



Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di
AGRIGENTO

ORIGINALE

DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N. 1214 DEL 19 DIC. 2024

OGGETTO: PNRR M6 C1 - 1.1.- Casa della Comunità (CdC) - "Modello organizzativo di funzionamento della Casa della Comunità (CDC) di Agrigento - Progetto distretto pilota AGENAS".

STRUTTURA PROPONENTE: Distretto Sanitario di Base Agrigento

PROPOSTA N. 1324 DEL 18.12.2024

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

M. L. Mancuso

IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA
(Dott. Ercole Marchica)

D. ORMEZZI

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AG 1
DISTRETTO SANITARIO DI BASE DI AGRIGENTO

Dott.ssa Adriana Faro
Dirigente Medico

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

(Indicazione del Responsabile e Firma)

G. Capodice

IL DIRETTORE UOC SEF e P.

(Indicazione del Responsabile e Firma)

FINANZIARIO E PATRIMONIALE

D.ssa Beatrice Salvaggio

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA

19 DIC. 2024

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

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe Capodice, nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n.310/Serv.1°/S.G. del 21/06/2024, acquisito il parere del Direttore Sanitario, dott. Raffaele Elia, nominato con delibera n. 416 del 02/09/2024 e del Direttore Amministrativo dott. Alessandro Pucci con l'assistenza del Segretario verbalizzante DOMENICA TERESA RINUCCI adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

PROPOSTA

Il Direttore del Distretto Sanitario di Base Agrigento, Dott. Ercole Marchica

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) 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021, che ha istituito il Dispositivo per la ripresa e resilienza;

Visto il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Governo, trasmesso il 30 aprile alla Commissione Europea e definitivamente approvato il 13 luglio 2021, con Decisione di esecuzione del Consiglio Europeo, che comprende la Missione numero 6, dedicata alla Salute;

Visto il decreto del Ministro della Salute del 20/01/2022 che determina la ripartizione programmatica delle risorse del "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza" (PNRR) e del "Piano Nazionale per gli Investimenti Complementari" (PNC), destinate alla realizzazione di interventi a regia del Ministero della Salute, a favore dei Soggetti Attuatori, ossia di Regioni e Province autonome;

Visto il D.A. n. 406 del 26/5/2022, con il quale l'Assessore della Salute della Regione Siciliana, in aderenza ai contenuti dello Statuto Regionale, ha approvato il Piano Operativo Regionale (POR) della Regione, composto, tra l'altro, da 750 Schede intervento, nelle quali sono riportate le informazioni anagrafiche e finanziarie di ciascun intervento, le relative modalità attuative, il cronoprogramma e le milestone e i target stabiliti;

Visto il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) sottoscritto dal Ministro della Salute e dal Presidente della Regione Siciliana in data 30.05.2022, concernente la realizzazione degli interventi finanziati nell'ambito del PNRR Missione 6 - Componenti 1 e 2 - e dal PNC - di cui all'articolo 1, comma 2, lettera e), punto 2, del decreto legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 1° luglio 2021, n. 101, di competenza della Regione Siciliana, sulla scorta del relativo POR;

Visto il D.A. della Regione siciliana n. 564/GAB del 28/07/2022, con cui gli Enti del Servizio Sanitario Regionale sono autorizzati allo svolgimento di specifiche attività finalizzate alla realizzazione degli interventi in base alla relativa competenza territoriale;

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 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;

Vista la delibera n. 1068 del 30/05/2024 "Adozione piani attuativi Centrali Operative Territoriali (COT) –Case della Comunità (CDC) Ospedali di Comunità (OdC) – Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento"

Ritenuto necessario di dover proporre, con il presente atto, l'approvazione del "cronoprogramma e del modello organizzativo di funzionamento della Casa della Comunità (CDC) " di Agrigento, quale componente del progetto distretto pilota AGENAS, presso i locali già attivi dell'attuale PTA di Agrigento, ubicato ai piani terra e primo dello stesso edificio pluripiano, sito in via Giovanni XXIII snc;

Dovendo ottemperare, entro il termine concesso dall'Assessorato della Salute — Dipartimento per la Pianificazione Strategica — Struttura per l'attuazione del PNRR e PNC — Missione 6, alla trasmissione dell'atto deliberativo unitamente all'allegato cronoprogramma e modello organizzativo di che trattasi ;

PROPONE

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

Prendere atto del documento indicato in premessa (All. A) e inerente il "cronoprogramma e modello organizzativo di funzionamento della Casa della Comunità (CDC) ", il cui cronoprogramma secondo quanto previsto dalle linee guida Agenas è di seguito descritto:

- Data ultimazione lavori 30/11/2024;
- Data assegnazione definitiva delle risorse umane 21/12/2024
- Completamento dotazione strumentale 15/03/2024;

- Completamento assegnazione della dotazione di arredi 15/03/2024 ;
- Data implementazione dei software aziendali 15/03/2024;
- Data attivazione Casa Della Comunità 31/12/2024
- Data operatività collegamento con PUA DSS 01/04/2025
- Data operatività CDC a regime 30/06/2025(a seguito firma AIR da parte degli MMG)

Trasmettere il presente atto e l'"Allegato A", che ne costituisce parte integrante e sostanziale, all'Assessorato della Salute — Dipartimento per la Pianificazione Strategica — Struttura per l'attuazione del PNRR e PNC — Missione 6 — indirizzandolo alla mail pnrr.dps@regione.sicilia.it e all'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) dipartimento.pianificazione.strategica@certmail.regione.sicilia.it;

Notificare il presente atto a tutti i componenti del gruppo locale di lavoro costituiti con atto deliberativo n.58 del 11/01/2024 integrato con atto Deliberativo n. 1015 del 28/11/2024,

Che l'esecuzione della deliberazione verrà curata dall' Ufficio Speciale PNRR

Di 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.

Il Direttore del Distretto Sanitario di Base Agrigento

Dott. Ercole Marchica

La sostituisce

Dr.ssa Adriana Paro

SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESSI

Parere

Data

ASSENTE

Parere

Data

Favorevole
18.12.24

Il Direttore Amministrativo

Dott. Alessandro Pucci

Il Direttore Sanitario

Dott. Raffaele Elia

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la superiore proposta di deliberazione, formulata dal dott. Ercole Marchica (Distretto Sanitario di Base Agrigento) 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

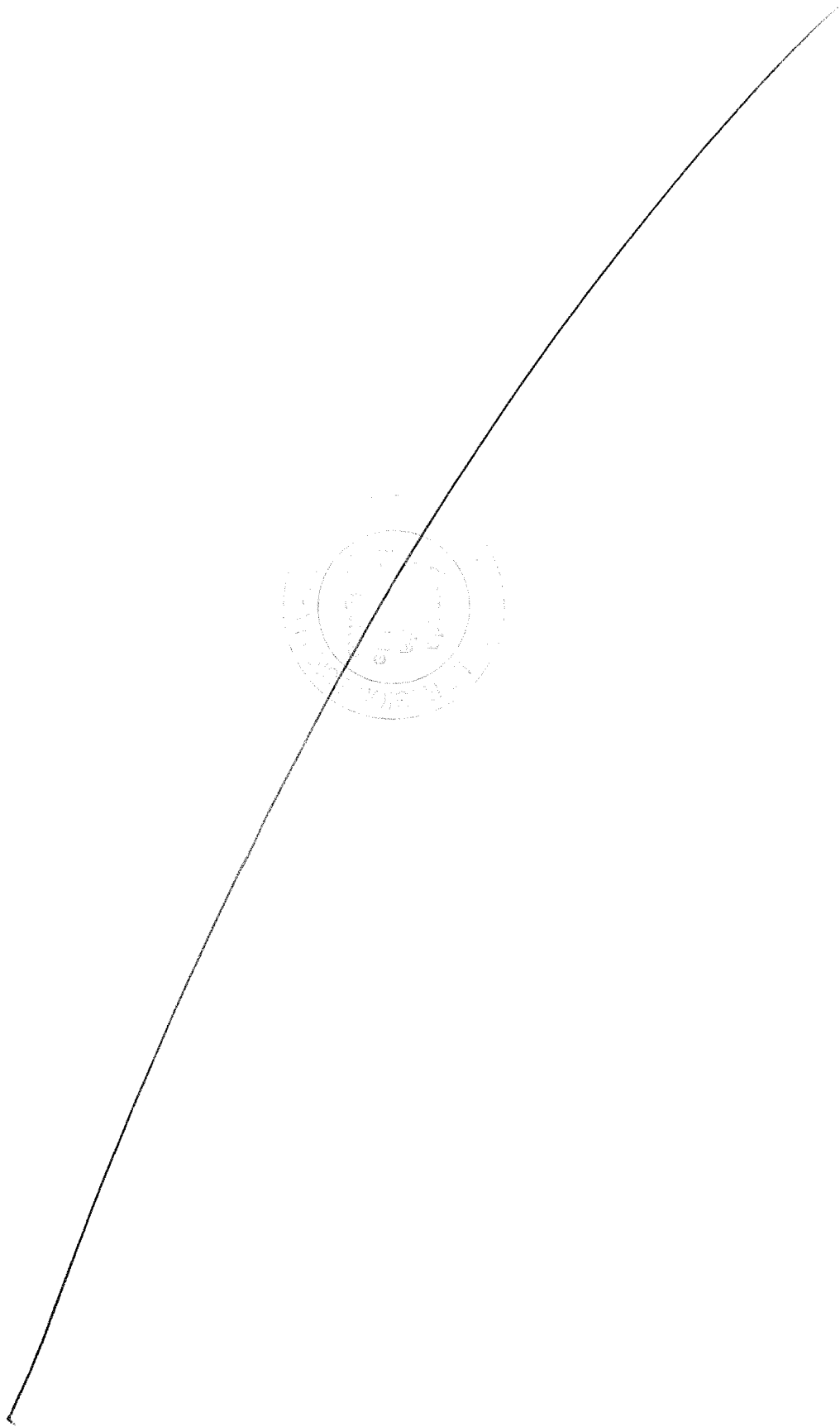
di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal dott. Ercole Marchica.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe Capodiceci

Il Segretario verbalizzante

LE COPIE DELL'ATTO SONO INVIATE PER
TELEFONO AL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
DIRETTORE SANITARIO
DIRETTORE GENERALE
DIRETTORE DISTRETTO SANITARIO



Piano di Attuazione Casa della Comunità

**Convenzione AGENAS-
Regione Sicilia**

**ASP di
Agrigento**



[Handwritten signature]



Indice

Servizio Sanitario Nazionale – Regione Sicilia AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO	Errore. Il segnalibro non è definito.
CASA DELLA COMUNITA' – NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO –	4
LA STRUTTURA ATTUALE DEL PTA DI AGRIGENTO	5
PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI PER L'ATTUAZIONE DELLA CDC DI AGRIGENTO	6
MODALITA' FUNZIONALI DELLA CASA DI COMUNITA'	7
LO SVILUPPO DEL PROCESSO.....	7
SERVIZI SANITARI PREVISTI ALL'INTERNO DELLA CASA DI COMUNITA' DI AGRIGENTO	10
SOTTOSCRIZIONE DI ACCORDI DI PROGRAMMA CON GLI AMBITI SOCIALI....	14
FABBISOGNO SANITARIO E SOCIO SANITARIO.	15
LA STRUTTURA RISPETTA QUANTO PREVISTO DAI QUADERNI AGENAS – CDC:	18
DOTAZIONI STRUTTURALI	20
SISTEMI INFORMATICI.....	21
RISORSE UMANE	23
INDICATORI DI MONITORAGGIO	25





CASA DELLA COMUNITA' – 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'equipe 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'equipe 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
- 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.

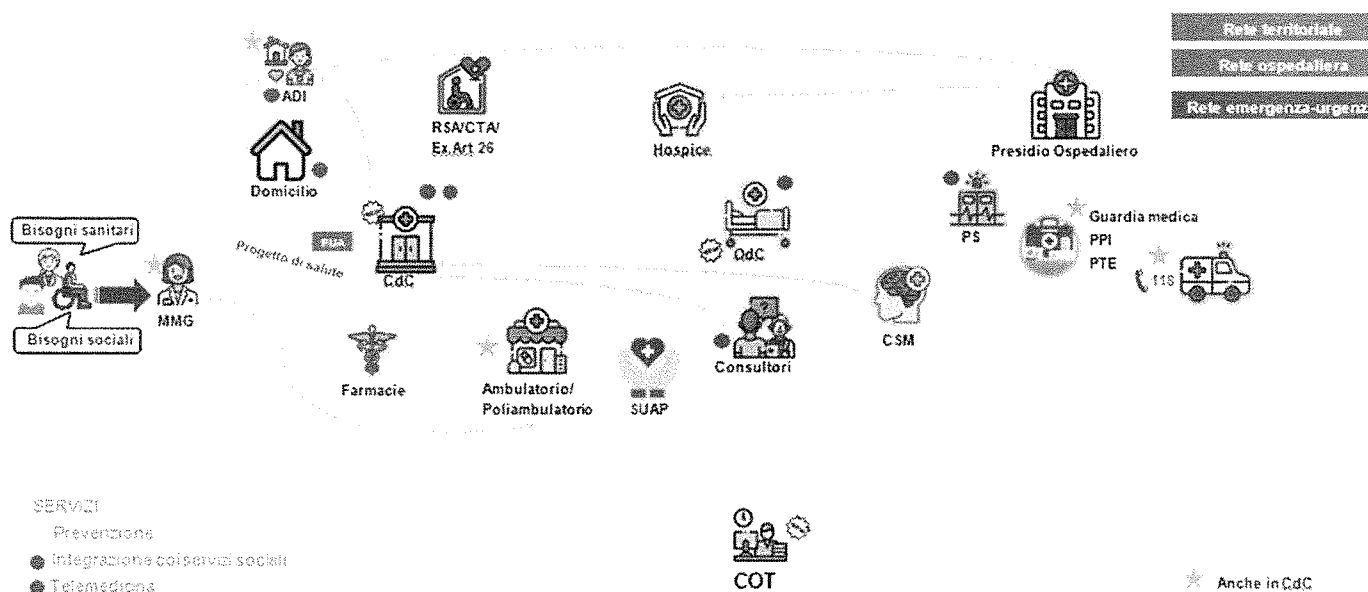
Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socio sanitari

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

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 COMUNITA' 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, cardiologia, 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 terapeuta 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 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 (comprensiva della 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.

Preliminarmente 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 (≥ 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 dimissioni 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 multidisciplinarietà 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	Aree funzionali	Metaprogetto (Hub)	Attivo
Specialistica	Area diagnostica di base		
	Servizi di diagnosi e cura	Diagnostica di base (retinografo, spirometro, ecografo, ecc.)	Obbligatorio Sì
	Area prelievi		
	Area prelievi	Area Prelievi	Obbligatorio Sì
	Attività ambulatoriale specialistica		
	Servizi ambulatoriali specialistici	Area ambulatoriale specialistica (diabetologo, cardiologo, ecc.)	Obbligatorio Sì
Cure primarie	Area cure primarie		
	Servizi di medicina generale	Ambulatori per MMG	Obbligatorio Da attivare A seguito firma AIR MMG
		Ambulatori per PLS	Obbligatorio Da attivare A seguito firma AIR MMG
		PPI adulti	Facoltativo si
		PPI Pediatrico	Facoltativo si
		Ambulatori per IFoC	Obbligatorio In fase di attivazione entro il 31/12/2024
	Servizi infermieristici		

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
	Assistenza medica H24/ H12			
	Assistenza medica	Assistenza medica H24/ H12	Obbligatorio H 24/ H12	Sì
	Punto Unico di Accesso (PUA)			
	Punto Unico di Accesso	Punto Unico di Accesso (PUA)	Obbligatorio	Sì
	Integrazione con i Servizi Sociali			
	Presenza degli assistenti sociali	Spazi per Assistenti Sociali	Obbligatorio	Sì
	Assistenza Domiciliare			
	Assistenza Domiciliare	Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	Obbligatorio	Sì
		Unità Continuità Assistenziale (UCA)	Obbligatorio	Sì
Servizi generali e logistici	Servizi per la comunità			
	Spazi per la comunità	Sala riunioni polivalente	Obbligatorio	Da attivare entro il 31/12/2024
	Area Servizi Generali			
	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
	Area Servizi Logistici			
	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
	Aree Locali Tecnici			
	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 lorda 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 macro-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

Obiettivi Ambientali e Climatici, con particolare riferimento alle tematiche strategiche di:

- Efficientamento energetico (Edifici e Impianti)
- Comfort, benessere e salubrità degli ambienti
- Limitazione degli impatti antropici (Aria, Acqua, Rifiuti, Rumore, Risorse,





Biodiversità)

- Resilienza ai cambiamenti climatici
- Greening Urbano e servizi ecosistemici

Obiettivi architettonico-funzionali per edifici dedicati alla rete Sanitaria territoriale, con particolare riferimento alle tematiche strategiche di:

- Appropriatezza funzionale e architettonica degli spazi (efficacia, umanizzazione, ergonomia, igiene, salubrità ecc.)
- Sicurezza (Safety and Security)
- Flessibilità degli spazi (gestionale, tecnologica ed impiantistica)
- Digitalizzazione del progetto e della gestione degli edifici
- Funzioni per l'Innovazione digitale.

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 per la validazione del progetto. Conseguentemente a seguito di opportuna valutazione delle tempistiche effettive per la disponibilità dei locali, si è reso necessario programmare l'allocazione provvisoria della Casa Della Comunità di Agrigento, quale componente del progetto distretto pilota AGENAS, presso i locali già attivi dell'attuale PTA di Agrigento, ubicato ai piani terra e primo dello stesso edificio pluripiano, sito in via Giovanni XXIII snc, che, al quarto piano, ospiterà, alla fine dei necessari lavori, la Casa della Comunità di Agrigento.

I locali di radio diagnostica previsti per la CDC, rimarranno comunque a piano terra, contigui ai locali della CDC sperimentale anch'essi al piano terra. L'impegno di ulteriori risorse economiche "extra finanziamento PNRR", quindi a carico del bilancio aziendale, permetteranno l'ulteriore adeguamento di locali al piano primo, per le nuove competenze di cui al D.M. 77/2022, ivi compresi spazi dedicati all'UCCP e AFT, in continuità con i locali della specialistica, del PUA, dell'URP e della diagnostica.

L'avvio sperimentale della CDC, nell'ambito della stessa struttura che accoglierà, a regime, la CDC di cui al progetto finanziati con fondi PNRR, permetterà l'implementazione delle fasi operative delle procedure di funzionamento, con la minima incidenza in termini di costi aziendali.

SISTEMI INFORMATICI

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

	SOFTWARE	DESCRIZIONE	TEMPI INTEGRAZIONI TRA I SOFTWARE
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	Già Integrato con gli altri applicativi del sistema sanitario, tra cui in



		integrata con gli altri applicativi del sistema sanitario, tra cui in primis la cartella ambulatoriale.	primis la cartella ambulatoriale, anagrafe assistiti, LIS e RIS.
Cartella Ambulatoriale	HERO Ambulatori -- Dedalus	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. Potranno essere gestire anche le prestazioni in televisita. Il moduli software in uso in Azienda, già coperto da contratto di manutenzione ed Assistenza.	Nativamente integrato con il software di CUP.
Sistema di Telemedicina	Poema – GPI	Modulo per la gestione della televisita, teleconsulto, telemedicina. 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. 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.	Soluzioni integrata con l’anagrafe assistiti.
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.	Soluzioni integrata con l’anagrafe assistiti.
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 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	Correntemente alimentato da tutti i software Aziendali in ambito sanitario.
PUA – SVAMA -	ai4health	Funzionalità in uso in Azienda da diversi anni. Il modulo sarà reso fruibile in modo da	Soluzioni integrata con l’anagrafe assistiti e con





ADI		essere utile alle attività che saranno erogate alle Case della comunità.	l'ADT Aziendale per le dimissioni protette e facilitate. Entro il quarto trimestre dell'anno sarà collegato con una interfaccia COT
Anagrafe Assistiti Provinciale	People –Dedalus	Software integrato con gli altri verticali aziendali e a sua volta alimentato dall'anagrafe assistiti regionale/nazionale. 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. Oltre a quanto già descritto offre la funzionalità di prescrizione di protesi ed ausili. Moduli software in uso in Azienda, già coperto da contratto di manutenzione ed Assistenza	La soluzione alimenta i dati anagrafici di tutte le soluzioni sanitarie aziendali

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

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 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.

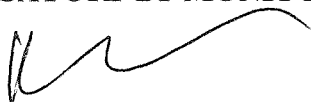
Comunicazione esterna-utenti

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;

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 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:

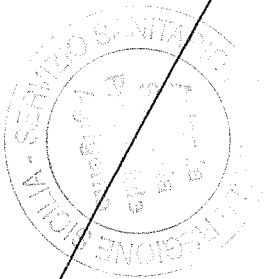
- Data ultimazione lavori 30/11/2024;
- Data assegnazione definitiva delle risorse umane 21/12/2024
- Completamento dotazione strumentale 15/03/2024;
- Completamento assegnazione della dotazione di arredi 15/03/2024 ;
- Data implementazione dei software aziendali 15/03/2024;
- Data attivazione Casa Della Comunità 31/12/2024
- Data operatività collegamento con PUA DSS 01/04/2025
- Data operatività CDC a regime 30/06/2025(a seguito firma AIR da parte degli MMG)

Dipartimento Cure Primarie

- Dott. Vincenzo Lucio Mancuso







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 19 DIC. 2024
Agrigento, li 19 DIC. 2024

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

S. 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