

REGIONE DEL VENETO



ULSS7
PEDEMONTANA

Via dei Lotti, n. 40
36061 Bassano del Grappa (VI)
Codice fiscale e partita IVA 00913430245

N. 1297 DEL 05/08/2026

DELIBERAZIONE
del

DIRETTORE GENERALE

Nominato con D.P.G.R. n. 21 del 28/02/2026

Coadiuvato dai sigg.:

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

dott.ssa LAURA ESPOSITO

DIRETTORE SANITARIO

dr. ANTONIO DI CAPRIO

DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIO – SANITARI f.f. dott. EMANUELE BARBIERATO

OGGETTO: PNRR M6C1-I1.1 TARGET M6C1-3 CASA DELLA COMUNITÀ HUB DI ASIAGO - CUP: H44E21003490006. INTEGRAZIONE DEL DOCUMENTO TECNICO-ORGANIZZATIVO SULLA DOTAZIONE E SUL FUNZIONAMENTO DELLA STRUTTURA.

IL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA
dott. Giovanni Carretta

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs n. 82/2005, del T.U. n. 445/2000 e norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa; il documento informatico è conservato digitalmente negli archivi informatici dell'Azienda.

Proponente: UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE
Anno Proposta: 2026 Numero Proposta: 1367/26

Per il Dirigente, Direttore UOC Direzione Amministrativa Territoriale, nonché Responsabile del procedimento, attesta che la presente proposta di deliberazione è stata regolarmente istruita nel rispetto della vigente normativa nazionale, regionale e regolamentare: f.to Renzo Grasselli

Il Direttore dell'UOC Direzione Amministrativa Territoriale riferisce quanto di seguito.

Premesso che:

- il DM 77/2022 avente ad oggetto “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”, allegato 1, prevede il nuovo modello organizzativo della Casa della Comunità, un luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento;
- il suddetto DM, mediante la “Casa della Comunità”, introduce un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso la modalità operativa dell'équipe multi professionale territoriale, definendone anche gli standard strutturali, organizzativi e tecnologici;
- gli interventi relativi alle “Case della Comunità” si inquadrano nell'ambito delle finalità strategiche definite dalla Missione 6 (Salute), Componente 1, Investimento 1.1 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), volti al potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale;
- con nota prot. n. 693316 del 24/12/2025 (ns. prot. 120063/2025 pari data) la Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva dell'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto ha trasmesso le linee guida aggiornate, pervenute dal Ministero della Salute, per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-3 “Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche”;

Preso atto che con:

- DGRV n. 136 del 15/02/2022 la Regione ha approvato l'individuazione delle sedi di articolazione delle funzioni distrettuali identificate come “Case della Comunità”, le cui attività rispondono alle funzioni definite dal Piano Socio Sanitario, all'interno delle competenze distrettuali e alle indicazioni presenti nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), identificando per questa Azienda le seguenti “Case della Comunità”:
 - Distretto 1: Bassano del Grappa, Marostica, Romano d'Ezzelino, Asiago;
 - Distretto 2: Arsiero, Malo, Schio, Thiene;
- DGRV n. 368 del 08/04/2022 la Regione del Veneto ha individuato questa amministrazione quale soggetto attuatore delegato per alcuni investimenti, tra cui: M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, investimento: M6C1 I1.1 – Case della Comunità e presa in carico della persona;
- nota prot. n. 287314 del 27/06/2022 (ns prot. n. 57917/2022) la Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva dell'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto ha comunicato l'avvio delle attività realizzative a seguito della sottoscrizione del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) da parte della Regione e del Ministero della Salute in data 30 maggio 2022, qualificando tutte le suddette “Case della Comunità” di tipo hub;
- DGRV n. 721/2023 la Regione del Veneto ha definito la “Programmazione dell'assetto organizzativo ed operativo della rete assistenziale territoriale in attuazione a quanto previsto ex Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR) e D.M. 23/05/2022, n. 77”;

Dato atto che con deliberazione n. 812 del 30/04/2026, l'Azienda ha attestato il completamento della “Casa della Comunità” di Asiago e dell'attivazione dei relativi servizi a far data dall'01/05/2026, definiti all'allegato 1, sezione 5, del DM 77/2022 e con deliberazione n. 912 del 19/05/2026 sono stati recepiti l'attestazione del completamento della “Casa della Comunità” hub di Asiago e il “Documento tecnico-organizzativo sulla dotazione e sul funzionamento della struttura”;

Rilevato che con nota del Ministero della Salute, Monitoraggio Missione6salute del 31/07/2026, trasmesso da Azienda Zero in data 03/08/2026, a seguito di nota UMPNRR n. 7752 del 15 luglio 2026 sono state richieste alcune integrazioni e rettifiche al “Documento tecnico-organizzativo sulla dotazione e sul funzionamento della struttura” al fine di allineare la documentazione alle Linee guida di riferimento adottate, rispetto ad alcune difformità riscontrate in fase di verifica ministeriale;

Ritenuto pertanto necessario, con il presente atto, di integrare quanto già stabilito con la deliberazione n. 912/2026, approvando le integrazioni al “Documento tecnico-organizzativo sulla dotazione e sul funzionamento della struttura” a firma del Direttore del Distretto 1 Bassano, allegato alla presente quale parte integrante e sostanziale, in sostituzione del precedente allegato alla DDG n. 912/2026, che descrive i servizi attivati all'interno della Casa della Comunità di Asiago in ottemperanza al DM 77/2022;

Per quanto sopra il Direttore dell'UOC Direzione Amministrativa Territoriale propone, pertanto di:

- approvare il “Documento tecnico-organizzativo sulla dotazione e sul funzionamento della struttura” a firma del Direttore del Distretto 1 Bassano, allegato alla presente quale parte integrante e sostanziale, in sostituzione del precedente allegato alla DDG n. 912/2026, che descrive i servizi attivati all'interno della Casa della Comunità di Asiago in ottemperanza al DM 77/2022, secondo le indicazioni ministeriali al fine di allineare la documentazione alle Linee guida di riferimento;
- dare mandato all'UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali di trasmettere alla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva della Regione del Veneto i documenti per l'attestazione del raggiungimento del target finale;
- confermare la restante documentazione e quanto disposto con le deliberazioni n. 812/2026 e 912/2026;

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la relazione e la proposta del Responsabile del procedimento.

Dato atto che il Responsabile dell'UO competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale, regionale e regolamentare.

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

DELIBERA

1. di richiamare integralmente le premesse;
2. di approvare il “Documento tecnico-organizzativo sulla dotazione e sul funzionamento della struttura” a firma del Direttore del Distretto 1 Bassano, allegato alla presente quale parte integrante e sostanziale, in sostituzione del precedente allegato alla DDG n. 912/2026, che descrive i servizi attivati all'interno della Casa della Comunità di Asiago in ottemperanza al DM 77/2022, secondo le indicazioni ministeriali al fine di allineare la documentazione alle Linee guida di riferimento;
3. di dare mandato all'UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali di trasmettere alla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva della Regione del Veneto i documenti per l'attestazione del raggiungimento del target finale;
4. di confermare la restante documentazione e quanto disposto con le deliberazioni n. 812/2026 e 912/2026;
5. di dare atto che la presente deliberazione viene pubblicata all'albo del sito istituzionale dell'Azienda per 10 gg. continuativi, inviata contestualmente al Collegio Sindacale, e diventa

esecutiva il giorno stesso della sua pubblicazione, come da norma regolamentare approvata con deliberazione n. 1386 del 22/07/2022.



Casa della Comunità di Asiago

CASA DELLA COMUNITÀ HUB di ASIAGO

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

ALL 2bis - Documento tecnico-organizzativo
sulla dotazione e sul funzionamento della struttura.

EMANUELE
BARBIERATO
04.08.2026
17:15:59
GMT+02:00



Indice

1. Informazioni generali Casa della Comunità	4
2. Introduzione	5
2.1 Obiettivi e la mission della Casa della Comunità	5
2.2 Riferimenti normativi	5
Quadro normativo nazionale	5
2.3 Localizzazione e contesto territoriale	7
Accessibilità e collegamenti	8
Bacino di utenza	8
Territorio di riferimento	8
Popolazione residente	9
Caratteristiche demografiche della popolazione	9
Morbosità cronica ad alta prevalenza	10
3. Organizzazione del Personale	11
3.1 Presenza infermieristica - REQ. b.11 checklist	11
Attività infermieristica nelle Case della Comunità	11
Ambulatorio infermieristico	12
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	12
3.2 Presenza medica e garanzia del servizio di continuità assistenziale - REQ. b.10 (presenza medica h24 7/7) - REQ. b.13	12
3.3 Presenza di altro personale - REQ. b.1 checklist	14
Assistenti Sociali	14
Personale Amministrativo	15
Personale Sociosanitario e Punto Unico di Accesso (PUA)	15
4. Servizi Offerti dalla Casa di Comunità HUB	15
a. Macro-area Cure primarie con l'omonima area funzionale - REQ. b.2 checklist	18
b. Macro-area Assistenza di Prossimità con le aree funzionali	18
b.1 Punto Unico di Accesso - REQ. b.3 checklist,	18
Attività di Front Office	20
Attività di Back Office	20
b.2 Assistenza medica	20
b.3 Servizi infermieristici	21
b.4 Modello adottato e attività per garantire la presenza e l'attivazione dell'assistente sociale e l'integrazione con i servizi sociali - REQ. b.8 checklist:	22
b.5 Assistenza Domiciliare - REQ. b.4 checklist:	22
b.6 Servizi per la comunità	23
c. Macro-area Specialistica con l'area funzionale ambulatori specialistici - REQ. b.6 checklist	23
c.1 Attività ambulatoriale specialistica per le patologie ad elevata prevalenza	23
c.2 Attività diagnostica di base	23
c.3 Attività garantita di punto prelievi - REQ. b.14 checklist	24
c.4 altri servizi Non obbligatori	24
D. Macro-area Servizi Generali e Logistici	24

d.1 Accoglienza degli utenti	24
d.2 Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP REQ. b.7 checklist	24
d.3 Servizi di accoglienza per il personale della struttura	25
d.4 servizi logistici	25
d.5 locali tecnici	25
5. Dotazione Strutturale e Tecnologica REQ. b.12 checklist	25
6. Integrazione e Rete Territoriale	27
6.1 Altri servizi: sanitari, sociosanitari, sociali, educativi	28
7. Partecipazione della Comunità REQ. b.9 checklist	28
7.1 Inclusione e partecipazione attiva dei cittadini	28
7.2 Valorizzazione della co-produzione dei servizi e del protagonismo della comunità	29
7.3 Promozione della salute	29
7.4 Monitoraggio e Qualità	30
Allegato n. 1: Elenco procedure in uso alla casa della comunità	31

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 Asiago
Sede	Via Monte Sisemol 2 Asiago (VI)
CUP	H44E21003490006
Tipologia	Hub
Tipologia di intervento PNRR	TAG clima non applicabile Nota UMPNRR prot. n. 0004432-27/04/2026-UMPNRR-UMPNRR-P Nuova costruzione – TAG 025 TER / Ristrutturazione – TAG 026 / Non applicabilità (N.A.)*
Data di inizio funzionamento**	01/05/2026

*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

2.1 Obiettivi e la mission della Casa della Comunità

La **Casa della Comunità (CdC) di Asiago** nasce come struttura di riferimento per l'erogazione integrata delle cure primarie nell'Altopiano dei Sette Comuni, in piena coerenza con il modello delineato dal **Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022** «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale» e con la programmazione regionale del Veneto in materia di assistenza territoriale.

In accordo con quanto previsto dall'art. 2 del DM 77/2022, la CdC di Asiago persegue i seguenti **obiettivi strategici**:

- Garantire alla popolazione residente nei sette comuni dell'Altopiano (Asiago, Eneo, Foza, Gallio, Lusiana Conco, Roana e Rotzo) un punto unico di accesso alle cure primarie, capace di orientare e accompagnare il cittadino nel percorso di cura.
- Promuovere la presa in carico proattiva e longitudinale delle persone con patologie croniche, polipatologia e condizioni di fragilità, anche attraverso la definizione di Piani di Assistenza Individuali (PAI).
- Assicurare la continuità assistenziale medica h24/7 giorni.
- Rafforzare la prevenzione individuale e collettiva, l'educazione sanitaria e la promozione della salute in un'ottica di medicina di iniziativa.
- Sviluppare la telemedicina e la digitalizzazione dei servizi (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio) per superare le barriere di accesso legate all'isolamento geografico e stagionale tipici di un territorio montano.
- Favorire l'integrazione socio-sanitaria con i servizi sociali dei Comuni e con il terzo settore presente sull'Altopiano.

La CdC di Asiago **comprende servizi di integrazione socio-sanitaria avanzata** quali il Punto Unico di Accesso strutturato l' Unità Valutativa Multidisciplinare, attività sociali integrate e non garantisce continuità logistica con il presidio ospedaliero locale.

I servizi offerti sono descritti in maniera più analitica nel paragrafo 4.

2.2 Riferimenti normativi

La Casa della Comunità si inserisce in un articolato quadro normativo che ha profondamente ridisegnato l'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale:

Quadro normativo nazionale

- DM 77/2022 – Standard e modelli per l'assistenza territoriale: definisce la CdC come struttura fisica in cui opera un team multiprofessionale di medici di medicina generale, specialisti, infermieri, tecnici e assistenti sociali. Prevede almeno una CdC Hub ogni 40.000–50.000 abitanti e una CdC Spoke ogni 20.000–30.000 abitanti.
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 Salute, Componente 1: finanzia la realizzazione/adequamento delle CdC con investimenti dedicati (M6C1-I1.1).

- Legge n. 189/2012 (Legge Balduzzi): introduce le AFT e le UCCP come forme organizzative della medicina generale.

Quadro normativo regionale – Regione del Veneto

- DGRV n. 136/2022 di individuazione delle sedi di articolazione delle funzioni distrettuali identificate come “Case della Comunità”, le cui attività rispondono alle funzioni definite dal Piano Socio Sanitario, all’interno delle competenze distrettuali e alle indicazioni presenti nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), identificando per questa Azienda le seguenti “Case della Comunità”;
- DGRV n. 368/2022 di individuazione delle Aziende Sanitarie quale soggetto attuatore delegato per alcuni investimenti, tra cui: M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale, investimento: M6C1 I1.1 – Case della Comunità e presa in carico della persona;
- DGRV n. 721/2023 di “Programmazione dell’assetto organizzativo ed operativo della rete assistenziale territoriale in attuazione a quanto previsto ex Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR) e D.M. 23/05/2022, n. 77”;
- DGRV n. 976/2024 di “Approvazione del documento "Progetto sistema di Risposta Sanitaria 116117 - Istituzione delle relative Centrali Operative" nell’ambito degli interventi per lo sviluppo dell’assistenza territoriale. D.M. 23 maggio 2022 n. 77”;
- DGRV n. 140/2025 di emanazione delle “Prime linee di indirizzo per l’assegnazione delle zone carenti per l’anno 2025 della medicina generale e della pediatria di libera scelta, per l’avvio del ruolo unico dei medici di assistenza primaria e l’attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) della medicina generale”.

La CdC di Asiago afferisce al **Distretto Socio-Sanitario n. 1** (Bassano del Grappa) dell'**AULSS 7 Pedemontana**, che comprende complessivamente due distretti. Nel sistema sanitario territoriale regionale essa rappresenta la **struttura Hub** per le cure primarie dell’intera area montana dell’Altopiano, in considerazione della sua posizione baricentrica, dell’accessibilità e della presenza dell’AFT dell’Altopiano.

La CdC di Asiago svolge la funzione di **struttura Hub** per l’organizzazione della **Continuità Assistenziale (CA)** nel territorio dell’AFT dell’Altopiano. Il modello Hub-Spoke adottato dall’AULSS 7 Pedemontana prevede la seguente articolazione:

Sede	Tipologia	Copertura oraria CA	Note
CdC Asiago – Via Monte Sisemol, 2	Hub (sede principale CdC)	Coordinamento H24	Sede AFT Altopiano
Sede CA Lusiana Conco	Spoke distrettuale	4 ore/giorno (diurno)	Copertura parziale fascia diurna
Sede CA Enego	Spoke distrettuale	Notturmo, prefestivo e festivo (completo)	Copertura fasce non diurne nei periodi festivi

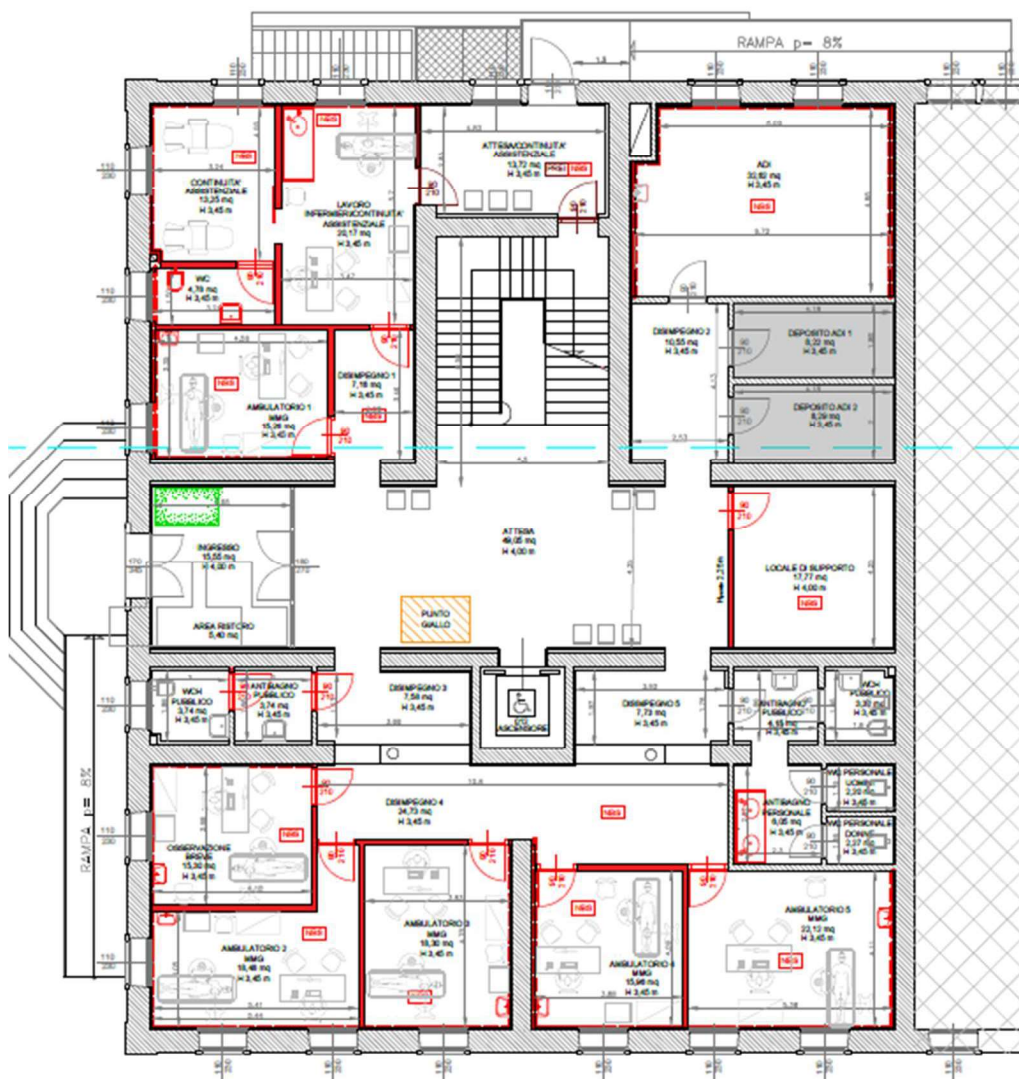
Tabella 1 – Articolazione Hub-Spoke della Continuità Assistenziale nell’AFT dell’Altopiano di Asiago.

La **CdC Hub di Asiago** garantisce il coordinamento clinico-organizzativo dell'intera rete, la gestione dell'agenda centralizzata delle guardie mediche e il raccordo con il Pronto Soccorso e le Unità Operative dell'Ospedale di Asiago (Via Martiri di Granezza, 42), distante circa **2 km** dalla CdC. Pur non esistendo continuità logistica diretta tra le due strutture, sono definiti protocolli operativi condivisi sia per la gestione integrata dei casi non gravi (cosiddetti “Codici Bianchi”) che per i casi di urgenza, per il ricovero programmato e per le dimissioni protette.

2.3 Localizzazione e contesto territoriale

La Casa della Comunità di Asiago è ubicata in **Via Monte Sisemol, 2** – all'interno di un edificio di 2 piani per una superficie di 1276 mq attuale sede del Distretto Socio-Sanitario n. 1 dell'AULSS 7 Pedemontana – nel **centro urbano di Asiago** (quota ~1.001 m s.l.m.), capoluogo dell'Altopiano dei Sette Comuni. La collocazione è di tipo **urbano-centrale**, in una delle principali piazze del comprensorio montano.

Si riporta piantina del primo piano dove sono concentrati i maggiori servizi.



Accessibilità e collegamenti

- Accessibilità stradale: la struttura è al centro della rete viaria altopianese (SS349, SP76), con ampia disponibilità di parcheggio pubblico nelle immediate vicinanze.
- Trasporto pubblico: servizio di autolinee FTV (Ferrovie e Tramvie Vicentine) con fermate in prossimità della struttura; collegamenti quotidiani con Vicenza (stazione FS) e Bassano del Grappa.
- Accessibilità per persone con disabilità: la struttura è dotata di accessi per persone con ridotta mobilità, ascensore e bagni attrezzati, in conformità al D.P.R. 503/1996 e alla normativa edilizia vigente.
- Servizi di prossimità digitale: attivati punti di accesso alla rete wi-fi per l'utenza; disponibilità di totem di prenotazione CUP;
- Telemedicina: la struttura è attrezzata per l'esecuzione di televisite e teleconsulti in accordo con le linee guida nazionali (Accordo Stato-Regioni 17 dicembre 2020) e il piano regionale di telemedicina del Veneto.



Bacino di utenza

Territorio di riferimento

Il bacino di utenza della CdC di Asiago coincide con il territorio dell'**Altopiano dei Sette Comuni**, corrispondente all'area dell'**Unione Montana Spettabile Reggenza dei Sette Comuni**, che comprende i Comuni di **Asiago, Eneo, Foza, Gallio, Lusiana Conco, Roana e Rotzo**. Si tratta di un'area montana con estensione complessiva di circa **473,6 km²**, caratterizzata da insediamenti distribuiti su un altopiano tra i 700 e i 1.700 m s.l.m. e da una densità demografica tra le più basse della provincia di Vicenza.

Logo	Descrizione
	Ospedale spoke
	Casa Comunità Hub (CDC)
	Ospedale di Comunità (ODC)
	Unità Riabilitativa Territoriale (URT)
	Centrale Operativa Territoriale (COT)



Popolazione residente

Secondo i dati della Regione del Veneto (Unione Montana Spettabile Reggenza), la popolazione residente sull'Altopiano al 2025 ammonta a circa **19.030 abitanti**. La tabella seguente riporta la stima disaggregata per Comune sulla base degli ultimi dati ISTAT disponibili.

Comune	Pop. residente (stima 2024)	Sup. (km ²)	Quota max (m s.l.m.)	Distanza da Asiago (km)
Asiago (Hub)	~6.200	162,9	1.001	—
Eneigo (Spoke CA)	~1.900	80,3	1.030	~15
Foza	~700	26,8	1.084	~12
Gallio	~2.300	58,9	1.090	~10
Lusiana Conco (Spoke CA)	~3.900	60,7	~800	~20
Roana	~3.400	68,0	1.017	~8
Rotzo	~630	16,0	930	~20
TOTALE AFT Altopiano	~19.030	473,6	—	—

Tabella 3 – Popolazione residente per Comune (stime su dati ISTAT e Regione Veneto, 2024-2025). Fonte: Unione Montana Spettabile Reggenza dei Sette Comuni / Regione del Veneto.

Caratteristiche demografiche della popolazione

La popolazione dell'Altopiano presenta caratteristiche demografiche tipiche delle aree montane del Veneto, con un **progressivo invecchiamento della struttura per età** e un saldo naturale negativo. Come nel resto d'Italia, l'indice di vecchiaia (rapporto tra popolazione over 65 e popolazione 0-14 anni) è significativamente

superiore alla media regionale, con una quota stimata di over 65 intorno al **24-26%** della popolazione residente.

Un elemento caratteristico del bacino di utenza è la **marcata variabilità stagionale della popolazione presenziale**: nei periodi di punta turistica (estate e stagione invernale) la popolazione presente sull'Altopiano può superare significativamente quella residente, con implicazioni dirette sul carico di lavoro dei servizi sanitari territoriali e sul dimensionamento della guardia medica con **attivazione stagionale di attività dedicate alla popolazione turistica**.

Morbosità cronica ad alta prevalenza

In coerenza con i dati nazionali e regionali per popolazioni anziane di montagna, le **patologie croniche a maggiore prevalenza** nel bacino di utenza della CdC includono:

- Ipertensione arteriosa: prevalenza stimata tra il 30 e il 40% nella popolazione adulta (dati PASSI/ISTAT).
- Diabete mellito tipo 2: prevalenza stimata 6-8% nella popolazione adulta, con trend in aumento nella fascia over 65.
- BPCO e patologie respiratorie croniche: particolare rilievo in un contesto di media montagna con clima rigido e prolungate esposizioni al freddo.
- Patologie osteoarticolari (artrosi, artrite): prevalenza >49% nella popolazione ultra-75enne (dato nazionale ISTAT 2023).
- Insufficienza cardiaca e cardiopatia ischemica: seconda causa di ospedalizzazione per patologia cronica.
- Demenze e deterioramento cognitivo: in crescita nella fascia ultra-80enne, con implicazioni per la domiciliarità e l'integrazione socio-sanitaria.

Patologia cronica	Prevalenza stimata (pop. adulta)	Fonte di riferimento	Note
Ipertensione arteriosa	~35%	PASSI/ISTAT 2023	Prima diagnosi cronica in MMG
Diabete mellito tipo 2	~7%	ISTAT / Registro diabete Veneto	In aumento nella fascia >65
BPCO	~5-8%	GOLD / dati regionali	Associata a fumo e clima montano
Artrosi / artrite	>49% (over 75)	ISTAT 2023	Prima causa di disabilità
Scompenso cardiaco	~2-3%	Registro AULSS 7	Da verificare con dati locali
Demenza / MCI	~5-8% (over 75)	ISS / Report CRONOS	In aumento con aging

Tabella 4 – Principali patologie croniche ad alta prevalenza nel bacino di utenza della CdC di Asiago. Fonti: ISTAT Indagine Multiscopo 2023, Sorveglianza PASSI, Registro Diabete Regione Veneto, rapporti ISS. I dati locali disaggregati a livello di distretto sono da integrare con le fonti informative aziendali (AULSS 7 Pedemontana – Ufficio Epidemiologia).

3. Organizzazione del Personale

3.1 Presenza infermieristica - REQ. b.11 checklist

Il modello assistenziale infermieristico adottato dall'AULSS7 Pedemontana è definito in coerenza con le disposizioni del DM 77/2022 e con la programmazione regionale, in particolare con la DGR 1123/2023 e la DGR 120/2026, che declinano a livello territoriale veneto i requisiti e le caratteristiche dell'assistenza infermieristica nelle Case della Comunità, nel quadro degli interventi previsti dal CIS. Le attività descritte di seguito danno progressiva attuazione a tali disposizioni, garantendo la presenza infermieristica strutturata su tutti i nodi della rete distrettuale.

In tutte le CdC del Distretto 1 e del Distretto 2, viene garantita la presenza infermieristica h 12 7/7 rivolta a tutti i cittadini attraverso la presenza di più servizi presenti nella CDC stessa. L'assistenza infermieristica viene erogata da infermieri afferenti al Servizio di Infermieristica di Famiglia e Comunità, che conta complessivamente 2 infermieri e dagli infermieri dell'Assistenza Domiciliare Integrata che conta complessivamente 6 infermieri. La copertura di tali fasce orarie è assicurata da infermieri di famiglia, infermieri territoriali, infermieri dell'assistenza domiciliare integrata, così organizzato:

Case della Comunità	Dm 77/22	Ambulatorio infermieristico Personale individuato per ogni CdC	Servizio ADI
Bassano Asiago Romano Marostica Thiene Schio Malo Arsiero	Copertura H12	da lunedì al sabato: 1 Infermiere SIFoC: 8-14 1 Infermiere SIFoC:12-18 infermiere ADI 18-20 Domenica: 1 infermiere ADI 8-20*	garantito da lunedì a domenica 7-21*

*Nel Distretto 1, nei giorni festivi, è sempre prevista la copertura 8/20 nella CDC di Asiago; nelle CDC di Bassano, Romano e Marostica, a turnazione, è garantita l'apertura del servizio ADI e della copertura dell'ambulatorio infermieristico in 2 CDC.

L'ambulatorio infermieristico della Casa della Comunità di Asiago è attivo dall' 1/5/2026 .

Attività infermieristica nelle Case della Comunità

L'infermiere nella CdC promuove il lavoro in équipe multiprofessionale, collaborando con MMG, PLS, Specialisti, Assistenti Sociali e altri operatori sanitari. Le attività sono orientate all'accoglienza, alla valutazione dei bisogni di salute, all'orientamento e alla facilitazione dell'accesso ai servizi, con particolare attenzione ai pazienti fragili e/o affetti da patologie croniche, secondo il modello di sanità di iniziativa.

Ambulatorio infermieristico

In attuazione della normativa nazionale e regionale (DGR 1123/2023, DGR 120/2026), nelle CdC dell'AULSS7 Pedemontana sono stati istituiti i SIFoC — Servizi di Infermieristica di Famiglia e Comunità — composti da almeno un IFoC con formazione accademica dedicata e un Infermiere Territoriale (IT). L'assistenza è erogata considerando i seguenti criteri: presa in carico con PDTA della cronicità, non aderenza ai trattamenti, incapacità all'autocura, fragilità ed età superiore ai 65 anni, con prese in carico individuali o per nuclei familiari. Le caratteristiche distintive del modello sono l'educazione terapeutica, il monitoraggio delle patologie croniche, la promozione della health literacy e il supporto all'aderenza terapeutica.

L'ambulatorio eroga anche prestazioni puntuali a tutta la popolazione — medicazioni, gestione di lesioni da pressione/vascolari, posizionamento di catetere vescicale, medicazione CVC/PICC, rimozione punti di sutura, somministrazione di terapie IM ed EV — sempre su prescrizione medica. Il servizio è non emergente e non urgente, accessibile tramite accesso diretto e/o tramite ticket NUE 116117.

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Ogni CdC ospita un'équipe infermieristica dedicata al proprio territorio, attiva 7 giorni su 7 — prefestivi e festivi inclusi — nella fascia 7:00–21:00, per la presa in carico, a domicilio, continuativa degli assistiti e prestazioni occasionali. Presso le CdC di Bassano (Distretto 1) e Thiene (Distretto 2) operano le Centrali ADI distrettuali, che coordinano le équipe, programmano le prese in carico, gli accessi, ottimizzano le risorse e gestiscono i prelievi domiciliari. La copertura è garantita attraverso le Centrali ADI e le CdC hub distrettuali, con documentazione dei bacini d'utenza, delle turnazioni e della coerenza del modello adottato, nel rispetto del principio dell'appropriatezza degli interventi e della risposta al bisogno.

Il Servizio ADI garantisce — in collaborazione con MMG, PLS, UU.OO. specialistiche e Servizi Sociali — assistenza a persone di qualsiasi età non autosufficienti, con malattie gravi o in fase di terminalità, attraverso interventi sempre programmati e mai urgenti, singoli o nell'ambito di un progetto personalizzato multidimensionale, nel setting domiciliare. Gli infermieri ADI collaborano all'attività ambulatoriale della CdC nelle fasce serali (18:00–20:00) e festive, con prenotazione tramite 116117.

Dotazione di personale Infermieristico ed OSS nella Casa della Comunità

Profilo Professionale	Struttura	n° personale assegnato
Infermiere	Assistenza Domiciliare	6
Infermiere	Ifoc	1
Infermiere	Infermiere Territoriale	1
TOT. INFERMIERI		8
OSS	PUA	1
TOT. OSS		1

3.2 Presenza medica e garanzia del servizio di continuità assistenziale - REQ. b.10 (presenza medica h24 7/7) - REQ. b.13

Il modello di presenza medica adottato dall'AULSS7 Pedemontana nelle Case della Comunità si inserisce nel quadro normativo definito dal DM 77/2022 e trova declinazione regionale negli atti programmatici della Regione Veneto, in particolare nella DGR n. 721/2023, che ha definito l'assetto organizzativo della rete assistenziale territoriale in attuazione del PNRR specificando i contenuti tecnico-operativi, l'integrazione con le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e il ruolo della Continuità Assistenziale.

Nella CdC l'assistenza primaria è erogata attraverso équipe multiprofessionali e multidisciplinari, tenendo conto dell'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento, con particolare riguardo alla presa in carico della cronicità secondo modelli proattivi e di medicina di iniziativa, anche finalizzati all'intervento precoce e/o di tipo preventivo per il mantenimento più a lungo possibile delle capacità e dell'autonomia funzionale della persona.

La Casa della comunità di ASIAGO garantisce una presenza medica h24 per 7 giorni su 7 rivolta a tutti i cittadini mediante l'integrazione tra medici dipendenti e medici convenzionati operanti nella struttura.

Relativamente alla presenza medica si specifica quanto segue.

Nell'ambito del processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale prevista dal DM 77/2022 ("Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale") e nelle more del nuovo Accordo integrativo regionale, a partire dall'01/05/2026 si è provveduto ad integrare l'attuale assistenza medica diurna, garantita dai medici della Medicina di Gruppo Integrata, con la presenza di medici dipendenti e convenzionati dal lunedì al venerdì 8.00-20.00 e con i medici di continuità assistenziale nei giorni prefestivi, festivi e per la fascia notturna 20.00-8.00, presenti fisicamente nella medesima sede.

Nell'ambito dell'AFT afferente alla CdC di Asiago è attiva una ulteriore postazione del servizio di Continuità Assistenziale collocata a Eneo accessibile specificatamente ai residenti di tale Comune.

Tale organizzazione potrà subire cambiamenti in relazione all'evoluzione del modello organizzativo delle Case della Comunità e dell'Accordo Integrativo Regionale.

Il servizio di CA fornisce risposta alla domanda di assistenza primaria che richiede l'intervento del medico di fiducia (oggi medico di ruolo unico) ma non può essere rinviata (non differibile) fino all'apertura dell'ambulatorio del medico o pediatra di libera scelta che ha in carico l'assistito.

Il servizio di CA organizza la propria attività in funzione della necessaria integrazione con la rete degli studi dei medici convenzionati per la copertura h24 e secondo protocolli condivisi con il sistema di emergenza-urgenza 118.

Il medico di CA (oggi formalmente "medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria") assicura:

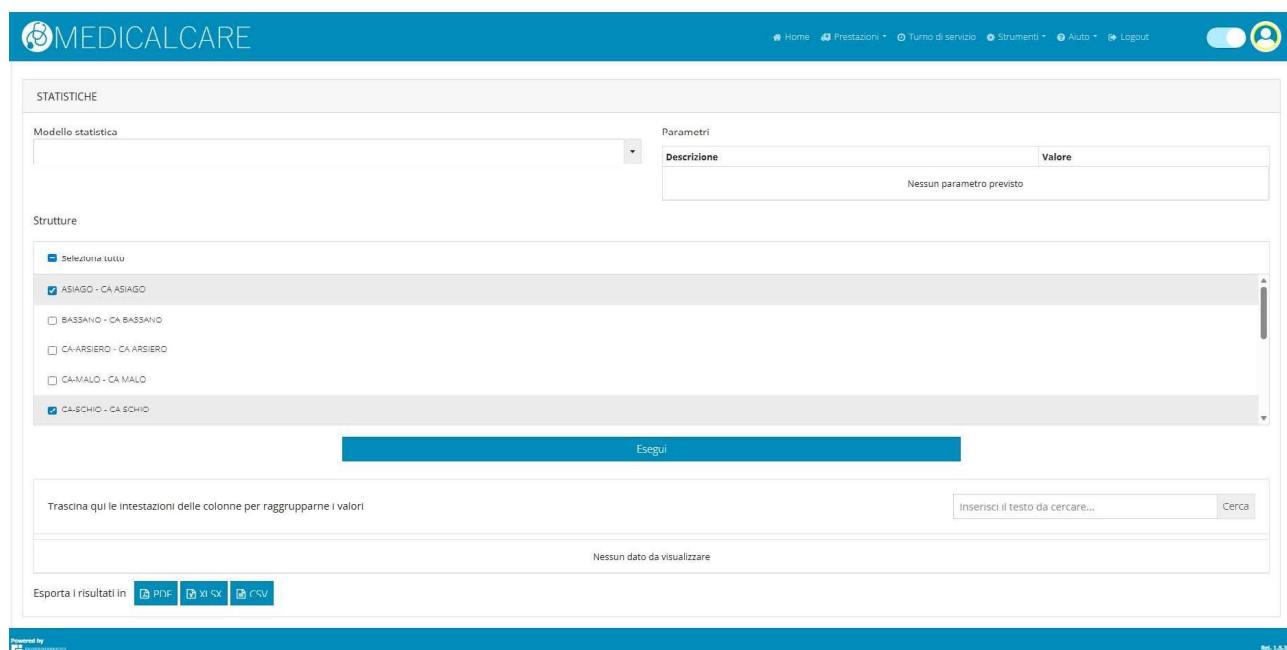
- l'erogazione di prestazioni assistenziali non differibili, in sede ambulatoriale o a domicilio, alla popolazione di ogni fascia di età. In relazione al quadro clinico prospettato dall'utente o dalla centrale operativa il medico effettua tutti gli interventi ritenuti appropriati, riconosciuti tali sulla base di apposite linee guida nazionali o regionali, comprese le eventuali prestazioni aggiuntive previste dagli Accordi regionali e attiva direttamente il servizio di emergenza urgenza – 118, qualora ne ravvisi la necessità;
- le prescrizioni farmaceutiche per una terapia non differibile e secondo le disposizioni vigenti in materia;
- l'annotazione nella scheda sanitaria individuale del paziente della propria valutazione, la prestazione eseguita, le prescrizioni di farmaci e/o accertamenti e le eventuali certificazioni rilasciate, al fine di garantire che il medico titolare del rapporto di fiducia e i medici dell'AFT possano assicurare la continuità dell'assistenza;

- la gestione, il supporto della presa in carico di pazienti in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità, sulla base di protocolli aziendali (es. cure palliative);
- proposte di ricovero.
- il rilascio delle seguenti certificazioni: assenza per malattia dei lavoratori dipendenti nei casi previsti, riammissione al lavoro degli alimentaristi, laddove previste; constatazione di decesso.

Il medico può dar luogo al rilascio della prescrizione farmaceutica e di indagini specialistiche anche in assenza del paziente quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente.

I medici del servizio di Continuità Assistenziale prestano la propria attività anche in favore dei cittadini che, trovandosi occasionalmente al di fuori della AFT di riferimento, ricorrano a essi compresi cittadini residenti al di fuori dell'Azienda ULSS o della regione.

L'accesso al servizio di Continuità Assistenziale avviene attraverso la Centrale Unica di riferimento per la ricezione delle richieste dei cittadini, mediante il Numero Unico Europeo 116117, dedicato alle cure mediche non urgenti, attivo dal 18/12/2024, di cui si riporta schermata del sistema attivato.



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

La Casa della Comunità hub garantisce, in aggiunta alla presenza medica e infermieristica, la presenza stabile di personale sociale, sociosanitario e amministrativo, in conformità agli standard previsti dal DM 77/2022 e in coerenza con il modello assistenziale territoriale definito dalla Regione del Veneto con DGR n. 721 del 22 giugno 2023 e DGR n. 2/CR del 10 gennaio 2023.

Assistenti Sociali

Presso la CdC hub operano complessivamente **3 assistenti sociali**, afferenti al Distretto Socio-Sanitario, con presenze articolate su specifiche aree di competenza:

La prima assistente sociale è operativa in sede 4 giorni a settimana ed è dedicata all'area della tutela minori e del consultorio familiare. Le attività svolte comprendono la valutazione e presa in carico delle situazioni di vulnerabilità familiare, la gestione dei procedimenti di tutela in raccordo con l'Autorità Giudiziaria, il supporto

agli interventi del consultorio nell'ambito della genitorialità e delle relazioni familiari, nonché la partecipazione alle équipe multiprofessionali integrate.

La seconda assistente sociale è presente in sede 1 giorno a settimana con funzioni di supporto all'area consultoriale familiare, garantendo la continuità della risposta sociale nell'ambito dei percorsi di accompagnamento alla coppia e alla famiglia attivi presso la struttura.

La terza assistente sociale è operativa 5 giorni a settimana ed è dedicata all'area della disabilità e dell'inserimento lavorativo nelle aree svantaggiate. Le attività comprendono la valutazione del bisogno, la predisposizione e il monitoraggio dei Progetti Individuali ai sensi della L. 328/2000, il raccordo con i Centri per l'Impiego e con gli enti del terzo settore per i percorsi di inclusione sociale e lavorativa, nonché la gestione delle pratiche amministrative connesse alla disabilità in integrazione con il personale amministrativo dedicato.

La presenza delle assistenti sociali nella CdC hub costituisce elemento essenziale per l'operatività del Punto Unico di Accesso (PUA) e per la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria prevista dal DM 77/2022, garantendo il raccordo tra la componente sanitaria e quella sociale nella presa in carico della persona fragile e non autosufficiente, in coerenza con quanto disciplinato dalla DGR n. 229 del 13 marzo 2024.

Personale Amministrativo

Presso la CdC hub sono stabilmente presenti **4 unità di personale amministrativo**, operanti su orario distribuito nell'arco della settimana lavorativa, con le seguenti funzioni:

- gestione delle attività amministrative distrettuali di competenza della struttura;
- presidio dello sportello amministrativo per l'utenza, con funzioni di cambio medico, rilascio esenzioni e pratiche stranieri (di media 20 operazioni al giorno) con i seguenti orari:

SEDE	SERVIZIO	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	MODALITA' DI ACCESSO
ASIAGO Via Monte Sisemol, 2	Sportello amministrativo	9.00 - 12.30	9.00 - 12.30	9.00 - 12.30	9.00 - 12.30	9.00 - 12.30	Libero accesso (mattina)
		14.00 - 16.00					Su prenotazione on line (pomeriggio)

- segreteria del servizio di Neuropsichiatria Infantile (NPI) operante nella CdC, con gestione dell'agenda, delle prenotazioni e della documentazione clinico-amministrativa;
- trattamento delle pratiche amministrative nell'area della disabilità, in raccordo con l'assistente sociale dedicata e con gli uffici competenti dell'Azienda ULSS.

Personale Sociosanitario e Punto Unico di Accesso (PUA)

Il PUA rappresenta la porta di accesso al sistema socio-sanitario integrato della CdC hub e svolge funzioni di accoglienza, valutazione del bisogno, orientamento e accompagnamento dell'utente verso i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali della rete territoriale, con particolare attenzione alle persone fragili, anziane non autosufficienti e con disabilità. L'operatività del PUA si realizza in forma integrata tra la componente sanitaria e quella sociale, e con il supporto della rete regionale 116117 che fornisce la piattaforma tecnologica e la presa in carico dei bisogni, in attuazione di quanto previsto dal DM 77/2022 e dalla DGR n. 721/2023, che individua nel PUA uno strumento essenziale per garantire equità di accesso e continuità della presa in carico.

L'attività del Punto Unico di Accesso è garantita LOCALMENTE con turnazione 5 giorni su 7, dalle ore 8:00 alle ore 15:45, da **1 Operatore Socio-Sanitario (OSS)**. Nelle altre ore il servizio si integra con l'attività della Centrale PUA-COT di Bassano del Grappa.

4. Servizi Offerti dalla Casa di Comunità HUB

Nella tabella sottostante sono riportati i servizi disponibili nella CdC con gli orari di apertura.

Area	Tipologia	Descrizione	Orari/Accesso
Cure Primarie	Medicina di Gruppo (MMG)	Erogazione prestazioni medicina generale	Area dedicata al Piano terra Lun-ven: 8:00-20:00 Sabato 8.00-10.00 In continuità con la guardia medica notturna Infermieristica H12 (5 gg/sett.)
	Ambulatorio di medicina generalista	Erogazione di prestazioni mediche rivolte a tutta la popolazione	Lun - ven 8.00-20.00
	Continuità Assistenziale	Guardia medica notturna e festiva	Accesso telefonico 116117 e ambulatoriale diretto con entrata dedicata al piano terra. Lun-Ven: 20:00-8:00; prefestivi: 10:00-8:00; festivi 8-20
		Guardia Turistica, stagionale	Accesso telefonico tramite 116117 e accesso diretto nelle diverse sedi Hub e Spoke
	IFOC Infermieri di Comunità	Gestione cronicità, PDTA – percorsi diagnostici terapeutici assistenziali, trattamenti infermieristici	Ambulatorio infermieristico, su prenotazione tramite 116117 Ambulatorio al piano terra e in diverse sedi Spoke: Lusiana Conco, Eneo, Rotzo, Roana
	ADI Assistenza Domiciliare	Assistenza infermieristica e medica a domicilio	7/7 gg: 7:00-21:00
	Ambulatorio infermieristico	Erogazione di prestazioni infermieristiche rivolte a tutta la popolazione	Lun - dom 8.00-20.00
PUA (Punto Unico Accesso) 9. Diagnostica di Base Punto Prelievi Specialistica Ambulatoriale Salute Mentale Integrazione Servizi Sociali	PUA Punto unico accesso	Accoglienza, valutazione bisogni, avvio presa in carico	Lun-Ven: 8:00-15:30. Sportello fisico e contatti telefonici
	CUP centro unico prenotazioni	Prenotazione visite ed esami	Integrato con il PUA (Lun-Ven: 8:00-18:00)
	COT Centrale operativa territoriale	Gestione dimissioni protette e pazienti complessi (UVMD – unità di valutazione multidimensionale)	Integrato con PUA e COT Bassano

SPORTELLLO AMMINISTRATIVO	Pratiche amministrative	Accesso diretto Lu-ve 9-12.30 Su prenotazione (sito ulss7 myprenota) Lu: 14-16
Ambulatori medici di Cure primarie	Ecografie, spirometria, ECG, Holter, esami su goccia spessa	Su indicazione diretta del medico
Ambulatori infermieristici	spirometria, ECG, Holter, esami su goccia spessa, uroflussometria	Su prenotazione diretta
Medicina dello sport	ECG, spirometria, test da sforzo al cicloergometro	Contestualmente alla visita
Amb. Pneumologico	spirometria, esami su goccia spessa	Prenotazione tramite CUP
Amb. Diabetologico	esami su goccia spessa	Prenotazione tramite CUP
	Prelievi ematici	Punto prelievi al II piano. Su prenotazione. Campioni analizzati all'Ospedale di Asiago
Pneumologia, Diabetologia,	visite mediche, PDTA	Su prenotazione (slot dedicati in spazi condivisi al I piano). Consultare il CUP
Medicina dello Sport	Visite e certificati medico-sportivi	Prenotazione tramite segreteria Medicina della sport Ambulatorio di I livello. Su prenotazione CUP Ambulatorio attrezzato in spazi condivisi.
Cure Palliative	Consulti e prese in carico	Su prenotazione diretta MMG
Centro Demenze/ decadimento cognitivo	Visite e prese in carico	Su prenotazione (slot dedicati in spazi condivisi al I piano). Consultare il CUP
Riabilitazione motoria NPI (neuro psichiatria infantile)	Visite e prese in carico	Su prenotazione palestra NPI I piano
Foniatria e logopedia	Visite e prese in carico	Su prenotazione ambulatorio Logopedia I piano
Psichiatria	Visite mediche e infermieristiche, supporto psicologico, monitoraggio, visite domiciliari	Accesso diretto e su prenotazione.

	dependenze	Visite mediche e infermieristiche, supporto psicologico, monitoraggio, visite domiciliari	Accesso diretto e su prenotazione. Servizi dedicati accessibili in modo pubblico e con ingresso anonimo esclusivo (piano primo).
	infanzia/adolescenza	Visite mediche e infermieristiche, supporto psicologico	Accesso su prenotazione diretta.
	Violenza sui minori, violenza sulle donne, disagio familiare	Coordinamento con Comuni e servizi socio-assistenziali per casi problematici	Supporto psicologico, Assistenti Sociali Consultorio e tutela minori
	Abuso, dipendenza		Assistenza ambulatoriale e domiciliare SERD
	disabilità		Assistenza e supporto amministrativo per inserimento strutture sociosanitarie
	Inserimento lavorativo		SILAS
	Supporto scolastico		Servizio operatori
	Consultorio Familiare	Supporto a minori, famiglie, ginecologia	Piano primo (area dedicata e attrezzata). Accesso diretto e su prenotazione.
Prevenzione	Vaccinazioni 0-18 anni	Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate	Seguendo calendario Dipartimento Prevenzione su invito
	Screening neoplasie ginecologiche	Pap-test	Su convocazione o prenotazione
	Screening Cardiovascolare	Visite cardiologiche	Su convocazione o prenotazione
	Diagnosi precoce Melanoma	Visite dermatologiche	Su convocazione o prenotazione. In collaborazione con LILT
Coinvolgimento Comunità	Spazi polivalenti per attività di prevenzione e co-progettazione		Eventi calendarizzati. Consultare bacheca dedicata o contattare la segreteria
	Diagnosi precoce Melanoma	Visite dermatologiche	In convenzione con Lega Italiana Tumori (LILT)
	Monitoraggio dello stato della popolazione dell'Altopiano in relazione alla pandemia	Attività scientifica	In convenzione con Osservatori Salute Altopiano
	Cure Palliative di base	Telemonitoraggio, assistenza psicologica, supporto familiare, attivazione rete di prossimità	Progetto Hyginus, in collaborazione con Cariverona e Coop. Insiemeapuò

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

All'interno della CdC di Asiago operano sanitari sia in regime di convenzione che di dipendenza. La Medicina di Gruppo Integrata di Asiago opera con 5 MMG e un ambulatorio infermieristico con presenza 8-20. Inoltre è presente una pediatria di Libera scelta (la sola attualmente operante sul territorio). Le Cure Primarie inoltre offrono la copertura medica H24 attraverso medici dipendenti e convenzionati e il servizio di Continuità Assistenziale come sopra descritto, nonché una presenza infermieristica dalle 7 alle 21 integrando il servizio IFOC con l'ADI.

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

Le Case della Comunità dell'AULSS7 Pedemontana rappresentano il fulcro del modello di assistenza di prossimità delineato dal DM 77/2022 e recepito dalla Regione Veneto con la DGR n. 721 del 22 giugno 2023. Questo modello si fonda sulla capacità di portare i servizi sanitari e sociosanitari vicino ai luoghi di vita delle persone, riducendo le disuguaglianze di accesso e alleggerendo la pressione sul sistema ospedaliero. L'assistenza di prossimità si realizza attraverso équipe multiprofessionali e multidisciplinari che operano in modo integrato, con un approccio proattivo orientato alla gestione della cronicità, alla prevenzione e alla presa in carico precoce dei bisogni di salute della popolazione. Al centro di questo modello vi è la persona, con particolare attenzione alle fasce più fragili — anziani, pazienti cronici, soggetti non autosufficienti — per i quali la continuità assistenziale e la capillarità dei servizi costituiscono elementi imprescindibili. Le CdC dell'AULSS7 Pedemontana, articolate sul territorio dei due Distretti, danno progressiva attuazione a questi principi, integrando la medicina generale, la continuità assistenziale, l'assistenza infermieristica e i servizi sociali in un unico sistema coordinato di cura territoriale.

b.1 Punto Unico di Accesso - REQ. b.3 checklist,

L'attività del Punto Unico di Accesso è garantita LOCALMENTE con turnazione 5 giorni su 7, dalle ore 8:00 alle ore 15:45, da 1 Operatore Socio-Sanitario (OSS) e si integra con gli altri PUA in collegamento alla Centrale Operativa 116117.

La centrale operativa 116117 è attiva dal 18/12/2025, 24 ore, 7 giorni su 7, mediante servizio telefonico gratuito alla popolazione.

Si riporta evidenza del servizio attivato.



Il PUA rappresenta la principale porta di accesso al sistema socio-sanitario, orienta ed accompagna ai servizi e alla presa in carico globale della persona. È uno strumento di facilitazione, di prima lettura del bisogno e di avvio alla presa in carico, con funzione proattiva che superi la logica dello sportello e dell'approccio prestazionale ai bisogni (D.G.R. n. 721 del 22/06/2023 programmazione dell'assetto organizzativo ed operativo della rete di assistenza territoriale in attuazione a quanto previsto dal PNRR e D.M. 77/2022).

Il PUA va inteso sia come funzione che come infrastruttura informatica e fisica che, partendo dalla rilevazione dei bisogni, avvia il percorso di presa in carico della persona nella sua globalità.

Da un punto di vista organizzativo Il PUA si coordina con la COT e da un punto di vista gerarchico afferisce al Direttore di Distretto.

Il PUA rappresenta la porta di accesso al sistema socio-sanitario integrato della CdC hub e svolge funzioni di accoglienza, valutazione del bisogno, orientamento e accompagnamento dell'utente verso i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali della rete territoriale, con particolare attenzione alle persone fragili, anziane non autosufficienti e con disabilità. L'operatività del PUA si realizza in forma integrata tra la componente sanitaria e quella sociale, e con il supporto della rete regionale 116117 che fornisce la piattaforma tecnologica e la presa in carico dei bisogni, in attuazione di quanto previsto dal DM 77/2022 e dalla DGR n. 721/2023, che individua nel PUA uno strumento essenziale per garantire equità di accesso e continuità della presa in carico.

Di seguito viene rappresentato il rapporto tra PUA e COT con riferimento alla CDC di Asiago con la definizione delle risorse per ogni CdC.



Il PUA coordina i servizi erogativi della rete sociosanitaria e offre ai cittadini:

- informazione e orientamento;
- prima lettura del bisogno;
- in caso di bisogno semplice, accoglienza e accompagnamento ai servizi territoriali di competenza (es. ambulatorio medico, ambulatorio infermieristico, CUP, Anagrafe Sanitaria, assistente sociale ATS/comune);
- in caso di bisogni a maggiore complessità socio-sanitaria, avvio della presa in carico (es. avvio della valutazione multidimensionale del disabile adulto o dell'anziano non autosufficiente);

Rispetto alle tipologie di accesso, il PUA deve essere sia operativo e accogliere direttamente l'utenza, sia fortemente integrato con i punti periferici della Rete (Centrale Operativa 116117, COT, centrali erogative, ATS, Servizi Sociali Comunali, Medici di Medicina Generale, Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie) da cui possono confluire le richieste di bisogno in grado di dare risposte secondo due tipologie di accesso dell'utente, ovvero:

a) Accesso a sede fisica: ad Asiago il PUA opera in forma integrata con lo sportello amministrativo e le altre attività amministrative, nel punto focalmente centrale della struttura, chiaramente identificabile e verso il quale l'utenza è convogliata dalla comunicazione scritta. Anche la comunicazione telefonica è immediata e diretta, attraverso il numero

unico 116117, che sottende anche la relativa piattaforma informatica regionale con una rete operativa dedicata. Tutto ciò integra la sede fisica all'interno di una infrastruttura fisica e tecnologica plurilivello: locale, distrettuale, aziendale e sovra aziendale che permette di gestire in modo unico e integrato i percorsi di presa in carico dei bisogni del cittadino.

b) In questa rete l'accesso dell'utenza può essere indifferentemente fisico o remoto (telefonico o web)

Il Punto Unico di Accesso interviene mediante due tipologie di attività.

Attività di Front Office

- a) accoglienza e ascolto;
- b) raccolta della segnalazione e apertura della scheda/fascicolo personalizzato;
- c) fornire informazioni relative alle modalità operative dei servizi, alla documentazione necessaria e ai diritti;
- d) risoluzione diretta del bisogno semplice.

Attività di Back Office

- a) approfondimento dei casi trasmessi dal front office;
- b) attivazione degli interventi con la segnalazione ai servizi competenti;
- c) attivazione della UVMMD nei casi "complessi";
- d) verifica e monitoraggio dei percorsi attivati;
- e) costante aggiornamento sui servizi e sulle risorse del territorio;
- f) gestione della documentazione relativa alle domande pervenute presso il PUA.

b.2 Assistenza medica

La presenza medica nelle Case della Comunità non si esaurisce nella risposta ai bisogni acuti non differibili: il servizio garantisce assistenza anche ai cittadini temporaneamente sprovvisti di medico di famiglia o con bisogni non rinviabili che non trovano risposta in tempo utile dal proprio MMG.

Medicina turistica

In ragione della forte vocazione turistica del territorio — con picchi di presenze significativi sia nella stagione estiva che in quella invernale sull'Altopiano dei Sette Comuni — l'AULSS7 Pedemontana attiva due volte all'anno il Servizio di Medicina Turistica, in conformità a quanto previsto dall'ACN della Medicina Generale del 28 aprile 2022 e dalle disposizioni regionali in materia. Il servizio, svolto da medici appositamente incaricati, eroga prestazioni di assistenza sanitaria di base — visite ambulatoriali e, ove necessario, visite domiciliari — a tutti i non residenti temporaneamente presenti nel territorio, inclusi i cittadini dell'Unione Europea in possesso della Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM). Le prestazioni sono a pagamento, con tariffe determinate annualmente dalla Regione Veneto. Gli ambulatori, distribuiti in modo capillare nelle principali località dell'Altopiano, operano in orari differenziati e sono raccordati con il servizio di Continuità Assistenziale per la copertura nelle fasce notturne e festive.

b.3 Servizi infermieristici

Il DM 77 del 23 maggio 2022 definisce l'Infermiere di famiglia e comunità (IFoC) come figura di riferimento per l'assistenza sanitaria territoriale, con la funzione di rispondere ai bisogni di salute della comunità e favorire l'integrazione tra servizi sanitari e sociali. L'IFoC, eroga attività di tipo assistenziale e svolge attività di prevenzione e promozione della salute, coordinandosi con le risorse formali e informali del territorio per garantire una presa in carico continua e proattiva, con particolare attenzione alle persone più fragili. Interviene in un'ottica di welfare generativo, promuovendo l'autonomia degli assistiti e collaborando con altri professionisti e attori sociali per rispondere ai bisogni complessi e inespressi della comunità.

La Dgr 1123 del 19/09/2023 ha definito ruolo e funzioni dell'Infermiere di famiglia o comunità (IFoC) nelle aziende ULSS del Veneto, ha delineato il modello organizzativo in cui viene inserito l'IFoC, i rapporti con il personale infermieristico orientato all'infermieristica di famiglia o comunità (Infermieri del Territorio, IT) con l'équipe multidisciplinare del territorio ed individuato obiettivi e contenuti per la formazione degli infermieri del territorio ad un approccio orientato all'infermieristica di famiglia o comunità.

La DGR 120/2026 ha stabilito la dotazione minima di personale del team che è di 1 IFoC e 1 IT orientato all'infermieristica di famiglia o comunità.

All'interno di ogni Casa della Comunità Distretto 1 e 2 sono identificate le figure infermieristiche previste, un IFoC e un IT.

Gli infermieri del team accertano il bisogno di assistenza delle persone per la determinazione della eventuale presa in cura. L'accertamento viene effettuato in base alle segnalazioni pervenute attraverso COT e PUA e sugli elenchi estratti per l'approccio di iniziativa.

L'accertamento della persona, esteso alla famiglia/caregiver, se necessario, avviene attraverso un colloquio strutturato e altre modalità specifiche, in sede ambulatoriale o con visita domiciliare. Qualora in seguito all'accertamento le problematiche e i bisogni dell'assistito non risultino pienamente coerenti con le finalità proprie dei SIFoC, la persona assistita viene orientata verso altri servizi territoriali, come l'ADI, o ospedalieri in grado di rispondere in modo appropriato ai bisogni prevalenti, garantendo continuità informativa.

L'avvio della presa in cura è determinato dalla redazione di un piano assistenziale conseguente all'accertamento iniziale, previo confronto sul caso con il MMG/PLS ed eventuali altri professionisti sanitari e sociali. Il piano tiene in considerazione l'apporto delle reti di supporto formali, informali e della comunità. Il piano assistenziale deve prevedere ulteriori momenti di confronto con il MMG/PLS e con gli altri professionisti coinvolti con i quali l'infermiere di riferimento assicura la condivisione degli obiettivi assistenziali e mantiene nel tempo una relazione di confronto fino alla conclusione della presa in cura. Il piano assistenziale viene aggiornato attraverso accertamenti mirati, in base alla natura dei problemi individuati e agli esiti delle valutazioni periodiche. Gli obiettivi dei piani di assistenza sono prioritariamente orientati al miglioramento dell'autonomia della persona assistita, del caregiver e della famiglia, nonché al rafforzamento dell'engagement, dell'aderenza ai trattamenti e delle capacità di autocura.

Sono anche previsti momenti di Progettazione e realizzazione interventi comunitari per la prevenzione primaria e secondaria delle malattie croniche e dei corretti stili di vita.

b.4 Modello adottato e attività per garantire la presenza e l'attivazione dell'assistente sociale e l'integrazione con i servizi sociali - REQ. b.8 checklist:

Il modello di integrazione sociosanitaria adottato dall'AULSS7 Pedemontana si inserisce nel quadro delineato dal DM 77/2022 e dalla DGR n. 721/2023, che individuano nella Casa della Comunità il luogo elettivo di raccordo tra la dimensione sanitaria e quella sociale. In attuazione di tali disposizioni, le assistenti sociali — dipendenti AULSS — sono fisicamente presenti all'interno delle CdC e operano in coordinamento con i Comuni e i Centri Servizi del territorio. Le aree di competenza comprendono la disabilità, l'integrazione lavorativa e scolastica, la tutela dei minori e le attività consultoriali, inclusi i percorsi di contrasto alla violenza familiare.

Lo strumento cardine dell'integrazione è il Punto Unico di Accesso (PUA), strutturato all'interno di ciascuna CdC e raccordato con gli altri PUA aziendali secondo un modello hub & spoke. Il PUA garantisce una porta di accesso unitaria per i bisogni sociosanitari complessi, orientando il cittadino verso il servizio più appropriato e avviando, ove necessario, la valutazione multidimensionale in sede di UVMD — lo strumento attraverso cui

si formalizza la presa in carico integrata. L'attivazione del percorso sociosanitario può avvenire attraverso molteplici canali: segnalazione da parte del MMG, dell'infermiere IFoC o dell'ospedale nell'ambito delle dimissioni protette, accesso diretto del cittadino, segnalazione dei Centri Servizi, dei servizi sociali comunali o, per alcune fattispecie, anche attraverso reti informali di prossimità. L'attuale assetto si caratterizza prevalentemente per protocolli operativi consolidati nella pratica, in un momento di progressiva transizione verso una più strutturata integrazione con gli Ambiti Territoriali Sociali, in coerenza con quanto previsto dalla normativa nazionale vigente in materia.

b.5 Assistenza Domiciliare - REQ. b.4 checklist:

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è un servizio gratuito erogato da équipe infermieristiche dedicate, rivolto a persone che necessitano di assistenza sanitaria a domicilio e che non sono in grado di accedere ai servizi ambulatoriali a causa di limitazioni fisiche — quali immobilità cronica o temporanea e altre patologie che compromettono la mobilità — o psichiche. Il servizio non ha carattere d'urgenza e opera secondo interventi programmati, singoli o nell'ambito di piani assistenziali personalizzati e continuativi.

L'attività si articola su due direttrici principali. La prima è il sostegno alla persona e al suo nucleo familiare, attraverso piani assistenziali ed educativi che accompagnano il paziente e i caregiver nella gestione dei principali problemi legati alla vita quotidiana: alimentazione, gestione dell'eliminazione intestinale e urinaria, igiene del sonno, prevenzione delle complicanze da immobilità e gestione della respirazione. Rientra in questo ambito anche l'orientamento alla famiglia nell'accesso agli ausili e ai presidi necessari all'assistenza domiciliare.

La seconda direttrice è l'erogazione diretta di prestazioni infermieristiche, che comprende: medicazioni semplici e complesse, fasciature e bendaggi, cambio e gestione del catetere vescicale, prelievi ematici ed esami strumentali, terapie iniettive intramuscolari, endovenose e sottocutanee, gestione della ventilazione meccanica, tracheostomia e ossigenoterapia, nutrizione enterale e parenterale, gestione di cateteri vascolari centrali e periferici, gestione dell'alvo e delle enterostomie. Nei pazienti in fase avanzata di malattia, il servizio garantisce il controllo dei sintomi — dolore, dispnea, nausea, sintomi psichici e comportamentali — e la sedazione palliativa, in stretta collaborazione con il servizio di Cure Palliative.

Attualmente l'ADI di Asiago ha in carico 55 pazienti.

b.6 Servizi per la comunità

La Casa della Comunità è dotata di ampia e versatile sala utilizzabile come sala riunioni o come spazio eventi, messo a disposizione di associazioni ed enti su semplice richiesta. Inoltre sono presenti anche spazi più piccoli, analogamente disponibili su richiesta.

Tra le attività per la comunità stabilmente ospitate nella CdC di Asiago

- convegni e incontri di carattere medico e divulgativo
- Ambulatorio di prevenzione e diagnosi precoce del melanoma: in convenzione con LILT, Lega Italiana Tumori
- Osservatorio della Salute dell'Altopiano (OSA): associazione attiva dal 2012, nata con lo scopo di monitorare, studiare e sensibilizzare la popolazione dell'Altopiano dei Sette Comuni sui temi della salute e dell'andamento delle malattie nel tempo.

C. Macro-area Specialistica con l'area funzionale ambulatori specialistici - REQ. b.6 checklist

c.1 Attività ambulatoriale specialistica per le patologie ad elevata prevalenza

Presso la casa della Comunità di Asiago, come da tabella di sintesi sopra riportata, sono , attivi i seguenti ambulatori specialistici:

Ambulatorio	Attività Diagnostica di base e iagnostica disponibile	focus
Amb. Pneumologico	spirometria, esami su goccia spessa	BPCO, asma, laringectomizzati
Amb. Diabetologico	esami su goccia spessa	Diabete, scompenso Diabetico
Amb. Cardiologico	Elettrocardiografo, Cicloergometro, spirometro, pulsossimetro	cardiopatie, Scompenso cardiaco
Medicina dello Sport	Elettrocardiografo, Cicloergometro, spirometro, pulsossimetro	Prevenzione, visite sportive
Psichiatria	Visite mediche e infermieristiche, supporto psicologico, monitoraggio, visite domiciliari	Disagio, patologie psichiatriche,
dipendenze	Visite mediche e infermieristiche, supporto psicologico, monitoraggio, visite domiciliari	Abuso e dipendenze
infanzia/adolescenza	Visite mediche e infermieristiche, supporto psicologico	Accesso su prenotazione diretta.
Cure Palliative	Consulti e prese in carico	malattie neoplastiche terminali
Centro Demenze/ decadimento cognitivo	Visite e prese in carico	Demenze

c.2 Attività diagnostica di base

vedi tabella sopra

c.3 Attività garantita di punto prelievi - REQ. b.14 checklist

E' attivo un punto prelievi per esami ematologici su prenotazione.

Tale punto si integra con quello ospedaliero, a breve distanza (circa 1 km) dalla Casa della Comunità. Nella CDC di Asiago il punto è organizzato con spazi dedicati, personale, attrezzature, collegamenti informativi e locali.

Si sottolinea come nella CdC di Asiago funzionino quotidianamente due centri prelievi "specialistici" gestiti dal Centro Salute Mentale e dal SERD e focalizzati al monitoraggio delle terapie di competenza specialistica.

c.4 altri servizi Non obbligatori

- attività consultoriale rivolta anche a minori

- interventi di salute pubblica
 - punto vaccinazioni
 - programmi di screening ginecologico,
 - centro salute mentale,
 - Servizio dipendenze patologiche
 - servizio di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, riabilitazione motoria infantile, logopedia
 - medicina dello sport

D. Macro-area Servizi Generali e Logistici

d.1 Accoglienza degli utenti

sono attive e funzionanti:

- PUA (punto unico di accesso) dove convergono tutte le attività a servizio del cittadino: pratiche distrettuali, amministrative, disabilità, sportello amministrativo, segreteria
- ufficio del responsabile della CdC presente con orario pieno 6 gg/settimana
- a supporto esistono:
 - ampie sale d'attesa di cui una con area bimbi
 - due sale d'attesa ad accesso indipendente per Continuità assistenziale e SERD
 - un'area ristoro con erogazione snacks e bevande calde e fredde
 - bagni per utenti e bagni disabili in ogni piano

d.2 Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP *REQ. b.7 checklist*

L'applicativo CUP in esercizio nel Distretto n.1 consente un alto grado di configurabilità degli utenti in base alle funzioni che l'operatore deve svolgere ed agli ambiti di competenza e visibilità a lui assegnati. Tali profili prevedono comunque un accesso all'anagrafica aziendale dei contatti, indispensabile per l'individuazione dell'assistito ed il controllo dei suoi dati, con la possibilità di integrare i contenuti qualora risultasse necessario registrare nuovi contatti telefonici o domicili diversi.

L'operatività del Cup vede coinvolte attività di front-office e di back-office. Ci sono pertanto abilitazioni ad hoc per quello che riguarda la gestione delle attività di sportello/cassa, MiniCup, call-center, gestione delle liste di pre-appuntamento e libera professione. I profili di accesso Cup consentono, oltre al monitoraggio dell'attività secondo tipologia di accesso, di circoscrivere la visibilità dell'offerta secondo le necessità aziendali.

Questa differenziazione permette di gestire in modo corretto la prenotazione delle prestazioni di secondo livello o di elevata complessità. All'interno della Casa di Comunità è predisposta un'organizzazione delle agende da portale CUP in relazione alle specialità coinvolte, con slot già predisposti dal gestionale secondo tempistica assegnata per il follow up.

Tali disponibilità sono visibili solo agli operatori del PUA, presenti al front office della Casa di Comunità e formati ad hoc per garantire una gestione specifica rispetto alla diversa tipologia di utenza di quel punto erogativo: il personale PUA individuato ha quindi visibilità degli slot per le specialità presenti nel punto erogativo e può prenotare direttamente al paziente l'appuntamento negli orari dei servizi previsti presso la Casa di Comunità.

I profili di visibilità sono adeguati su eventuali necessità che dovessero emergere o richieste successive: secondo questa possibilità, tutta l'offerta aziendale, compresi i Centri Accreditati, sono consultabili

all'operatore PUA secondo territorialità sulla base dei percorsi di garanzia e della tipologia di prestazioni che interessano il percorso di cura.

La CdC è inserita nella rete di prenotazione collegata al CUP Aziendale. Per la descrizione e il funzionamento si rimanda all'elenco delle procedure aziendali relative, disponibili sull'intranet all'indirizzo <https://intranet.aulss7.veneto.it/intranet/attoaziendale/procedure>

d.3 Servizi di accoglienza per il personale della struttura

La CdC mette a disposizione dei dipendenti due aree polivalenti adibite a spogliatoio personale e area relax, ad uso esclusivo degli operatori, oltre ai bagni dedicati, diversificati per maschi e femminile (uno per piano). E' inoltre prevista l'area riposo- sosta per la continuità assistenziale notturna, con bagno dedicato.

d.4 servizi logistici

- deposito pulito e sporco
- area di deposito temporaneo rifiuti speciali
- centrale termica
- stanza archivio
- depositi farmaci con frigoriferi a temperatura controllata
- frigorifero dedicato alla conservazione dei vaccini
- carrelli emergenza (uno per piano)

d.5 locali tecnici

- centrale termica
- ampio locale a magazzino

5. Dotazione Strutturale e Tecnologica *REQ. b.12 checklist*

La Casa della comunità è dotata della seguente attrezzatura:

U.O.S. INGEGNERIA CLINICA

OGGETTO: elenco dispositivi consegnati presso la casa di Comunità di Asiago in data: 16/04/2025:

Inventario ULSS7	Descrizione	Costruttore	Modello	Scadenza garanzia	Matricola
212206	SONDA ECOGRAFICA	GE HEALTHCARE	4C RS	27/03/2026	1328501WX0
212204	SONDA ECOGRAFICA	GE HEALTHCARE	L6-12 RS	27/03/2026	1333368WX7
212203	ECOTOMOGRAFO PORTATILE	GE HEALTHCARE	VERSANA ACTIVE	27/03/2026	6312841WX0
212205	CARRELLO ELETTRIFICATO	GE HEALTHCARE	VERSANA ACTIVE ADV CART	27/03/2026	5842260S24040 046
212241	CARRELLO ELETTRIFICATO	COLYTECH MANUFACTUR ING CO LTD	ROLL STAND	27/03/2026	5923904- 240126068
212223	TERMOMETRO	HETAIDA TECHNOLOGY CO LTD	HTD 8808C	27/03/2026	A24010091X002 16
212233	MONITOR MULTIPARAMETRI CO, MONITOR	GE HEALTHCARE	PORTRAIT VSM	27/03/2026	SWP24080012 WA
212252	SOFTWARE APPLICATIVO	GE HEALTHCARE	CARDIOSOFT V7	27/03/2026	SUS24090210H A
212253	ELETTROCARDIOGR AFO (MODULO ACQUISIZIONE DATI)	GE HEALTHCARE	CAM CONNECT 14	27/03/2026	VU523430086S A
212254	SPIROMETRO PORTATILE	GE HEALTHCARE	SPIRO-SP TRUEFLOW	27/03/2026	253323
212270	ELETTROCARDIOGR AFO	GE HEALTHCARE	MAC 5 LITE	27/03/2026	SUG24080015W A
212096	MISURATORE AUTOMATICO NON INVASIVO DELLA PRESSIONE	OMRON CORP	RS7 INTELLI IT HEM 6232T E	26/02/2026	202011002030V
212118	DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO	NIHON KOHDEN CORP	CARDIOLIFE AED 3100	27/02/2032	27306
212170	PULSOSSIMETRO	COVIDIEN	PM10N PORTABLE SPO2 PATIENT MONITORIN G	04/03/2026	MBP2315394
212251	REGISTRATORE HOLTER DELLA PRESSIONE SANGUIGNA	GE HEALTHCARE	TONOPORT VI	27/03/2026	TON30649

Inventario ULSS7	Descrizione	Costruttore	Modello	Scadenza garanzia	Matricola
212140	IMPEDEZA CORPOREA, ANALIZZATORE DI	OMRON CORP	VIVA	18/03/2026	20220202292F
212160	VIDEODERMATOSC OPIO	ITALECO SRL	FEDMEDMIC FIP	03/03/2026	24010628C0
212128	SISTEMA COMPLETO PER TELEMETRIA PARAMETRI VITALI	CARDIACSENS E LTD	CS SYSTEM 3	28/02/2026	CS32233100019 845
212085	ASPIRATORE MEDICO CHIRURGICO	GIMA SPA	SUPER VEGA 1L	26/02/2026	15722
212181	VIDEOOTOSCOPIO	ITALECO SRL	FEDMEDMIC FIOT	06/03/2026	23090442F6
212105	TERMOMETRO A INFRAROSSI	SHENZHEN URION TECHNOLOGY CO LTD	UFR 103	27/02/2026	FJD00814484

6. Integrazione e Rete Territoriale

La Casa della Comunità non è un presidio isolato, ma il nodo centrale di una rete territoriale integrata che connette i servizi sanitari, sociosanitari e sociali del distretto. Questa integrazione si realizza a due livelli complementari: organizzativo e tecnologico.

Sul piano organizzativo, ogni CdC ospita un Punto Unico di Accesso (PUA) strutturato, che costituisce la porta di ingresso unitaria per i bisogni complessi del cittadino e opera in modo integrato con gli altri PUA aziendali secondo il modello hub & spoke, in attuazione di quanto previsto dal DM 77/2022 e dalla DGR n. 721/2023. Il PUA è raccordato con le funzioni di segreteria della CdC, con i servizi sociali, con l'ADI e con i MMG dell'AFT di riferimento, garantendo continuità informativa e operativa lungo tutto il percorso di presa in carico. Le UVMD rappresentano lo strumento formale di formalizzazione dell'integrazione sociosanitaria, mentre il raccordo con l'ospedale avviene principalmente attraverso il servizio delle dimissioni protette.

Sul piano tecnologico, l'infrastruttura abilitante di questa integrazione è la piattaforma regionale UniqueCare® (MedicalCare), adottata dalla Regione Veneto in attuazione della DGR n. 976/2024. Si tratta di un sistema informativo integrato che gestisce in modo unitario il 116117, la Continuità Assistenziale, il PUA e le relative attività di segreteria, consentendo la tracciatura completa dei percorsi del cittadino dall'accesso alla risoluzione del bisogno. La piattaforma supporta gli operatori attraverso protocolli di intervista guidata e strumenti di intelligenza artificiale per la valutazione del bisogno, ed è interconnessa con il Registro della Continuità Assistenziale (RCM) della medicina generale, permettendo ai MMG di essere informati in tempo reale sui contatti dei propri assistiti con la centrale. Sul versante amministrativo, il sistema integra funzionalità di semplificazione gestionale, tra cui l'emissione automatica dei pagamenti tramite pagoPA e la produzione di reportistica strutturata sull'attività erogata. La piattaforma si basa su architettura cloud ibrida per garantire sicurezza e interoperabilità con gli altri sistemi informativi regionali.

L'AULSS7 Pedemontana è stata la prima azienda sanitaria veneta a sperimentare il nuovo sistema: l'attivazione della Centrale 116117 è avvenuta a dicembre 2024 proprio a partire dal Distretto 1 di Bassano del Grappa, con la CdC di Asiago tra i primissimi nodi operativi del sistema. Questa fase pionieristica ha permesso di testare il modello in un contesto territoriale complesso — caratterizzato da aree montane, popolazione dispersa e picchi stagionali di presenze — consentendo di identificare e risolvere criticità specifiche dei territori disagiati, contribuendo così alla messa a punto di un sistema robusto ed esportabile all'intero territorio regionale. L'AULSS7 può oggi contare su un'esperienza consolidata di circa un anno e

mezzo di operatività, che la colloca in una posizione di avanguardia nel panorama veneto dell'assistenza territoriale integrata.

6.1 Altri servizi: sanitari, sociosanitari, sociali, educativi

Accanto ai servizi integrati nella piattaforma regionale, la CdC ospita una serie di attività sociosanitarie che operano in autonomia gestionale, contribuendo a fare della struttura un punto di riferimento multifunzionale per la comunità del territorio.

Il **CEOD** — Centro Educativo Occupazionale Diurno — è una struttura socio-sanitaria diurna dedicata a persone con disabilità, attiva dal lunedì al venerdì in orario diurno. Attraverso laboratori e attività riabilitative e occupazionali, promuove l'autonomia, la socializzazione e il mantenimento delle abilità, in stretta collaborazione con i Servizi Sociali dei Comuni.

Il **Consultorio Familiare** gestisce corsi preparto rivolti alle future madri del territorio, integrando la dimensione clinica con quella educativa e di sostegno alla genitorialità.

Il **Servizio Età Evolutiva** coordina gli interventi di integrazione scolastica ai sensi della Legge 104/92, mettendo a disposizione delle scuole di ogni ordine e grado — su richiesta degli istituti e in collaborazione con i Comuni — figure professionali dedicate al supporto di alunni con disabilità. Il loro intervento, inserito nel Progetto Educativo Individualizzato (PEI), è orientato a favorire l'autonomia personale, sociale e relazionale, la comunicazione e la piena inclusione nel contesto scolastico.

Il **SILAS** — Servizio di Integrazione Lavorativa — sostiene le persone con disabilità nel percorso di inserimento e integrazione nel mondo del lavoro, raccordandosi con le realtà produttive e i servizi sociali del territorio.

È infine disponibile un servizio di trasporto assistito con ambulanza, a supporto della mobilità delle persone che necessitano di accompagnamento per accedere alle prestazioni sanitarie.

7. Partecipazione della Comunità **REQ. b.9 checklist**

7.1 Inclusione e partecipazione attiva dei cittadini

Tra le diverse iniziative meritano particolare menzione:

- il **progetto “Turismo sostenibile”** messo a punto dall'Azienda socio-sanitaria Pedemontana in stretta collaborazione con l'Unione Montana Spettabile Reggenza dei Sette Comuni, con il coinvolgimento di diverse Aziende dell'accoglienza turistica, finalizzato a favorire la presenza di turisti con disabilità e dei loro familiari nel comprensorio dell'Altopiano, unitamente alla realizzazione di infrastrutture, l'organizzazione di servizi accessibili e in generale l'ampliamento dell'offerta turistica accessibile e inclusiva, anche attraverso tirocini lavorativi per persone con disabilità.
- il **progetto Hyginus**, frutto della collaborazione tra pubblico (Ulss 7 Pedemontana), privato sociale (cooperativa Insieme si può), prevede la creazione di una “rete di vicinato solidale” formata da cittadini che scelgono di offrire parte del loro tempo a persone fragili, valorizzando risorse particolarmente preziose in un contesto montano caratterizzato da invecchiamento, grandi distanze, spopolamento, difficoltà meteorologiche.

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

Tra le diverse iniziative meritano particolare menzione:

- c. il piano di zona, strumento di programmazione dell'offerta di servizi socio sanitari territoriali;
- d. l'accreditamento di enti del terzo settore, ai sensi dell'art. 55 del D.Lgvo 117/2017 con il quale l'Azienda Ulss7 ha proceduto ad accreditare 32 ETS del territorio con cui sono attivi progetti personalizzati per finalità assistenziali, riabilitative ed educative anche sul territorio dell'Altipiano;
- e. convenzioni con ETS per l'erogazione di servizi socio-sanitari in diversi settori, tra i quali la salute mentale, le dipendenze, ecc.

La CdC di Asiago esprime una vocazione spiccata alla partecipazione comunitaria, che si manifesta attraverso collaborazioni consolidate con il terzo settore, le istituzioni locali e il mondo della ricerca, nonché attraverso progetti originali di coinvolgimento attivo dei cittadini.

Oltre ai già citati progetti "Turismo sostenibile" e "Hyginus", sul versante della prevenzione e della promozione della salute, la CdC ospita mensilmente un **ambulatorio di sorveglianza e diagnosi precoce del melanoma, realizzato in convenzione con la LILT — Lega Italiana Lotta ai Tumori** — a testimonianza di una collaborazione strutturata con il volontariato oncologico.

Un ruolo di rilievo è svolto dall'**Osservatorio Salute Altopiano (OSA)**, associazione formalmente costituita nata nel 2012 dalla collaborazione tra l'Università di Padova e l'amministrazione comunale di Asiago. L'OSA monitora il benessere della comunità locale attraverso l'analisi scientifica dei dati epidemiologici e l'organizzazione di incontri informativi, con una attenzione specifica ai bisogni sanitari del territorio montano dei Sette Comuni. La sua presenza all'interno della CdC, già operativa informalmente da tempo, è attualmente in corso di formalizzazione.

7.3 Promozione della salute

La promozione della salute rappresenta una dimensione trasversale e strutturale dell'attività della CdC di Asiago, che si esprime attraverso un insieme articolato di iniziative rivolte alla popolazione di tutte le fasce d'età. Il modello adottato supera la logica della sola risposta al bisogno clinico per abbracciare un approccio proattivo, orientato alla prevenzione primaria e alla modifica dei determinanti di salute individuali e collettivi. Le azioni spaziano dalle campagne informative e vaccinali alla prevenzione delle dipendenze, dal contrasto alla violenza di genere all'educazione alla salute nelle scuole, dai corsi preparto alla preparazione alla genitorialità, in un'ottica di medicina di comunità che valorizza la CdC come presidio di salute pubblica oltre che di cura. Queste attività si sviluppano in rete con i soggetti del territorio — istituzioni scolastiche, associazioni, servizi sociali, terzo settore — nella convinzione che la promozione della salute sia efficace solo se radicata nel contesto sociale e culturale della comunità di riferimento. A supporto di tutto ciò, la CdC mette a disposizione spazi dedicati e condivisi e un supporto organizzativo che consente ai diversi soggetti coinvolti di operare in modo coordinato e continuativo.

7.4 Monitoraggio e Qualità

A livello strategico le attività erogate sono costantemente monitorate con un sistema aziendale di reporting settimanale, di cui si riportano gli elementi osservati, integrato con tutte le altre CdC aziendali e che fa riferimento ad un apposito tavolo di lavoro aziendale (DM77).

SINTESI ATTIVITA' CASE DELLA COMUNITA'
Rilevazione da data di attivazione per Casa di Comunità

Dati di attività complessivi fino al 19 aprile 2026

Racino di sintesi	
Servizi Obbligatori	N° accessi agli sportelli amministrativi (dato trimestrale)
	N° accessi PUA (raccolta bisogni)
	N° prestazioni infermieristiche territoriali
	Attività IPOC
	N° Consulti Totali
	Di cui esenti in visite ambulatoriali
	Di cui esenti in visite domiciliari
	ATTIVITA' della CONTINUITA' ASSISTENZIALE
	ATTIVITA' di SPECIALISTICA AMBULATORIALE (in pazienti con accesso nella CUC)
	Preventivologia
Servizi diagnostici	Cardiologia
	Oculistica
	Diabetologia
	ECG (registrazione)
	Spianometri
Laboratorio	Retinografia
	RX
	Ecografia
	Servizio Prelevi
ATTIVITA' ADI (dato annuale - flussu trimestrale)	N° utenti
	N° accessi
Servizi Raccomandati	Attività Assistenziale Integrata
	Visite Ambulatoriali
Servizi Facilitativi	ATTIVITA' di SALUTE MENTALE
	Attività Assistenziale Integrata
MAP	Visite Ambulatoriali
	ARI
Consulenza	Consulenza
	Consulenza
Servizio in attivazione	

Tutte le attività collaborano attivamente con l'URP aziendale applicandone le procedure e così garantisce il diritto all'informazione, ascolta le esigenze dell'utenza (reclami/suggerimenti), favorisce l'accesso agli atti e promuove la trasparenza, migliorando la qualità dei servizi.

E' inoltre previsto un sistema di rilevamento della soddisfazione dell'utenza a conclusione del Piano di Assistenza Integrata ADI

Allegato n. 1: Elenco procedure in uso alla casa della comunità

Il personale della Casa della Comunità ha a disposizione le procedure nell'intranet aziendale all'indirizzo <https://intranet.aulss7.veneto.it/intranet/Elenco-procedure>

Di seguito si presenta l'elenco delle **principali** procedure assistenziali e gestionali in uso nella Casa della Comunità:

- TRASPORTO ASSISTITO DEL PAZIENTE NELLA ULSS7 PEDEMONTANA PRAZO36
 - ASSISTENZA DOMICILIARE EROGATA A PERSONE NON RESIDENTI NEL TERRITORIO DELL'ULSS7 PEDEMONTANA PRTER.006.004
 - PREVENZIONE, DIAGNOSI E TRATTAMENTO DEI SINTOMI IN CURE PALLIATIVE PRAZCP001
 - PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CANDIDATI A CURE PALLIATIVE DOMICILIARI PRAZCP002.000
 - PERCORSO MULTIDISCIPLINARE DI PRESA IN CARICO DEGLI ASSISTITI AFFETTI DA DIPENDENZA DA FARMACI PRAZFT002.000
 - PERCORSO ORGANIZZATIVO PER LE DIMISSIONI PROTETTE PR75114AZ.003
 - DIMISSIONI PROTETTE DA STRUTTURE INTERMEDIE E TEMPORANEITA' PR75160AZ
 - ATTIVAZIONE DELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE ADI - L.R. N° 1075/2017
 - VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ACCESSO ALLA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI SOCIOSANITARI PRAZ134
 - GESTIONE FARMACI E PRESIDIO PER LE URGENZE
 - GESTIONE PROBLEMI NON DIFFERIBILI, NON EMERGENTI IN CA E PS PRAZ111
 - ATTIVAZIONE SERVIZIO DI TELESOCORSO-TELECONTROLLO PRAZ057
 - IGIENE MANI E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA PR010AZ
 - PROCEDURA BORSA URGENZE _ TERRITORIO DISTRETTO 2 ALTO VICENTINO
- <https://www.aulss7.veneto.it/servizio-di-infermieristica-di-famiglia-e-di-comunit-sifoc-2>
<https://www.aulss7.veneto.it/punto-unico-di-accesso-pua-schio>
<https://www.aulss7.veneto.it/adi-assistenza-infermieristica-domiciliare-2>

e la DDG n. 351 del 21/02/2025: CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE – COT DM 77/2022 - Approvazione del nuovo modello organizzativo della COT redatto secondo le linee di indirizzo di cui al Decreto del Direttore Generale dell'area sanità e sociale della Regione del Veneto n. 3/2025.