

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Oggetto: DM 77/2022 Attuazione DGR 559/2023 - Assetto Regionale delle nuove forme organizzative delle Cure Primarie e Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dalla Direzione del Settore Territorio e Integrazione Sociosanitaria dell'Agenzia Regionale Sanitaria dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere favorevole di cui all'articolo 4, comma 5, della legge regionale 30 luglio 2021, n. 18, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica, del dirigente della Direzione del Settore Territorio e Integrazione Sociosanitaria dell'Agenzia Regionale Sanitaria e la dichiarazione dello stesso che l'atto non necessita dell'attestazione di copertura finanziaria;

VISTA la proposta del direttore del Direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata nell'allegato "Verbale di seduta"

DELIBERA

1. di approvare l'Assetto Regionale delle nuove forme organizzative di Cure Primarie, di cui all'Allegato A;
2. di approvare le Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità di cui all'Allegato B;
3. di approvare le Indicazioni per la promozione della partecipazione/co-produzione degli assistiti, dei cittadini e della comunità nell'ambito delle Case della Comunità di cui all'Allegato C;
4. che gli allegati A,B e C sono parte integrante e sostanziale del presente atto;
5. di dare mandato alle Aziende Sanitarie Territoriali di recepire, con atti propri, in quanto disposto nella presente deliberazione entro la data del 30 aprile 2025;
6. di dare mandato alle Aziende Sanitarie Territoriali di definire le sedi di riferimento delle Aggregazioni Funzionali Territoriali con specifici accordi con i Medici di Medicina Generale (MMG) e il Regolamento per il funzionamento interno, rispettivamente entro 30 e 60 giorni dalla firma dell'Accordo Integrativo Regionale;
7. di stabilire che l'ARS monitori l'attuazione di quanto previsto dalla presente



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Deliberazione e le attività ad essa conseguenti.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
Francesco Maria Nocelli
Documento informatico firmato digitalmente

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
Francesco Acquaroli
Documento informatico firmato digitalmente

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento

- **Legge n.833 del 23 dicembre 1978** “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale
- **Art. 12 ACN del 29 luglio 2009.** Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell’art. 8 del D.LGS. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni;
- **Legge n.189 c.d. “Legge Balduzzi” dell’8 novembre 2012.** Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute. Testo del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, coordinato con la legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189, recante «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute»;
- **Patto per la Salute 2014/2016 del 10 luglio 2014.** Intesa, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016;
- **DGR n.110 del 23 febbraio 2015** Piano Regionale Socio Sanitario 2012-2014 Istituzione e modalità operative dell’Unità Operativa funzionale Sociale e Sanitaria (U.O.SeS);
- **DGR n.111 del 23 febbraio 2015** Piano Regionale Socio Sanitario 2012-2014 Governo della domanda socio-sanitaria: integrazione di accesso, valutazione e continuità dell’assistenza tra servizi sanitari e servizi sociali;
- **Aarrtt. 4-8 ACN del 17 dicembre 2015.** Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell’art. 8 del D.LGS. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni;
- **DGR n.954 dell’8 agosto 2016** Approvazione della Strategia d’area “Basso Appennino Pesarese e Anconetano”;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- **Decreto Legge n.189 del 17 ottobre 2016**, convertito in legge con **Legge 15 dicembre 2016, n. 229** Interventi urgenti in favore delle popolazioni colpite dagli eventi sismici del 2016;
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017** Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- **Decreto Legislativo n.117 del 3 luglio 2017** Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n.106;
- **Determina Direttore Generale ASUR n.469 del 9 agosto 2018** D.G.R.M. n.452/2014 "Ricognizione, programmazione e sviluppo della Rete Territoriale delle Case della Salute di tipo A e B." Determinazioni;
- **DGR n.1053 del 30 luglio 2018** Strategia delle Aree Interne (SNAI) - Area interna "Ascoli Piceno" - Approvazione preliminare rafforzato di Strategia;
- **DGR n.597 del 21 maggio 2019** Strategia Nazionale Aree Interne (SNAI) - Area interna "Alto Maceratese". Approvazione Preliminare rafforzato di Strategia;
- **Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 72 del 31 marzo 2021**;
- **Legge n.234 del 20 dicembre 2021** Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024;
- **DGR n.114 del 14 febbraio 2022** Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione M6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – Definizione del quadro programmatico dei sub-interventi 1.1 "Case della Comunità e presa in carico della persona", 1.2.2 "COT, interconnessione aziendale, device" e 1.3 "Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)". Identificazione dei siti idonei";
- **ACN del 28 aprile 2022**. Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.LGS. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni – TRIENNIO 2016-2018;
- **DECRETO MINISTERO SALUTE del 23 maggio 2022, n.77** Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
- **DGR n.656 del 30 maggio 2022** Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute – Componenti 1 e 2: Aggiornamento dell'elenco degli interventi di cui alla delibera n. 271 del 14/03/2022 e approvazione del Piano Operativo Regionale e successive modifiche;
- **L.R. n.19 dell'8 agosto 2022** Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale;
- **DGR n.559 del 29 aprile 2023**: Prime indicazioni per l'attuazione del Decreto del Ministro della Salute del 23 Maggio 2022, n. 77 concernente "Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Nazionale” e linee di indirizzo per l’interconnessione aziendale delle centrali operative territoriali;

- **Deliberazione Amministrativa n.55 del 1 agosto 2023 - PSR 2014-2022** versione 12.1 approvata con decisione di esecuzione della Commissione europea C(2023) 4093 final del 19 giugno 2023;
- **Deliberazione n.57 Assemblea Legislativa Regionale del 9 Agosto 2023:** PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2023-2025. Salute, sicurezza e innovazione per i cittadini marchigiani;
- **DGR n.1914 del 12 dicembre 2023:** Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell’art. 8 del D.Lgs. 502 del 1992 e s.m.i., di cui all’intesa Stato Regioni rep. N.71/CSR del 28/04/2022 – Approvazione schema di accordo con i Medici di Medicina Generale concernente la gestione dei Fondi degli anni 2021 e 2022 e accordo vaccinale 2023-2025;
- **ACN dell’8 febbraio 2024** Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi del del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni. Triennio 2019-2021;
- **AGENAS versione 5 aprile 2024** Linee di Indirizzo per l’attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità HUB;
- **DGR n.858 del 4 giugno 2024:** Linee di indirizzo delle Centrali Operative Territoriali (COT) previste dal Decreto del Ministro della Salute del 23 Maggio 2022, n. 77 concernente “Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale”;
- **DGR n.2 del 13 gennaio 2025** “Richiesta di parere alla Commissione assembleare competente sulla deliberazione concernente: «DM 77/2022 Attuazione DGR 559/2023 - Assetto Regionale delle nuove forme organizzative delle Cure Primarie e Linee di indirizzo per l’attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità”.

Motivazione

I modelli aggregativi della medicina generale, strutturali e funzionali, si sono sviluppati già nel 2000 (medicina in associazione semplice, medicina in rete, medicina di gruppo, equipe territoriali).

A partire dall’Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 2009 nell’Art. 12 “Aggregazione funzionale territoriale della medicina generale” si inizia a parlare di Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT).

Le AFT sono pensate per raggiungere l’integrazione professionale delle attività dei singoli Medici di Medicina Generale (MMG) per conseguire obiettivi di assistenza. Mentre l’ACN 2009 si concentra sull’identificazione di obiettivi (equità di accesso, logiche di governo clinico, appropriatezza clinica) e strumenti a disposizione (verifica delle attività e dei risultati con il distretto di riferimento), la legge Balduzzi 189/2012 nell’Art. 1 riprende il concetto di AFT e offre una rinnovata definizione. Le AFT vengono infatti definite come modalità operative che prevedono forme organizzative mono-professionali che condividono obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi. Viene inoltre sottolineato come siano le regioni a dover definire, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, obiettivi e programmi di attività delle forme aggregative, definendo i conseguenti livelli di spesa programmati, insieme a indicatori e percorsi applicativi. Le AFT possono essere costituite per ciascuna famiglia professionale (MMG, Pediatri di Libera Scelta (PLS) e specialisti ambulatoriali).

Infine, il Patto per la Salute 2014/2016 recupera grande enfasi sulle AFT. Da un lato viene posta l'attenzione sull'interazione che deve esserci tra esse e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP): ogni AFT della medicina generale e della pediatria è funzionalmente collegata ad una UCCP al fine di promuovere un modello multi professionale ed interdisciplinare per l'erogazione delle cure primarie. Dall'altro lato, le AFT diventerebbero le "uniche forme di aggregazione dei MMG e dei PLS, sostituendo le diverse tipologie di forme associative della medicina generale e le altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate nelle varie regioni" (Patto per la Salute 2014/2016).

L'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) siglato il 17 dicembre 2015 istituisce le nuove forme organizzative della specialistica ambulatoriale: Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP), rimandando al livello regionale la definizione di un documento di programmazione. L'ACN, inoltre, definisce puntualmente le caratteristiche organizzative delle AFT e delle UCCP, rimandando ad un regolamento aziendale il funzionamento delle AFT ed alla programmazione regionale la partecipazione degli specialisti alle UCCP.

La Giunta regionale con la Delibera della Giunta Regionale (DGR) n. 114 del 14/02/2022 "Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione M6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – Definizione del quadro programmatico dei sub-interventi 1.1 "Case della Comunità e presa in carico della persona", 1.2.2 "COT, interconnessione aziendale, device" e 1.3 "Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)". Identificazione dei siti idonei" ha approvato l'individuazione dei siti idonei in cui attivare 29 Case della Comunità (CdC) previste secondo i target regionali del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

L'ACN 28 aprile 2022, al CAPO II – Contesto Organizzativo, Art. 8 – comma 2, recita che le Regioni (...) definiscono gli atti di programmazione volti ad istituire forme organizzative monoprofessionali (AFT) su tutto il territorio regionale e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali (UCCP) tenendo conto delle caratteristiche territoriali e demografiche, salvaguardando il principio dell'equità di accesso alle cure anche attraverso una gradualità della complessità organizzativa.

Il Decreto del Ministero della Salute del 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", all'Allegato 1, al Cap. 4 DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI, recita che "Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente”.

Con DGR n. 656 del 30/05/2022 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute – Componenti 1 e 2: Aggiornamento dell'elenco degli interventi di cui alla delibera n. 271 del 14/03/2022 e approvazione del Piano Operativo Regionale” e successive modifiche, è stato approvato il Piano Operativo Regionale (POR) che fornisce le linee di investimento del PNRR, tra cui la linea 1.1 “Case della Comunità e presa in carico della persona”. Che mira a rafforzare le strutture sanitarie di prossimità mediante l’istituzione delle CdC che sono fondamentali per coordinare i servizi a livello territoriale, con un’attenzione particolare ai soggetti con patologie croniche.

La Regione Marche con la DGR del 28 aprile 2023, n. 559 “Prime indicazioni per l’attuazione del Decreto del Ministro della Salute del 23 Maggio 2022, n. 77 concernente “Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale” e linee di indirizzo per l’interconnessione aziendale delle centrali operative territoriali”, ha recepito le indicazioni del DM 77/2022.

Come riportato nella citata DGR n. 559/2023 “Alla definizione di tutta l’organizzazione delle attività delle strutture previste dal DM 77, le modalità di governo e il monitoraggio delle azioni di riorganizzazione, si rimanda a specifica deliberazione regionale, a conclusione di un percorso ampiamente inclusivo e condiviso di coprogettazione da realizzarsi attraverso gruppi di lavoro tra tutti gli stakeholders coinvolti, dai professionisti della sanità e dai loro rappresentanti, a quelli sociali degli ATS, alle associazioni di tutela del diritto alla salute, alla comunità in tutte le sue espressioni, dal Terzo Settore agli Enti (ad es. fondazioni bancarie) che operano per le collettività di riferimento, percorso che inizierà già dai primi giorni del 2023. Lo stesso percorso sarà adottato per il recepimento e integrazione delle forme organizzative dell’assistenza primaria ai sensi dell’art.8 dell’ACN della Medicina Generale del 28 aprile 2022 con il nuovo modello organizzativo delineato.”

Il ruolo delle Case di Comunità è inquadrato all’interno del Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2023–2025 "Salute, sicurezza e innovazione per i cittadini marchigiani" di cui alla deliberazione n. 57, approvata dall’assemblea legislativa regionale nella seduta del 9 agosto 2023.

Seguendo quindi le indicazioni dei suddetti ACN (2009, 2015, 2022 e 2024), della legge 189/2012 c.d. “Legge Balduzzi”, del PSSR 2023-2025, del DM 77/2022 e della DGR 559/2023 la Regione Marche, attraverso il Settore Territorio e Integrazione Sociosanitaria dell’ARS, ha coordinato le proposte programmatiche delle forme organizzative (AFT, UCCP e Case della Comunità) redatte dai Direttori dei 13 Distretti della Regione.

Nella formulazione di tali proposte, i Direttori di Distretto si sono confrontati con i MMG del proprio territorio di competenza e ne hanno individuato l’assetto organizzativo. Dalla ricognizione effettuata e dalla sua sintesi è derivata una proposta di riassetto delle forme



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

organizzative delle Cure Primarie, come riportato nell'allegato A, parte sostanziale ed integrante del presente atto, mentre nell'allegato B, parte sostanziale ed integrante del presente atto vengono definite le linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità. Si è inoltre stabilito che le Aziende Sanitarie Territoriali recepiranno, con atti propri, quanto disposto negli Allegati A e B entro la data del 30 aprile 2025 e definiranno le sedi di riferimento delle AFT con specifici accordi con i Medici di Medicina Generale (MMG) entro 30 giorni dalla firma dell'Accordo Integrativo Regionale.

La Giunta Regionale con DGR n.2 del 13 gennaio 2025 "Richiesta di parere alla Commissione assembleare competente sulla deliberazione concernente: «DM 77/2022 Attuazione DGR 559/2023 - Assetto Regionale delle nuove forme organizzative delle Cure Primarie e Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità» ha richiesto, ai sensi della legge 19, art. 20, comma 2, lettera d), il preventivo parere alla competente Commissione Consigliare sullo schema di Deliberazione.

La IV Commissione Consigliare si è espressa nella seduta numero 165 del 26 febbraio 2025, con parere numero 227/2025, favorevole con la seguente osservazione: specificare che la trasformazione in strutture per l'assistenza territoriale, ai sensi del Decreto Ministeriale n.77/2022 e del Piano socio sanitario, delle rimanenti Case della Salute di cui alla Determina del Direttore Generale dell'ASUR n.469/2018, così come le Case della Comunità eventualmente previste negli atti aziendali in corso di approvazione, sarà oggetto di un successivo atto di indirizzo della Giunta Regionale.

Per le motivazioni sopra espresse, recepito il parere della IV Commissione, si propone alla Giunta Regionale l'adozione della presente deliberazione.

Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il responsabile del procedimento

Sonia Tonucci

Documento informatico firmato digitalmente

PARERE DEL DIRIGENTE DEL SETTORE TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA - ARS

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione.

Dichiara, altresì, che la presente deliberazione non necessita dell'attestazione di copertura



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

finanziaria e ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il dirigente del Settore Territorio e
Integrazione Socio Sanitaria
Sonia Tonucci

Documento informatico firmato digitalmente

PROPOSTA DEL DIRETTORE DELL'AGENZIA REGIONALE SANITARIA

Il sottoscritto propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione. Dichiaro, altresì, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria
Flavia Carle

Documento informatico firmato digitalmente

FIRMATARI

ALLEGATI PARTE INTEGRANTE DELL'ATTO



Assetto Regionale per le nuove forme organizzative di Cure Primarie

Forme Organizzative multiprofessionali: Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)
Aggregazioni Funzionali Territoriali della Medici di Medicina Generale (AFT)

INDICE

1. PREMESSA
2. CONTESTO SOCIODEMOGRAFICO
3. STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE
4. CONTESTO ASSISTENZIALE
5. AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI
6. UNITA' COMPLESSA DI CURE PRIMARIE
7. CASA DELLA COMUNITA'
8. ARTICOLAZIONE TERRITORIALE E RELAZIONI TRA AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI, UNITÀ COMPLESSE DI CURE PRIMARIE E CASE DI COMUNITÀ

1. Premessa

I modelli aggregativi della medicina generale, strutturali e funzionali, si sono sviluppati già nel 2000 (medici di medicina generale in associazione semplice, medici di medicina generale in rete, medici di medicina generale di gruppo, equipe territoriali).

A partire dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 2009 si inizia a parlare di Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT).

Le AFT sono pensate per raggiungere l'integrazione professionale delle attività dei singoli medici di medicina generale (MMG) nel conseguire obiettivi di assistenza. Mentre l'ACN 2009 si concentra sull'identificazione di obiettivi (equità di accesso, logiche di governo clinico, appropriatezza clinica) e strumenti a disposizione (verifica delle attività e dei risultati con il distretto di riferimento), la legge Balduzzi 189/2012 nell'Art. 1 riprende il concetto di AFT e offre una rinnovata definizione. Le AFT vengono infatti definite come modalità operative che prevedono forme organizzative mono-professionali che condividono obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi. Viene inoltre sottolineato come siano le regioni a dover definire, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, obiettivi e programmi di attività delle forme aggregative, definendo i conseguenti livelli di spesa programmati, insieme a indicatori e percorsi applicativi. Le AFT possono essere costituite per ciascuna famiglia professionale: MMG, Pediatri di Libera Scelta (PLS) e specialisti ambulatoriali.

Infine, il Patto per la Salute 2014/2016 recupera grande enfasi sulle AFT. Da un lato viene posta l'attenzione sull'interazione che deve esserci tra esse e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP): "ogni AFT della medici di medicina generale e della pediatria è funzionalmente collegata ad una UCCP al fine di promuovere un modello multi professionale ed interdisciplinare per l'erogazione delle cure primarie". Dall'altro lato, le AFT diventano le "uniche forme di aggregazione dei medici di medicina generale e dei PLS, sostituendo le diverse tipologie di forme associative della medici di medicina generale e le altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate nelle varie regioni" (Patto per la Salute 2014/2016).

L'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) siglato il 17 dicembre 2015 istituisce le nuove forme organizzative della specialistica ambulatoriale: Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP), rimandando al livello regionale la definizione di un documento di programmazione. L'ACN del 17 dicembre 2015, inoltre, definisce puntualmente le caratteristiche organizzative delle AFT e delle UCCP, rimandando ad un regolamento aziendale il funzionamento delle AFT ed alla programmazione regionale la partecipazione degli specialisti alle UCCP.

L'ACN 28 aprile 2022, al CAPO II – Contesto Organizzativo, Art. 8 – comma 2, recita che le Regioni [...] definiscono gli atti di programmazione volti ad istituire forme organizzative mono professionali (AFT) su tutto il territorio regionale e le modalità di partecipazione dei medici di medicina generale alle forme organizzative multiprofessionali (UCCP), tenendo conto delle caratteristiche territoriali e demografiche, salvaguardando il principio dell'equità di accesso alle cure anche attraverso una gradualità della complessità organizzativa.

Il Decreto del Ministero della Salute del 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", all'Allegato 1, al Cap. 4 Distretto: Funzioni e Standard Organizzativi, recita che "tutte le aggregazioni medici di medicina generale e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure essendo a queste collegate funzionalmente".

La Regione Marche con la DGR del 28 aprile 2023, n. 559 "Prime indicazioni per l'attuazione del Decreto del Ministro della Salute del 23 Maggio 2022, n. 77 concernente "Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale" e linee di indirizzo per l'interconnessione aziendale delle centrali operative territoriali", ha recepito le indicazioni del DM 77/2022.

Come riportato nella citata DGR n. 559/2023 “Alla definizione di tutta l’organizzazione delle attività delle strutture previste dal DM 77, le modalità di governo e il monitoraggio delle azioni di riorganizzazione, si rimanda a specifica deliberazione regionale, a conclusione di un percorso ampiamente inclusivo e condiviso di coprogettazione da realizzarsi attraverso gruppi di lavoro tra tutti gli stakeholders coinvolti, dai professionisti della sanità e dai loro rappresentanti, a quelli sociali degli ATS, alle associazioni di tutela del diritto alla salute, alla comunità in tutte le sue espressioni, dal Terzo Settore agli Enti che operano per le collettività di riferimento, percorso che inizierà già dai primi giorni del 2023. Lo stesso percorso sarà adottato per il recepimento e integrazione delle forme organizzative dell’assistenza primaria ai sensi dell’art.8 dell’ACN della medicina generale del 28 aprile 2022 con il nuovo modello organizzativo delineato.”

L’ACN triennio 2019-2021, siglato l’8 febbraio 2024, all’art 29 comma 4, tra le caratteristiche generali delle AFT, prevede che i presidi dei medici di medicina generale del ruolo unico di assistenza primaria, nell’ambito dei modelli organizzativi regionali, siano diffusi capillarmente e che possano disporre “di una sede di riferimento individuata dall’Azienda o dai medici di medicina generale componenti”

Seguendo quindi le indicazioni dei suddetti ACN (2009, 2015, 2022 e 2024) e della legge 189/2012 c.d. “Legge Balduzzi”, la Regione Marche, attraverso il Settore Territorio e Integrazione Sociosanitaria dell’ARS, ha coordinato le proposte programmatiche delle forme organizzative (AFT, UCCP e Case della Comunità) redatte dai Direttori dei 13 Distretti della Regione.

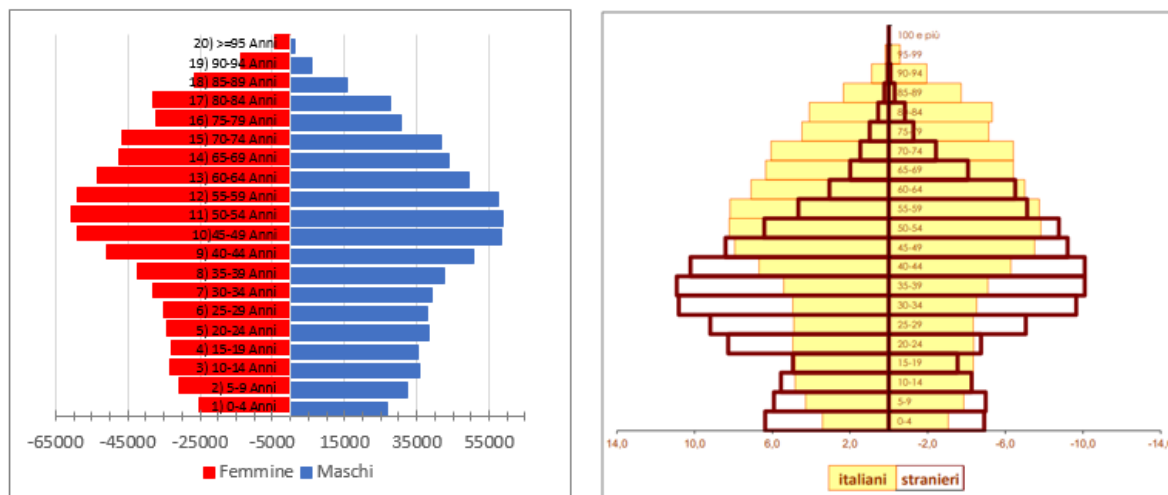
Nella formulazione di tali proposte, i Direttori di Distretto si sono confrontati con i medici di medicina generale del proprio territorio di competenza e ne hanno individuato l’assetto organizzativo. Dalla ricognizione effettuata e dalla sua sintesi è derivata una proposta di riassetto delle forme organizzative delle Cure Primarie condivisa con le rappresentanze dei MMG.

2. Contesto Sociodemografico

La popolazione residente nella Regione Marche, al primo gennaio 2023 (fonte ISTAT), è composta da n. 1.484.298 residenti (il 51,2% Femmine e il restante 48,8% Maschi), equivalente a circa il 2,5% della popolazione nazionale. L’età media della popolazione residente risulta essere di 47,2 anni (un delta in comparazione con la popolazione Italiana di +1,2 anni). La densità abitativa è di n.160 abitanti per Km² con la seguente distribuzione territoriale: la Provincia con densità maggiore risulta essere Ancona con n. 237 abitanti/Km², la provincia di Fermo con n. 197 abitanti/Km², provincia di Ascoli Piceno n.166 abitanti/Km²,

provincia di Pesaro-Urbino n. 138 abitanti/ Km² e provincia di Macerata con n.111 abitanti/ Km². Nella Figura 1 è rappresentata la distribuzione della popolazione per classi di età; in ambito lavorativo (40-64 anni, definizione ISTAT) la classe di età è composta da n. 552.643 abitanti (il 37,2% del totale), la classe di età 15-39 anni rappresenta il 25% e la classe di età ≥ 65 anni composta da n. 384.637 residenti rappresenta il 25,9% dei residenti.

Fig. 1. Piramide dell'età Regione Marche, anno 2023



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Le dinamiche demografiche relative alla Regione Marche rilevano: un aumento delle classi di età anziane, nell'anno 2023 la popolazione ≥ 65 anni rappresenta il 25,9% del totale (384.637 residenti) e nella comparazione con l'anno 2019 ha registrato un incremento di 1 punto percentuale, dal 24,9 al 25,9. L'indice di Dipendenza Anziani (numero di individui di età ≥ 65 anni ogni 100 individui potenzialmente attivi di età 15-64), nel 2023 è pari a 42 (in Italia è pari a 38) e nella comparazione con il 2019 si è passati da 39 a 42. L'indice di vecchiaia (il rapporto tra la popolazione residente ≥ 65 anni e quella con meno di 15 anni), è peggiorato nel tempo, passato da 169,5 (nell' anno 2011) a 213,5 nell'ultima rilevazione del 2023. La tabella 1 riporta il bilancio demografico della Regione Marche, un saldo naturale di -8829 abitanti di cui 17.619 decessi a fronte di 8.790 nuovi nati.

Tab. 1 Modello ISTAT P/2 popolazione Regione Marche, Distribuzione Territoriale, anno 2023

Bilancio demografico anno 2023 Regione: Marche			
Variabile	Maschi	Femmine	Totale
Cancellati per altri motivi	2667	1534	4201
Emigrati per altro comune	17534	16917	34451
Emigrati per l'estero	2154	2190	4344
Immigrati da altro comune	18437	17117	35554
Immigrati dall'estero	7022	5177	12199
Iscritti per altri motivi	290	140	430
Morti	8356	9263	17619
Nati vivi	4501	4289	8790
Popolazione al 31 dicembre	726830	757597	1484427
Popolazione censita al 1° gennaio	724914	759384	1484298
Saldo migratorio con l'estero	4868	2987	7855
Saldo migratorio interno	903	200	1103
Saldo naturale	-3855	-4974	-8829

Nella Regione Marche sono presenti complessivamente n. 647.448 Famiglie, rappresentate da nuclei con più di 1 componente, pari al 44,4% della popolazione residente. Le famiglie sono costituite in media da 2,3 componenti, il 30,9% delle famiglie è composto da n.1 solo componente (-2,4% sul dato nazionale: 33,3%) e la monocomponente nel 17,8% è composta da ultrasessantenni. Il 12,7% delle famiglie marchigiane presenta un solo genitore con figli a fronte di una media nazionale del 10,9%, le famiglie con figli risultano essere il 34,8% (indicatore superiore al valore medio nazionale pari al 33%). Nella regione Marche il 7,2% risulta classificato come "altre tipologie di famiglie", mentre il valore nazionale risulta essere del 4,9%.

Tab. 2 Indicatori di struttura demografica – Regione Marche, anni di rilevazione 2019-23

Tipo indicatore	2019	2023
tasso di natalità (per mille abitanti)	6,4	6,3
tasso di mortalità (per mille abitanti)	11,5	11,8
crescita naturale (per mille abitanti)	-5,1	-5,4
numero medio di figli per donna	1,19	1,18
età media della madre al parto	32,4	33,8
popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio	12,6	11,8
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio	62,5	62,2
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio	24,9	25,9
età media della popolazione - al 1° gennaio	46,6	47,1

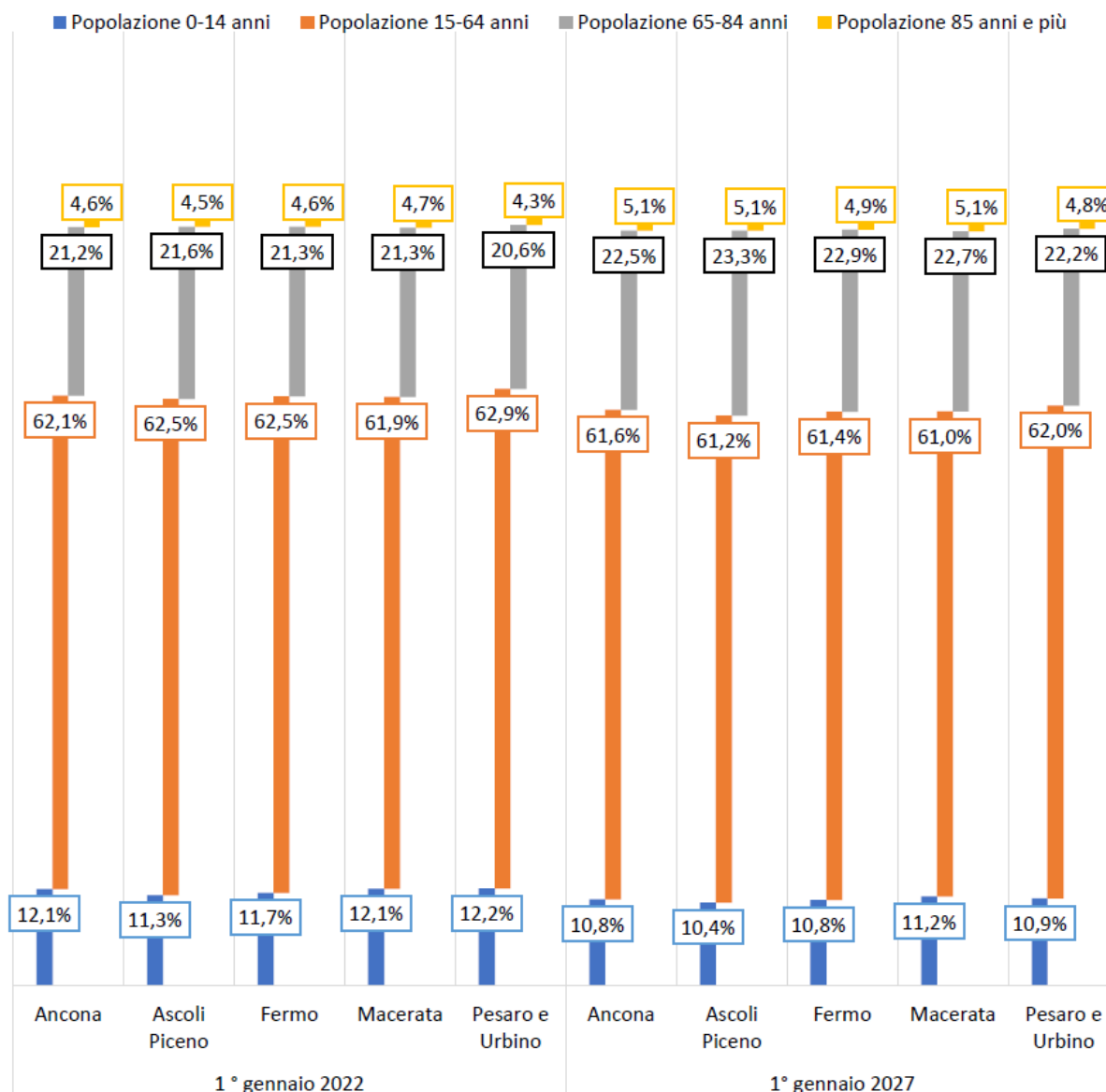
La Tabella 2 descrive una popolazione regionale con una tendenza alla decrescita demografica, con un tasso su 1000 abitanti di natalità in flessione e con un saldo naturale (differenza tra numero di nati vivi e numero di decessi) per 1000 abitanti passato dal -5,1% al -5,4%. La popolazione della Regione Marche, come si evince dalla tabella 3, è passata da n.1.516.498 nel 2019 a 1.484.298 nel 2023 registrando una flessione totale del -2,12%, la classe di età che registra la flessione più importante è la 35-44 anni con un -10,96%.

Tab.3 Distribuzione popolazione per classe di età, anni 2015-2021, media ultimi 5 anni e tendenziale al 2026

Classe di età	2019	2023	% Δ Ultimi 5 anni
Popolazione 0-4	54922	48056	-12,50%
Popolazione 5-14	134723	127750	-5,18%
Popolazione 15-24	140789	141202	0,29%
Popolazione 25-34	154830	148560	-4,05%
Popolazione 35-44	197772	176094	-10,96%
Popolazione 45-54	239990	231784	-3,42%
Popolazione 55-64	213949	226215	5,73%
Popolazione 65-74	175925	181152	2,97%
Popolazione 75+	203598	203485	-0,06%
Popolazione Marche	1516498	1484298	-2,12%

La popolazione over 65 anni nel 2019 era composta da n.379.523 abitanti e risultava essere il 25% della popolazione, nel 2023 la popolazione over 65 anni è composta da n. 384.637 abitanti e risulta essere il 26% della popolazione, questo incremento rappresenta una variazione di crescita nei 4 anni del +1,34%.

Fig.2 Popolazione residente nelle province della Regione Marche (scenario “mediano”) per fasce di età (incidenza % sul totale) – anni 2022-2027



Fonte: Programmazione integrata UE e Risorse finanziarie umane e strume, controllo di gestione e sistemi statistici Regione Marche

3. Stratificazione della Popolazione in base allo stato di salute

Come indicato nel Decreto Ministeriale n. 77/2022 relativo ai “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale” si è proceduto ad effettuare una stratificazione della popolazione al fine di identificare i bisogni di salute seguendo il modello di medicina di popolazione indicato nel sopraindicato Decreto e in conformità con la normativa sulla protezione dei dati personali.

Il Modello utilizzato è il Multisource Comorbidity Score (MCS) un indice validato che, pesando adeguatamente le prescrizioni di alcuni farmaci e i ricoveri per certe cause

sperimentati dai beneficiari del SSN nei tre anni precedenti la data di rilevazione, fornisce un punteggio di comorbidità che permette di misurare lo stato di salute di gruppi di popolazione, valutandone il grado di complessità clinica e confrontandolo tra aree territoriali e periodi temporali diversi (% di popolazione con un valore MCS superiore a una soglia associata a un rischio maggiore di esiti come il ricovero in ospedale e la mortalità).

L'MCS è stato costruito e validato nell'ambito del Gruppo di Lavoro del Ministero della salute "Monitoraggio e valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, NSG-PDTA" (Corrao G, et al. Developing and validating a novel multisource comorbidity score from administrative data: a large population-based cohort study from Italy. *BMJ Open* 2017;7: e019503. doi: 10.1136/ bmjopen-2017-019503).

L'MCS è stato qui applicato allo scopo di caratterizzare la popolazione di assistiti dei diversi Distretti socio-sanitari della Regione Marche in base alla complessità clinica e alla presenza di comorbidità e all'associazione di queste con il rischio di esiti sfavorevoli. A valori crescenti di MCS corrisponde un aumento del rischio per la salute, che può essere un indicatore del bisogno di maggior assistenza.

Per l'applicazione del modello MCS sono state utilizzate le seguenti fonti informative:

1) Popolazione di riferimento

Partendo dall'Anagrafica degli Assistiti, è stata selezionata una coorte di residenti nella Regione Marche vivi al 1° gennaio 2023. Si è effettuata una distribuzione degli assistiti per Aziende Sanitarie Territoriali (AST), fasce d'età e si è proceduto ad una sotto-classificazione fino al Distretto Sanitario.

2) Fonti dei dati

Sono stati utilizzati i flussi amministrativi sanitari della regione, in particolare:

- Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) per la ricerca dei codici di diagnosi secondo la classificazione ICD-9-CM;
- I flussi della Farmaceutica Territoriale e Diretta per identificare i codici farmaceutici ATC;
- I codici di esenzione, ricavati dall'anagrafe delle esenzioni.

All'interno del percorso di stratificazione della popolazione Regione Marche si è cercato nei flussi indicati l'evento sentinella che inquadrasse la patologia.

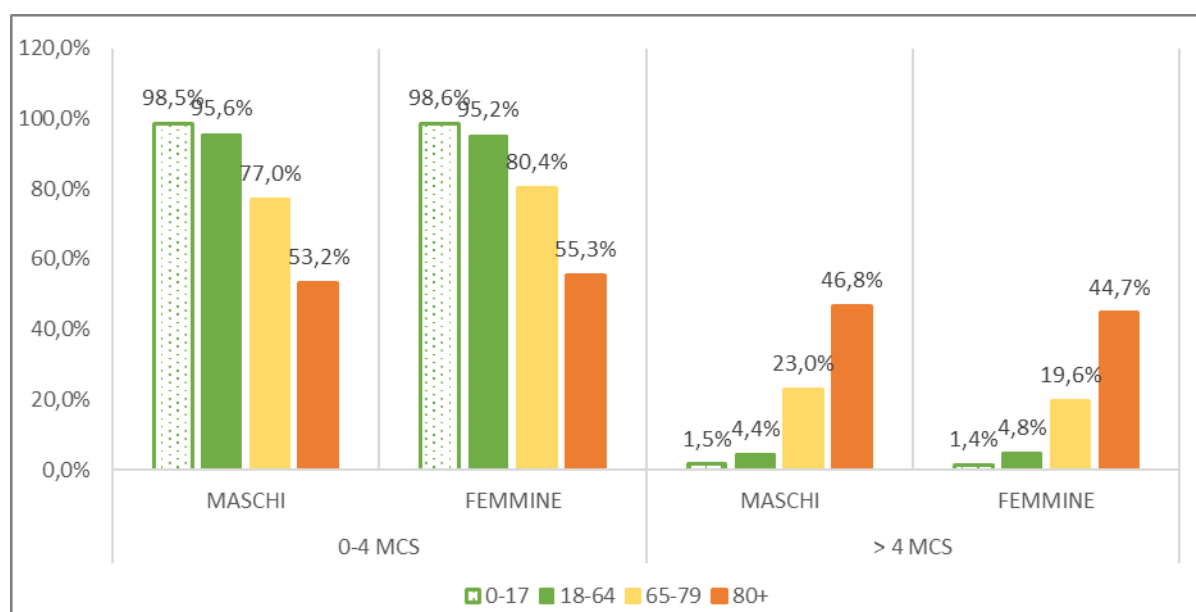
La tabella 4 e la figura 1 riportano la stratificazione della popolazione per punteggio di MCS, utilizzando una soglia pari a 4: nei soggetti tra i 65 e 79 anni il 23% nei maschi e il 19,6% nelle femmine hanno un valore MCS maggiore di 4, mentre nei soggetti con

80 e più anni le % salgono rispettivamente al 47% e 45%; le differenze osservate tra i due sessi non sono statisticamente significative.

Tab.4 Stratificazione della popolazione residente per MCS, analisi dei volumi di rischio (numero di assistiti) per sesso e classi di età, anno 2022 Regione Marche

CLASSE ETA'	FEMMINE			MASCHI		
	0 - 4 MCS	> 4 MCS	TOTALE – F	0 - 4 MCS	> 4 MCS	TOTALE - M
0-17	100443	1452	101895	106219	1661	107880
18-64	397948	19890	417838	403182	18620	421802
65-79	103936	25387	129323	89124	26630	115754
80+	45590	36778	82368	27743	24416	52159
TOTALE	647917	83507	731424	626268	71327	697595

Fig.3 Stratificazione della popolazione per MCS, % di rischio sulla popolazione residente per sesso e classe di età



Nelle tabelle successive 5 e 6 è stata effettuata la stratificazione per MCS per Distretto sanitario di Residenza e per classi di età. Come atteso, il rischio aumenta nelle età più avanzate rispetto a quelle più giovani, tuttavia queste ultime sono caratterizzate anch'esse da una complessità clinica e comorbidità degna di attenzione, confermando che l'età non è il solo indicatore di domanda di assistenza. L'importante variabilità della % di assistiti a rischio per la salute nei diversi Distretti, conferma l'importanza di una attenta valutazione dei bisogni di salute nei diversi territori e della conseguente pianificazione e organizzazione della medicina di prossimità in ogni Distretto.

Tab.5 Stratificazione della popolazione del Distretto per MCS e per classe di età
analisi dei volumi di rischio (numero di assistiti)

Classe di età	Distretti	0 - 4 MCS	> 4 MCS	TOTALE
0-17 ANNI	1-Pesaro	19935	193	20128
	2-Urbino	11264	90	11354
	3-Fano	19309	195	19504
	4-Senigallia	10369	173	10542
	5-Jesi	14906	302	15208
	6-Fabriano	5990	84	6074
	7-Ancona	35857	429	36286
	8-Civitanova M.	18478	326	18804
	9-Macerata	17580	341	17921
	10-Camerino	5127	108	5235
	11-Fermo	21958	349	22307
	12-S. Benedetto	13380	289	13669
	13-Ascoli Piceno	12509	234	12743
18-64 ANNI	1-Pesaro	75168	3255	78423
	2-Urbino	38361	1846	40207
	3-Fano	72540	3229	75769
	4-Senigallia	41867	1876	43743
	5-Jesi	56785	2691	59476
	6-Fabriano	24348	1158	25506
	7-Ancona	137954	6029	143983
	8-Civitanova M.	69015	3614	72629
	9-Macerata	68863	3508	72371
	10-Camerino	21923	1172	23095
	11-Fermo	86383	4794	91177
	12-S. Benedetto	53250	2634	55884
	13-Ascoli Piceno	54673	2704	57377
65-79 ANNI	1-Pesaro	16247	4053	20300
	2-Urbino	9828	2773	12601
	3-Fano	15225	4249	19474
	4-Senigallia	10251	2598	12849
	5-Jesi	13628	3904	17532
	6-Fabriano	6143	1618	7761
	7-Ancona	33482	8451	41933
	8-Civitanova M.	15864	4628	20492
	9-Macerata	17392	4672	22064
	10-Camerino	6038	1841	7879
	11-Fermo	21957	6297	28254
	12-S. Benedetto	13055	3379	16434
	13-Ascoli Piceno	13950	3554	17504
80 ANNI E OLTRE	1-Pesaro	5903	4392	10295
	2-Urbino	3486	2899	6385
	3-Fano	5511	4886	10397
	4-Senigallia	3908	3156	7064
	5-Jesi	4994	4674	9668
	6-Fabriano	2286	2135	4421
	7-Ancona	12780	10276	23056
	8-Civitanova M.	5956	4837	10793
	9-Macerata	7209	5997	13206
	10-Camerino	2232	2293	4525
	11-Fermo	8328	7495	15823
	12-S. Benedetto	4941	3941	8882
	13-Ascoli Piceno	5799	4213	10012

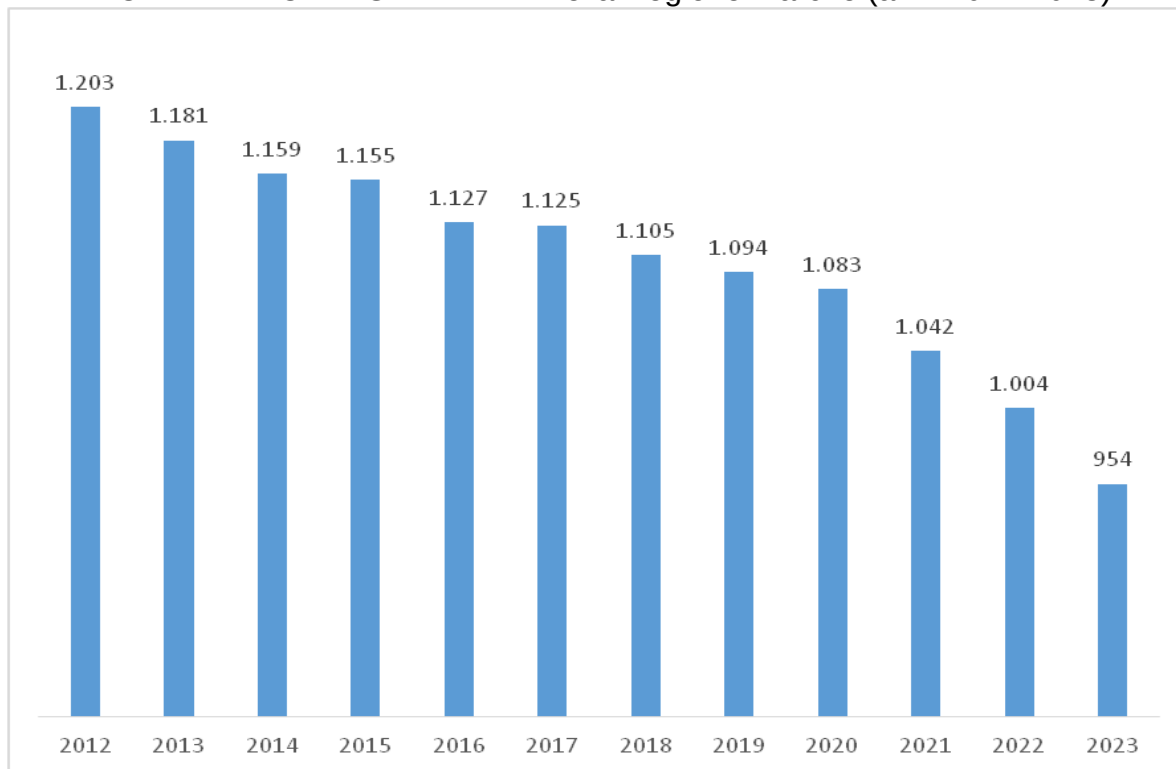
Tab.6 Stratificazione della popolazione del Distretto per MCS e per classe di età (% di rischio sulla popolazione residente)

Classe di età	Distretti	0 - 4 MCS	> 4 MCS	TOTALE
0-17 ANNI	1-Pesaro	99,0%	1,0%	100,0%
	2-Urbino	99,2%	0,8%	100,0%
	3-Fano	99,0%	1,0%	100,0%
	4-Senigallia	98,4%	1,6%	100,0%
	5-Jesi	98,0%	2,0%	100,0%
	6-Fabriano	98,6%	1,4%	100,0%
	7-Ancona	98,8%	1,2%	100,0%
	8-Civitanova M.	98,3%	1,7%	100,0%
	9-Macerata	98,1%	1,9%	100,0%
	10-Camerino	97,9%	2,1%	100,0%
	11-Fermo	98,4%	1,6%	100,0%
	12-S. Benedetto	97,9%	2,1%	100,0%
	13-Ascoli Piceno	98,2%	1,8%	100,0%
18-64 ANNI	1-Pesaro	95,8%	4,2%	100,0%
	2-Urbino	95,4%	4,6%	100,0%
	3-Fano	95,7%	4,3%	100,0%
	4-Senigallia	95,7%	4,3%	100,0%
	5-Jesi	95,5%	4,5%	100,0%
	6-Fabriano	95,5%	4,5%	100,0%
	7-Ancona	95,8%	4,2%	100,0%
	8-Civitanova M.	95,0%	5,0%	100,0%
	9-Macerata	95,2%	4,8%	100,0%
	10-Camerino	94,9%	5,1%	100,0%
	11-Fermo	94,7%	5,3%	100,0%
	12-S. Benedetto	95,3%	4,7%	100,0%
	13-Ascoli Piceno	95,3%	4,7%	100,0%
65-79 ANNI	1-Pesaro	80,0%	20,0%	100,0%
	2-Urbino	78,0%	22,0%	100,0%
	3-Fano	78,2%	21,8%	100,0%
	4-Senigallia	79,8%	20,2%	100,0%
	5-Jesi	77,7%	22,3%	100,0%
	6-Fabriano	79,2%	20,8%	100,0%
	7-Ancona	79,8%	20,2%	100,0%
	8-Civitanova M.	77,4%	22,6%	100,0%
	9-Macerata	78,8%	21,2%	100,0%
	10-Camerino	76,6%	23,4%	100,0%
	11-Fermo	77,7%	22,3%	100,0%
	12-S. Benedetto	79,4%	20,6%	100,0%
	13-Ascoli Piceno	79,7%	20,3%	100,0%
80 ANNI E OLTRE	1-Pesaro	57,3%	42,7%	100,0%
	2-Urbino	54,6%	45,4%	100,0%
	3-Fano	53,0%	47,0%	100,0%
	4-Senigallia	55,3%	44,7%	100,0%
	5-Jesi	51,7%	48,3%	100,0%
	6-Fabriano	51,7%	48,3%	100,0%
	7-Ancona	55,4%	44,6%	100,0%
	8-Civitanova M.	55,2%	44,8%	100,0%
	9-Macerata	54,6%	45,4%	100,0%
	10-Camerino	49,3%	50,7%	100,0%
	11-Fermo	52,6%	47,4%	100,0%
	12-S. Benedetto	55,6%	44,4%	100,0%
	13-Ascoli Piceno	57,9%	42,1%	100,0%

4. Contesto Assistenziale

Nel corso degli ultimi anni si è assistito ad una graduale diminuzione del numero dei Medici di medicina generale nelle Marche come nel resto d'Italia. Ciò ha comportato una re-distribuzione degli assistiti rispetto alle convenzioni in essere determinando una significativa variazione della media di assistiti per medico (Figura 4).

Fig.4 MEDICI DI MEDICINA GENERALE nella Regione Marche (anni 2012-2023)



Fonte: Modello FLS.12 – NSIS Ministero della Salute (anni 2012-2023)

Dall'entrata in vigore dell'ACN del 20 gennaio 2022 i medici di medicina generale già titolari di incarico di:

a) Assistenza Primaria, b) Continuità Dell'assistenza, assumono la denominazione di medici di medicina generale del ruolo unico di assistenza primaria.

Il ruolo unico di assistenza primaria di cui D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189 prevede che i medici di medicina generale del ruolo unico di assistenza primaria svolgano attività professionale a ciclo di scelta e/o su base oraria, operando nelle AFT e nelle forme organizzative multiprofessionali (Unità Complesse di Cure Primarie, UCCP)".

Ai medici di medicina generale del ruolo unico di assistenza primaria operanti a rapporto orario a tempo indeterminato nelle AFT è consentita l'iscrizione negli elenchi di scelta a seguito del conferimento di incarico.

Ai medici di medicina generale del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta operanti a tempo indeterminato nelle AFT è consentita l'attribuzione di incarico orario.

Il Numero dei medici di medicina generale nella Regione Marche al 1° Gennaio 2023 risultano essere 952 a ciclo di scelta e 558 ad attività oraria (Fonte: Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati SISAC rilevazione deleghe sindacali 1° Gennaio 2023 Inclusi medici di medicina generale ad incarico provvisorio attribuito dall'azienda).

L'Assistenza Primaria rappresenta la prima porta d'accesso ad un servizio sanitario, rappresentando infatti l'approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, così come il benessere della società. Come riportato nel DM 77/2022 *“La Direzione Generale della Commissione Salute Europea (DG SANCO), nel 2014, definisce l'Assistenza Primaria come: “l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone”*”.

Il SSR persegue, pertanto, questa visione mediante le attività distrettuali, la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali, in particolare:

- attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento;
- attraverso il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
- attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di équipe multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità ("Planetary Health");
- con logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni;
- con modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e tele monitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale;
- attraverso la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti; - 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.). Nella tabella 7 si riporta il numero dei residenti e degli assistibili rispetto ai 13 Distretti della Regione. I soggetti assistibili sono i cittadini residenti nel territorio regionale, a prescindere dalla scelta del Medico di medicina generale o Pediatra di Libera Scelta (riferimento Legge n. 833/78, in particolare negli articoli 19 e 25).

I soggetti assistiti sono gli aventi diritto che hanno effettuato la scelta del Medico di medicina generale o Pediatra di Libera Scelta e soggetti rientranti in categorie particolari di assistenza.

Tab. 7 Residenti e Assistibili per AST di Residenza della Regione Marche – (2024)

AST Residenza	Assistiti (Anagrafe Regionale Assistiti)	Assistibili (Anagrafe Regionale Assistiti)
AST Ancona	304.186	502054
AST Pesaro-Urbino	414.332	380669
AST Macerata	265.008	331906
AST Fermo	167.638	181902
AST Ascoli Piceno	172.681	216409
Regione Marche	1.323.845	1.612.940

Fonte: Flusso Anagrafe Sanitaria Assistiti Regionale (Acronimo: ARS-EMPI)

Gli ACN (2009, 2015, 2022 e 2024) e la legge 189/2012 c.d. “Legge Balduzzi” prevedono che *“le Regioni definiscono ai sensi della normativa vigente gli atti di programmazione inerenti alle forme organizzative mono professionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici di medicina generale alle forme organizzative multiprofessionali, osservando i seguenti criteri generali:*

- istituzione delle AFT in tutto il territorio regionale;*
- istituzione di forme organizzative multiprofessionali tenendo conto delle caratteristiche territoriali e demografiche, salvaguardando il principio dell’equità di accesso alle cure anche attraverso una gradualità della complessità organizzativa;*
- realizzazione del collegamento funzionale tra AFT e forme organizzative multiprofessionali tramite idonei sistemi informatici e informativi (ACN 2024)”.*

5. Aggregazioni Funzionali Territoriali

La Regione Marche, al fine di non disperdere l'esperienza maturata da parte dei medici di medicina generale del ruolo unico di assistenza primaria e la capillarità dei presidi organizzativi autonomi già esistenti sul territorio, individua forme organizzative di Aggregazioni Funzionali Territoriali articolate in *“moduli base di Aggregazioni Funzionali Territoriali”*.

I moduli base di AFT sono elementi costitutivi della stessa AFT e, nella loro sede unica, rappresentano l'unità operativa elementare idonea a soddisfare e concretizzare le esigenze sanitarie e socio-sanitarie dei singoli cittadini utenti che hanno operato la scelta fiduciaria in favore del medico del ruolo unico di assistenza primaria, coniugando le stesse con le esigenze del bacino di utenza di afferenza della AFT, quale articolazione del territorio di riferimento.

Per questo i medici di medicina generale partecipanti ai moduli base di AFT sono tenuti a collaborare tra loro e con il resto dell'AFT per la gestione sanitaria e socio-sanitaria dell'intero bacino di utenza e per il raggiungimento degli obiettivi dei singoli medici di medicina generale, di quelli dell'intera AFT e di quelli eventualmente affidati al modulo base.

Il “modulo base” rappresenta una forma organizzativa costituita da un numero di medici di medicina generale di assistenza primaria non inferiore a 3 e non superiore a 10, individuato dai medici di medicina generale afferenti alla AFT e riconosciuto dall'Azienda Sanitaria Territoriale secondo le modalità riportate nell'Accordo Integrativo Regionale (AIR) in fase di definizione.

Le aree interne e/o disagiate sono definite in numerosi atti normativi nazionali e regionali, nelle suddette aree può essere previsto un “modulo base” composto da almeno due medici di medicina generale, anche non in sede unica, ma comunque collegati in rete, al fine di favorire una organizzazione complessiva che migliori i servizi all'utenza nelle zone in cui è più difficoltoso fornire assistenza. Uno degli ambulatori dei medici di medicina generale che afferiscono al modulo deve essere identificato quale sede di riferimento del modulo e collegato in rete alla AFT di riferimento.

A garanzia della Continuità dell'assistenza, ogni AFT assicura uno o più Servizi di Continuità dell'assistenza attraverso l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita, secondo quanto previsto dal DM 77/2022.

La continuità dell'assistenza per i cittadini afferenti al bacino d'utenza dell'AFT nell'arco delle 24 ore e 7gg/7gg è garantita dai medici di medicina generale a ruolo unico, dai medici di continuità dell'assistenza e assistenza primaria ai sensi del vigente ACN.

5.1. Assetto organizzativo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

La AFT garantisce l'assistenza per l'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana ad un numero di abitanti individuato in base alle esigenze, alla densità abitativa e alle caratteristiche del territorio di competenza, ed è erogata da medici di medicina generale del ruolo unico di assistenza primaria operanti sia a ciclo di scelta che su base oraria.

L'istituzione della AFT garantisce la diffusione capillare dei presidi dei medici di medicina generale del ruolo unico di assistenza primaria nell'ambito dei modelli organizzativi regionali e dispone di una sede di riferimento individuata di concerto dall'AST e dai medici di medicina generale componenti dell'AFT stessa.

Allo scopo di garantire la migliore accessibilità all'assistenza nei territori più disagiati della Regione, ogni AST per supportare le funzioni delle sedi di riferimento delle AFT del suo territorio, può individuare fino a due moduli tra quelli in cui sono articolate le stesse AFT.

Le sedi di riferimento delle AFT devono possedere al momento della loro individuazione i requisiti richiesti dal DM 77/2022 per le Case di Comunità SPOKE.

Le sedi di riferimento delle AFT e dei moduli che ne supportano le funzioni vengono identificate dall'AST in seno al Comitato Aziendale entro 30 giorni dalla firma dell'Accordo Integrativo Regionale. Lo stesso Comitato può identificare un ambulatorio per la gestione dei bisogni di salute valutati non differibili dai MMG, ricompreso in una AFT, per un massimo di un ambulatorio dedicato alla popolazione assistita da due AFT.

Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento, di cui all'articolo 29, comma 12 ACN 2024, definito dal Comitato aziendale dell'AST nel cui territorio opera l'AFT, entro 60 giorni dalla firma dell'Accordo Integrativo Regionale.

Le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance delle AFT sono parte integrante del programma delle attività territoriali di cui all'articolo 3-quater, comma 3 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502.

L'AST valuta i risultati raggiunti dalle AFT che operano nel suo territorio utilizzando gli indicatori stabiliti nell'Accordo Integrativo Regionale e ne comunica i risultati all'Agenzia Regionale Sanitaria.

5.2. Il Referente dell'AFT: modalità di nomina e compiti

I medici di medicina generale componenti la AFT individuano al loro interno, con modalità definite nel regolamento di funzionamento delle stesse di cui all'articolo 29, comma 12 ACN 2024, un Referente della AFT ed il suo sostituto. I medici di medicina generale proposti devono essere disponibili a svolgere le funzioni di seguito esplicitate, garantendone la continuità per la durata prevista; nell'AIR Regione Marche saranno definite la durata del mandato e le modalità di svolgimento.

La funzione di Referente non incide sull'incarico convenzionale in essere. Il Referente si occupa, per la parte che riguarda la AFT, dell'integrazione dei servizi e dei percorsi assistenziali volti a garantire continuità dell'assistenza con gli altri servizi aziendali, incluso il raccordo funzionale con la forma organizzativa multiprofessionale di riferimento (Unità Complessa di Cure Primarie – UCCP). Il referente coordina altresì l'attività dei medici di medicina generale componenti della AFT allo scopo di garantire la continuità della assistenza per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana; predispone annualmente la relazione dell'attività svolta dalla AFT per il raggiungimento degli obiettivi assegnati, sulla base di indicatori di processo e di risultato definiti dall'Accordo Integrativo Regionale, a cui possono essere aggiunti indicatori territorio-specifici concordati con l'AST in cui opera l'AFT.

Il referente collabora con l'AST, in particolare con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), per risolvere disservizi inerenti alla AFT a seguito di segnalazioni da parte dei cittadini.

Secondo quanto previsto dall'ACN 2024 (articolo 47, comma 2, lettera B, punto II), gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l'entità della remunerazione destinata alla funzione di "Referente", il cui onere è finanziato con risorse attinte preventivamente dal fondo quota annua variabile messa a disposizione dalle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010.

Il Direttore Generale della AST ratifica la designazione e valuta annualmente il referente di AFT in relazione ai compiti di cui al presente articolo.

Il Direttore Generale della AST può procedere, anche prima della scadenza del mandato del Referente, al subentro del sostituto, individuato tra i componenti della AFT, nella funzione di Referente fino alla nuova designazione,

Tra i referenti di AFT del Distretto è individuato il rappresentante dei medici di medicina generale componente di diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD).

6 Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)

La UCCP rappresenta la forma organizzativa complessa che opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalla Regione, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio, compresa la sede di riferimento dell'AFT.

La sede dell'UCCP deve essere un luogo riconoscibile dai cittadini per le loro necessità assistenziali; è di norma all'interno di una Casa di Comunità HUB o SPOKE; in alternativa l'AST può individuare nel territorio di competenza una struttura diversa di cui verifica e garantisce la presenza requisiti richiesti dal DM 77/2022 per le Case di Comunità SPOKE necessari per ospitare l'UCCP; quest'ultima deve comunque essere funzionalmente collegata ad una Casa di Comunità, anche tramite idonei sistemi informatici e informativi.

La UCCP garantisce il carattere multiprofessionale della sua attività attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici convenzionati e dipendenti del SSR, delle altre professionalità convenzionate con il SSR, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professionalità tecniche, dei professionisti della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

L'UCCP opera in continuità assistenziale con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multi-professionale, ai bisogni di salute complessi.

Per ciascuna AFT è stata individuata una UCCP di riferimento, ad una singola UCCP possono afferire una o più AFT.

Obiettivi generali dell'UCCP sono 1) la presa in carico del paziente cronico, utilizzando anche gli strumenti della medicina di iniziativa, 2) la verifica o la predisposizione del percorso integrato di cura 3) l'eventuale stesura o verifica del Piano di Assistenza Individuale, 4) l'assicurare la continuità dell'assistenza attraverso l'implementazione di percorsi integrati fra ospedale e territorio, 5) il garantire l'accessibilità all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata (h12) 7 giorni su 7.

Questi obiettivi ed altri specifici definiti in base alle esigenze territoriali dall'Azienda Sanitaria Territoriale, sono declinati secondo un modello-tipo operativo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione.

6.1 Coordinamento della UCCP

Il Coordinatore dell'UCCP viene individuato dall'AST tra le figure professionali operanti nell'Azienda stessa attraverso un avviso pubblico come previsto dall'art.10 dell'ACN 2024.

Per i medici di medicina generale del ruolo unico di assistenza primaria la procedura di designazione del coordinatore dovrà tener conto dei seguenti criteri:

- il coordinatore deve espressamente accettare l'incarico, essere disponibile a svolgere tale funzione e a garantirne il mantenimento per il periodo previsto;
- l'incarico di coordinatore deve essere compatibile con l'attività assistenziale e non andare a detrimento della qualità dell'assistenza;
- il candidato deve disporre di un adeguato curriculum che evidenzi competenze in assistenza territoriale, organizzazione dei processi di cura, governo clinico e integrazione professionale, incluse precedenti attività di responsabilità aziendale;
- l'incarico ha una durata di norma triennale.

Al coordinatore della UCCP sono affidate, in particolare, le funzioni di:

- a) collaborazione con il Distretto alla organizzazione dei percorsi assistenziali;
- b) relazione e confronto con la dirigenza distrettuale ed aziendale su tematiche assistenziali, progettuali ed organizzative;
- c) raccordo con i referenti di AFT per la razionalizzazione di percorsi di cura, ottimale utilizzo delle risorse disponibili, raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- d) collaborazione alla definizione dei programmi di attività, alla gestione di budget assegnato, alla rilevazione e valutazione dei fabbisogni.

Il coordinatore predispone annualmente la relazione dell'attività svolta dalla UCCP per il raggiungimento degli obiettivi assegnati dall'AST in coerenza con le priorità regionali. La relazione dovrà contenere gli indicatori di processo e di risultato definiti dall'Azienda Sanitaria Territoriale di concerto con la Regione.

7. La casa della Comunità (CdC)

La CdC è il luogo fisico a cui i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio sanitaria a valenza sanitaria, rappresenta il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. La CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare dove vengono garantiti progettazione e erogazione degli interventi sanitari. L'attività dovrà permettere un'azione integrata tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali interni, anche nelle loro forme organizzative, infermieri di famiglia o di comunità e altri specialisti quali psicologi, ostetrici, professionisti della prevenzione, della riabilitazione, assistenti sociali ed altri professionisti sanitari. Le Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità sono definite nell'allegato B alla presente Delibera.

8. Articolazione territoriale e relazioni tra Aggregazioni Funzionali Territoriali, Unità Complesse di Cure Primarie e Case di Comunità

La distribuzione delle forme di assistenza sul territorio, le relazioni tra le diverse strutture/forme, unitamente alle sedi fisiche e all'assetto organizzativo, sono stati definiti alla luce del DM 77/2022, dell'accordo ACN 2024 e di concerto tra i Direttori dei Distretti Socio-sanitari e le rappresentanze dei MMG.

Nella tabella 8 sono riportati per ogni AST il numero di AFT, di UCCP, dei Medici di Medicina Generale, degli Assistiti e delle Case di Comunità HUB e SPOKE previste, distinguendo tra quelle finanziate da Fondi diversi da quelli del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (CdC no PNRR) e quelle finanziate dal PNRR (CdC PNRR), secondo la DGR 114/2022 e i conseguenti Piani Operativi Regionali, come riportato nell'allegato B della presente Delibera.

Tab. 8 Distribuzione delle AFT, delle UCCP, dei Medici di Medicina Generale, degli assistiti e delle Case di Comunità per Azienda Sanitaria Territoriale. Dati aggiornati a Dicembre 2024

AST	AFT Totali	UCCP Totali	Medici di Medicina Generale Totali	ASSISTITI Totali	CdC no PNRR	CdC PNRR
AST PU	12	9	210	304186	4 HUB	4 HUB
AST AN	14	13	306	414332	3 HUB	7 HUB 2 SPOKE
AST MC	11	11	176	265008		6 HUB 1 SPOKE
AST FM	6	5	105	167638	2 HUB 1 SPOKE	3 HUB 1 SPOKE
AST AP	7	4	139	172681	1 HUB	3 HUB 2 SPOKE
TOTALE	50	42	936	1323845	10 HUB 1 SPOKE	23 HUB 6 SPOKE

La trasformazione in ulteriori strutture per l'assistenza territoriale, ai sensi del Decreto Ministeriale n.77/2022 e del Piano socio sanitario, delle rimanenti Case della Salute di cui alla Determina del Direttore Generale dell'ASUR n.469/2018, così come le Case della Comunità eventualmente previste negli atti aziendali in corso di approvazione, sarà oggetto di un successivo atto di indirizzo della Giunta Regionale.

Nelle tabelle e figure seguenti è riportata la distribuzione territoriale per ciascun Distretto delle AFT, UCCP e CdC, del numero di assistiti e del numero di MMG

Il bacino di utenza di ogni AFT, identificato da un colore, comprende uno o più comuni; in quest'ultimo caso viene identificato dai MMG della AFT, di concerto con il Direttore di Distretto, il “comune capofila” dove ha sede l'UCCP di riferimento.

Tabella 9. Articolazione dell'assistenza territoriale - Distretto 1 Pesaro

Comuni di Riferimento o Affiliati	AFT	UCCP	Casa della Comunità NO PNRR	Case della Comunità previste dal PNRR
PESARO	AFT PESARO 2 31 medici di medicina generale 35.843 assistiti	UCCP PESARO 1 via XI febbraio 36 sarà trasferita presso ex ospedale San Salvatore	HUB MONTECCHIO (COMUNE DI VALLEFOGLIA)	HUB PESARO - Galantara strada per Novilara, 8
PESARO Comune Capofila	AFT PESARO 3 22 medici di medicina generale 30.596 assistiti			
MOMBAROCCIO				
GABICCE MARE	AFT PESARO 1 22 medici di medicina generale 27.511 assistiti	UCCP PESARO 2 via Rampi - Vallefoglia	HUB PESARO via XI febbraio. a tendere trasferimento presso ex ospedale San Salvatore	
GRADARA				
PESARO Comune Capofila				
VALLEFOGLIA Comune Capofila	AFT VALLEFOGLIA 15 medici di medicina generale 22.704 assistiti			
TAVULLIA				
MONTELABBATE				

Tabella 10. Articolazione dell'assistenza territoriale - Distretto 2 Urbino

Comuni di Riferimento o Affiliati	AFT	UCCP	Casa della Comunità NO PNRR	Casa della Comunità previste dal PNRR
URBINO Comune Capofila	AFT URBINO 17 medici di medicina generale 27.563 assistiti	UCCP URBINO 1 via Gramsci 29	HUB URBINO via Gramsci 29	HUB CAGLI Via Meucci
PETRIANO				
MONTECALVO IN FOGLIA				
FERMIGNANO				
CAGLI Comune Capofila	AFT CAGLI 13 medici di medicina generale 19.756 assistiti	UCCP URBINO 2 Cagli via Atanagi in prospettiva via Meucci		
CANTIANO				
ACQUALAGNA				
PIOBBICO				
APECCHIO				
FRONTONE				
SERRA SANT'ABBONDIO				
MACERATA FELTRIA Comune Capofila	AFT MACERATA FELTRIA 8 medici di medicina generale 13.692 assistiti	UCCP URBINO 3 Macerata Feltria via Pensierini 9		
SASSOCORVARO AUDITORE				
CARPEGNA				
MONTECERIGNONE				
MONTEGRIMANO				
MERCATINO CONCA				
TAVOLETO				
LUNANO				
BELFORTE ALL'ISAURO				
PIANDIMELETO				
FRONTINO				
PIETRARUBBIA				
URBANIA Comune Capofila	AFT URBANIA 7 medici di medicina generale 13.001 assistiti	UCCP URBINO 4 Urbania via Roma 54		
PEGLIO				
SANT'ANGELO IN VADO				
MERCATELLO SUL METAURO				
BORGIO PACE				

Tabella 11. Articolazione dell'assistenza territoriale - Distretto 3 Fano

Comuni di Riferimento o Affiliati	AFT	UCCP	Casa della Comunità NO PNRR	Case della Comunità previste dal PNRR
FANO	AFT FANO 1 19 medici di medicina generale 28.043 assistiti	UCCP Mondolfo piazza Bartolini,6	HUB MONDAVIO corso Roma	HUB MONDOLFO Piazza Bartolini n.6 HUB FOSSOMBRONE Via Fratelli Kennedy, 27
FANO Comune Capofila	AFT FANO 2 18 medici di medicina generale 24.976 assistiti			
MONDOLFO				
FOSSOMBRONE Comune Capofila	AFT FOSSOMBRONE 21 medici di medicina generale 29.384 assistiti	UCCP Fossombrone via Kennedy,27		
MONTEFELCINO				
ISOLA DEL PIANO				
SANT'IPPOLITO				
CARTOCETO				
COLLI AL METAURO				
MONDAVIO Comune Capofila				
FRATTE ROSA				
TERRE ROVERESCHE				
PERGOLA				
SAN LORENZO IN CAMPO				
MONTEPORZIO				
SAN COSTANZO				

AST
Pesaro
Urbino



UCCP



CdC

HUB



CdC

SPOKE

	PESARO 1
	PESARO 2
	PESARO 3
	CAGLI
	FOSSOMBRONE
	MACERATA FELTRIA
	MONDAVIO
	URBINO
	VALLEFOGLIA
	URBANIA
	FANO 1
	FANO 2

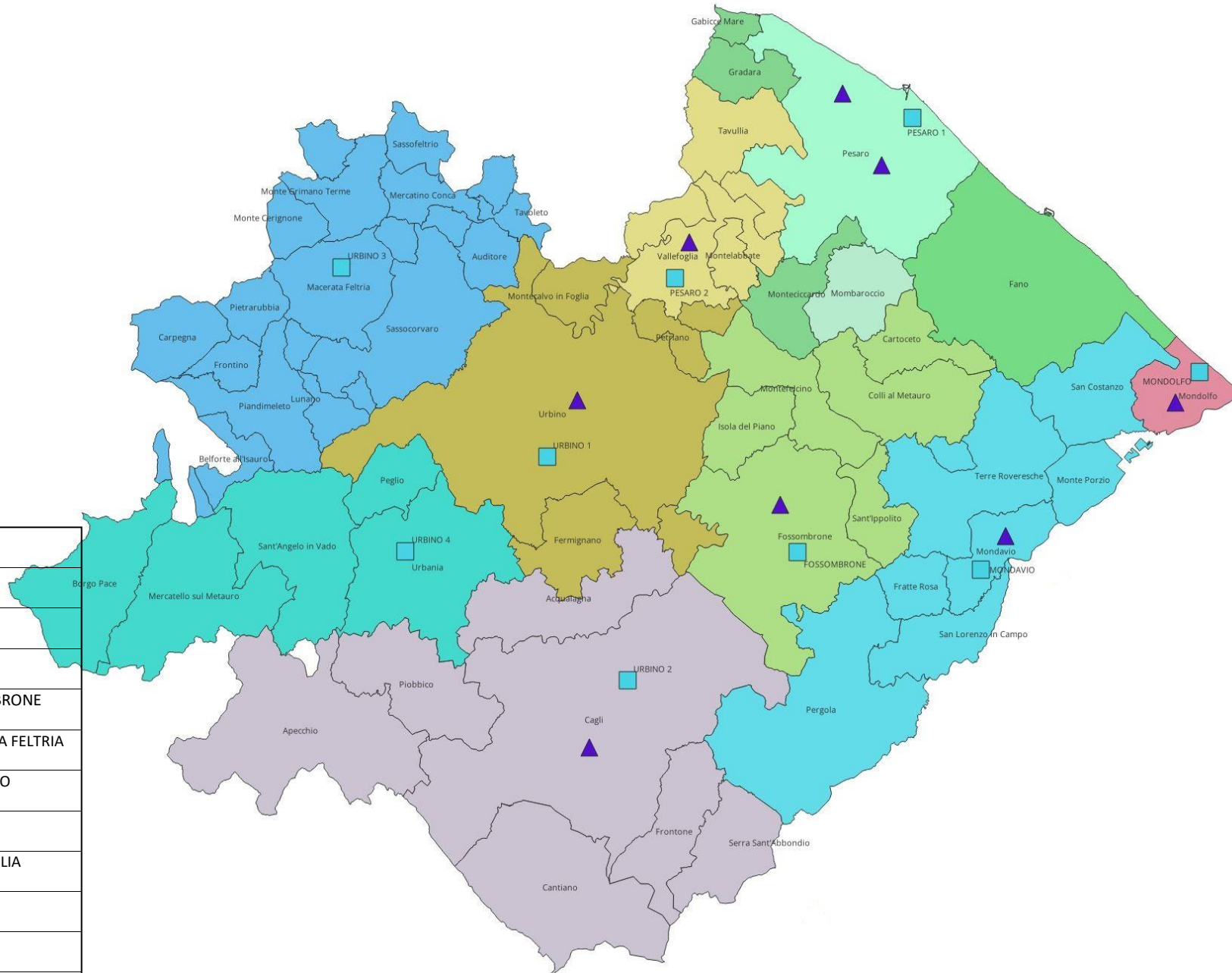


Tabella 12. Articolazione dell'assistenza territoriale - Distretto 4 Senigallia

Comuni di Riferimento o Affiliati	AFT	UCCP	Casa della Comunità NO PNRR	Case della Comunità previste dal PNRR
SENIGALLIA	AFT SENIGALLIA 32 medici di medicina generale 42.397 assistiti	UCCP Senigallia via Campo Boario snc	HUB Senigallia via Campo Boario 4	HUB CORINALDO viale degli Eroi
CORINALDO Comune Capofila	AFT CORINALDO 22 medici di medicina generale 26.370 assistiti	UCCP Corinaldo viale degli Eroi		
CASTELLEONE DI SUASA				
BARBARA				
OSTRA VETERE				
TRECASTELLI				
OSTRA				
ARCEVIA				
SERRA DE'CONTI				

Tabella 13. Articolazione dell'assistenza territoriale - Distretto 5 Jesi

Comuni di Riferimento o Affiliati	AFT	UCCP	Casa della Comunità NO PNRR	Casa della Comunità previste dal PNRR
JESI Comune Capofila	AFT JESI 36 medici di medicina generale 48.018 assistiti	UCCP JESI Via Aldo Moro		HUB JESI Via Aldo Moro, snc HUB CINGOLI Viale della Carità ,11 SPOKE FILOTTRANO Via Don Minzoni ,16
MONSANO				
MORRO D'ALBA				
SAN MARCELLO				
BELVEDERE OSTRENSE				
CUPRAMONTANA Comune Capofila	AFT MEDIA VALLESINA 18 medici di medicina generale 24.300 assistiti	UCCP CUPRAMONTANA Via M. Ferranti, 51		
CASTELBELLINO				
CASTELPLANIO				
MAIOLATI SPONTINI				
MERGO				
MONTECAROTTO				
MONTEROBERTO				
POGGIO S.MARCELLO				
ROSORA				
SAN PAOLO				
STAFFOLO				
CINGOLI Comune Capofila	AFT AREE INTERNE 11 medici di medicina generale 17.361 assistiti	UCCP CINGOLI Viale della Carità, 11		
APIRO				
FILOTTRANO				
POGGIO S.VICINO				
SANTA MARIA NUOVA				

Tabella 14. Articolazione dell'assistenza territoriale - Distretto 6 Fabriano

Comuni di Riferimento o Affiliati	AFT	UCCP	Casa della Comunità - NO PNRR	Case della Comunità previste dal PNRR
FABRIANO	AFT FABRIANO 21 medici di medicina generale 26.005 assistiti	UCCP FABRIANO Piazzale G.B. Miliani 2 a tendere via Marconi 9	HUB SASSOFERRATO via Marconi 1	SPOKE FABRIANO Via Marconi ,9
SASSOFERRATO Comune Capofila	AFT SASSOFERRATO 7 medici di medicina generale 11.854 assistiti	UCCP SASSOFERRATO via Marconi 1		
CERRETO D'ESI				
GENGA				
SERRA SAN QUIRICO				

Tabella 15. Articolazione dell'assistenza territoriale - Distretto 7 Ancona

Comuni di Riferimento o Affiliati	AFT	UCCP	Casa della Comunità - NO PNRR	Case della Comunità previste dal PNRR
CHIARAVALLE Comune Capofila	AFT CHIARAVALLE 22 medici di medicina generale 29.566 assistiti	UCCP Chiaravalle via Rosselli 175	HUB OSIMO Via D'Ancona 43	HUB CHIARAVALLE Fratelli Rosselli ,176 HUB ANCONA Largo Lorenzo Cappelli,1 HUB ANCONA Via Cristoforo Colombo, 106 HUB LORETO Via S. Francesco D'Assisi, 2
MONTEMARCIANO				
MONTE SAN VITO				
FALCONARA Comune Capofila	AFT FALCONARA 20 medici di medicina generale 27.536 assistiti	UCCP Falconara via Rosselli 11		
CAMERATA PICENA				
AGUGLIANO				
POLVERIGI				
ANCONA	AFT ANCONA 1 23 medici di medicina generale 30.917 assistiti	UCCP Ancona Umberto I Largo Cappelli 1		
ANCONA	AFT ANCONA 2 22 medici di medicina generale 29.753 ASSISTITI			
ANCONA	AFT ANCONA 3 23 medici di medicina generale 31.421 Assistiti	UCCP Ancona CRASS via Colombo 106		
OSIMO Comune Capofila	AFT OSIMO 31 medici di medicina generale 43.870 Assistiti	UCCP Osimo via D'Ancona 43		
OFFAGNA				
CASTELFIDARDO				
LORETO Comune Capofila	AFT LORETO 18 medici di medicina generale 24.964 assistiti	UCCP Loreto via Francesco d'Assisi 2		
CAMERANO				
NUMANA				
SIROLO				

AST Ancona



UCCP



CdC HUB



CdC SPOKE

	SENIGALLIA
	CORINALDO
	CHIARAVALLE
	FALCONARA M.ma
	JESI
	MEDIA VALLESINA
	FABRIANO
	AREE INTERNE
	LORETO
	OSIMO
	SASSOFERRATO
	ANCONA 1 – ANCONA 2 – ANCONA 3

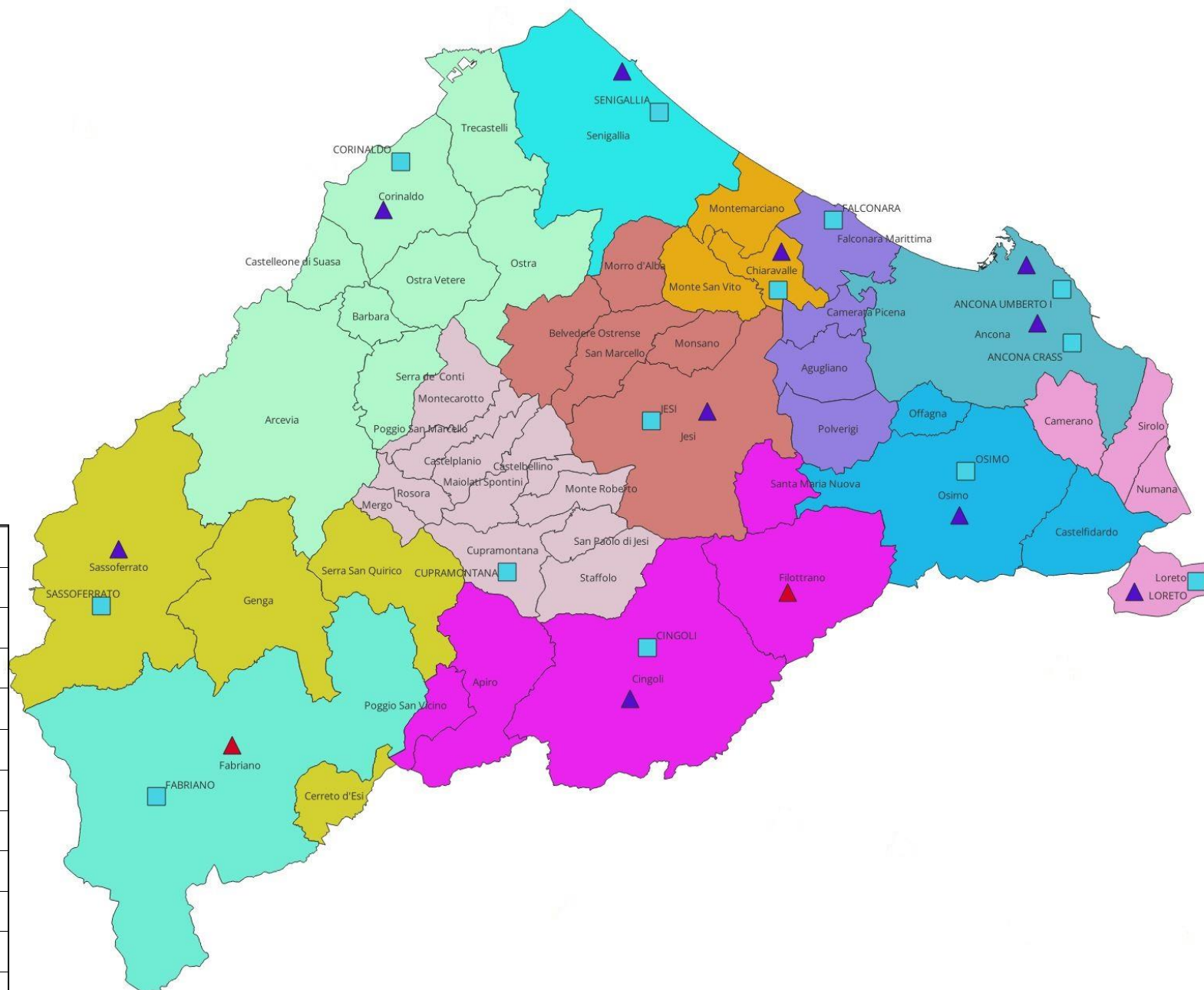


Tabella 16. Articolazione dell'assistenza territoriale - Distretto 8 Civitanova Marche

Comuni di Riferimento o Affiliati	AFT	UCCP	Casa della Comunità - NO PNRR	Case della Comunità previste dal PNRR
CIVITANOVA MARCHE	AFT CIVITANOVA MARCHE 25 medici di medicina generale 37.317 assistiti	UCCP - CIVITANOVA MARCHE via Abruzzo		HUB CIVITANOVA MARCHE Via Abruzzo, snc HUB RECANATI Piazzale Andrea da Recanati, 1
PORTO RECANATI Comune Capofila	AFT PORTO RECANATI 18 medici di medicina generale 26.195 assistiti	UCCP – POTENZA PICENA Via delle Fonti		
POTENZA PICENA				
MONTE SAN GIUSTO Comune Capofila	AFT MONTE SAN GIUSTO 13 medici di medicina generale 21.150 assistiti	UCCP – MORROVALLE Via Tiziano 1, Trodica		
MONTECOSARO				
MORROVALLE				
RECANATI Comune Capofila	AFT RECANATI 16 medici di medicina generale 21929 assistiti	UCCP – RECANATI Piazzale Andrea da Recanati		
MONTEFANO				
MONTELUPONE				

Tabella 17. Articolazione dell'assistenza territoriale - Distretto 9 Macerata

Comuni di Riferimento o Affiliati	AFT	UCCP	Casa della Comunità - NO PNRR	Case della Comunità previste dal PNRR
CORRIDONIA Comune Capofila	AFT CORRIDONIA 12 medici di medicina generale 23.320 assistiti	UCCP CORRIDONIA viale Italia 14		HUB CORRIDONIA Viale Italia ,14 HUB MACERATA Largo Belvedere Sanzio, HUB TREIA Via Giacomo Leopardi, 2
URBISAGLIA				
PETRIOLO				
MOGLIANO				
MACERATA	AFT MACERATA 27 medici di medicina generale 35.701 assistiti	UCCP MACERATA largo Belvedere Sanzio		
TREIA Comune Capofila	AFT TREIA 16 medici di medicina generale 23.487 assistiti	UCCP TREIA via Leopardi 2		
APPIGNANO				
MONTECASSIANO				
POLLENZA				
SARNANO Comune Capofila	AFT SARNANO 8 medici di medicina generale 10.549 assistiti	UCCP SARNANO viale della Rimembranza		
SANT'ANGELO IN PONTANO				
PENNA SAN GIOVANNI				
SAN GINESIO				
RIPE SAN GINESIO				
GUALDO				
MONTE SAN MARTINO				
TOLENTINO Comune Capofila	AFT TOLENTINO 13 medici di medicina generale 26.234 assistiti	UCCP TOLENTINO		
LORO PICENO				
BELFORTE DEL CHIANTI				
CALDAROLA				
CESSAPALOMBO				
SERRAPETRONA				
COLMURANO				
CAMPOROTONDO DI FIASTRONE				

Tabella 18. Articolazione dell'assistenza territoriale - Distretto 10 Camerino

Comuni di Riferimento o Affiliati	AFT	UCCP	Casa della Comunità - NO PNRR	Casa della Comunità previste dal PNRR
CAMERINO Comune Capofila	AFT CAMERINO 8 medici di medicina generale 12.267 assistiti	UCCP Camerino Località Caselle		SPOKE CAMERINO Località Caselle. HUB SAN SEVERINO MARCHE Via Del Glorioso ,8
MUCCIA				
SERRAVALLE				
PIEVETORINA				
VALFORNACE				
MONTECAVALLO				
FIASTRA				
VISSO				
USSITA				
BOLOGNOLA				
CASTELSANTANGELO				
SAN SEVERINO MARCHE Comune Capofila	AFT SAN SEVERINO 20 medici di medicina generale 26.859 assistiti	UCCP San Severino Marche Via del Glorioso 8		
FIUMINATA				
PIORACO				
SEFRO				
MATELICA				
ESANATOGLIA				
CASTELRAIMONDO				
GAGLIOLE				

AST Macerata



UCCP



CdC HUB



CdC SPOKE

	POTENZA PICENA
	CIVITANOVA MARCHE
	RECANATI
	MONTE SAN GIUSTO
	TREIA
	MACERATA
	CORRIDONIA
	SAN SEVERINO MARCHE
	TOLENTINO
	SARNANO
	CAMERINO

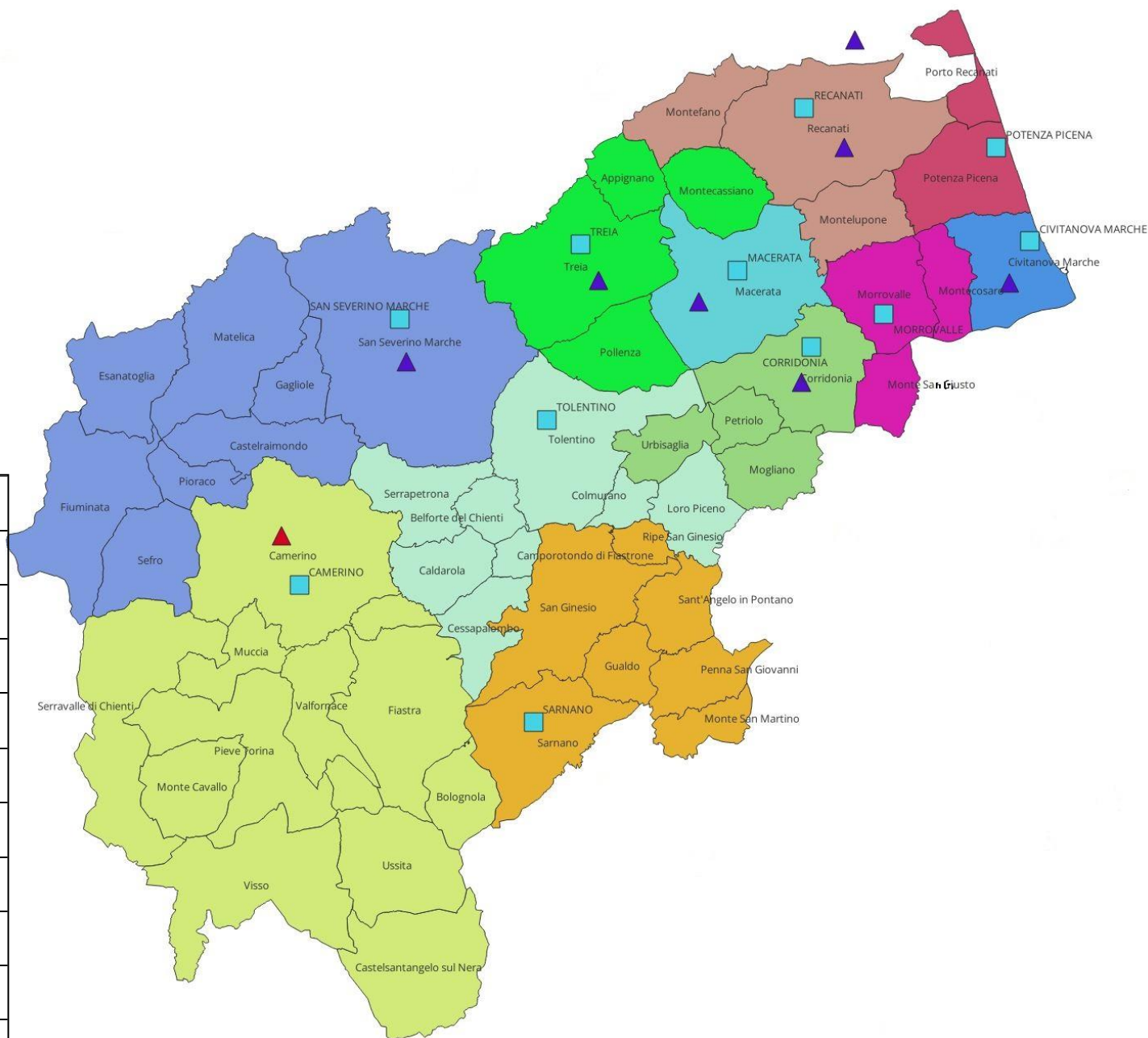


Tabella 19. Articolazione dell'assistenza territoriale - Distretto 11 Fermo

Comuni di Riferimento o Affiliati	AFT	UCCP	Casa della Comunità - NO PNRR	Case della Comunità previste dal PNRR
PORTO S. GIORGIO Comune Capofila	AFT PORTO S. GIORGIO 19 medici di medicina generale 25.154 residenti	UCCP Porto San Giorgio via Da Vinci 7	HUB MONTEGIORGIO via dell'Ospedale 1 HUB NUOVO OSPEDALE AMANDOLA Via Leonardo da Vinci ,7 (struttura ospedaliera e territoriale) SPOKE FERMO- futura attivazione e posizionamento nella attuale sede ospedaliera via Murri 21	HUB PORTO SAN GIORGIO Via Leonardo da Vinci ,7 HUB SANT'ELPIDIO A MARE Via Porta Romana, SNC HUB MONTEGRANARO C.da Santa Maria, SNC SPOKE PETRITOLI VIA Marini Pacifico ,50
LAPEDONA				
ALTIDONA				
PEDASO				
CAMPOFILONE				
FERMO	AFT FERMO 21 medici di medicina generale 35.893 residenti	UCCP FERMO Porto San Giorgio via da Vinci 7 in attesa di trasferimento a Fermo in via Murri 21,		
SANT'ELPIDIO A MARE Comune Capofila	AFT SANT'ELPIDIO A MARE 17 medici di medicina generale 26.175 residenti	UCCP Sant'Elpidio a Mare Via Porta Romana		
MONTE URANO				
TORRE SAN PATRIZIO				
PORTO SANT'ELPIDIO	AFT PORTO SANT'ELPIDIO sede 16 medici di medicina generale 25,932 residenti			
MONTEGRANARO Comune Capofila	AFT MONTE GIORGIO/MONTEGRANARO 19 medici di medicina generale 31.477 residenti	UCCP MONTEGRANARO C.da Santa Maria		
MONTE SAN PIETRANGELI				
FRANCAVILLA D'ETE				
RAPAGNANO				
MONTEGIORGIO				
MASSA FERMANA				
MONTAPPONE				
MONTE VIDON CORRADO				
FALERONE				
MAGLIANO DI TENNA				
AMANDOLA Comune Capofila	AFT AMANDOLA - VAL D'ASO 13 medici di medicina generale 23.007 residenti	UCCP AMANDOLA- VAL D'ASO Via Leonardo da Vinci 7		
MONTERUBBIANO				
PONZANO DI FERMO				
GROTTAZZOLINA				

MONTE GIBERTO				
PETRITOLI				
MONSAMPIETRO MORICO				
MONTE VIDON COMBATTE				
BELMONTE PICENO				
MONTOTTONE				
MONTE RINALDO				
MONTELPARO				
ORTEZZANO				
MONTELEONE DI FERMO				
SERVIGLIANO				
SANTA VITTORIA IN MATENANO				
SMERILLO				
MONTEFALCONE APPENNINO				
MORESCO				
MONTEFORTINO				

AST Fermo



UCCP



CdC HUB



CdC SPOKE

	PORTO SANT'ELPIDIO
	PORTO SAN GIORGIO
	FERMO
	SANT'ELPIDIO A MARE
	MONTEGIORGIO-MONTEGRANARO
	AMANDOLA-VALDASO

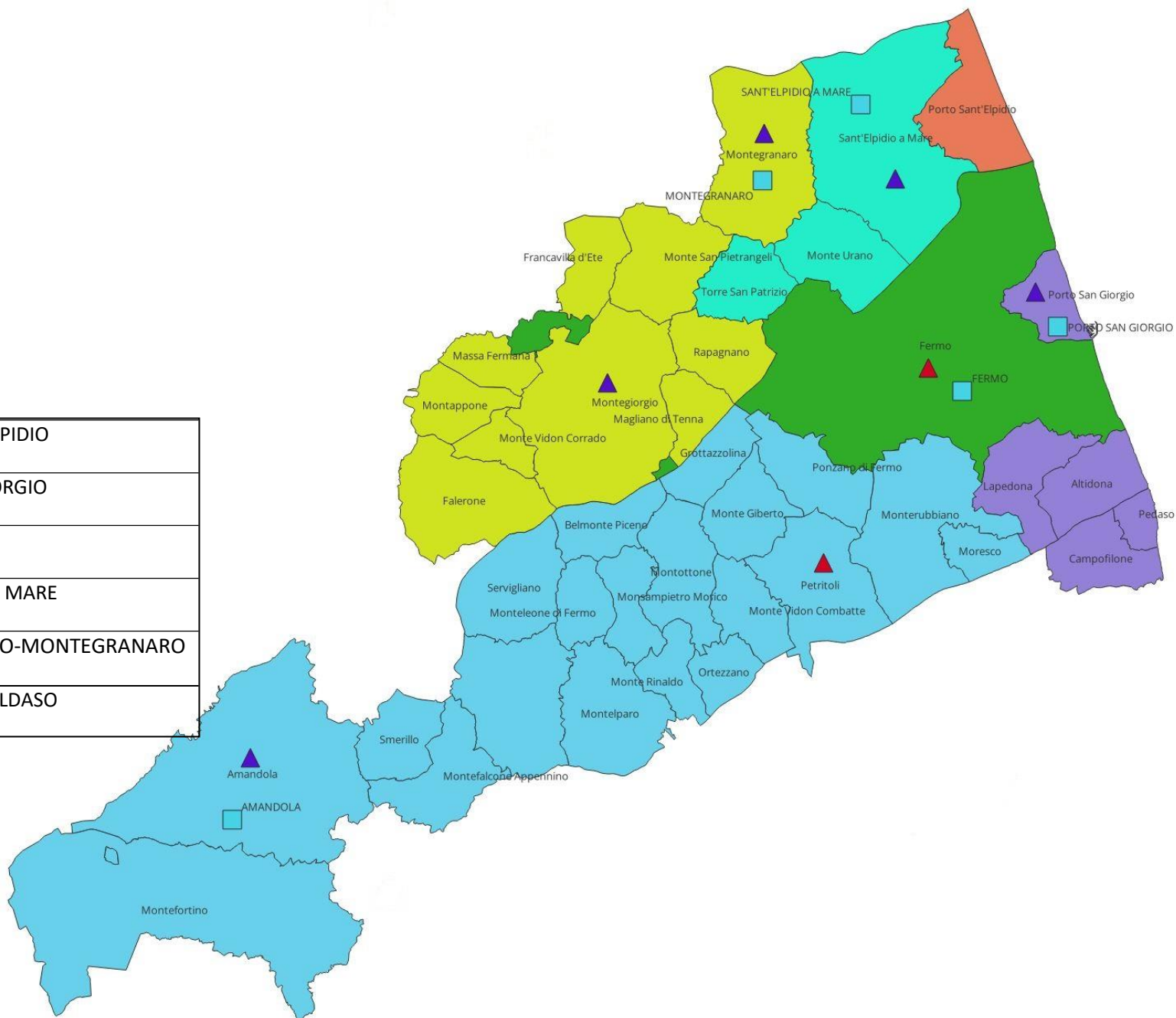


Tabella 20. Articolazione dell'assistenza territoriale - Distretto 12 San Benedetto del Tronto

Comuni di Riferimento o Affiliati	AFT	UCCP	Casa della Comunità - NO PNRR	Casa della Comunità previste dal PNRR
SAN BENEDETTO DEL TRONTO	AFT SAN BENEDETTO DEL TRONTO 25 medici di medicina generale 31.744 assistiti	UCCP SAN BENEDETTO DEL TRONTO via Sgattoni	HUB RIPATRANSONE + piazza Madre Teresa di Calcutta 1	HUB SAN BENEDETTO DEL TRONTO via G. Sgattoni
MONTEPRANDONE Comune Capofila	AFT MONTEPRANDONE 23 medici di medicina generale 31.369 assistiti			
SAN BENEDETTO DEL TRONTO				
MONSAMPOLO DEL TRONTO				
ACQUAVIVA PICENA				
RIPATRANSONE Comune Capofila	AFT RIPATRANSONE 23 medici di medicina generale 25.093 assistiti			
CUPRAMARITTIMA				
CARASSAI				
COSSIGNANO				
GEROTTAMMARE				
MONTEFIORE DELL'ASO				
MASSIGNANO				
MONTALTO DELLE MARCHE				

Tabella 21. Articolazione dell'assistenza territoriale - Distretto 13 Ascoli Piceno

Comuni di Riferimento o Affiliati	AFT	UCCP	Casa della Comunità - NO PNRR	Case della Comunità previste dal PNRR
OFFIDA Comune Capofila	AFT 3 VALLATA 20 medici di medicina generale 26.735 assistiti	UCCP Offida via Garibaldi,5		HUB OFFIDA via Garibaldi ,5 SPOKE ACQUASANTA TERME f.ne Paggese , SPOKE COMUNANZA via Cavour HUB ASCOLI PICENO Via degli Iris
CASTEL DI LAMA				
CASTIGNANO				
CASTORANO				
COLLI DEL TRONTO				
MONTEDINOVE				
APPIGNANO DEL TRONTO				
ROTELLA				
SPINETOLI – PAGLIARE				
ASCOLI PICENO	AFT ASCOLI 1 22 medici di medicina generale 30.035 assistiti	UCCP Ascoli Piceno 2 Ascoli Piceno via degli Iris		
ASCOLI PICENO	AFT ASCOLI 2 15 medici di medicina generale 17.753 assistiti			
FOLIGNANO				
MALTIGNANO				
COMUNANZA Comune Capofila	AFT COMUNANZA 11 medici di medicina generale 9.952 assistiti	UCCP Comunanza via Cavour		
FORCE				
MONTEMONACO				
PALMIANO				
ROCCAFLUVIONE				
VENAROTTA				
ARQUATA DEL TRONTO				
ACQUASANTA TERME				
MONTEGALLO				

AST Ascoli Piceno



UCCP

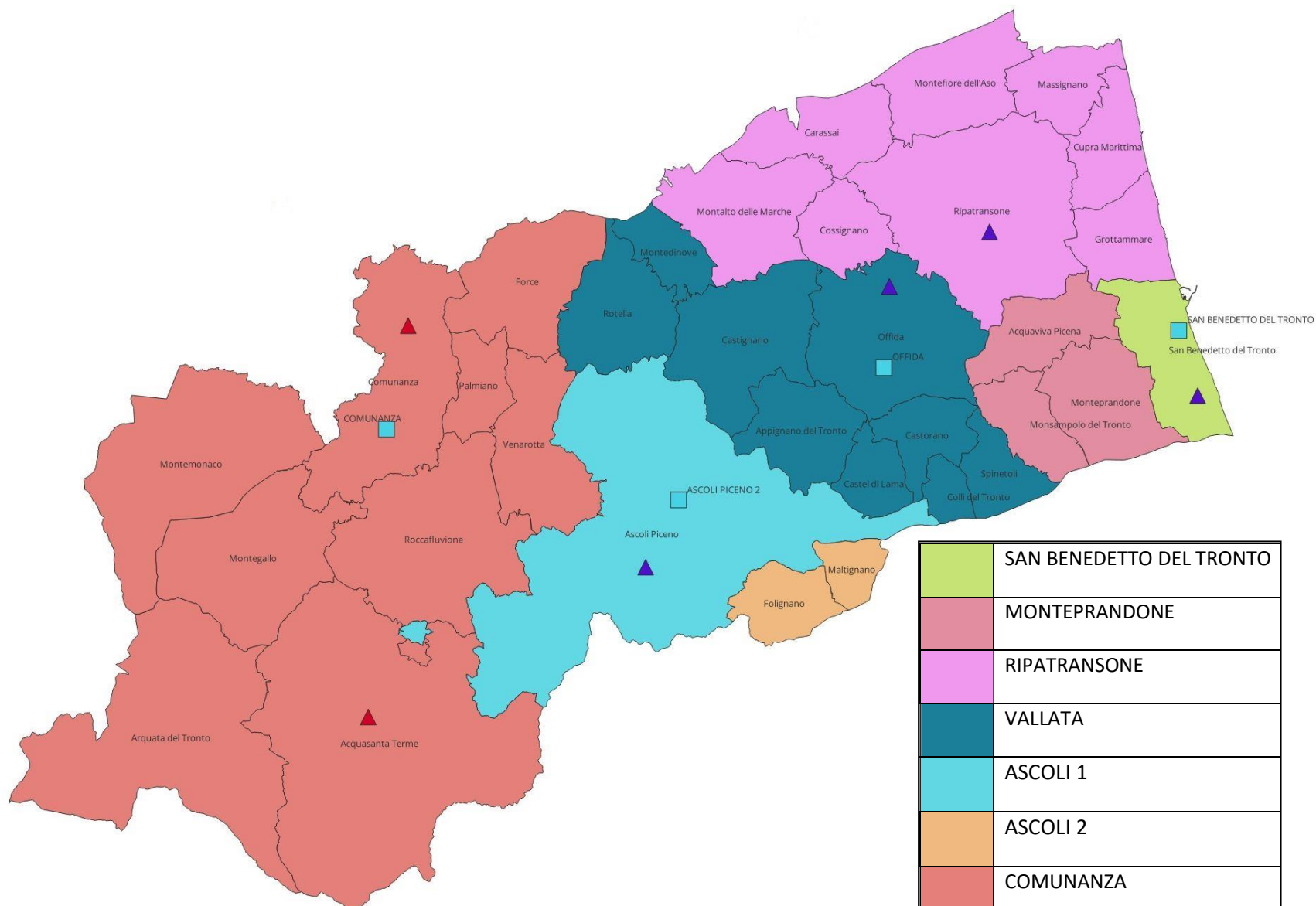


CdC
HUB



CdC
SPOKE

SPOKE



	SAN BENEDETTO DEL TRONTO
	MONTEPRANDONE
	RIPATRANZONE
	VALLATA
	ASCOLI 1
	ASCOLI 2
	COMUNANZA

Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità

INDICE

1 Premessa

2 Modello organizzativo

3 Monitoraggio dell'implementazione del modello organizzativo

1. Premessa

La Giunta regionale con la DGR n. 114 del 14/02/2022 ha approvato l'individuazione dei siti idonei in cui attivare 29 Case della Comunità (CdC) previste secondo i target regionali del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Con DGR n. 656 del 30/05/2022 è stato approvato il Piano Operativo Regionale (POR) che fornisce le linee di investimento del PNRR, tra cui la linea 1.1 "Case della Comunità e presa in carico della persona", che mira a rafforzare le strutture sanitarie di prossimità mediante l'istituzione delle CdC che sono fondamentali per coordinare i servizi a livello territoriale, con un'attenzione particolare ai soggetti con patologie croniche.

Il ruolo delle Case di Comunità è inquadrato all'interno del Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2023–2025 di cui alla DGR n. 57/2022, ed è definito dalla DGR 559 del 28 aprile 2023.

Sulla base di quanto riportato nella sopracitata DGR 559/2023 e delle "Linee di Indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità HUB" emesse dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS Versione 05.04.2024), il presente documento definisce le linee organizzative che gli Enti del Servizio Sanitario Regionale sono tenute ad adottare per facilitare l'avvio e l'implementazione delle CdC al fine di garantire un accesso ed una risposta coordinata ai bisogni sanitari e sociosanitari, e la necessaria continuità dell'assistenza ai cittadini ed alla comunità.

2. Modello organizzativo

La casa della Comunità (CdC) rappresenta il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione; è il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione a cui l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e

socio sanitaria a valenza sanitaria. Deve essere una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione del territorio di competenza, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito.

È coordinata da un coordinatore delle professioni sanitarie infermieristiche che riferisce al Direttore del Distretto di appartenenza che è a sua volta il Responsabile dell'organizzazione e delle attività della CdC. L'attività dovrà comportare un'azione di équipe multidisciplinare tra medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS) e specialisti ambulatoriali convenzionati e dipendenti del SSR, anche nelle loro forme organizzative, infermieri di famiglia o di comunità (IFOC) ed altri professionisti sanitari e socio sanitari.

La CdC rappresenta uno dei nodi della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali e al tempo stesso è parte dei luoghi di vita della Comunità locale del territorio su cui insiste. Al suo interno, o funzionalmente collegate con essa, abbiamo le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), i Punti Salute (PSAL), i poliambulatori ed i consultori, l'Unità di Continuità Assistenziale (UCA), i Punti Unici di Accesso (PUA), gli Infermieri di Famiglia o di Comunità (IFoC) e quanto riportato nella tabella 1.

Le comunicazioni tra tutti i professionisti dei servizi ed organizzazioni presenti sul territorio avvengono attraverso il supporto dei sistemi informatici (Sistema Informatico Regionale per il Territorio SIRTE), e le Centrali Operative Territoriali (COT) nel rispetto del diritto alla privacy della persona assistita.

Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, si prevede la costituzione di una rete di assistenza territoriale formata secondo il modello HUB e SPOKE.

Nella presente Deliberazione è prevista una CdC HUB al massimo ogni 50.000 abitanti (come riportato nel DM 77/2022) e un numero di CdC SPOKE definito tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio, al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di medicina di prossimità.

La CdC HUB è il luogo di contatto e di relazioni con servizi quali: le CdC SPOKE, gli Ospedali per Acuti, gli Ospedali di Comunità, le Centrali Operative Territoriali (COT), il Numero Unico Europeo per le Emergenze 112, il Numero Unico Europeo per le Cure non Urgenti 116117, le farmacie dei servizi, i Servizi Sociali degli Ambiti Sociali Territoriali e dei Comuni, le associazioni del Terzo Settore, scuole, palestre, circoli culturali e sportivi, parchi e spazi pubblici, ovunque si possa generare salute individuale e collettiva, con un approccio

sistemico, capillare, collaborativo e partecipativo di promozione comunitaria della salute e di welfare generativo.

La CdC HUB promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e sociosanitari.

Le CdC HUB sono parte integrante dell'identità della Comunità, un luogo di partecipazione e di valorizzazione di tutte le risorse presenti, in cui si sviluppa il coinvolgimento dei cittadini fino ad intraprendere percorsi di co-programmazione e co-progettazione.

L'attività deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe che, operando con modalità integrate, provveda a garantire l'assistenza territoriale attraverso un approccio di sanità di iniziativa e contribuisca alla presa in carico della Comunità di riferimento, con servizi h12 e h24.

L'orario di attività articolato nell'arco delle 24 ore giornaliere permette alla CdC HUB di svolgere funzioni di primo livello, disponendo di competenze cliniche e strumentali adeguate a fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità e a garantire una prima risposta sanitaria sul territorio.

Ad ogni CdC HUB afferiscono funzionalmente i Medici di medicina generale nei modi definiti dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) e dall'Accordo Integrativo Regionale. Tali medici, appartenenti alle rispettive AFT, devono essere collegati tra loro e con la CdC HUB, anche attraverso la condivisione di strumenti e sistemi applicativi informatici (Sistema Informatico Regionale per il Territorio SIRTE).

I Medici di medicina generale a ciclo di scelta operano all'interno della CdC, secondo la programmazione regionale e aziendale, e nei rispettivi studi professionali al fine di garantire la capillarità del servizio erogato, in particolare nelle aree interne e rurali.

La CdC SPOKE è collegata funzionalmente alla CdC HUB di riferimento, con cui condivide modelli di intervento, stretta collaborazione tra i professionisti coinvolti e risorse; è coordinata dal coordinatore infermieristico della CdC HUB o da altro coordinatore infermieristico. Rappresenta lo strumento per raggiungere capillarmente i territori le cui caratteristiche demografiche e olografiche possono rappresentare una criticità per la salute della popolazione.

Nella Tabella 1 sono riportati i servizi/attività obbligatori e facoltativi delle CdC HUB e SPOKE e l'articolazione operativa del modello organizzativo.

Tab 1 Modello Organizzativo CdC HUB / SPOKE

Servizi Attività	modello organizzativo		Descrizione delle Attività
	CdC HUB	CdC SPOKE	
Servizi di Cure Primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali	OBBLIGATORIO		L'assistenza primaria è erogata attraverso un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare costituita dal medico di medicina generale / Pediatra di Libera Scelta (PLS), dallo Specialista Ambulatoriale convenzionato o dipendente del SSR, dall'IFoC, dall'Assistente Sociale e dal personale di supporto (socio-sanitario, amministrativo). Eventuali altre figure professionali possono essere ricomprese a seconda della specificità dei bisogni. I professionisti coinvolti operano in rete tra di loro e possono svolgere la loro attività in parte o completamente all'interno della CdC e essere ad essa collegati funzionalmente, anche attraverso gli strumenti della telemedicina.
Presenza Medica	OBBLIGATORIO H24 7 giorni su 7	OBBLIGATORIO H12 6 giorni su 7	Medici di medicina generale e Specialisti Ambulatoriali convenzionati e dipendenti, individuati in base ai bisogni di salute del territorio definiti a livello Distrettuale.
Presenza Infermieristica	OBBLIGATORIO H12 7 giorni su 7 FORTEMENTE RACCOMANDATO H24 – 7 giorni su 7	OBBLIGATORIO H12 6 giorni su 7	7 - 12 Infermieri di Famiglia o Comunità di cui: 1 Coordinatore infermieristico della CdC; 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali; 1-2 IFoC per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute; 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare, le attività di prevenzione e teleassistenza.
Presenza altro personale	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO	5-8 unità di personale socio-sanitario ed amministrativo
Continuità dell'assistenza	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO	Servizio territoriale che copre tutte le situazioni di malattia non urgenti che non possono essere rinviate al giorno successivo al medico di medicina generale. Il servizio di continuità dell'assistenza effettua visite ambulatoriali e consulenze telefoniche. Quando richiesto, per persone non deambulanti e non trasportabili, il medico si reca al domicilio.

Servizi Attività	modello organizzativo		Descrizione delle Attività
	CdC HUB	CdC SPOKE	
Unità Continuità Assistenziale (UCA)	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO	L'UCA è un'equipe mobile che afferisce al Distretto per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa. La sede operativa dell'UCA è la Casa della Comunità, a cui afferisce da un punto di vista organizzativo. L'UCA è composta da 1 Medico ed 1 Infermiere di Famiglia o di Comunità che operano sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e in collaborazione con MMG e PLS delle AFT/UCCP; può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri. L'UCA può essere integrata con altre figure professionali sanitarie. L'UCA non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico dell'assistito e della comunità delle UCCP. Essa può essere attivata in presenza di condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico, quali: - dimissione difficile della persona non altrimenti ricoverabile in Ospedale di Comunità o assistito al domicilio in Assistenza Domiciliare; - supporto all'Assistenza Domiciliare in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostiche/terapeutiche; - presa in carico e follow-up degli assistiti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile effettuando accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici; - programmi di prevenzione territoriale, in modo coordinato con il Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica, quali ad esempio, ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e presso le strutture residenziali e semiresidenziali per "fragili" (COVID, influenza, pneumococco, meningococco, epatiti virali, herpes zoster ecc.); - programmi di prevenzione ed interventi mirati nelle scuole, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, nelle comunità difficili da raggiungere. L'UCA deve essere dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle COT ed accessibile via internet al fine di garantire anche in teleconsulto l'interoperabilità della rete di consulenti collegati; deve essere dotata inoltre di strumentazione avanzata e di una gamma completa di dispositivi medici portatili, quali: elettrocardiografo portatile, ecodoppler portatile, saturimetro, spirometro) in grado di acquisire informazioni e parametri necessari al monitoraggio delle condizioni cliniche della persona assistita. Al fine di svolgere la propria funzione, le UCA, sono operative h 12 per 6 giorni su 7 (dal lunedì al sabato). L'UCA viene attivata dalla UCCP che attiva anche la COT. L'attivazione ed il monitoraggio della presa in carico della persona ed il raccordo/connesione tra servizi e professionisti coinvolti è coordinato dalla COT distrettuale (COT D). L'UCCP concorda con la COT D la necessità dell'accesso al domicilio, indicando nominativo e indirizzo. Al termine dell'intervento la UCA trasmette il report dell'attività alla UCCP allo scopo di mantenere attiva la verifica e il costante monitoraggio delle condizioni cliniche.

Servizi Attività	modello organizzativo		Descrizione delle Attività
	CdC HUB	CdC SPOKE	
Servizio di Assistenza Domiciliare	OBBLIGATORIO		Le Cure domiciliari, compreso il servizio ADI, sono un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Il Medico di medicina generale a ciclo di scelta (MMG) / Pediatra di Libera Scelta (PLS) è il responsabile clinico dell'assistito (dall'art 5 l.r. 24/1989 e dalla DGR 791 del 2014). L'integrazione delle funzioni dei servizi di assistenza domiciliare con gli altri servizi assistenziali distrettuali che rispondono ai bisogni della persona assistita a domicilio, avviene grazie al ruolo di coordinamento e raccordo del sistema delle Centrali Operative Territoriali Distrettuali (COT-D). Il servizio è attivabile tramite COT a cui arriva la segnalazione di MMG, PUA, Ospedale e, dopo attivazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (come previsto dalla DGR 111/2015 e DGR 858/2024) Il Servizio ADI è attivo dalle ore 7:00 alle ore 19:00 dal lunedì al sabato e nei festivi dalle 7:00 alle 13:00.
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO		Il PUA è un servizio che rappresenta il modello organizzativo centrale della CdC, per l'accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitarie. Si configura, pertanto, come primo contatto a disposizione del cittadino, finalizzato ad attuare pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi da parte di coloro che ne abbiano necessità. Il cittadino può accedere allo sportello PUA recandosi direttamente in sede o telefonando. Le funzioni del PUA sono le seguenti: • Raccolta e decodifica di richieste/segnalazioni; • Risposta integrata a bisogni sanitari e sociali; • Accoglienza (ascolto, informazione, accompagnamento); • Orientamento; • Gestione della domanda; • Attivazione diretta di risposte a bisogni semplici sociali, gestione delle pratiche e procedure amministrative, invio diretto a servizi che erogano prestazioni sociali; • Avvio della presa in carico dei bisogni complessi sociosanitari e sociali attraverso l'attivazione della COT. Nel PUA prestano attività l'assistente sociale e l'IFoC. E' aperto dalle ore 8:00 alle ore 20 dal lunedì al sabato.
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO		Presenza di servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevato impatto sulla popolazione di riferimento. Il Direttore del Distretto, di concerto con il Direttore Sanitario dell'AST, attiva i servizi sulla base dell'analisi dei bisogni della popolazione del distretto di riferimento

Servizi Attività	modello organizzativo		Descrizione delle Attività
	CdC HUB	CdC SPOKE	
Servizi Infermieristici	OBBLIGATORIO		L'IFoC è la figura di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale, dei servizi e dei professionisti. L'IFoC opera nei diversi Servizi/attività della CdC. L'IFoC è un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute, è coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi setting assistenziali in cui essa si articola (servizi di cure primarie, servizi di specialistica ambulatoriale, ambulatori infermieristici per patologia). <u>Setting ambulatoriale</u> Gli IFoC monitorano il percorso assistenziale, contribuendo alla programmazione delle attività anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza. <u>Setting di valutazione dei bisogni</u> Gli IFoC collaborano all'intercettazione e alla valutazione del bisogno di salute e a favorire l'accessibilità e l'orientamento ai servizi. Svolgono tale attività nell'ambito del PUA e delle Unità di Valutazione, promuovono l'integrazione con i servizi sociali, collaborando con tutta la rete di offerta compresa la funzione di raccordo con il Terzo Settore <u>Setting comunitario</u> L'IFoC svolge una funzione di orientamento della Comunità in cui opera la CdC e interagisce con gli operatori degli Enti Locali pubblici e privati che operano nel territorio e concorre a realizzare la rete del welfare di Comunità/generativo. <u>Setting domiciliare</u> Gli IFoC, in collaborazione con i medici e gli altri professionisti della salute, svolgono interventi/prestazioni assistenziali domiciliari coerentemente con il Piano di Assistenza Individuale (PAI), in presenza o da remoto, anche attraverso l'uso di strumenti di telemedicina. Contribuiscono alla valutazione dei bisogni del singolo e della famiglia ed erogano l'assistenza infermieristica, facilitando, per le situazioni assistenziali a medio-alta complessità, l'attivazione della rete territoriale e dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP regionale	OBBLIGATORIO		Nelle CdC deve essere presente uno sportello di prenotazione collegato al CUP regionale per tutte le prestazioni erogate dal SSN. Tale servizio concorre a garantire l'obiettivo di accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria e sociosanitaria proprio della CdC e garantisce informazioni, prenotazioni e accettazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica e di ritiro referti. Il cittadino può accedere di persona allo sportello CUP munito di impegnativa medica dalle ore 8:00 alle ore 13:00 dal lunedì al sabato ed il martedì e giovedì pomeriggio dalle ore 14:30 alle 17:30 anche per il ritiro dei referti.

Servizi Attività	modello organizzativo		Descrizione delle Attività
	CdC HUB	CdC SPOKE	
Assistente Sociale	OBBLIGATORIO		Professionista sociosanitario della CdC che agisce negli interventi di valutazione (o di rilevazione) degli aspetti sociali che influiscono sui bisogni di salute e nei percorsi integrati di presa in carico con attenzione alla persona, alla famiglia e al contesto di relazione e sociale nel quale è inserita e in rapporto all'ambiente. La figura dell'assistente sociale svolge la propria attività con la Comunità occupandosi della lettura delle risorse e delle problematiche presenti in un dato territorio nonché della promozione di risposte comunitarie e partecipate; agisce nell'organizzazione e attivazione di processi di integrazione sociosanitaria, interni ed esterni alla CdC. In particolare, assicura gli opportuni raccordi tra i servizi sanitari e sociosanitari ed i servizi sociali, sia a livello operativo nella costruzione di progetti personalizzati, sia a livello organizzativo per la definizione di protocolli e percorsi che richiedono azioni congiunte tra sistema sanitario e sociosanitario e sistema sociale degli Ambiti Territoriali Sociali/enti locali. L'attività deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe multiprofessionale e multidisciplinare. La presenza dell'assistente sociale viene garantita dal lunedì al sabato dalle 8 alle 13 e in due pomeriggi dalle 14 alle 17, che devono essere identificati da ciascuna CdC, comunicati agli utenti mediante affissione in sede e inseriti nella Carta dei Servizi.
Integrazione con Servizi Sociali	OBBLIGATORIO		L'integrazione con i servizi sociali può realizzarsi in tutti i passaggi assistenziali. al momento della valutazione iniziale, nell'erogazione dei servizi e nella valutazione in itinere. Le condizioni necessarie affinché la CdC produca integrazione sono rappresentate dagli strumenti facilitanti l'integrazione sociosanitaria, la redazione dei Piani Sociali di Ambito e gli accordi di programma, che impegnano l'AST e l'Ambito Territoriale Sociale (ATS) nello sforzo comune di leggere i bisogni di salute del proprio territorio. A livello di Distretto devono essere redatti i piani adeguati a fronteggiare i bisogni di salute rilevati (servizi) implementando anche i sistemi informativi ed informatici necessari.
Partecipazione e della Comunità e valorizzazione e della co-produzione	OBBLIGATORIO		La partecipazione della Comunità e la co-produzione si possono sviluppare creando nuove dinamiche di comunicazione e coinvolgimento della popolazione all'interno di processi di promozione della salute, prevenzione e cura. Nella CdC la Comunità di riferimento può trovare le risposte ai bisogni di salute ma anche spazio per progettualità partecipate. Questo si realizza attraverso l'organizzazione di tavoli di confronto, permanenti o temporanei, tra enti pubblici ed associazioni del Terzo Settore, che possano sviluppare, tra l'altro, sinergie e risposte innovative. All'interno della CdC è utile, inoltre, creare un contatto fra le persone e le associazioni relative a specifiche patologie e con le altre associazioni che s'impegnano nell'aiuto alle persone fragili e nella difesa delle persone malate o con disabilità. Il Direttore di Distretto dovrà predisporre una calendarizzazione dei tavoli attivati e una relazione annuale di rendicontazione delle tematiche affrontate e le relative azioni intraprese.

Servizi Attività	modello organizzativo		Descrizione delle Attività
	CdC HUB	CdC SPOKE	
Servizi Diagnostici di Base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO	Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base che prevede la presenza di almeno un ecografo, un elettrocardiografo, un retinografo, una tomografia ottica computerizzata - OCT, uno spirometro; la strumentazione può essere ampliata secondo le esigenze del Distretto L'attività può avvalersi anche di strumenti di telemedicina. Per accedere ai servizi diagnostici è obbligatoria l'impegnativa del medico e la prenotazione a CUP. La Prenotazione può essere telefonica al CUP Regionale, tramite l'app MyCUP, ed agli sportelli CUP del territorio. Hanno diritto di precedenza e possono accedere senza prenotazione: le donne in gravidanza; persone con disabilità; i bambini in età pediatrica e coloro che, da impegnativa, presentano richiesta di esami con carattere di urgenza dichiarata dal medico. E' previsto l'Accesso Diretto a seguito di visita effettuata da uno dei medici afferenti alla CdC. Documenti Necessari: Tessera Sanitaria e Richiesta medica.
Punto Salute	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO	Il Punto Salute è una articolazione della Casa della Comunità avendone in essa la sede fisica o essendo a questa collegato funzionalmente, e rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità. E' un ambulatorio infermieristico che opera in sinergia con i medici di medicina generale e le altre strutture eroganti presenti nel territorio della AST di appartenenza, comprese le Farmacie dei Servizi. Il modello organizzativo dei Punti Salute è volto a garantire risposte tempestive e appropriate riguardo prestazioni di base, per concorrere alla limitazione delle liste di attesa, permettendo il superamento di una logica ospedaliera a favore della promozione della medicina territoriale quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio sanitari, nonché punto di partenza per la promozione di modelli assistenziali "a rete" a supporto di un processo assistenziale che integra sempre più una pluralità di interventi e coinvolge una pluralità di professionalità. Il cittadino accede direttamente al punto salute negli orari di apertura, indirizzato dal proprio medico di medicina generale o dal medico specialista e munito di ricetta dematerializzata della prescrizione della prestazione.
Punto Prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO	E' una articolazione funzionale di un Laboratorio Analisi pubblico. Di supporto diagnostico-assistenziale nella gestione di persone con problematiche cliniche non urgenti, eroga prestazioni di prelievo di materiale biologico, per la gestione degli appuntamenti segue le modalità organizzative del Laboratorio di afferenza Attraverso questo servizio, in base alle necessità, i campioni prelevati potranno essere analizzati dal Laboratorio Analisi di afferenza oppure mediante analisi estemporanee effettuate attraverso il Point of Care Testing (PoCT), qualitativamente controllato, con il coinvolgimento del personale necessario. Hanno diritto di precedenza e possono accedere senza prenotazione: le donne in gravidanza; persone con disabilità; i bambini in età pediatrica; coloro che effettuano: Esami di Coagulazione di I livello (PT, APTT, D-Dimero e Fibrinogeno), Emocromo, Emogasanalisi o HCG; coloro che devono consegnare campioni biologici per l'esecuzione di esami di Laboratorio; coloro che devono eseguire tamponi (vaginali o uretrali) e coloro che, da impegnativa, presentano richiesta di esami con carattere di urgenza dichiarata dal medico. Documenti Necessari: Tessera Sanitaria e Richiesta medica

Servizi Attività	modello organizzativo		Descrizione delle Attività
	CdC HUB	CdC SPOKE	
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO	L'attività consultoriale e rivolta ai minori viene erogata in una struttura sanitaria a libero accesso e gratuita. I Consultori sono deputati alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (comprese quelle in gravidanza), minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento. L'attività dei Consultori è definita nell'art 24 DPCM 12 gennaio 2017 L'attività è garantita 8:00 alle 20:00 dal lunedì al venerdì e dalle ore 8.00 alle 14.00 il sabato.
Interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO	La Casa della Comunità garantisce la collaborazione al Dipartimento di Prevenzione per le attività di competenza rivolte alla prevenzione e alla promozione della salute.
Programmi di screening	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO	La CdC agisce in stretto raccordo con il Dipartimento di Prevenzione nell'ambito del contrasto alle malattie croniche non trasmissibili.
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO		Nella Casa della Comunità possono essere presenti Centri di Salute Mentale, Centri Ambulatoriali per il trattamento delle Dipendenze Patologiche o strutture afferenti ai servizi di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza
Medicina dello Sport	RACCOMANDATO		Nella Casa della Comunità può essere presente un ambulatorio di medicina dello sport in cui vengono effettuate prestazioni a garanzia della tutela sanitaria delle attività sportive agonistiche e non agonistiche.

Servizi Attività	modello organizzativo		Descrizione delle Attività
	CdC HUB	CdC SPOKE	
Le Reti			La centralità delle CdC è realizzata attraverso un sistema di relazione multiprofessionale che garantisce il governo della domanda, le funzioni di sanità di iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario, di filtro, di accesso e indirizzo dei pazienti; il coordinamento tra sociale e sanitario; sul lato della governance il coinvolgimento attivo della Comunità e degli assistiti. La CdC, proprio per il suo ruolo centrale nella rete dei servizi, adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni: - Rete intra-CdC: costituita dalla messa in rete tra professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno della CdC e quelle che vi sono funzionalmente collegate; - Rete inter-CdC: costituita dalla messa in rete tra CdC HUB e CdC SPOKE al fine di contemperare le esigenze di capillarità erogativa e di prossimità con la necessità di raggiungere una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensità specialistica e tecnologica, sia per poter rispondere in modo flessibile ai diversi contesti geografici e di densità abitativa e livelli di presenza attiva dei Medici di medicina generale nelle strutture ambulatoriali delle CdC; - Rete territoriale: la CdC è messa in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali Centrali Operative Territoriali (COT-D e COT-R), Cure Domiciliari, Specialistica Ambulatoriale interna e dipendente territoriale e ospedaliera, Ospedali di Comunità, Hospice e rete delle cure palliative, Residenze Sanitarie e Socio Sanitarie, Consultori familiari e attività rivolte ai minori, Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Disabilità, Servizi Sociali e altre forme di strutture intermedie e servizi; - Rete territoriale integrata: la CdC HUB è in rete con l'attività ospedaliera, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche (SIRTE), in particolare quella specialistica ambulatoriale o di day service svolta in questo contesto. Questo può avvenire nella doppia direzione di invio di pazienti selezionati dalla CdC, per fasi di processi assistenziali e stadi di patologia che richiedono prestazioni ospedaliere ambulatoriali specialistiche. Tale forma di integrazione e coordinamento ha una maggiore valenza soprattutto in merito alla gestione di persone con problematiche di cronicità più complessi e ad alto grado di instabilità, che sono soggetti a frequenti ricoveri. In tal modo sono generati meccanismi di condivisione delle conoscenze tra i professionisti della CdC e quelli ospedalieri, a favore anche di una maggiore articolazione delle competenze professionali all'interno della CdC. Il coordinamento delle attività delle CdC con le altre strutture/servizi territoriali e non, tenuto conto delle caratteristiche territoriali delle aziende sanitarie e degli enti locali regionali, avviene mediante le COT Distrettuali e quella Regionale che opera come principale vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti della rete

Indicazioni per la promozione della partecipazione/co-produzione degli assistiti, dei cittadini e della comunità nell'ambito delle Case della Comunità

1. Premessa

La co-produzione prevede il coinvolgimento diretto di utenti, cittadini e comunità nella programmazione ed erogazione di servizi di cui loro stessi beneficiano.

Il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022 n. 77 (DM 77/2022) costituisce la riforma di settore dell'assistenza territoriale prevista dalla Componente 1 Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Il suddetto DM punta 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, assistiti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.)”. La “partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato” è indicata quale standard organizzativo obbligatorio sia per le Case della Comunità (CdC) Hub, sia per le CdC Spoke. In coerenza con quanto sopra definito, il presente documento di indirizzo fornisce indicazioni per la promozione della partecipazione e della co-produzione nelle Case della Comunità (CdC), illustrando modalità con cui declinare operativamente la partecipazione e la co-produzione, a livello decisionale di Azienda Sanitaria Territoriale (AST) ed a livello gestionale e operativo di Unità Operative Sociali e Sanitarie (UOSeS).

Le UOSeS, unità operative funzionali, rappresentano il nodo centrale dell'integrazione sociosanitaria nella Regione Marche, coordinando l'organizzazione e la gestione delle reti integrate tra sociale e sanitario del governo della domanda e l'attuazione dei percorsi. L'UOSeS rappresenta la soluzione organizzativa specifica dell'assistenza territoriale che sviluppa l'integrazione del sistema sanitario con quello socio assistenziale, persegue la salute e il benessere sociale garantendo la presa in carico integrata del bisogno e la continuità del percorso assistenziale e favorisce forme di partecipazione con rappresentanze istituzionali e associative (DGR 110/2015)

Nella Casa della Comunità viene garantita la presa in carico, sociale e sanitaria, della popolazione attraverso i Punti Unici di Accesso (PUA).

In tale contesto il fine delle iniziative di co-produzione risiede nel potenziare l'accesso ai

servizi e all'assistenza in un'ottica di contrasto alle disuguaglianze; nel favorire l'integrità della presa in carico e la qualità dei servizi; nel capacitare i cittadini nella definizione del proprio progetto di salute, promuovendo il benessere della persona, delle comunità e dei territori.

I soggetti di cui si promuove la partecipazione/co-produzione sono, dunque, le persone in tutti diversi ruoli che possono rivestire rispetto alla Salute e alla Sanità, con particolare riguardo a: assistiti, familiari e caregiver, cittadini/e in forma singola o associata (associazioni rappresentative, di tutela dei diritti dei/le cittadini/e, di volontariato, associazioni coinvolte nell'erogazione dei servizi, associazioni che svolgono azione di advocacy) e comunità.

Per poter promuovere concretamente la partecipazione e la co-produzione come previsti dal DM 77/2022 è indispensabile conoscere, riconoscere e valorizzare la/e comunità. Per questo risulta fondamentale avere una reale conoscenza dei bisogni, delle risorse e delle potenzialità di un determinato territorio, per questo le CdC devono favorire le attività di ascolto per poter valorizzare il capitale sociale presente nelle comunità.

Le attività di ascolto saranno promosse in integrazione con l'Ambito Sociale attraverso le UOSeS e potranno essere definite in modo partecipativo e realizzate attraverso specifici Accordi e collaborazioni tra gli enti e le associazioni del terzo settore.

Potranno essere avviate iniziative di integrazione con le risorse del territorio, comprese istituzioni e soggetti sociali come la scuola, gli organismi culturali e di gestione del territorio, le imprese, le organizzazioni religiose, centri di servizio per il volontariato, al fine di sostenere azioni condivise per la salute intesa come bene comune.

2. Definizione di partecipazione e co-produzione:

Partecipazione: si intende una serie di processi di informazione, consultazione, partecipazione attiva ed empowerment la c.d. "ruota della partecipazione".

Co-produzione: si intende l'assistenza erogata nell'ambito di una relazione paritaria e reciproca tra professionisti, persone che usano i servizi, le loro famiglie o gruppi sociali di riferimento e la comunità alle quali appartengono. Può essere classificata nelle seguenti tipologie:

- ☐ Co-programmazione (include la co-prioritarizzazione e co-finanziamento).
- ☐ Co-progettazione (include il co-design)
- ☐ Co-erogazione (include la co-gestione e co-esecuzione).
- ☐ Co-valutazione (include il co-monitoraggio e co-valutazione).

Nella formazione curriculare delle diverse professioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali impegnate nelle Case della Comunità devono essere presenti competenze ed esperienze professionali relative al lavoro di équipe integrata, transdisciplinare e multiprofessionale, centrata sul contesto territoriale e sulla capacità di promuovere la partecipazione di assistiti e della comunità. I professionisti dedicati espressamente ed in modo stabile alle attività di partecipazione e co-produzione all'interno delle UOSeS e delle Case della Comunità devono essere individuati tra coloro che posseggono tale formazione e competenza.

L'implementazione del percorso di partecipazione e co-produzione prevede:

1. la formazione del personale delle Case della Comunità sui temi della partecipazione/co-produzione, utile a individuare i professionisti da dedicare a tali attività nelle CdC;
2. l'informazione per singoli/comunità finalizzata ad accrescere la conoscenza, la consapevolezza, la responsabilità sui temi della Salute e dei Servizi, preparando così le condizioni per una reale partecipazione;
3. la sperimentazione di iniziative di consultazione, partecipazione attiva ed empowerment dei singoli, delle comunità e delle organizzazioni, che potranno sviluppare una propria capacità di realizzare processi condivisi;
4. la definizione di modalità strutturate di partecipazione e co-produzione, basate sull'esperienza realizzata nella specifica comunità, che potranno essere aggiornate nel tempo e diversamente orientate focalizzandosi su temi di salute e assistenza prioritari e condivisi con i soggetti/comunità.

3. Indicazioni Operative dei processi di partecipazione e co-produzione nelle Case della Comunità

3.1 Informazione:

l'organizzazione fornisce informazioni destinate a persone/comunità per aiutarle a comprendere problemi, alternative ed opportunità. L'accesso alle informazioni può avvenire su richiesta dei cittadini, o per iniziativa dell'organizzazione/ professionista sanitario.

Informazione sull'organizzazione e sui servizi offerti così come sulle caratteristiche qualificanti e le finalità delle Case della Comunità, anche per accrescere il senso di appartenenza dei cittadini. Considerando che le Case di Comunità sono nuove strutture nel panorama dei servizi sanitari è utile dare spazio all'informazione circa la collocazione e l'organizzazione di queste strutture. Promuovere quindi la comunicazione alla cittadinanza finalizzata a favorire la facile riconoscibilità delle Case della Comunità e la corretta informazione sulla loro accessibilità.

Informazione sui percorsi di cura e sulla continuità assistenziale in merito agli aspetti organizzativi per i soggetti inseriti in un'ottica di promozione dell'integrazione dei servizi. Ciò in considerazione della tipologia di servizi di cure primarie che potenzialmente le Case della Comunità sono in grado di offrire.

Informazione permanente rivolta ad assistiti, familiari/caregiver, comunità e professionisti – anche in collaborazione con il mondo universitario e della ricerca – per la promozione della salute in tutte le sue manifestazioni (salute fisica, mentale, sociale, ambientale e climatica), sottolineando la capacità di autodeterminazione del benessere individuale e collettivo e stimolando un concetto di salute orientato alla costruzione collettiva e condivisa della qualità delle relazioni e degli ambienti in cui si vive.

Informazione sulle iniziative intraprese per il coinvolgimento dei cittadini e della comunità nelle attività di pianificazione/gestione/valutazione della qualità dei servizi delle Case della Comunità, in un'ottica di trasparenza nei confronti della cittadinanza e di rafforzamento delle capacità di coinvolgimento della comunità locale.

3.2. Consultazione:

l'organizzazione sottopone un tema alla persona/ comunità e ne ascolta opinioni e proposte. La persona/comunità ha l'opportunità di influenzare le decisioni, tramite le informazioni e le opinioni che fornisce. La decisione finale spetta all'organizzazione/ professionista che rende conto di come gli input forniti abbiano inciso o meno sulla decisione.

Attività di comunicazione istituzionale, campagne di informazione/sensibilizzazione, predisposizione di strumenti informativi, attività di educazione sanitaria come incontri su temi sociosanitari specifici.

Consultazione della cittadinanza anche attraverso metodi e tecniche decisionali per il coinvolgimento dei cittadini nelle decisioni di interesse collettivo relative alla salute e all'organizzazione e l'erogazione dei servizi.

Ascolto di gruppi/organizzazioni con finalità di advocacy e di lobbying, come la creazione di spazi di ascolto e collaborazione presso le Case della Comunità con Associazioni e movimenti di pressione e difesa dei diritti dei malati, gruppi di cittadini, gruppi di volontari che svolgono attività di stimolo e tutela.

3.3. Partecipazione attiva:

accordo tra l'organizzazione e la persona/comunità, in cui l'analisi dei problemi e l'elaborazione di soluzioni sono definiti congiuntamente dai vari attori.

La collaborazione riguarda ogni aspetto della decisione, compreso lo sviluppo di alternative e l'identificazione della soluzione preferita, ma la responsabilità della decisione finale è

comunque dell'istituzione pubblica.

Nell'ambito dei processi di partecipazione attiva rientrano le diverse tipologie di co-produzione (Co-programmazione; Co-progettazione; Co-erogazione; Co-valutazione)

Co-programmazione adozione di processi, metodi e strumenti di governo locale capaci di coinvolgere i cittadini e le loro associazioni/organizzazioni nelle scelte in merito ai problemi, bisogni e alle priorità che riguardano le Case della Comunità.

Co-progettazione Iniziative volte al coinvolgimento dei cittadini e della comunità nella progettazione dei servizi per garantire che siano opportunamente modellati per rispondere ai bisogni e alle preferenze delle persone.

Co-erogazione Iniziative volte alla partecipazione nella gestione dei servizi attraverso l'inserimento di assistiti, familiari, volontari nella co-gestione di alcuni aspetti dell'organizzazione dei servizi e nell'attuazione dei percorsi assistenziali, al fine di garantire un'assistenza centrata sulla persona, anche valorizzando le reti sociali esistenti nella comunità; quali: la conduzione dei servizi di accoglienza, guida e orientamento; trasporti ai luoghi di cura e alla Casa della Comunità; caregiving volontario a domicilio; gruppi di educazione terapeutica, gruppi di sostegno alla aderenza alla terapia, gruppi di sostegno alle madri che allattano; la formazione del personale con assistiti in veste di testimonial.

Co-valutazione con l'istituzione nelle Case della Comunità di Tavoli di cittadini che, grazie alla conoscenza specifica del territorio possono effettuare una valutazione continua della capacità dei servizi offerti di rispondere ai bisogni di salute della comunità.