

# I Presidi Territoriali di Assistenza nella Regione Puglia

<b>Premessa. Il Presidio Territoriale di Assistenza (PTA).....</b>	<b>3</b>
<b>La <i>governance</i> dei PTA.....</b>	<b>6</b>
<b>La definizione dell'offerta di servizi dei PTA.....</b>	<b>9</b>
<b>Servizi di base dei PTA. Set minimo.....</b>	<b>11</b>
Area pubblica.....	13
Area clinica.....	13
Area di Direzione.....	15
<b>La Gestione delle Urgenze territoriali.....</b>	<b>17</b>
<b>Il Collegamento del PTA con gli altri presidi della rete territoriale.....</b>	<b>17</b>
Il collegamento del PTA con l'Ospedale.....	17
Il collegamento del PTA con la rete della assistenza primaria.....	18
Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT).....	20
Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP).....	22
<b>Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi.....</b>	<b>23</b>
L'ambulatorio delle cronicità.....	24
L'ambulatorio infermieristico.....	25
<b>Ricognizione sul territorio regionale PTA.....</b>	<b>26</b>
Attivati - in corso di attivazione - da attivare.....	26

## Premessa. Il Presidio Territoriale di Assistenza (PTA)

Il PTA è un nuovo modello di organizzazione dell'assistenza che pone al centro il paziente facilitando l'accesso ai servizi sanitari territoriali e l'iter assistenziale complessivo.

Il PTA rappresenta la "porta di accesso" del cittadino ai servizi territoriali di assistenza: esso si pone l'obiettivo di fornire una risposta integrata ai bisogni di salute della popolazione aggregando e/o integrando funzionalmente le diverse componenti dell'assistenza territoriale, secondo livelli di complessità variabili a seconda dei fattori di comorbidità ed in coerenza con gli obiettivi stabiliti dalla legge regionale 3 agosto 2006, n. 25.

Gli obiettivi primari del PTA sono :

- organizzare in modo appropriato, efficace ed efficiente i percorsi dei pazienti in relazione ai loro bisogni di salute, rivolgendo particolare attenzione alle persone con patologie croniche, che costituiscono una delle maggiori sfide per il sistema assistenziale;
- organizzare la transizione tra cure primarie e cure secondarie e terziarie, promuovendo percorsi assistenziali integrati che mettano in evidenza le responsabilità, i contributi ed i risultati di tutti i professionisti impegnati nella filiera di cura e assistenza.

In particolare, l'accesso unico alle cure costituisce obiettivo fondamentale del PTA, struttura del Distretto Socio-Sanitario attraverso la quale si creano i collegamenti con tutti i servizi territoriali, sia quelli fisicamente aggregati nel presidio, sia quelli non aggregati, permettendo di raggiungere la finalità di facilitare l'accesso e di snellire l'iter di presa in carico e di indirizzamento degli utenti.

Il PTA rappresenta, altresì, il luogo privilegiato di erogazione dei servizi distrettuali, sia con riferimento ai bisogni di assistenza intermedia che di assistenza amministrativa (fermo restando che le funzioni amministrative di cui alle lett. da b) ad f) dell'art. 14, comma 15, della L.R. 25 del 2006 rimarranno in capo al Distretto).

Già con l'art. 14 della legge n. 25 del 2006, la Regione Puglia aveva previsto che la erogazione di tutta l'attività sanitaria e socio-sanitaria delle strutture territoriali fosse posta in capo al Distretto, quale articolazione organizzativo-funzionale dell'ASL, con l'obiettivo di assicurare la presa in carico globale dell'utente per una risposta strutturata, integrata e complessiva ai bisogni di salute in maniera diffusa e uniforme sul territorio regionale.

In altre parole il modello regionale prevede che al Distretto facciano capo tanto le funzioni di committenza, quanto quelle di erogazione delle prestazioni territoriali, anche attraverso la rete della assistenza primaria e della farmaceutica territoriale.

L'impostazione degli atti di programmazione nazionale e regionale in materia di riorganizzazione dei servizi sanitari da un lato è intervenuta puntando sulla riqualificazione dell'assistenza ospedaliera, dall'altro sul potenziamento dei servizi territoriali, anche valorizzando le opportunità offerte dalle strutture ospedaliere destinate alla riconversione.

Con il Decreto ministeriale n. 70 del 2015 e la Legge di stabilità 2016, sono stati, difatti, individuati nuovi standard qualitativi, tecnologici e quantitativi al fine di portare le reti ospedaliere nazionali all'interno di omogenei parametri di sicurezza, efficacia di cura ed efficacia gestionale. Contestualmente, si riconosce che la riorganizzazione della rete ospedaliera risulta insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema della riqualificazione delle strutture territoriali nonché dell'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere.

In quest'ottica, già nel Regolamento 14 del 2015 la Regione, dopo aver avviato il riordino della rete ospedaliera con i Regolamenti 18/2010 e 36/12, poneva tra i propri obiettivi quello di "incrementare l'offerta di assistenza sanitaria territoriale attraverso la **riconversione di alcune strutture ospedaliere**, in strutture territoriali di Assistenza, denominate Presidi Territoriali di assistenza (PTA)", con l'obiettivo di "potenziare, l'offerta sanitaria di prestazioni residenziali extraospedaliere per persone gravemente non autosufficienti e affette da Patologie croniche".

Quindi, con il Regolamento Regionale n. 7 del 2017(integrato dal reg. 3/2018), in ottemperanza alle suddette normative nazionali, ha ridefinito la rete ospedaliera, assegnando a ciascun presidio un ruolo specifico, in modo da garantire tempestività della diagnosi, appropriatezza e sicurezza delle cure in un'ottica di razionalizzazione dei percorsi.

L'organizzazione di una **rete territoriale** di assistenza rappresenta il complemento necessario ed ineludibile di tale razionalizzazione della rete assistenziale, dovendo assicurare ai cittadini un presidio sanitario non ospedaliero che garantisca l'offerta sul territorio dei servizi di assistenza primaria ed intermedia (come ad es. l'Ospedale di Comunità).

Nel nuovo disegno della rete dei servizi territoriali, in particolare in fase di avvio, i Presidi di Post Acuzie ed i Presidi Territoriali di Assistenza rappresentano la risposta alla riconversione delle strutture ospedaliere e contribuiscono alla rifunzionalizzazione dei servizi distrettuali, in cui sono concentrate, il più possibile, tutte le attività che possono contribuire a realizzare la copertura assistenziale nell'arco delle 12 o 24 ore.

All'esito dei provvedimenti di riordino citati, la Regione Puglia ha previsto l'istituzione di **n. 4 Presidi di Post-Acuzie** e di **n. 30 Presidi Territoriali di Assistenza (PTA)**, (successivamente divenuti n.29 a seguito dell'accorpamento previsto dalla ASL FG dei n.2 PTA di San Marco in Lamis e Sannicandro Garganico, secondo la logica del PTA diffuso che verrà descritto oltre), in corrispondenza di strutture ospedaliere riconvertite, secondo le seguenti tabelle A e B.

I Presidi di Post Acuzie (PPA) sono presidi assistenziali di elevata integrazione dei livelli di assistenza che, oltre ad offrire i servizi di un PTA, garantisce, altresì, ulteriori servizi ovvero possono rappresentare hub di reti a carattere regionale. Pertanto, per ciascun PPA sarà prevista una scheda intervento che indichi i servizi erogati dal PTA inserito all'interno degli stessi.

**Tab. A Presidi di Post-Acuzie istituiti dal regolamento n.7/2017(integrato dal reg. 3/2018).**

ASL BT	ASL BA	ASL TA
Canosa	Terlizzi	Grottaglie
	Triggiano	

In una prima fase, è stato previsto che potranno costituirsi come PTA **esclusivamente le strutture, elencate nella Tab. B**, derivanti dalla riconversione delle strutture ospedaliere ai sensi dell'art.9, comma 2, del Regolamento regionale n. 14/2015, secondo il quale: "I PTA corrispondono alle strutture ospedaliere oggetto di processo di riconversione, per effetto del presente Regolamento, nonché dei R.R. n. 18/2010 e s.m.i. e n. 36/2012..."

**Tab. B Presidi territoriali di Assistenza istituiti dai Regolamenti n. 14/2015 e n. 7/2017 (integrato dal reg. 3/2018).**

ASL FG	ASL BT	ASL BA	ASL BR	ASL TA	ASL LE
Torremaggiore	Minervino Murge	Rutigliano	Mesagne	Massafra	Campi Salentina
San Marco in Lamis*	Spinazzola	Altamura	Ceglie Messapica	Mottola	Nardò
Monte Sant'Angelo	Trani	Gravina	Cisternino		Poggiardo
Vico del Gargano		Bitonto	Fasano		Maglie
Sannicandro Garganico*		Ruvo	San Pietro Vernotico		Gagliano del Capo
Troia/Accadia		Gioia del Colle			
		Noci			
		Grumo Appula			
		Conversano			

\*PTA accorpati su indicazione della ASL FG in un unico PTA diffuso.

In una **seconda fase** si potrà valutare, sulla base delle evidenze epidemiologiche e del fabbisogno sanitario del territorio di riferimento adeguatamente giustificato dai proponenti, nonché dell'assetto dei servizi sanitari del territorio di riferimento in esito ai processi di riorganizzazione, l'istituzione di ulteriori presidi, secondo quanto previsto dal Regolamento regionale n.7/2017 (integrato dal reg. 3/2018) che, all'articolo 8, comma 4, prevede: *"Il PTA si realizza attraverso un pieno accorpamento dei servizi territoriali, di norma presso il Comune sede del distretto socio-sanitario ed in numero di almeno uno per distretto socio-sanitario."*

In questo quadro, le ASL potranno proporre alla Regione la istituzione di nuovi Presidi, tenendo conto delle specifiche e dei requisiti di cui ai paragrafi successivi.

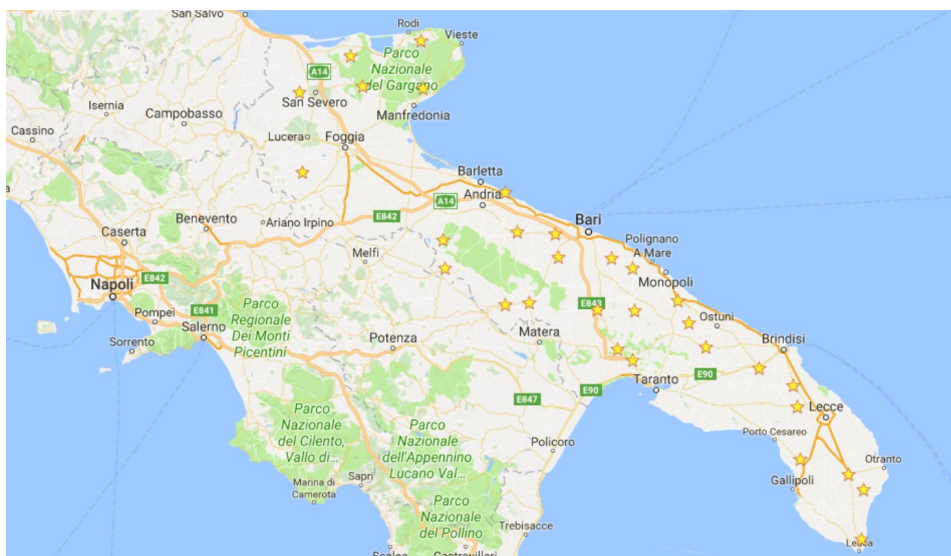
In ogni caso, l'inserimento di ulteriori presidi nella programmazione regionale di cui al presente regolamento e ss.mm. e l'adozione del relativo atto regionale rappresentano condizione imprescindibile per l'avvio della attuazione degli interventi previsti e per la richiesta di finanziamenti regionali a valere sulla programmazione comunitaria 2014-2020.

Nella tabella che segue (tabella C) sono riportati i n.33 PTA/PPA derivanti dalla riconversione delle n.34 strutture ospedaliere.

**Tab. C Presidi Territoriali di Assistenza/Presidi post Acuzie**

ASL FG	ASL BT	ASL BA	ASL BR	ASL TA	ASL LE
Torremaggiore	Minervino Murge	Rutigliano	Mesagne	Massafra	Campi Salentina
San Marco in Lamis/Sannicandro	Spinazzola	Altamura	Ceglie Messapica	Mottola	Nardò
Monte Sant'Angelo	Trani	Gravina	Cisternino	Grottaglie	Poggiardo
Vico del Gargano/Vieste	Canosa	Bitonto	Fasano		Maglie
Troia/Accadia		Ruvo	San Pietro Vernotico		Gagliano del Capo
		Gioia del Colle			
		Noci			
		Grumo Appula			
		Conversano			
		Terlizzi			

Nella mappa che segue è possibile visualizzare la distribuzione geografica dei PTA previsti dai regolamenti regionali.



Per ciascuno dei PTA già previsti dagli atti di programmazione regionale, in allegato al presente documento, vengono riportate le schede di riepilogo dell'assetto dei servizi da garantire, specificando quelli già attivi e quelli da attivare.

## La governance dei PTA

A tutt'oggi varie Regioni hanno approcciato il tema della realizzazione di queste strutture territoriali che, seppur denominate in modo differente (Casa della Salute, Presidi Territoriali di Assistenza, Presidi Ospedalieri Territoriali, Centri di Assistenza Primaria etc.), hanno la finalità comune della costruzione di un concetto di salute per la comunità (che potremmo definire *welfare community* o *welfare society*) attraverso un nuovo modello organizzativo di offerta di servizi sanitari e socio-sanitari a livello territoriale.

La complessità gestionale di queste strutture, costituita non solo dalla semplice sommatoria dei vari singoli servizi accorpati in un'unica sede, è rappresentata anche dagli **alti livelli di interconnessione** che legano tutti i soggetti e i contesti. Si tratta di interdipendenze che emergono tra i diversi cicli funzionali propri delle realtà sanitarie (ciclo clinico, assistenziale ed amministrativo) e tra i vari professionisti coinvolti (AP, PLS, specialisti convenzionati e dipendenti, territoriali ed ospedalieri, ma anche infermieri, tecnici sanitari, figure amministrative, etc.).

Ai sensi dell'art. 4 del Regolamento Regionale n. 6 del 18/04/2011, in ciascun Distretto sono assicurati i seguenti livelli di assistenza territoriale:

a) assistenza primaria e intermedia comprendente: assistenza sanitaria di base, continuità assistenziale, assistenza di emergenza territoriale, assistenza infermieristica, assistenza domiciliare, ospedale di comunità, assistenza nelle strutture residenziali e semiresidenziali territoriali;

- b) assistenza specialistica comprendente: assistenza specialistica ambulatoriale, ivi compresa la medicina dello sport, assistenza riabilitativa, assistenza protesica, assistenza termale e specialistico - riabilitativa;
- c) assistenza consultoriale;
- d) assistenza psicologica;
- e) assistenza penitenziaria;
- f) assistenza sociosanitaria.

Il Distretto assicura gli altri livelli dell'assistenza territoriale attraverso l'integrazione funzionale con tutte le strutture sovradistrettuali e, in particolare, con la Struttura Complessa Farmaceutica Territoriale e con le Strutture del Dipartimento di Salute Mentale, del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, del Dipartimento di Prevenzione.

La funzione di accesso alla rete integrata dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali, compresa la gestione della continuità assistenziale per i pazienti in dimissione protetta dagli ospedali, è di competenza esclusiva del Distretto che la assicura, come previsto dalla normativa e dagli strumenti di programmazione regionale, attraverso la Porta Unica di Accesso (PUA) e l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

In questo quadro, i PTA costituiscono il perno della riorganizzazione dei servizi distrettuali attraverso una nuova modalità di organizzazione e funzionalizzazione delle cure primarie, una reale revisione della rete dei servizi che mira ad integrare e mettere in collegamento (organizzazione a rete) i punti di offerta ed i professionisti che concorrono all'erogazione dell'assistenza territoriale.

Si tratta del punto di partenza dell'integrazione tra le diverse funzioni assistenziali e dello sviluppo dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), al fine di garantire la maggiore integrazione con la rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali a ciclo diurno e a carattere domiciliare.

In questo contesto, risulta altresì necessario ripensare l'organizzazione del sistema delle cure primarie, dal punto di vista del modello di governance e di relazione tra i vari attori istituzionali; dal punto di vista dei modelli assistenziali; dal punto di vista dei percorsi clinici e dell'integrazione ospedale-territorio.

Il modello operativo per la Assistenza primaria ed intermedia deve prevedere degli aspetti qualificanti anche per garantire uniformità ed equità di assistenza ai cittadini:

- il superamento della frammentazione dell'assistenza sanitaria nel territorio mediante la continuità assistenziale;
- un'assistenza basata sulla popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale;
- il riconoscimento che **l'assistenza primaria rappresenta il punto centrale dei processi assistenziali** con forti collegamenti con il resto del sistema, con un ruolo cardine svolto dal Distretto;
- una maggiore caratterizzazione e definizione delle funzioni delle diverse figure professionali, mediche e non, ferma restando la necessità di **integrazione tra** Medici di Assistenza Primaria/PLS, **specialisti, altre professioni sanitarie e sociali, infermieri**, in grado di farsi carico di gruppi di popolazione e di garantire loro una continuità assistenziale integrata, tenuto conto che la responsabilità clinica del paziente, e quindi il coordinamento del processo di cura, è in carico all'equipe medica (Medici di Assistenza Primaria/PLS - Specialisti Ambulatoriali), a cui spetta la presa in carico del paziente anche avvalendosi di PDTA concordati e condivisi;
- l'utilità di definire **sedi fisiche di prossimità sul territorio per l'accesso e l'erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e socioassistenziali** rivolti alla popolazione di pazienti cronici in aggiunta ai già esistenti setting assistenziali rappresentati dal domicilio del paziente o dalle strutture residenziali;
- la presenza di sistemi informativi evoluti in grado di leggere i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) al fine di monitorare e valutare l'assistenza erogata al paziente cronico;

- l'utilizzo di linee guida in grado di tener conto della comorbilità e della complessità assistenziale e, contemporaneamente, porre attenzione alla promozione di stili di vita salubri, utilizzando l'approccio dei piani assistenziali individuali, ancorché formulati a partire da linee guida evidence-based;

- investire sull'auto-gestione dei pazienti e sull'empowerment in modo da aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia.

L'implementazione di una *Assistenza Territoriale Integrata*, come rappresentata dal patto della Salute 2014-2016, ai sensi della così detta legge Balduzzi 189/2012, si realizza tramite:

- un processo organizzativo che garantisca un'efficace continuità dell'assistenza mediante la riduzione del ricorso improprio al Pronto Soccorso e dei ricoveri inappropriati anche con l'attivazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Ambulatoriali (PDTA) che coinvolgano i medici dell'Assistenza Primaria, i PLS, e gli specialisti ambulatoriali convenzionati interni, organizzati in Aggregazioni Funzionali territoriali (AFT) e in Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP);
- il perseguimento del "coordinamento funzionale" dell'attività degli Specialisti Ambulatoriali dei medici di Assistenza primaria e PLS, con le attività del distretto;
- la realizzazione di forme di "maggiore fruibilità e accessibilità" dei servizi e delle attività territoriali da parte dei Cittadini, prevedendo da parte dei medici la fruibilità di spazi comuni, attraverso le UCCP;
- l'utilizzazione degli strumenti della "rete" e della "telemedicina" per la gestione del Paziente in sede domiciliare, e in particolare nelle località disagiate e nelle isole minori.

In una logica di integrazione istituzionale e organizzativa, il PTA svolge, quindi, la funzione ideale di aggregazione dei professionisti che operano sul territorio di riferimento. Nella struttura prestano la loro attività:

- **i medici di Assistenza Primaria (AP) e i Pediatri di libera scelta (PLS) aggregati in una delle forme associative previste dall'ACN e dall'AIR vigenti;**
- **i medici di Continuità Assistenziale (CA);**
- **gli Specialisti ambulatoriali;**
- **articolazioni territoriali del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione per l'assistenza ambulatoriale ex artt.25 e 26 l.833/78 e domiciliare ex art. 26 l.833/78.**
- **articolazioni territoriali del Dipartimento di Prevenzione, del Dipartimento Salute Mentale e del Dipartimento Dipendenze Patologiche**
- **articolazioni territoriali di reti cliniche integrate**
- **gli infermieri e tutte le figure delle professioni sanitarie necessarie per garantire la assistenza e la Assistenza domiciliare integrata.**

In questa direzione, con i PTA, si rende possibile cogliere il bisogno in modo globale, costruendo risposte appropriate e basate sul principio della continuità, della prossimità e della presa in carico dei pazienti e delle famiglie.

In definitiva, il PTA si configura come un elemento aggregante di risorse (sia umane che strumentali) e, come tale, sintesi e catalizzatore di processi e percorsi orientati alla salvaguardia della salute dei cittadini, in una logica orientata al principio della equità di accesso alle cure appropriate. Si tratta di un **modello innovativo**, almeno per il contesto della sanità territoriale, che sembra offrire potenzialità assolutamente significative in un'ottica di efficienza ed efficacia funzionale, ma che, per affermarsi compiutamente, dovrà incidere in modo rilevante sulla cultura dei professionisti e delle organizzazioni sanitarie.

\*\*\*

Si configura così **un modello a rete al cui centro si colloca il Distretto**, che svolge funzioni di coordinamento della committenza ed a cui sono attribuite tutte le funzioni amministrative.



In questa logica, la **responsabilità gestionale, organizzativa e igienico-sanitaria del PTA fa capo al Direttore del Distretto Socio-Sanitario territorialmente competente** o - su espressa delega - al Dirigente Medico Responsabile delle Cure Primarie e Intermedie del DSS, che svolge anche una funzione di collegamento con i responsabili della assistenza e delle diverse strutture interne e la direzione aziendale assicurando le necessarie competenze specialistiche; cura le relazioni con i medici dell'Assistenza Primaria; garantisce il coordinamento delle attività e l'integrazione con i diversi Dipartimenti interessati.

Nelle strutture a maggiore complessità caratterizzate dalla contemporanea presenza della residenzialità territoriale e della sala operatoria, le Direzioni aziendali possono affidare la responsabilità gestionale, organizzativa e igienico sanitaria ad un **Dirigente medico responsabile del PTA**, con incarico di responsabilità definito in maniera modulata rispetto alla complessità della struttura affidata (da incarico professionale di cui alla lettera c, ad incarico di direzione di struttura semplice di cui alla *lettera b* dell'articolo 27 del vigente CCNL Dirigenza Medica).

Analogamente, in funzione del grado di complessità dell'offerta garantita dal PTA, può essere prevista una figura di **coordinamento infermieristico** al fine di omogeneizzare e semplificare le procedure di accesso alle prestazioni ed ai servizi territoriali, sia ambulatoriali che domiciliari, nonché di promuovere l'integrazione ospedale-territorio attraverso una rapida presa in carico nelle dimissioni protette.

Le responsabilità delle strutture di degenza territoriali eventualmente presenti sono disciplinate dagli appositi regolamenti regionali.

## La definizione dell'offerta di servizi dei PTA

Il PTA è un sistema di erogazione di servizi in rete che permette di intercettare capillarmente le richieste sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini e di soddisfarle in modo appropriato.

La tipologia dei servizi da prevedere nell'ambito di ciascun PTA può variare in funzione delle caratteristiche del territorio, della densità della popolazione, del quadro epidemiologico della popolazione assistita e della offerta sanitaria presente sul territorio.

Pertanto, la definizione degli specifici servizi sanitari, sociosanitari e sociali da implementare all'interno di ciascun PTA sarà effettuata dalla Azienda Sanitaria Locale di riferimento, sentito il Direttore del Distretto Socio-Sanitario competente, in coerenza con gli atti di programmazione regionale di organizzazione dell'offerta e di investimenti infrastrutturali e strutturali.

Da un punto di vista strutturale, come regola generale, il PTA dovrà includere differenti tipi di spazi suddivisi in **macro-aree omogenee raggruppate per funzione**, non necessariamente ad uso esclusivo, ognuna delle quali deve possedere caratteristiche ed esigenze differenti e che quindi, in modo analogo, devono essere riconoscibili dall'utente, anche attraverso le finiture, gli arredi, i colori, per rendere chiari i percorsi e l'orientamento.

La tabella seguente illustra tutte le funzioni distrettuali che è possibile collocare all'interno dei PTA:

Zona / settore	SERVIZI AREA PUBBLICA
SERVIZI COMUNI	Accoglienza-accettazione
	Spazi di attesa comuni
	Punto informazione (URP) per i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali
	Accesso Unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)
	CUP-Ticket
	Ufficio Anagrafe Assistibili
	Sportello Protesica/Assistenza farmaceutica integrativa/Farmacia Territoriale (punti di distribuzione)
	Ufficio assistenza all'estero

	Associazioni di volontariato
<b>Zona / settore</b>	<b>POSSIBILI SERVIZI AREA CLINICA</b>
<b>SERVIZI SANITARI</b>	
-Diagnostica	Punto prelievo
	Diagnostica radiologica ed ecografica
	Diagnostica di supporto agli screening oncologici
	Diagnostica avanzata (endoscopia, TAC /RMN)
-Attività specialistica	Poliambulatorio (di base, di II o III livello)
	Ambulatorio per le cronicità
	Day Service medici
	Day Service chirurgici
	Ambulatori servizi territoriali afferenti alle reti cliniche e aziendali
	Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)
	Ambulatorio infermieristico
<b>SERVIZI EMERGENZA URGENZA (SEU)</b>	
	postazione 118
	Servizio Consulenza Ambulatoriale Pediatrica (SCAP)
<b>Assistenza Primaria</b>	
	Associazionismo complesso dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta
	ADI / Cure Domiciliari Integrate
	Continuità Assistenziale
<b>SERVIZI SOCIO SANITARI</b>	
	Porta Unica di Accesso (PUA)
	Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)
	Ufficio Servizio Sociale professionale
	Presa in carico e gestione delle dimissioni protette
<b>SERVIZI SANITARI DIPARTIMENTALI</b>	
Prevenzione	Vaccinazioni
	Sicurezza sul lavoro
	Medicina legale e fiscale
	Screening
	Sicurezza alimentare e Sanità animale
	Commissione invalidi
Riabilitazione	Centro Riabilitazione Ambulatoriale
	Trattamenti Domiciliari
Salute Mentale	Centro Salute Mentale
	Neuropsichiatria infantile
Dipendenze Patologiche	SerT
	Centri Terapeutici Speciali (fumo, alcol, ludopatie)
Assistenza consultoriale e materno-infantile	Consultorio familiare
	Centro di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)
Rete Oncologica Pugliese	Centro di ORientamento Oncologico (CORO)
<b>DEGENZE TERRITORIALI</b>	
	Residenze sanitarie
	Ospedale di Comunità
	Hospice

	Centro risvegli
	Centro residenziale per i Disturbi del comportamento alimentare (DCA)
- Servizi a gestione ospedaliera	Centro dialisi
<b>SERVIZI SEMIRESIDENZIALI</b>	
	Centro diurno per disabili
	Centro diurno per pazienti psichiatrici
	Centro diurno demenze
	Centro <i>semiresidenziale</i> per i Disturbi del comportamento alimentare (DCA)
<b>Zona / settore</b>	<b>Servizi</b>
	Uffici di direzione DSS/Uffici amministrativi
	Uffici periferici di Aree (amm.ve e tecniche)
	Magazzino (protesica/economato)
	Sala riunioni/conferenza

In alcune aree caratterizzate da condizioni geografiche e demografiche particolarmente disagiate (comuni con popolazione ridotta ed elevate distanze rispetto ai centri abitati più popolosi) la Azienda Sanitaria, previa condivisione ed autorizzazione con il Dipartimento regionale, potrà adottare un modello organizzativo che non preveda un'unica sede fisica, ma una piattaforma comune in cui integrare i servizi distrettuali, attraverso il collegamento funzionale (organizzazione a rete) tra il PTA di riferimento ed i punti di offerta dei servizi presenti sul territorio che concorrono alla erogazione della assistenza distrettuale.

La responsabilità della gestione di tale **PTA diffuso** verrà attribuita secondo le previsioni del presente regolamento al Distretto in cui è localizzata la struttura pivot della rete organizzativa. L'integrazione organizzativo/funzionale tra le diverse componenti sarà garantita dal responsabile del PTA.

## Servizi di base dei PTA. Set minimo.

Il set minimo di servizi che il PTA deve offrire è descritto nella tabella che segue.

In particolare, dovranno essere garantiti le seguenti funzioni di base:

- tutti i servizi previsti nell'area pubblica;
- il Punto Unico di Accesso (PUA), che deve fornire risposte integrate sociosanitarie ai bisogni di salute dei cittadini con funzioni di front office (accoglienza, ascolto, rilevazione bisogni, apertura fascicolo personalizzato, informazioni sui servizi della struttura e locali, primo orientamento) e di back office (prevalutazione casi segnalati, rapporto costante con MMG, aggiornamento mappa dei servizi sul territorio);
- la presenza delle Aggregazioni Funzionali Territoriali, già previste dall'ACN 2009 e perfezionate dall'art. 1 della Legge 189/2012;
- l'ambulatorio per le cronicità;
- l'assistenza specialistica ambulatoriale. Dovranno, in ogni caso, essere garantite le branche collegate al Programma Care Puglia: cardiologia, pneumologia, endocrinologia/diabetologia, nonché le branche di oculistica, neurologia ed ortopedia.
- l'attività di diagnostica di primo livello per immagini e strumentale, nonché il punto prelievi;
- l'ambulatorio infermieristico, prevalentemente dedicato ai Percorsi dei Pazienti cronici, anche con funzioni di Follow up per attività e prestazioni ricomprese nel piano individuale;
- postazione di emergenza-urgenza territoriale;
- La farmacia territoriale ed i punti di distribuzione per assistenza integrativa farmaceutica nei PTA che abbiano moduli di residenzialità territoriale (ODC, RSA, Hospice) o che presentino un numero di accessi giornalieri ai servizi ambulatoriali superiore a 70. Per detti servizi deve essere garantita una attenta sorveglianza nelle forme più idonee.

La tabella che segue riepiloga le funzioni di base, obbligatoriamente presenti:

<b>Zona / settore</b>	<b>SERVIZI AREA PUBBLICA</b>
<b>SERVIZI COMUNI</b>	Accoglienza-accettazione
	Spazi di attesa comuni
	Punto informazione (URP) per i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali
	Accesso Unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)
	CUP-Ticket
	Ufficio Anagrafe Assistibili
	Sportello Protesica/Assistenza farmaceutica integrativa/Farmacia Territoriale (punti di distribuzione)
<b>Zona / settore</b>	<b>SERVIZI AREA CLINICA</b>
<b>SERVIZI SANITARI</b>	
-Diagnostica	Punto prelievo
	Diagnostica radiologica ed ecografica
-Attività specialistica	Poliambulatorio (di base)
	Ambulatorio per le cronicità (destinato alla gestione delle principali cronicità)
	Day Service medici
	Ambulatorio infermieristico
<b>Assistenza Primaria</b>	
	AFT
	Continuità assistenziale
<b>SERVIZI SOCIO SANITARI</b>	
	Porta Unica di Accesso (PUA)

E' possibile prevedere le ulteriori funzioni di area amministrativa e di accoglienza, di articolazione dei diversi dipartimenti aziendali, di articolazione delle reti cliniche, di servizi socio-sanitari, di servizi semiresidenziali descritte in precedenza in relazione alla specifica configurazione dell'offerta distrettuale nel territorio di riferimento.

Nelle strutture più complesse, e verificata la coerenza della programmazione aziendale con quella regionale, sarà possibile ampliare i servizi di cui al set minimo con quelle di cui al paragrafo precedente. In particolare, con moduli di residenzialità territoriale (OdC, RSA, Hospice, Centro Risvegli) da selezionare in funzione della programmazione regionale e aziendale in ordine al fabbisogno e alla rete di offerta del territorio di competenza.

La presenza di una sala operatoria, rispondente ai requisiti previsti dalle normative vigenti in materia, dotata del necessario personale di supporto, consente l'erogazione di prestazioni chirurgiche ambulatoriali, anche in regime di Day Service, secondo quanto disciplinato da apposito regolamento.

La struttura potrà prevedere, altresì, poliambulatori anche di III livello con diagnostica avanzata (RMN, TAC, ecc).

\*\*\*

Di seguito si dettagliano le tipologie di servizi che è possibile attivare nell'ambito dei PTA suddivise per macro-aree.

## Area pubblica

L'area pubblica comprende, dimensionati secondo le necessità: l'ingresso, l'area principale d'attesa, il punto di informazione, il CUP, gli sportelli per i servizi, ecc. Essa dovrebbe essere il più possibile aperta e dare sensazione di accoglienza dell'utente, prevedendo ambienti confortevoli e una chiara indicazione dei percorsi.

È preferibile, per motivi di sicurezza e di controllo e per non ingenerare confusione nel pubblico, avere - ove possibile - un unico punto di ingresso. Ad ogni buon conto le ASL dovranno garantire opportuna vigilanza delle strutture 24/24 ore con sistemi attivi e passivi idonei (vigilanza diurna e notturna armata e sistemi di allarme e videosorveglianza collegati a centrale).

Nell'area accettazione dovrà essere allocato il punto di informazione (sportello URP), nonché tutte le indicazioni per il raggiungimento delle varie aree e servizi offerti nel PTA. Il punto di informazione dovrà essere presidiato da personale in grado di fornire professionalmente tutte le informazioni necessarie all'utente.

Nel Presidio dovranno essere disponibili separate **aree di attesa**, dotate di idoneo servizio di eliminacode, contigue soprattutto ai servizi ad elevato afflusso di utenza. Nella progettazione si dovranno raggruppare il più possibile gli spazi di primo contatto con il pubblico (informazione, CUP, ufficio anagrafe assistibili, etc.).

Occorre prevedere la realizzazione di *sportelli front office* identificati come **Accesso Unico Facilitato al Sistema** per semplificare il rapporto con il cittadino (es. *Sportello Disabilità e Handicap, Sportello SLA, Sportello Fragilità e Malattie Rare, Sportello per dichiarazione volontà donazione organi, Sportello Alzheimer ecc.*).

Detto sistema di accesso deve essere di tipo flessibile e multifunzionale, sia per poter meglio affrontare attività legate a determinati periodi (es. rinnovo delle esenzioni ticket, scelta del medico per subentro, etc.) che determinano un iper afflusso di utenza, sia per semplificare i percorsi interni e poter ricavare spazi di attesa comuni.

Essendo punto di riferimento per la salute del cittadino nel senso più ampio del termine, il PTA deve ricomprendere al proprio interno, nei limiti della disponibilità di spazi, anche aree a disposizione per le associazioni di volontariato dell'ambito sanitario e socio-sanitario.

## Area clinica

Questa area rappresenta il punto centrale del Presidio: all'interno di detta area si trovano ambienti aperti al pubblico (ambulatori, etc.) ed ambienti riservati al solo personale (locali tecnici, spogliatoi, etc.).

L'organizzazione del PTA deve prevedere che i servizi similari siano organizzati in raggruppamenti funzionali di attività, rispettando i percorsi operativi e nell'ottica di facilitare l'accesso dei cittadini ai servizi:

- **zona dei servizi sanitari** - comprendente punto prelievo territoriale, ambulatorio infermieristico, ambulatorio per gli immigrati (STP), servizio ADI-cure domiciliari, diagnostica radiologica (RX tradizionale), diagnostica senologica (digitale per screening), diagnostica avanzata (TAC/RMN, poliambulatorio di base, specialistico o di terzo livello<sup>1</sup>, Day service medici e Day chirurgici (per i PTA dotati di sale operatorie idonee) nonché di ambulatori/servizi territoriali afferenti alle reti cliniche (*rete malattie rare, articolazioni operative/punti raccolta sangue della rete trasfusionale*<sup>2</sup>, CORO<sup>3</sup>, ecc.), ambulatorio per la gestione delle cronicità, ambulatori decentrati dei Centri

---

<sup>1</sup> Paragrafo 2.4.2.1 del Piano regionale di Salute 2008/2010 adottato con LR n. 23 del 19 settembre 2008

<sup>2</sup> DGR n.900/2017 - Modello organizzativo della Rete trasfusionale pugliese

<sup>3</sup> DGR n. 221/2017 - Avvio della Rete Oncologica Pugliese

Antitrombosi (CAT) per pazienti in trattamento orale anticoagulante TAO/NAO nonché ambulatori afferenti alle reti aziendali dipartimentali, Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)<sup>4</sup>;

- **zona dei servizi sanitari per l'emergenza/urgenza** - comprendente postazione 118, continuità assistenziale, SCAP in coerenza con le previsioni del Regolamento Regionale n.7/2017 (integrato dal reg. 3/2018).
- **zona delle cure primarie** (MMG, PLS) - comprendente AFT, UCCP, CPT o altre forme aggregative previste dalla convenzione degli AP e dei PLS. Dette attività devono essere allocate in spazi idonei alla forma associativa autorizzata e preferibilmente in settori facilmente raggiungibili dall'utenza.
- **zona dei servizi sociali e socio sanitari** comprendente la Porta Unica d'Accesso (PUA), l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), il servizio sociale professionale e - secondo la articolazione prevista dalla rete consultoriale regionale<sup>5</sup> - il Consultorio Familiare. Quest'ultimo deve essere dotato, possibilmente, di ingresso riservato e comunque posto in un settore che non interferisca con le altre attività.
- **zona dei servizi sanitari dipartimentali** (Riabilitazione, Salute Mentale e Dipendenze Patologiche) e, ove previsto, PMA (nel rispetto del fabbisogno previsto dal Regolamento Regionale n. 2 del 2014). La collocazione di dette attività deve essere pensata per evitare interferenze con le altre attività e, ove possibile, essere dotata di ingresso riservato.
- **zona dei servizi residenziali con posti letto territoriali** comprendente RSA, Ospedale di comunità, Hospice, Centro risvegli, Centro Dialisi con Posti Rene, Centro *residenziale* per i Disturbi del comportamento alimentare (DCA), come disposto in sede di programmazione regionale con il Regolamento n. 7 del 2017(integrato dal reg. 3/2018) ed in funzione dei fabbisogni stabiliti con regolamenti regionali.
- **zona dei servizi semiresidenziali** comprendente Centri diurni (*per disabili, per psichiatrici, per soggetti affetti da demenza*) e Centro *semiresidenziale* per i Disturbi del comportamento alimentare (DCA).
- **zona dei servizi di prevenzione** comprendente vaccinazioni, medicina legale, commissione invalidi, ambulatori screening, ambulatori per la prevenzione e per la promozione dei corretti stili di vita, salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, igiene pubblica.

**L'assistenza specialistica** dovrà essere anch'essa oggetto di riorganizzazione, in funzione della qualificazione (in termini di offerta sanitaria) e della classificazione della complessità dei poliambulatori e dei servizi connessi ai sensi della L.R. n. 23 del 2008 (punto 2.4.1.1 dell'Allegato 1), nonché in vista della evoluzione nelle forme aggregate previste dall'ACN del 2009.

La rete dei Poliambulatori deve essere dimensionata per essere capace di offrire in maniera flessibile prestazioni sia semplici che strutturate sotto forma di **Day Service (DSA)**; l'erogazione delle prestazioni territoriali che saranno di volta in volta identificate nei **Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) approvati in sede regionale e aziendale**; le prestazioni previste nell'ambito del programma regionale Care Puglia, attraverso gli specifici ambulatori di cronicità collegati.

In tale ultimo contesto, l'assistenza specialistica territoriale, nel rispetto del principio della presa in carico globale del paziente cronico e dell'approccio di medicina d'iniziativa, dovrà prevedere l'erogazione di prestazioni, da parte dei professionisti e delle differenti figure professionali del PTA, in integrazione con i servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali.

---

4 "Piano nazionale demenze" approvato dalla Conferenza Unificata del 30 ottobre 2014 e pubblicato in G.U. 13 gennaio 2015, n. 9.

5 DGR 27 dicembre 2012, n. 3066 "L.R. n. 23/2008 - Piano di Salute 2008-2010 e DGR n. 405 del 17 marzo 2009. Progetto di riorganizzazione della rete consultoriale pugliese e Direttive regionali. Approvazione a seguito della revoca della DGR n. 735 del 15 marzo 2010".

La compresenza nei PTA di figure professionali con competenze diverse e le differenti esigenze degli assistiti connotano un ambiente organizzativo in cui la titolarità di taluni interventi e il ruolo dei professionisti risulta a geometria variabile.

**L'offerta della medicina specialistica del PTA** deve essere incardinata su medici convenzionati ambulatoriali interni, possibilmente a tempo pieno su un unico Distretto Socio Sanitario, e su medici specialisti transitati alla dipendenza, tutti operanti all'interno di un robusto rapporto di integrazione: Territorio-Ospedale-Dipartimenti territoriali - finalizzato alla presa in carico soprattutto dell'utenza in condizione di fragilità temporanea o definitiva.

Un siffatto assetto organizzativo è da intendersi come la chiave di volta delle politiche che riguardano il settore della specialistica ambulatoriale, sia per l'ottimizzazione dei flussi dei pazienti ambulatoriali tramite la messa in comune degli spazi e delle agende, sia per le competenze ed i saperi specialistici di cui sono portatori.

Tutte le prestazioni specialistiche, senza eccezioni, devono essere gestite per il tramite del CUP, che deve garantire, attraverso la programmazione distrettuale, agende dedicate per specifici percorsi clinici quali quelli rivolti ad esempio a pazienti oncologici o a pazienti cronici reclutati dal programma CARE Puglia.

A supporto degli interventi dei medici specialisti e del medico dell'assistenza primaria, deve essere istituito un **Ambulatorio infermieristico**, che ha l'obiettivo di favorire e garantire la continuità assistenziale sia per i pazienti deambulanti, che necessitano di interventi infermieristici in forma ambulatoriale, sia per i pazienti da assistere a domicilio. Infatti, all'interno di questi ambulatori, svolgeranno la loro attività gli stessi operatori che si occupano degli ambulatori specialistici, del centro prelievo, delle cure domiciliari, dell'articolazione locale del sistema di emergenza/urgenza, che dovranno garantire l'esecuzione di trattamenti sanitari per i quali non è necessario l'intervento del medico.

La presenza di una **sala operatoria**, rispondente ai requisiti previsti dalle normative vigenti in materia, dotata del necessario personale di supporto, consente l'erogazione di prestazioni chirurgiche, anche in regime di Day Service.

La **farmacia territoriale** ed i **punti di distribuzione per assistenza integrativa farmaceutica** devono essere allocati nei PTA che abbiano moduli di residenzialità territoriale (ODC, RSA, Hospice), o che presentino un numero di accessi giornalieri ai servizi ambulatoriali superiore a 70. Per detti servizi deve essere garantita una attenta sorveglianza nelle forme più idonee.

## **Area di Direzione**

È una zona che ha una funzione prevalentemente di servizio. A seconda delle dimensioni del Presidio, l'area del personale e degli uffici periferici può comprendere la zona amministrativa, un'area direzionale, aule e sale riunioni dedicate, che possono essere utilizzate per attività di formazione e informazione.

Alcuni particolari spazi amministrativi devono trovarsi necessariamente in aree condivise con gli spazi di accoglienza, come il CUP, lo sportello anagrafe assistibili, l'ufficio protesi/ausili e assistenza integrativa, etc. cercando di differenziare l'attività connessa col *front office*, rispetto all'attività di *back office* dell'amministrazione.

Sono compresi in questa macro-area anche gli spazi dedicati alla gestione degli approvvigionamenti (*magazzino economale, magazzino protesica ecc.*) e allo smaltimento dei rifiuti, nonché zone di servizio necessarie al funzionamento del Presidio.

In ogni caso, l'inserimento di ulteriori servizi nella programmazione regionale di cui al presente regolamento e ss.mm. e l'adozione del relativo atto regionale rappresentano condizione imprescindibile per l'avvio della attuazione degli interventi previsti e per la richiesta di finanziamenti regionali a valere sulla programmazione comunitaria 2014-2020.





## **La Gestione delle Urgenze territoriali**

La dislocazione e la qualificazione dei nodi del sistema di urgenza territoriale è stata definita con la DGR 1933 del 30 novembre 2016 e recentemente modificata dalla DGR n. 583 del 10 aprile 2018 avente ad oggetto “Rete di emergenza-urgenza territoriale. Modifica ed integrazione della Dgr. n. 1933/2016”.

Il presidio delle emergenze/urgenze territoriali è affidato al 118.

In relazione alla gestione delle urgenze territoriali minori, la costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali, la cui finalità primaria è quella di garantire una copertura assistenziale quanto più ampiamente possibile distribuita nelle h 10-12 diurne, rappresenta il primo livello di assistenza per condizioni cliniche che usualmente possono essere gestite nell’ambito di uno studio medico monoprofessionale.

La presenza dei Medici di Continuità Assistenziale (sommata a quella dei MMG e PLS) consente di garantire un’assistenza H24 e costituire un punto di riferimento valido, alternativo all’ospedale, anche per le urgenze di basso-medio livello (codici bianchi e, in parte verdi).

Nell’ottica di implementare le relazioni virtuose tra il sistema delle cure primarie, l’assistenza territoriale e quella ospedaliera, per garantire l’accesso alle cure in un contesto di appropriatezza, la Regione Puglia ha inoltre avviato un servizio di consulenza ambulatoriale pediatrica (SCAP), realizzato in collaborazione con i pediatri di libera scelta, per garantire assistenza pediatrica specialistica durante i giorni festivi e i prefestivi e limitare l’accesso inappropriato al Pronto Soccorso.

## **Il Collegamento del PTA con gli altri presidi della rete territoriale**

Il PTA costituisce la porta di accesso del cittadino-utente a tutti i servizi relativi all’assistenza medica e pediatrica di base, all’assistenza specialistica extra-ospedaliera, ivi inclusa la Neuropsichiatria Infantile, i Sert, la Riabilitazione e l’assistenza protesica, alla prevenzione, all’assistenza domiciliare, all’assistenza sanitaria in regime residenziale o semiresidenziale, all’assistenza farmaceutica ed integrativa, all’assistenza specialistica.

Ai PTA, intesi come “presidi centralizzati”, nei quali si attiva la “presa in carico integrata”, ed all’interno dei quali sarà possibile allocare servizi specifici, dovranno collegarsi tutti i “poliambulatori decentrati” periferici, ai quali i cittadini potranno accedere direttamente, trovando risposta in loco oppure nel presidio centralizzato per quelle funzioni non disponibili in periferia.

Nel ridisegno della rete della specialistica ambulatoriale le ASL dovranno tenere in considerazione anche gli ambulatori specialistici ospedalieri, che dovranno essere posti in rete con gli ambulatori territoriali ed indirizzarsi verso la gestione di una casistica più complessa.

In particolare occorre strutturare una logica di Gestione Integrata per le cronicità tra il MMG/PLS e la specialistica distrettuale ed ospedaliera, attraverso una rete di ambulatori dedicati, finalizzati a differenziare i diversi livelli erogativi del sistema (ambulatori di 1°, 2° e 3° livello) secondo il grado di complessità gestionale dei pazienti, come definito nell’ambito del Programma Care Puglia.

## **Il collegamento del PTA con l’Ospedale**

Il collegamento tra il Presidio Territoriale di Assistenza ed il Presidio Ospedaliero rappresenta una prospettiva fondamentale di sviluppo della rifunzionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale.

I punti di interconnessione PTA-Ospedale riguardano le principali aree presenti nella struttura ed in particolare:

- **Dimissioni protette:** per i pazienti ricoverati e dimessi con problematiche di non autosufficienza da inserire nel circuito della degenza territoriale ovvero della assistenza residenziale e/o domiciliare;
- **Dimissioni facilitate:** in particolare dei pazienti cronici (diabete mellito, scompenso cardiaco, etc.) e dei pazienti post-acuzie con patologie severe (post-infarto, post-ictus) che garantiranno la continuità assistenziale attraverso il collegamento pre-dimissione con la rete territoriale di assistenza di riferimento del paziente.

Le dimissioni protette e facilitate devono essere effettuate sempre **di intesa con il medico di AP/PLS, i servizi territoriali e la rete familiare di supporto.**

Le procedure di attivazione sono avviate, non meno di 3 giorni lavorativi prima della dimissione prevista, dall'équipe medica del reparto in cui il paziente è ricoverato che compila un'apposita scheda di **Proposta di Dimissione Protetta**, unitamente alla documentazione sanitaria e/o sociale necessaria (SVAMA, SVAMD, SVAMA sociale), da inviare al DSS competente o al Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione.

E' possibile attivare una funzione dedicata alla *Transitional Care*, nell'ambito del Servizio Cure Domiciliari e Assistenza Intermedia del DSS, composta da un medico coordinatore e da uno staff costituito da infermieri, OSS, assistente sociale, che guidi e accompagni la transizione del paziente attraverso i setting appropriati all'impegno assistenziale richiesto (acuzie/postacuzie/ospedale di comunità/residenze sanitarie/ADI/domicilio), con il coinvolgimento del medico di AP/PLS dell'assistito e - se necessario - il Comune di residenza per la presa in carico sociale.

Lo staff dedicato alla Transitional CareUtile opera in stretto contatto con i Presidi Ospedalieri e con tutti i nodi dell'offerta di degenze territoriali dell'area di riferimento da un lato e con la PUA del PTA dall'altro, secondo i principi del *case-management*, gestendo il percorso di collegamento tra i diversi setting con il medico di AP/PLS che ha in carico il paziente e con il circuito delle Cure Primarie collegato al PTA di appartenenza.

La valutazione del paziente in UVM o da parte dell'Unità del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione viene effettuata preferibilmente in ospedale, prima della dimissione, e dà luogo rispettivamente alla stesura di un Piano Assistenziale Individuale (PAI) o di un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), nonché all'attivazione di tutti gli interventi necessari per promuovere la dimissione del paziente.

In tale sede il AP/PLS è coinvolto nella valutazione del setting verso cui il paziente sarà orientato una volta dimesso dall'ospedale (domicilio con attivazione Cure Domiciliari, residenza sanitaria o socio-sanitaria, struttura di riabilitazione territoriale, struttura per cure palliative, ospedale di comunità).

## **Il collegamento del PTA con la rete della assistenza primaria**

Nell'ottica del riassetto della rete territoriale, il D.L. 13 settembre 2012 n.158, coordinato con la legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189ha previsto una riorganizzazione dell'assistenza primaria.

Il D.Lvo 189/2012 all'art. 1 comma 2 così recita: "Le aggregazioni funzionali territoriali e le unità complesse di cure primarie erogano l'assistenza primaria attraverso personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. Le regioni possono, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, prevedere la presenza, presso le medesime strutture, sulla base della convenzione nazionale, di personale dipendente del Servizio sanitario nazionale, in posizione di comando ove il soggetto pubblico incaricato dell'assistenza territoriale sia diverso dalla struttura di appartenenza"

Il Patto per la Salute 2014-2016,all'art. 5 comma 1, prevede: "Al fine di promuovere un modello multiprofessionale ed interdisciplinare, le Regioni, nell'ambito della propria autonomia decisionale ed organizzativa, istituiscono le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrate con personale dipendente del SSN come previsto dal comma 2 dell'art.1 della legge 189/2012, per l'erogazione delle cure primarie. Esse perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria del Distretto, secondo

un modello-tipo coerente con i contenuti degli ACN e definite dalle Regioni al fine di garantire uniformità assistenziale.”

La norma ha previsto, nel nuovo assetto della Medicina Generale, il **Ruolo Unico** del personale medico convenzionato, con il superamento dell'attuale sistema distinto in settori, Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) e Assistenza Primaria (medici di famiglia), realizzando un sistema unitario, ove attività orarie, come ad esempio guardia medica e servizi territoriali, e attività a quota capitaria, come la medicina di famiglia, potranno essere svolte dallo stesso medico.

Tale cambiamento, seppur previsto dalle suddette normative, non ha ancora visto piena attuazione su scala nazionale ed è oggetto di contrattazione col prossimo Accordo Collettivo Nazionale (ACN) e dei successivi Accordi Integrativi Regionali (AIR) della medicina generale.

Oltre al ruolo unico nella precitata normativa, è stato previsto il superamento delle diverse tipologie di forme associative della Medicina Generale di cui all'art. 54 dell'ACN 2009, prevedendo quali uniche forme di aggregazione dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta le **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)**, forme organizzative monoprofessionali che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, e le **Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)**, forme organizzative multiprofessionali che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il SSN, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

Il riassetto delle Cure Primarie comporta quindi la necessità di riorganizzare la medicina convenzionata (Medici di Assistenza Primaria/PLS e Medicina Specialistica Ambulatoriale) e tutte le figure professionali che costituiscono il Sistema della “Primary Health Care” in raggruppamenti funzionali, anche per dare attuazione a quanto previsto dalla Legge 189/2012.

Il modello operativo per la medicina di iniziativa deve prevedere degli aspetti qualificanti anche per garantire uniformità ed equità di assistenza ai cittadini:

- il superamento della frammentazione dell'assistenza sanitaria nel territorio mediante la continuità assistenziale;
- un'assistenza basata sulla popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale;
- il riconoscimento che l'assistenza primaria rappresenta il punto centrale (hub) dei processi assistenziali con forti collegamenti con il resto del sistema, con un ruolo cardine svolto dal Distretto;
- una maggiore caratterizzazione e definizione delle funzioni delle diverse figure professionali, mediche e non, ferma restando la necessità di integrazione tra MMG, specialisti, altre professioni sanitarie e sociali, infermieri, in grado di farsi carico di gruppi di popolazione e di garantire loro una continuità assistenziale integrata, tenuto conto che la responsabilità clinica del paziente, e quindi il coordinamento del processo di cura, è in carico all'equipe medica (Medici di Assistenza Primaria/PLS - Specialisti Ambulatoriali), presa in carico del paziente anche avvalendosi di PDTA concordati e condivisi;
- l'utilità di definire sedi fisiche di prossimità sul territorio per l'accesso e l'erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e socioassistenziali rivolti alla popolazione di pazienti cronici in aggiunta ai già esistenti setting assistenziali rappresentati dal domicilio del paziente o dalle strutture residenziali;
- la presenza di sistemi informativi evoluti in grado di leggere i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) al fine di monitorare e valutare l'assistenza erogata al paziente cronico;
- l'utilizzo di linee guida in grado di tener conto della comorbilità e della complessità assistenziale e, contemporaneamente, porre attenzione alla promozione degli stili di vita e al passaggio dal solo “Approccio Linee Guida (LG) ed Evidence Based Medicine (EBM)” ad un “Approccio più Personalizzato”;
- investire sull'auto-gestione dei pazienti e sull'empowerment in modo da aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia.

Sia le AFT che le UCCP perseguono il governo clinico attraverso l'appropriatezza con incontri periodici a carattere di audit organizzativo.

L'implementazione di una Assistenza Territoriale Integrata, come rappresentata dal patto della Salute 2014-2016, ai sensi della così detta legge Balduzzi 189/2012 si realizza tramite:

- un processo organizzativo che garantisca un'efficace continuità dell'assistenza mediante la riduzione del ricorso improprio al Pronto Soccorso e dei ricoveri inappropriati anche con l'attivazione di "Percorsi Diagnostico Terapeutici Ambulatoriali (PDTA) che coinvolgano i medici dell'Assistenza Primaria e gli specialisti ambulatoriali convenzionati interni organizzati in Aggregazioni Funzionali territoriali (AFT) e in UCCP;
- il perseguimento del "coordinamento funzionale" dell'attività degli Specialisti Ambulatoriali dei medici di Assistenza primaria e PLS, con le attività del distretto;
- la realizzazione di forme di "maggiore fruibilità e accessibilità" dei servizi e delle attività territoriali da parte dei Cittadini, prevedendo da parte dei medici la fruibilità di spazi comuni, attraverso le UCCP";
- l'utilizzazione degli strumenti della "rete" e della "telemedicina" per la gestione del Paziente in sede domiciliare, e in particolare nelle località disagiate e nelle isole minori.

## **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)**

Le **AFT** costituiscono un'articolazione del Distretto Socio Sanitario nell'ambito delle quali operano i medici di Assistenza primaria (AP) e i pediatri di libera scelta (PLS) coordinati in *team funzionali* al fine di garantire una maggiore operatività.

In questo modo si realizza la rete orizzontale tra medici e si pongono le condizioni per quella verticale con le altre strutture del sistema, per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza.

In particolare, a regime i compiti dell'AFT possono essere così schematizzati:

- assicurare l'erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA), nelle forme domiciliari ed ambulatoriali, a tutti i cittadini che ad essi afferiscono;
- sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di potenziare gli interventi di prevenzione e promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione assistita;
- valutare i bisogni della popolazione assistita e promuovere l'appropriatezza nell'uso dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, garantendo l'equo accesso alle cure;
- attuare azioni di governance clinica nel settore della farmaceutica, della diagnostica, della specialistica, dei trasporti e degli ausili;
- rappresentare il nodo centrale per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio;
- realizzare i progetti di sanità di iniziativa sul paziente affetto da cronicità
- partecipare ad iniziative di formazione e ricerca, funzionali alla sperimentazione di modelli organizzativi, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione.

L'Azienda sanitaria, in accordo a quanto disposto dall'art. 26-bis dell'ACN, individua, con estensione territoriale variabile in relazione alla densità e distribuzione della popolazione nonché alle caratteristiche geomorfologiche del territorio (urbano, rurale, montano), le AFT in ogni Distretto Socio Sanitario del territorio aziendale in relazione ai seguenti criteri:

- popolazione assistita di riferimento non superiore a 30.000 residenti;

- numero di medici, di norma, non inferiore a 20, comprensivi di *medici a ciclo di fiducia e medici a rapporto orario*, connessi funzionalmente tra loro.

L'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) è un raggruppamento funzionale, monoprofessionale di Medici di Medicina Generale (allo stato attuale: medici di Assistenza primaria (AP), medici di Continuità Assistenziale e medici della medicina dei servizi e domani medici a ruolo unico con contemporaneo rapporto orario e a ciclo di fiducia), di PLS e di Medici Specialisti Ambulatoriali ed altre professionalità convenzionate interne.

Da sottolineare che, in virtù del rapporto fiduciario medico/paziente, la costituzione di una AFT dell'Assistenza Primaria (AP) individua in automatico un "bacino" di assistiti, che sono i cittadini che hanno liberamente scelto i medici di AP/PLS della AFT, rispetto ai quali andranno poi "costruite" tutte le risposte ai bisogni socio-sanitari.

Ciascun PTA ospiterà una AFT, costituita dai medici di Assistenza Primaria del comune/ambito di scelta di riferimento secondo i limiti indicati dagli accordi: per le prestazioni relative alle cure primarie e alla medicina di iniziativa, la popolazione di riferimento del PTA è rappresentata prioritariamente dagli assistiti in carico ai medici di AP con sede nel PTA.

L'avvio delle AFT dovrà avvenire prioritariamente nei PTA collocati in aree geografiche a minore infrastrutturazione sanitaria, garantendo operatività nell'arco di dodici ore. Il presidio nelle ore notturne sarà garantito dalla continuità assistenziale collocata nella medesima sede.

I Medici in AFT dovranno garantire l'integrazione delle cartelle cliniche informatizzate degli assistiti, oltre che il collegamento alle reti informatiche aziendali e regionali.

Oltre ai medici di AP/PLS, numericamente più rappresentati, concorrono alle cure primarie nel territorio anche altri medici convenzionati quali i Pediatri di Libera Scelta e gli Specialisti Ambulatoriali Interni per i quali pure sono previste le forme aggregative delle AFT e la partecipazione alle UCCP.

E' necessario prevedere anche le forme di Aggregazione Funzionale Territoriale Specialistica (AFTS), un insieme organizzato la cui componente medica e professionale monoprofessionale e multidisciplinare è composta da Medici Specialisti Ambulatoriali, Biologi, Chimici, Psicologi e Veterinari Convenzionati Interni, con le dotazioni strutturali e strumentali necessarie per lo svolgimento delle attività specialistiche.

Ai medici delle AFT (medici AP/PLS e Specialisti Ambulatoriali), dotati di diagnostica di riferimento tramite la Medicina Specialistica anche in un'ottica di integrazione, è affidata la prevenzione e la gestione completa di percorsi relativi a singole patologie croniche o alla complessità che nasce dalla contemporanea presenza di più patologie in soggetti autosufficienti o con non-autosufficienza lieve, definendo obiettivi da garantire, indicatori da verificare e risorse a disposizione per realizzare gli obiettivi (programmazione operativa). Analogamente viene affidata la gestione completa dei percorsi relativi a singole patologie per l'acuzie a bassa intensità assistenziale, cioè quelle prestazioni sanitarie episodiche non caratterizzate da elementi di urgenza o emergenza, definendo anche qui obiettivi da garantire, indicatori da verificare e risorse a disposizione per realizzare gli obiettivi (programmazione operativa).

Opera in collaborazione con il personale infermieristico ed il personale di supporto amministrativo.

Deve erogare visite specialistiche, prestazioni di diagnostica per immagini (ecografie, radiografie, TC, RM ecc.) e di laboratorio, consulti specialistici interdisciplinari e con il medici di AP/PLS, prestazioni specialistiche organizzate mediante percorsi interni coordinati e predefiniti per alcuni gruppi di patologie, programmare prestazioni specialistiche domiciliari su richiesta del medici di AP/PLS o di altro specialista.

Per quanto riguarda la gestione delle malattie croniche, le Aggregazioni Funzionali Territoriali Specialistiche avranno a disposizione specialisti con un sufficiente numero di ore delle branche a visita e di diagnostica strumentale e per immagine necessarie per ogni singola patologia cronica garantendo così la "presa in carico di gruppi di popolazione affetti da patologie croniche n stretta collaborazione con i medici di AP/PLS.

## Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP)

Il D.Lvo 189/2012, all' art. 1 comma 2 prevede che "Le UCCP costituiscono forme organizzative complesse, che operano in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Regioni, con una sede di riferimento ed eventuali altre sede dislocate sul territorio. Il carattere multiprofessionale delle UCCP è garantito dal coordinamento tra le diverse professionalità, con particolare riguardo all'integrazione tra la medicina specialistica e la medicina generale. Le UCCP possono avvalersi, qualora previsto dalla programmazione regionale, di professionisti accreditati ai sensi della normativa vigente, nei limiti dei contratti stipulati dalla Regione e dalle ASL ai sensi dell'art.8 *quinquies* del D.Lvo 502/92 e s.m.i. e nel rispetto dei vincoli di spesa previsti dalle disposizioni vigenti".

L'UCCP invece è un'aggregazione, multiprofessionale, strutturata anche in un presidio, di cui fanno parte i Medici di Assistenza Primaria, Pediatri di Libera Scelta e Medici Specialisti Ambulatoriali Interni convenzionati e altri Professionisti sanitari insieme ad altri operatori del territorio, sanitari, sociali ed amministrativi.

L'UCCP garantisce le risposte complesse alla popolazione di riferimento della AFT, così come sopra individuata, avendo come riferimento PDTA condivisi, ma formulando poi un piano assistenziale personalizzato e che opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, materialmente nei vari "setting" assistenziali individuati e messi a disposizione dal Distretto (ambulatori pubblici, dei medici di famiglia e/o dei Pediatri di Libera scelta, domicilio del paziente in caso di ADI, Strutture residenziali) e anche in sede unica o con una sede di riferimento, quali i Presidi di Assistenza Territoriali.

L'UCCP si avvale di personale infermieristico, riabilitativo, amministrativo, assistente sociale, etc.<sup>6</sup> rappresenta, pertanto, un'aggregazione strutturale multiprofessionale composta da personale convenzionato con il SSN (medici di AP/PLS, specialisti), insieme ad altri operatori del territorio, che operano nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in una sede unica.

L'implementazione di tale forma associativa consente:

- di garantire l'accessibilità all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata per tutti i giorni della settimana, avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della Medicina Generale;
- di migliorare la presa in carico integrata dei pazienti con problemi di patologie croniche e degenerative;
- di coordinare le risposte e i trasferimenti dall'Ospedale alle strutture territoriali (ammissioni e dimissioni protette);
- il controllo dell'appropriatezza prescrittiva, farmaceutica e specialistica ambulatoriale;
- di ricondurre al circuito delle cure primarie gli accessi impropri al Pronto soccorso, i ricoveri ospedalieri inappropriati e i ricoveri ripetuti fornendo una alternativa di diagnosi, cura e assistenza e presa in carico in appropriatezza;
- di facilitare, tramite il Distretto, la formulazione di percorsi assistenziali condivisi tra Ospedale e Territorio con la diretta partecipazione dei medici ospedalieri.

In considerazione delle caratteristiche orografiche e delle differenti densità abitative esistenti nella Regione Puglia, nell'ambito delle AFT, si dovranno prevedere modelli organizzativi delle UCCP differenti che meglio si adattano alle specifiche esigenze del territorio.

### UCCP a sede unica (modello metropolitano)

Prevede l'individuazione della sede in un luogo ad alta densità di popolazione destinato ad una popolazione non superiore a 30.000 abitanti ed un numero di medici, di norma, non inferiore a 20 comprensivi di *medici a ciclo di fiducia* e *medici a rapporto orario*.



### UCCP in rete (modello rurale e montano a bassa densità abitativa)

Prevede l'individuazione nei territori a bassa densità abitativa di una o a più sedi di riferimento correlate alle necessità della popolazione assistita. Tale modello prevede, inoltre, un numero di medici, di norma, non inferiore a 10, comprensivi di *medici a ciclo di fiducia* e *medici a rapporto orario* e numero di assistiti non inferiore a 5.000.

In deroga ai precedenti modelli organizzativi, in caso di particolari situazioni debitamente motivate, l'Azienda può prevedere anche il seguente modello:

### UCCP con sede di riferimento (modello sub urbano) – sistema hub and spoke

Prevede l'individuazione di una sede di riferimento nel luogo a maggiore richiesta assistenziale o nel luogo di maggiore densità abitativa collegata telematicamente ad altre sedi dislocate sul territorio di riferimento. Tale modello prevede un numero di medici, di norma, non inferiore a 15, comprensivi di *medici a ciclo di fiducia* e *medici a rapporto orario* e numero di assistiti non inferiore a 15.000.

Nell'ambito della sede dell'UCCP viene nominato un **referente/coordinatore unico** eletto dai medici appartenenti alla stessa struttura tra i medici convenzionati, con compiti di raccordo funzionale e professionale, destinatario degli obiettivi aziendali.

## **Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi**

Tutti i Presidi Territoriali di Assistenza realizzati e/o da realizzarsi, dovranno essere censiti nell'Area Anagrafe delle Strutture Sanitarie del Sistema Informativo Sanitario Regionale e possedere i requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio, oltre agli ulteriori requisiti necessari per il riconoscimento dell'accreditamento istituzionale di cui agli specifici regolamenti regionali.

La struttura dovrà essere dotata di cartella clinica informatizzata condivisa ed integrata con gli attuali software dei medici AP e PLS e con quelli dei vari ambulatori specialistici. Tutte le prestazioni sanitarie erogate all'interno dei PTA devono essere registrate nei flussi informativi di competenza. Per le attività di nuova istituzione deve essere creato un apposito flusso informativo (ad es. per l'Ospedale di Comunità).

I PTA, senza nulla togliere a eventuali attività e servizi già esistenti, dovranno essere dotati di una strumentazione minima. Infatti, oltre all'arredamento ed alle attrezzature e presidi medico chirurgici generici che dovranno essere presenti in ogni ambulatorio specialistico, in relazione alla specificità dell'attività da svolgersi, dovranno essere presenti tutte quelle risorse tecnologiche al fine di permettere ai vari specialisti di esprimere il massimo delle loro capacità professionali assicurando la reale e tempestiva presa in carico degli utenti, nonché l'equo accesso a cure sicure ed appropriate.

Tutti gli ambienti devono essere a norma per quanto riguarda l'illuminazione, sia naturale che artificiale, l'areazione, l'impiantistica, etc. ed il personale sanitario deve essere adeguato al volume ed alla tipologia delle prestazioni erogate e da erogarsi.

Per ciascuna delle possibili attività/aree funzionali attivate nell'ambito dello specifico PTA, si rinvia alla normativa di riferimento che disciplina requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi di ciascuna struttura.

Di seguito vengono richiamate alcune possibili articolazioni funzionali del PTA, di recente istituzione.

## L'ambulatorio delle cronicità

La Regione Puglia sin dall'inizio del 2012, contestualmente all'ultima robusta riconversione di presidi ospedalieri in strutture territoriali, ha avviato un percorso di sperimentazione di modelli assistenziali di medicina d'iniziativa secondo i principi del *Chronic Care Model*.

la Regione Puglia intende aprire la terza e non più sperimentale fase del modello assistenziale, attraverso un percorso che:

- parta dalla definizione condivisa (distretti, medici di AP e specialisti) di un modello generalizzato e ufficiale di presa in carico delle cronicità maggiori,
- passi per la realizzazione di un patto di cura tra SSR e medici di AP che preveda premialità e ripotenziamento ciclico del sistema a fronte del rispetto di condivisi obiettivi economici e di cura,
- alimenti un efficace sostegno all'autogestione della patologia cronica da parte del malato,
- utilizzi il PDTA come strumento di progettazione, organizzazione, monitoraggio e miglioramento continuo dei processi di clinico-assistenziali della cronicità,
- completi solidamente la trasformazione dell'assistenza sanitaria regionale in assistenza prevalentemente territoriale e di prossimità.

Sono state identificate le priorità in quattro cronicità, su cui sarà avviata la sperimentazione regionale: diabete mellito di II tipo, ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva. Il target è rappresentato dalla popolazione ultraquarantenne in carico ai medici di AP della Regione Puglia.

Per definire le modalità di gestione del paziente cronico, il modello organizzativo si incardina sulle aggregazioni dei medici e punta a valorizzare gli ambiti assistenziali previsti dai presidi territoriali.

In questo contesto, i Presidi Territoriali di Assistenza giocheranno un duplice ruolo:

1. costituiscono il fulcro dell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che saranno analiticamente individuate nell'ambito dei PDTA per i soggetti cronici arruolati, e quindi dei Piani Assistenziali Individuali predisposti dai medici di AP e sottoscritti dai pazienti sotto forma di Patto di Cura, attraverso percorsi e spazi dedicati;
2. nell'ambito delle degenze territoriali, potranno essere gestiti i pazienti cronici in dimissione da reparti per acuti per cui è necessario consolidare le condizioni fisiche ovvero continuare il processo di recupero funzionale; nonché pazienti affetti da patologie croniche a bassa complessità assistenziale che necessitano di controlli o terapie particolari difficilmente erogabili a domicilio o che non possono essere adeguatamente assistiti a domicilio per motivi logistici o socio-sanitari. La gestione clinica di tali pazienti è affidata al medico di AP.

In relazione al primo punto, pertanto, è prevista l'istituzione di ambulatori multi specialistici destinati alla diagnostica e al follow up dei pazienti cronici, cui si accede su prenotazione effettuata direttamente dal medico di AP, nell'ambito del programma di presa in carico, secondo tempistiche definite con il Piano assistenziale individuale siglato tra il medico e il paziente reclutato.

## L'ambulatorio infermieristico

Nella PTA è attivo un ambulatorio infermieristico, con Infermieri appositamente formati per l'erogazione di prestazioni con particolare riguardo al paziente fragile e per la valutazione e registrazione dei parametri biofisici per la presa in carico delle patologie croniche di maggior complessità per la prevenzione delle complicanze e la riduzione dei ricoveri.

Le prestazioni infermieristiche che possono essere erogate sono indicate di seguito:

- Triage telefonico e in sala d'attesa



- Orientamento al corretto utilizzo dei Servizi e ai Percorsi di Cura
- terapia iniettiva (intramuscolare, endovenosa, sottocutanea)
- medicazioni, fasciature, piccola traumatologia, rimozione suture
- Vaccinazione antinfluenzale
- Cateterismo vescicale
- rilevazione parametri biofisici e clinici (peso, altezza, BMI, pressione arteriosa, FC, stick glicemici) per il monitoraggio delle patologie croniche
- counselling su stili di vita e abitudini voluttuarie
- Counselling e supporto nella gestione della persona fragile o nella malattia grave;
- Rinforzo formativo, presa in cura ed educazione sanitaria nei riguardi delle patologie croniche di maggior rilievo (Diabete mellito, Scompenso Cardiaco, Broncopneumopatie croniche, gestione della Terapia Anticoagulante Orale, ipertensione, )
- Partecipata condivisione delle cure e verifica dell'aderenza terapeutica;
- Spirometria
- elettrocardiografia

## **Ricognizione sul territorio regionale PTA**

**Attivati - in corso di attivazione - da attivare**