

AZIENDA ULSS N. 8 BERICA

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 921 DEL 27/05/2026

O G G E T T O

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) – MISSIONE 6 SALUTE – COMPONENTE 1 “RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L’ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE” – INVESTIMENTO 1.1 CASE DELLA COMUNITÀ E PRESA IN CARICO DELLA PERSONA - FINANZIATO DALL’UE CON FONDI NEXT GENERATION EU – TARGET M6C1-3 CASE DELLA COMUNITÀ MESSE A DISPOSIZIONE E DOTATE DI ATTREZZATURE TECNOLOGICHE – INVESTIMENTO M6C1I1.1 – CASE DELLA COMUNITÀ E PRESA IN CARICO DELLA PERSONA” – CUP I24E21018880001 “CASA DELLA COMUNITÀ DI MONTECCHIO”. PRESA D’ATTO DEL COMPLETAMENTO E DELL’ATTIVAZIONE DEI SERVIZI DELLA CASA DI COMUNITÀ HUB

Il Responsabile dell'UOS Innovazione e Sviluppo Organizzativo, nonché Responsabile Unico PNRR riferisce:

Premesso che:

- il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato con Decisione di esecuzione del Consiglio Europeo del 13 luglio 2021 e successivamente modificato con le Decisioni di esecuzione del Consiglio Europeo del 8/12/2023, del 14/05/2024 e del 18/11/2024, si articola in sedici Componenti, raggruppate in sei Missioni, tra cui la Missione 6 “Salute”;
- in data 23 maggio 2022 è stato approvato, con Decreto n. 77 del Ministero della Salute, il Regolamento (G.U. n. 144 del 22 giugno 2022) recante la definizione di modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale quale documento di Riforma di settore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – M6C1 – Riforma 1: Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale volta a definire modelli e standard relativi all'assistenza territoriale, alla base degli interventi previsti dalla Componente 1 della Missione 6 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale” del PNRR; gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio sanitari;
- in data 30 maggio 2022 è stato sottoscritto il “Contratto istituzionale di sviluppo per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia realizzati dalle Regioni e Province autonome (PP./AA.)” tra Ministero della Salute e Regione del Veneto.

Visto che:

- con Deliberazione n. 368 del 08/04/2022 la Giunta regionale del Veneto ha preso atto dell'assegnazione alla Regione Veneto, con il citato D.M. 20/01/2022, in qualità di Soggetto attuatore, degli importi assegnati per la realizzazione degli investimenti di cui alla Missione 6 Salute e ha approvato gli interventi che compongono il “Piano regionale in attuazione del PNRR - Missione 6 Componenti 1 e 2”;
- con Deliberazione n. 622 del 27/05/2022 la Giunta regionale del Veneto ha approvato alcune modifiche al Piano regionale in attuazione del PNRR, approvato con la citata DGR n. 368/2022, e preso atto del Piano Operativo Regionale approvato con Decreto del Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva n. 49/2022. Inoltre, con il medesimo atto, la Giunta regionale ha approvato lo schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), autorizzando il Presidente della Giunta regionale alla sua sottoscrizione e nominando Referente unico di parte per la Regione del Veneto, ai sensi dell'art. 3 del CIS, il Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva;
- con Deliberazione n. 287 del 21/03/2023 la Giunta regionale ha approvato l'aggiornamento del “Piano regionale in attuazione del PNRR - Missione 6 Componenti 1 e 2” e in particolare nell'Allegato A (M6 C1 Investimento 1.1 “Case della Comunità e presa in carico della persona”), contenente l'elenco degli interventi per l'attuazione di n. 95 Case della Comunità, i rispettivi Soggetti attuatori delegati e le risorse individuate per la realizzazione degli stessi;
- con Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 1545 del 30/12/2025 è stato approvato l'aggiornamento del “Piano regionale in attuazione del PNRR - Missione 6 Componenti 1 e 2”, in particolare l'Allegato A contiene l'elenco degli interventi per l'attuazione delle Case della Comunità, i rispettivi Soggetti attuatori delegati e le risorse individuate per la loro realizzazione, sul quale la Commissione Regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia (CRITE) ha

espresso parere favorevole nella seduta del 16/10/2025 in ordine sia alla sostenibilità finanziaria che alla coerenza dello stesso alla programmazione regionale.

Dato atto che, per l’Azienda Ulss 8 Berica, M6C1 Investimento 1.1 “Case della Comunità e presa in carico delle persone” sono stati definiti e approvati interventi per l’attuazione di 9 Case della Comunità e specificatamente:

Intervento	CUP	Comune	CAP	Indirizzo
Casa della Comunità di ARZIGNANO	I34E21019930001	ARZIGNANO	36071	Via Trento, 4
Casa della Comunità di CAMISANO VICENTINO	I71B21007000003	CAMISANO VICENTINO	36043	Via Mons. Girardi, 23
Casa della Comunità di LONGARE	I11B21007650003	LONGARE	36023	Via Europa, 9
Casa della Comunità di LONIGO	I24E21018870003	LONIGO	36045	Via Sisana, 1
Casa della Comunità di MONTECCHIO MAGGIORE	I24E21018880001	MONTECCHIO MAGGIORE	36075	Via Bivio San Vitale
Casa della Comunità di NOVENTA VICENTINA	I64E21027310003	NOVENTA VICENTINA	36025	Via Capo di Sopra, 1
Casa della Comunità di SANDRIGO	I54E22000210008	SANDRIGO	36066	Piazza Zanella, 9
Casa della Comunità di VALDAGNO	I74E21029490003	VALDAGNO	36078	Via Galileo Galilei, 3
Casa della Comunità di VICENZA	I34E21019920001	VICENZA	36100	Corso San Felice e Fortunato, 229

Preso atto:

- che i requisiti e gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e organizzativi delle Case della Comunità sono descritti dal Decreto del Ministero della Salute n. 77/2022;
- che in data 27/11/2025 è stato rimodulato il Council Implementing Decision (CID) che ha aggiornato il testo descrittivo del target M6C1-3;
- che conseguentemente sono state aggiornate dal Ministero della Salute, con la versione n. 2 del 19/12/2025, le “Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-3 Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche – Investimento M6C1I1.1 – Case della Comunità e presa in carico della persona” che identificano, tra l’altro, il set documentale richiesto per comprovare il raggiungimento del target, tra cui un atto, a firma del Direttore Generale dell’Azienda soggetto attuatore delegato, che attesti il completamento dell’intervento e l’attivazione dei relativi servizi in conformità agli standard del DM n. 77/2022 e alle citate Linee Guida del 2025, oltre al contributo agli obiettivi climatici, comprensivo degli allegati 2 e 2-bis delle Linee Guida medesime.

Accertato:

- che i servizi della “Casa di Comunità di Montecchio Maggiore” CUP I24E21018880001 sono conformi agli standard definiti dagli elementi obbligatori della Tabella 4 dell’Allegato 1, Sezione 5, del Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale” e dalle altre normative nazionali e regionali di riferimento e sono attivi a partire dalla data 18/05/2026;
- che la documentazione comprovante il soddisfacente conseguimento del Target M6C1-3 relativo all’investimento M6C1 I1.1 – Case della Comunità e presa in carico della persona, per quanto di competenza, è stata correttamente caricata nel sistema informativo ReGiS nella sezione relativa al correlato indicatore target secondo le indicazioni dell’UMPNRR (Indicatore target ReGiS T0105);
- che è stato assicurato, ai sensi dell’articolo 18 del Regolamento (UE) n. 241/2021, il perseguimento del principio di “non arrecare danno significativo agli obiettivi ambientali” (“Do No Significant Harm” - DNSH) di cui all’articolo 17 del Regolamento (UE) n. 852/2020, secondo quanto definito dalla Circolare della Ragioneria Generale dello Stato del 14 maggio 2024, n. 22 “Aggiornamento Guida operativa per il rispetto del principio di non arrecare danno significativo all’ambiente (cd.

DNSH)” che ha aggiornato la Circolare n. 33 del 13 ottobre 2022, come riportato nelle checklist ex ante ed ex post per il CUP “de quo”.

Dato atto di quanto indicato nell’allegato 2 “Dichiarazione di attivazione dei servizi della Casa di Comunità di Arzignano” delle Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-3 “Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche – Investimento M6C1I1.1 - Case della Comunità e presa in carico della persona” - Versione 02 del 19/12/2025, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento amministrativo, relativo alla seguente struttura:

- Casa di Comunità di Montecchio Maggiore in Via Ca’ Rotte n. 9, Montecchio Maggiore (VI)
- Finanziamento: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)
- Codice STS-11: 105050850800162640.

Ritenuto che è necessario approvare, il “Modello operativo della Casa di Comunità di Montecchio Maggiore” Allegato 2bis_b del presente atto, che ne costituisce parte integrante e sostanziale.

Preso atto che l’Esperto Indipendente, nominato con Deliberazione del Direttore Generale n. 715/2026 ha attestato l’attivazione dei servizi della Casa della Comunità, in conformità agli standard definiti dagli elementi obbligatori di cui alla tabella 4 dell’allegato 1, sez 5, del DM n. 77/2022 nonché il contributo dell’intervento agli obblighi climatici (tag clima) in relazione al campo di intervento 026 (ristrutturazioni energetiche), così come previsto dal paragrafo 2, fase 4 delle Linee Guida di cui sopra.

Il medesimo Responsabile ha attestato l’avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in relazione alla sua compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale in materia.

I Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio-Sanitari hanno espresso il parere favorevole per quanto di rispettiva competenza.

IL DIRETTORE GENERALE

DELIBERA

Per tutto quanto suindicato e che qui si intende integralmente richiamato:

1. di prendere atto:
 - dell’attivazione dei servizi, in conformità agli standard definiti dagli elementi obbligatori della tabella 4 dell’allegato 1, sez 5, del Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022;
 - di tutto quanto stabilito nell’Allegato 2 “Dichiarazione di attivazione dei servizi della Casa di Comunità di Montecchio Maggiore” delle Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-3 “Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche – Investimento M6C1I1.1- Case della Comunità e presa in carico della persona” - Versione 02 del 19/12/2025, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di prendere atto e adottare il “Modello operativo della Casa di Comunità Hub di Montecchio Maggiore” Allegato n. 2bis, quale parte integrante sostanziale del presente provvedimento;
3. di dare atto che il presente provvedimento non comporta spese a carico del bilancio aziendale;
4. di trasmettere il presente provvedimento alla Regione Veneto per gli atti di competenza;

5. di prescrivere che il presente atto venga pubblicato all'Albo on-line dell'Azienda.

Parere favorevole, per quanto di competenza:

Il Direttore Amministrativo
(dr. Leopoldo Ciato)

Il Direttore Sanitario
(dr. Alberto Rigo)

Il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari
(dr. Achille Di Falco)

IL DIRETTORE GENERALE
(dott. Peter Assembergs)

Copia del presente atto viene inviato al Collegio Sindacale al momento della pubblicazione.

IL DIRETTORE
UOC AFFARI GENERALI E LEGALI

ALLEGATO 2 - Dichiarazione di attivazione dei servizi della Casa della Comunità

Informazioni Intervento

MISSIONE: Missione 6 Salute

COMPONENTE: M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

INVESTIMENTO: M6C1 II.1 – Case della Comunità e presa in carico della persona

TARGET: M6C1-3

CODICE MISURA: M6C1 II.1

CODICE PRATT (REGIS): 1000000097

Denominazione Casa della Comunità e indirizzo: CASA DELLA COMUNITA' DI MONTECCHIO
MAGGIORE, Bivio San Vitale, 36075 MONTECCHIO MAGGIORE (VI)

CUP: I24E21018880001

TAG clima (indicare se Nuova costruzione - TAG 025 TER oppure Ristrutturazione/ riqualificazione energetica degli edifici - TAG 026 oppure TAG clima non applicabile)¹: Ristrutturazione/ riqualificazione energetica degli edifici - TAG 026

Tipologia di Casa della Comunità (indicare se Hub o Spoke) HUB

FINANZIAMENTO RRF 50.000,00 €

Soggetto attuatore (Regione/PA) REGIONE VENETO

Soggetto attuatore esterno/delegato AZIENDA ULSS 8 BERICA

Il sottoscritto, PETER ASSEMBERGS, nato a STOCCOLMA, il 08/07/1961, C.F. SSMPT61L080132K, in qualità di DIRETTORE GENERALE dell'Azienda ULSS 8 Berica, in relazione all'intervento identificato in premessa, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e quindi consapevole delle responsabilità di ordine amministrativo, civile e penale in caso di dichiarazioni mendaci, ex art. 76 del DPR medesimo,

DICHIARA CHE

- L'opera/fornitura è stata completata in conformità alle previsioni del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia finanziati nell'ambito del PNRR Missione 6 sottoscritto tra Ministero della Salute e Regione del Veneto e dei relativi allegati al CIS (Piano Operativo Regionale e Action plan).
- I servizi della Casa della Comunità - in conformità agli standard definiti dagli elementi obbligatori della Tabella 4 dell'Allegato 1, Sezione 5, del Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 - sono attivi, a partire dalla data **26/05/2026**.
- L'opera/fornitura è conforme ai requisiti previsti per l'investimento M6C1 II.1 – Case della Comunità e presa in carico della persona e per il conseguimento del Target europeo M6C1-3 descritti nell'Allegato alla

¹ Il TAG clima può essere indicato come non applicabile esclusivamente per i progetti che sono stati formalmente confermati come non taggati mediante apposita nota ufficiale dell'UMPNNR e approvazione in sede di Nucleo Tecnico e Tavolo istituzionale (a seguito dell'attività di ricognizione e verifica sul tag clima svolta dall'UMPNNR Ministero della Salute, con nota n. 6056-17 del 17 settembre 2025).

Decisione di esecuzione del Consiglio relativa all'approvazione della valutazione del piano per la ripresa e la resilienza dell'Italia (Council Implementing Decision - CID).

- L'intervento è conforme agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi definiti dalle normative nazionali e regionali di riferimento, tenuto conto anche degli orientamenti Agenas ("Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa di Comunità", agosto 2022 - Quaderno di Monitor 2022, Supplemento alla rivista semestrale Monitor; "Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità Hub" - 05.04.2024).
- È stato assicurato, ai sensi dell'articolo 18 del Regolamento (UE) n. 241/2021, il perseguimento del principio di "non arrecare danno significativo agli obiettivi ambientali" ("Do No Significant Harm" - DNSH) di cui all'articolo 17 del Regolamento (UE) n. 852/2020, ulteriormente chiarito con Circolare della Ragioneria Generale dello Stato del 14 maggio 2024, n. 22 "Aggiornamento Guida operativa per il rispetto del principio di non arrecare danno significativo all'ambiente (cd. DNSH)" che ha aggiornato la Circolare n. 33 del 13 ottobre 2022, nonché con Linee guida emanate dall'UMPNNRR con prot. 460 del 6/02/2025 UMPNNRR-MDS-P.
- Per la realizzazione dell'intervento sono stati rispettati i principi trasversali previsti dal PNRR, ove applicabili, quali, in particolare, il rispetto del principio del contributo all'obiettivo climatico ai sensi del regolamento (UE) 2021/241 (tag clima), in linea con gli impegni assunti attraverso il CIS.
- È stato assicurato il rispetto di tutte le disposizioni previste dalla normativa europea e nazionale, con particolare riferimento a quanto previsto dal Regolamento (UE) n. 241/2021. e dal decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, come modificato dalla legge 29 luglio 2021, n. 108.
- È stato garantito il rispetto degli obblighi in materia di comunicazione e informazione previsti dall'art. 34 del Regolamento (UE) n. 241/2021, in linea con le Linee Guida per l'utilizzo dei loghi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR, Missione 6 Salute, per le azioni di informazione e comunicazione a cura dei Soggetti Attuatori e beneficiari emanate dall'UMPNNRR.
- La documentazione comprovante il soddisfacente conseguimento del Target M6C1-3 relativo all'investimento M6C1 II.1 – Case della Comunità e presa in carico della persona, per quanto di competenza, è stata correttamente caricata nel sistema informativo ReGiS nella sezione relativa al correlato indicatore target secondo le indicazioni dell'UMPNNRR (Indicatore target ReGiS T0105).
- La documentazione inserita nel sistema informativo ReGiS, per quanto di competenza, è coerente rispetto al valore realizzato dichiarato del target ed è idonea a confermare il soddisfacente conseguimento del target M6C1-3.
- Sono stati correttamente eseguiti, e superati con esito positivo, i controlli necessari ad assicurare la correttezza, affidabilità e completezza degli atti/procedure propedeutici al soddisfacente raggiungimento di milestone/target oggetto di rendicontazione (es. sulle procedure di selezione e/o di gara/affidamento), in conformità con la normativa di riferimento.
- Sono state eseguite con esito positivo tutte le verifiche previste, conformemente alle normative vigenti.
- Le attrezzature e le strumentazioni mediche e diagnostiche necessarie al funzionamento del servizio sono state installate e sono operative.

— Le eventuali procedure e autorizzazioni richieste da enti esterni per l'avvio del servizio sono state regolarmente ottenute.

Luogo e data

Nominativo e Firma digitale

CASA DELLA COMUNITÀ HUB di MONTECCHIO MAGGIORE

Modello di riferimento conforme al DM 77/2022 e agli standard PNRR – Missione 6, Componente
1, Investimento 1.1

Documento tecnico-organizzativo sulla dotazione e sul funzionamento della struttura.

1. Informazioni generali Casa della Comunità

Riportare le indicazioni relative al progetto PNRR contenute nel Piano Operativo Regionale.

Denominazione della struttura	Casa della Comunità di Montecchio Maggiore
Sede	Via Ca' Rotte 9- 36075 Montecchio Maggiore
CUP	I24E21018880001
Tipologia	Hub
Tipologia di intervento PNRR	Intervento di manutenzione straordinaria come da Nota UMPNRR prot. n. 8729 del 24/11/2025 confermata con nota del Referente unico di Parte prot. n. 685833 del 19/12/2025 e successivo aggiornamento con nota prot. n. 11001 del 17/04/2026
Data di inizio funzionamento**	26/05/2026

*In caso di N.A. Inserire il riferimento all'autorizzazione UMPNRR per lo specifico intervento/riferimenti al Nucleo Tecnico/Approvazione Tavolo istituzionale

** da intendersi quale data di attivazione di tutti i servizi minimi previsti dal DM 77/2022

2. Introduzione

La Casa della Comunità (CdC) Hub di Montecchio Maggiore è un modello organizzativo afferente al Distretto sociosanitario. Essa rappresenta uno dei nodi della 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. La struttura (Figura 1) è localizzata in un'area urbana già destinata a servizi sanitari e sociosanitari, in continuità con presidi esistenti e inserita nel contesto del polo sanitario sede del presidio ospedaliero di Montecchio Maggiore. La superficie della struttura è di circa 630 metri quadri.

Tale collocazione risulta coerente con il modello di sanità di prossimità delineato dal DM 77/2022, garantendo un'adeguata accessibilità per la popolazione residente, anche mediante il trasporto pubblico locale. Nello specifico, l'area ha un parcheggio dedicato e facilmente accessibile ed è servita dalla Linea E1 della SVT (Società Vicentina Trasporti), con fermata in prossimità del presidio ospedaliero/casa della comunità, che collega il territorio comunale con i comuni limitrofi e con la città di Vicenza, favorendo l'integrazione territoriale e la fruibilità dei servizi da parte dell'utenza.

L'area si caratterizza per la presenza di numerosi servizi sanitari, sociosanitari e di prossimità, tra cui il presidio ospedaliero, servizi specialistici territoriali, ambulatori, attività di assistenza domiciliare integrata e servizi dedicati alla prevenzione e alla presa in carico delle cronicità. Tale configurazione contribuisce a creare un contesto favorevole all'integrazione tra ambito sanitario e sociale e a garantire un accesso diffuso e agevole ai servizi, in coerenza con gli obiettivi di presa in carico territoriale, continuità assistenziale e prossimità previsti dal modello organizzativo delle Case della Comunità.

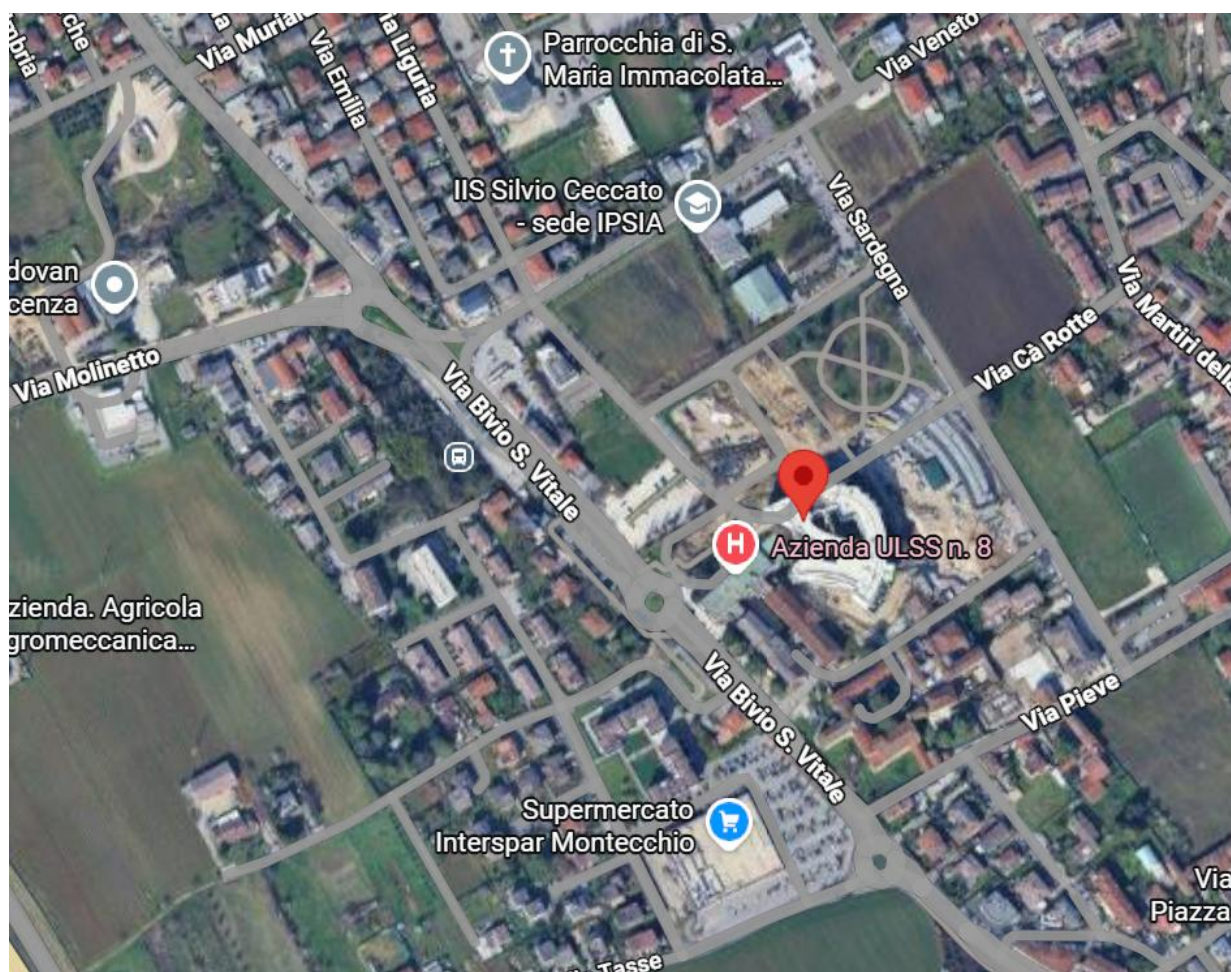


Figura 1. Localizzazione della CdC di Montecchio Maggiore all'interno del territorio del Comune di Montecchio Maggiore

La CdC di Montecchio Maggiore afferisce al Distretto ovest e aggrega i comuni di Brendola, Montecchio Maggiore, Gambellara, Montebello Vicentino, Montorso Vicentino, Zermeghedo, per un bacino di circa 40.186 abitanti. La popolazione afferente presenta le caratteristiche riportate in tabella 1.

Comune	Residenti	Superficie	Densità	65+	0-14	Indice di vecchiaia
Montecchio Maggiore	23617	30,2	781,5	5218	3025	172,5
Brendola	6573	24,8	265,3	1640	794	206,5
Montebello Vicentino	6307	22,2	283,6	1450	833	174,1
Gambellara	3366	13,2	256,0	782	511	153,0
Montorso Vicentino	2993	9,3	322,2	722	329	219,5
Zermeghedo	1317	3,0	437,5	279	178	156,7

Tabella 1. Caratteristiche popolazione (Fonte: ISTAT)

In coerenza con il DM 77/2022 e con la normativa regionale vigente (DGR n. 721 del 22 giugno 2023), essa rappresenta un presidio di prossimità, accessibile e facilmente individuabile, rivolto a tutta la popolazione, con particolare attenzione alle persone fragili, alle famiglie e mantiene i collegamenti con i servizi sociali per gli interventi socioassistenziali.

L'obiettivo principale della CdC è quello di migliorare la qualità e l'efficacia dell'assistenza sanitaria territoriale, promuovendo la continuità delle cure e l'integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali; in questo contesto, essa è destinata a diventare un punto di riferimento per i cittadini, offrendo una vasta gamma di servizi erogati da équipe multiprofessionali, configurandosi al tempo stesso sia come un luogo fisico sia come un modello organizzativo volto a garantire equità di accesso e un'uniforme copertura territoriale dell'assistenza di base.

La mission è promuovere l'integrazione multidisciplinare e la collaborazione tra professionisti, cittadini e comunità, al fine di garantire risposte appropriate e tempestive ai bisogni di salute. E' un luogo di partecipazione e di valorizzazione di tutte le risorse presenti, in cui sviluppare il coinvolgimento dei cittadini fino ad intraprendere percorsi di co-programmazione e co-progettazione.

Il modello organizzativo che sviluppa è quello che prevede un approccio integrato, multidisciplinare, di prossimità e di proattività che si concretizza attraverso le azioni dei professionisti del SSN che vi operano, dei professionisti della rete dei servizi presenti sul territorio e con la partecipazione strutturata della Comunità, in una logica di continuità assistenziale.

Gli spazi della struttura sono organizzati per garantire l'erogazione integrata dei servizi previsti dal modello della Casa della Comunità, assicurando l'attività delle équipe multiprofessionali delle cure primarie. Sono presenti ambulatori per la medicina generale e per l'attività specialistica ambulatoriale, locali dedicati ai servizi infermieristici e all'assistenza domiciliare (ADI), uffici amministrativi, nonché un Punto Unico di Accesso (PUA) integrato con i servizi sociali. La struttura dispone inoltre di spazi dedicati ai colloqui socio-sanitari e alla presa in carico multidisciplinare, di ambienti per il sistema di prenotazione collegato al CUP aziendale, locali destinati al Punto Prelievi (POCT), ambienti per la diagnostica di base dotati delle necessarie attrezzature e una sala polivalente destinata ad attività di educazione sanitaria, partecipazione della comunità e promozione della co-produzione dei servizi.

La CdC di Montecchio Maggiore ricompono al proprio interno, sia strutturalmente che funzionalmente, dei servizi già attivi e operanti e implementa alcuni servizi innovativi, integrandoli all'interno di percorsi già attivi, anche di integrazione con i servizi sociali, quali l'Infermiere di famiglia o di comunità e il Punto Unico di Accesso (PUA).

In questo contesto, la CdC si configura come luogo privilegiato per l'integrazione tra i servizi sanitari, sociosanitari e sociali, favorendo una presa in carico globale e continuativa del cittadino e della sua famiglia. La persona, in particolare la persona fragile, con patologie croniche o in condizioni di vulnerabilità, ed eventualmente la sua famiglia viene accompagnata lungo un percorso assistenziale che si sviluppa attraverso il transito tra i diversi servizi presenti, in un sistema coordinato, continuativo e sinergico. Tale presa in carico non è solo clinica, ma anche relazionale e sociale, e si realizza grazie alla collaborazione tra professionisti e all'attivazione di risorse territoriali, con l'obiettivo di garantire risposte personalizzate, tempestive e appropriate ai bisogni di salute.

L'integrazione tra i servizi si realizza concretamente attraverso l'attivazione di percorsi assistenziali condivisi e multidisciplinari, che coinvolgono professionisti sanitari, sociosanitari, sociali e del terzo settore. I professionisti coinvolti nel percorso di presa in carico della persona con bisogni complessi e/o cronici collaborano per definire un piano assistenziale personalizzato, con monitoraggio periodico, educazione terapeutica e accesso facilitato ai servizi diagnostici e riabilitativi. L'assistenza alle persone fragili consente di

costruire un progetto di cura che integra la rete informale con la rete formale, con la partecipazione della persona della sua famiglia e della comunità. Questi esempi di percorsi socio-assistenziali mostrano come la CdC non sia solo un luogo fisico, ma un modello operativo che promuove la collaborazione tra professionisti.

3. Organizzazione del Personale

A. Presenza infermieristica - REQ. b.11 checklist

La presenza infermieristica all'interno della Casa della Comunità è garantita per almeno 12 ore al giorno, prevedendo per 7 giorni su 7 attività programmata; la domenica e nei giorni festivi l'attività e/o la consulenza infermieristica è garantita anche tramite la Centrale Operativa/Numero Unico Europeo 116117 e strumenti di telemedicina, in almeno una Casa della Comunità Hub a livello distrettuale, quale condizione essenziale per assicurare prossimità, accessibilità e presa in carico attiva della popolazione.

Per rispondere a tali requisiti organizzativi, la presenza del personale infermieristico viene garantita mediante una pianificazione integrata che coinvolge diverse funzioni e livelli di assistenza.

Durante la settimana, dal lunedì al venerdì, il servizio è assicurato da figure infermieristiche dedicate agli ambulatori all'interno delle Case della Comunità, dagli infermieri del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e dagli Infermieri di Famiglia e Comunità, organizzati per garantire la presenza per 12h continuative, in sinergia con le altre figure professionali.

Durante il sabato, la copertura infermieristica è garantita prevalentemente attraverso il personale infermieristico afferente al servizio di Assistenza Domiciliare Integrata e dagli IFoC, in coerenza con la pianificazione distrettuale delle attività e con l'organizzazione delle turnazioni del personale, assicurando la continuità assistenziale e una risposta appropriata ai bisogni assistenziali della popolazione, con particolare attenzione alle persone fragili e vulnerabili.

La domenica e nei giorni festivi, la copertura infermieristica è garantita attraverso il personale infermieristico afferente al servizio di Assistenza Domiciliare Integrata, secondo quanto previsto dalla procedura aziendale di implementazione della DGR n. 721/2023 (ALLEGATO 1), che assicura la presenza infermieristica 7 giorni su 7 nella fascia oraria compresa tra le ore 7.00 e le ore 21.00, mediante un sistema organizzativo a rotazione tra le sedi ADI aziendali afferenti alle Case della Comunità Hub a livello distrettuale. In tali giornate, l'attività infermieristica e/o la consulenza infermieristica è garantita in almeno una Casa della Comunità Hub a livello distrettuale, individuata nell'ambito della pianificazione organizzativa distrettuale sulla base del bacino d'utenza di riferimento e dei bisogni assistenziali rilevati, al fine di assicurare accessibilità al servizio e utilizzo efficiente delle risorse professionali nel rispetto del principio di economicità. L'attività e/o la consulenza infermieristica è inoltre assicurata anche attraverso il Numero Unico Europeo 116117 e mediante l'integrazione con la Centrale Operativa Territoriale Hub di Vicenza, che costituiscono il riferimento organizzativo per l'orientamento dell'utenza e per l'attivazione del personale infermieristico competente per territorio, in coerenza con il modello organizzativo aziendale e con le turnazioni del personale previste.

Infine, nelle giornate di sabato, domenica e nei giorni festivi, indipendentemente dalla turnazione programmata, è sempre garantita la presenza infermieristica per almeno 12 ore giornaliere mediante attività in sede su prenotazione per tutti gli utenti negli orari programmati. Tale copertura è assicurata anche attraverso l'impiego del personale in pronta disponibilità (afferente al servizio di ADI), quale istituto organizzativo finalizzato a garantire la continuità assistenziale e la tempestiva risposta ai bisogni dell'utenza, in coerenza con quanto previsto dalla procedura aziendale di implementazione della DGR n. 721/2023, che prevede

l'utilizzo della reperibilità programmata nelle giornate di sabato pomeriggio, domenica e festività per assicurare la copertura del servizio nelle 12 ore giornaliere previste.

Questa articolazione consente di garantire l'operatività dei punti di accesso infermieristici, di mantenere attivi gli ambulatori dedicati alla gestione delle cronicità e di preservare le logiche di prossimità su cui si fonda il modello assistenziale. Gli infermieri presenti svolgono attività di valutazione dei bisogni, presa in carico, educazione sanitaria, interventi clinico-assistenziali e attivazione della rete dei servizi territoriali.

Nel suo complesso, tale organizzazione permette di rispondere in maniera più equa ed efficace ai bisogni sanitari della popolazione, migliorando la qualità della presa in carico e rafforzando il ruolo della Casa della Comunità come nodo territoriale attivo, aperto e inclusivo, in coerenza con quanto previsto dal DM 77/2022 e dalla normativa regionale vigente, con particolare riferimento alla DGR n. 721/2023 della Regione Veneto.

Presso la CdC sono attivi ambulatori infermieristici ad accesso programmato in collaborazione con la figura medica presente in CdC, i MAP, i PLS, i medici specialisti e gli assistenti sociali del territorio afferente alla CdC.

Sono gestiti dagli IFoC afferenti al SIFOC aziendale e dagli IT che svolgono attività tra le quali:

- interventi di educazione sanitaria;
- monitoraggio parametri clinici e follow-up pazienti cronici;
- prestazioni assistenziali.

ALLEGATO 1: Procedura: Implementazione DGRV. 721 del 2023

ALLEGATO 2: Turnistica personale infermieristico afferente alla CdC.

B. Presenza medica e garanzia del servizio di continuità assistenziale - REQ. b.10 (presenza medica h24 7/7)

DIURNO

La presenza medica diurna è garantita mediante attività in sede con ambulatorio generalista accessibile a tutti gli utenti negli orari programmati per 12h continuative dalle 8 alle 20 attraverso la programmazione di turni svolti da medici di assistenza primaria a ciclo di scelta, medici del ruolo unico di assistenza primaria e di continuità assistenziale, in conformità a quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN). A tali figure potranno affiancarsi, ove necessario, medici operanti in regime di libera professione, al fine di assicurare la continuità del servizio attraverso un sistema di turnazione.

NOTTURNO

Nelle ore notturne la garanzia di continuità assistenziale avviene attraverso l'attivazione tramite NUE 116117, che provvede alla ricezione delle richieste, alla valutazione del bisogno e all'orientamento dell'utenza verso il setting assistenziale appropriato, con la possibilità di attivare il medico di continuità assistenziale per fornire consigli telefonici, interventi domiciliari, ambulatoriali o la possibilità di invio ai servizi di emergenza-urgenza. Attraverso un assetto organizzativo distrettuale la continuità assistenziale nelle ore notturne viene assicurata dal servizio di Continuità Assistenziale presente all'interno della CdC di Arzignano, assicurando la copertura dell'intero bacino d'utenza afferente alla CdC Hub di Montecchio Maggiore.

ALLEGATO 3: Turnistica personale CA afferente alla CdC

REQ. b.13: servizio di continuità assistenziale

Il Servizio di Continuità Assistenziale (CA) rappresenta un presidio sanitario essenziale per garantire l'erogazione delle prestazioni mediche non differibili durante le ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., ACN per la medicina generale).

Presso la CdC è attiva una sede di CA operativa secondo la programmazione aziendale, dotata di idonei spazi dedicati e accessibili, coerenti con i requisiti strutturali e organizzativi previsti dal DM 77/2022 per le strutture hub. La sede è dotata delle attrezzature necessarie per l'attività clinica ambulatoriale e per l'effettuazione delle visite domiciliari.

Il servizio è svolto da medici incaricati convenzionati con l'Azienda ULSS 8 Berica, adeguatamente formati e in collegamento funzionale con il Servizio di Emergenza Territoriale 118, i MAP, la COT e le strutture di ricovero. L'interoperabilità dei sistemi informativi consente la tracciabilità degli interventi effettuati, l'aggiornamento del FSER e la continuità delle informazioni cliniche tra i diversi setting assistenziali.

Il Servizio di CA costituisce un nodo fondamentale nella rete di prossimità della CdC, contribuendo alla riduzione degli accessi impropri al PS e alla presa in carico tempestiva dei bisogni non differibili, in particolare delle persone fragili, croniche o non autosufficienti.

Ogni intervento viene tracciato all'interno dei sistemi informativi aziendali e, ove previsto, i dati clinici sono registrati nel FSER, assicurando continuità e integrazione delle informazioni.

C. Presenza di altro personale - REQ. b.1 checklist

In coerenza con quanto previsto dal DM n. 77/2022, la Casa della Comunità di Montecchio Maggiore garantisce, oltre alla presenza del personale medico e infermieristico, anche la presenza di almeno un assistente sociale (in corso di individuazione da parte dell'ATS) e di personale di supporto, costituito da operatori sociosanitari e personale amministrativo strutturalmente inserito nelle unità operative funzionalmente afferenti alla CdC di Montecchio Maggiore. Esso è presente in numero adeguato, al fine di assicurare il funzionamento integrato dei servizi e la presa in carico globale della persona.

L'assistente sociale svolge un ruolo fondamentale nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria, collaborando con i professionisti sanitari nella valutazione multidimensionale del bisogno, nella definizione dei percorsi assistenziali e nell'attivazione delle risorse territoriali e della rete dei servizi sociali, con particolare riferimento alle situazioni di fragilità, vulnerabilità e non autosufficienza.

Il personale di supporto garantisce le attività di accoglienza, orientamento e gestione degli accessi, nonché il supporto organizzativo ai servizi e ai percorsi assistenziali, contribuendo alla continuità e all'appropriatezza della presa in carico.

In particolare, nell'ambito del Punto Unico di Accesso (PUA), tali figure operano in integrazione con gli Infermieri di Famiglia o di Comunità (IFoC) e con l'assistente sociale, assicurando le funzioni di informazione, orientamento e facilitazione dell'accesso ai servizi della rete territoriale, nonché la gestione delle richieste provenienti dai cittadini attraverso accesso diretto, telefonico o digitale.

L'organizzazione del lavoro è strutturata in modo da garantire la copertura delle fasce orarie di apertura della CdC, in integrazione con il personale sanitario, assicurando la presenza continuativa delle funzioni di accoglienza e orientamento.

L'equipe multiprofessionale della CdC opera in maniera integrata, favorendo il confronto tra i diversi professionisti e il monitoraggio delle attività, al fine di migliorare la qualità dei servizi e rispondere in modo appropriato ai bisogni della popolazione. Gli strumenti di integrazione utilizzati sono principalmente le riunioni di coordinamento d'equipe, gli incontri tecnici multiprofessionali su casi o famiglie con bisogni complessi e le Unità valutative multidimensionali (UVM).

L'organizzazione descritta si inserisce nel modello assistenziale territoriale delineato dal DM n. 77/2022 e recepito a livello regionale dalla DGR n. 721/2023 della Regione Veneto.

ALLEGATO 4: Turnistica personale di supporto afferente alla CdC.

4. Servizi Offerti dalla Casa di Comunità HUB

Per la suddivisione delle macro-aree come previsto nel Documento di indirizzo per il meta-progetto della CdC di Age.na.s 2022 si veda planimetria allegata.

a. Macro-area Cure primarie con l'omonima area funzionale - *REQ. b.2 checklist*

Per la Macro-area Cure Primarie sono stati predisposti:

- 5 ambulatori medici (MAP e CA);
- 1 ambulatorio PLS;
- 1 ambulatori IFoC

L'assistenza primaria è erogata con approccio integrato e multidisciplinare, attraverso il Medico di assistenza primaria/Pediatra di Libera Scelta, il Medico Specialista Ambulatoriale, l'IFoC e l'infermiere territoriale, l'Assistente Sociale e il personale di supporto (socio sanitario, amministrativo).

In particolare, il medico di assistenza primaria, o medico di famiglia, è il professionista sanitario di riferimento per i bisogni di salute generali della persona, ed è in molti casi il punto di accesso al Servizio Sanitario Regionale e ai vari percorsi clinico-assistenziali, sanitari e socio-sanitari, nel territorio, sia dell'Azienda ULSS che del Comune di residenza.

Il suo ruolo è strategico nell'accogliere e decodificare i bisogni della persona e della sua famiglia, nell'orientare in modo appropriato la persona, nel comunicare efficacemente con l'utente e la sua famiglia, nel coordinare in alcuni casi l'assistenza alla persona e/o nell'orientare e promuovere il coinvolgimento e la presa in carico da parte di altri servizi anche super-specialistici, a volte anche lontani dal luogo di vita della persona. Il medico opera anche come filtro e promotore di attività di attivazione di progetti di assistenza locali che vengano informati dalle conoscenze specialistiche specifiche del caso, mettendosi in rete con gli altri servizi territoriali e della CdC.

Il medico di assistenza primaria svolge un ruolo di garanzia all'accesso all'assistenza sanitaria necessaria e alla presa in carico da parte dei servizi territoriali, in accordo e collaborazione con tutti gli attori coinvolti.

Alla CdC di Montecchio Maggiore afferiscono funzionalmente i Medici di assistenza primaria del territorio di afferenza.

La loro attività clinica è dedicata agli assistiti nei setting ambulatoriale e domiciliare, garantendo attività programmate e di urgenze non differibili quali visite ambulatoriali e domiciliari, in collaborazione stretta con l'UOC Cure Primarie e le altre UUOO distrettuali, le quali tramite progetti condivisi definiti in collaborazione con i medici delle UUOC Cure Primarie e gli altri professionisti coinvolti nel caso tramite unità di valutazioni multidimensionali (UVM) integrate e/o riunioni tecniche, si prendono carico in modo integrato di utenti e famiglie con bisogni sanitari, socio-sanitari e sociali complessi.

Il modello assistenziale già operante da tempo nel Servizio Sanitario Regionale e in Azienda ULSS 8 dell'UVMD e del Progetto Assistenziale Individuale (PAI), grazie ad un Sistema Informativo Territoriale condiviso tra i servizi e informatizzato, permette che l'assistenza primaria sia erogata attraverso équipe multiprofessionali e multidisciplinari funzionali, costituita dal MAP/PLS, dall'infermiere ADI e/o IFoC, dall'Assistente Sociale del SSN e dei Comuni, dai vari medici specialisti di branca e da altri professionisti e altri servizi, anche ospedalieri.

Tale modello verrà implementato e sviluppato ulteriormente grazie alla strutturazione della CdC e alla integrazione del modello già esistente con gli obiettivi specifici locali della CdC, della sua programmazione delle attività con l'ATS, delle attività di co-programmazione e co-progettazione.

b. Macro-area Assistenza di Prossimità con le aree funzionali

- Assistenza medica

I medici operano in integrazione con l' IFoC, il PUA, la COT, i servizi di Continuità Assistenziale, l'ADI, gli assistenti sociali, gli specialisti distrettuali. Le attività sanitarie sono tracciate nei sistemi informativi aziendali e alimentano il Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale (FSER), contribuendo alla continuità del percorso assistenziale e all'appropriatezza degli interventi. L'accesso alla presenza medica presso la CdC avviene in forma libera e diretta, senza necessità di prenotazione, nei casi di necessità sanitaria urgente ma non emergente, oppure su attivazione da parte dei servizi territoriali, come il PUA, la COT, gli infermieri territoriali, gli assistenti sociali o gli operatori dell'ADI, nell'ambito di prese in carico già attive o in fase di avvio. L'accesso è garantito a tutti i cittadini, anche se non in carico ai medici presenti nella sede, secondo la logica del ruolo unico della medicina generale. In orario notturno e nei giorni festivi, la continuità dell'intervento medico è assicurata tramite l'integrazione funzionale con la Continuità Assistenziale e con la rete dell'emergenza-urgenza, in coerenza con quanto previsto dagli standard regionali.

- Servizi infermieristici - **REQ. b.5 checklist**

Servizi infermieristici di famiglia e di comunità: L'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFoC) è una figura chiave nel sistema delle cure primarie e della sanità pubblica. È un professionista specializzato che opera all'interno del Distretto sanitario con autonomia e competenze avanzate, ponendosi come punto di riferimento per la promozione della salute, la prevenzione e la gestione partecipata dei processi di cura a livello individuale, familiare e comunitario.

Il suo intervento è flessibile e si adatta alle caratteristiche del territorio in cui opera – aree urbane, periferiche o isolate – offrendo risposte personalizzate ai bisogni di salute delle persone di tutte le età. L'IFoC non si limita a erogare prestazioni assistenziali, ma si fa promotore dell'attivazione delle risorse individuali, familiari e comunitarie, sostenendo l'autonomia decisionale dei cittadini e valorizzando i potenziali di cura già presenti nel contesto.

A livello individuale e familiare, l'IFoC:

- svolge interventi complessi di assistenza, anche in ottica anticipatoria;
- supporta le persone nella gestione della propria salute e nella relazione con i servizi;
- promuove stili di vita sani, valuta i determinanti sociali e ambientali, monitora l'aderenza terapeutica;
- collabora con medici di medicina di assistenza primaria e pediatri, facilita le dimissioni precoci e il case management;
- utilizza strumenti digitali e tecnologie per il monitoraggio e la cura domiciliare.

A livello comunitario, l'IFoC:

- partecipa alla lettura del contesto locale e alla mappatura delle risorse presenti;
- attiva e coordina reti di supporto (volontari, associazioni, parrocchie, vicinato);
- costruisce relazioni collaborative con i servizi sociosanitari e le autorità locali;
- promuove la salute pubblica attraverso programmi educativi, incontri di gruppo e strategie di empowerment della comunità;
- sviluppa e valuta interventi di rete, supporta il capitale sociale e favorisce l'auto mutuo aiuto.

Le competenze core dell'IFoC si basano su una formazione universitaria post-base e comprendono:

- valutazione multidimensionale dei bisogni (individui, famiglie, comunità);
- conoscenza dei modelli di promozione della salute e gestione delle cronicità;
- educazione terapeutica, relazione d'aiuto e uso di strumenti informatici per la documentazione e il coordinamento;
- capacità di progettare interventi efficaci basati su evidenze scientifiche.

Presso la CdC sono attivi ambulatori infermieristici ad accesso programmato in collaborazione con la figura medica presente in CdC, i MAP, i PLS, i medici specialisti e gli assistenti sociali del territorio afferente alla CdC.

Sono gestiti dagli IFoC afferenti al SIFOC aziendale e dagli IT che svolgono attività tra le quali: interventi di educazione sanitaria, monitoraggio parametri clinici e follow-up pazienti cronici, prestazioni assistenziali.

ALLEGATO 5: DGRV n. 1123/2023 Servizi di Infermieristica di famiglia o di comunità

- Punto Unico di Accesso - **REQ. b.3 checklist**

Il PUA è uno strumento strategico di integrazione dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari per facilitare l'accesso unificato alle prestazioni non comprese nell'urgenza.

E' prioritariamente rivolto alle persone in situazione di fragilità e vulnerabilità (ad esempio con patologie croniche) che presentano bisogni di natura sanitaria e sociale.

Il PUA - "porta unitaria" – garantisce una valutazione e presa in carico integrata multiprofessionale della persona e la messa in rete dei servizi e delle risorse territoriali dell'Azienda ULSS 8, degli ATS/Comuni, del Terzo Settore, Associazioni e Volontariato, superando la settorializzazione degli interventi.

Garantisce pari opportunità di accesso alle informazioni e ai servizi ed è gratuito.

Il PUA di Montecchio Maggiore, collocato all'interno della CdC, è facilmente individuabile e raggiungibile.

Gli obiettivi generali del servizio sono i seguenti:

- orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie e sulle modalità per accedere ad esse in una logica di continuità assistenziale;
- assicurare e rafforzare l'integrazione tra i servizi sociali, sociosanitari e sanitari nelle fasi di valutazione dei bisogni e di presa in carico multidisciplinare appropriata, valorizzando il ruolo delle reti della Comunità locale e del Terzo Settore nella co-progettazione e ideazione di interventi e servizi usufruendo delle nuove tecnologie e dell'interoperabilità dei diversi sistemi informatici;

- promuovere la semplificazione e l'uniformità delle procedure, l'unicità del trattamento dei dati e la garanzia della presa in carico "globale" della persona da parte dei Comuni/ATS e delle Aziende Sanitarie.

Il PUA svolge le seguenti funzioni:

- attività di informazione e orientamento ai cittadini sui diritti, sui servizi e gli interventi del sistema locale sociale e sociosanitario e sulle opportunità inclusive e di partecipazione che la comunità locale esprime;
- accoglienza, ascolto, raccolta della segnalazione, orientamento e gestione della domanda analizzando i bisogni espressi e inespressi attivando altri referenti territoriali della rete formale dell'utente per eventuali approfondimenti della richiesta;
- prima valutazione dei casi e risoluzione dei casi semplici;
- attivazione della presa in carico "semplice" da parte dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali anche tramite l'interoperabilità dei sistemi informatici (assegnazione della presa in carico al servizio preposto);
- avvio della segnalazione per la presa in carico delle situazioni complesse tramite l'attivazione dell'équipe multidisciplinare integrata/UVMD;
- promozione di reti formali e informali della comunità al fine di mantenere relazioni e collaborazioni sinergiche con gli attori sociali del territorio per la conoscenza dei problemi della comunità e delle risorse attivabili e per favorire l'empowerment;
- raccolta dei dati e delle informazioni utili all'orientamento della programmazione dell'offerta dei servizi: mappatura e aggiornamento della stessa dei servizi e delle risorse sociali e socio-sanitarie disponibili nel territorio comunale (strutture, servizi e interventi);
- monitoraggio e valutazione di esito dei processi avviati con individuazione di indicatori specifici e con strumenti per valutare la customer satisfaction.

Le funzioni del PUA sono articolate su tre livelli:

Front office: accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento

Il front-office rappresenta la porta d'accesso ai servizi. Gli operatori offrono accoglienza, ascolto e orientamento alla persona, fornendo informazioni sulle risorse e sui servizi presenti nel territorio al fine di consentire la risposta più appropriata e tempestiva.

È possibile rivolgersi al PUA personalmente negli orari di apertura al pubblico, oppure attraverso altri mezzi di comunicazione (telefono, e-mail...) capillarmente pubblicizzati.

Al PUA le richieste possono giungere anche dal numero unico europeo 116117. Nel caso di richieste "semplici", al PUA compete fornire la risposta direttamente oppure, nel caso di risposta che deve essere fornita da altro soggetto, si procede con l'orientamento e/o l'invio ai servizi individuati al riguardo.

Back office I livello: caso complesso, attivazione del servizio di pertinenza

Le situazioni più complesse vengono valutate in sede di back office e per quelle che non richiedono l'attivazione di più servizi integrati, ma che sono riconducibili a uno specifico ambito di pertinenza, il PUA attiva direttamente i servizi preposti che avviano la presa in carico e danno riscontro dell'avvenuta risposta al PUA.

Back office II livello: caso complesso, attivazione dell'equipe multidisciplinare integrata o dell'UVMD

Per le situazioni socio sanitarie complesse che necessitano di percorsi fortemente integrati di presa in carico con il coinvolgimento di più ambiti di intervento, gli operatori del PUA attivano l'equipe multidisciplinare integrata prendendo accordi con i diversi servizi interessati oppure, tramite il Direttore di Distretto o suo delegato, attivano l'UVMD con la procedura indicata dall'apposito Regolamento Aziendale segnalando il caso al servizio di competenza e monitorando, tramite la COT, l'effettiva presa in carico. Nel caso sia complessa l'individuazione della competenza prevalente di un unico servizio (es.: famiglia multiproblematiche, persona con doppia diagnosi, etc.), il Direttore di Distretto definirà il servizio competente.

Tra il personale sono previste le seguenti figure professionali: amministrativo, infermiere, assistente sociale e altro personale sociosanitario e sanitario.

Il front office vede la presenza di personale di supporto (amministrativo/OSS) formato appositamente per "filtrare" le istanze e i bisogni manifestati dalle persone.

Nei casi complessi, verrà attivato il back office con il coinvolgimento anche delle figure infermieristiche, dell'assistente sociale, di altri eventuali professionisti sanitari compreso il medico.

Tutti gli operatori del PUA sono dipendenti dell'ULSS 8 Berica, mentre l'Assistente Sociale appartiene all'Ambito Territoriale Sociale VEN_05.

Tutto il personale deve essere adeguatamente formato e aggiornato, anche in ragione del fatto che il PUA deve orientare gli utenti verso servizi e procedure facenti riferimento a diversi ambiti ed Enti (Servizi Sociali Comunali, AULSS, Centri di Servizio, Centri per l'impiego, ecc.).

Il PUA di Montecchio Maggiore è aperto al pubblico dalle 9.00 alle 15.00. L'attività è integrata con la rete dei PUA presenti nelle CdC del Distretto Ovest.

- **REQ. b.8 checklist:** Modello adottato e attività per garantire la presenza e l'attivazione dell'assistente sociale e l'integrazione con i servizi sociali

L'integrazione con i servizi sociali è di natura professionale ed organizzativo-istituzionale.

Per quanto riguarda l'integrazione professionale, essa è operata quotidianamente in sede informale e formale dagli operatori territoriali che segnalano i casi, li discutono, analizzano i bisogni e definiscono insieme i progetti assistenziali socio-sanitari, in sede di gruppi di lavoro tecnici ed UVMD in tutti gli ambiti assistenziali territoriali (cure primarie, materno-infantile, dipendenza, disabilità, salute mentale).

Per quanto attiene l'integrazione con i servizi sociali a livello istituzionale, è innanzitutto messa in campo nel territorio della CdC di Montecchio Maggiore attraverso lo strumento del Piano di Zona e l'implementazione dei sistemi informativi interoperabili. L'integrazione è facilitata dalla coincidenza tra territorio dell'ATS VEN_05 e del Distretto Ovest dell'AULSS 8 Berica in cui insiste la CdC.

L'integrazione tra i servizi sanitari, sociosanitari e sociali (questi ultimi in capo ai Comuni/ATS) trova senz'altro nel PUA garanzia di realizzazione come indicato nella DGR n. 721 del 22.06.2023 "Il PUA è uno dei luoghi dell'assistenza distrettuale per l'integrazione sociosanitaria, professionale e gestionale; come tale richiede il raccordo tra le diverse componenti sanitarie e tra queste e le componenti sociali. [...] Promuove l'integrazione tra attività sanitaria e attività socio-assistenziale. [...] I Distretti e gli ATS garantiscono l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso i PUA".

Sulla scorta delle indicazioni date dal Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2024-2026, un formale accordo tra AULSS e ATS prevede le risorse di personale sociale e sanitario da dedicare.

Nel PUA di Montecchio Maggiore opera personale sanitario e amministrativo dipendente dell'ULSS 8 Berica, mentre l'Assistente Sociale è dipendente dell'ATS VEN_05 come previsto da normativa (DPCM 3.10.2022; artt. 24 e 27 Dlgs 15 marzo 2024 n. 29; DGR n. 1077 del 17 settembre 2024; DGR n. 1558 del 12.12.2023).

L'integrazione della dimensione sociale e sanitaria nel PUA si esplica non solo rispetto ai bisogni di specifiche situazioni personali e familiari, ma anche nel lavoro di mappatura delle risorse e dei bisogni della Comunità, negli interventi proattivi di promozione della salute e di prevenzione, di promozione di reti formali e informali, di empowerment di sviluppo della Comunità in collaborazione con il SIFoC e tutti gli altri servizi sanitari, sociosanitari e sociali presenti nella Casa della Comunità di Montecchio Maggiore e nel suo territorio.

In questo territorio operano servizi dell'AULSS 8 che curano le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria che attengono alle aree Età Evolutiva, Consultori Familiari, Tutela Minori, Disabilità, Dipendenze, Salute Mentale e Anziani-Non Autosufficienza (D. Lgs. 502/92; DPCM 14.2.2001) di cui si fanno carico équipe multiprofessionali composte da operatori sanitari e sociosanitari garantendo in questo modo l'integrazione sociosanitaria sul piano clinico-assistenziale.

Altro strumento di integrazione sociosanitaria, attivo nel territorio dell'ATS VEN_05/Distretto Ovest, è il coordinamento tra assistenti sociali dell'ATS, dell'AULSS e dei Centri di Servizio sorto per:

- favorire la conoscenza e l'aggiornamento sui cambiamenti istituzionali, organizzativi e normativi;
 - consentire una condivisione ed uno sviluppo delle prassi professionali rafforzando la rete di collaborazioni tra enti attraverso la condivisione di protocolli o prassi operative in uso;
 - intercettare bisogni emergenti o criticità gestionali e organizzative e formulare proposte di sviluppo e miglioramento;
 - favorire momenti di formazione professionale congiunta e trasversale.
- Assistenza Domiciliare - **REQ. b.4 checklist:**

Assistenza domiciliare: Il Servizio di Cure Domiciliari di Base e Integrate nell'ambito dell'Azienda ULSS 8 Berica, prende come riferimento il modello regionale definito dalla DGRV n. 721/2023 e alle disposizioni del DPCM 12 gennaio 2017 sui LEA.

Le cure domiciliari rappresentano un servizio territoriale finalizzato a fornire, al domicilio della persona, interventi sanitari personalizzati, volti alla stabilizzazione clinica, alla prevenzione del peggioramento funzionale e al miglioramento della qualità di vita. Si rivolgono principalmente a persone non autosufficienti o in condizioni di fragilità e garantiscono continuità tra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale.

Il modello prevede l'attivazione di un'équipe multiprofessionale, operante sette giorni su sette, dalle 7:00 alle 21:00, coordinata da una Centrale Operativa, che funge da punto di riferimento unico per tutto il territorio aziendale. Il personale infermieristico è contattabile durante l'intero orario di operatività e gli accessi domiciliari vengono programmati sulla base della complessità clinico-assistenziale dell'utente ("Procedura: Implementazione DGRV. 721 del 2023").

In coerenza con l'Istruzione operativa "Preso in carico della persona in cure domiciliari", la presa in carico avviene tramite il sistema informativo Sit Atl@nte a seguito di richiesta da parte di professionisti sanitari interni o esterni all'Azienda. Dopo un'attenta valutazione di appropriatezza e completezza, l'équipe stabilisce un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). La gestione delle cure include trattamenti complessi (nutrizione artificiale, gestione di presidi, lesioni da pressione, terapie infusive, riattivazione funzionale, ecc.) e attività di educazione terapeutica rivolta alla persona e al caregiver (Carta dei Servizi delle Cure primarie Ovest).

Ogni persona viene valutata inizialmente da un infermiere o un fisioterapista referente che, attraverso un primo accesso domiciliare, raccoglie le informazioni necessarie per definire bisogni clinici, contesto sociale e ambientale, supporto familiare e livello di autonomia, procedendo poi alla pianificazione degli accessi successivi. In presenza di variazioni dei bisogni, il progetto può essere rivalutato e modificato.

Particolare attenzione è data alla continuità assistenziale, alla condivisione delle informazioni tra professionisti, alla tutela della privacy, alla formazione del personale, e all'uso di strumenti digitali per migliorare l'efficienza e la tracciabilità dell'assistenza.

ALLEGATO 6: Procedura di presa in carico dei pazienti in cure domiciliari - definizione del PAI

- Servizi per la comunità (sala riunioni, polivalente, per diverse attività socio-sanitarie e per la comunità locale), ulteriori servizi funzionali alle attività

La CdC, anche attraverso il PUA, promuove e valorizza il coinvolgimento attivo della comunità locale, favorendo la collaborazione tra il sistema pubblico e le realtà del territorio, in particolare con gli Enti del Terzo Settore (ETS) e con le altre organizzazioni non profit operanti a livello locale.

Le organizzazioni non profit presenti sul territorio – anche se non formalmente iscritte al RUNTS – come associazioni di promozione sociale, organizzazioni culturali, associazioni sportive dilettantistiche o altre realtà, rappresentano una risorsa preziosa per il benessere collettivo, e il PUA contribuisce a metterle in rete con i cittadini e i servizi pubblici.

In linea con il Codice del Terzo Settore (D.Lgs. 117/2017, artt. 55 e 56) e con le relative Linee guida ministeriali, la CdC di Montecchio Maggiore favorisce l'applicazione concreta dei percorsi di co-programmazione e co-progettazione, come previsto nel Piano di Zona dei Servizi Sociali e Sociosanitari 2023–2025 (approvato con DGR ULSS 8 Berica n. 477 del 30/03/2023).

Tali processi di partecipazione si realizzano attraverso:

- la costruzione condivisa di risposte innovative ai bisogni della popolazione;
- il coinvolgimento diretto degli ETS e delle reti locali nella definizione degli interventi;
- l'attuazione di progetti concreti, come “Di nuovo a casa” e “ASTRI”, che rappresentano esempi efficaci di collaborazione tra pubblico e privato sociale.

Gli ETS e le altre organizzazioni del territorio partecipano anche alla definizione e realizzazione dei Progetti di vita (ai sensi del D.Lgs. 62/2024), contribuendo alla costruzione dei relativi Budget di Salute.

Questi strumenti permettono di:

- rafforzare la centralità della persona;
- promuovere l'integrazione tra le risorse pubbliche, private e familiari;
- garantire continuità assistenziale e inclusione sociale;
- attivare il protagonismo attivo della persona nei propri percorsi di cura e benessere.

L'obiettivo è rafforzare la capacità delle persone, dei gruppi e delle comunità di prendere decisioni consapevoli e autonome, migliorare la propria qualità di vita e partecipare attivamente alla costruzione di un territorio più coeso, inclusivo e resiliente.

A sostegno della partecipazione civica e della collaborazione con il tessuto associativo locale, la CdC mette a disposizione una Sala Polifunzionale, destinata ad accogliere:

- incontri e iniziative promosse da associazioni e gruppi locali;
- attività di informazione e sensibilizzazione per la popolazione;
- momenti di confronto e collaborazione tra servizi, enti del terzo settore e cittadini.

La disponibilità di spazi dedicati consente inoltre di favorire l'integrazione tra professionisti, cittadini e associazioni, sostenendo lo sviluppo di interventi di prevenzione, inclusione sociale e partecipazione attiva della comunità.

c. Macro-area Specialistica con l'area funzionale ambulatori specialistici

REQ. b.6 checklist: Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza

L'assistenza specialistica ambulatoriale rappresenta una funzione centrale del sistema territoriale dei servizi, trasversale ai diversi nodi della rete e finalizzata a garantire il soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione, con particolare riferimento alla gestione della cronicità semplice e dei pazienti pluripatologici. In quest'ottica, l'attività specialistica nelle Case della Comunità è organizzata come modulo funzionale integrato con l'assistenza primaria, superando la logica meramente prestazionale a favore di un approccio orientato alla presa in carico globale del paziente.

Il modello organizzativo adottato dall'Azienda prevede il coordinamento unitario dell'attività specialistica, attraverso équipe multidisciplinari e multiprofessionali composte da Specialisti Ospedalieri, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI), medici titolari di incarichi libero-professionali, personale delle professioni sanitarie, nonché mediante la connessione funzionale con le strutture territoriali e ospedaliere. Tale assetto assicura omogeneità erogativa, appropriatezza clinica e continuità dei percorsi di cura.

La presa in carico si sviluppa secondo logiche di rete e di continuità assistenziale, anche attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA), che garantiscono la transizione strutturata tra primo, secondo e, ove necessario, terzo livello di cura, fino al ritorno al setting dell'assistenza primaria. Il raccordo operativo tra attività specialistica di primo livello erogata nelle Case della Comunità e attività di secondo livello erogata nelle strutture ospedaliere assicura la gestione coordinata del paziente lungo tutto il percorso assistenziale.

Il modello è inoltre supportato da strumenti organizzativi e digitali quali la telemedicina e la condivisione delle agende di prenotazione, che facilitano l'interoperabilità tra setting assistenziali e favoriscono l'accessibilità alle cure. Per i dettagli relativi alle modalità di accesso e prenotazione alle prestazioni si rimanda all'allegato "Sistema di integrazione e prenotazione della specialistica ambulatoriale nelle Case di Comunità".

In tale cornice, il modello organizzativo delle Case della Comunità dell'Azienda ULSS 8 Berica prevede l'erogazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale nelle branche di Cardiologia, Pneumologia ed Endocrinologia/Diabetologia, individuate quali aree prioritarie in ragione dell'elevata prevalenza epidemiologica, dell'impatto sulla cronicità e dei volumi di attività rilevati.

L'erogazione della specialistica ambulatoriale è programmata secondo un criterio di proporzionalità rispetto al bisogno assistenziale della popolazione afferente, con modulazione delle sedute per singola disciplina basata sull'analisi epidemiologica e sui volumi di attività rilevati per ciascun bacino territoriale, al fine di garantire un fabbisogno specialistico differenziato per disciplina e sede, coerente con la domanda espressa e con gli obiettivi di presa in carico della cronicità.

In tale contesto, la Casa della Comunità di Montecchio Maggiore presenta un fabbisogno assistenziale prevalente in ambito cardiologico, che richiede una presenza specialistica regolare e strutturata, associata ad attività ambulatoriali di pneumologia ed endocrinologia a supporto dei percorsi di presa in carico della cronicità.

REQ. b.14 checklist: attività garantita di punto prelievi (tipologia pazienti, modalità di accesso..)

Nella CdC di Montecchio Maggiore è attivo un Servizio di Punto Prelievi integrato, finalizzato a garantire l'accesso a prestazioni diagnostiche di base direttamente in sede, in coerenza con quanto previsto dal DM 77/2022, dalla DGRV n. 1683/2022 e dalle indicazioni operative della Missione 6 del PNRR. I dispositivi POCT (Point of Care Testing), gestiti da personale formato secondo protocolli aziendali, permettono l'esecuzione rapida di esami ematochimici e strumentali direttamente in sede (es. HbA1c, glicemia, creatinina, NT-proBNP, CRP, INR), favorendo una presa in carico immediata del cittadino, la continuità assistenziale e l'integrazione nei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le patologie croniche ad alta prevalenza come diabete tipo 2, BPCO e scompenso cardiaco.

L'utilizzo del POCT si inserisce all'interno di una strategia di rafforzamento della medicina di iniziativa e di prossimità, riducendo i tempi di diagnosi e monitoraggio, evitando accessi inappropriati al PS e facilitando il trattamento precoce di condizioni potenzialmente critiche. Tali prestazioni sono erogate all'interno di spazi adeguatamente attrezzati della CdC, in stretta collaborazione con il Laboratorio Analisi aziendale che garantisce il controllo di qualità e la supervisione tecnico-scientifica delle attività POCT.

L'integrazione operativa tra Punto Prelievi, attività clinico-assistenziali della CdC e sistemi informativi aziendali assicura la tracciabilità dei dati, la sicurezza diagnostica e l'efficacia del percorso assistenziale, con particolare attenzione alla gestione della cronicità, alla semplificazione degli accessi e alla riduzione degli spostamenti per i cittadini fragili o residenti in aree periferiche. I dispositivi POCT in dotazione sono informatizzati e collegati alla rete aziendale di laboratorio; i referti vengono acquisiti automaticamente nella Repository aziendale e FSER, garantendo continuità informativa e interoperabilità.

d. Macro-area Servizi Generali e Logistici che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura

All'interno della Casa della Comunità (CdC) di Montecchio Maggiore, l'accoglienza degli utenti rappresenta una funzione fondamentale per garantire accessibilità, orientamento e presa in carico appropriata dei bisogni di salute, in coerenza con il modello organizzativo previsto dal DM 77/2022.

Tale funzione è assicurata principalmente attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA), già descritto nella sezione dedicata, che costituisce la porta unitaria di ingresso ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

Nell'ambito del PUA, il personale garantisce le attività di front office, accogliendo l'utente, fornendo informazioni sui servizi disponibili, supportando l'accesso alle prestazioni e orientando la persona all'interno della rete dei servizi della CdC. L'accesso può avvenire direttamente presso la struttura o tramite contatto telefonico e digitale.

L'accoglienza è inoltre supportata dal sistema CUP aziendale, integrato nella CdC, che consente la prenotazione delle prestazioni sanitarie e la gestione delle agende, favorendo la semplificazione dei percorsi e l'appropriatezza degli accessi.

L'organizzazione dell'accoglienza si basa sulla collaborazione tra personale amministrativo, professionisti sanitari e servizi territoriali, garantendo continuità assistenziale, presa in carico tempestiva e particolare attenzione alle situazioni di fragilità e vulnerabilità.

REQ. b.7 checklist: Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale (descrivere le attività di prenotazione tramite Cup aziendale)

L'integrazione del sistema di prenotazione CUP (ALLEGATO 13) all'interno delle CdC rappresenta un elemento strategico per garantire accessibilità, prossimità e continuità assistenziale. In coerenza con il modello organizzativo delineato dal DM 77/2022, tale integrazione consente ai cittadini di accedere in modo semplificato a prestazioni sanitarie ambulatoriali, diagnostiche e specialistiche, attraverso spazi di agenda dedicati, gestiti in rete con i servizi aziendali.

L'interconnessione tra CdC e CUP aziendale persegue molteplici obiettivi:

- facilitare l'accesso diretto alle prestazioni da parte dell'utenza territoriale;
- ridurre i tempi di attesa e le discontinuità nei percorsi di cura;
- potenziare la presa in carico proattiva da parte dell'IFoC;
- favorire l'interoperabilità tra sistemi aziendali e territoriali;
- promuovere una gestione integrata e ottimizzata della domanda sanitaria.

L'organizzazione del servizio prevede le seguenti modalità operative:

- attivazione di sportelli CUP dedicati all'interno delle CdC e/o collegamento funzionale con quelli già esistenti ed operanti;
- collegamento informatico con il CUP aziendale centrale per la gestione in tempo reale delle agende;
- definizione e riserva di spazi di agenda dedicati per prestazioni prioritarie, utenti fragili, pazienti cronici e percorsi integrati;
- possibilità di prenotazione attraverso canali diversificati: Fascicolo Sanitario Elettronico, sportello fisico, servizio telefonico o tramite il supporto dell'IFoC;
- monitoraggio sistematico dei flussi e dell'utilizzo degli spazi di agenda dedicati.

Ai fini della presa in carico tempestiva ed efficace degli utenti, si prevede la riserva di spazi di agenda dedicati a:

- utenti inseriti in percorsi di sorveglianza sanitaria e screening;
- prestazioni correlate a iniziative e progetti di salute comunitaria;
- accessi programmati in accordo con MAP, PLS e IFoC;
- situazioni di fragilità sociale o clinica rilevate dai servizi territoriali.

L'obiettivo è di rispondere più efficacemente alle istanze in salute espresse dalla popolazione afferente alla CdC rafforzando al contempo l'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie e riducendo i disagi logistici per i cittadini.

Si valorizzano in questo modo anche la Medicina di prossimità e la Sanità integrata, dimensioni queste caratterizzanti le Case della Comunità che consolidano in tal modo anche il loro posizionamento come importante snodo operativo territoriale.

All'interno della casa della Comunità sono stati realizzati locali per il personale, un'area spogliatoio, due aree deposito per il pulito e lo sporco, un magazzino e due locali tecnici di supporto.

5.

5. Dotazione Strutturale e Tecnologica

Nella CdC sono presenti servizi diagnostici che, nell'ambito della presa in carico integrata e di mantenimento della continuità assistenziale, sono finalizzati prioritariamente al monitoraggio della cronicità con la relativa strumentazione anche attraverso l'utilizzo della telemedicina.

Sono presenti strumenti di diagnostica utilizzati dai professionisti che operano all'interno della CdC.

REQ. b.12 checklist

All'interno della Casa della Comunità (CdC) è garantita la presenza di una dotazione tecnologica e strumentale adeguata a supportare le attività diagnostiche di base e specialistiche, in coerenza con quanto previsto dal DM 77/2022 e con il modello di assistenza territoriale orientato alla prossimità, alla presa in carico della cronicità e alla continuità assistenziale.

Sono stati forniti KIT completi al fine di poter monitorare i seguenti parametri: pressione arteriosa (NIBP), saturazione ossigeno (SpO₂), frequenza respiratoria, temperatura corporea e peso comprensivi di Pulsossimetro, Stetoscopio digitale, Sfigmomanometro digitale, Termometro ambientale, Otoscopio digitale, Glucometro senza pungidito, Dispositivi wearable per motion tracking e smartwatches.

Inoltre, per le attività specialistiche sono state fornite le seguenti apparecchiature:

Holter ECG, Holter pressorio, Ecografi portatili, Spirometro, Dermatoscopio, Elettrocardiografo completi di carrello.

Inoltre, al fine di offrire una diagnostica di primo livello, semplice, snella e sicura finalizzata al miglioramento dell'assistenza primaria e all'ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici del paziente la Casa della Comunità è stata dotata di point of care testing (POCT) per esami ematochimici per la determinazione contemporanea fino a 4 parametri (Albumina, ALP, ALT, AST, Bilirubina totale, Creatinina, Glucosio, Proteine Totali, Urea, Colesterolo), analizzatore della coagulazione (contaglobuli come ad es. globuli rossi, globuli bianchi, emoglobina, ematocrito, MCV, MCH, MCHC, Piastrine, Formula leucocitaria), analizzatore di coagulazione (PT, INR) e analizzatori di immunochimica (Troponina cardiaca (cTn)).

La Casa della Comunità è stata dotata anche di defibrillatori automatici (DAE).

6. Integrazione e Rete Territoriale

La Casa della Comunità (CdC) di Montecchio Maggiore promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, garantendo il collegamento operativo e tecnologico con l'intera rete dei servizi sanitari, sociosanitari, sociali ed educativi del territorio, in coerenza con quanto previsto dal DM 77/2022 e dalla DGR n. 721/2023 della Regione Veneto.

Il collegamento con i servizi territoriali è assicurato attraverso una rete integrata che comprende i servizi sanitari distrettuali (cure primarie, specialistica ambulatoriale, assistenza domiciliare), i servizi sociosanitari e sociali (Ambiti Territoriali Sociali e Comuni), nonché i servizi educativi e le realtà del terzo settore, al fine di garantire una presa in carico globale e continuativa della persona e della sua famiglia.

In qualità di struttura afferente al Distretto Ovest, la CdC opera in stretta integrazione con le articolazioni organizzative delle cure primarie, in particolare con la medicina di gruppo integrata e le altre forme di

aggregazione, organizzative multiprofessionali, garantendo la continuità assistenziale e il coordinamento dei percorsi di cura.

Il collegamento con la Centrale Operativa Territoriale (COT) è strutturato e continuo e rappresenta un elemento chiave per il coordinamento dei percorsi assistenziali, in particolare per i pazienti fragili, cronici o con bisogni complessi. La COT garantisce la gestione delle transizioni tra i diversi setting assistenziali (domicilio, CdC, ospedale), il monitoraggio della presa in carico e la continuità delle cure, fungendo da nodo di raccordo tra tutti gli attori della rete territoriale.

La CdC è inoltre integrata con il servizio del Numero Unico Europeo 116117, attivo a livello aziendale, che rappresenta un canale unico di accesso ai servizi territoriali non urgenti. Attraverso il 116117, il cittadino può ricevere informazioni, orientamento e attivazione dei servizi sanitari territoriali, inclusa la presa in carico da parte del PUA o l'attivazione di percorsi assistenziali appropriati, in raccordo con la rete dei servizi della CdC. Dal punto di vista tecnologico, tali collegamenti sono supportati da sistemi informativi integrati e interoperabili (Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale, piattaforme aziendali e sistemi di telemedicina), che consentono la condivisione delle informazioni cliniche, la tracciabilità dei percorsi assistenziali e il coordinamento in tempo reale tra i diversi professionisti e servizi coinvolti.

L'integrazione operativa e tecnologica descritta consente alla CdC di configurarsi come nodo centrale della rete territoriale, capace di garantire accessibilità, continuità assistenziale e appropriatezza delle risposte ai bisogni di salute della popolazione.

ALLEGATO 7: DGRV n. 721/2023

ALLEGATO 8: DGRV n. 4588/2007 (UVMD)

ALLEGATO 9: DGRV n. 96/2025 (SVAMA)

ALLEGATO 10: DGRV n. 1312/2022 (LG - Piani di Zona)

ALLEGATO 11: decreto Direzione programmazione sanitaria n. 31/2023 (Dimissione protetta)

ALLEGATO 12: decreto Direzione programmazione sanitaria n. 3/2025 (LG COT)

7. Partecipazione della Comunità

REQ. b.9 checklist

Inclusione e partecipazione attiva dei cittadini

In linea con il Codice del Terzo Settore (D.Lgs. 117/2017, artt. 55 e 56) e con le relative Linee guida ministeriali, la CdC di Montecchio Maggiore favorisce l'applicazione concreta dei percorsi di co-programmazione e co-progettazione, come previsto nel Piano di Zona dei Servizi Sociali e Sociosanitari 2023–2025 (approvato con DGR ULSS 8 Berica n. 477 del 30/03/2023) prorogato per l'anno 2026.

Tali processi di partecipazione si realizzano attraverso:

- la costruzione condivisa di risposte innovative ai bisogni della popolazione;
- il coinvolgimento diretto degli ETS e delle reti locali nella definizione degli interventi;
- l'attuazione di progetti concreti, come “Di nuovo a casa” e “ASTRI” riferiti al potenziamento delle dimissioni protette.

La partecipazione attiva di cittadini ad associazioni di volontariato e solidali, oltre ad essere una risorsa preziosa per la Comunità, favorisce l'inclusione alla vita sociale, il mantenimento attivo di risorse personali messe a disposizione per bisogni sociali e sociosanitari e promuove lo sviluppo di reti di collaborazione che

sono strumenti che prevengono, riducono e recuperano situazioni di isolamento e marginalità che possono avere pesanti ricadute anche sul piano della salute.

Tra gli enti e associazioni che sono risorse per questo territorio ci sono:

- Volontari della Protezione Civile di Valdagno;
- Cooperativa Sociale Piano Infinito;
- Cooperativa Sociale 81;
- AUSER Montecchio M. e altre sedi locali nei Comuni del territorio;
- Centro Aiuto alla Vita;
- Fattoria Sociale Massignan di Brendola;
- Comunità Papa Giovanni XXIII;
- NOI Montecchio APS;
- Caritas delle Parrocchie del territorio.

Valorizzazione della co-produzione dei servizi e del protagonismo della comunità

Gli ETS e le altre organizzazioni del territorio partecipano attivamente alla definizione di progetti che sono finalizzati a:

- rafforzare la centralità della persona;
- promuovere l'integrazione tra le risorse pubbliche, private e familiari;
- garantire continuità assistenziale e inclusione sociale;
- attivare il protagonismo attivo della persona nei propri percorsi di cura e benessere.

Tra i progetti attivi sul territorio che fa capo alla CdC di Montecchio M. troviamo:

- la realizzazione dei Progetti di vita (ai sensi del D.Lgs. 62/2024), contribuendo alla costruzione dei relativi Budget di Salute;
- Il Programma P.I.P.P.I. per la prevenzione dell'allontanamento dei minori dalla famiglia finanziato dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (LEPS)
- I progetti di Promozione dell'Affido Familiare attraverso il Centro per l'Affido e la Solidarietà Familiare (CASF)
- Progetti di Peer Education e di affrancamento dalla dipendenza da sostanze e dal gioco d'azzardo da parte del Dipartimento Dipendenze.

Le iniziative di promozione della salute, di accompagnamento e sostegno alla funzione genitoriale o di caregiver, di empowerment, di sviluppo delle potenzialità individuali e di comunità, adottano strumenti per monitorare l'andamento del progetto che si traducono sia in periodici incontri di aggiornamento e confronto reciproci, sia in questionari di soddisfazione degli utenti e report intermedi e finali con indicatori di performance propri di ciascun progetto.

Sanità partecipata (associazionismo, terzo settore, enti iscritti al RUNTS)

La CdC di Montecchio M. promuove la collaborazione con il tessuto associativo locale e con gli Enti del Terzo Settore, favorendo la messa in rete delle risorse comunitarie e il coinvolgimento attivo delle organizzazioni del territorio per rispondere in modo integrato ai bisogni di salute della popolazione.

Nel territorio che fa capo alla CdC di Montecchio M. ci sono alcune associazioni attive nell'ambito sanitario tra cui:

- Croce Rossa Italiana - Comitato di Montecchio Maggiore;
- AVIS Montecchio Maggiore;

- ANDOS Ovest Vicentino;
- ACAT e Alcolisti Anonimi;
- Associazione Diabetici Montecchio M.;
- Associazione Alzheimer Ovest Vicentino;
- Associazione Midori.

Si allegano i riferimenti al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS), costantemente aggiornato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali:

<https://servizi.lavoro.gov.it/runts/it-it/Ricerca-enti>

<https://servizi.lavoro.gov.it/runts/it-it/Lista-enti>

Prescrizione Sociale

Nel territorio della CdC di Montecchio M., riconoscendo che la salute è il prodotto di molteplici fattori sociali, economici e ambientali, si promuove un approccio innovativo e olistico alla cura per cui i professionisti sanitari indirizzano i pazienti verso risorse e servizi non clinici presenti nella comunità come attività artistiche e culturali, esercizio fisico, supporto sociale (ad esempio l'Associazione Culturale "Giulietta e Romeo" o l'Università per gli Adulti/Anziani). In questo modo si contengono gli interventi puramente riparativi, potenziando la capacità individuali di mantenersi in uno stato di salute, riducendo la solitudine e l'isolamento sociale, rafforzando le capacità di coping.

Promozione della salute

A sostegno della partecipazione civica e della collaborazione con il tessuto associativo locale, la CdC mette a disposizione una Sala Polifunzionale destinata ad accogliere:

- incontri e iniziative promosse da associazioni e gruppi locali;
- incontri con la popolazione finalizzati ad attività di informazione, sensibilizzazione, alla promozione di stile di vita sani promossi dai professionisti che operano nel CdC e nel territorio come medici, IFoC, assistenti sociali, educatori, ecc.;
- incontri per promuovere la partecipazione attiva dei cittadini ad attività di volontariato, di solidarietà e di prossimità con la finalità, quindi, di potenziare le risorse sociali locali in sinergia con le risorse istituzionali e degli ETS;
- momenti di confronto e collaborazione tra servizi, enti del terzo settore e cittadini.