

REGIONE DEL VENETO



ULSS7
PEDEMONTANA

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

N. 915 DEL 20/05/2026

DELIBERAZIONE
del

DIRETTORE GENERALE

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

Coadiuvato dai sigg.:

DIRETTORE AMMINISTRATIVO f.f.

dott. CRISTIANO GALIZIAN

DIRETTORE SANITARIO

dr. ANTONIO DI CAPRIO

DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIO – SANITARI

dott.ssa PAOLA VESCOVI

OGGETTO: PNRR M6C1-I1.1 TARGET M6C1-3 CASA DELLA COMUNITÀ HUB DI ROMANO D'EZZELINO - CUP: H91B21009480006. PRESA D'ATTO DELLA DICHIARAZIONE DI ATTIVAZIONE DEI SERVIZI E APPROVAZIONE 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: 883/26

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 Cinzia Brunello

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”;

Rilevato che:

- in data 20/03/2026 è stata verbalizzata la constatazione di fine lavori della “Casa della Comunità” di Romano d'Ezzelino, come da documentazione agli atti;
- l'intervento Casa della comunità di Romano d'Ezzelino contribuisce agli obiettivi climatici TAG Clima 025ter - Nuova Costruzione, come programmato nel CIS/POR e richiamato nella nota dell'UMPNNR prot. n. 8729 del 24/11/2025, confermata con nota del Referente unico di Parte prot.

n. 685833 del 19/12/2025 e successivo aggiornamento con nota prot. n. 11001 del 17/04/2026;

- in data 11/02/2025 con ns prot. n. 12453 la Direzione Programmazione e Controllo SSR della Regione Veneto ha trasmesso il “Vademecum illustrativo Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del SSR per l’anno 2025” richiedendo l’attivazione entro 60 giorni delle Case della Comunità i cui lavori, in tale data, risultassero ultimati;
- a far data dal 09/05/2026 viene attivata la “Casa della Comunità” con i servizi di cui alla nota prot. n. 42869 del 07/05/2026, con il completamento dell’offerta secondo lo standard del DM 77/2022 di assistenza medica diurna ed infermieristica, rivolta tutti i cittadini h12 7 giorni su 7, a partire dal 18/05/2026;
- la struttura ha superato con esito positivo la fase di autorizzazione all’esercizio, ai sensi della L.R. n. 22/2002, da parte di Azienda Zero (Decreto n. 258 dell’11/05/2026);

Ritenuto pertanto necessario, con il presente atto, di:

- dare atto dell’intervenuta attestazione del completamento della “Casa della Comunità” hub di Romano d’Ezzelino, sita in Via G. Gioberti n. 4, 36060 Romano d’Ezzelino (VI), CUP: H91B21009480006 e dell’attivazione dei relativi servizi a far data dal 18/05/2026, in conformità degli standard definiti dal DM 77/2022, come da “Dichiarazione di attivazione dei servizi della Casa della Comunità hub di Romano d’Ezzelino”, sottoscritta dal Direttore Generale di questa Azienda, che si allega alla presente quale parte integrante e sostanziale;
- 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, che descrive i servizi attivati all’interno della Casa della Comunità in ottemperanza al DM 77/2022;

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

- di confermare l’avvenuta operatività della struttura dal 18/05/2026;
- di dare atto dell’intervenuta attestazione del completamento della “Casa della Comunità” hub di Romano d’Ezzelino, sita in Via G. Gioberti n. 4, 36060 Romano d’Ezzelino (VI), CUP: H91B21009480006 e dell’attivazione dei relativi servizi a far data dal 18/05/2026, in conformità degli standard definiti dal DM 77/2022, come da “Dichiarazione di attivazione dei servizi della Casa della Comunità hub di Romano d’Ezzelino”, sottoscritta dal Direttore Generale di questa Azienda, che si allega alla presente quale parte integrante e sostanziale;
- 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, che descrive i servizi attivati all’interno della Casa della Comunità in ottemperanza al DM 77/2022;
- 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;
- di individuare la dott.ssa Cristina Velludo, Direttore dell’UOC Cure Primarie del Distretto 1, quale referente della “Casa della Comunità” di Romano d’Ezzelino.

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 confermare l'avvenuta operatività della struttura dal 18/05/2026;
3. di dare atto dell'intervenuta attestazione del completamento della "Casa della Comunità" hub di Romano d'Ezzelino, sita in Via G. Gioberti n. 4, 36060 Romano d'Ezzelino (VI), CUP: H91B21009480006 e dell'attivazione dei relativi servizi a far data dal 18/05/2026, in conformità degli standard definiti dal DM 77/2022, come da "Dichiarazione di attivazione dei servizi della Casa della Comunità hub di Romano d'Ezzelino", sottoscritta dal Direttore Generale di questa Azienda, che si allega alla presente quale parte integrante e sostanziale;
4. 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, che descrive i servizi attivati all'interno della Casa della Comunità in ottemperanza al DM 77/2022;
5. 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;
6. di individuare la dott.ssa Cristina Velludo, Direttore dell'UOC Cure Primarie del Distretto 1, quale referente della "Casa della Comunità" di Romano d'Ezzelino;
7. 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.

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

Informazioni Intervento

MISSIONE: Missione 6 Salute

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

INVESTIMENTO: M6C1 I1.1 – Case della Comunità e presa in carico della persona

TARGET: M6C1-3

CODICE MISURA: M6C1 I1.1

CODICE PRATT (REGIS): 1000000097

Denominazione Casa della Comunità e indirizzo: Casa della Comunità di Romano d'Ezzelino - Via G. Gioberti n. 4, 36060 Romano d'Ezzelino (VI)

CUP: H91B21009480006

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

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

FINANZIAMENTO RRF : 2.000.000,00 €

Soggetto attuatore (Regione/PA): REGIONE VENETO

Soggetto attuatore esterno/delegato: AZIENDA ULSS7 PEDEMONTANA

Il sottoscritto, GIOVANNI CARRETTA, nato a PADOVA (PD), il 11.11.1970, C.F. n. CRRGNN70S11G224R, in qualità di DIRETTORE GENERALE dell'AZIENDA ULSS7 PEDEMONTANA, in relazione all'intervento identificato in premessa, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e quindi consapevole delle responsabilità di ordine amministrativo, civile e penale in caso di dichiarazioni mendaci, ex art. 76 del DPR medesimo,

DICHIARA CHE

- L'opera/fornitura è stata completata in conformità alle previsioni del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia finanziati nell'ambito del PNRR Missione 6 sottoscritto tra Ministero della Salute e Regione Veneto e dei relativi allegati al CIS (Piano Operativo Regionale e Action plan).
- I servizi della Casa della Comunità - in conformità agli standard definiti dagli elementi obbligatori della Tabella 4 dell'Allegato 1, Sezione 5, del Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 - sono attivi, a partire dalla data del 18/05/2026.

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

- L'opera/fornitura è conforme ai requisiti previsti per l'investimento M6C1 I1.1 – Case della Comunità e presa in carico della persona e per il conseguimento del Target europeo M6C1-3 descritti nell'Allegato alla Decisione di esecuzione del Consiglio relativa all'approvazione della valutazione del piano per la ripresa e la resilienza dell'Italia (Council Implementing Decision - CID).
- L'intervento è conforme agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi definiti dalle normative nazionali e regionali di riferimento, tenuto conto anche degli orientamenti Agenas (“Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa di Comunità”, agosto 2022 - Quaderno di Monitor 2022, Supplemento alla rivista semestrale Monitor; “Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità Hub” - 05.04.2024).
- È stato assicurato, ai sensi dell'articolo 18 del Regolamento (UE) n. 241/2021, il perseguimento del principio di “non arrecare danno significativo agli obiettivi ambientali” (“Do No Significant Harm” - DNSH) di cui all'articolo 17 del Regolamento (UE) n. 852/2020, ulteriormente chiarito con Circolare della Ragioneria Generale dello Stato del 14 maggio 2024, n. 22 “Aggiornamento Guida operativa per il rispetto del principio di non arrecare danno significativo all'ambiente (cd. DNSH)” che ha aggiornato la Circolare n. 33 del 13 ottobre 2022, nonché con Linee guida emanate dall'UMPNNRR con prot. 460 del 6/02/2025 UMPNNRR-MDS-P.
- Per la realizzazione dell'intervento sono stati rispettati i principi trasversali previsti dal PNRR, ove applicabili, quali, in particolare, il rispetto del principio del contributo all'obiettivo climatico ai sensi del regolamento (UE) 2021/241 (tag clima), in linea con gli impegni assunti attraverso il CIS.
- È stato assicurato il rispetto di tutte le disposizioni previste dalla normativa europea e nazionale, con particolare riferimento a quanto previsto dal Regolamento (UE) n. 241/2021. e dal decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, come modificato dalla legge 29 luglio 2021, n. 108.
- È stato garantito il rispetto degli obblighi in materia di comunicazione e informazione previsti dall'art. 34 del Regolamento (UE) n. 241/2021, in linea con le Linee Guida per l'utilizzo dei loghi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR, Missione 6 Salute, per le azioni di informazione e comunicazione a cura dei Soggetti Attuatori e beneficiari emanate dall'UMPNNRR.
- La documentazione comprovante il soddisfacente conseguimento del Target M6C1-3 relativo all'investimento M6C1 I1.1 – Case della Comunità e presa in carico della persona, per quanto di competenza, è stata correttamente caricata nel sistema informativo ReGiS nella sezione relativa al correlato indicatore target secondo le indicazioni dell'UMPNNRR (Indicatore target ReGiS T0105).
- La documentazione inserita nel sistema informativo ReGiS, per quanto di competenza, è coerente rispetto al valore realizzato dichiarato del target ed è idonea a confermare il soddisfacente conseguimento del target M6C1-3.

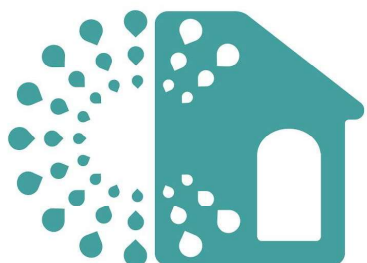
- Sono stati correttamente eseguiti, e superati con esito positivo, i controlli necessari ad assicurare la correttezza, affidabilità e completezza degli atti/procedure propedeutici al soddisfacente raggiungimento di milestone/target oggetto di rendicontazione (es. sulle procedure di selezione e/o di gara/affidamento), in conformità con la normativa di riferimento.
- Sono state eseguite con esito positivo tutte le verifiche previste, conformemente alle normative vigenti.
- Le attrezzature e le strumentazioni mediche e diagnostiche necessarie al funzionamento del servizio sono state installate e sono operative.
- Le eventuali procedure e autorizzazioni richieste da enti esterni per l'avvio del servizio sono state regolarmente ottenute.

Luogo e data

Nominativo e Firma digitale



CARRETTA GIOVANNI
20.05.2026 10:46:24
GMT+02:00



REGIONE DEL VENETO

Casa della Comunità di Romano d'Ezzelino

CASA DELLA COMUNITÀ HUB di ROMANO D'EZZELINO

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
20.05.2026
11:38:57
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
Quadro normativo regionale – Regione del Veneto	6
2.3 Localizzazione e contesto territoriale	6
Accessibilità e collegamenti	7
Caratteristiche demografiche e patologie prevalenti	7
Bacino di utenza e territorio di riferimento	7
Popolazione residente e caratteristiche demografiche	7
Patologie prevalenti	8
3. Organizzazione del Personale	8
3.1 Presenza infermieristica - REQ. b.11 checklist	8
Attività infermieristica nelle Case della Comunità	9
Ambulatorio infermieristico	9
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	9
Dotazione di personale Infermieristico ed OSS nella Casa della Comunità di Romano d'Ezzelino	10
3.2 Presenza medica e garanzia del servizio di continuità assistenziale - REQ. b.10 (presenza medica h24 7/7) - REQ. b.13	10
3.3 Presenza di altro personale - REQ. b.1 checklist	12
Assistenti Sociali	12
Personale Amministrativo	12
Personale Sociosanitario e Punto Unico di Accesso (PUA)	13
4. Servizi Offerti dalla Casa di Comunità HUB	13
a. Macro-area Cure primarie con l'omonima area funzionale - REQ. b.2 checklist	14
b. Macro-area Assistenza di Prossimità con le aree funzionali	16
b.1 Punto Unico di Accesso - REQ. b.3	16
b.2 Assistenza medica	18
b.3 Servizi infermieristici	19
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	20
b.5 Assistenza Domiciliare - REQ. b.4	20
b.6 Servizi per la comunità	21
C. Macro-area Specialistica con l'area funzionale ambulatori specialistici - REQ. b.6	21
c.1 Attività ambulatoriale specialistica per le patologie ad elevata prevalenza	21
c.2 Attività diagnostica di base	21

c.3 Attività garantita di punto prelievi - REQ. b.14	22
c.4 Altri servizi non obbligatori	22
D. Macro-area Servizi Generali e Logistici	22
d.1 Accoglienza degli utenti	23
d.2 Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP - REQ. b.7	23
d.3 Servizi di accoglienza per il personale della struttura	23
d.4 Servizi logistici e locali tecnici	24
5. Dotazione Strutturale e Tecnologica - REQ. b.12 checklist	24
8. Integrazione e Rete Territoriale	26
6.1 Altri servizi: sanitari, socio-sanitari, sociali, educativi	27
9. Partecipazione della Comunità REQ. b.9 checklist	27
7.1 Inclusione e partecipazione attiva dei cittadini	27
7.2 Valorizzazione della co-produzione dei servizi e del protagonismo della comunità	28
7.3 Promozione della salute	28
7.4 Monitoraggio e Qualità	28
Allegato n. 1: Planimetrie	30
Allegato n. 2: Elenco procedure in uso	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 Romano d'Ezzelino
Sede	Via G. Gioberti n. 4 - 36060 Romano d'Ezzelino (VI)
CUP	H91B21009480006
Tipologia	Hub
Tipologia di intervento PNRR	Nuova costruzione - TAG 025 TER Nuova costruzione – TAG 025 TER / Ristrutturazione – TAG 026 / Non applicabilità (N.A.)* (indicare la casistica)
Data di inizio funzionamento**	18/05/2026

*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 Romano d'Ezzelino** nasce come struttura di riferimento per l'erogazione integrata delle cure primarie nel territorio di afferenza del Distretto 1 dell'ULSS 7 Pedemontana, 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 Romano d'Ezzelino persegue i seguenti **obiettivi strategici**:

- Garantire alla popolazione residente nei comuni afferenti alla AFT (Cassola, Mussolente, Pove del Grappa, Romano d'Ezzelino, Solagna, Valbrenta) 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 h24/7 giorni, mediante l'integrazione funzionale tra la Medicina Generale (AFT 2 del Distretto 1), la Continuità Assistenziale (CA) e gli altri professionisti della salute
- 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, teleassistenza) per superare le barriere di accesso legate all'isolamento geografico e sociale
- Favorire l'integrazione socio-sanitaria con i servizi sociali dei Comuni e con il terzo settore presente nell'area.

La CdC di Romano d'Ezzelino **comprende servizi di integrazione socio-sanitaria avanzata** quali il Punto Unico di Accesso, l'Unità Valutativa Multidisciplinare nonché attività sociali integrate.

I servizi offerti sono descritti in maniera 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.

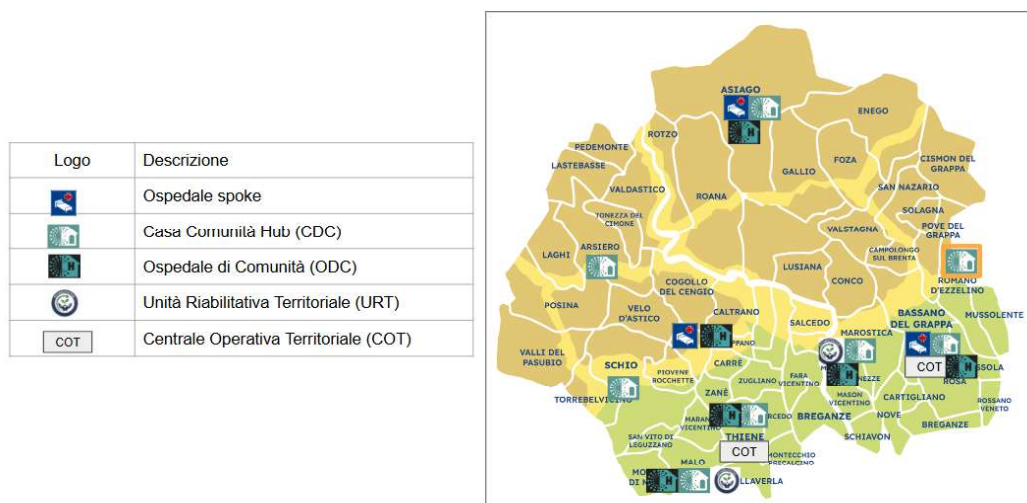
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 Salute, Componente 1: finanzia la realizzazione/adequamento delle CdC con investimenti dedicati (M6C1-I1.1).
- Legge n. 189/2012 (Legge Balduzzi): introduce le AFT e le UCCP come forme organizzative della medicina generale.

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”.

2.3 Localizzazione e contesto territoriale

La Casa della Comunità di Romano d’Ezzelino è ubicata in via Gioberti, nel centro urbano del Comune di Romano d’Ezzelino, non lontano dalla sede Municipale e da altri servizi di interesse pubblico.



Accessibilità e collegamenti

Accessibilità stradale: la struttura è al centro della rete viaria con ampia disponibilità di parcheggio pubblico nelle immediate vicinanze.

Trasporto pubblico: servizio di autolinee SVT (Società Vicentina Trasporti) con fermate in prossimità della struttura; possibilità di raggiungere con mezzi pubblici la stazione ferroviaria di 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 servizi di telemedicina (teleconsulto, televisita, teleassistenza, telemonitoraggio) in accordo con le linee guida nazionali (Accordo Stato-Regioni 17 dicembre 2020) e il piano regionale di Telemedicina della Regione Veneto.

Caratteristiche demografiche e patologie prevalenti

Bacino di utenza e territorio di riferimento

La Casa della Comunità di Romano d'Ezzelino serve un territorio che comprende sei Comuni della fascia pedemontana e montana nord-orientale della Provincia di Vicenza, afferenti all'AULSS 7: Romano d'Ezzelino, Cassola, Mussolente, Pove del Grappa, Solagna e Valbrenta. Il territorio si estende dal Massiccio del Grappa e dal Canale di Brenta alla pianura pedemontana, con altimetria che varia dai 100 metri s.l.m. dei fondovalle a oltre 1.500 metri, con aree di pianura densamente popolate e abitate contigue a zone montane e di fondovalle con insediamenti più rarefatti.

Popolazione residente e caratteristiche demografiche

La popolazione complessiva del bacino di utenza è di circa 46.500 abitanti (dato stimato su fonti ISTAT/anagrafe comunali, aggiornate al 2025), così distribuita tra i singoli Comuni:

Comune	Abitanti (ca.)
Cassola	13.553
Romano d'Ezzelino	12.712
Mussolente	6.727
Valbrenta	4.488
Pove del Grappa	2.856
Solagna	1.636
Totale	41.972

Cassola, con oltre 13.000 residenti, è il Comune più popoloso del bacino e insieme a Romano d'Ezzelino concentra la maggioranza assoluta della popolazione. Valbrenta, istituita nel 2019 dalla fusione degli ex Comuni di Campolongo sul Brenta, Cison del Grappa, San Nazario e Valstagna, conta circa 4.500 abitanti e rappresenta il comune di più recente costituzione del bacino. Solagna, con circa 1.630 residenti, è il Comune più piccolo, situato all'imbocco del Canale di Brenta.

Dal punto di vista della struttura demografica, il territorio rispecchia le tendenze in atto nell'intera ULSS 7 Pedemontana e nella regione Veneto, caratterizzate da un progressivo e marcato invecchiamento della popolazione. Nel 2024 l'indice di vecchiaia per il Veneto è pari a 202,9 anziani ogni 100 giovani e, secondo i dati del Sistema Statistico Regionale, l'ULSS 7 Pedemontana registra un indice di vecchiaia che supera i 200, con più di 2 abitanti di 65 anni o più per ogni bambino di età 0-14 anni. L'area del Grappa e del Canale di Brenta, con i Comuni montani di Solagna e Valbrenta, presenta profili di invecchiamento ancora più accentuati rispetto alla media della ULSS.

Patologie prevalenti

Il quadro epidemiologico del bacino rispecchia il profilo tipico delle aree pedemontane venete, con una prevalenza dominata dalle malattie croniche non trasmissibili, la cui incidenza è strettamente correlata all'invecchiamento della popolazione. In Veneto, tra gli anziani che vivono in famiglia, il 31% soffre di almeno tre malattie croniche, e tra gli ultra 74enni la percentuale sale al 39%.

Le patologie di maggior rilievo per la programmazione dell'attività della Casa della Comunità sono: l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito tipo 2, lo scompenso cardiaco, la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), l'artrosi/artrite, l'osteoporosi e le demenze.

La coesistenza di più patologie croniche nello stesso paziente è particolarmente rilevante per la pianificazione dei servizi territoriali: la prevalenza di multicronicità e fragilità aumenta all'aumentare dell'età dei pazienti e comporta riduzione della qualità della vita, declino funzionale e aumento dell'impiego di risorse sanitarie. Questo contesto epidemiologico rende necessario un modello assistenziale integrato e di prossimità, quale quello della Casa della Comunità, in grado di garantire la gestione proattiva del paziente cronico, la continuità delle cure e il coordinamento tra i professionisti della salute.

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 attraverso la presenza di più servizi presenti nella CDC stessa. 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	Servizio ADI
Bassano Asiago Romano Marostica Thiene Schio Malo Arsiero	Copertura H12	Personale individuato per ogni CdC 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.

Attività infermieristica nelle Case della Comunità

L'infermiere nella CDC promuove il lavoro in équipe multiprofessionale, collaborando con MMG, PLS, medico Specialista in Cure Palliative, altri medici 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 per 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 una presa in carico domiciliare continuativa degli assistiti e per

prestazioni occasionali (ad esempio prelievo domiciliare). Presso le CDC di Bassano (Distretto 1) e Thiene (Distretto 2) operano le Centrali ADI distrettuali, che coordinano le équipes, 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 di Romano d'Ezzelino

Profilo Professionale	Struttura	n° personale assegnato
Infermiere	Assistenza Domiciliare	7
Infermiere	Ifoc	1
Infermiere	Infermiere Territoriale	1
TOT. INFERMIERI		9
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 programmatori 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 équipes 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 Romano d'Ezzelino 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, l'assistenza medica viene assicurata grazie alla 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, a seguito di provvedimenti aziendali di incarico. Di seguito si riporta l'elenco dei principali provvedimenti:

Numero Delibera Ulss7	Data di Adozione	Titolo della Delibera (Oggetto)
907	15/05/2026	Medici di Medicina Generale ad attività oraria: conferimento incarichi estensione attività oraria diurna.
802	30/04/2026	Medici di Medicina Generale ad attività oraria: aggiornamento graduatoria e determinazioni in ordine agli incarichi.
723	23/04/2026	Medici di Medicina Generale ad attività oraria: aggiornamento graduatoria, presa d'atto cessazione e conferimento nuovi incarichi ad attività oraria, di estensione diurna, e coordinatore di sede.
442	06/03/2026	Medici di Medicina Generale ad attività oraria: aggiornamento graduatoria e conferimento incarichi ad attività oraria.
425	04/03/2026	Medici di Medicina Generale ad attività oraria: conferimento incarichi ad attività oraria e di estensione diurna.
207	06/02/2026	Medici di Medicina Generale ad attività oraria: aggiornamento graduatoria e conferimento incarichi ad attività oraria.
55	16/01/2026	Medici di Medicina Generale ad attività oraria: aggiornamento graduatoria e conferimento incarichi.

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.

La 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 Continuità Assistenziale (CA) garantisce prestazioni non differibili, ambulatoriali o domiciliari, a tutta la popolazione. Interviene secondo linee guida nazionali e regionali, attivando il 118 se necessario, e può prescrivere farmaci e accertamenti anche in assenza del paziente quando lo ritiene appropriato. Annota ogni intervento nella scheda sanitaria del paziente per garantire la continuità assistenziale con il MMG e l'AFT di riferimento. Gestisce situazioni di particolare complessità clinica, come le cure palliative, sulla base di protocolli aziendali, e può proporre ricoveri ospedalieri. Rilascia certificazioni di malattia per lavoratori dipendenti, riammissione al lavoro per alimentaristi e constatazione di decesso. Il servizio è esteso anche a cittadini occasionalmente fuori dalla propria AFT, inclusi residenti di altre ULSS o regioni.

L'accesso al servizio di CA avviene mediante l'attivazione della Centrale Unica di riferimento per la ricezione delle richieste da parte dei cittadini per le cure non urgenti ovvero del Numero Unico Europeo 116117, attivo dal 18/05/2026. L'accesso agli ambulatori presso la CDC avviene di norma previa chiamata al 116117 per la registrazione e secondo un orario che deve essere preventivamente concordato con il medico che valuta preliminarmente il caso mediante contatto telefonico con l'assistito a seguito della segnalazione da parte della Centrale 116117.

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 di personale sociale, socio-sanitario 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 opera un assistente sociale dell'Azienda ULSS7 afferente al Distretto Socio-Sanitario, che supporta funzionalmente i PUA distrettuali.

La presenza dell'Assistente Sociale 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 di Romano opera il seguente personale amministrativo, tramite servizio in appalto, con funzioni di sportello amministrativo territoriale, Cup cassa (per le prestazioni offerte all'interno della CDC), consegna referti e accettazione prelievi.

SEDE	ROMANO D'EZZELINO			
PERSONALE AMMINISTRATIVO	CDC ROMANO D'EZZELINO			
AREA	UOC	Personale	Totale	Servizio
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE			Accettazione Laboratorio
	Appalto Consorzio Leonardo		1	Cup Cassa
	per il tramite della Cooperativa Morelli		1	Consegna referti
			1	Sportello Amministrativo
	UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE Totale		3	

Gli sportelli sono aperti nei seguenti orari:

ULSS7		SPORTELLI AMMINISTRATIVI TERRITORIALI						
Distretto 1	SEDE	SERVIZIO	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	MODALITA' DI ACCESSO
	ROMANO Via Gen. Giardino, 2	Sportello Amministrativo	8.15 - 13.00	8.15 - 13.00	8.15 - 13.00	8.15 - 13.00	8.15 - 13.00	Libero accesso

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 in forma integrata tra la componente sanitaria e quella sociale, 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.

L'attività del Punto Unico di Accesso è garantita LOCALMENTE con un Operatore Socio Sanitario.

4. Servizi Offerti dalla Casa di Comunità HUB

Nella tabella sottostante sono riportati i servizi disponibili nella CdC e relativi orari di apertura.

Servizi della Casa della Comunità di Romano d'Ezzelino

Area	Tipologia	Descrizione	Orari/Accesso
Cure Primarie	Ambulatorio di medicina generale	Gestione bisogni sanitari non differibili; gestione cronicità e PDTA (percorsi diagnostici terapeutici assistenziali per le principali malattie croniche)	Accesso telefonico 116117 e ambulatoriale diretto nella CDC Lun-Ven: 8:00-20:00
	Continuità Assistenziale	Guardia medica notturna e festiva assicurata presso le altre CdC Hub e presso sedi distrettuali in comuni limitrofi (in particolare sedi CA di Rosà e Valbrenta)	Accesso telefonico 116117 Lun-Ven: 20:00-8:00; prefestivi: 10:00-8:00; festivi 8-20
	ILOC Infermieri di Comunità	Gestione cronicità, PDTA (percorsi diagnostici terapeutici assistenziali per le principali malattie croniche), trattamenti infermieristici	Ambulatorio infermieristico, su prenotazione tramite 116117
	ADI Assistenza Domiciliare	Assistenza infermieristica a domicilio	7/7 gg; 7:00-21:00
- PUA (Punto Unico Accesso) - Diagnostica di Base - Punto Prelievi - Specialistica Ambulatoriale - Servizio per le Dipendenze	PUA Punto unico accesso	Accoglienza, valutazione bisogni, avvio presa in carico	Lun-Ven: 8:00-15:42 Sportello fisico e contatti telefonici
	CUP centro unico prenotazioni	Prenotazione visite ed esami	Integrato con il PUA
	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 Lun-Ven 8.15-13.00
	Ambulatorio servizi diagnostici di base	Ecografie, spirometria, ECG, Holter, esami su goccia spessa	Su indicazione del Medico
	Ambulatori infermieristici	Prestazioni infermieristiche e diagnostica di base (spirometria, ECG, Holter, uroflussometria)	Su prenotazione

	Ambulatorio di Pneumologia	visite mediche, PDTA malattie respiratorie	Prenotazione tramite CUP
	Ambulatorio di Reumatologia	Visite mediche	Prenotazione tramite CUP
	Punto Prelievi	Prelievi ematici	Lun-Ven 7.00-9.00 Su prenotazione sito Ulss 7: https://prenota.aulss7.veneto.it/prelievi
	Servizio per le Dipendenze	Visite Alcolologia e Ludopatie	Su appuntamento
Coinvolgimento Comunità	Spazi polivalenti per attività di prevenzione e co-progettazione		Eventi calendarizzati. Consultare bacheca dedicata o contattare il PUA

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

Seguendo le “Linee di indirizzo per l’attuazione del modello organizzativo delle case della comunità hub” di Agenas (2024) nelle CdC dell’ULSS 7 Pedemontana, l’assistenza primaria viene erogata secondo il modello del lavoro in équipe multiprofessionali e multidisciplinari.

Il team multiprofessionale di base è costituito primariamente dal Medico del ruolo unico di assistenza primaria/PLS e dall’Infermiere con la eventuale presenza dell’Assistente Sociale (comunale o aziendale) e di personale di supporto amministrativo; possono inoltre essere coinvolte numerose altre figure in base al tipo di bisogni cui è necessario dare risposta. Il lavoro di équipe collaborativo e interprofessionale infatti vede l’attivazione costante di team interprofessionali e multidisciplinari di assistenza primaria che operano all’interno delle CdC. Attualmente tale modalità di lavoro si concretizza principalmente attraverso lo strumento operativo dell’Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD) che sviluppa l’analisi e la progettazione partecipata per la conseguente realizzazione di un piano di cura per la persona con bisogno socio-sanitario.

Se quest’ultimo è un bisogno puntuale può essere gestibile con una risposta mono-professionale sanitaria o sociale; diversamente situazioni più complesse richiedono interventi multiprofessionali spesso per affrontare problemi di salute legati a cronicità, condizioni di fragilità o di non autosufficienza. In alcuni casi il lavoro in equipe può però affrontare anche aree di intervento che riguardano la prevenzione e la promozione della salute, rivolte perciò non solo al singolo assistito o nucleo familiare ma alla comunità.

Alla fase di valutazione e di definizione delle modalità di assistenza e delle iniziative da mettere in campo a favore della persona e della sua famiglia, partecipano potenzialmente a vario titolo e con diverse funzioni tutti gli attori della rete locale: Medico di Assistenza Primaria (MAP/RUAP; medico di Continuità assistenziale), PLS, Infermiere, Assistente Sociale della CdC e dei servizi distrettuali, collaboratore per il supporto amministrativo, medico delle Cure Primarie, Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), Medico Specialista territoriale (es.: fisiatra, medici dei servizi distrettuali che hanno in carico il paziente, medico della Disabilità e Non Autosufficienza), medico Palliativista, Farmacista territoriale e del servizio Protesica, Psicologo, Servizi Sociali del Comune/Assistente Sociale comunale, Servizio di Assistenza Domiciliare comunale (OSS), associazioni (ad es. Acat, Aism, associazioni oncologiche locali), talora amministratori locali come Sindaci e funzionari comunali, Cooperative del sociale con particolare riferimento a gestori di centri diurni e strutture residenziali riabilitative, Centri di Servizi per anziani e disabili.

Il modello aziendale per la verbalizzazione dell’UVMD evidenzia, infatti, la possibile ampia composizione dell’equipe come si evince dalla sezione di seguito esemplificata.

PARTECIPANTI

I dati personali, di cui si è trattato in sede di UVMD, devono essere utilizzati esclusivamente per gli scopi inerenti le attività necessarie all'elaborazione del progetto assistenziale previsto e nei limiti altrettanto necessari per adempiere ai compiti assegnati a ciascuno.
La diffusione dei dati (pubblicazione e comunicazione indiscriminata a terzi) è di norma vietata. Il trattamento dei dati deve essere effettuato nel rispetto di criteri di massima riservatezza e sicurezza, con scrupolosa osservanza delle procedure aziendali e secondo la normativa che regola il trattamento dei dati personali **Regolamento UE 2016/679**. I firmatari si impegnano a rispettare quanto sopra.

PARTECIPANTI	SERVIZIO di APPARTENENZA	Nome	Cognome	FIRMA
Coordinatore UVMD				
MMG				
PLS				
Infermiere				
Medico Specialista (indicare)				
psicologo				
psichiatria				
educatore				
Assistente sociale COMUNE				
Assistente sociale				
Responsabile struttura				
ALTRO				

Tutti questi soggetti - col coinvolgimento della persona e della famiglia-rete parentale/amicale - collaborano per la co-progettazione delle risposte socio-sanitarie adatte a rispondere al meglio, in base alle risorse disponibili e attivabili. Il documento aziendale ULSS7 utile a formalizzare quanto definito in UVMD presenta, ad esempio, una sezione che raccoglie alcune tra le più comuni progettualità assistenziali come di seguito rappresentato:

L'U.V.M.D. attiva i progetti e/o le risposte assistenziali seguenti :

PROGETTI ASSISTENZIALI : <i>indicare PRINCIPALE [] SECONDARIO []</i>	RISPOSTE ASSISTENZIALI (programma aziendale) <i>(indicare data di inizio se diversa dalla data dell' UVMD e data fine)</i>
01- <input type="checkbox"/> accoglienza IN RESIDENZA	<input type="checkbox"/> inserimento in lista d'attesa per casa di riposo <input type="checkbox"/> INGRESSO in casa di riposo con quota <input type="checkbox"/> comunità residenziale <input type="checkbox"/> alloggio protetto <input type="checkbox"/> Pronta accoglienza disabili
02- <input type="checkbox"/> accoglienza TEMPORANEA riabilitativo-	<input type="checkbox"/> inserimento lista d'attesa strutt. residenziali disabili <input type="checkbox"/> INGRESSO in strutt. residenz. disabili <input type="checkbox"/> altra residenza a scopo riabilitativo <input type="checkbox"/> Comunità terapeutica riabilitativa
03- <input type="checkbox"/> accoglienza TEMPORANEA sociale	<input type="checkbox"/> altra residenza a scopo sociale <input type="checkbox"/> inserimento in lista d'attesa per RSA <input type="checkbox"/> INGRESSO in RSA <input type="checkbox"/> casa di riposo modulo respiro
04- <input type="checkbox"/> CENTRO DIURNO	<input type="checkbox"/> inserimento in lista d'attesa per centro diurno anziani <input type="checkbox"/> ingresso in centro diurno anziani <input type="checkbox"/> inserimento in lista d'attesa per centro diurno disabili <input type="checkbox"/> ingresso in centro diurno disabili <input type="checkbox"/> COMUNITA' diurna
05- <input type="checkbox"/> assistenza domic. SOCIALE (senza servizi sanitari)	<input type="checkbox"/> assist. Sociale domiciliare
06- <input type="checkbox"/> assistenza domic. SEMPLICE (con/senz serv. sociale) 1° livello	<input type="checkbox"/> assist. MMG/PLS <input type="checkbox"/> assist. infermieristica
07- <input type="checkbox"/> assistenza domic. INTEGRATA (con/senz serv. sociale) 2°/3° livello	<input type="checkbox"/> ASSISTENZA SPECIALISTICA <input type="checkbox"/> Assistenza riabilitativa <input type="checkbox"/> PASTI a domicilio <input type="checkbox"/> assistenza OSS /OTA <input type="checkbox"/> forniture particolari <input type="checkbox"/> fornitura alimenti per nutrizione enterale <input type="checkbox"/> fornitura presidi per nutrizione parenterale <input type="checkbox"/> fornitura materiale per dialisi <input type="checkbox"/> fornitura O2 liquido <input type="checkbox"/> fornitura O2- concentrato <input type="checkbox"/> fornitura O2- bombole <input type="checkbox"/> assistenza farmaceutica ad erogazione diretta <input type="checkbox"/> assistenza protesica <input type="checkbox"/> fornitura attrezzature <input type="checkbox"/> fornitura materiali di consumo <input type="checkbox"/> attivazione sportello integrato
08- <input type="checkbox"/> altre forme di assistenza	
09- <input type="checkbox"/> LA RETE ATTUALE RISPONDE AI BISOGNI	
10- <input type="checkbox"/> accoglienza STRUTTURA per autosufficienti	
11- <input type="checkbox"/> accoglienza SAPA	<input type="checkbox"/> inserimento in lista d'attesa per SAPA <input type="checkbox"/> INGRESSO in SAPA
12- <input type="checkbox"/> accoglienza HOSPICE	<input type="checkbox"/> HOSPICE
13- <input type="checkbox"/> CONTRIBUTI ECONOMICI REGIONALI	<input type="checkbox"/> inserimento in graduatoria ICDe <input type="checkbox"/> ASSEGNAZIONE ICDe <input type="checkbox"/> NON IDONEITA' ICDe <input type="checkbox"/> inserimento in graduatoria ICDe... <input type="checkbox"/> ASSEGNAZIONE ICDe... <input type="checkbox"/> NON IDONEITA' ICDe... <input type="checkbox"/> inserimento in graduatoria ICDe... <input type="checkbox"/> ASSEGNAZIONE ICDe... <input type="checkbox"/> NON IDONEITA' ICDe... <input type="checkbox"/> inserimento in graduatoria ICDe... <input type="checkbox"/> ASSEGNAZIONE ICDe... <input type="checkbox"/> NON IDONEITA' ICDe...
14- <input type="checkbox"/> OSPEDALE DI COMUNITA'	<input type="checkbox"/> Contributo economico per SLA <input type="checkbox"/> Ingresso in Ospedale di Comunità <input type="checkbox"/> LIRT
15- <input type="checkbox"/> CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> attivazione nucleo cure palliative <input type="checkbox"/> CURE PALLIATIVE DOMICILIARI <input type="checkbox"/> volontariato coordinato
16- <input type="checkbox"/> STATI VEGETATIVI	<input type="checkbox"/> inserimento in lista d'attesa per SVP <input type="checkbox"/> INGRESSO in SVP
17- <input type="checkbox"/> accoglienza in RESIDENZA PER RELIGIOSI (N.A.)	<input type="checkbox"/> affiancamento da parte di un operatore <input type="checkbox"/> presa in carico CENTRO ADOLESCENZA
18- <input type="checkbox"/> ALTRO	<input type="checkbox"/> interventi a sostegno della genitorialità <input type="checkbox"/> assegnazione operatore scolastico <input type="checkbox"/> certificazione Scolastica L.104/92 <input type="checkbox"/> sostegno ai care givers <input type="checkbox"/> sostegno psicologico ai care-givers <input type="checkbox"/> inserimento lavorativo <input type="checkbox"/> Attività integrazione sociale <input type="checkbox"/> affido familiare residenziale <input type="checkbox"/> affido DIURNO <input type="checkbox"/> EDUCATIVA domiciliare <input type="checkbox"/> VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> LAVORO di VERIFICA e APPROFONDIMENTO

La collaborazione degli operatori in CdC è favorita dalla disponibilità di spazi di lavoro ad uso comune e strumentazione clinica e informatica condivisa. Il sistema informativo territoriale aziendale con i suoi applicativi interconnessi consente di rendere accessibili le informazioni sulla definizione e gestione del progetto assistenziale facilitandone l'interpretazione mediante codifiche cliniche standardizzate nonché l'utilizzo di Scale di valutazione condivise (ad es. SVAMA, scheda ICD SLA, ecc.).

La visita clinica congiunta da parte di medici, infermieri, specialisti, e conseguente valutazione e presa in cura integrata, oltre che nella CdC può avvenire anche a domicilio dell'assistito.

Le équipe effettuano riunioni periodiche di verifica e di monitoraggio dei piani assistenziali individualizzati realizzando anche attività di Audit sui casi gestiti.

La CdC rende disponibile una dotazione digitale di comunicazione e di telemedicina che oltre a consentire l'erogazione di assistenza a distanza diventa strumento di facilitazione del lavoro di équipe soprattutto per i casi complessi.

L'area funzionale delle Cure Primarie assicura nella CdC di Romano d'Ezzelino la copertura medica H24 come sopra descritto e riassunto nella seguente tabella:

Amb. medico di assistenza primaria aperto a tutti gli utenti	medici convenzionati del ruolo unico di Continuità assistenziale e MAP; medici dipendenti	lun-ven 8-20 sab 8-10
Amb. di Continuità Assistenziale	attivazione mediante NUE 116117 con erogazione assistenza presso sedi di CA attive in altre CdC HUB distrettuali e nelle sedi CA di Valbrenta e di Rosà	lun-dom 20-8 sab. e prefestivi 10-20 dom. e festivi 8-20

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. 2/CR del 10 gennaio 2023 e 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 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

I cittadini possono rivolgersi al Punto unico accesso (PUA) aperto al pubblico dal Lunedì al Venerdì: 8:00-15:42 (tale orario potrà essere ampliato in relazione al numero degli accessi), o attraverso il numero 116117.

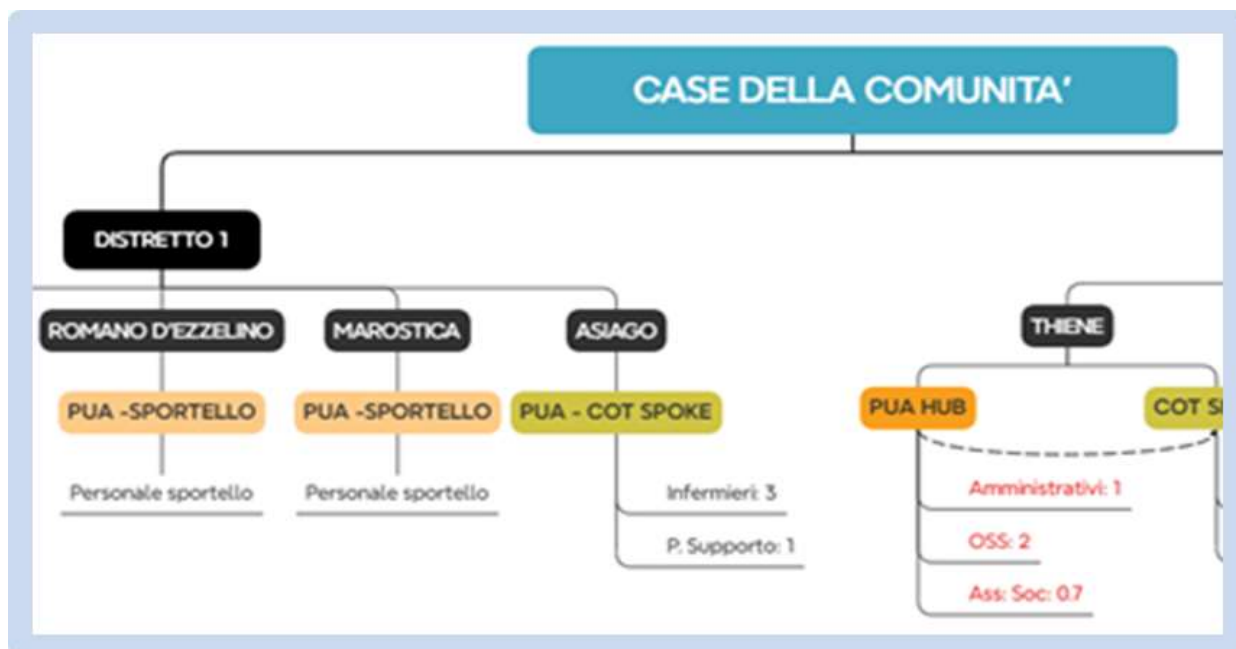
Il PUA è collegato all'116117 attraverso il portale Advenis, il quale prende in carico i bisogni di tipo socio-sanitario, li decodifica e li indirizza al servizio competente (centrale erogativa). Quest'ultima li prende in carico entro una tempistica stabilita e misurabile.



Il PUA rappresenta la principale porta di accesso al sistema socio-sanitario, orienta e 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).

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 è requisito obbligatorio all'interno di ogni CdC Hub. Di seguito viene rappresentato il rapporto tra PUA e COT con riferimento alla CDC di Romano 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: nella Casa della Comunità in oggetto il PUA opera in locale accessibile, 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) Accesso Funzionale: rappresentata, non da un unico luogo fisico, ma da una operatività integrata tecnologicamente al numero unico 116117, o in rete tra le AULSS e gli ATS/Comuni con personale che può interagire attraverso la piattaforma comune messa a disposizione dalla Regione Veneto. La richiesta di fabbisogno viene recepita "a distanza" e in rete (telefono, internet).

Il Punto Unico di Accesso interviene su tutti e tre i livelli mediante due tipologie fondamentali 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 UVMD 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. Tali utenti possono far riferimento all'ambulatorio generalista attivo presso la CDC ma va evidenziato che nel territorio di afferenza della CDC di Romano d'Ezzelino sono attivi anche *ambulatori di assistenza medica per zone carenti della medicina generale* (cittadini rimasti temporaneamente privi del proprio medico di medicina generale) gestiti da medici della Continuità Assistenziale Diurna nelle seguenti sedi: località di Campolongo e di Cismon del Grappa in comune di Valbrenta; località San Zeno in comune di Cassola.

L'integrazione tra il medico di Continuità Assistenziale e il servizio ADI, inoltre, costituisce uno degli assi portanti del modello di prossimità: i due servizi operano secondo protocolli condivisi e attraverso canali di comunicazione diretti, non mediati dal 116117, garantendo risposte tempestive e coordinate ai bisogni dei pazienti assistiti a domicilio. Analogamente, è consolidata una specifica operatività con i Centri Servizi del territorio: il personale delle strutture può attivare il medico di CA attraverso canali brevi dedicati, secondo protocolli formali che regolano sia la gestione delle situazioni non urgenti sia le chiamate in emergenza.

Per i pazienti in fase terminale è inoltre attivo un percorso integrato di cure palliative che coinvolge medici palliativisti, medici di CA e infermieri ADI, garantendo continuità e qualità dell'assistenza fino al fine vita.

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.

Per l'elenco puntuale delle attività e gli orari di accesso, vedi tabelle precedenti.

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

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

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.

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 richiesta degli stessi. Inoltre sono presenti anche spazi più piccoli, analogamente disponibili su richiesta.

La CDC di Romano potrà ospitare iniziative rivolte alla popolazione generale o a gruppi di cittadini con particolare riferimento a convegni e incontri di carattere sanitario e sociale, di tipo divulgativo, informativo, educativo.

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

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

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

Ambulatorio	Attività Diagnostica di base e diagnostica disponibile	focus
Amb. Reumatologico	Visite mediche	Patologie infiammatorie e/o degenerative

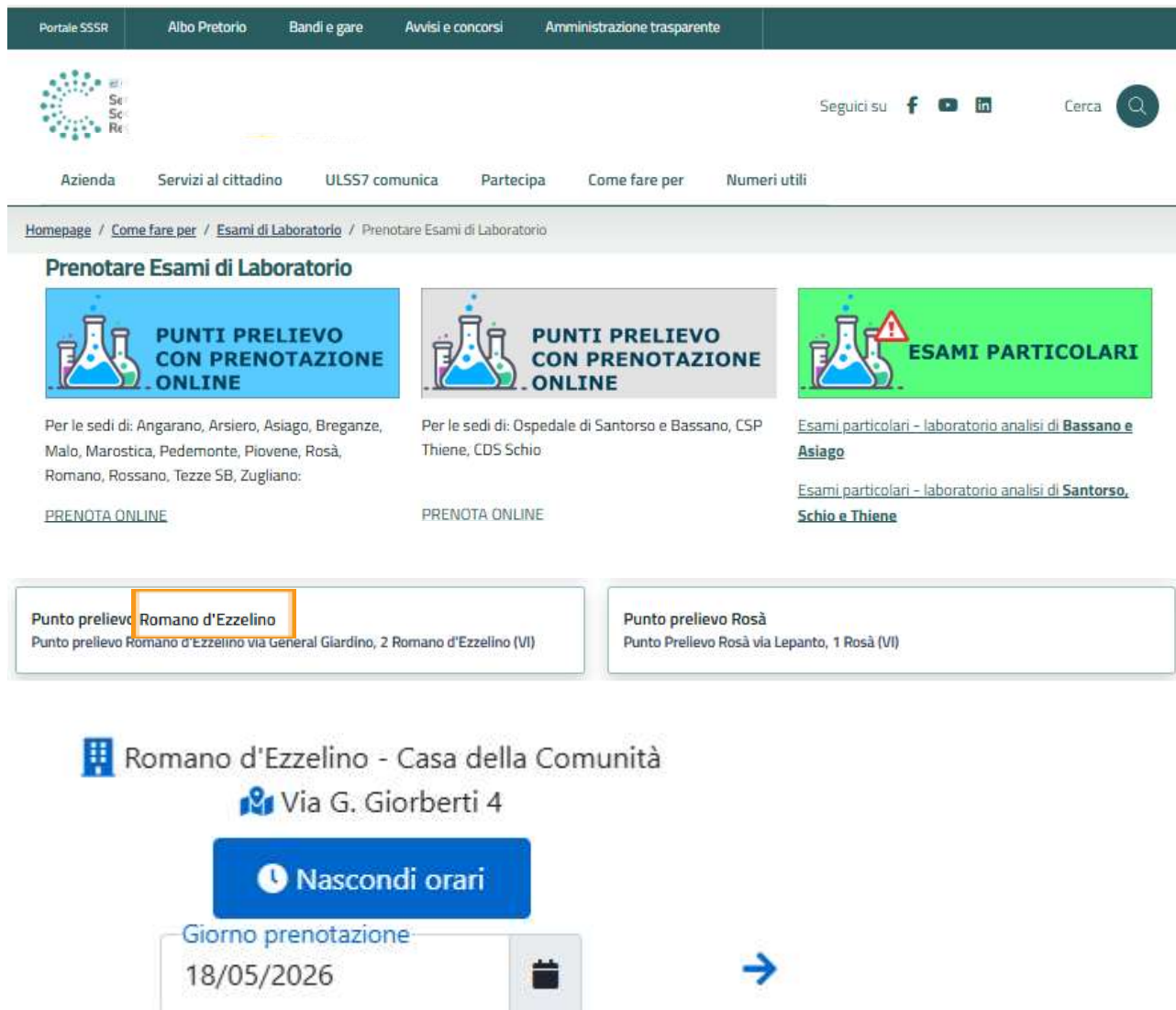
c.2 Attività diagnostica di base

Vedi tabella sopra.

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

Presso la CDC di Romano è attivo un punto erogativo per prelievi ematici ed esami di laboratorio, con accesso al pubblico dal lunedì al venerdì, dalle ore 7.00 alle ore 9.00.

Le prenotazioni avvengono on line dal sito aziendale con programma Myprenota, come di seguito rappresentato.



The screenshot shows the Myprenota website interface. At the top, there is a navigation bar with links: Portale SSSR, Albo Pretorio, Bandi e gare, Avvisi e concorsi, Amministrazione trasparente. Below this is a search bar and social media icons. The main content area is titled "Prenotare Esami di Laboratorio" and features three columns of service cards:

- PUNTI PRELIEVO CON PRENOTAZIONE ONLINE** (Blue card): Per le sedi di: Angarano, Arsiero, Asiago, Breganze, Malo, Marostica, Pedemonte, Piovene, Rosà, Romano, Rossano, Tezze SB, Zugliano: [PRENOTA ONLINE](#)
- PUNTI PRELIEVO CON PRENOTAZIONE ONLINE** (Grey card): Per le sedi di: Ospedale di Santorso e Bassano, CSP Thiene, CDS Schio: [PRENOTA ONLINE](#)
- ESAMI PARTICOLARI** (Green card): [Esami particolari - laboratorio analisi di Bassano e Asiago](#), [Esami particolari - laboratorio analisi di Santorso, Schio e Thiene](#)

Below these cards, two specific service boxes are shown:

- Punto prelievo Romano d'Ezzelino** (highlighted with an orange box): Punto prelievo Romano d'Ezzelino via General Giardino, 2 Romano d'Ezzelino (VI)
- Punto prelievo Rosà**: Punto Prelievo Rosà via Lepanto, 1 Rosà (VI)

The bottom section shows the booking details for Romano d'Ezzelino - Casa della Comunità, Via G. Giorberti 4. A blue button labeled "Nascondi orari" is visible. Below it, a "Giorno prenotazione" field shows "18/05/2026" with a calendar icon and a blue arrow pointing right.

c.4 Altri servizi non obbligatori

Sono inoltre presenti i servizi per le dipendenze patologiche e di screening.

D. Macro-area Servizi Generali e Logistici

d.1 Accoglienza degli utenti

Nella CDC la funzione di accoglienza è principalmente assegnata al personale del Punto Unico di Accesso dove convergono tutte le attività a servizio del cittadino: pratiche distrettuali, amministrative, disabilità, sportello amministrativo, segreteria della CDC.

Gli utenti della struttura possono utilizzare, sia al piano terra che al primo piano della struttura, sale d'attesa, bagni dedicati agli utenti, compresi servizi igienici attrezzati per disabili.

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

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 aree polivalenti adibite a spogliatoio personale ad uso esclusivo degli operatori, oltre ai bagni dedicati in ogni singolo piano della struttura. E' inoltre prevista l' area ripososta per la continuità assistenziale notturna, con bagno dedicato.

d.4 Servizi logistici e locali tecnici

La struttura comprende:

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

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

Nella CDC di Romano d'Ezzelino sono presenti i seguenti dispositivi dotazioni e tecnologiche:



REGIONE DEL VENETO

REGIONE DEL VENETO
Servizio
Socio Sanitario
Regionale

REGIONE DEL VENETO

ULSS7
PEDEMONTANA

OGGETTO: elenco dispositivi consegnati presso la casa di Comunità di Romano:

Inventario ULSS7	Descrizione	Costruttore	Modello	Scadenza garanzia	Matricola
212238	CARRELLO ELETTRIFICATO	COLYTECH MANUFACTURING CO LTD	ROLL STAND	27/03/2026	5923904-240126089
212225	TERMOMETRO	HETAIDA TECHNOLOGY CO LTD	HTD 8808C	27/03/2026	A24010091X00016
212231	MONITOR MULTIPARAMETRICO, MONITOR	GE HEALTHCARE	PORTRAIT VSM	27/03/2026	SWP24080013WA
212264	SOFTWARE APPLICATIVO	GE HEALTHCARE	CARDIOSOFT V7	27/03/2026	SUS24090208HA
212265	ELETTROCARDIOGrafo (MODULO ACQUISIZIONE DATI)	GE HEALTHCARE	CAM CONNECT 14	27/03/2026	VU5234401615A
212266	SPIROMETRO PORTATILE	GE HEALTHCARE	SPIRO-SP TRUEFLOW	27/03/2026	253356
212282	ELETTROCARDIOGrafo	GE HEALTHCARE	MAC 5 LITE	27/03/2026	SUG24080022WA
212092	MISURATORE AUTOMATICO NON INVASIVO DELLA PRESSIONE	OMRON CORP	RS7 INTELLIT HEM 6232T E	26/02/2026	202011002028V
212114	DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO	NIHON KOHDEN CORP	CARDIOLIFE AED 3100	27/02/2032	31970
212169	PULSOSSIMETRO	COVDIEN	PM10N PORTABLE SPO2 PATIENT MONITORING	04/03/2026	MBP2315396
212247	REGISTRATORE HOLTHER DELLA PRESSIONE SANGUIGNA	GE HEALTHCARE	TONOPORT VI	27/03/2026	TONO30648
212142	BILANCIA IMPEDEZIOMETRICA	OMRON CORP	VIVA HBF-222T-EBK	18/03/2026	20220202290F
212163	VIDEODERMATOSCOPIO	ITALECO SRL	FEDMEDMIC FIP	03/03/2026	2401045352
212121	SISTEMA COMPLETO PER TELEMETRIA PARAMETRI VITALI	CARDIACSENSE LTD	CS SYSTEM 3	28/02/2026	CS32233300017096

Inventario ULSS7	Descrizione	Costruttore	Modello	Scadenza garanzia	Matricola
212083	ASPIRATORE MEDICO CHIRURGICO	GIMA SPA	SUPER VEGA 1L	26/02/2026	15703
212180	VIDEOTOSSCOPIO	ITALECO SRL	FEDMEDMIC FIOT	06/03/2026	2309043C4E
212102	TERMOMETRO A INFRAROSSI	SHENZHEN URION TECHNOLOGY CO LTD	UFR 103	27/02/2026	FJD00814478
212153	FONENDOSCOPIO	LITTMANN	CORE 8490	18/03/2027	8503713(21)D0047928

Oltre alle attrezzature base previste, la Casa della Comunità è dotata di ulteriori apparecchiature in relazione agli ambulatori specialistici presenti e ai nuovi servizi definiti dal DM77.

Sono inoltre attivi i sistemi gestionali:

6. Advenias di collegamento dei servizi con il PUA e la COT per la gestione dei bisogni dei cittadini, di tipo sociosanitario;
7. e MedicalCare per la presa in carico dei bisogni sanitari dei cittadini, in collegamento con la Continuità Assistenziale e gli ambulatori di medicina generalista.

8. 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 della COT e 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 va ad integrare 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. Testando localmente il nuovo modello proposto da Regione Veneto si è potuto identificare e risolvere criticità via via emerse, attraverso un processo continuo di miglioramento e messa a punto del sistema che tuttora sta evolvendo. Il modello del 116117 veneto sperimentato nel territorio del bassanese con l'inizio dell'anno in corso è stato esteso anche al distretto Alto Vicentino.

6.1 Altri servizi: sanitari, socio-sanitari, sociali, educativi

Nella CDC di Romano d'Ezzelino sono inoltre presenti i servizi per le dipendenze patologiche e di screening.

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

Sono previste attività integrate con i servizi sociali e volte a valorizzare la co-produzione e la partecipazione della comunità, anche mediante la messa a disposizione di spazi; tra le diverse iniziative meritano particolare menzione:

- c. il piano di zona di programmazione dei 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 sono stati accreditati 32 ETS del territorio con cui sono stati attivati progetti personalizzati per finalità assistenziali, riabilitative ed educative, molte delle quali operano anche sul territorio della casa della comunità di Romano;
- e. convenzioni con ETS per l'erogazione di servizi socio-sanitari in diversi settori, tra i quali la salute mentale, le dipendenze, ecc.

7.1 Inclusione e partecipazione attiva dei cittadini

Tra le diverse iniziative merita particolare menzione il Piano di Zona di programmazione dei servizi socio sanitari territoriali cui si rinvia per una valutazione delle numerose iniziative di coinvolgimento delle forze attive del territorio, associative e del volontariato. Una continua collaborazione caratterizza il rapporto dell'Azienda Ulss con associazioni dei pazienti come l'associazione "CA.sA" che coordina tutti i gruppi di volontari attivi nell'ambito della salute e il Centro di Diritti del Malato.

La deliberazione n. 395 del 26/02/2026 infatti formalizza il recepimento del Documento Attuativo Annuale per i Distretti 1 (Bassanese) e 2 (Alto Vicentino), configurando il Piano di Zona quale strumento cardine per la programmazione concertata e strategica dei servizi sociali e sociosanitari territoriali.

1. **Contenuto della Pianificazione:** La programmazione per l'annualità 2026 è finalizzata al consolidamento della rete dei servizi alla persona, con focus prioritario sull'attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), sul potenziamento dei percorsi domiciliari e semiresidenziali (in particolare per disabilità, salute mentale, anziani e marginalità sociale) e sulla governance legata al completamento della transizione verso l'Ambito Territoriale Sociale (ATS).
2. **Comuni Interessati:** Il Piano si estende all'intero bacino territoriale dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana, raggruppando i Comuni afferenti alla Conferenza dei Sindaci dei due distretti. Tra questi si annoverano per il Distretto 1: Bassano del Grappa, Marostica, Romano d'Ezzelino unitamente ai Comuni dell'Altopiano di Asiago e per il Distretto 2 Schio, Thiene, Malo e Arsiero.
3. **Integrazione Sociale e Socio-Sanitaria:** L'integrazione strutturale tra la componente sociale (comunale) e quella sanitaria (aziendale) si realizza tramite l'azione sinergica dei Tavoli di Piano, la gestione associata delle risorse (comprese le progettualità a valere sui fondi PNRR) e la stretta collaborazione con gli Enti del Terzo Settore. Tale modello assicura una presa in carico globale,

multidisciplinare e personalizzata dell'utente, superando la frammentazione degli interventi e garantendo uniformità nell'erogazione dei servizi su tutto il territorio distrettuale.

4. **Inclusione e Partecipazione Attiva della Cittadinanza:** L'inclusione dei cittadini e la partecipazione della comunità locale si realizzano in modo strutturato attraverso i Tavoli di Concertazione e di Piano, aperti alla partecipazione delle associazioni di tutela, delle rappresentanze degli utenti, delle famiglie e dei corpi intermedi. Il Piano promuove una visione di "welfare generativo e comunitario", in cui la cittadinanza attiva concorre direttamente all'analisi del bisogno sociale, alla co-progettazione degli interventi territoriali e alla promozione di reti di prossimità e auto-aiuto a supporto dei soggetti più vulnerabili.

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

Relativamente alla co-produzione dei servizi, l'Ulss7 ha provveduto a:

- accreditare 32 enti del terzo settore (ETS) del territorio, ai sensi dell'art. 55 del D.Lgvo 117/2017 con cui sono stati attivati progetti personalizzati per finalità assistenziali, riabilitative ed educative per l'intero territorio della pedemontana, incluso quello afferente alla CDC Romano;
- convenzioni con ETS per l'erogazione di servizi socio-sanitari in diversi settori, tra i quali la salute mentale, le dipendenze, ecc.

Nella CDC è presente una sala a riunioni a disposizione della comunità per tematiche attinenti l'area sociale e socio-sanitaria.

7.3 Promozione della salute

La promozione della salute rappresenta una dimensione trasversale e strutturale dell'attività della CdC di Romano d'Ezzelino, 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

Basino di utenza

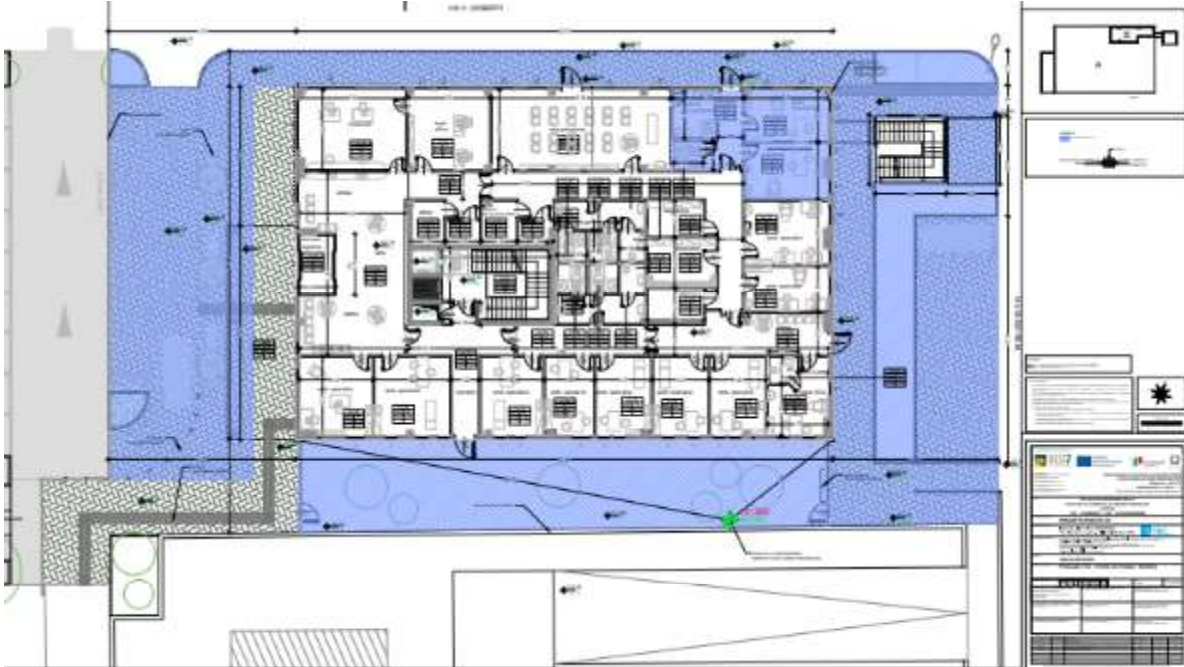
Servizi Obbligatori	N° Accessi agli sportelli amministrativi (base trimestrale)	
	N° Accessi PAU (raccolta bisogni)	
	N° prestazioni infermieristiche territoriali	Attività FOC
	ATTIVITA' della CONTINUITA' ASSISTENZIALE	A* Corsi Totali
		Di cui assistiti in visite ambulatoriali
		Di cui assistiti in visite domiciliari
	ATTIVITA' di SPECIALISTICA AMBULATORIALE (in pazienti con accesso nella FOC)	Psicologia
		Cardiologia
		Dialisi
		Diabetologia
Servizi diagnostici	ECG (registrazione)	
	Spinoscopia	
	Artrografia	
	RX	
	Ecografia	
Laboratorio	Servizi Prelevi	
ATTIVITA' ADI (base annuale - base trimestrale)	A* utenti	
	N° accessi	
Servizi Raccomandati	SERG	Attività Assistenza Integrata Visite Ambulatoriali
	SALUTE MENSALE	Attività Assistenza Integrata Visite Ambulatoriali
Servizi Facoltativi	RAF	RFI
		Consultare
servizio in attivazione		

Tutte le attività collaborano attivamente con l'URP aziendale applicando 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: Planimetrie

Piano terra



Primo Piano



REGIONE DEL VENETO

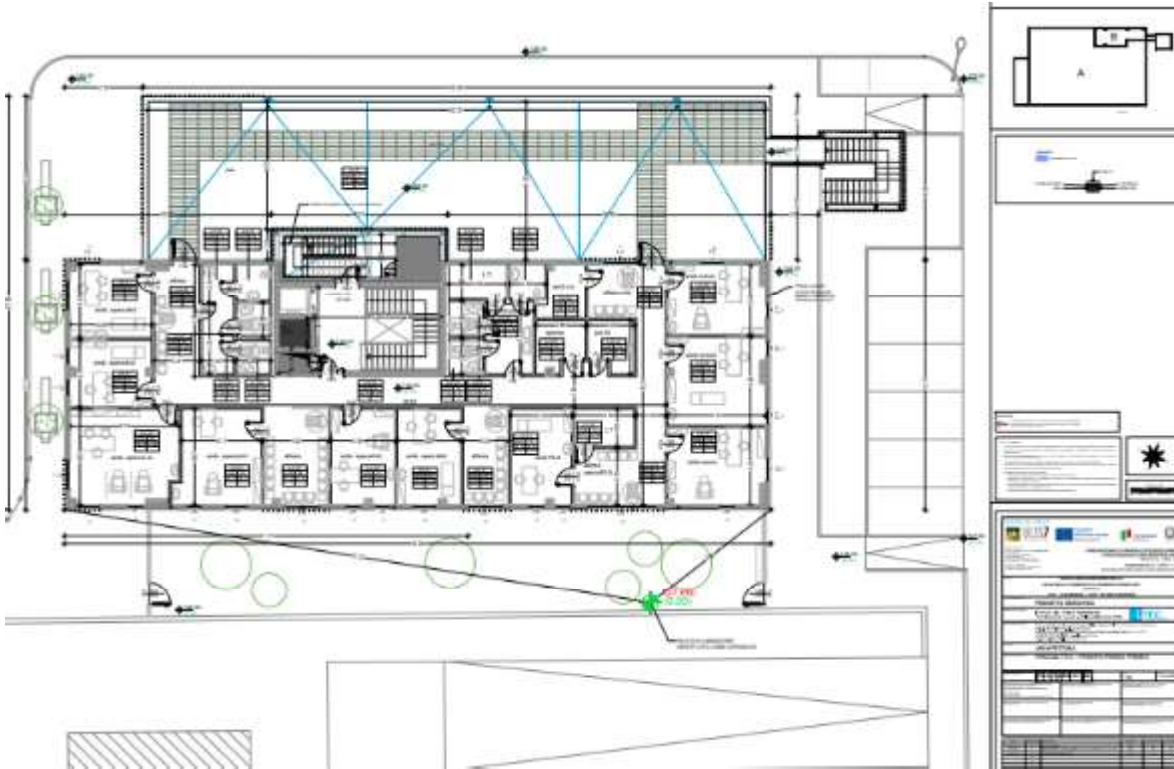


REGIONE DEL VENETO
Servizio
Socio Sanitario
Regionale

REGIONE DEL VENETO



ULSS7
PEDEMONTANA



Allegato n. 2: Elenco procedure in uso

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
- 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
- SERVIZIO DI INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA E DI COMUNITA'
- ADI ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

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.

Si allegano inoltre le seguenti procedure:

- Carta dei servizi - Servizio Infermieristico di Famiglia o Comunità (SIFoC)
- VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ACCESSO ALLA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI
- Progetto PUA

CARTA DEI SERVIZI

Servizio Infermieristico di Famiglia o Comunità (SIFoC) - D1 UOC Cure Primarie

Direttore UOC Cure Primarie: Dr.ssa Cristina Velludo

Coordinatore: Francesca Marchetto

Il Servizio Infermieristico di Famiglia o Comunità (SIFoC) dell'Azienda ULSS n. 7 Pedemontana è un servizio territoriale afferente alle Cure Primarie inserito nella rete dei servizi distrettuali ed opera in coerenza con la programmazione regionale e nazionale volta al potenziamento dell'assistenza territoriale. Il SIFoC rappresenta un punto di riferimento infermieristico stabile per la persona, la famiglia e la comunità, con l'obiettivo di garantire continuità assistenziale, prossimità delle cure, integrazione tra servizi sanitari, sociali e sociosanitari e promozione della salute.

L'assistenza è orientata alla presa in carico globale della persona adulta e anziana, con particolare attenzione alle persone con patologie croniche e multimorbilità, in condizione di fragilità, e che presentano bisogni assistenziali complessi ma gestibili a domicilio. Il Servizio è orientato alla risposta a bisogni educativi, informativi e di supporto, espressi dalla persona, dalla famiglia e dalla comunità, con l'obiettivo di favorire autonomia, consapevolezza e capacità di gestione della propria salute. Il SIFoC si configura come riferimento professionale di prossimità che accompagna le persone nei percorsi di salute e di cura. Il servizio non sostituisce né si sovrappone ai servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) e agli altri servizi territoriali già in essere.

CONTATTI

Dove siamo

L'ambulatorio SIFoC Distretto 1 è collocato presso:

- Casa della Comunità di Asiago Via Monte Sisemol, 2
- Casa della Comunità di Marostica Via Panica, 17
- Casa della Comunità di Bassano del Grappa Via dei Lotti, 40
- Casa della Comunità di Romano d'Ezzelino Via G. Gioberti, 4

Come contattarci

Il SIFoC è attivo nei Distretti 1 e 2 dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana con il numero unico **0424 883791**

e garantisce la copertura dell'ambulatorio infermieristico della Casa della Comunità

- email: sifocd1@aulss7.veneto.it

Accesso

L'accesso al Servizio Infermieristico di Famiglia o Comunità avviene in presenza di un bisogno educativo, informativo o di supporto, rilevato nel contesto di vita della persona. Il servizio può essere attivato:

- su segnalazione del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera Scelta;
- a seguito di dimissione ospedaliera, per favorire la comprensione e la continuità del percorso di cura;
- tramite i servizi distrettuali e la Centrale Operativa Territoriale (COT);
- attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA) delle Case della Comunità;
- su richiesta diretta del cittadino, in presenza di un bisogno educativo, informativo o di supporto.

L'attivazione del servizio è gratuita e rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Prestazioni

Il Servizio Infermieristico di Famiglia o Comunità svolge le attività di:

- **Assistenza infermieristica:** attraverso l'educazione terapeutica e sanitaria; supporto alla gestione della terapia e all'aderenza terapeutica; prevenzione delle complicanze; risposta a bisogni educativi, informativi e di

supporto alla persona e alla famiglia; interventi finalizzati alla risposta a bisogni infermieristici semplici (quali, a titolo esemplificativo, iniezioni, medicazioni, gestione dei device, ecc.)

- **Presa in carico infermieristica:** mediante ascolto ed analisi del bisogno educativo della persona e della famiglia; valutazione delle risorse personali, familiari e di comunità; definizione condivisa di obiettivi educativi e di supporto; accompagnamento e la rivalutazione nel tempo.
- **Continuità assistenziale:** supporto alle dimissioni protette; raccordo tra ospedale, territorio e servizi; collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale (COT).
- **Promozione della salute e prevenzione:** con attività di educazione alla salute individuale e di comunità; interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria; supporto a campagne di screening e vaccinazioni.
- **Lavoro di comunità:** realizzare una collaborazione con enti locali, associazioni e servizi sociali; partecipazione a progetti di salute di comunità; rilevazione dei bisogni emergenti della popolazione

Equipe

Direttore UOC Cure Primarie Distretto 1

Dr. ssa Velludo Cristina

Infermiere Coordinatore SIFoC D1

Dott.ssa Marchetto Francesca

Infermieri di Famiglia o Comunità del Distretto 1

L'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) è identificabile tramite tesserino di riconoscimento con nome, cognome e qualifica. Gli infermieri che compongono l'équipe SIFoC sono Infermieri di Famiglia ed Infermieri Territoriali.




	DIREZIONE SANITARIA	PRAZ134
	DISTRETTO 1 BASSANO DISTRETTO 2 ALTO VICENTINO	Rev. 1 del 10/04/2026 Pag. 1 di 22
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ACCESSO ALLA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI		

INDICE

1	SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	3
2	GRUPPO DI LAVORO	3
3	RIFERIMENTI.....	3
4	FINALITÀ GENERALE E OBIETTIVI DELL'UVMD.....	7
5	RESPONSABILITÀ, FUNZIONI DI COORDINAMENTO E DELEGHE	7
5.1	Responsabilità	7
5.2	Coordinamento	7
5.3	Deleghe: Coordinamento e Segreterie.....	8
5.3.1	Coordinamento	8
5.3.2	Segreterie U.U.O.O.....	8
5.3.3	Ambiti della delega.....	9
6	FUNZIONI DELL'UVMD	11
7	INTERVENTI CHE RICHIEDONO LA VALUTAZIONE IN UVMD.....	12
8	DESTINATARI DELLA VALUTAZIONE.....	13
9	GESTIONE OPERATIVA DELL'UVMD	14
9.1	Presentazione domanda di valutazione – accoglimento della domanda.....	14
9.2	Tempi e casi particolari.....	14
9.3	Convocazione UVMD e sedi di svolgimento.....	15
9.4	Composizione UVMD	15
9.5	Metodologia di lavoro: progetto individualizzato – strumenti di valutazione	16
9.6	Verifiche.....	16
9.7	Sospensione/spostamento UVMD	17
9.8	Esito della valutazione.....	17
10	VALUTAZIONE SEMPLIFICATA.....	17
11	RICHIESTA DI REVISIONE/RIESAME DELL'UVMD – RICHIESTA DI COPIA DEL VERBALE	18
12	SISTEMA INFORMATIVO E DOCUMENTALE - ARCHIVIAZIONE.....	18
13	DIAGRAMMA DI FLUSSO	1919
13.1	Matrice delle responsabilità.....	19
		14
14	ALLEGATI.....	222

	DIREZIONE SANITARIA	PRAZ134
	DISTRETTO 1 BASSANO DISTRETTO 2 ALTO VICENTINO	Rev. 1 del 10/04/2026 Pag. 2 di 22
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ACCESSO ALLA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI		

DISTRIBUITA A: operatori delle UOC Disabilità e Non Autosufficienza, UOS Disabilità, UOS Non Autosufficienza, UOC Infanzia-Adolescenza e Famiglia, UOS Età Evolutiva, UOS Neuropsichiatria Infantile, UOS Consulteri, UOC Cure Palliative, UOC Cure Primarie, UO SERD, UO Psichiatria.

	Nome	Firma	Data
Compilata da	Per il gruppo di lavoro: D.ssa Cristina Velludo Direttore Cure Primarie Distretto 1 D.ssa Manuela Miorin Direttore Cure Primarie Distretto 2	CRISTINA VELLUDO 10/04/2026 12:28:44 UTC+0200 Namirial CA Firma Qualificata  MIORIN MANUELA 13.04.2026 06:57:15 GMT+01:00	
Verificata da	Dr. Emanuele Barbierato Direttore della Funzione Territoriale	 EMANUELE BARBIERATO 10.04.2026 17:04:02 GMT+02:00	
Approvata da	Dr. Antonio Di Caprio Direttore Sanitario	 DI CAPRIO ANTONIO 10.04.2026 11:20:52 GMT+01:00	

Revisione	Data	Descrizione delle modifiche
0	30/11/2021	Prima emissione del documento
1	03/04/2026	Revisione 1

	DIREZIONE SANITARIA	PRAZ134
	DISTRETTO 1 BASSANO DISTRETTO 2 ALTO VICENTINO	Rev. 1 del 10/04/2026 Pag. 3 di 22
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ACCESSO ALLA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI		

1 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura disciplina le attività di valutazione multidimensionale per l'accesso alla rete territoriale dei servizi socio sanitari dell'Azienda ULSS7 Pedemontana.

Sono valutate in UVMD tutte le domande che possono prevedere l'attivazione di servizi sanitari e socio-sanitari, residenziali, semiresidenziali e domiciliari, al fine di offrire una risposta per soddisfare bisogni complessi di carattere sanitario, sociale o socio-sanitario.

Le Unità Operative interessate possono personalizzare e tradurre l'attività dell'UVMD in documenti specifici, secondo le proprie necessità operative ovvero secondo puntuali indicazioni normative.

Tali procedure, previa approvazione del Direttore della Funzione Territoriale, diventeranno parte integrante della presente procedura.

2 GRUPPO DI LAVORO

Operatori del comparto e dirigenti appartenenti alle Direzioni di Distretto nonché alle UU.OO dei Distretti 1 e 2 di: Disabilità e Non Autosufficienza, Infanzia-Adolescenza e Famiglia, Cure Palliative, Cure Primarie, SERD, Psichiatria, COT-Dimissioni Protette.

3 RIFERIMENTI

- Deliberazione del DG n. 41 del 18/01/2018 Adozione atto aziendale dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana in conformità al Decreto n. 160 del 29/12/2017 del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale.
- DGRV n. 1306 del 16/08/2018 Linee guida per la predisposizione da parte delle aziende ed enti del SSR del nuovo atto aziendale, per l'approvazione della dotazione di strutture nell'area non ospedaliera per l'organizzazione del Distretto, per l'organizzazione di prevenzione per l'organizzazione del Dipartimento di salute mentale. Dgr n. 30/CR del 06/04/2017.
- Decreto Presidente dei Ministri 12/01/2017 Definizione aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza
- Piano di Zona straordinario 2021 – Delibera Commissario n. 3216 del 24/2/21
- L.R. n. 19 del 25/10/2016 Istruzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero" Disposizioni per l'individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS.
- L.R. n. 22 del 16/08/2002 Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali.
- L.R. n. 241/90 Norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti.

Unità valutativa multidimensionale distrettuale

- DGRV n. 1986 del 2013 Decreto Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 15/11/2011 di riparto del Fondo per le non autosufficienze. Modifiche al programma regionale attuativo per la realizzazione di interventi in tema di malati di sclerosi laterale amiotrofica (SLA), per la ricerca e l'assistenza domiciliare dei malati, di cui alla DGR n. 2499 del 29 Dicembre 2011.
Allegato B - DGRV 1986/2013 scheda di valutazione ps. Affetta da SLA
- DGRV n. 2961 del 28/12/2012 Gestione informatica della residenzialità extraospedaliera per le persone anziane non autosufficienti e per persone con disabilità. DGR 1059/2012. Primo provvedimento:

	DIREZIONE SANITARIA	PRAZ134
	DISTRETTO 1 BASSANO DISTRETTO 2 ALTO VICENTINO	Rev. 1 del 10/04/2026 Pag. 4 di 22
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ACCESSO ALLA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI		


approvazione del set di strumenti per l'area delle persone anziane e altri non autosufficienti e modifiche alla scheda SVAMA di cui alla DGR 1133/2008.

Allegato B -DGRV 2961 /2012 scheda Svama

- DGR 96 del 04 febbraio 2025 Aggiornamento dello strumento "Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (S.Va.Ma)" approvato, da ultimo, con DGR 2961 del 28 dicembre 2012 - allegato A e allegato B
- DGR 22 del 20/01/2026 "DGR n. 96 del 4 febbraio 2025 "Aggiornamento dello strumento "Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (S.Va.M.A.)" approvato, da ultimo, con la DGR n. 2961 del 28 dicembre 2012". Aggiornamento dell'Allegato A, in relazione alla sezione "Domanda per l'accesso ai servizi di rete residenziali, semiresidenziali e domiciliari e domiciliari integrati".
- DGRV n. 331 del 13/02/2007 Valutazione multidimensionale delle persone con disabilità secondo ICF, Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute: approvazione e introduzione di S.Va.M.Di per l'accesso ai servizi sociali e socio sanitari.
- Dgrv 1804 del 06/10/2014 Disposizioni in materia SVaMDi di cui alla DGR 2960/12. Approvazione del documento "Linee Guida per la codifica ICF e compilazione della Scheda di valutazione multidimensionale SVaMDi" e del programma operativo di implementazione ed estensione dello strumento.
- DGRV n. 4588 del 28/12/2007 Attività delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali (U.V.M.D.) di cui alla DGR 3242/01 – Approvazione linee di indirizzo alle A. ULSS.
Allegato A – DGRV 4588/2007 Linee di indirizzo per la definizione delle attività dell'unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD).
- IO75111D1 del 15/1/2019 "Verifica di spesa a carico sanitario in previsione di inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali"
- "Guida per la verifica di coerenza tra le scelte operative in sede di UVMD e la compatibilità con gli obiettivi di budget assegnati"

Area Disabilità e Non autosufficienza

- Delibera D.G. n. 396 del 26/02/2026 Approvazione nuovo documento aziendale di attuazione delle impegnative di cura.
- DGRV n. 1338/2013 Revisioni delle prestazioni costituenti LEA aggiuntivi regionali (cd. Extra-LEA) in ambito socio-sanitario. Istituzione dell'impegnativa di Cura Domiciliare (DGR 154/CR del 24 dicembre 2012 e DGR 37/CR del 3 maggio 2013)
- DGRV n.1174 del 24.08.2021: "Istituzione dell'Impegnativa di Cura Domiciliare di medio bisogno assistenziale per persone con disabilità gravissima (ICDmgs) (DGR n. 1338/2013, DGR n. 670/2020, DGR n. 1664/2020)
- DGR 1558 del 12/12/2023: "Programmazione alle Aziende ULSS e agli Ambiti Territoriali Sociali delle risorse finanziarie regionali e statali per la Non Autosufficienza - anni 2022-2023-2024"
- ALLEGATO E DGR n. 1558 del 12 dicembre 2023 – Disposizioni applicative per la revisione del sistema delle impegnative di cura
- Delibera D.G. n. 699 del 14/09/2016 Regolamento di gestione Registro Unico della Residenzialità
- DGRV n. 1059 del 05/06/2012 Gestione informatica della Residenzialità extraospedaliera per persone anziane non autosufficienti e per persone con disabilità

	DIREZIONE SANITARIA	PRAZ134
	DISTRETTO 1 BASSANO DISTRETTO 2 ALTO VICENTINO	Rev. 1 del 10/04/2026 Pag. 5 di 22
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ACCESSO ALLA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI		

- Decreto 62 del 03/05/2024 Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato
- DGRV n. 2258 del 30/12/2016 Assegnazione Budget per attività di riabilitazione extraospedaliera presso istituti e centri ex art. 26 L. 833/78 accreditati triennio 2017/2019
- DGRV 2079 del 30/12/2015 Criteri, modalità e determinazione dei tetti di spesa per l'attività di riabilitazione extraospedaliera presso istituti e centri ex art. 26 accreditati anni 2015/2016
- DGRV n. 1406 del 09/09/2016 Disposizioni in materia di tirocini di inclusione sociale, ai sensi dell'accordo Conferenza Stato Regioni e Province autonome del 22 Gennaio 2015 "Linee guida per i tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione" e contestuale revoca della DGR n. 3787/2002. Deliberazione/CR n. 53 del 22 Giugno 2016.
Allegato A - Disciplina in materia dei tirocini di inclusione sociale in attuazione accordo Stato Regioni e Province autonome del 22/01/2015
- Procedura D2 "Gestione impegnative di cure domiciliare per persone con disabilità fisico-motorie (ICDf)
- Procedura D1 e D2 – Gestione delle impegnative di cura domiciliare -
- Procedura D1 "Accordo tra Unità operative per il passaggio del disabile dall'età evolutiva all'età adulta"
- Procedura D1 "Percorso organizzativo per l'accesso ai servizi residenziali e semiresidenziali"
- Istruzione Operativa D1 "Accoglienza temporanea strutture intermedie"
- Istruzione Operativa D1 "modalità di accesso ai servizi semiresidenziali e gestione liste d'attesa persone disabili"

Area IAF

- Delibera DG n 353 del 06/05/2008 Applicazione della DGRV n. 2248 del 17/07/2007" Modalità e criteri per l'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap ai fini dell'integrazione scolastica (DPCM 23/02/2006 n.185)" e successiva integrazione di cui alla nota RV 10/01/2008 prot. 15840
- DGRV n. 2248 del 17/07/2007 Modalità e criteri per l'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap ai fini dell'integrazione scolastica (DPCM 23 Febbraio 2006 n. 185).
- Delibera DG n. 353 del 6/5/2008 Applicazione della DGRV n. 2248 del 17/07/2007" Modalità e criteri per l'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap ai fini dell'integrazione scolastica (DPCM 23/02/2006 n. 185)" e successiva integrazione di cui alla nota RV 10/01/2008 prot. 15840
- DGRV n. 2248 del 17/7/2007 Modalità e criteri per l'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap ai fini dell'integrazione scolastica (DPCM 23 febbraio 2006 n. 185).
- Procedura D1 "UVMD per alunni che necessitano di sostegno scolastico"

Area Salute Mentale

- Protocollo Doppia Diagnosi – Rev. n.03 del 30/10/2018 - ULSS7 – Valutazione e trattamento congiunto tra Dipartimento Salute Mentale e Dipartimento Dipendenze di persone con "doppia diagnosi"

Area Domiciliarità

- DGRV n. 2372 del 29/12/2011 (FLUSSO SAD ADI) Flusso Informativo Assistenza e Cure Domiciliari: approvazione dei relativi progetti e collaborazione l'Azienda ULSS 4 nelle fasi di gestione

	DIREZIONE SANITARIA	PRAZ134
	DISTRETTO 1 BASSANO DISTRETTO 2 ALTO VICENTINO	Rev. 1 del 10/04/2026 Pag. 6 di 22
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ACCESSO ALLA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI		

- Procedura D1 "Percorso integrato per la presa in carico domiciliare delle persone con demenza e gravi disturbi comportamentali titolari di ICDm"
- Procedura D1 "Dimissioni ospedaliere utente pediatrico"
- Procedura organizzativa Regionale percorso unico regionale per la segnalazione delle persone in dimissione protetta 2022

Area Cure palliative/Hospice

- DGRV n. 553 del 30/04/2018 "Approvazione del Percorso integrato di cura a supporto dello sviluppo della rete di cure palliative in età adulta ai sensi della DGR n. 208 del 28 febbraio 2017 ad oggetto: "Individuazione del modello assistenziale di rete delle cure palliative e della terapia del dolore della Regione Veneto. Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. del 29 giugno 2012, n. 23). Deliberazione n. 109/CR del 9 Dicembre 2015"
- DGRV n.208 del 28 Febbraio 2017 "Individuazione del modello assistenziale di rete delle cure palliative e della terapia del dolore della Regione Veneto. Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 290Giugno 2012, n. 23). Deliberazione n. 109/CR del 9 Dicembre 2015.
- DGRV n.2851 del 28/12/2012 Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice e modifica della scheda di valutazione accessibilità in Hospice (DGR 3318/2008)
- L.R. n.38 del 15/03/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"
- Percorso Assistenziale – Rev. n. 00 del 10/02/2016 – Gestione del malato cronico complesso e con bisogni di cure palliative -ULSS4
- DGRV 4029 19 dicembre 2003 "Attivazione della rete regionale di assistenza ai minori con patologia inguaribile-terminale e istituzione del Centro di riferimento regionale di cure palliative e terapia antalgica pediatrica presso l'Azienda ospedaliera di Padova"
- DGRV 3242 17/10/2006 Centro residenziale denominato "Hospice Centro Residenziale di cure palliative per il bambino" e connesso "Centro Regionale per la diagnostica del bambino maltrattato", in gestione all'Azienda Ospedaliera di Padova. determinazione delle tariffe per le funzioni svolte"
- Procedura aziendale "accoglienza Hospice"

Centrale Operativa Territoriale

- PROCEDURA aziendale IO75101COT del 23/08/2018 Gestione delle segnalazioni socio-sanitarie urgenti alla COT D1
- PROCEDURA aziendale IO75102COT del 23/08/2018 Coordinamento posti letto temporaneità urgente e sollievo D1
- PROCEDURA aziendale PR75103COT del 10/7/2018 Attivazione della Centrale Operativa territoriale da parte del Pronto Soccorso

Accordi Azienda ULSS - MMG

- "Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni – Triennio 2019-2021

	DIREZIONE SANITARIA	PRAZ134
	DISTRETTO 1 BASSANO DISTRETTO 2 ALTO VICENTINO	Rev. 1 del 10/04/2026 Pag. 7 di 22
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ACCESSO ALLA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI		

- "Accordo Regionale in attuazione dell'ACN reso esecutivo in data 23 Marzo 2015, mediante intesa nella Conferenza Stato-Regioni, per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale" DGR 4395 del 30/12/2005

4 FINALITÀ GENERALE E OBIETTIVI DELL'UVMD

Le attività di valutazione multidimensionale sono svolte dall'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD), che costituisce, per le persone in stato di bisogno socio sanitario complesso e per i minori che richiedono particolari interventi di protezione e tutela, la modalità di accesso al sistema integrato dei servizi socio sanitari, con necessità di un coordinamento interistituzionale ed integrazione delle risorse.

Obiettivo dell'attività dell'UVMD è la definizione, in ciascuna area di intervento, del progetto individuale per la persona in situazioni di bisogno socio sanitario o, nel caso di minori in situazione di tutela, del progetto quadro. Deve individuare la migliore soluzione possibile, rispondente alle esigenze e alle scelte dell'utente, nell'ambito delle soluzioni previste dalla programmazione regionale del sistema di offerta.

L'UVMD è costituita presso il Distretto Socio Sanitario.

L'UVMD effettua la valutazione multidimensionale e multiprofessionale, la progettazione personalizzata degli interventi e fornisce risposte appropriate secondo criteri di equità, uniformità territoriale, continuità, trasparenza, efficacia, appropriatezza, umanizzazione e personalizzazione. Attua il monitoraggio e la verifica dei risultati dei progetti approvati.

5 RESPONSABILITÀ, FUNZIONI DI COORDINAMENTO E DELEGHE

5.1 Responsabilità

Il Direttore del Distretto Socio Sanitario è Responsabile di tutte le risorse assegnate al Distretto, del complesso delle risposte integrate da garantire all'utenza di riferimento e assicura la corretta applicazione delle procedure per le diverse tipologie di intervento.

I Responsabili di UU.OO Aziendali/Servizi/Enti coinvolti hanno responsabilità del corretto svolgimento delle attività/azioni di propria competenza previste nella presente Procedura.

5.2 Coordinamento

Il coordinatore dell'UVMD è il Direttore di Distretto o un suo delegato, ed ha il compito di organizzare le attività dell'UVMD, in funzione degli obiettivi e delle finalità della programmazione regionale locale.

In particolare il Coordinatore UVMD provvede a:

- presiedere le UVMD;
- verificare la completezza della documentazione;
- garantire l'integrazione tra i soggetti partecipanti;
- assicurare il corretto ed efficace svolgimento dell'attività di valutazione con la definizione del progetto assistenziale e l'individuazione del referente del caso;

	DIREZIONE SANITARIA	PRAZ134
	DISTRETTO 1 BASSANO DISTRETTO 2 ALTO VICENTINO	Rev. 1 del 10/04/2026 Pag. 8 di 22
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ACCESSO ALLA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI		

- concordare, con i vari soggetti coinvolti, l'impegno delle risorse da destinare al progetto individualizzato;
- assicurare la corretta stesura del verbale UVMD;
- assicurare la registrazione delle attività nel Sistema Informativo territoriale;
- assicurare la comunicazione ai soggetti interessati dell'esito della valutazione, così come definito;
- convocare l'UVMD di verifica sul caso secondo le necessità.

5.3 Deleghe: Coordinamento e Segreterie

5.3.1 Coordinamento

Il processo di coordinamento, la gestione organizzativa dell'UVMD e gli ambiti di intervento vengono delegati dal Direttore di Distretto, nello specifico per:

- **UOC Disabilità e Non Autosufficienza:**
 - **UOS Disabilità:** il Responsabile dell'UOS o altro delegato dal Direttore di Distretto;
 - **UOS Non Autosufficienza:** il Responsabile dell'UOS o altro delegato dal Direttore di Distretto;
- **UOC Infanzia-Adolescenza e Famiglia:**
 - **UOS Età Evolutiva:** il Responsabile dell'UOS o altro delegato dal Direttore di Distretto;
 - **UOS Neuropsichiatria Infantile:** il Responsabile dell'UOS o altro delegato dal Direttore di Distretto;
 - **UOS Consulteri:** il Responsabile dell'UOS o altro delegato dal Direttore di Distretto;
- **UOC Cure Palliative:** il Direttore dell'UOC o altro delegato dal Direttore di Distretto;
- **UOC Cure Primarie:** il Direttore dell'UOC o altro delegato dal Direttore di Distretto;
- **UO SERD:** il Responsabile dell'UO o altro delegato dal Direttore di Distretto;
- **UO Psichiatria:** il Direttore dell'UOC Psichiatria o di un suo delegato.

Il delegato al ruolo di coordinatore dell'UVMD:

- deve attenersi all'istruzione operativa (Allegato B) della procedura contenuta nel presente documento;
- non può delegare ad altri la funzione di coordinamento dell'UVMD se non su delega specifica del Direttore del Distretto;
- può venire supportato da un operatore amministrativo della propria Area per la gestione delle UVMD;
- può rinviare al Direttore di Distretto, qualora ne ravvisi l'opportunità/necessità, la soluzione di problematiche particolarmente complesse.

Il Direttore di Distretto ha facoltà di delegare la funzione di coordinamento oltre che ai Direttori di UO anche ad altri professionisti delle stesse UO individuati in base alla specifica competenza in materia e/o conoscenza del caso e in accordo con il Direttore di UO. La delega deve essere con lettera nominale a scadenza annuale.

5.3.2 Segreterie U.U.O.O.

L'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD) è supportata per tutte le attività di carattere amministrativo da una segreteria. L'Ufficio di Segreteria UVMD agisce in collegamento con le altre Unità Operative e/o Servizi del Distretto dell'Azienda stessa, con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e le altre agenzie del territorio coinvolte.

	DIREZIONE SANITARIA	PRAZ134
	DISTRETTO 1 BASSANO DISTRETTO 2 ALTO VICENTINO	Rev. 1 del 10/04/2026 Pag. 9 di 22
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ACCESSO ALLA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI		

Il Direttore/Responsabile di ciascuna delle UUOO distrettuali delegato al coordinamento dell'UVMD può individuare formalmente un *“operatore al quale assegnare le funzioni di segreteria UVMD”* all'interno della propria UO, nelle seguenti modalità:


- **UOC Disabilità e Non Autosufficienza:**
 - **UOS Disabilità:** Segreteria Disabilità;
 - **UOS Non Autosufficienza:** Segreteria Non Autosufficienza;
- **UOC Infanzia-Adolescenza e Famiglia:**
 - **UOS Età Evolutiva; Neuropsichiatria Infantile e Consulteri:** Segreteria dello IAF e NPI;
- **UOC Cure Palliative:** Segreteria Cure Palliative;
- **UOC Cure Primarie:** Segreteria Cure Primarie;
- **UO SERD:** Segreteria del SERD;
- **UO Psichiatria:** Segreteria psichiatria
-

La segreteria UVMD garantisce:

- la convocazione dell'UVMD tramite l'utilizzo del calendario informatizzato condiviso;
- tutte le attività amministrative connesse all'organizzazione e allo svolgimento delle UVMD;
- il completamento del verbale al termine dell'UVMD
- il salvataggio del verbale nel S.I. Distrettuale


5.3.3 Ambiti della delega

Ambiti della delega (progetti assistenziali)	Servizio DELEGATO	Coordinatore delegato
<ul style="list-style-type: none"> • Inserimenti in lista d'attesa per strutture semiresidenziali e residenziali per disabili • Inserimento in: comunità alloggio istituti residenziali per disabilità Centri Diurni (anche pronta accoglienza ed accoglienza programmata) • Casi particolari per Progetti di tirocinio formativo e di inclusione sociale in carico alla Disabilità (silas) • Inserimento in graduatoria impegnative cure domiciliari (ICDf - ICDp) • Assegnazione ICDp con affidamento alla Cooperativa • Rivalutazione periodica dei progetti • Progetti sperimentali alternativi al Centro Diurno • Progetti di vita indipendente • Progetti per disabili con elevata complessità, anche sanitaria, riguardanti più servizi 	UOS Disabilità	Direttore UOS Disabilità o altro delegato dal Direttore di Distretto

	DIREZIONE SANITARIA	PRAZ134
	DISTRETTO 1 BASSANO DISTRETTO 2 ALTO VICENTINO	Rev. 1 del 10/04/2026 Pag. 10 di 22
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ACCESSO ALLA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI		

<ul style="list-style-type: none"> • Passaggi casi tra servizi di diversa competenza • Funzione certificativa dell'alunno in situazione di handicap • Richiesta intervento di operatore socio sanitario in ambito scolastico / accesso all'integrazione scolastica • Accesso alla comunità educativa (anche diurna) o familiare • Accoglienza presso una famiglia affidataria • Inserimento in graduatoria impegnative cure domiciliari ICDp • Assegnazione ICDp con affidamento alla Cooperativa • Inserimento in Comunità educativa – riabilitativa e terapeutica riabilitativa (CER e CTRP) • Progetti per minori con elevata complessità • Presenza di violenza domestica nei confronti di donne e minori per protezione e inserimenti in struttura • Attivazione progetti (tessitori) • Dimissioni da ospedale di minori che prevedano un progetto domiciliare che non sia di tipo ADIMED 	<p>UOC IAF</p> <p>UOS Neuropsichiatria Infantile</p> <p>UOS Età Evolutiva</p> <p>UOS Consultorio Familiare</p>	<p>Direttore IAF Infanzia, Adolescenza e Famiglia</p> <p>Direttore UOS Neuropsichiatria Infantile o altro delegato dal Direttore di Distretto</p> <p>Direttore UOS Età Evolutiva o altro delegato dal Direttore di Distretto</p> <p>Direttore UOS Consultorio o altro delegato dal Direttore di Distretto</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Inserimento in graduatoria per accesso ai Centri Servizi temporanei e definitivi • Inserimento graduatoria per accesso in Centri diurni anziani • Assegnazione impegnative per Strutture intermedie • Inserimenti in graduatoria per impegnative di cure domiciliari (ICDa – m – SLA) (nel DISTRETTO 2) • Inserimenti in graduatoria per impegnative di cure domiciliari ICDm (nel DISTRETTO 1) 	<p>UOS Non Autosufficienza</p>	<p>Direttore UOS Non Autosufficienza o altro delegato dal Direttore di Distretto</p>

Ambiti della delega (progetti assistenziali)	Servizio DELEGATO	Coordinatore delegato
<ul style="list-style-type: none"> • dimissioni protette da OSPEDALE, da STRUTTURE di pazienti anziani ad elevata complessità sanitaria e attivazione di progetti domiciliari non di tipo ADIMED (<i>**per dubbi su attivazioni ADIMED invitare medico UOC Cure primarie</i>) • Casi complessi a prevalente valenza socio-assistenziale • Progetti domiciliari per pazienti con fragilità socio-assistenziale 	<p>UOS Non Autosufficienza</p>	<p>Direttore UOS Non Autosufficienza o altro delegato dal Direttore di Distretto</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ADIMED per pazienti candidati alle cure palliative • Definizione del piano assistenziale individuale (PAI) • Definizione del SETTING assistenziale (HOSPICE, DOMICILIO, STRUTTURE INTERMEDIE) 	<p>UOC Cure Palliative</p>	<p>Direttore UOC Cure Palliative o altro delegato dal Direttore di Distretto</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ADIMED per pazienti ad elevata complessità sanitaria • Inserimenti in graduatoria per impegnative di cure domiciliari (ICDa – SLA) (per il distretto 1) 	<p>UOC Cure Primarie</p>	<p>Direttore UOC Cure Primarie o altro delegato dal Direttore di Distretto</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Inserimento nei programmi terapeutico-riabilitativi, residenziali e semiresidenziali, per persone affette da doppia diagnosi di tossicodipendenza e di disturbo psichiatrico * 	<p>UOS SERD</p>	<p>Direttore UOS SERD o altro delegato dal Direttore di Distretto</p>

	DIREZIONE SANITARIA	PRAZ134
	DISTRETTO 1 BASSANO DISTRETTO 2 ALTO VICENTINO	Rev. 1 del 10/04/2026 Pag. 11 di 22
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ACCESSO ALLA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI		

<ul style="list-style-type: none"> • Inserimento nei programmi di reinserimento sociale e lavorativo di persone ex tossicodipendenti ed ex alcool-dipendenti • Programmi di inclusione sociale e di integrazione lavorativa di persone seguite dal Serd • pazienti con fragilità socio assistenziale 		
<ul style="list-style-type: none"> • Inserimento nei programmi terapeutico -riabilitativi, residenziali e semiresidenziali, per persone affette da doppia diagnosi di disturbo psichiatrico e di tossicodipendenza* • Inserimento nei programmi di residenzialità (Comunità) e di semiresidenzialità (Centro Diurno) per persone con patologia psichiatrica • Programmi di inclusione sociale e di integrazione lavorativa di persone con disturbo psichiatrico • Progetti di tirocinio formativo • Pazienti con fragilità socio-assistenziale 	UOC PSICHIATRIA	Direttore UOC Psichiatria o altro delegato dal Direttore di Distretto

* Relativamente ai pazienti con doppia diagnosi, il Servizio (Ser.D / UOC Psichiatria) che per primo ha avuto in cura/carico il paziente, assumerà il coordinamento della prima UVMD ed in quella sede sarà concordata la titolarità del caso.

** nelle dimissioni da ospedale, strutture ecc. qualora non sia possibile individuare con sicurezza il progetto domiciliare da attivare, nel dubbio che possa essere un ADIMED, invitare all'UVMD, coordinata dal Direttore UOC NON AUTOSUFFICIENZA, anche un medico dell'UOC Cure Primarie. L'organizzazione dell'UVMD resta in carico alla Non Autosufficienza, fintantochè non venga formalizzato un progetto ADIMED. La presa in carico del caso passa quindi all'UOC Cure Primarie, a cui spetta la conclusione dell'iter dell'UVMD, con la registrazione nel S.I. distrettuale e la trasmissione dell'esito dell'UVMD come da procedura.

6 FUNZIONI DELL'UVMD

La funzione dell'UVMD è la valutazione, multidimensionale e multiprofessionale, delle esigenze della persona che si trova in stato di bisogno, al fine di identificare gli interventi e le risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità, per l'accesso ai servizi e alle prestazioni del territorio.

A tal fine:

1. si avvale di strumenti di valutazione approvati dalla Regione del Veneto (SVAMA, SvaMDI) e/o elaborati a livello locale;
2. predispone ed autorizza la realizzazione del progetto assistenziale individualizzato (PAI) e/o familiare definendone modalità e tempi di intervento;
3. svolge attività di certificazione nei casi previsti dalla normativa vigente; l'UVMD, in base a quanto stabilito dalla DGR n. 2248 del 17/07/2007, certifica lo stato di handicap dell'alunno ai fini dell'integrazione scolastica;
4. esegue il monitoraggio degli interventi e la verifica dei risultati dei progetti individuali qualora sia necessario un aggiornamento o rivalutazione in sede di UVMD. Diversamente, il monitoraggio e la verifica dei risultati sono in capo al servizio competente a gestire il progetto;

Ai fini di facilitare la realizzazione dei progetti definiti in UVMD, viene individuato per ciascun utente il "case manager", cioè il "referente del caso" con il compito di monitorare le varie fasi del progetto e mantenere il raccordo tra le diverse componenti della rete che intervengono sul caso.

	DIREZIONE SANITARIA	PRAZ134
	DISTRETTO 1 BASSANO DISTRETTO 2 ALTO VICENTINO	Rev. 1 del 10/04/2026 Pag. 12 di 22
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ACCESSO ALLA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI		

Il **Referente del caso** è nominato dal Coordinatore in sede di UVMD ed è indicato nel verbale. Costituisce, sia per l'utente che per l'equipe, il riferimento principale, in forza della specifica competenza professionale o in quanto ha maggiori contatti con l'utente stesso e/o la sua famiglia. Verifica, in itinere, l'andamento della situazione assistenziale e segnala le eventuali necessità di modifica del progetto al coordinatore dell'UVMD e gli altri operatori coinvolti

Relaziona al Coordinatore dell'UVMD, su specifica richiesta, sull'andamento del progetto assistenziale e/o sulle difficoltà riscontrate relative alla realizzazione del progetto assistenziale da parte dei servizi coinvolti.

7 INTERVENTI CHE RICHIEDONO LA VALUTAZIONE IN UVMD

La valutazione in UVMD, in generale, rappresenta lo strumento per la gestione di casi complessi che richiedono l'interazione di più servizi/Enti e interventi (es.: presenza di doppia diagnosi, pluripatologia, multiproblematicità del nucleo familiare).

Gli interventi, in base alle indicazioni regionali vigenti, che richiedono la valutazione in UVMD, all'interno delle specifiche aree, riguardano:

a) Area Anziani:


- l'accesso ai Centri Servizi residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti;
- l'accesso alle prestazioni ADI, come definite nell'accordo regionale con i MMG, di cui alla DGR 4325/2005 e in particolare: prestazioni ADIMED, dimissioni protette e assistenza nelle ultime fasi della vita;
- assegnazione impegnative cure domiciliari (DRG 1338/13);
- pazienti con fragilità socio-assistenziale;

b) Area Disabili adulti

- l'accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali per le persone con disabilità, anche per la pronta accoglienza e l'accoglienza programmata e modifica del progetto d'inserimento
- l'accesso alle prestazioni ADI, come definite nell'accordo regionale con i MMG, di cui alla DGR 4325/2005 e in particolare: prestazioni ADIMED, dimissioni protette e assistenza nelle ultime fasi della vita;
- l'accesso ai programmi di inserimento sociale in ambiente lavorativo e di integrazione lavorativa;
- assegnazione impegnative cure domiciliari (DRG 1338/13);

c) Area Minori

- multi-problematicità del caso con coinvolgimento di più Servizi/Enti/Privato sociale;
- attivazione di ADI;
- progetti di educativo domiciliare nel caso di coinvolgimento di più servizi;
- l'accesso alla comunità educativa (anche diurna) o familiare;
- l'accoglienza presso una famiglia affidataria;
- l'accesso alla comunità educativa-riabilitativa (CER);
- l'accesso alla comunità terapeutica riabilitativa (CTRP);
- l'accesso all'integrazione scolastica ai sensi della DGR 2248/2007;
- l'accesso all'integrazione scolastica con assegnazione di operatore socio-assistenziale;
- assegnazione impegnative cure domiciliari (DRG 1338/13);

	DIREZIONE SANITARIA	PRAZ134
	DISTRETTO 1 BASSANO DISTRETTO 2 ALTO VICENTINO	Rev. 1 del 10/04/2026 Pag. 13 di 22
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ACCESSO ALLA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI		

- passaggio dei casi dall'Età Evolutiva all'Età Adulta;
- la presenza di minori all'interno di nuclei che si trovano in situazioni di crisi rispetto al ciclo evolutivo della famiglia e di famiglie problematiche.

d) Area delle Dipendenze

- l'inserimento nei programmi terapeutico riabilitativi, residenziali e semiresidenziali, per le persone affette da doppia diagnosi di tossicodipendenza e di disturbo psichiatrico (DGR 3745/2003)
- l'inserimento nei programmi di reinserimento sociale e lavorativo di persone ex tossicodipendenti ed ex alcool - dipendenti;
- l'accesso ai programmi di inserimento sociale in ambiente lavorativo e di integrazione lavorativa;
- pazienti con fragilità socio-assistenziale

e) Area della Salute Mentale

- l'inserimento nei programmi terapeutico riabilitativi, residenziali e semiresidenziali delle persone affette da disturbo psichiatrico, per i casi complessi e per le persone affette da doppia diagnosi di tossicodipendenza e di disturbo psichiatrico (DGR 3745/2003);
- l'accesso ai programmi di inserimento sociale in ambiente lavorativo e di integrazione lavorativa di persone con disturbo psichiatrico;
- l'inserimento in strutture residenziali (comunità alloggio, gruppo appartamento...);
- casi complessi

f) Area della Famiglia

- la presenza di violenza domestica nei confronti di donne e minori, in applicazione dei protocolli aziendali, e qualora si rende necessario l'inserimento in strutture protette;
- casi complessi in ambito familiare.

8 DESTINATARI DELLA VALUTAZIONE

Destinatari dell'UVMD sono le persone in stato di bisogno socio sanitario complesso, afferenti alle diverse aree di intervento: Anziani, Disabili, Salute Mentale, Dipendenze e Minori che necessitano di protezione e tutela, residenti nel distretto di riferimento e aventi titolo, secondo le disposizioni normative vigenti, all'accesso alla rete dei servizi.

Sono destinatari inoltre, minori non residenti, per i quali il Comune è tenuto ad intervenire.

Nel caso in cui l'attività dell'UVMD sia richiesta da persone domiciliate, od ospiti, nel Distretto/Comune di riferimento, vanno preliminarmente esaminati gli aspetti di competenza delle Aziende Sanitarie e Comuni coinvolti dando comunque priorità alla valutazione dei bisogni della persona per l'accesso alla rete dei servizi. In linea di principio generale, l'UVMD competente alla valutazione è quella del territorio dove la persona è iscritta all'anagrafe sanitaria.

Qualora il progetto individuale richieda o ricomprenda il ricorso a servizi e prestazioni di altre Aziende Sanitarie della Regione Veneto, il responsabile dell'UVMD o l'operatore da esso incaricato è tenuto a contattare l'Azienda ULSS nel cui territorio insistono i Servizi e le Strutture da utilizzare, per definire gli aspetti operativi e amministrativi.

Analogha procedura deve essere seguita per il ricorso a prestazioni, servizi e strutture che insistono in ambiti esterni al territorio regionale.

	DIREZIONE SANITARIA	PRAZ134
	DISTRETTO 1 BASSANO DISTRETTO 2 ALTO VICENTINO	Rev. 1 del 10/04/2026 Pag. 14 di 22
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ACCESSO ALLA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI		

9 GESTIONE OPERATIVA DELL'UVMD

Al fine di contenere l'emergenza sanitaria dovuta alla diffusione del Covid-19, così come disposto dalla nota della Regione del Veneto prot 99054 del 02/03/2020 avente ad oggetto "Mitigazione rischio infettivo COVID 2019 – Indicazioni operative per riunioni aziendali", dal DPCM del 4 Marzo 2020 nonché dalla nota del Direttore Generale prot. 19918 del 06/03/2020, **le UVMD dovranno essere svolte preferibilmente in videoconferenza.**

9.1 Presentazione domanda di valutazione – accoglimento della domanda

La domanda di valutazione per l'accesso alla rete dei servizi può essere effettuata dalla persona in stato di bisogno socio sanitario, ovvero dal tutore o dall'amministratore di sostegno, da un familiare, da un operatore sociale, socio-sanitario e sanitario che ha in carico il caso (MMG, PLS, Assistente sociale, ecc...).

In tutti i casi in cui la domanda non sia presentata dal diretto interessato o da un suo legale rappresentante (familiare, tutore o amministratore di sostegno), il soggetto che richiede l'UVMD (servizio distrettuale od ospedaliero dell'ULSS, medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, Comune – ass. sociale) provvederà ad informare verbalmente il diretto interessato o il legale rappresentante e a registrarne il consenso in merito alla richiesta di valutazione. Fanno eccezione alcune particolari situazioni nelle quali è l'Autorità Giudiziaria (per es. Tribunale dei Minori) a richiedere l'intervento della struttura pubblica (ULSS, Comune, ecc.) per la valutazione/gestione del caso.

Inoltre, il Servizio richiedente dovrà ottemperare a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di privacy dei dati personali, in particolare quelli sensibili a carattere sanitario (regolamento UE 2016/679).

La domanda va presentata, su apposita modulistica alla COT o alla segreteria UVMD del servizio di riferimento. Il modulo di richiesta compilato in tutte le sue parti (dati anagrafici della persona o del nucleo da valutare), deve riportare la motivazione della richiesta e tutte le informazioni necessarie all'efficace organizzazione dell'UVMD, comprese eventuali valutazioni utili all'elaborazione del progetto assistenziale.

Chi formula la domanda deve proporre le figure (Servizi/Enti/Operatori) che ritiene di dover coinvolgere in UVMD.

Il Coordinatore UVMD verifica la pertinenza/ammissibilità della domanda. Se ritenuta non ammissibile fornisce risposta motivata e per iscritto al richiedente.

9.2 Tempi e casi particolari

Fatte salve le situazioni di emergenza, l'UVMD deve essere convocata **entro i 30 giorni** dal ricevimento della domanda, tranne le situazioni per le quali vi sia una normativa specifica o una richiesta.

Nelle situazioni di emergenza può verificarsi la necessità di attivare entro poche ore dal ricevimento della segnalazione una qualche forma di assistenza sanitaria o socio-sanitaria a favore dell'utente con successiva effettuazione dell'UVMD che prende atto degli interventi già attivati e formula il progetto assistenziale definitivo.

	DIREZIONE SANITARIA	PRAZ134
	DISTRETTO 1 BASSANO DISTRETTO 2 ALTO VICENTINO	Rev. 1 del 10/04/2026 Pag. 15 di 22
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ACCESSO ALLA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI		

9.3 Convocazione UVMD e sedi di svolgimento

Il Coordinatore dell'UVMD, valutata la domanda, individua gli operatori sanitari e/o sociali ed altri eventuali soggetti da convocare in UVMD e indica una data di convocazione.

La segreteria UVMD delegata, previa verifica della disponibilità dei componenti, crea l'evento nel calendario e invia la convocazione tramite e-mail, unitamente al link per il collegamento in videoconferenza, qualora sia prevista.

Nel caso di convocazione di un operatore di altra UO, l'invito va indirizzato sia al Direttore dell'UO che all'operatore interessato.

Per le valutazioni di dimissioni protette, assistenza domiciliare per pazienti in fasi terminali di vita e comunque con carattere di urgenza e la cui opportunità venga valutata dal coordinatore, le UVMD potranno essere tenute presso l'Ospedale, a domicilio del paziente o nelle strutture residenziali.

Le UVMD potranno essere svolte presso le sedi delle UU.OO.

9.4 Composizione UVMD

I componenti necessari per lo svolgimento dell'UVMD di norma sono:

- il Direttore di Distretto o altro coordinatore UVMD delegato dal Direttore di Distretto;
- il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta;
- l'Assistente Sociale del Comune di residenza della persona assistita e/o dell'Azienda sanitaria per le specifiche aree di intervento.

In base alla domanda ed alle esigenze particolari della situazione valutata il coordinatore UVMD può convocare altri operatori sociali, sanitari e socio sanitari, medici specialisti, Responsabili di strutture semiresidenziali o residenziali, pubbliche o private.

Può essere prevista la presenza all'UVMD dell'interessato o di un familiare o di altre figure di tutela/sostegno riconosciute, per la condivisione del progetto assistenziale e in particolare quando sia prevista la loro compartecipazione economica.

All'UVMD partecipa un rappresentante per singolo Servizio/Ente invitato.

E' importante che il servizio proponente condivida preventivamente il caso con gli altri servizi/operatori da coinvolgere, così che ogni componente **convocato possa raccogliere preventivamente e fornire tutte le informazioni utili ad effettuare la valutazione**, sia rispetto all'analisi della situazione che rispetto alla disponibilità delle risorse, anche economiche.

E' auspicabile, infatti, che in sede di UVMD sia proposta un'analisi della situazione utile alla definizione del progetto.

Le figure professionali partecipanti devono avere potere decisionale proprio o delegato dal servizio di appartenenza. I diversi livelli istituzionali, quindi, sono rappresentati dai professionisti che intervengono nella valutazione e che dispongono in merito all'utilizzo delle risorse dell'ente che rappresentano.

Affinché l'UVMD possa svolgersi regolarmente, qualora un componente invitato fosse impossibilitato a partecipare, deve delegare un altro operatore che ha conoscenza della documentazione sul caso.

	DIREZIONE SANITARIA	PRAZ134
	DISTRETTO 1 BASSANO DISTRETTO 2 ALTO VICENTINO	Rev. 1 del 10/04/2026 Pag. 16 di 22
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ACCESSO ALLA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI		

9.5 Metodologia di lavoro: progetto assistenziale individualizzato – strumenti di valutazione

La tipologia di lavoro utilizzata dai partecipanti all'UVMD sarà quella per progetti e cioè:

- valutazione multidimensionale del soggetto e del caso;
- analisi delle soluzioni possibili;
- scelta del progetto più adeguato all'individuo;
- valutazione della compatibilità con le risorse esistenti
- valutazione del contesto familiare;
- gestione del caso attraverso il referente del caso;
- verifica dei risultati;
- eventuale riprogrammazione dell'intervento assistenziale

Il progetto redatto dall'UVMD deve, in particolare:

- specificare obiettivi, strumenti, durata del progetto assistenziale, tempi, eventuali indicatori di verifica e di esito;
 - identificare i ruoli e le azioni attese da ogni componente da coinvolgersi nel processo;
 - individuare i costi da sostenere e i soggetti che se ne fanno carico. In casi eccezionali, qualora l'UVMD definisca un impegno economico o di risorse non prevedibile nella fase istruttoria, l'operatore dell'ente coinvolto può riservarsi, entro brevissimo tempo, di confermare l'impegno dopo la verifica di disponibilità e di spesa da parte del servizio/ente interessato, dandone comunicazione al Coordinatore dell'UVMD, che valuterà il proseguo.
- Per ogni UVMD viene redatto un VERBALE su apposito modulo informatizzato, riportante l'esito della valutazione
 - Per ogni paziente viene individuato il referente del caso.
 - Ogni verbale UVMD viene registrato nel S.I. distrettuale

La valutazione UVMD viene effettuata utilizzando strumenti previsti dalla Regione Veneto e/o adottati a livello locale:

1. scheda SVAMA - Scheda Valutazione Multidimensionale Adulti e Anziani
2. scheda SVaMDi per l'accesso alla rete dei servizi per la disabilità in età adulta
3. scheda per la valutazione di persona affetta da SLA
4. scheda per l'affido di minori in struttura: scheda progetto di inserimento
5. scheda bisogni
6. scheda STASS e Barthel e Karnosky

9.6 Verifiche

L'UVMD programma le eventuali verifiche del progetto elaborato.

La Segreteria UVMD provvede, all'atto della trascrizione della valutazione nel Sistema Informativo territoriale, anche alla registrazione della data di verifica programmata e indicata nel verbale.

Nel caso in cui in sede di UVMD si individui una data per la verifica, questa si intende definitiva, previa conferma del Referente del caso al momento dell'organizzazione.

Il Referente sollecita eventuali ulteriori verifiche.

	DIREZIONE SANITARIA	PRAZ134
	DISTRETTO 1 BASSANO DISTRETTO 2 ALTO VICENTINO	Rev. 1 del 10/04/2026 Pag. 17 di 22
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ACCESSO ALLA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI		

9.7 Sospensione/spostamento UVMD

Le UVMD - programmate possono essere sospese o spostate, con richiesta da parte di un Servizio, qualora:

- il progetto assistenziale programmato manchi di elementi informativi necessari alla stesura/verifica della valutazione in corso;
- impossibilità a partecipare o inviare un proprio delegato con potere decisionale.

La richiesta di sospensione o spostamento deve pervenire, tramite e-mail, alla segreteria UVMD di riferimento **almeno 3/5 giorni** prima dell'invio della conferma dell'UVMD.

La segreteria provvederà poi a trasmettere la comunicazione ai vari Servizi coinvolti e a concordare con il Servizio referente una nuova disponibilità.

Qualora un Servizio **già convocato** sia impossibilitato a partecipare e chiedi la sospensione o il rinvio è tenuto ad avvisare tempestivamente la segreteria UVMD e gli altri Servizi coinvolti e concordare eventuale nuova data.

9.8 Esito della valutazione

L'esito dell'UVMD viene trasmesso con comunicazione scritta all'utente nel caso di inserimento in Centri Servizi, inserimento in RUR, struttura per disabili, impegnative di cure domiciliari.

Negli altri casi il verbale dell'UVMD viene trasmesso ai servizi competenti su richiesta.

Il referente del caso, individuato in sede di UVMD, provvederà ad informare l'utente o chi lo rappresenta sull'esito dell'UVMD.

10 VALUTAZIONE SEMPLIFICATA

Per la predisposizione di alcuni progetti assistenziali, all'interno di iter collaudati e regolamentati, al fine di snellire le procedure e garantire la necessaria tempestività nelle risposte, la valutazione multidimensionale viene condotta in maniera semplificata.

Tale semplificazione riguarda il numero dei professionisti e le modalità di integrazione delle informazioni, che viene affidata ad un unico servizio sulla base delle informazioni raccolte e delle valutazioni effettuate dai singoli professionisti/servizi mediante le procedure concordate.

Tale valutazione è effettuata a cura del Direttore di Distretto o suo delegato.

UVMD SEMPLIFICATA		
TIPOLOGIA DI PAZIENTI	PROGETTO RICHIESTO	UO/COORDINATORE
Pazienti adulti-anziani non autosufficienti ricoverati in ospedale e a domicilio	Inserimento in Hospice	Medici palliativisti
Progetto minori	➤ TESSITORI	Direttore UOS Età Evolutiva

	DIREZIONE SANITARIA	PRAZ134
	DISTRETTO 1 BASSANO DISTRETTO 2 ALTO VICENTINO	Rev. 1 del 10/04/2026 Pag. 18 di 22
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ACCESSO ALLA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI		

11 RICHIESTA DI REVISIONE/RIESAME DELL'UVMD – RICHIESTA DI COPIA DEL VERBALE

Entro 30 giorni dalla ricezione del progetto individuale o dell'esito della domanda il richiedente può presentare richiesta motivata e documentata di revisione.

Il coordinatore dell'UVMD entro 30 giorni dalla ricezione della richiesta di revisione/riesame, risponde al richiedente con atto motivato.

L'interessato può richiedere copia del verbale UVMD alla segreteria secondo il regolamento aziendale e la modalità prevista dalla L.241/90 “*norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti*”.

Fanno eccezione le UVMD indette sulla base di un mandato dell'Autorità Giudiziaria.

12 SISTEMA INFORMATIVO E DOCUMENTALE - ARCHIVIAZIONE

L'azienda sanitaria utilizza un Sistema Informativo Territoriale, con software gestionale incentrato sull'utente aggregando alle informazioni di tipo anagrafiche le informazioni relative a:

- rilevazione della domanda;
- valutazioni sullo stato di salute e sui bisogni sociali e sanitari;
- presa in carico e risposte socio-sanitarie programmate;
- prestazioni effettivamente erogate a supporto della domiciliarità;
- inserimenti in strutture residenziali richiesti e inserimenti realizzati;
- erogazione contributi.

La logica della valutazione sostiene l'architettura di tale sistema informativo che ha l'obiettivo di mettere in connessione la rete di servizi e di monitorare il complesso delle attività erogate.

Il sistema informativo va, di conseguenza, alimentato con dati da parte dei diversi soggetti della rete.

Dati indispensabili sia per il governo dei casi complessi che per assolvere al debito informativo verso la regione. Ciascun soggetto abilitato all'inserimento dei dati, per quanto di competenza, ha la responsabilità di assicurare una corretta e continuativa alimentazione del sistema informativo.

La responsabilità della predisposizione e di eventuali successive modifiche della modulistica utilizzata, a supporto delle attività dell'UVMD è in carico alla Segreteria UVMD, previa condivisione con i diversi soggetti coinvolti e approvazione del Direttore di Distretto.

La documentazione cartacea e i fascicoli istruttori relativi alle UVMD vengono archiviati presso la sede delle segreterie UVMD competenti per tipologia. In occasione della convocazione dell'UVMD è importante verificare nel sistema informativo la presenza di altre valutazioni eventualmente eseguite presso altri servizi e inserirle nella cartella personale.

	DIREZIONE SANITARIA	PRAZ134
	DISTRETTO 1 BASSANO DISTRETTO 2 ALTO VICENTINO	Rev. 1 del 10/04/2026 Pag. 19 di 22
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ACCESSO ALLA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI		

13 DIAGRAMMA DI FLUSSO


	Attività	Responsabilità	Documenti
INIZIO	La richiesta di UVMD va inoltrata, tramite e-mail alla COT o alla segreteria UVMD del servizio di riferimento con le modalità in uso nel D1 e D2 tramite apposito modulo	Segreteria UVMD dell'UO di riferimento	Modulo di richiesta UVMD
ACCOGLIMENTO DOMANDA	La richiesta se proveniente da ente esterno (interessato, familiare, Comuni ecc.) deve essere protocollata con Protocollo generale . Se proveniente da Servizi interni all'Azienda, la richiesta viene registrata, con l'indicazione della data di arrivo, e presa in carico dalla segreteria UVMD di riferimento per competenza.		
VERIFICA DOCUMENTI	<p>Il coordinatore UVMD:</p> <ul style="list-style-type: none"> -verifica la pertinenza e l'ammissibilità della domanda; -richiede un'integrazione qualora necessaria; -individua gli operatori, sanitari e/o sociali e altri eventuali soggetti, da convocare; -propone la data di svolgimento dell'UVMD. <p>La segreteria accerta la corrispondenza della richiesta con i requisiti previsti in procedura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • verifica la completezza della domanda e inoltra la richiesta di integrazione qualora necessaria; • accerta, nel caso si preveda l'assunzione di un impegno di spesa a carico sanitario dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana, che il Servizio richiedente abbia provveduto agli adempimenti amministrativi di competenza, secondo quanto previsto dalle disposizioni regionali. • fissa la data sul Calendario informatizzato • propone e condivide la data dell'evento, con i vari servizi/operatori da convocare • invia la convocazione unitamente al link dell'evento, utilizzando "calendar" <p>Nel caso di impossibilità di un componente a partecipare all'UVMD, è opportuno che il Responsabile del Servizio convocato deleghi un altro operatore che ha conoscenza sul caso o invii una relazione in merito.</p>	<p>Coordinatore UVMD</p> <p>Segreteria UVMD dell'UO di riferimento</p>	<p>Procedura di spesa</p> <p>Modulo <i>verifica budget disponibile in sede di UVMD</i></p>
TRASMISSIONE CONVOCAZIONE			
PREDISPOSIZIONE FASCICOLO UTENTE	Il fascicolo personale va predisposto prima dell'UVMD fissata e deve contenere: 1. la documentazione raccolta;	Segreteria dell'UO di riferimento	Cartellina Personale

	DIREZIONE SANITARIA	PRAZ134
	DISTRETTO 1 BASSANO DISTRETTO 2 ALTO VICENTINO	Rev. 1 del 10/04/2026 Pag. 20 di 22
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ACCESSO ALLA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI		

	<p>2. la richiesta</p> <p>3. la convocazione</p> <p>4. eventuali valutazioni precedenti, presenti in archivio e/o nel Sistema Informativo Territoriale.</p> <p>5. Il modulo "verbale UVMD" predisposto con i dati del caso.</p> <p>se viene usato il modulo in drive provvedere a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - creare una copia nominale e registrare i dati -condividere il modulo con Coordinatore UVMD per la verbalizzazione. 		Modulo verbale UVMD
UVMD VERBALIZZAZIONE	<p>L'incontro potrà tenersi in presenza, nei casi indicati nella procedura, mentre le altre UVMD vengono preferibilmente organizzate in MEET.</p> <p>Gli strumenti di Google sono stati introdotti infatti per facilitare l'organizzazione dell'UVMD.</p> <p>La verbalizzare dell'esito della valutazione avviene contestualmente, durante l'incontro, utilizzando apposito modulo</p> <p>Il modulo di verbalizzazione denominato "verbale UVMD" è inserito in drive e può essere utilizzato direttamente o scaricato.</p> <p>La verbalizzazione può avvenire anche nel S.I. distrettuale.</p> <p>Il verbale, al termine deve essere stampato e firmato in originale dal Coordinatore UVMD</p> <p>Il verbale redatto va scaricato e archiviato nella cartellina personale.</p>	<p>Coordinatore UVMD</p> <p>Amministrativo a supporto del coordinatore UVMD</p> <p>Segreteria UVMD</p>	<p>Modulo Verbale UVMD</p> <p>Modulo SVAMA</p>
GESTIONE SISTEMA INFORMATIVO	<p>Ciascun soggetto per la parte di competenza, provvede all'inserimento nel S.I. distrettuale, per assolvere al debito informativo verso la Regione.</p> <p>L'esito della valutazione dell'UVMD deve essere caricato nel S.I. del territorio entro pochi giorni dalla data dell'incontro, secondo le modalità previste dal SI distrettuale.</p> <p>Si raccomanda la tempestiva registrazione del verbale in particolare per le UVMD con partecipazione di MMG/PLS, in quanto necessaria a consentire l'estrazione mensile di tutte le presenze dei medici suddetti ai fini del riconoscimento economico</p>	<p>Ciascun operatore abilitato/ Segreteria dell'UO di riferimento</p>	<p>Sistema Informativo Territoriale D1 e D2</p>
VERIFICHE UVMD	<p>A conclusione dell'UVMD può essere prevista una data di verifica del progetto assistenziale.</p>		

	DIREZIONE SANITARIA	PRAZ134
	DISTRETTO 1 BASSANO DISTRETTO 2 ALTO VICENTINO	Rev. 1 del 10/04/2026 Pag. 21 di 22
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ACCESSO ALLA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI		

PROGRAMMATE	Tale data deve essere registrata nel calendario delle UVMD. La data prevista deve essere monitorata dal referente del caso e dalla segreteria UVMD, che provvede a farne memoria, previa confronto con il Servizio referente, inviando la convocazione di conferma.	Segreteria dell'UO di riferimento	Agenda Calendario
TRASMISSIONE ESITO UVMD	L'ESITO della valutazione UVMD viene trasmesso con comunicazione scritta all'utente nei casi di inserimento in graduatoria RUR e per ICD Negli altri casi si trasmette copia del verbale, su richiesta, ai servizi che hanno partecipato, per gli adempimenti di competenza. Il Referente del caso provvederà ad informare l'utente o chi lo rappresenta.	Segreteria dell'UO di riferimento	
ARCHIVIAZIONE	La documentazione cartacea ed i fascicoli istruttori relativi all'UVMD vengono archiviati presso le segreterie UVMD competenti In caso di condivisione del progetto assistenziale il verbale può essere scaricato dal S.I.	Segreteria dell'UO di riferimento	
SOSPENSIONE UVMD	Le UVMD già programmate si possono sospendere o rinviare qualora : <ul style="list-style-type: none"> il progetto assistenziale programmato manchi di elementi informativi necessari alla stesura della valutazione in corso. impossibilità a partecipare o inviare un proprio delegato con potere decisionale; La richiesta di sospensione deve essere inoltrata tramite e-mail, alla segreteria UVMD di riferimento almeno 3/5 giorni prima dell'invio di conferma della data di convocazione.	Segreteria dell'UO di riferimento	
RICHIESTA COPIA VERBALE	L'interessato può chiedere copia del verbale UVMD alla segreteria UVMD di riferimento, secondo le modalità previste dalla L. 241/90 "norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti" e alle disposizioni aziendali, procedura aziendale	Segreteria dell'UO di riferimento	L. 241/1990 Procedura aziendale "La gestione della Cartella clinica e della documentazione sanitaria"
FINE			

	DIREZIONE SANITARIA	PRAZ134
	DISTRETTO 1 BASSANO DISTRETTO 2 ALTO VICENTINO	Rev. 1 del 10/04/2026 Pag. 22 di 22
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ACCESSO ALLA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI		

13.1 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Descrizione delle attività	Personale Segreteria UO	Coordinatore UVMD	Partecipanti all'UVMD
accoglimento domanda UVMD	R		
verifica della domanda di UVMD e	C	R	
organizzazione e convocazione UVMD	R	R*	
coordinamento e gestione dell'UVMD		R	
definizione di un progetto assistenziale individualizzato a seguito della valutazione del caso con verbalizzazione delle decisioni		R	R*
compilazione verbale UVMD + eventuali specifiche schede di valutazione		R	R*
registrazione e archiviazione verbale UVMD	R		
trasmissione esito UVMD	R		
programmazione verifiche successive		R	R*
convocazione UVMD di verifica programmate	R		
rinvio o sospensione UVMD su richiesta coordinatore e/o servizi coinvolti	R		

R= Responsabile, C= collabora, R*= Responsabile per la parte di competenza

14 ALLEGATI

Allegato 1: Richiesta di valutazione UVMD per l'accesso ai servizi socio sanitari domiciliari diurni e residenziali

Allegato 2: Verbale UVMD

Allegato 3: Verbale UVMD semplificata

PROGETTO PUA

**IMPLEMENTAZIONE DEL SERVIZIO PUA
IN ATTUAZIONE DEL DECRETO MINISTERIALE 77**

**Autore
Dr. Emanuele Barbierato**



EMANUELE
BARBIERATO
13.04.2026
16:44:53
GMT+02:00

SOMMARIO

1. PREMESSA	4
1.1 Contesto epidemiologico e organizzativo.....	4
1.2 Definizione del Punto Unico di Accesso.....	4
1.3 Obiettivi	4
2. MODELLO ORGANIZZATIVO E FUNZIONALE DEL PUA	5
2.1 Finalità e funzioni del servizio.....	5
2.2 Modalità di accesso e integrazione con la rete territoriale	5
2.3 Destinatari del Servizio	5
2.4 Funzioni operative e articolazione delle attività.....	5
2.5 Figure professionali e risorse	6
2.6 Orari di apertura	6
3. RAPPORTO TRA PUA E COT	6
3.1 Ruoli e complementarietà	6
3.2 Assetti Organizzativi tra PUA e COT.....	7
4. MAPPATURA DEI BISOGNI E DEI PERCORSI ASSISTENZIALI.....	7
4.1. Mappatura dei Bisogni e Definizione dei Setting	7
5. MODALITA' OPERATIVE	7
5.1. Intercettazione del bisogno	7
5.2. Tipi di risposta	8
5.3. Flusso Operativo	8
5.4. Monitoraggio del Flusso.....	9
6. PRIMO ANNO DI ATTIVITA' PRESSO L'AULSS 7 PEDEMONTANA.....	10
6.1. RISULTATI	10
6.2. INDICATORI DI PERFORMANCE E MONITORAGGIO	12
7. SISTEMA INFORMATIVO	12
8. POSSIBILE ESTENSIONE DEL PROGETTO AI COMUNI, ATS E ALTRI ENTI	13
9. FORMAZIONE.....	14
10. CONCLUSIONI	14

ACRONIMI

ACRONIMO	DEFINIZIONE
ATS	Ambito Territoriale Sociale
COT	Centrale Operativa Territoriale
CSM	Centro di Salute Mentale
CUP	Centro Unico di Prenotazione
DGR	Deliberazione della Giunta Regionale
DM	Decreto Ministeriale
ICD	Impegnative di Cura Domiciliari
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PUA	Punto Unico di Accesso
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
SAD	Servizio di Assistenza Domiciliare
SERD	Servizio per le Dipendenze
SIL	Servizio Integrazione Lavorativa
SLA	Sclerosi Laterale Amiotrofica
UVMD	Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale

1. PREMESSA

1.1 CONTESTO EPIDEMIOLOGICO E ORGANIZZATIVO

L'evoluzione demografica ed epidemiologica in atto, caratterizzata dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento delle condizioni di cronicità e dalla crescente incidenza di situazioni di fragilità sociale e sociosanitaria, pone il sistema dei servizi territoriali di fronte a una domanda sempre più complessa e interdipendente.

In tale contesto, l'efficacia dei sistemi di welfare non dipende esclusivamente dalla disponibilità di prestazioni, ma dalla capacità di garantire percorsi di accesso semplici, integrati e coerenti, in grado di governare la domanda e di orientare le risposte secondo criteri di appropriatezza, continuità e sostenibilità.

Si rende pertanto necessario superare modelli frammentati di accesso e di presa in carico, adottando assetti organizzativi capaci di integrare le diverse componenti sanitarie, sociosanitarie e sociali all'interno di un quadro unitario di riferimento.

1.2 DEFINIZIONE DEL PUNTO UNICO DI ACCESSO

Il Punto Unico di Accesso (PUA) rappresenta la principale porta di accesso al sistema sociosanitario e svolge una funzione centrale di orientamento, accoglimento e accompagnamento del cittadino nell'accesso ai servizi, nonché di avvio della presa in carico globale della persona.

Il PUA si configura come uno strumento di facilitazione della domanda e di prima lettura del bisogno espresso, finalizzato a superare la logica dello sportello e dell'approccio meramente prestazionale, promuovendo invece una funzione proattiva di valutazione e indirizzo verso i percorsi assistenziali più appropriati.

Il ruolo e le funzioni del PUA sono definiti nell'ambito della D.G.R. n. 721 del 22 giugno 2023, recante la programmazione dell'assetto organizzativo ed operativo della rete di assistenza territoriale, in attuazione di quanto previsto dal PNRR e dal D.M. 77/2022.

1.3 OBIETTIVI

Il PUA persegue i seguenti obiettivi strategici e operativi:

- **facilitare l'accesso del cittadino** alla rete dei servizi, riducendo la frammentazione dei punti di contatto e semplificando i percorsi di orientamento;
- **assicurare una prima valutazione strutturata e tempestiva del bisogno espresso**, distinguendo tra bisogni semplici e complessi;
- **garantire risposte appropriate e proporzionate al bisogno rilevato**, favorendo la risoluzione diretta dei bisogni semplici e l'attivazione dei percorsi di presa in carico per i bisogni complessi;
- **promuovere l'integrazione operativa tra servizi sanitari**, sociosanitari e sociali, nel rispetto delle rispettive competenze;
- **migliorare la continuità assistenziale e la presa in carico della persona**, in particolare nei confronti delle fasce di popolazione più fragili;
- **contribuire al governo della domanda** attraverso la raccolta sistematica delle informazioni sui bisogni espressi e sulle risposte attivate.

Il PUA costituisce pertanto un abilitatore organizzativo degli obiettivi PNRR, in quanto contribuisce a:

- ridurre l'accesso improprio ai servizi ospedalieri;
- rafforzare la presa in carico territoriale;
- migliorare l'equità di accesso;
- garantire continuità assistenziale e integrazione multiprofessionale.

2. MODELLO ORGANIZZATIVO E FUNZIONALE DEL PUA

2.1 FINALITÀ E FUNZIONI DEL SERVIZIO

Il Punto Unico di Accesso (PUA) è un servizio dell'Azienda ULSS con funzione di coordinamento della rete dei servizi sociosanitari e di raccordo strutturato con l'Ambito Territoriale Sociale (ATS) di riferimento.

Il PUA è finalizzato a garantire un accesso unitario, equo e appropriato ai servizi, assicurando una prima risposta qualificata al bisogno espresso dal cittadino e l'attivazione dei percorsi di presa in carico più idonei.

In particolare, il PUA assicura:

- informazione e orientamento all'interno della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali;
- prima lettura e decodifica del bisogno;
- nei casi a bassa complessità, accoglienza e accompagnamento verso i servizi territoriali competenti (es. ambulatori, CUP, Anagrafe Sanitaria, assistenza sociale comunale/ATS);
- nei casi a maggiore complessità sociosanitaria, l'avvio dei percorsi di presa in carico, inclusa l'attivazione delle valutazioni multidimensionali previste per le persone con disabilità o non autosufficienti.

2.2 MODALITÀ DI ACCESSO E INTEGRAZIONE CON LA RETE TERRITORIALE

Il PUA opera come nodo centrale di una rete integrata di servizi ed è strutturato per accogliere le richieste di bisogno sia direttamente, sia attraverso i punti della rete territoriale (Centrale Operativa 116117, COT, centrali erogative, ATS, Servizi Sociali Comunali, Medici di Medicina Generale, strutture sanitarie e sociosanitarie).

L'accesso al servizio avviene secondo due modalità complementari:

- Accesso a sede fisica: Presso una sede chiaramente identificabile e tecnologicamente attrezzata, gestita in integrazione tra Azienda ULSS e ATS/Comuni. La richiesta di bisogno è raccolta attraverso un contatto diretto con l'utenza.
- Accesso funzionale: Attraverso una modalità non presenziale, basata su un'operatività integrata con il numero unico 116117 e con la piattaforma informatica regionale, che consente la gestione delle richieste tramite canali telefonici e digitali, all'interno della rete dei servizi.

2.3 DESTINATARI DEL SERVIZIO

Il servizio è rivolto ai cittadini che esprimono bisogni sanitari, sociosanitari e sociali, con particolare attenzione alle persone con disabilità fisica e/o psichica, congenita o acquisita, e alle persone in condizioni di fragilità o non autosufficienza.

2.4 FUNZIONI OPERATIVE E ARTICOLAZIONE DELLE ATTIVITÀ

Il PUA opera sui livelli organizzativo, professionale e valutativo attraverso attività strutturate di front office e back office, finalizzate a garantire una gestione appropriata, coordinata e continuativa dei bisogni.

Attività di front office:

- accoglienza e ascolto;
- raccolta della segnalazione e apertura della scheda/fascicolo personalizzato;
- informazione sulle modalità di accesso ai servizi, sulla documentazione necessaria e sui diritti;
- risoluzione diretta dei bisogni a bassa complessità.

Attività di back office:

- approfondimento dei casi trasmessi dal front office;
- attivazione degli interventi attraverso il coinvolgimento dei servizi competenti;
- attivazione delle UVMD nei casi complessi;
- monitoraggio e verifica dei percorsi di presa in carico;
- aggiornamento continuo sulle risorse territoriali;
- gestione della documentazione relativa alle richieste pervenute.

2.5 FIGURE PROFESSIONALI E RISORSE

I PUA si avvale di personale con competenze specifiche in ambito sociosanitario e con adeguata formazione sull'utilizzo della piattaforma informatica regionale e sulla gestione dei percorsi di presa in carico.

Sono previste le seguenti figure:

- responsabile coordinatore;
- operatore sanitario di front office/back office;
- operatore amministrativo.

2.6 ORARI DI APERTURA

Gli orari di apertura al pubblico sono definiti in coerenza con il modello Hub & Spoke e con le esigenze organizzative territoriali, garantendo accessibilità, continuità del servizio e integrazione con la rete.

3. RAPPORTO TRA PUA E COT

3.1 RUOLI E COMPLEMENTARIETÀ

Il PUA e la COT costituiscono due dispositivi distinti ma funzionalmente integrati del modello di assistenza territoriale, con responsabilità complementari nella gestione dell'accesso ai servizi e nella continuità dei percorsi.

Il PUA rappresenta il principale punto di intercettazione e orientamento della domanda espressa dal cittadino.

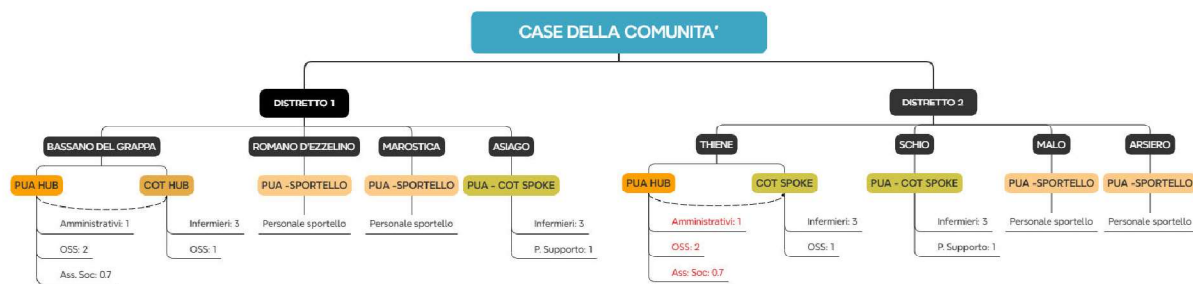
La COT svolge funzioni di coordinamento dei percorsi assistenziali, in particolare in relazione alla continuità delle cure, alla gestione delle transizioni tra setting assistenziali e al raccordo tra ambito ospedaliero e territoriale.

Il raccordo operativo tra PUA e COT avviene attraverso:

- la condivisione delle informazioni rilevanti sul bisogno e sul percorso assistenziale;
- la segnalazione reciproca dei casi che richiedono un coordinamento congiunto;
- l'utilizzo di strumenti informativi integrati e procedure condivise.

Tale integrazione è finalizzata a garantire l'appropriatezza delle risposte e la riduzione delle frammentazioni organizzative.

Di seguito viene rappresentato il rapporto tra PUA e COT nelle 8 sedi delle CdC dell’AULSS7.



Nella figura sono riportate anche le risorse assegnate alle sedi del PUA nelle diverse Case della Comunità dell’AULSS 7 Pedemontana.

3.2 ASSETTI ORGANIZZATIVI TRA PUA E COT

Sono identificabili quindi tre tipologie di assetto organizzativo di PUA in ordine di attivazione:

1. **PUA Hub (personale PUA):** sono identificati due PUA Hub, uno per ogni Distretto (Bassano del Grappa, Thiene) che coordinano le sedi Spoke dislocate nelle altre CdC;
2. **PUA – COT Spoke (personale COT):** sono le sedi identificare come COT Spoke che gestiscono congiuntamente le attività dei due servizi e funzionano, analogamente alla tipologia del punto 2, come punto di raccolta dei bisogni che vengono gestiti dalle sedi Hub di pertinenza;
3. **PUA Spoke – Sportello (personale di sportello):** costituisce il punto di raccolta dei bisogni amministrativi e sociosanitari che vengono gestiti dalle sedi Hub di pertinenza;

4. MAPPATURA DEI BISOGNI E DEI PERCORSI ASSISTENZIALI

4.1. MAPPATURA DEI BISOGNI E DEFINIZIONE DEI SETTING

Le attività preliminari finalizzate alla ricostruzione dei percorsi di presa in carico hanno richiesto un articolato lavoro di analisi e sistematizzazione, sviluppato secondo una sequenza metodologica strutturata.

In una prima fase è stata effettuata la **mappatura dei bisogni espressi dall’utenza**, che ha consentito di individuare, nell’ambito dell’AULSS, circa 350 tipologie di bisogno. Successivamente, per ciascun bisogno identificato, sono stati definiti i **setting assistenziali attivabili** e individuate le **Centrali Erogrative** competenti per la presa in carico.

Sulla base di tale ricognizione, condivisa con gli sviluppatori del sistema informativo Regionale, la gestione dei bisogni è stata strutturata attraverso **workflow configurabili e personalizzabili** dall’amministratore locale della piattaforma, in coerenza con l’organizzazione e le prassi operative dell’AULSS.

5. MODALITA’ OPERATIVE

L’attività del Punto Unico di Accesso si articola secondo un processo strutturato di tracciabilità delle attività e appropriatezza degli interventi.

5.1. INTERCETTAZIONE DEL BISOGNO

La segnalazione di un caso socio-sanitario viene intercettata secondo due modalità:

- **Dall'operatore del PUA** addetto al front office. Questi identifica il bisogno dell'utente e lo prende in carico, compilando un'apposita scheda di segnalazione informatizzata, che può variare a seconda della tipologia del soggetto e del bisogno rilevato.
- **Dall'operatore del 116117** attraverso la compilazione e l'invio della stessa scheda informatizzata di segnalazione del bisogno.

5.2. TIPI DI RISPOSTA

- **Risposta di 1° livello** (c.d. "bisogni semplici"): Nei casi di bisogno semplice, il PUA fornisce una risposta immediata, garantendo informazioni chiare, orientamento ai servizi competenti e supporto nella compilazione della modulistica necessaria.
- **Risposta di 2° livello** (c.d. "bisogni complessi"): Nei casi di bisogno complesso, il PUA attiva il back office per l'approfondimento del caso e l'invio ai servizi competenti, favorendo l'attivazione della valutazione multidimensionale (UVM) e dei percorsi di presa in carico integrata.

5.3. FLUSSO OPERATIVO

Il flusso operativo rappresentato nella tabella sottostante, elenca parte dei 350 bisogni mappati, prende avvio dalla: **manifestazione del bisogno (1)** da parte dell'utente tramite il numero unico 116117 o attraverso il PUA. L'operatore individua il bisogno espresso (prima colonna); la piattaforma propone il **setting assistenziale di riferimento (2)**, che viene trasmesso alla **Centrale di primo livello (PUA)**. Il PUA procede alla decodifica del bisogno, valida il **setting definitivo (3)** e lo assegna alla **Centrale di secondo livello (Centrale Erogativa)**, responsabile della presa in carico del cittadino, della definizione del percorso assistenziale e della programmazione del primo appuntamento.

116117		PUA			TIPOLOGIA DI PERCORSO
1. Descrizione del Bisogno - Primo contatto	2. Setting Proposto	Centrale 1° Livello SNODO DI COORDINAMENTO	3. SETTING DEFINITIVO	Centrale 2° livello CENTRALE EROGATIVA	
supporto per disturbi d'ansia (14-21 anni)	Centro Adolescenza	PUA	Centro Adolescenza - Psicologo	IAF - CENTRO ADOLESCENTI	INDIRETTO
supporto per fobia scolare	Centro Adolescenza	PUA	Centro Adolescenza - Psicologo	IAF - CENTRO ADOLESCENTI	INDIRETTO
supporto per depressione e basso tono dell'umore	Centro Adolescenza	PUA	Centro Adolescenza - Psicologo	IAF - CENTRO ADOLESCENTI	INDIRETTO
supporto per ritiro scolastico e sociale	Centro Adolescenza	PUA	Centro Adolescenza - Psicologo	IAF - CENTRO ADOLESCENTI	INDIRETTO
supporto per crisi evolutive adolescenziali	Centro Adolescenza	PUA	Centro Adolescenza - Psicologo	IAF - CENTRO ADOLESCENTI	INDIRETTO
supporto per crisi affettive relazionali	Centro Adolescenza	PUA	Centro Adolescenza - Psicologo	IAF - CENTRO ADOLESCENTI	INDIRETTO
Consulenza per interruzione volontaria di gravidanza	Consutorio Familiare	PUA	Consutorio Familiare (tutti gli operatori)	IAF - CONSULTORIO	INDIRETTO
Consulenza psicologica da parte di minorenni incinta	Consutorio Familiare	PUA	Consutorio Familiare (tutti gli operatori)	IAF - CONSULTORIO	INDIRETTO
Consulenza per difficoltà genitori/figli	Consutorio Familiare	PUA	Consutorio Familiare - Psicologa	IAF - AREA PSICOSOCIALE	DIRETTO
Sostegno psicologico in gravidanza	Consutorio Familiare	PUA	Consutorio Familiare - Psicologa	IAF - AREA PSICOSOCIALE	DIRETTO
Sostegno psicologico dopo il parto	Consutorio Familiare	PUA	Consutorio Familiare - Psicologa	IAF - AREA PSICOSOCIALE	DIRETTO
Sostegno psicologico per infertilità	Consutorio Familiare	PUA	Consutorio Familiare - Psicologa	IAF - AREA PSICOSOCIALE	DIRETTO
Sostegno, individuale o di coppia, per separazione	Consutorio Familiare	PUA	Consutorio Familiare - Psicologa/Assistente Sociale	IAF - AREA PSICOSOCIALE	DIRETTO
Sostegno psicologico per violenza domestica	Consutorio Familiare	PUA	Consutorio Familiare - Psicologa/Assistente sociale	IAF - AREA PSICOSOCIALE	DIRETTO
Informazioni sull'adozione	Consutorio Familiare	PUA	Consutorio Familiare - Equipe Adozione	IAF - CENTRO ADOZIONI	DIRETTO
Difficoltà POST adozione nella gestione del bambino o dell'adolescente adottivo	Consutorio Familiare	PUA	Consutorio Familiare - Equipe Adozione	IAF - CENTRO ADOZIONI	DIRETTO
Richiesta di visita ginecologica dai 14 ai 21 anni	Consutorio Familiare	PUA	Consutorio Familiare - Ginecologa	IAF - CONSULTORIO	INDIRETTO
Consulenza ginecologica per infertilità	Consutorio Familiare	PUA	Consutorio Familiare - Ginecologa	IAF - CONSULTORIO	INDIRETTO

116117		PUA			TIPOLOGIA DI PERCORSO
1. Descrizione del Bisogno - Primo contatto	2. Setting Proposto	Centrale 1° Livello SNODO DI COORDINAMENTO	3. SETTING DEFINITIVO	Centrale 2° livello CENTRALE EROGATIVA	
Richiesta di visita post partum	Consutorio Familiare	PUA	Consutorio Familiare - Ginecologa	IAF - CONSULTORIO	INDIRETTO
Prima visita ginecologica in gravidanza	Consutorio Familiare	PUA	Consutorio Familiare - Ginecologa	IAF - CONSULTORIO	INDIRETTO
Tamponi vaginali/tampone vagino/rettale per Streptococco	Consutorio Familiare	PUA	Consutorio Familiare - Ginecologa	IAF - CONSULTORIO	DIRETTO
Richiesta di indicazioni per effettuare una vaccinazione in gravidanza/al neonato	Consutorio Familiare	PUA	Consutorio Familiare - Ostetrica	IAF - CONSULTORIO	INDIRETTO
Visita preconcezionale	Consutorio Familiare	PUA	Consutorio Familiare - Ginecologa	IAF - CONSULTORIO	DIRETTO
Richiesta di effettuare il controllo del peso del neonato	Consutorio Familiare	PUA	Consutorio Familiare (Ostetrica)	IAF - AREA PSICOSOCIALE	INDIRETTO
Informazioni sul percorso di accompagnamento alla nascita	Consutorio Familiare	PUA	Consutorio Familiare - Ostetrica	IAF - AREA PSICOSOCIALE	INDIRETTO
Valutazione delle capacità genitoriali	Tutela Minori	PUA	Servizio Protezione e Tutela Minori	IAF - TUTELA MINORI	DIRETTO
Sostegno ai minori che vivono una condizione di rischio di pregiudizio	Tutela Minori	PUA	Servizio Protezione e Tutela Minori	IAF - TUTELA MINORI	DIRETTO
Sostegno alla genitorialità fragile	Tutela Minori	PUA	Servizio Protezione e Tutela Minori	IAF - TUTELA MINORI	DIRETTO
consulenza a privato e/o ad altri servizi/enti all'autorità giudiziaria	Tutela Minori	PUA	Servizio Protezione e Tutela Minori	IAF - TUTELA MINORI	DIRETTO
Farmaci carenti o non disponibili	Assistenza Farmaceutica Territoriale	PUA	Assistenza Farmaceutica	ASSISTENZA FARMACEUTICA	DIRETTO
Prolungamento di prescrizione/fornitura farmaci per motivo di viaggio	Assistenza Farmaceutica Territoriale	PUA	Assistenza Farmaceutica	ASSISTENZA FARMACEUTICA	DIRETTO
Rinnovo di prescrizioni scadute	Assistenza Farmaceutica Territoriale	PUA	Assistenza Farmaceutica	ASSISTENZA FARMACEUTICA	DIRETTO
Fornitura di dispositivi medici per il controllo del diabete	Assistenza Farmaceutica Territoriale	PUA	Servizio Protesica	SERVIZIO PROTESICA	DIRETTO
Fornitura di ossigeno tramite le farmacie convenzionate	Assistenza Farmaceutica Territoriale	PUA	Servizio Protesica	SERVIZIO PROTESICA	DIRETTO

L'ultima colonna della tabella, relativa alla **tipologia di percorso**, specifica la modalità di invio del setting assistenziale: **diretto** dal 116117 alla Centrale di secondo livello oppure **indiretto**, con passaggio preliminare dal PUA, in funzione della complessità del bisogno e degli assetti organizzativi adottati.

Tale articolazione consente di adattare il modello di gestione del flusso alle differenti organizzazioni delle Aziende ULSS, garantendo flessibilità operativa e coerenza con le modalità di lavoro locali.

Parallelamente, è stato svolto anche un lavoro di categorizzazione dei bisogni (13 categorie) finalizzato a uniformare il sistema, rendendolo omogeneo, interoperabile, tracciabile e coerente su tutto il territorio Regionale.

CATEGORIE DEI BISOGNI SOCIOSANITARI	
1. Anziani e non autosufficienti	8. Prevenzione e sanità pubblica
2. Supporto economico e sociale	9. Salute mentale e supporto psicologico
3. Cure domiciliari, palliative e intermedie	10. Sanità ambientale e veterinaria
4. Dipendenze e comportamenti a rischio	11. Sanità di base
5. Disabilità	12. Fornitura dispositivi medici, ausili, farmaci,
6. Famiglia e genitorialità	13. Telemedicina
7. Minori e adolescenza	

5.4. MONITORAGGIO DEL FLUSSO

Nello schema riportato sotto è descritto il prototipo del sistema di gestione e monitoraggio del flusso relativo percorso dal 116117 fino alla centrale erogativa.



Il flusso di gestione dei bisogni può essere monitorato in termini di tempi di reazione dai diversi snodi della filiera (T0–T5), consentendo un controllo efficace della presa in carico e della qualità del servizio.

6. PRIMO ANNO DI ATTIVITA' PRESSO L'AULSS 7 PEDEMONTANA

6.1. RISULTATI

Il modulo PUA è stato attivato nel mese di dicembre 2024 nel Distretto di Bassano del Grappa in modalità sperimentale, con l'obiettivo di testare il modello organizzativo, i flussi operativi e l'integrazione con la Centrale Operativa 116117 e con le Centrali Erogative territoriali.

Nel corso del primo anno completo di attività (2025), il sistema ha registrato complessivamente 2.464 bisogni sociosanitari, evidenziando una significativa capacità di intercettazione e gestione della domanda.

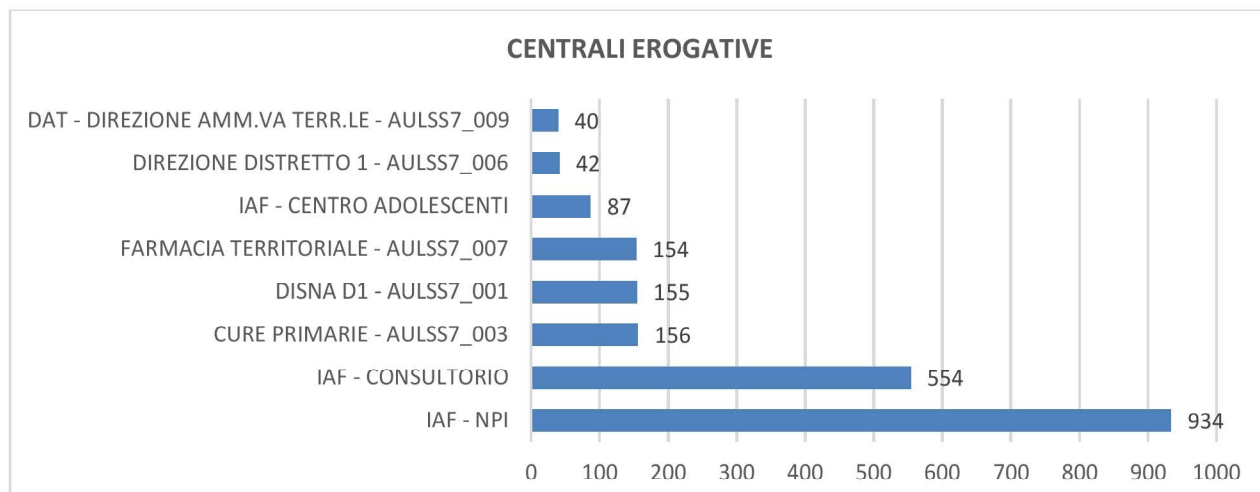
In particolare:

- 445 segnalazioni sono pervenute tramite la Centrale Operativa 116117,
- 2.019 segnalazioni sono state raccolte direttamente dal PUA, a conferma del ruolo centrale dello sportello come punto di accesso privilegiato per il cittadino.

Il dato complessivo conferma la progressiva affermazione del PUA come riferimento operativo per l'accesso alla rete dei servizi, nonché la complementarità funzionale tra il canale telefonico (116117) e l'accesso diretto, in un'ottica di integrazione dei canali di ingresso al sistema.

I carichi di lavoro delle principali Centrali Erogative, riportati nella tabella di dettaglio, evidenziano una distribuzione differenziata delle prese in carico in relazione alla tipologia di bisogno e al setting attivato. Tali dati rappresentano un primo elemento conoscitivo utile per:

- la valutazione della sostenibilità organizzativa dei servizi,
- l'analisi dei volumi di attività,
- la programmazione di eventuali azioni correttive o di riequilibrio delle risorse.

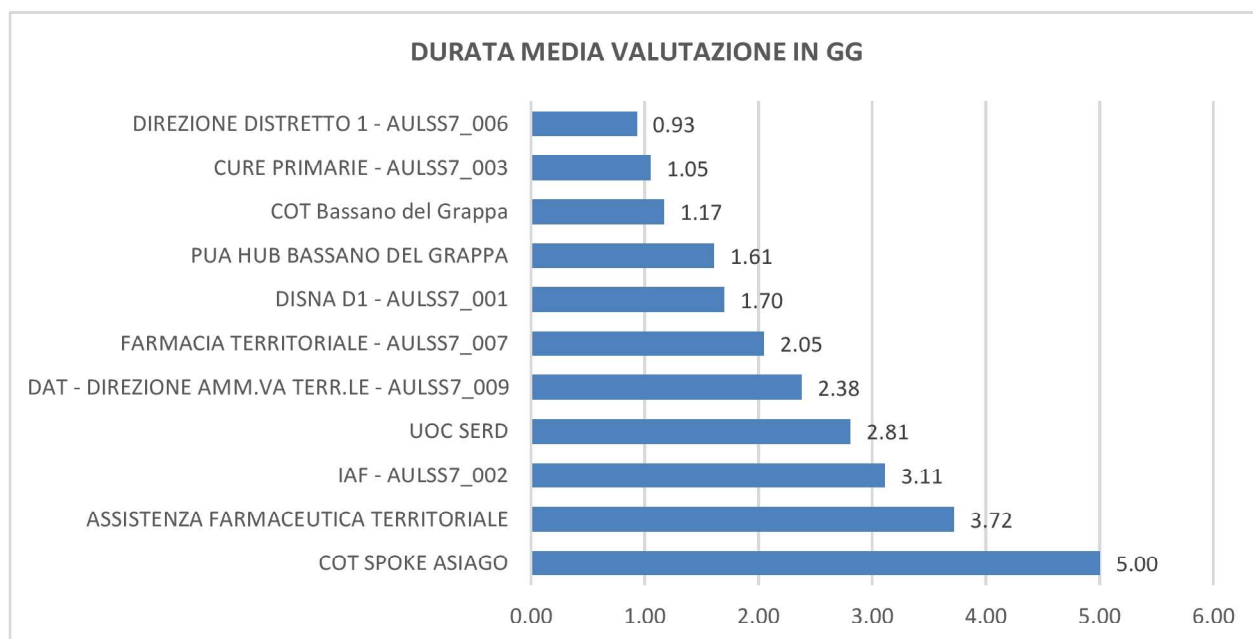


Un ulteriore elemento qualificante del modello è rappresentato dalla possibilità di monitorare i tempi di risposta lungo l'intero percorso di presa in carico, a partire dalla segnalazione del bisogno fino all'attivazione del servizio competente.

La definizione dei percorsi consente infatti di rilevare i tempi di reazione dei diversi snodi della filiera assistenziale (identificati come T0-T5), fornendo indicatori oggettivi di performance organizzativa.

In particolare, la tabella di monitoraggio riportata consente di calcolare il tempo intercorrente tra la segnalazione del bisogno da parte del PUA e la presa in carico da parte della Centrale Erogativa competente, rappresentando un indicatore strategico per la valutazione dell'efficacia e della tempestività del sistema.

Tale approccio permette di superare una logica meramente prestazionale, introducendo una valutazione orientata ai processi e agli esiti, coerente con i principi del D.M. 77/2022 e con gli obiettivi del PNRR.



Nel complesso, il primo anno di attività evidenzia risultati incoraggianti, confermando la validità del modello sperimentato e ponendo le basi per un suo consolidamento e progressivo ampliamento a livello distrettuale, aziendale, Regionale.

6.2. INDICATORI DI PERFORMANCE E MONITORAGGIO

Gli indicatori individuati sono coerenti con i principi di monitoraggio per processi, outcome e tempi di risposta, richiesti dal PNRR e funzionali alla valutazione dell’impatto organizzativo del modello.

L’implementazione del modulo PUA consente di disporre di un sistema strutturato di monitoraggio delle performance organizzative, basato su indicatori quantitativi e temporali, finalizzati alla valutazione dell’efficacia, dell’efficienza e della tempestività dei percorsi di presa in carico.

1. Indicatori di output: volumi - accessi

Indicatore	Descrizione
Numero totale di bisogni intercettati	Totale delle segnalazioni pervenute al PUA nel periodo di riferimento
Rapporto PUA / 116117	Indicatore di utilizzo dei canali di accesso e di integrazione tra sportello fisico e accesso telefonico
Trend mensile delle segnalazioni	Andamento temporale dei bisogni intercettati

2. Indicatori di outcome organizzativo: presa in carico

Indicatore	Descrizione
Percentuale di bisogni semplici	Bisogni risolti direttamente dal front office
Percentuale di bisogni complessi	Bisogni inviati al back office e/o alle Centrali Erogative
Tasso di presa in carico	Percentuale di segnalazioni effettivamente prese in carico dai servizi competenti
Tasso di chiusura del PUA	Percentuale di pratiche correttamente chiuse dal PUA

3. Indicatori di processo: tempi di reazione (T0–T5)

Il sistema consente di rilevare i tempi intercorrenti tra le diverse fasi del percorso assistenziale, con particolare riferimento ai seguenti intervalli:

Indicatore	Descrizione
T0–T1	Tempo medio tra segnalazione del bisogno e registrazione informatica
T1–T2	Tempo medio tra registrazione e valutazione del bisogno
T2–T3	Tempo medio tra valutazione e inoltro alla Centrale Erogativa
T3–T4	Tempo medio tra inoltro e presa in carico da parte del servizio
T4–T5	Tempo medio tra presa in carico e primo contatto/appuntamento

Tra gli indicatori di performance, quello di maggiore rilevanza è rappresentato dal tempo medio intercorrente tra la segnalazione del setting da parte del PUA e la presa in carico da parte della Centrale Erogativa. Tale indicatore consente di misurare la tempestività della risposta del sistema e di individuare eventuali criticità o colli di bottiglia nei flussi operativi.

7. SISTEMA INFORMATIVO

Il Sistema Informativo Regionale rappresenta l’infrastruttura abilitante del modello PUA, assicurando un governo unitario dei flussi informativi, la tracciabilità dei percorsi e il monitoraggio delle performance.

La piattaforma consente la gestione strutturata del bisogno, l’attribuzione del setting assistenziale, l’invio alle Centrali Erogative e il monitoraggio dei tempi di risposta lungo l’intera filiera della presa in carico. Non

costituisce un mero strumento di supporto operativo ma una leva strategica di digitalizzazione dei processi, in coerenza con gli obiettivi trasversali del PNRR relativi all'innovazione, all'interoperabilità e alla tracciabilità dei percorsi assistenziali.

8. POSSIBILE ESTENSIONE DEL PROGETTO AI COMUNI, ATS E ALTRI ENTI

Nel quadro dell'evoluzione dei bisogni della popolazione, i servizi territoriali sono chiamati a confrontarsi con situazioni assistenziali caratterizzate da un'elevata interdipendenza tra dimensione sanitaria, sociosanitaria e sociale. In particolare, le condizioni di fragilità connesse alla non autosufficienza, alla disabilità e alla progressiva riduzione delle reti familiari e comunitarie richiedono risposte strutturate, coordinate e capaci di accompagnare la persona lungo l'intero percorso di bisogno.

A fronte di tale complessità, assume rilievo prioritario la capacità del sistema di garantire l'unitarietà dell'accesso e la coerenza delle risposte, superando logiche settoriali e frammentate. La presenza di una pluralità di interventi, servizi e attori coinvolti, rende infatti necessario un modello di governo dei percorsi che assicuri integrazione, continuità e appropriatezza, evitando sovrapposizioni e disallineamenti nella presa in carico.

In tale contesto, affinché il Punto Unico di Accesso (PUA) possa operare in modo realmente efficace e globale, risulta strategica la costruzione di una rete territoriale strutturata per la raccolta e la gestione dei bisogni in tutte le aree di intervento, attraverso l'estensione del modello PUA anche all'area sociale dei Comuni e degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), in coerenza con l'impianto sociosanitario delle Aziende ULSS.

Il modello si fonda su un approccio integrato e multidimensionale, su percorsi assistenziali governati in logica multiprofessionale, sull'utilizzo di strumenti comuni di valutazione e sulla definizione condivisa dei percorsi di presa in carico, in un'ottica di equità, appropriatezza e continuità dell'assistenza.

La struttura del modello prevede l'istituzione di:

- PUA Hub a livello di ATS, con funzione di coordinamento e governo dei percorsi;
- PUA Spoke a livello Comunale, integrati in rete con i PUA Hub e con le Aziende ULSS.

Questo assetto consente di garantire un approccio coordinato, multilivello e integrato ai bisogni della persona, salvaguardando le competenze specifiche dei diversi soggetti istituzionali e professionali, e prevenendo la frammentazione degli interventi nonché la duplicazione dei percorsi di presa in carico.

L'implementazione di questo modello presuppone la formalizzazione di accordi di partnership tra le Aziende ULSS, gli ATS, i Comuni e gli altri attori della rete territoriale dei servizi alla persona finalizzati alla gestione condivisa della domanda.

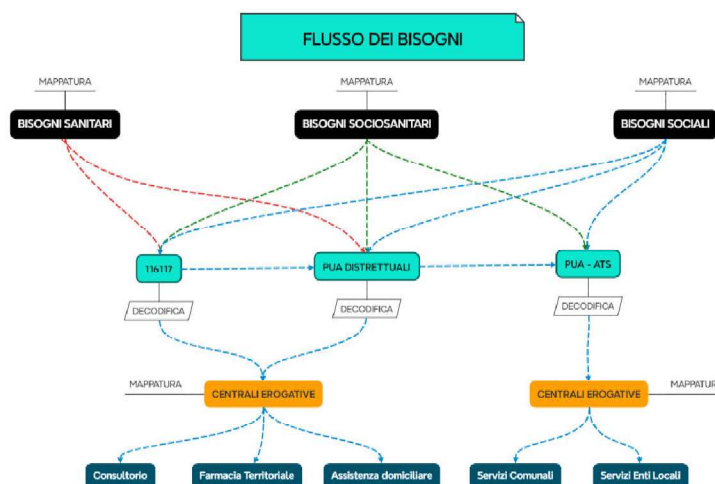
Tali accordi operativi dovranno disciplinare in particolare:

- le modalità di identificazione condivisa dei bisogni;
- i meccanismi di interazione, integrazione e co-progettazione tra le diverse figure professionali;
- la costituzione di Centrali erogative di area sociale all'interno degli ATS, finalizzate all'omogeneizzazione delle risposte e dei servizi offerti al cittadino sul territorio.

Il modello del Punto Unico di Accesso (PUA), inizialmente concepito per la gestione dei bisogni sociosanitari, si configurerebbe come un'infrastruttura organizzativa replicabile e scalabile, suscettibile di

estensione all'intera rete dei Comuni e degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) in grado di rappresentare un punto di riferimento unitario e integrato per la presa in carico complessiva dei bisogni del cittadino.

La figura seguente illustra il flusso di gestione dei bisogni e dei percorsi di presa in carico, secondo un approccio integrato e orientato alla globalità della persona.



9. FORMAZIONE

La formazione degli operatori rappresenta un elemento strategico per l'attuazione e il consolidamento del modello organizzativo del Punto Unico di Accesso (PUA), in coerenza con i principi di rafforzamento della sanità territoriale previsti dal PNRR e dal D.M. 77/2022.

È stata completata la formazione degli operatori del Punto Unico di Accesso (PUA), dei servizi territoriali e della Continuità Assistenziale attraverso un piano formativo strutturato, articolato su più ambiti di intervento e finalizzato a garantire uniformità operativa e integrazione tra i diversi attori della rete.

Il percorso formativo ha riguardato:

- l'utilizzo della piattaforma informatica regionale;
- la definizione e la gestione dei percorsi di presa in carico;
- la conoscenza e l'implementazione della rete dei servizi territoriali;
- le nuove modalità di accesso e di gestione integrata della domanda.

La formazione è stata modulata in relazione alle specifiche competenze, funzioni e attività dei diversi profili professionali coinvolti, al fine di assicurare non solo un'adeguata capacità di informazione e orientamento dell'utenza, ma anche la certezza di una presa in carico efficace, coordinata e proattiva.

In tale prospettiva, la formazione rappresenta un investimento strutturale sul capitale umano e costituisce un elemento essenziale per la sostenibilità nel tempo del modello PUA, in coerenza con l'impostazione del PNRR orientata al rafforzamento duraturo delle competenze della sanità territoriale.

10. CONCLUSIONI

Il Punto Unico di Accesso rappresenta una scelta strutturale e irreversibile nel processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale delineato dal D.M. 77/2022. Esso costituisce il perno attraverso cui il sistema

sanitario e sociosanitario realizza il governo unitario della domanda, superando definitivamente la frammentazione dei punti di accesso e delle prese in carico.

Il PUA non è un servizio aggiuntivo, ma un'infrastruttura organizzativa di sistema, indispensabile per garantire equità di accesso, appropriatezza delle risposte e continuità assistenziale. La sua piena implementazione consente di spostare il focus dalla prestazione al percorso, dalla risposta episodica alla presa in carico strutturata.

Le evidenze emerse dal primo anno di attività confermano la sostenibilità e l'efficacia del modello, ponendo le basi per un consolidamento stabile e per una progressiva estensione all'intera rete dei Comuni e degli Ambiti Territoriali Sociali.

Il rafforzamento del PUA, anche attraverso l'evoluzione del sistema informativo regionale e l'integrazione con gli ATS, rappresenta una condizione essenziale per la piena attuazione del PNRR e per la costruzione di un sistema territoriale capace di rispondere in modo unitario, tempestivo e appropriato ai bisogni della popolazione.