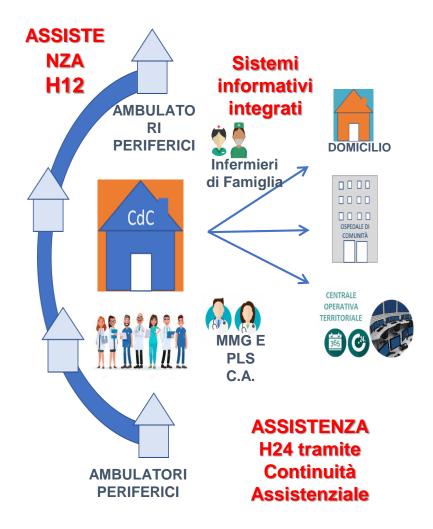
Sistema Socio Sanitario



Dai distretti alle Case ed Ospedali di comunità

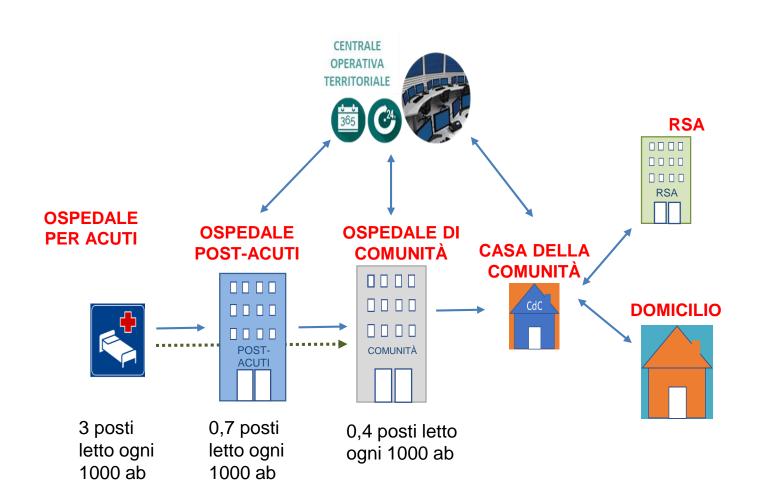
SVILUPPO LEGGE REGIONALE 22/2021

Submisura 1.1: Casa della Comunità al centro del territorio



- Organizzazione capillare su tutto il territorio.
- Una struttura fisica in cui opera un team multidisciplinare di: MMG, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e può ospitare anche assistenti sociali.
- Un punto di riferimento continuativo per la popolazione che, anche attraverso una infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica permette di garantire la presa in carico della comunità di riferimento.

Submisura 1.3: Rafforzare le cure intermedie e le sue strutture (Ospedale di Comunità)



La rinascita dei «Distretti»

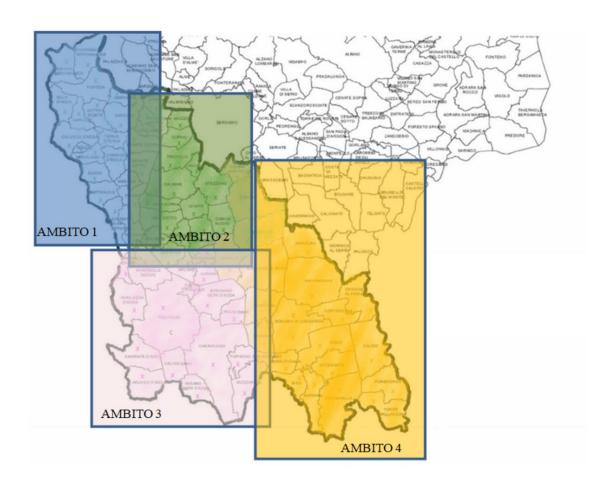
- Uno ogni 100.000 abitanti (uno ogni 20.000 nelle aree montane) con flessibilità in coerenza con la densità demografica e si configureranno come sede fisica facilmente riconoscibile e accessibile dai cittadini
- Nel distretto troveranno collocazione le strutture territoriali (poliambulatori, COT, Ospedali di Comunità)
- E' la sede della valutazione del bisogno locale, della programmazione territoriale e dell'integrazione dei professionisti sanitari (MMG/PLS, specialisti ambulatoriali, infermieri, assistenti sociali, ecc.) nonché la sede privilegiata del rapporto con i Sindaci del territorio
- E' la sede in cui far emergere la centralità del cittadino/paziente anche attraverso l'uso della medicina digitale (telemedicina, televisita, teleconsulto, telemonitoraggio)

I DISTRETTI - LR 22/2021 -

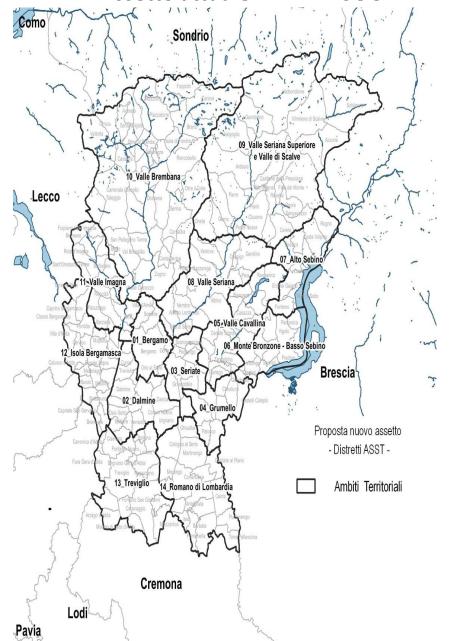
Art. 10 (Modifiche all'art. 7 bis della l.r. 33/2009)

- 1. Ogni ASST si articola in distretti il cui territorio coincide con uno o più ambiti sociali territoriali di riferimento per i piani di zona.
- **1 bis.** É possibile istituire distretti in comune tra diverse ASST confinanti il cui territorio coincide con uno o più ambiti sociali territoriali di riferimento per i piani di zona. Con la deliberazione della Giunta regionale di approvazione delle linee guida dei POAS è disciplinata la modalità di gestione dei distretti afferenti a due ASST differenti.
- 2. I distretti comprendono una popolazione di norma non inferiore a 100.000 abitanti, tenuto conto della densità demografica territoriale e di quanto previsto al comma 1. Nelle aree montane e nelle aree a scarsa densità abitativa, il distretto può comprendere una popolazione di norma non inferiore a 20.000 abitanti.
- **3.** I distretti con la direzione sociosanitaria delle ASST assicurano che le ASST e i soggetti erogatori del SSL abbiano risorse sufficienti per garantire l'omogeneità dell'erogazione delle prestazioni distrettuali.
- 4. I distretti partecipano alla cabina di regia di cui all'articolo 6, comma 6, lettera f).

- **5.** I distretti, nell'ambito delle risorse assegnate, hanno autonomia economica-finanziaria, nonché autonomia gestionale per lo svolgimento delle funzioni assegnate e per il conseguimento degli obiettivi aziendali, compreso il coordinamento delle attività. I distretti contribuiscono alla programmazione per la realizzazione della rete d'offerta territoriale, al fine di:
 - a) fornire informazioni alle ATS per l'analisi della domanda del territorio e per la programmazione delle attività;
 - b) partecipare alle azioni di governo della domanda del territorio di propria competenza in collaborazione con i professionisti di cui all'articolo 10 (sistema delle cure primarie);
 - c) contribuire a garantire le attività di informazione, educazione e orientamento all'utenza, nonché all'accoglienza e alla presa in carico delle persone fragili con problematiche complesse, prestando particolare attenzione alla famiglia e al suo contesto di vita;
 - d) coordinare la realizzazione degli interventi di promozione della salute e la realizzazione delle campagne di screening.
- **6.** I distretti afferiscono direttamente al polo territoriale delle ASST e interagiscono con tutti i soggetti erogatori insistenti sul territorio di competenza, al fine di realizzare la rete d'offerta territoriale, anche attraverso il coinvolgimento, per i servizi di competenza delle autonomie locali, delle assemblee dei sindaci dei piani di zona di cui alla legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e dei rappresentanti delle comunità montane, al fine di contribuire a garantire le funzioni di cui all'articolo 3-quinquies del d.lgs. 502/1992.



Assetto attuale: AMBITI SOCIALI DELLA PROVINCIA DI BERGAMO



Ambito Territoriale	Popolazion e
01_Bergamo	152.684
02_Dalmine	145.733
03_Seriate	77.189
04_Grumello	49.910
05_Valle Cavallina	54.155
06_Monte Bronzone - Basso Sebino	31.685
07_Alto Sebino	29.979
08_Valle Seriana	95.823
09_Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve	41.919
10_Valle Brembana	40.390
11_Valle Imagna e Villa d'Almè	52.520
12_Isola Bergamasca	135.059
13_Treviglio	111.533
14_Romano di Lombardia	84.977
Provincia di Bergamo	1.103.556*
ASST PG 23	245.594
ASST Bergamo Est	380.660
ASST Bergamo Ovest	477.302

^{*}RESIDENTI-ULTIMO DATO UFFICIALE ISTAT (01/01/2021) Anagrafe Assistiti Novembre



Regione Lombardia - Giunta DIREZIONE GENERALE WELFARE

Piazza Città di Lombardia n.1

Tel 02 6765.1

www.regione.lombardia.it welfare@pec.regione.lombardia.it

Protocollo G1.2022.0012041 del 02/03/2022

Spett.le ATS Bergamo Direzione Generale Alla c.a. del Direttore Dott. Massimo Giupponi

Email: protocollo@pec.ats-bergamo.it

Oggetto Istituzione Distretti ASST nella provincia di Bergamo – L.R. n. 33 del 30 dicembre 2009.

Gentile Direttore,

con riferimento alla nota prot. n. U.0016456 dell'11 febbraio u.s. con la quale sono state trasmesse a questa Direzione le proposte di costituzione dei Distretti, si comunica che si ritiene preferibile la proposta inerente l'istituzione di 9 Distretti, anziché 12. La proposta di istituire Distretti senza la corrispondente responsabilità apicale non pare in linea con il comma 7 bis, dell'art. 7bis della l.r. 33/2009. Risulta invece possibile costituire delle articolazioni nell'ambito dello stesso Distretto.

Pertanto, i Distretti, si confermano essere i seguenti:

ASST Papa Giovanni XXIII n. 2 distretti

- Bergamo
- Valle Brembana Valle Imagna e Villa d'Almè

ASST Bergamo Est n. 3 distretti

- Seriate e Grumello
- Valle Cavallina Monte Bronzone Basso Sebino Alto Sebino
- Valle Seriana Valle Seriana Superiore Valle di Scalve

ASST Bergamo Ovest n. 4 distretti

- Dalmine
- Isola Bergamasca
- Treviglio
- Romano di Lombardia

Responsabile del procedimento: PAOLA PALMIERI Referente per l'istruttoria della pratica: ELENA ARCUCCI

Tel. 02/6765.6188

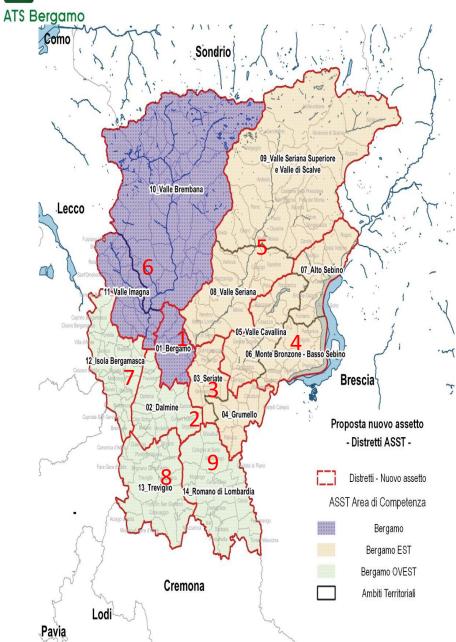


ASST Bergamo Ovest

www.regione.lombardia.it

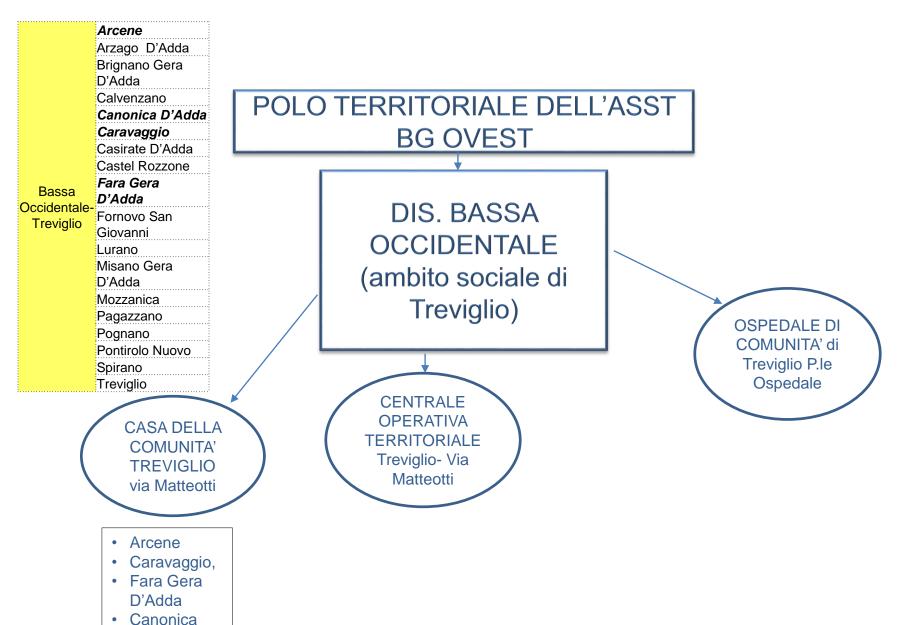


LR 22/2021 - Ipotesi Distretti ASST



Distretti	Popolazi one	afferenza	Popolazio ne ASST
		ASST PG 23	245.594
02_Dalmine	145.733	ASST Bergamo Ovest	477.302
07_Isola Bergamasca	135.059		
08_Treviglio	111.533		
09_Romano di Lombardia	84.977		
		ASST Bergamo Est	380.660
Provincia di Bergamo	1.103.556	ATS Bergamo	1.103.55 6

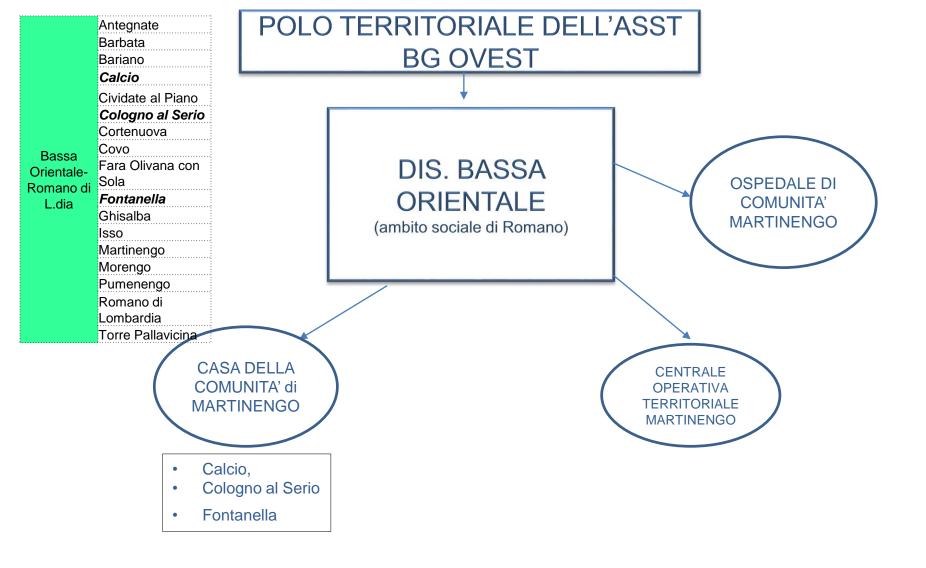




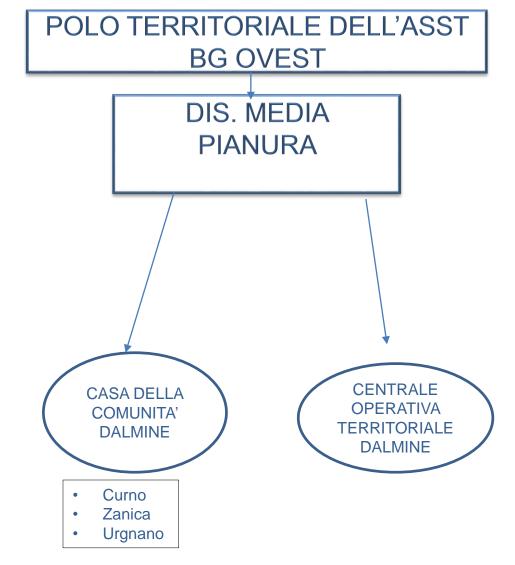
d'Adda

Sistema Socio Sanitario

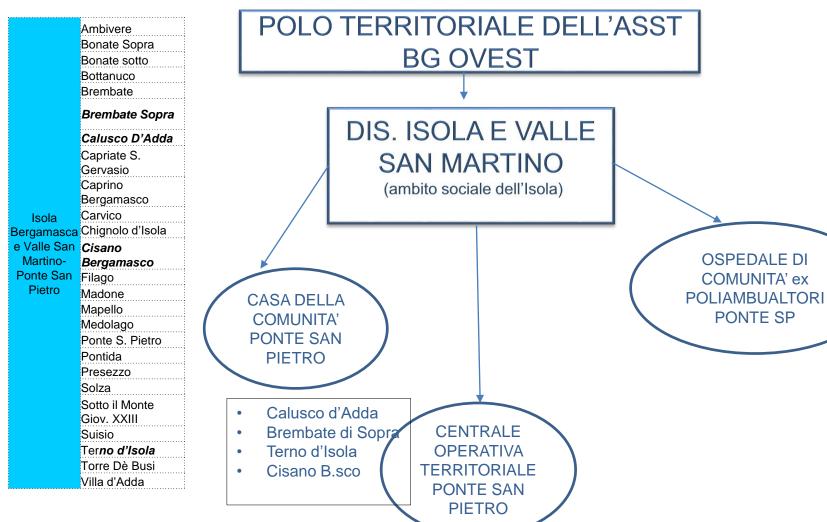














PNRR-CRONOGRAMMA

Struttura	Indirizzo sede	Proprietà	Tipologia di intervento	DATA AVVIO CDC/ODC	DATA PRESUNTA FINE LAVORI
CdC	Treviglio, Via Matteotti, 4	ASST	Ristrutturazione + Riqualificazione	15/12/2022	04/11/2022
OdC	Treviglio, Piazzale Luigi Meneguzzo,1	ASST	Ristrutturazione	05/05/2023	17/02/2023
CdC	Martinengo, Piazza maggiore 11	ASST	Ristrutturazione - CdC	15/12/2022	04/11/2022
OdC	Martinengo, Piazza maggiore 11	ASST	Ristrutturazione - OdC	25/04/2023	17/02/2023
CdC	Dalmine, Via Betelli 2	ASST	Ristrutturazione+riqualificazione	15/12/2022	04/11/2022
CdC	Ponte San Pietro, Piazza Libertà 5	ASST	Ristrutturazione+Riqualificazione - CdC	15/12/2022	04/11/2022
OdC	Ponte San Pietro, Piazza Libertà 5	ASST	Ristrutturazione+Riqualificazione - OdC	24/07/2023	17/02/2023

CASE DI COMUNITA'

CdC Treviglio- Via Matteotti

CdC Dalmine- Via Betelli

CdC Martinengo- Piazza Maggiore (con Ospedale)

CdC Ponte San Pietro – Piazza Martiri (con Ospedale).

Nel corso della ristrutturazione verranno creati spazi neutri, ambulatori ed uffici, di tipo "smart-office", al fine di rimodulare le aree di lavoro nell'ottica di una maggior collaborazione, integrazione e flessibilità.

Si moltiplicheranno aree destinate all'incontro (meeting room, sale per le videoconferenze, ambulatori multispecialità), dotate di adeguate tecnologie a supporto (PC, cartella clinica, cloud, Wi-Fi).

La volontà è quella di rendere operativi spazi flessibili a servizio di più attività, che possano essere volano sia della qualità e che della quantità di informazioni condivise.

In particolare per ogni casa della comunità vi saranno identiche macroaree, differenziate da colori specifici, che renderanno facilmente individuabili i luoghi "raccoglitori" delle attività affini.

Funzioni e servizi da inserire (CdC)

Comini	Modello Organizzativo		
Servizi	CdC hub	CdC spoke	
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multidisciplinari (MMG, PLS, SAI, IFeC, ecc.)	OBBLIGATORIO		
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO		
Servizio di assistenza domiciliare di livello base	OBBLIGATORIO		
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO		
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO		
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO		
Programmi di screening	OBBLIGATORIO		
Partecipazione della Comunità e valorizzazione co- produzione	OBBLIGATORIO		
Collegamento con la CdC hub di riferimento	-	OBBLIGATORIO	
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg	
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg	
Servizi diagnostici (finalizzati al monitoraggio della cronicità)	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO	
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO	
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO	
Servizi Sociali	RACCOMANDATO		
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la NPIA	RACCOMANDATO		
Attività Consultoriali	OBBLIGATORIO		
Vaccinazioni	OBBLIGATORIO		

CdC e OdC Ponte San Pietro



CdC e OdC Ponte San Pietro



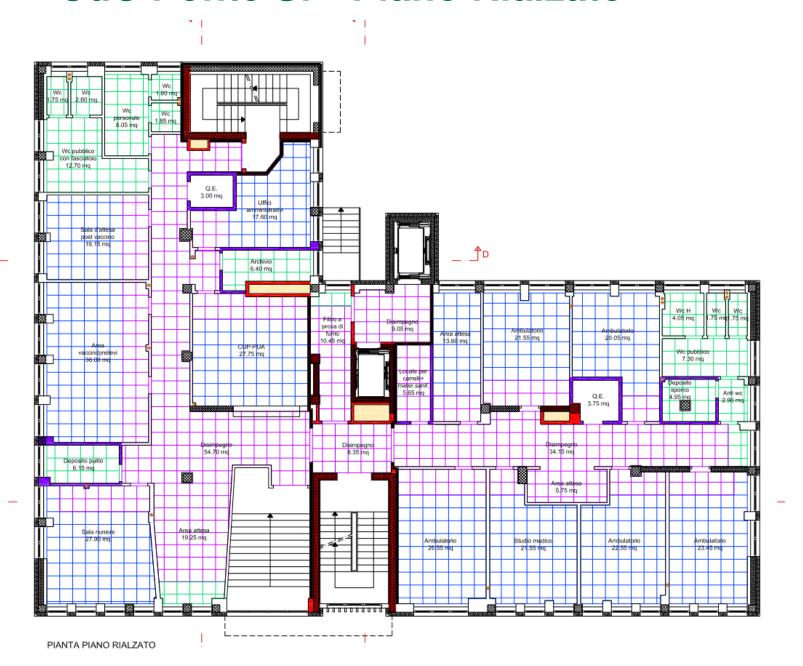
CdC e OdC Ponte San Pietro



CdC Ponte SP- Semintterato



CdC Ponte SP- Piano Rialzato



Area AZZURRA punto unico d'accesso e accoglienza

Rappresenterà lo spazio della prima accoglienza e dell'identificazione dei bisogni, ove saranno presenti sia sportelli per le pratiche di tipo amministrativo (cup, scelta/revoca, esenzioni, invalidità, protesica), sia strutture atte all'identificazione dei bisogni socio-sanitari e sociali della popolazione, gestite da operatori delle professioni sanitarie e sociali (infermieri/assistenti sociali).

Saranno presenti inoltre smart-office a disposizione dei patronati, degli enti del terzo settore e del volontariato.

Secondo i modelli PUA che Regione Lombardia/ATS Bergamo andrà a sviluppare, quest'area potrà arricchirsi di prestazioni erogate mediante piattaforme telematiche a disposizione dell'utenza (certificazioni, etc).

Area BLU - H24

Quest'area sarà una cellula autonoma, con accesso dedicato, anche isolata dal resto dell'edificio, in grado di garantire la presenza medica h24. In essa saranno presenti l'ambulatorio della CA, l'ambulatorio delle Infermiere di Comunità e di Famiglia (Lun/Dom 8-20) ed un ambulatorio a disposizione degli MMG/PLS. Quest'ultimo ambulatorio nasce dal dialogo con gli MMG, dal quale è emersa la necessità di uno spazio ove poter offrire ore di ambulatorio per gli ambiti orfani (sia in CAD che in forma associata).

Area VERDE – vaccinazioni e prelievi

L'area dedicata al punto prelievi trova storicamente impegno quotidiano per le prime ore del mattino (7:30/9:30), restando poi per lo più inutilizzata. L'esperienza Covid ed il dialogo con la medicina di base hanno indirizzato la realizzazione di uno spazio multi-servizio che possa assolvere al ruolo, in spazi temporali differenti, di punto prelievi e centro vaccinale di prossimità. L'idea è che questo spazio possa essere utile anche alla medicina del territorio per le campagne che spesso entrano a fatica, per limiti di superfici, negli ambulatori degli MMG/PLS. Ogni casa di comunità avrà quindi un punto prelievi/area vaccinale che potrà divenire centro vaccinale di prossimità in grado di erogare giornalmente almeno 300 dosi.

Area GIALLA - Diagnostica e Specialistica

L'analisi epidemiologica condotta da ATS ha permesso di identificare i servizi diagnostici e specialistici delle Case di Comunità.

Sul fronte diagnostico si andranno a privilegiare sistemi che non necessitino della presenza medica e che permettano la refertazione remota e/o l'acquisizione da parte di un infermiere/TSRM:

- ECG
- ECG secondo Holter
- Holter Pressorio
- Doppler/Piccole ecografie eseguito da sonographer
- Fundus Oculi
- Spirometrie semplici
- Rx domiciliare

La specialistica invece privilegerà attività ambulatoriali di:

- Cardiologia
- Diabetologia
- Neurologia
- Fisiatria
- Oculistica
- Ambulatorio di primo contatto psicologico per lo screening psichiatrico/dipendenze/NPI
- Ambulatori di medicina d'iniziativa e screening delle principali patologie

Area ARANCIO - integrazione sociosanitaria e sociale

questa area prevederà una serie di uffici a disposizione degli ambiti, del terzo settore, del STVM (Servizio territoriale di valutazione multidimensionale, come da protocollo provinciale) e del servizio sociale ospedaliero. Saranno presenti sale riunioni dedicate all'incontro e alla condivisione di problematiche e percorsi al fine di rendere più fluida la condivisione di informazioni e l'analisi di casi complessi.

Nel proposito di attivare una nuova realtà efficace ed efficiente per la popolazione, tre temi dovranno essere posti al centro della progettazione:

La telemedicina (homecare), in quanto sarà fondamentale l'esistenza di una piattaforma informatica regionale ove strumenti di differenti marca e modello possano riversare attraverso standard de facto (HL7, Dicom, XLM, ecc) medesimi contenuti in termini di trend, allarmi, rendicontazioni. La casa di comunità, in integrazione con la COT, diviene il centro operativo di attivazione, consegna, riconsegna e formazione all'uso dei dispositivi di telemonitoraggio.

Integrazione con MMG/PLS

Nei mesi di Novembre/Dicembre 2021 si sono incontrati i coordianotri delle CdRT della Begamo Ovest (28 incontri) con i quali si sono in discussione diverse proposte di collaborazione e spunti progettuali per le case di comunità..

Affinchè la catalizzazione della Casa della Comunità possa funzionare, è necessario lo sviluppo di un vero sistema informatico socio sanitario regionale (FSE) che non si limiti ad essere un archivio di esami, ma che permetta l'accesso a tutti gli elementi del sistema socio sanitario e sociale.

La presenza degli MMG/PLS verrà facilitata dalla disponibilità di ambulatori, che non saranno sostitutivi degli studi di prossimità in cui da sempre operano, ma permetteranno lo svolgimento di alcune attività:

- CAD
- Usca
- Sostituzioni temporanee
- Ambulatorio dei cronici presi in carico dagli MMG, unità d'offerta curata dalla CdRT afferenti.

L' offerta sia specialistica che diagnostica dovrà essere garantita in via prioritaria agli invii degli MMG/PLS, di modo tale da avere un sistema a risposta rapida territoriale sinergico.

La presenza nella stessa sede della componente sociale e sociosanitaria garantirà inoltre quegli incontri di micro-equipe indispensabili per i casi complessi.

Incontri con responsabili CdRT

DISTRETTO DALMINE

Dott. Riva Davide coordinatore Cdrt dei comuni di: Curno, Mozzo, Treviolo

Incontro fatto in data 12/11/2021

Dott. Guariglia Arnaldo coordinatore Cdrt dei comuni di: Azzano S. Paolo, Comun Nuovo, Stezzano, Urgnano, Zanica

Incontro fatto in data 17/11/2021

Dott. Rossignoli Antonio coordinatore Cdrt dei comuni di: Boltiere, Osio Sotto, Verdello, Verdellino, Ciserano

Incontro fatto in data 24/11/2021

DISTRETTO ISOLA BERGAMASCA

Dott. Agazzi Marco coordinatore Cdrt dei comuni di: Ponte S. Pietro, Presezzo, Brembate Sopra, Mapello, Ambivere

Incontro fatto in data 09/11/2021

Dott.ssa Rota Rosella coordinatore Cdrt dei comuni di: Bonate Sopra, Bonate Sotto, Chignolo d'Isola, Madone, Terno d'Isola

Incontro fatto in data 16/11/2021

Dott.ssa Palmeri Nunzia Maria Grazia coordinatore Cdrt dei comuni di: Calusco d'Adda, Medolago, Solza, Suisio, Sotto il Monte, Villa d'Adda, Carvico

Incontro fatto in data 15/12/2021

Dott. Bulla Claudio coordinatore Cdrt dei comuni di: Bottanuco, Brembate, Capriate S. Gervasio, Filago

Incontro fatto in data 26/11/2021

Dott. Testaguatra Giancarlo coordinatore Cdrt dei comuni di: Caprino Bergamasco, Cisano Bergamasco, Pontida, Torre de' Busi

Incontro fatto in data 07/12/2021

DISTRETTO TREVIGLIO

Dott. Geracitano Giuseppe coordinatore Cdrt dei comuni di: Arzago d'Adda, Casirate d'Adda, Treviglio

Incontro fatto in data 09/11/2021

Dott.ssa Poloni Giovanni Andrea coordinatore Cdrt dei comuni di: Arcene, Brignano Gera d'Adda, Castel Rozzone, Lurano, Pagazzano, Pognano, Spirano

Incontro fatto in data 11/11/2021

Dott. Lugli Cristian coordinatore Cdrt dei comuni di: Calvenzano, Caravaggio, Misano Gera D'adda, Fornovo San Giovanni, Mozzanica

Incontro fatto in data 23/11/2021

Dott. Pecis Armando coordinatore Cdrt dei comuni di: Fara Gera D'adda, Canonica, Pontirolo Nuovo

Incontro fatto in data 07/12/2021

DISTRETTO ROMANO

Dott. Saurgnani Patrizio coordinatore Cdrt dei comuni di: Bariano, Morengo, Romano di L.

Incontro fatto in data 01/12/2021

Dott. Drago Gerolamo coordinatore Cdrt dei comuni di: Ghisalba, Cologno al Serio, Cividate al Piano, Cortenuova, Martinengo

Incontro fatto in data 26/11/2021

Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta

- o Integrazione nel Distretto del Dipartimento di Cure Primarie
- Accordo sottoscritto da ATS unitamente alle ASST a garanzia dell'omogeneità territoriale
- Estensione del Sistema di Presa in Carico del paziente cronico e fragile (PIC) attraverso i distretti quali sede dell'integrazione tra professionisti (MMG/PLS e specialisti)
- Intensificazione del dialogo tra Regione Lombardia, Enti del Sistema e la medicina territoriale al fine di rendere centrale il ruolo del MMG/PLS nel percorso di cura dei propri assistiti ed in particolare dei pazienti affetti da malattie croniche
- Semplificazione delle attività della medicina territoriale anche mediante la digitalizzazione
- Impegno istituzionale presso le CdC (modifica ACN)

Integrazione con MMG/PLS- Novità Legislative

"30 giugno scadenza per approvare la riforma dell'assistenza territoriale (il Dm 71 ndr.)".

"Noi dobbiamo attraverso un nuovo Acn per rompere una distanza tra il lavoro del medico di medicina generale e il resto del Ssn perché il medico finisce per sentirsi più solo e il Ssn non riesce a raccordarsi col primo punto d'intervento", ha chiarito il Ministro chiudendo all'ipotesi di dipendenza.

1. Tipologia contrattuale.

I medici di medicina generale hanno un rapporto di lavoro convenzionato a tempo pieno con il SSN, su scelta fiduciariadel paziente. L'impegno orario complessivo è di 38 ore settimanali così articolato:

- da un minimo di 5 ore ad un massimo di 20 per attività di assistenza svolte presso gli studi dei MMG o della AFT in un rapporto fiduciario con i propri assistiti;
- 18 ore per attività promosse dal distretto, di cui almeno 6 nella casa della comunità, per progetti promossi dal distretto;
- I MMG non massimalisti, ovvero con un numero di assistiti inferiore ai 1.000, completano l'impegno orario svolgendo attività organizzate e promosse dal distretto che si aggiungono alle 18 ore precedentemente richiamate.

"Lo studio del medico ha una funzione che deve restare tale ma un altro pezzo del monte ore del medico di medicina generale deve essere al di fuori dello studio nelle strutture del distretto".

Il ruolo dei Sindaci

Creazione di una Conferenza dei Sindaci per ogni ASST ed un Collegio dei Sindaci afferente alle ATS

Si è in attesa di linee guida di regione per definire il ruolo della Conferenza

In questi mesi si sono stretti i rapporti con i sindaci degli ambiti sociali con la condivisione dei piani di zona e la presentazione alle assemblee di ambito dei progetti PNRR

LA COT

Lo sviluppo della COT: (centrale operativa territoriale), è nel nostro pensiero il luogo dei saperi, ove i professionisti trovano risposte efficaci ai bisogni degli utenti e alla loro presa in carico.

Alla COT è deputato lo sviluppo di percorsi, di PDTA, la gestione e la «messa a terra» dei protocolli d'intesa tra le varie anime del territorio: istituzionali, private e del terzo settore.

La COT **coordina** la presa in carico della persona e di **raccordo** tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Le COT sarà punto d'accesso territoriali, fisici e digitali, che facilitano l'orientamento tra i servizi della rete di offerta sociosanitaria.

La COT ha la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari e socioassistenziali anche grazie all'introduzione di strumenti di **telemedicina** e **telemonitoraggio**.

OSPEDALI DI COMUNITA'

OdC Treviglio- Piastra Area Est ospedale Treviglio

OdC Martinengo- Piazza Maggiore

OdC Ponte San Pietro – Piazza Martiri (Ex Inam).

20 posti letto, a gestione prevalentemente infermieristica, contribuisce ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come ad esempio quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche.

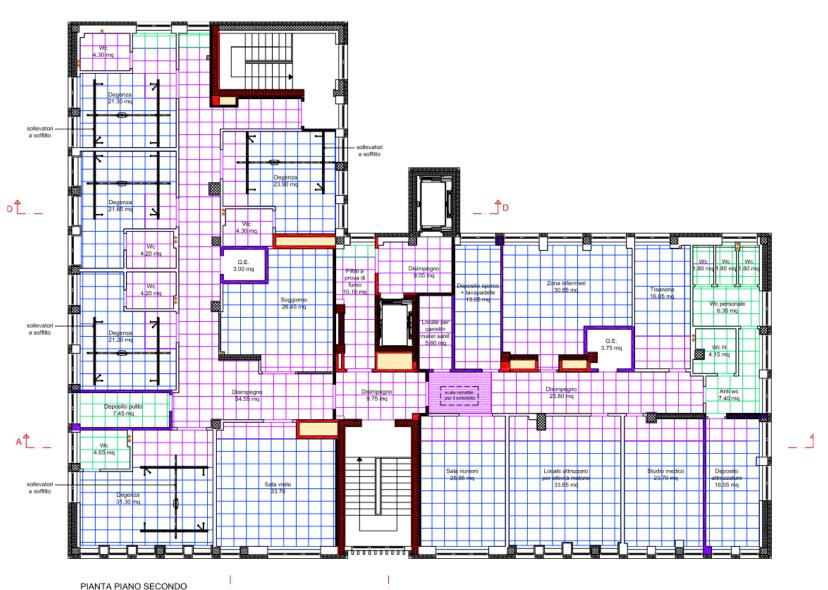
L'Ospedale di Comunità potrà anche facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigen

Le strutture ospedali di comunità vanno ad intercettare un bisogno effettivo del sistema sanitario italiano perché continuano a permanere sia le difficoltà di dimissione dei pazienti dall'ospedale, sia la necessità di garanzia della continuità assistenziale.

OdC Ponte SP- Piano Primo



OdC Ponte SP- Piano Secondo



Standard di figure professionali per le strutture territoriali

- > Centrali Operative Territoriali: 5 infermieri e 1 coordinatore;
- Ospedali di Comunità: 9 infermieri, 6 operatori sociosanitari, 1 medico con disponibilità giornaliera di 4 ore (professionista già oggi presente nel Sistema Socio Sanitario Lombardo);
- ➤ Case della Comunità: un medico con disponibilità giornaliera di 4 ore, 2 ostetriche, MMG, infermieri di famiglia, specialisti ambulatoriali.

Il 30% delle figure professionali che garantiranno il funzionamento delle strutture territoriali sarà di nuova assunzione.

I GRANDI ASSENTI

- Nuovo ACN della Medicina di Base (entro Giugno)
- Standard di accreditamento case di comunità e ospedali di comunità
- DM 71 modelli e standard per lo sviluppo dell assistenza nel territorio