni per gli operatori, conformemente alle disposizioni del punto 1.2 dell'allegato IV al Decreto Legislativo 81/08, che stabilisce il limite minimo di spazio garantito per ogni lavoratore. Va ricordato che la COT di Licata sarà riferimento per una popolazione di 57.081 abitanti.

Nella COT il numero di postazioni previste rispetta lo standard minimo, fissato in 4 postazioni oltre ad altre postazioni dedicate al Coordinatore e a alle altre figure, come da indicazioni Agenas.



## 6 IL MODELLO ORGANIZZATIVO PREVISTO

L’Azienda ha previsto un modello organizzativo di Centrali Operative Territoriali sviluppato sia al livello distrettuale sia ad un livello pluridistrettuale sulla base delle caratteristiche orogeografiche e delle affinità territoriale dell’ASP nonché della presenza delle strutture sanitarie per ogni bacino: in ogni ambito insiste almeno un presidio ospedaliero ed una Casa della Comunità hub.

La COT coordinerà i servizi territoriali e ha l’obiettivo di creare una funzione di raccordo sia tra le strutture ospedaliere e territoriali già esistenti e di nuova istituzione (OdC e CdC), sia tra queste e le strutture extra ASP (pubbliche e private accreditate), per garantire continuità nei percorsi assistenziali.

**Gli arredi** previsti a Corredo delle COT, sono stati già oggetto di apposita procedura di acquisto. In quelle già ultimate risultano installati; per la COT di Licata i cui lavori saranno ultimati nel mese di Giugno, l’installazione è prevista nei giorni immediatamente successivi alla consegna stessa.

Gli arredi consegnati sono corrispondenti, per caratteristiche, numero e funzionalità alla destinazione d’uso prevista.

### 6.1 Le procedure di funzionamento

In linea con le indicazioni Agenas, ed in particolare nel rispetto del principio del “Transitional care”, le COT svolgeranno la funzione di coordinamento raccordando i servizi e professionisti sanitari e sociali sul territorio

Le COT si occuperanno pertanto di gestire e governare tutte le seguenti procedure:

- Trasferimenti Ospedale-Territorio: per la gestione delle dimissioni “facilitate” e “protette” dall’ospedale verso le strutture territoriali;
- Trasferimenti Territorio-Territorio: fa riferimento a tutte le transizioni tra setting territoriali (Cure domiciliari, RSA, Hospice, SUAP, CTA, OdC, CdC, etc.);

Dal punto di vista funzionale, la COT svolgerà attività di monitoraggio e coordinamento dei transiti dei pazienti cronici e cronici-degenerativi, tra i diversi setting assistenziali a garanzia dell’integrazione.

La COT assolverà al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, tra loro inter-dipendenti:

Coordinamento/ottimizzazione della presa in carico della persona assistita, tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali, DA e VERSO: - le strutture ospedaliere; - le strutture residenziale/semiresidenziale; - le strutture di ricovero intermedie o domicilio.

2) Tracciamento e monitoraggio della transizioni tra i diversi luoghi di cura o livelli assistenziali.

3) Supporto informativo e logistico sulle attività ed i servizi distrettuali, offerto ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, Medici di Continuità Assistenziale, Infermieri di Famiglia e di Comunità ecc.).

4) Raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute del paziente e dei percorsi integrati di cronicità anche attraverso strumenti di telemedicina, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

Di seguito si riporta un esempio di percorso clinico assistenziale, con riferimento al ruolo della COT:



9

## 6.2 Il personale

Il personale previsto per ciascuna COT, segue gli standard minimi previsti dal DM 77/22:

- 1 coordinatore infermieristico;
- 5 infermieri per garantire la turnistica ;
- 1 personale di supporto amministrativo.

Attualmente, sono in corso le procedure di reclutamento del personale da strutturare all'interno della COT.

La formazione per tale personale è stato già programmata, per l'ultima settimana di maggio e la prima settimana di giugno.

## 6.3 Sistemi informativi

In riferimento all'informatizzazione delle COT si è proceduto alla mappatura degli applicativi informatici aziendali territoriali e ospedalieri già in uso presso l'Azienda.

Al fine di consentire il regolare funzionamento delle COT nei tempi previsti dal PNRR e colmare l'ulteriore fabbisogno informativo, sulla base delle risultanze della mappatura, sarà colmato attivando apposite procedure di acquisizione che consentiranno di ammodernate quanto già in uso da tempo in Azienda e completare il parco tecnologico con funzionalità mancanti.

Più in dettaglio, l'interoperabilità dell'intero sistema, sarà garantita dalla seguente tipologia di sistemi informatici in grado di gestire il bisogno assistenziale della COT attraverso i seguenti specifici applicativi informatici:

- Portale PUA con funzione di porta di accesso ai servizi di assistenza territoriale, di provenienza: dal domicilio;
- Portale MMG (segnalazione del MMG/PLS);
- dall'Ospedale - Portale dimissioni (segnalazione dell'ufficio territoriale);
- Portale UVM per la presa in carico della segnalazione e l'identificazione del setting di destinazione adeguato, previa valutazione multidimensionale; ☰

- Portale UOCP/ADI per la presa in carico dei setting di assistenza domiciliare dell'ADI e delle Cure palliative;
- Portale CCM per la presa in carico del paziente cronico nei PDTA del diabete mellito, della BPCO e dello scompenso cardiaco;
- Collegamento/Portale per la residenzialità presso le R.S.A.( pubbliche e private);
- Portale per la salute mentale;
- Portale Ospedale per la verificare delle disponibilità di posti letto presso i Presidi Ospedalieri aziendali.
- Portale attività consultori e materno infantile.

PIATTAFORMA di interoperabilità che consentirà l'integrazione del “bisogno sociale” eventualmente espresso dagli Enti Locali attraverso la CSSI - Cartella Socio Sanitaria Informatizzata con il “bisogno sanitario” espresso attraverso i Portali informatici aziendali sopra elencati, in modo tale da consentire al personale della COT di individuare la segnalazione e la complessità del bisogno assistenziale, nonché la necessità di cambio setting al fine di garantire l'interconnessione tra professionisti socio-sanitari per una presa in carico completa e olistica della persona.

Le COT si avvalgono della piattaforma SGDT quale strumento individuato da Regione Sicilia a supporto delle attività; tale strumento è in fase di implementazione, le COT inoltre accedono alle piattaforme e agli applicativi aziendali.

È in fase di approvvigionamento (entro il terzo trimestre del 2024, con entrata a regime entro il quarto trimestre del 2024) la soluzione necessaria ad integrare tutte le soluzioni già in uso in azienda e utili all'attività delle COT. La soluzione si integrerà con il PUA, SVAMA, ADI, ADT, Consultori familiari, Salute Mentale e cartella clinica territoriale, prevedendo un'apertura verso il progetto regionale di Interconnessione COT . La cartella clinica territoriale andrà a completare la soluzione tecnologica in uso all'Azienda nell'approvvigionamento di soluzioni per il territorio e segue gli stessi tempi di acquisto e messa in produzione descritti per la soluzione di integrazione delle COT.

Riepilogando le funzioni attive e quelle da attivare vengono riassunte nelle tabelle che seguono:

Funzioni	
ATTIVE	Attivazione reti locali Cure domiciliari e cure palliative
	Monitoraggio della presa in carico pazienti fragili e cronici
	Transitional Care da dimissioni protette ospedaliere aziendali ed exstra-aziendale
	Attivazione della CDC e IFeC
	Attivazione rete salute mentale e disabilità(ex art.26- disabilità gravissima)
Funzioni	
DA ATTIVARE	Prenotazione agende
	Supporto alle unità di degenza ospedaliere (posti letto e flussi di accesso ai PS)
	Funzioni di centralizzazione di raccolta e offerta della domanda della rete socio-sanitaria
	Accoglienza e presa in carico di persone con disabilità (centri autismo, centri Alzheimer etc..)
	Collegamento Rete Emergenza- Urgenza compreso NEA 116117
	Altre aree di telemedicina (PDTA Ospedalieri)

#### 6.4 Sistema Telefonico

Le COT hanno anche nella risposta telefonica un ruolo importante; al fine di supportare le necessità di comunicazioni nel raccordo tra i diversi servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting della rete assistenziale, verrà fornito un sistema telefonico con risponditore telefonico (voce descrittiva del servizio) con 4 direttive diverse (le COT da 1 al 4) e con coda di attesa. Il sistema, per ogni COT, avrà a disposizione una barra elettronica che verrà installata nel pc a disposizione dell'operatore, per la risposta telefonica dell'operatore e la postazione sarà dotata di cuffia telefonica.

Verranno inoltre forniti telefoni dotati di doppia linea telefonica con funzionalità di conferenza, vivavoce e trasferimento di chiamata, così come richiesto dai quaderni Agenas.

Al fine di tracciare ogni singola chiamata, anche in termini di tempo di gestione e risoluzione delle segnalazioni, ogni COT sarà dotata di Software per la gestione delle segnalazioni. Gli operatori saranno profilati sul sistema e saranno configurate le code di gestione e presa in carico e risoluzione delle segnalazioni.

Infine, sono in fase di realizzazione ulteriori soluzioni informatiche finalizzate a completare la digitalizzazione dell'intera rete dell'assistenza territoriale attraverso un nuovo Portale.

Inoltre, è prevista appena disponibile, l'interconnessione con la SovraCOT Regionale.

### 7. INFORMAZIONE, FORMAZIONE E PIANO DELLA COMUNICAZIONE

Nel contesto del Progetto sperimentale, sono in itinere le iniziative formative rivolte a Direttori di Distretto, Referenti aziendali Medicina Convenzionata e Direttori professioni sanitarie, mirate a promuovere le finalità della Missione 6 del PNRR, declinando specificatamente quanto previsto dal DM77/2022, evidenziando il ruolo funzionale delle nuove strutture nel più ampio contesto delle attività territoriali già attive.

Il percorso formativo previsto sarà articolato in più giornate frontali, ed avrà l'obiettivo di sviluppare una comprensione approfondita del PNRR e delle sue dinamiche operative. Parallelamente, la Direzione aziendale, e i dirigenti amministrativi parteciperanno ad appositi workshop interattivi.

Saranno messe in atto iniziative di Tutorship e supporto, volte alla creazione di un dossier specifico per ogni distretto, mediante il lavoro di gruppo. Questo lavoro utilizzerà l'analisi della domanda e dell'offerta.

L'approccio adottato avrà lo scopo di produrre il risultato atteso in quanto l'analisi approfondita delle dinamiche intrinseche al PNRR, accompagnata alla lettura dei dati di ogni territorio, ha facilitato una comprensione uniforme della normativa vigente e l'applicazione dei principi alla realtà dell'offerta sanitaria che cambia.

Per il mese di luglio 2024, l'ASP di Agrigento, ha pianificato l'organizzazione di due conferenze dei servizi aziendali con la partecipazione della Direzione aziendale (DG, DS, DA), dei dirigenti amministrativi, dei direttori di distretto e dei referenti Aziendali, con l'obiettivo di condividere lo stato dell'arte delle attività connesse al raggiungimento di milestone e target relativi al PNRR.

Successivamente, l'Azienda provvederà alla realizzazione di una serie di incontri, nell'ambito della comunicazione, organizzati per Area.

Gli incontri del Piano della Comunicazione costituiranno occasione di divulgazione e condivisione delle informazioni riguardanti il nuovo modello della rete sociosanitaria nel territorio e quindi l'attivazione delle nuove infrastrutture previste dal PNRR (quali Casa della Comunità, Ospedale di Comunità) e dei relativi percorsi sociosanitari di assistenza. A tal fine, saranno prodotte e rilasciate, per ogni incontro, locandine e brochure.

Tali incontri vedranno il coinvolgimento delle amministrazioni comunali, di farmacisti, di una rappresentanza delle forze dell'ordine, dei parroci, della Cittadinanza attiva e i dei rappresentanti del terzo settore evolontariato.

## 8. INDICATORI DI MONITORAGGIO

Indicatori di monitoraggio di processo: indicatori utili al monitoraggio degli step propedeutici all'attivazione della struttura:

- N. giorni oltre la data di consegna dei lavori strutturali;
- N. giorni oltre la data di consegna prevista per il collaudo dei sistemi informativi;
- % personale assunto rispetto a quello previsto - IFoC - Personale di supporto;
- N. strutture territoriali e ospedaliere collegate alla COT .

Indicatori di monitoraggio e di esito: indicatori che monitorano l'attività erogata dalla struttura e la relativa performance, quali:

- Numero di casi gestiti dalle COT in collaborazione con i PUA e gli sportelli sociali nei processi di transizione;
- Tempi medi di attesa nelle transizioni tra setting “gestiti” dalle COT (dalla richiesta al trasferimento effettivo) per differenti tipologie di transito;
- Numero e percentuale di ricoveri presso gli OdC intermediati dalle COT sul totale dei ricoveri attribuibili alla rete delle cure intermedie;
- Tassi di disponibilità dei posti letto nelle singole strutture territoriali e ospedaliere (con l'obiettivo di ridurre le liste di attesa);
- Numero di pazienti presi in carico in telemedicina;
- Numero di chiamate giornaliere ricevute.

## 9. TEMPI DI ATTIVAZIONE- DIAGRAMMA DI GANT

L'Attivazione ed il pieno funzionamento delle 4 Centrali Operative Territoriali è prevista per il 30/06/2024

	Linee di attività	2022				2023				2024			
		1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T
2	Realizzazione lavori inerenti la COT									■	■		
3	Determinazione fabbisogno risorse umane									■			
4	Individuazione e assegnazione risorse umane										■	■	
5	Formazione risorse umane										■		
6	Determinazione fabbisogno Dotazione strumentale ed arredi									■			
7	Acquisizione Dotazione strumentale ed arredi									■			
8	Implementazione software aziendali									■	■		
9	Funzionamento COT									■			

## 10. RESPONSABILI DELLE ATTIVITÀ

MATRICE SETTORI REFERENTI PER L'ATTUAZIONE		
PROCESSI	SUB PROCESSI	SETTORE DI RIFERIMENTO
Lavori	//////////	U.O.C. Servizio Tecnico
Risorse Umane	Determinazione fabbisogni	Dipartimento Cure Primarie -
	Individuazione risorse umane	U.O.C. Risorse Umane
Dotazione strumentale	Determinazione fabbisogni	Dipartimento Cure Primarie -
	Procedure di acquisto	U.O.C. Provveditorato
Dotazione Arredi	Determinazione fabbisogni	Dipartimento Cure Primarie -
	Procedure di acquisto	U.O.C. Provveditorato
Implementazione software aziendali	//////////	Dirigente Analista Servizi informatici Aziendali
Formazione del Personale	Analisi dei bisogni	Settore Formazione -GLL

*Redatto:*

*Dott Vincenzo Lucio Mancuso – Dipartimento Cure Primarie*

*Dott. Giuseppe Ciciliato e Dott Domenico Vella - Ufficio Speciale PNRR*

## PIANO DI ATTUAZIONE OSPEDALI DI COMUNITA' AZIENDA SANITARIA DI AGRIGENTO



Convenzione AGENAS-Regione Sicilia

Predisposizione Piani Operativi per la realizzazione

delle strutture in attuazione del DM 77/2022

*Indice*

Premessa.....	pag. 3
1. Il Contesto territoriale dell’Azienda Sanitaria di Agrigento .....	pag. 5
2. Il piano di attuazione .....	pag. 7
3. Profilo del territorio .....	pag. 7
4. Fase di avvio sperimentale progetto distretti pilota AGENAS .....	pag. 11
5. Il funzionamento e il percorso per l’ammissione in Ospedale di Comunità .....	pag. 11
6. Il profilo clinico dei pazienti .....	pag. 12
7. Fabbisogno sanitario e socio-sanitario .....	pag. 14
8. La degenza .....	pag. 18
9. Tempi di ricovero e dimissione .....	pag. 18
10. Il personale .....	pag. 19
11. Sistemi informativi .....	pag. 19
12. Stato di avanzamento dell’integrazione dei sottosistemi informatici .....	pag. 19
13. Azioni messe in atto .....	pag. 20
14. Responsabili delle attività .....	pag. 20
15. Piano di comunicazione .....	pag. 21
16. Cronoprogramma e Tempi di attuazione GANTT .....	pag. 21

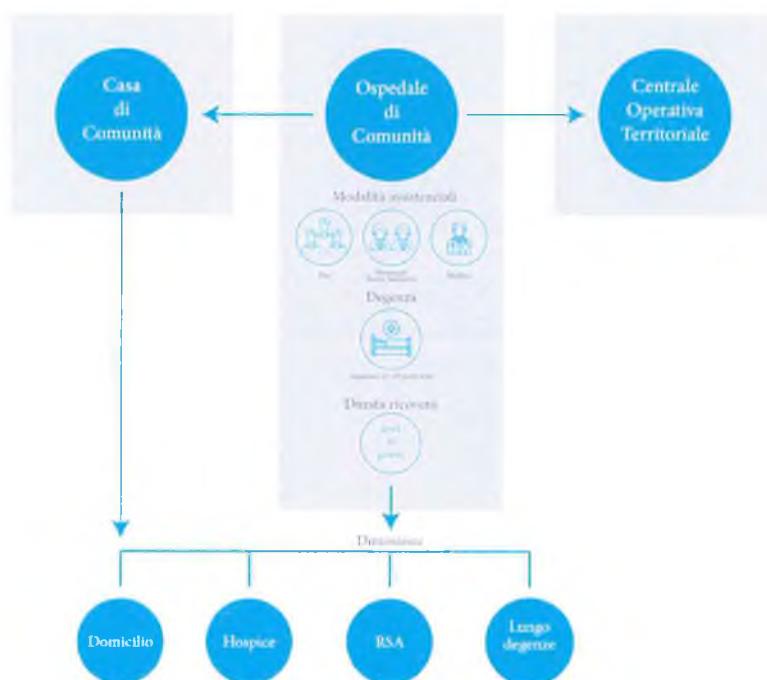
### Premessa

La Regione Siciliana, con appositi provvedimenti normativi, ha delegato agli Enti del Servizio sanitario regionale, quali “Soggetti attuatori esterni”, lo svolgimento di specifiche attività concernenti la realizzazione degli interventi finanziati nell’ambito del PNRR Missione 6 - Componente 1 e 2, in base alla relativa competenza territoriale, fermo restando il mantenimento della responsabilità congiunta e solidale assunta dalla Regione Siciliana in qualità di Soggetto Attuatore

Gli Ospedali di Comunità (OdC) rappresentano strutture intermedie tra l’assistenza domiciliare e l’ospedale e hanno l’obiettivo di evitare ricoveri inappropriati supportando al meglio il processo di dimissione dalle strutture di ricovero, garantendo assistenza a pazienti con condizioni complesse, superando la specificità per singola patologia/condizione. Gli OdC, insieme alle CdC pongono il loro obiettivo nella riduzione degli accessi impropri ai poli ospedalieri e di Pronto Soccorso.

In particolare sono concepiti come struttura socioassistenziale per favorire la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per malattie acute al proprio domicilio, offrendo ai pazienti un luogo dove poter sostare per il percorso post-ricovero e per consentire alle loro famiglie di aver un periodo di tempo necessario per l’organizzazione del rientro al domicilio.

Sistema di organizzazione dell’assistenza territoriale offerta dall’OdC



L’Ospedale di Comunità si pone pertanto in stretta relazione con la rete ospedaliera e con la rete sanitaria territoriale, tramite un alto livello di interdisciplinarietà. Gli Ospedali di Comunità hanno una connotazione a forte indirizzo infermieristico e possono essere 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. Quindi, l'Ospedale di Comunità supporta il paziente nel suo rientro a casa e a saper gestire in maniera più autonoma i momenti di acuzie della propria malattia, al fine di evitare successive ospedalizzazioni non necessarie. All'interno degli Ospedale di Comunità possono essere ammesse solo alcune tipologie di pazienti, che sono tendenzialmente soggetti appartenenti alle categorie fragili della popolazione, che pur avendo un inquadramento diagnostico già esaurito, un programma terapeutico già definito e un quadro clinico nel complesso stabilizzato, hanno ancora bisogno di sorveglianza clinica o dell'erogazione di prestazioni infermieristiche, ma con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (entro 30 giorni).

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
	<b>AREA DEGENZA</b>	
<b>DEGENZA</b>	Servizio di degenza low-care	Obbligatorio
	<b>AREA SERVIZI GENERALI</b>	
	Servizi di ricezione per gli utenti e il personale sanitario	Obbligatorio ma può essere in condizione
	ACCOGLIENZA UTENTI	Obbligatorio ma può essere in condizione
	ACCOGLIENZA PERSONALE	Obbligatorio ma può essere in condizione
	<b>AREE SERVIZI LOGISTICI</b>	
<b>SERVIZI GENERALI E LOGISTICI</b>		
	MAGAZZINI - DEPOSITI	Obbligatorio ma può essere in condizione
	ISOLA ECOLOGICA	Obbligatorio ma può essere in condizione
	Servizi logistici per il funzionamento della struttura sanitaria	Obbligatorio ma può essere in condizione
	AREA PULIZIA	Obbligatorio ma può essere in condizione
	CUCINA	Facoltativo
	LAVANDERIA	Facoltativo
	<b>AREE LOCALI TECNICI</b>	
	CT, Centrali per collegamento tra impianti, reti, servizi, ecc.	Obbligatorio ma può essere in condizione
	LOCALI TECNICI E CENTRALE TECNICOLOGICA UTA, ecc.	Obbligatorio ma può essere in condizione

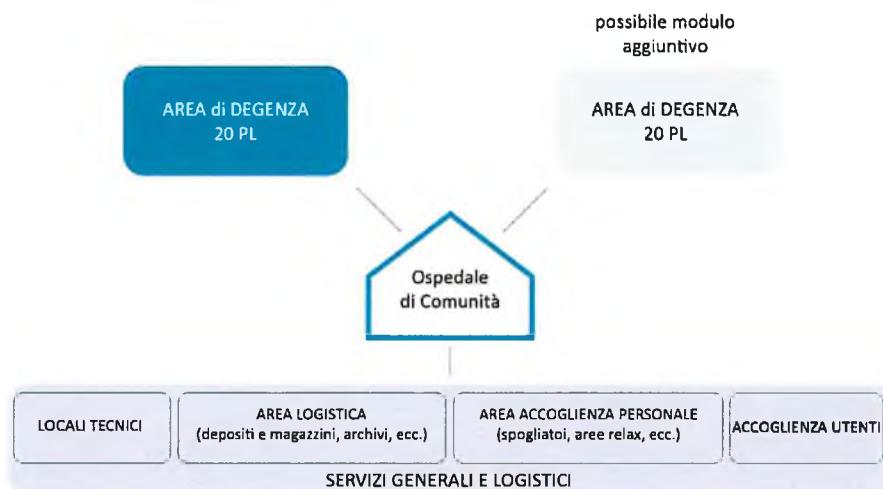
Gli Ospedali di Comunità, costituiscono di fatto una nuova gestione assistenziale del sistema sanitario, in grado di garantire, nel panorama dell'offerta sanitaria, una risposta appropriata a condizioni cliniche "intermedie" per le quali il regime di ricovero potrebbe risultare eccessivo ma che non sono trattabili a domicilio o almeno al domicilio di quel determinato paziente.

In particolare, gli Ospedali di Comunità dell'Azienda Sanitaria di Agrigento, prevedono un'articolazione con specifiche caratteristiche ambientali, dimensionali, funzionali e relazionali, organizzate per macro-aree funzionali omogenee:

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

- Macro-Area degenza, che ospita tutti i servizi di natura sanitaria, quali degenze, ambulatori e aree per la riabilitazione.
- Macro-Area dei servizi generali e logistici, suddivisa in quattro aree funzionali, riferite alle funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali accoglienza utenti e personale sanitario, aree logistiche e locali tecnici.

Schematizzazione dell'Odc



## 1. Il contesto territoriale dell'Azienda Sanitaria di Agrigento

Per il contesto riguardante l'intera area territoriale dell'Azienda Sanitaria di Agrigento è prevista la realizzazione di n.3 Ospedali di Comunità:

- Ospedale di Comunità di Santa Margherita Belice;
- Ospedale di Comunità di Bivona;
- Ospedale di Comunità di Agrigento.

Fig. 4 - Contesto territoriale ASP Agrigento



L'ambito territoriale di riferimento è quello dell'ASP di Agrigento, comprende n°42 comuni, per una superficie di 3.043 Km2, con una popolazione complessiva di 412.932 ( al 31.12.2022) abitanti e con una densità abitativa pari a 135,68 per Km2, con una minore densità nelle aree collinari della provincia.

L'ASP è suddivisa in 7 Distretti Sanitari di Base : Agrigento, Bivona, Casteltermini, Canicattì, Licata, Ribera e Sciacca.

POPOLAZIONE AZIENDA SANITARIA DI AGRIGENTO	
Distretti	Popolazione generale al 31/12/2022
Agrigento	139.573
Bivona	15.883
Canicattì	79.706
Casteltermini	20.934
Licata	57.081
Ribera	30.763
Sciacca	68.992
<b>Totale</b>	<b>412.932</b>

## 2. Piano di Attuazione

Il Distretto Sanitario è l'articolazione territoriale in cui si attiva il percorso assistenziale e si realizza l'integrazione tra attività sanitarie e sociali. Assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei presidi ospedalieri.

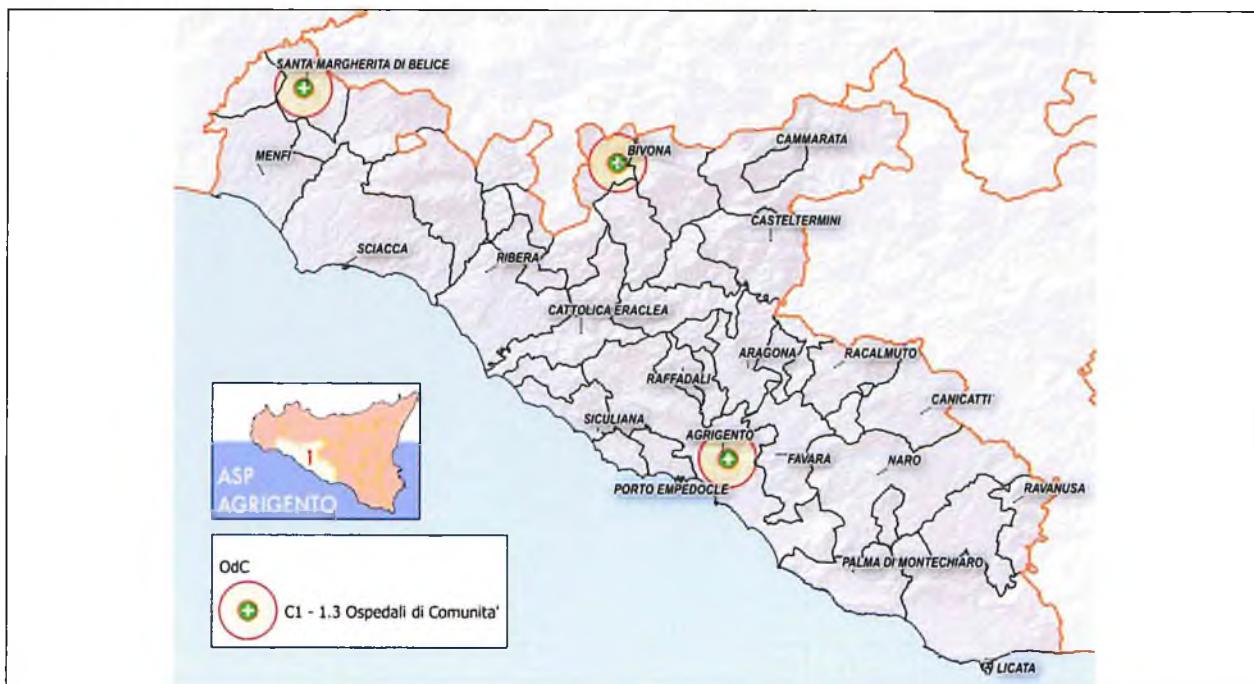
Nel nuovo Modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale secondo il DM 77/22, il distretto sociosanitario è individuato ogni 100.000 ab. circa, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

## 3. Profilo del territorio

L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria di ricovero della rete di assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. In considerazione delle variabili previste dal DM.77/22 l'Assessorato della Salute con D.A. n. 664/22, ha delegato l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, per lo svolgimento di specifiche attività finalizzate alla realizzazione degli interventi in base alla relativa competenza e specificità territoriali, pertanto l'Azienda, ha 3 Aree per la realizzazione degli Ospedali di Comunità.

La distribuzione territoriale degli Ospedali di Comunità si è realizzata in riferimento alla quantità dell'utenza e alla distribuzione territoriale delle strutture ospedaliere già esistenti, ma anche con la conformazione orografica e il riferimento ai soggetti fragili e alla relativa dotazione logistica.

**Fig. 5 - Posizionamento territoriale Ospedali di Comunità di Agrigento**



Gli Ospedali dell’Azienda Sanitaria di Agrigento costituiscono un’unica entità organizzativa di tipo ospedaliero, disposti su più stabilimenti e in comuni diversi, la loro funzione è quella di assicurare:

a) L’erogazione uniforme dell’attività ospedaliera sull’intero territorio di riferimento;

b) L’adozione di percorsi assistenziali e di cura integrati, nonché l’attivazione di protocolli e linee che assicurino l’esercizio della responsabilità clinica e l’utilizzo appropriato delle strutture e dei servizi assistenziali;

c) La riorganizzazione delle attività ospedaliere in funzione delle modalità assistenziali, dell’intensità delle cure, della durata della degenza e del regime di ricovero;

d) Garantire all’utenza adeguati ed efficienti Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Gli Ospedali di Comunità opereranno in sintonia con le centrali operative territoriali e con i presidi ospedalieri gestiti e organizzati dell’ASP di Agrigento, quali: Ospedale “San Giovanni di Dio” di Agrigento; Ospedale “San Giacomo D’Altopasso” di Licata; Ospedale “Barone Lombardo” di Canicattì; Ospedale “Giovanni Paolo II” di Sciacca; Ospedale “Fratelli Parlapiano” di Ribera.

Infatti, il contesto territoriale di assegnazione iniziale degli Ospedali di Comunità è stato valutato proprio in riferimento alle strutture già esistenti su tutto il territorio, ma anche alle aree in difficoltà a livello logistico.

**Fig. 7 - Ospedale di Comunità di Bivona**



**Mq struttura: 660**

### Dotazione organica:

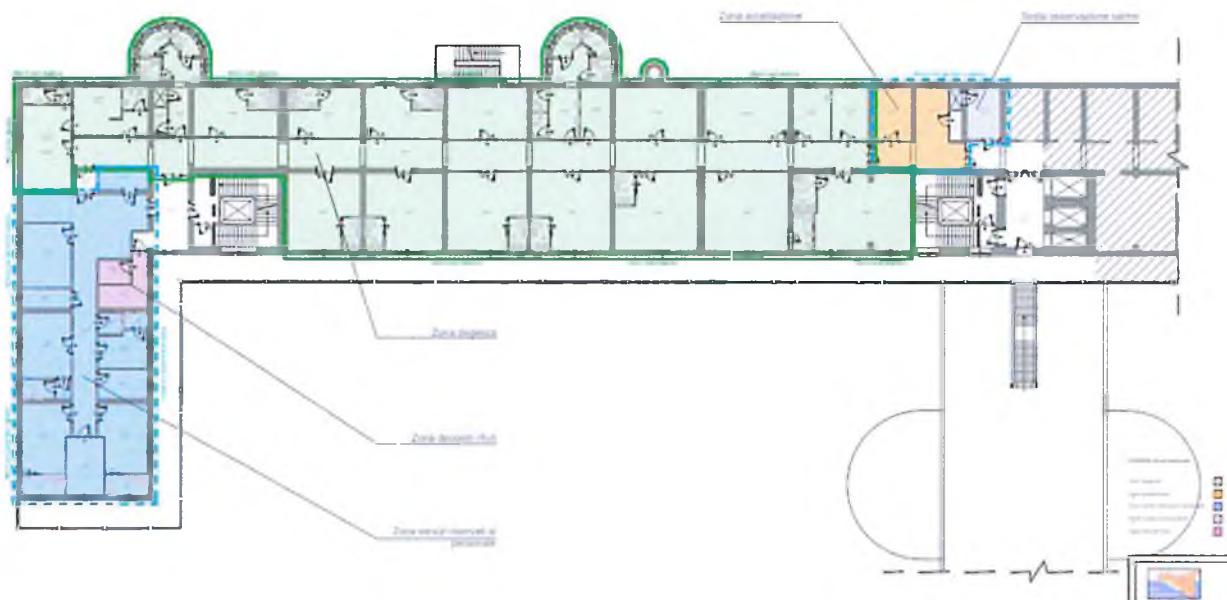
- 7/9 infermieri;
  - 6 Operatori Socio Sanitari;
  - 1 Medico disponibile per 4-5 ore al giorno, 6 giorni su 7;
  - 1 unità di Altro personale sanitario con funzioni riabilitative.

**Posti letto: n.20**

**Servizi erogati:** Esami diagnostici; Degenza; Riabilitazione funzionale.

L’Ospedale di Comunità di Bivona è di riferimento dell’utenza prioritariamente proveniente dai comuni di Alessandria della Rocca, Bivona, Cianciana, San Biagio Platani, Santo Stefano di Quisquina, oltre a potenziali utenti provenienti da comuni appartenenti ad altre province adiacenti.

**Fig. 8 - Ospedale di Comunità di Agrigento**



Mg struttura: 1143

### Dotazione organica:

- 7/9 infermieri;
  - 6 Operatori Socio Sanitari;
  - 1 Medico disponibile per 4-5 ore al giorno, 6 giorni su 7;
  - 1 unità di Altro personale sanitario con funzioni riabilitative.

Posti letto: n.20

**Servizi erogati: Esami diagnostici: Degenza: Riabilitazione funzionale.**

L’Ospedale di Comunità di Agrigento è di riferimento dell’utenza prioritariamente proveniente dai comuni di Agrigento, Aragona, Comitini, Favara, Ioppolo, Giancaxio, Porto Empedocle, Raffadali, Realmonte,

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sant'Angelo Muxaro, Santa Elisabetta e Siculiana, oltre a potenziali utenti provenienti da comuni appartenenti ad altre province adiacenti.

**Fig. 6 - Ospedale di Comunità di Santa Margherita Belice**



**Mq struttura: 915**

**Dotazione organica:**

- 7/9 infermieri;
- 6 Operatori Socio Sanitari;
- 1 Medico disponibile per 4-5 ore al giorno, 6 giorni su 7;
- 1 unità di Altro personale sanitario con funzioni riabilitative.

**Posti letto: n.20**

**Servizi erogati:** Esami diagnostici; Degenza; Riabilitazione funzionale.

L'Ospedale di Comunità di Santa Margherita Belice è di riferimento prioritariamente dell'utenza proveniente dai comuni di Sambuca di Sicilia, Montevago, Santa Margherita Belice, Montevago, Menfi, oltre a potenziali utenti provenienti da comuni appartenenti ad altre province adiacenti.

#### **4. Fase di avvio sperimentale progetto distretto pilota AGENAS**

Risultano ancora in corso di svolgimento le procedure dell'appalto integrato, per la realizzazione delle opere sopra menzionate, attualmente in corso di verifica propedeutica alla validazione del progetto esecutivo.

Conseguentemente a seguito di opportuna valutazione delle tempistiche effettive per la disponibilità dei locali, si è reso necessario programmare l'allocazione provvisoria dell'Ospedale della Comunità di Santa Margherita Belice, quale componente del progetto distretto pilota AGENAS, presso i locali già attivi dell'attuale Presidio Ospedaliero di Sciacca "Giovanni Paolo II", ubicato al primo piano dello stesso immobile oggetto dell'intervento, in via Giotto a Sciacca.

La sperimentazione dell'Ospedale di Comunità, nell'ambito di una struttura diversa da quella prevista, permetterà l'implementazione delle fasi operative delle procedure di funzionamento, rispettando la normativa sugli impianti (ossigeno etc.) e sulla dotazione infrastrutturale, con la minima incidenza sul bilancio aziendale, consentendo di sviluppare modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza nel Servizio Sanitario Nazionale previsti dal D.M. 77/22 nonché di definire concretamente i parametri in riferimento tanto al personale quanto agli obiettivi strategici di riferimento.

Tale percorso di sperimentazione permetterà ai professionisti di acquisire il know-how necessario da implementare nelle altre strutture previste nell'intero ambito territoriale provinciale.

le risorse umane , le attrezzature e apparecchiature impegnati nella sperimentazione all'interno del Presidio Ospedaliero di Sciacca "Giovanni Paolo II" e finanziate nell'ambito del PNRR Missione 6 - Componente 1 e 2, e , verranno a regime trasferite ed utilizzate nella destinazione definitiva nella realizzanda struttura individuata nel Comune di Santa Margherita Belice.

#### **5. Il funzionamento e il percorso per l'ammissione in Ospedale di Comunità**

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, attraverso il gruppo di lavoro di riferimento al PNRR e PNC, ha elaborato i criteri sanitari e sociali per la richiesta di ospitalità presso gli Ospedali di Comunità.

Essi sono rivolti ai cittadini-pazienti provenienti sia dal territorio che dall'ospedale, in una visione circolare di assistenza integrata Territorio-Ospedale-Territorio. Al fine di definire omogeneamente l'accesso presso gli OdC sarà utilizzata una "Scheda di Ingresso al Territorio" che il medico proponente deve compilare per filtrare le richieste di pazienti più idonei al ricovero presso un Ospedale per acuti e/o R.S.A. e/o Hospice, a causa di quadri clinici instabili o dall'elevato carico assistenziale.

Potranno accedere presso gli Ospedali di Comunità soltanto pazienti con una condizione di stabilità clinica di basso impegno assistenziale e potranno usufruire di una degenza massima di 30 giorni.

Nella valutazione di ingresso viene definito un punteggio, determinato dall'integrazione dei punteggi ottenuti in due scale di valutazione distinte, una per la definizione della "stabilità clinica" ed una

per la definizione del “basso impegno assistenziale”, scale di valutazione già in uso clinico, opportunamente modificate e contestualizzate al livello di assistenza che può essere erogato negli OdC.

Soltanto i pazienti con punteggio pari a “0” potranno accedere negli Ospedali di Comunità, perché questo punteggio garantirà stabilità clinica e basso impegno assistenziale per chi accede negli OdC, invece le urgenze saranno trattate dai presidi ospedalieri di Agrigento, Licata, Canicattì, Sciacca e Ribera.

La valutazione clinico-sanitaria verrà integrata con la rilevazione del bisogno sociale ed inoltre, andrà allegata anche la scheda del consenso informato.

L’accesso presso l’OdC può essere richiesto da: Medico di medicina generale, Medico specialista ambulatoriale interno, Medico di continuità assistenziale, Medico di Pronto Soccorso e/o Medico specialista ospedaliero.

La richiesta di accesso completa sarà inviata al PUA territorialmente competente per residenza/domicilio (Distrettuale) che la invierà al Sovra-PUA Back-Office per la valutazione di ammissibilità.

Se accolta, la richiesta sarà inoltrata alla C.O.T. di riferimento del distretto, che prenderà in carico il ricovero, e nel momento di pianificazione del ricovero provvederà a contattare sia il medico richiedente (territoriale o ospedaliero) sia il medico dell’OdC e/o l’infermiere coordinatore dell’OdC, pianificando modalità e tempi del ricovero.

Infine, per l’Ospedale di Comunità, la richiesta proveniente dall’Ospedale verrà gestita dall’Ufficio territoriale di riferimento di quell’Ospedale. Nel caso in cui la richiesta provenga dal territorio, questa verrà gestita sempre per il tramite del medico di medicina generale.

## **6. Il profilo clinico dei pazienti**

Per poter fare accesso negli Ospedali di Comunità dell’ASP di Agrigento, il profilo generale funzionale dei pazienti deve con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica. Solitamente si tratta di pazienti clinicamente stabili e basso impegno assistenziale con perdita di alcune funzioni ma con diverse possibilità prognostiche.

Nello specifico, dalle indicazioni del DM 77 emerge che i pazienti degli OdC rientrano essenzialmente in quattro tipologie:

- pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di imprevisti, in cui il ricovero ospedaliero risulti inappropriato;
- pazienti, prevalentemente affetti da multimorbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimisibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

- pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione e addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;
- 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 Diagnostico Terapeutici Assistenziali, Protocolli, ecc. già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

I criteri indispensabili di accogliibilità presso l'Ospedale di Comunità sono:

- assenza di problematiche acute in atto;
- condizione clinica stabile;
- basso carico assistenziale;
- inquadramento diagnostico definito;
- programma terapeutico delineato.

Le principali patologie trattabili in Ospedali di Comunità sono:

- BPCO riacutizzata, senza grave insufficienza respiratoria; broncopolmoniti a lenta risoluzione. Pazienti in ossigeno terapia a basso flusso, in terapia ottimizzata, senza necessità di controllo della emogasanalisi arteriosa;
- Vasculopatie croniche o subacute (TIA, flebotrombosi, tromboflebiti) non complicate;
- Patologie cardiache con necessità di adattamento alla terapia rimodulata e monitoraggio clinico/ematochimico;
- Malassorbimento, esiti di resezione intestinale chirurgica con necessità di ottimizzare la terapia nutrizionale ed eventuale gestione della stomia; pazienti post-chirurgici e non che necessitino di convalescenza, terapie parenterali prolungate e/o di riattivazione motoria post allettamento;
- Malattia da malnutrizione, in trattamento parenterale o enterale per cicli terapeutici;
- Malattie croniche del tratto urinario e/o infezioni, con necessità di terapia antibiotica anche endovenosa e monitoraggio clinico/ematochimico;
- Cicli di terapia per via parenterale, anche antibiotica in classe H, se non eseguibili a domicilio;
- Patologie neurodegenerative con necessità di riattivazione motoria (SLA nelle fasi iniziali);
- Ulcere trofiche con necessità di medicazioni giornaliere e ciclo di terapia antibiotica endovenosa;
- Pazienti con traumi lievi e/o non evolutivi, dopo completa valutazione clinica.

## **7. Fabbisogno sanitario e socio sanitario**

La tipologia di pazienti da prendere in carico presso gli ODC - pazienti di elevata complessità assistenziale a fronte di una bassa intensità di cure - permette all'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento di poter colmare le carenze assistenziali che in atto si sono verificate nell'ambito della medicina di transizione, e soddisfare l'offerta extra-ospedaliera attraverso appunto la creazione dei tre OdC in tutta la provincia di Agrigento. Essi, in stretta collaborazione con le strutture ospedaliere esistenti sul territorio dell'ASP ed in collegamento con le COT, integrate con il servizio sociale, saranno in grado di rispondere alle diverse esigenze di assistenza di persone e famiglie con bisogni di salute semplici e complessi .

Lo scopo è quello di conseguire un'erogazione di servizi sempre più mirati ed appropriati, utilizzando i diversi *setting* assistenziali a propria disposizione (ospedaliero, residenziale/domiciliare, pubblico/privato accreditato) utilizzando maggiormente le risorse della comunità, che sono più prossime al paziente (famiglia, servizi, rete formale e informale).

Infatti, la scarsa presenza di strutture di cure intermedie quali RSA, lungodegenza e l'assenza di strutture di ricovero quali RSA di 2° e 3° livello e quindi di tutta la rete dei servizi sanitari e socio-complementari esistenti, ha consentito di effettuare una analisi preliminare che ha consentito di far coincidere la localizzazione degli ODC in sedi con le seguenti caratteristiche:

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

A causa del progressivo invecchiamento della popolazione globale il numero di pazienti con multi cronicità è in costante aumento con un crescente impatto nell'impiego di risorse sanitarie. Una sfida per i sistemi sanitari riguarda il passaggio da un approccio assistenziale re-attivo ad uno pro-attivo ("medicina di iniziativa").

In Italia nel 2021, le Regioni che hanno riportato un più alto tasso di anziani assistiti in ADI sono, similmente a quanto osservato nel 2020, l'Abruzzo (4,71% degli over 65 e 7,72% degli over 75), il Veneto (4,34% e 7,12%), la Sicilia (4,13% e 6,67%), la Basilicata (3,92% e 6,63%), la Toscana (3,82% e 5,71%), le Marche (83,72% e 5,96%) e l'Emilia Romagna (3,72% e 6,08%). I tassi di copertura più bassi sono stati invece

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

riportati dalla Provincia Autonoma di Bolzano (0,44% tra gli over 65 e 0,66% tra gli over 75), Valle D'Aosta (0,45% e 0,67%), Molise (0,49% e 0,79%), Puglia (1,91% e 3,17%) e Piemonte (2,08% e 3,33%).

La Figura 2.3, mostra come l'offerta di cure domiciliari vari estremamente tra le diverse Regioni e Province Autonome italiane, con divari tra le diverse aree geografiche.

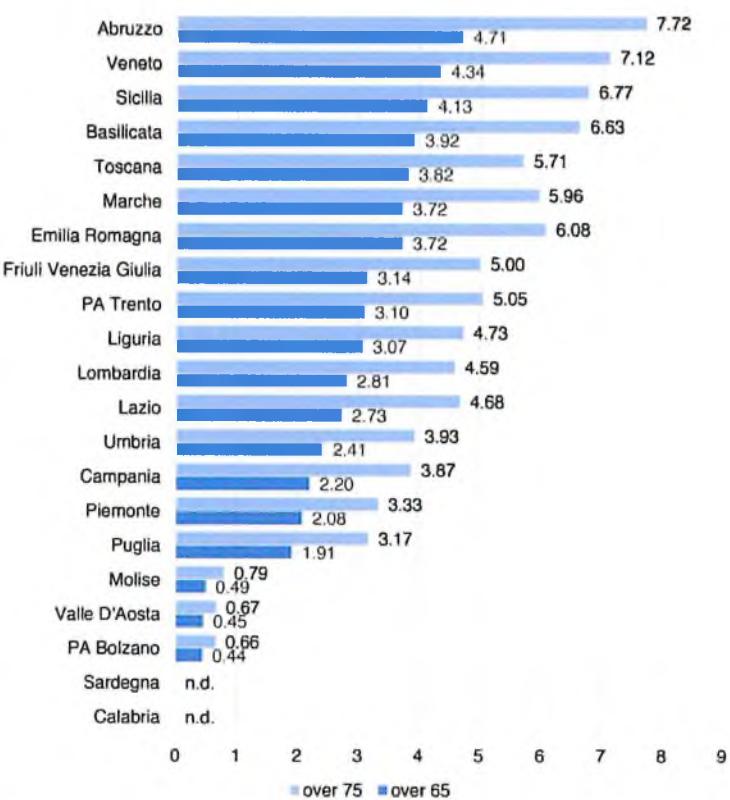


Figura 2.3. Percentuale di anziani over 65 assistiti in ADI. Dati relativi all'anno 2021  
Fonte: Ministero della Salute (2022). Elaborazione di Italia Longeva

L'identificazione dei pazienti che maggiormente potrebbero beneficiare rappresenta uno dei punti cruciali. Considerato che, un terzo della popolazione complessiva (33,1%) è affetto da almeno una delle patologie croniche di seguito elencate: dislipidemia, ipertensione, scompenso, diabete, depressione, BPCO/Asma. Tale percentuale ha un minimo dell'8% nella fascia d'età più giovane (0-39 anni) mentre supera l'83,5% in quella più anziana ( $\geq 80$  anni). La percentuale di spesa assorbita dai pazienti affetti da patologie croniche si attesta, al 79% nel farmaceutico, al 52% nei ricoveri, ed al 53% nelle prestazioni specialistiche.

Tra i pazienti affetti da patologie croniche il 54% è affetto solo da una patologia, il 27% da due, il 14% da 3 mentre il restante 5% ha 4 o più patologie croniche. Tra le multi-patologie croniche la più diffusa (19% dei casi) risulta essere la dislipidemia associata ad ipertensione, seguita da ipertensione e scompenso (9%) ed ipertensione e diabete (9%). Le multi-patologie croniche coinvolgono il 54% della popolazione con

età superiore ad 80 anni, mentre interessano l'1% della popolazione nella fascia d'età 0-39 anni. La spesa farmaceutica pro-capite incrementa all'aumentare del numero di patologie croniche concomitanti, passando da una media di € 377 pro-capite (una patologia) a € 2.919 (cinque o più). In modo analogo ciò avviene per i ricoveri (€ 810 una patologia e € 7.062 cinque o più) e per le prestazioni specialistiche (€ 196 una patologia, € 523 cinque o più).

Considerato altresì che vi è una percentuale che varia tra 50-90% di non compliance tra i pazienti soggetti a regimi terapeutici prolungati a causa di patologie croniche e che tra il 16-50% dei pazienti con ipertensione interrompe il trattamento entro il primo anno di cura e che pertanto il 64% delle ospedalizzazioni per scompenso cardiaco sono dovute a non compliance alla terapia. L'eccesso di mortalità per malattie circolatorie è sostenuto in particolare dalle malattie cerebrovascolari.

I disturbi circolatori dell'encefalo fanno registrare, per entrambi i sessi, un numero relativamente alto di decessi dall'analisi eseguita su base distrettuale si evidenziano eccessi significativamente superiori all'atteso regionale in entrambi i sessi nel distretto di Licata. Il diabete rappresenta il 90% del totale delle patologie delle ghiandole endocrine ed è responsabile, rispettivamente per gli uomini e per le donne, del 42,2% e del 57,8% del numero totale medio dei decessi osservati per questa causa di morte (2.449). I rapporti standardizzati di mortalità evidenziano eccessi statisticamente significativi tra le donne nella provincia di Agrigento in tutta la regione Sicilia.

In riferimento alla prevalenza di pazienti fragili per ciascuna provincia, emerge per la Provincia di Agrigento una fragilità "Assente" medio-bassa (32.7%), "Lieve" nella media (36.5%), "Moderata" la più alta rispetto alle altre province (20.3%) e "Severa" medio-alta (10.5%).

Tab. Prevalenza dei diversi gradi di fragilità nelle province della Regione Sicilia				
Provincia	FRAGILITÀ'			
	Assente	Lieve	Moderata	Severa
Trapani	33.1%	35.3%	19.7%	11.9%
<b>Agrigento</b>	<b>32.7%</b>	<b>36.5%</b>	<b>20.3%</b>	<b>10.5%</b>
Enna	36.0%	38.7%	15.2%	10.1%
Palermo	37.7%	37.3%	16.3%	8.7%
Messina	37.5%	38.5%	16.0%	7.9%
Catania	40.4%	35.8%	16.4%	7.4%
Caltanissetta	34.9%	40.9%	17.5%	6.7%
Siracusa	51.8%	34.7%	10.5%	3.0%
Ragusa	47.7%	33.8%	13.7%	4.8%

In riferimento al contesto regionale la provincia di Siracusa risulta essere la più performante sotto il profilo del fabbisogno sanitario e in particolare in riferimento alla fragilità dell’utenza.

Inoltre, l’analisi condotta su base distrettuale ha evidenziato eccessi significativamente più elevati rispetto all’atteso regionale in entrambi i sessi nei distretti di Ribera, tra gli uomini si segnalano SMR più elevati nel distretto di Agrigento tra le donne invece si evidenziano valori più elevati nei distretti di Bivona, Canicattì, Licata, (Lampedusa e Linosa che pur appartenendo ad altra ASP dal punto di vista assistenziale risulta emblematico ai fini epidemiologici). La mortalità per malattie respiratorie risultano molteplici a livello regionale. In particolare per BPCO se ne registrano quasi 1.500, con un marcato interessamento del genere maschile localizzato prevalentemente nella parte centrale dell’isola. I rapporti standardizzati di mortalità evidenziano valori significativamente in eccesso tra gli uomini nelle province di Agrigento e Caltanissetta; l’analisi condotta su base distrettuale ha invece evidenziato eccessi significativamente più elevati rispetto al contesto regionale in entrambi i sessi nel distretto sanitario di Casteltermini, tra gli uomini si osservano eccessi nel distretto di Agrigento.

Uno degli obiettivi della piena attuazione delle strutture previste dal DM.77/22 è quella di potenziare una rete virtuosa di professionisti per affrontare nel modo più adeguato le patologie croniche presenti sul territorio della ASP di Agrigento, partendo in prima battuta con la sperimentazione pilota sul territorio del distretto di Agrigento e Sciacca.

Allo stato attuale, tutti i presidi ospedalieri eseguono dimissioni facilitate e dimissione protette verso gli sportelli PUA distrettuali, presso i quali negli scorsi anni si sono già svolte attività per la costituzione dei PUA distrettuali e per l’attivazione degli ambulatori a Gestione Integrata. Si sta lavorando per la destinazione di risorse alla risposta territoriale verso i bisogni non acuti.

Si è costituito uno scheletro di informazioni veicolate attraverso sistemi informatici, che consentono la comunicazione, prima complessa tra le entità ospedaliere e quelle territoriali.

Da una recente analisi sullo stato di salute della provincia, è emerso che la provincia di Agrigento si trova al 91° posto su scala nazionale (1° posto Bolzano, 2° Pescara e 3° posto Nuoro), come tasso di mortalità si posiziona al 85° posto, più per infarto che per tumore, al 96° posto come Aumento speranza di vita. Un consumo di farmaci elevato per diabete con un ultimo posto, al 103° posto per ricettività ospedaliera e una conseguente emigrazione ospedaliera elevata rispetto alle altre province (59° posto).

Infine, l’opportunità rappresentata dai costituendi ODC che in stretta collaborazione con le COT, le CDC e gli ospedali Aziendali consentirà di fornire le risposte adeguate ai bisogni di salute della popolazione.

In linea con le indicazioni del DM 77/22, si è deciso, di puntare sui seguenti aspetti:

- Cooperazione con i Medici di Medicina Generale ;

- Migliore definizione dei percorsi assistenziali, anche in base alle risorse realmente disponibili sul territorio ;
- Spinta verso la multidisciplinarità nell'approccio al paziente, privilegiando un'organizzazione per intensità di cura.

### **8. La degenza**

Le attività nell’Ospedale di Comunità sono basate su un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, in cui sono previste collaborazione ed integrazione delle diverse competenze. La responsabilità organizzativa è affidata ad un responsabile infermieristico (cfr. DM n. 70/2015), secondo quanto previsto dall’Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020. L’assistenza infermieristica è garantita 24/24 ore e 7 giorni su 7, con il supporto degli Operatori Sociosanitari e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti sanitari e sociali coinvolti.

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 COT e in modo da facilitare l’organizzazione dell’assistenza, e gli ausili eventualmente necessari, una volta che il paziente tornerà al domicilio. L’assistenza medica è assicurata dai medici incaricati. L’assistenza notturna è garantita anche da Infermieri e Medici della Continuità Assistenziale. In caso di emergenza, dovranno essere attivate le procedure previste, a livello regionale, tramite il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale. Durante la degenza presso l’OdC, andrà verificato il grado di raggiungimento degli obiettivi clinico/assistenziali previsti proposto all’assistito all’ingresso nella struttura.

### **9. Tempi di ricovero e dimissione**

La durata del ricovero normalmente non è superiore ai 30 giorni. La famiglia e il medico di medicina generale verranno contattati dalla COT e/o dall’OdC per predisporre il rientro al domicilio e condividere le eventuali richieste di ausili e/o assistenza domiciliare/residenziale. Qualora le condizioni psico-fisiche della persona siano tali da non considerare possibile il rientro al domicilio, il Responsabile clinico dell’OdC potrà accordare il prolungamento della degenza in accordo con la Centrale Operativa Territoriale (COT) e comunque solo in casi eccezionali e motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte.

Al raggiungimento degli obiettivi clinico/assistenziali, e comunque entro un intervallo di tempo previsto non superiore a 30 giorni, l’assistito presso l’OdC sarà dimesso al domicilio, se non indicato altro, oppure sarà pianificata la prosecuzione delle cure sempre tramite le COT.

## 10. Il personale

Per la gestione degli ODC sono state individuate le seguenti figure professionali: 7-9 Infermieri per l'assistenza 7 giorni su 7; 6 Operatori Sociosanitari; 1 unità di Altro personale sanitario con funzioni riabilitative; 1 Medico disponibile per 4-5 ore al giorno, 6 giorni su 7. È previsto il reclutamento del personale da strutturare all'interno degli OdC e la relativa formazione. Il personale da allocare all'interno dell'Ospedale di Comunità dell'Azienda rispetta gli standard previsti da DM 77/22, seguendo, inoltre, le indicazioni strutturali dei quaderni Agenas.

## 11. Sistemi informativi

Per garantirne il corretto funzionamento del percorso dalla fase di richiesta all'uscita del paziente, l'OdC si interfacerà con la rete territoriale di assistenza attraverso sistemi informativi aziendali già in uso:

- PUA (Punto Unico di Accesso): per gestire le richieste di ammissione.
- COT (Centrale Operativa Territoriale): per assicurare il passaggio tra i diversi ambienti assistenziali.
- CSSI (Cartella Socio-Sanitaria Informatizzata) e Piattaforma di Interoperabilità: per integrare le informazioni sanitarie con quelle sociali.
- Cartella informatizzata territoriale: fornirà una cartella durante la degenza, permettendo la raccolta e la conservazione di informazioni selezionate.

## 12. Stato di avanzamento dell'integrazione dei sottosistemi informatici

Il documento informativo in uso presso gli OdC è la Cartella informatizzata territoriale: la cartella durante la degenza permetterà la raccolta e la conservazione di informazioni in entrata relative alla presa in carico, durante la degenza, al fine di documentare il percorso clinico assistenziale ed in uscita per garantire la continuità delle cure ( prescrizioni farmacologiche, terapeutiche e educazionali) ed i follow-up previsti presso le strutture territoriali.

I dati clinico-assistenziali inseriti verranno condivisi con i MMG e riversati nel FSE.

La cartella è in fase di approvvigionamento, che avverrà presumibilmente entro la fine del terzo trimestre dell'anno. I dati sanitari prodotti verranno poi archiviati sul sistema di Repository Aziendale che è attualmente in uso. La cartella godrà di tutte le interconnessioni necessarie alla gestione del paziente, in particolare con quelle legate al territorio COT, PUA, ecc. ed ospedaliere come l'Order Entry per la gestione di eventuali richieste di ordini e consulenze specialistiche verso l'ospedale più prossimo.

	Funzioni
ATTIVE	Collegamento per l'attivazione reti locali Cure domiciliari e cure palliative
	Monitoraggio della presa in carico pazienti fragili e cronici
	Transitional Care da dimissioni protette ospedaliere aziendali ed exstra-aziendale

	Attivazione della CDC e IFeC
	Attivazione rete salute mentale e disabilità(ex art.26- disabilità gravissima)

	<b>Funzioni</b>
DA ATTIVARE	Prenotazione agende
	Collegamento con le unità di degenza ospedaliero
	Funzioni di centralizzazione di raccolta e offerta della domanda della rete socio-sanitaria
	Accoglienza e presa in carico di persone con disabilità (centri autismo, centri Alzheimer etc..)
	Collegamento Rete Emergenza- Urgenza compreso NEA 116117
	Altre aree di telemedicina (PDTA Ospedalieri)

### 13. Azioni messe in atto

Nel contesto del Progetto sperimentale sono state realizzate iniziative mirate a promuovere le finalità della Missione 6 del PNRR, declinando specificatamente quanto previsto dal DM77/2022, evidenziando il ruolo funzionale delle nuove strutture nel più ampio contesto delle attività territoriali già attive.

Sono state messe in atto iniziative, volte alla creazione di un analisi specifica per ogni distretto, mediante il lavoro di gruppo. L'approccio adottato ha prodotto il risultato atteso in quanto l'analisi approfondita delle dinamiche intrinseche al PNRR, accompagnata alla lettura dei dati di ogni territorio, ha facilitato una comprensione uniforme della normativa vigente e l'applicazione dei principi alla realtà dell'offerta sanitaria che cambia. Nell'ambito della collaborazione interistituzionale che, da sempre caratterizza i rapporti tra la Direzione dell'ASP e i SS. Amministratori dei Comuni, afferenti al Territorio della Provincia di Agrigento, al fine di condividere il piano degli interventi previsti dal PNRR provinciale, nonché il profilo di comunità risultante dagli studi effettuati e, contestualmente, consentire la più ampia partecipazione alla programmazione delle attività socio sanitarie.

### 14. RESPONSABILI delle Attività

<b>MATRICE SETTORI REFERENTI PER L'ATTUAZIONE</b>		
<b>PROCESSI</b>	<b>SUB PROCESSI</b>	<b>SETTORE DI RIFERIMENTO</b>
Lavori	//////////	U.O.C. Servizio Tecnico
Risorse Umane	Determinazione fabbisogni	Dipartimento Cure Primarie -
	Individuazione risorse umane	U.O.C. Risorse Umane
Dotazione strumentale	Determinazione fabbisogni	Dipartimento Cure Primarie -
	Procedure di acquisto	U.O.C. Provveditorato
Dotazione Arredi	Determinazione fabbisogni	Dipartimento Cure Primarie -
	Procedure di acquisto	U.O.C. Provveditorato

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Implementazione software aziendali	/////////////////////////////	Dirigente Analista Servizi informatici Aziendali
Formazione del Personale	Analisi dei bisogni	Settore personale -GLL

#### 15. Piano di comunicazione

Con l'attivazione del Piano di Comunicazione si è costituito un momento di divulgazione e condivisione delle informazioni, anche tramite social network, riguardanti il nuovo modello della rete sociosanitaria nel territorio e quindi l'attivazione delle nuove infrastrutture previste dal PNRR (quali Casa della Comunità, Ospedale di Comunità) e dei relativi percorsi sociosanitari di assistenza.

È stata richiesta la creazione della pagina web dedicata al PNRR sul sito istituzionale dell'Azienda, la quale ad oggi è attiva e costantemente aggiornata.

#### 16. Cronoprogramma e tempi di attuazione GANTT

	Linee di attività	2023				2024				2025				2026			
		1T	2T	3T	4T												
1	Assegnazione codici CIG per la realizzazione ODC		■														
2	Stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli ODC			■	■	■											
3	Realizzazione Ospedali di Comunità				■	■	■	■	■	■	■	■	■				
4	Reclutamento risorse umane da destinare a ODC e relativa formazione							■	■	■	■						
5	Implementazione software aziendali								■	■	■						
5	Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche e arredi		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
6	Progetto pilota Agenas: attivo									■							



**Servizio Sanitario Nazionale – Regione Sicilia**  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO**  
Viale Della Vittoria n. 321, Agrigento 92100 - Tel. 0922/407111

L'approccio adottato dall'Azienda Sanitaria di Agrigento ha prodotto, ad oggi, il risultato atteso in quanto l'analisi approfondita delle dinamiche del PNRR, accompagnata alla lettura dei dati di ogni territorio, ha facilitato una comprensione uniforme della normativa vigente e l'applicazione dei principi alla realtà dell'offerta sanitaria, così come previsto da Agenas.

Redatto:

Dott. Giuseppe Ciciliato- Dott. Domenico Vella- Ufficio Speciale PNRR

Dott. Vincenzo Lucio Mancuso- Dipartimento Cure Primarie



## PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, a cura dell'incaricato, è stata pubblicata in forma digitale all'albo pretorio on line dell'ASP di Agrigento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n.30 del 03/11/93 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/09 e s.m.i., dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**L'Incaricato**

**Il Funzionario Delegato  
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le  
Sig.ra Sabrina Terrasi**

Notificata al Collegio Sindacale il \_\_\_\_\_ con nota prot. n. \_\_\_\_\_

## DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

Dell'Assessorato Regionale della Salute ex L.R. n. 5/09 trasmessa in data \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_

### SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- Ha pronunciato l'**approvazione** con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Ha pronunciato l'**annullamento** con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

come da allegato.

Delibera divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall'art. 16 della L.R. n. 5/09

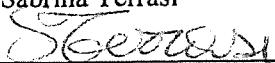
dal \_\_\_\_\_

## DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- Esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L. R. n. 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n. 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo,  
dal \_\_\_\_\_

 Immediatamente esecutiva dal 30 MAG 2024  
Agrigento, li 30 MAG 2024

**Il Referente Ufficio Atti deliberativi  
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le  
Sig.ra Sabrina Terrasi**



## REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Modifica con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Agrigento, li

**Il Referente Ufficio Atti deliberativi  
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le  
Sig.ra Sabrina Terrasi**