# DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

| Deliberazione n.ro | Data di Adozione |
|---|---|
| 0001281 | 19/06/2026 |

OGGETTO: PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) - MISSIONE 6 "SALUTE" - COMPONENTE 1 - INVESTIMENTO 1.1 - INVESTIMENTO 1.3. Approvazione Piano Operativo di Attuazione del DM 77/2022 in ASL Bari.

**PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N.RO 20260001547 DEL 19/06/2026**
COMPOSTA COMPLESSIVAMENTE DA 8 (otto) PAGINE
DI 1 (uno) ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 34 (trentaquattro) PAGINE
DI 0 (zero) ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE
DI 0 (zero) DOCUMENTI ISTRUTTORI NON ALLEGATI PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE

*Con la sottoscrizione in calce, i Direttori dichiarano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, della vigente sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.*

| Parere della Direttrice Amministrativa | Parere della Direttrice Sanitaria |
|---|---|
| *Firmato Digitalmente il 19/06/2026 16:41*<br>Rachele POPOLIZIO | *Firmato Digitalmente il 19/06/2026 16:58*<br>Rosella SQUICCIARINI |

| Il Segretario | Il Direttore Generale |
|---|---|
| *Firmato Digitalmente il 19/06/2026 17:20*<br>Filomena BAVARO | *Firmato Digitalmente il 19/06/2026 17:16*<br>Luigi FRUSCIO |

**ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE**

Si attesta che il presente provvedimento viene pubblicato all'Albo pretorio *on-line* della ASL BA, ai sensi dell'art. 32, c. 1, l. 69/2009, per la durata di 30 giorni naturali, decorrenti dal **19/06/2026**

Unità Operativa Affari Generali
*L'Addetto alla Pubblicazione*
*Firmato Digitalmente il 19/06/2026 17:22*
*Filomena BAVARO*

L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente è conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.
Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

| | |
|---|---|
| **OGGETTO:** | **PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) - MISSIONE 6 "SALUTE" - COMPONENTE 1 - INVESTIMENTO 1.1 - INVESTIMENTO 1.3. Approvazione Piano Operativo di Attuazione del DM 77/2022 in ASL Bari.** |

## IL DIRETTORE GENERALE

Vista la Deliberazione del Direttore Generale 329 del 17.02.2025, con l'assistenza del Segretario, sulla base dell'istruttoria e della proposta formulata dal Dirigente Responsabile U.O.S. Affari Generali, Avv. Raffaele Iorio, che ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legittimità, considera e determina quanto segue:

**Premesso che:**

- con Decisione del Consiglio Europeo ECOFIN del 13 luglio 2021, notificata all'Italia con nota LT161/21 del 14 luglio 2021, è stato approvato il PNRR- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza;
- la Missione 6 – "Salute" del PNRR, Componente 1, Investimento 1.2.2 prevede l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT);
- con Decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 6 agosto 2021, aggiornato con Decreti MEF del 23 novembre 2021 e del 3 febbraio 2022, sono state assegnate alle singole amministrazioni le risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi enucleati nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e altresì, sono stati definiti traguardi e obiettivi con conseguenti scadenze semestrali di rendicontazione;
- con Decreto del 20 gennaio 2022 sono state ripartite le risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC) tra Regioni e Province Autonome;
- in attuazione del D.M. 20 gennaio 2022 e della D.G.R. n. 134 del 15 febbraio 2022, la Regione Puglia in data 11 maggio 2022 con Deliberazione della Giunta Regionale n. 688 ha approvato la Rete Assistenziale Territoriale che racchiude l'intera offerta sanitaria da realizzare sul territorio regionale;
- in data 31 maggio 2022, è stato sottoscritto tra il Ministero della Salute e la Regione Puglia, il "Contratto Istituzionale di Sviluppo per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia realizzati dalle Regioni e Province Autonome" (CIS) che stabilisce per ciascun intervento o categoria di interventi, le tempistiche, i criteri di valutazione e di monitoraggio, nonché le responsabilità degli appaltatori ed eventuali sanzioni;
- con D.G.R. n. 1023 del 19 luglio 2022, la Regione Puglia ha disposto che, in attuazione dell'art.5 del CIS, gli interventi di adeguamento sismico di strutture ospedaliere di cui alla D.G.R. 1529/2021, gli interventi finalizzati all'ammodernamento del parco tecnologico delle strutture sanitarie e gli interventi relativi alle strutture di prossimità ed intermedie nelle Aziende Sanitarie Locali, quali Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali ex D.G.R. 763/2021, gli interventi COT per l'interconnessione aziendale e gli interventi di digitalizzazione delle strutture ospedaliere sono delegati alle Aziende del SSN le quali assumeranno la qualità di soggetti attuatori esterni, in base alla competenza territoriale delle stesse;

**Considerato che:**

- con Deliberazione del Direttore Generale n. 818 del 06 maggio 2022, è stato costituito il gruppo di lavoro aziendale PNRR ASL BA, la cui composizione è stata aggiornata dalla D.D.G.

n. 1675 del 12 settembre 2022, dalla D.D.G. n. 2082 del 08 novembre 2022 e dalla D.D.G. n. 2294 del 01 dicembre 2022, con la presa d'atto della nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RCPT) ex art.1 c.7 della L. 190/2012;

- Con Deliberazione del Direttore Generale n. 1279 del 30 giugno 2022, la ASL Bari si avvale dell'Agenzia Nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa S.p.A. - INVITALIA, quale Centrale di Committenza, affinché quest'ultima, ai sensi degli articoli 37, co. 7, lett. b), e 38 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, recante il «Codice dei contratti pubblici», proceda, per conto della ASL Bari, in qualità di stazione appaltante, alla indizione, gestione e aggiudicazione della procedura aperta per la "Procedura di gara aperta ai sensi degli articoli 54 e 60 del D.Lgs n. 50/2016, da realizzarsi mediante piattaforma telematica, per la conclusione di accordi quadro con più operatori economici per l'affidamento di lavori (OG1 – OG11) e servizi di ingegneria e architettura (E.10 –– S.03 – IA.02 – IA.04) per la nuova edificazione, ristrutturazione e riqualificazione di edifici pubblici quali Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali e Ospedali Sicuri", per l'aggiudicazione di Accordi Quadro multilaterali aventi ad oggetto "Servizi Tecnici", "Verifica della Progettazione", "Lavori", "Lavori in Appalto Integrato" e "Collaudo" relativi ai seguenti Codici Unici di Progetto (CUP):
  D55F22000880006-D75F22000490006-D95F22000510006-D95F22000580006-
  D15F22000640006-D35F22000410006-D45F22000600006-D45F22000640006-
  D45F22000660006-D55F22000860006-D55F22000870006-D55F22000890006-
  D65F22000540006-D65F22000560006-D65F22000590006-D75F22000470006-
  D75F22000560006-D85F22000660006-D95F22000520006-D95F22000530006-
  D95F22000560006-D95F22000570006-D95F22000590006-D95F22000620006-
  D95F22000640006-D65F22000550006-D65F22000600006-D55F22000900006-
  D95F22000540006-D95F22000600006-D35F22000420006-D85F22000670006-
  D95F22000630006-D75F22000480006-D61B22001000001-D91B22000540001-
  D51B22001100001-D51B22001110001-D31B22000590001-D91B22000520001;

- con Deliberazione del Direttore Generale n. 1281 del 30 giugno 2022, la ASL Bari si avvale dell'Agenzia Nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa S.p.A. - INVITALIA, quale Centrale di Committenza, affinché quest'ultima, ai sensi degli articoli 37, co. 7, lett. b), e 38 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, recante il «Codice dei contratti pubblici», proceda, per conto della ASL Bari in qualità di stazione appaltante, alla indizione, gestione e aggiudicazione della procedura aperta per la "Procedura di gara aperta ai sensi degli articoli 54, 60 e 145 del D.lgs n. 50/2016, da realizzarsi mediante piattaforma telematica, per la conclusione di Accordi Quadro con più operatori economici per l'affidamento di lavori (OG2 – OG11) e servizi di ingegneria e architettura (E.22 – S.03 – IA.02 – IA.04) per restauro, riqualificazione e manutenzione di edifici pubblici sottoposti a tutela quali Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali e Ospedali Sicuri", per l'aggiudicazione di Accordi Quadro multilaterali aventi ad oggetto "Servizi Tecnici", "Verifica della Progettazione", "Lavori", "Lavori in Appalto Integrato" e "Collaudo" relativi ai seguenti Codici Unici di Progetto (CUP):
  D45F22000610006-D55F22000830006-D42F22000760006-D75F22000450006-
  D85F22000610006-D15F22000650006-D25F22000520006-D25F22000530006-
  D25F22000540006-D35F22000430006-D45F22000580006-D45F22000590006-
  D45F22000620006-D55F22000840006-D65F22000570006-D75F22000460006-

D75F22000500006-D85F22000620006-D85F22000640006-D95F22000550006–
D55F22000850006-D75F22000510006-D45F22000630006;

**Richiamata** la DGR n. 1868 del 14.12.2022, recante "Approvazione schema di Regolamento regionale avente ad oggetto: "Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM. 77/2022", con la quale l'Organo esecutivo della Regione Puglia ha recepito le indicazioni nazionali, adattandole al contesto regionale e trasfondendole in apposito regolamento;

**Visto che**, fra i documenti tecnici, elaborati in ossequio alle indicazioni di A.G.E.N.AS e del Ministero della Salute, parte integrante e sostanziale della richiamata D.G.R., sono compresi, tra l'altro, l'allegato A) "Il modello organizzativo e le tipologie di Case della Comunità" e l'allegato C) "Modello organizzativo e tipologie dell'Ospedale di Comunità";

**Rilevato che,** la Regione Puglia, confermando la necessità di istituire le Case della Comunità, ne ha precisato le funzioni, così come previste dal D.M. 77, individuando n. 4 macroaree omogenee per tipologia di funzione da erogare, di seguito indicate:

1. Macro-Area Specialistica, che ospita tutti i servizi di natura sanitaria, quali servizi di diagnosi e cura con la presenza di diagnostica di base, area prelievi, servizi ambulatoriali e quelli specialistici;
2. Macro-Area Cure Primarie, che accoglie tutti gli spazi per la Medicina di Gruppo, tra cui i Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatria di libera scelta (PLS) e gli Infermieri di Famiglia o Comunità (IfoC), ecc.;
3. Macro-Area Assistenza di Prossimità, che ospita l'Assistenza Medica h24/12, servizi infermieristici, il Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e amministrativo, nonché uno sportello e uffici sede dei servizi socio-sanitari quali quelli sociali con la presenza di un assistente sociale, di prevenzione, di assistenza domiciliare, ecc.;
4. Macro-Area Servizi Generali e Logistici, che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali accoglienza utenti e personale sanitario, aree logistiche e locali tecnici, e precisando che ognuna delle predette macro-aree è, a sua volta, suddivisa in Aree funzionali, sanitarie e non sanitarie, obbligatorie e facoltative così come indicato nella tabella 4 del DM 77/20222;

**Rilevato altresì, che,** in ogni CdC devono essere previste le funzioni indicate come obbligatorie, in attuazione del DM 77/2022, e possono essere previste funzioni aggiuntive/facoltative, secondo il modello organizzativo elaborato da ciascuna Azienda Sanitaria;

**Dato atto, altresì, che** ASL BARI, in virtù dei richiamati atti e provvedimenti, si è tempestivamente attivata al fine di istituire, entro i termini previsti sul proprio territorio n. 36 Case di Comunità, di seguito indicate:

| N. | Tipologia di investimento | CUP | Comune | Indirizzo |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Case della comunità | D45F22000580006 | ACQUAVIVA DELLE FONTI | Via Maselli, 79 |
| 2 | Case della comunità | D75F22000460006 | ALTAMURA | Viale Regina Margherita, 67 |
| 3 | Case della comunità | D95F22000520006 | BARI | Via Vitantonio di Cagno |
| 4 | Case della comunità | D95F22000530006 | BARI | Via Lopez, 24 |
| 5 | Case della comunità | D95F22000550006 | BARI | Via Orazio Flacco, 24 |
| 6 | Case della comunità | D95F22000560006 | BARI | Via Cacudi, 31 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 7 | Case della comunità | D95F22000570006 | BARI | Via Aquilino, 1 |
| 8 | Case della comunità | D45F22000660006 | BITETTO | Via San Giuseppe, snc |
| 9 | Case della comunità | D55F22000840006 | BITONTO | Via Comes, 84 |
| 10 | Case della comunità | D65F22000560006 | BITRITTO | Via 8 marzo, snc |
| 11 | Case della comunità | D95F22000590006 | CASAMASSIMA | Viale della Libertà, 2 |
| 12 | Case della comunità | D15F22000640006 | CASSANO DELLE MURGE | Corso Vittorio Emanuele II, 21 |
| 13 | Case della comunità | D25F22000520006 | CASTELLANA GROTTE | Via Valente, 2 |
| 14 | Case della comunità | D45F22000590006 | CONVERSANO | Via De Amicis, 36 |
| 15 | Case della comunità | D55F22000860006 | CORATO | Via Ruvo 106 (S.P. 2 CORATO – RUVO) |
| 16 | Case della comunità | D65F22000570006 | GIOIA DEL COLLE | Via Frati Francescani, snc |
| 17 | Case della comunità | D75F22000470006 | GIOVINAZZO | Via Papa Giovanni XXIII, 1 |
| 18 | Case della comunità | D85F22000620006 | GRAVINA IN PUGLIA | Via San Domenico, 32 |
| 19 | Case della comunità | D95F22000620006 | GRUMO APPULA | Viale delle Repubblica, 33 |
| 20 | Case della comunità | D35F22000410006 | MODUGNO | Via X Marzo, 162 |
| 21 | Case della comunità | D45F22000600006 | MOLA DI BARI | Via Canudo, snc |
| 22 | Case della comunità | D55F22000870006 | MOLFETTA | Via Bettino Craxi, snc |
| 23 | Case della comunità | D65F22000590006 | MONOPOLI | Largo Veneziani, 21 |
| 24 | Case della comunità | D75F22000500006 | NOCI | Via della Repubblica, 2 |
| 25 | Case della comunità | D85F22000640006 | NOICATTARO | Via Cappuccini, 92 |
| 26 | Case della comunità | D95F22000640006 | PALO DEL COLLE | Via Auricarro, 106 |
| 27 | Case della comunità | D25F22000530006 | POLIGNANO A MARE | Via Sant'Antonio, 12-14-16 |
| 28 | Case della comunità | D35F22000430006 | PUTIGNANO | Via Pasquale De Cataldo, 1 |
| 29 | Case della comunità | D45F22000620006 | RUTIGLIANO | Via San Francesco D'Assisi, 194 |
| 30 | Case della comunità | D55F22000890006 | RUVO DI PUGLIA | Via Piave, 80 |
| 31 | Case della comunità | D75F22000560006 | SANNICANDRO DI BARI | Via Calambra, snc |
| 32 | Case della comunità | D85F22000660006 | SANTERAMO IN COLLE | Via Liguria ang. Via Caduti del Lavoro, snc |
| 33 | Case della comunità | D15F22000650006 | TERLIZZI | Via Pasquale Fiore, 135 |
| 34 | Case della comunità | D25F22000540006 | TORITTO | Via Principe Amedeo, 1 |
| 35 | Case della comunità | D45F22000640006 | TRIGGIANO | Viale Aldo Moro, 32 |
| 36 | Case della comunità | D65F22000540006 | VALENZANO | Via Caringella, snc |

**Dato atto altresì, che,** l'ASL BARI, in virtù dei richiamati atti e provvedimenti, si è tempestivamente attivata al fine di istituire, entro i termini previsti sul proprio territorio, n. 9 Ospedali della Comunità, di seguito indicate:

| N | Tipologia di investimento | CUP | Comune | Indirizzo |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Ospedali di Comunità | D75F22000450006 | ALTAMURA | Viale Regina Margherita, 67 |
| 2 | Ospedali di Comunità | D95F22000510006 | BARI | Via Vitantonio di Cagno |
| 3 | Ospedali di Comunità | D55F22000830006 | BITONTO | Via Comes, 84 |
| 4 | Ospedali di Comunità | D95F22000580006 | CASAMASSIMA | Piazzale Nazariantz, snc |
| 5 | Ospedali di Comunità | D42C22000760006 | CONVERSANO | Via De Amicis, 36 |
| 6 | Ospedali di Comunità | D85F22000610006 | GRAVINA IN PUGLIA | Via San Domenico, 32 |
| 7 | Ospedali di Comunità | D75F22000490006 | NOCI | Via della Repubblica, 2 |
| 8 | Ospedali di Comunità | D45F22000610006 | RUTIGLIANO | Via San Francesco D'Assisi, 194 |
| 9 | Ospedali di Comunità | D55F22000880006 | RUVO DI PUGLIA | Via Piave, 92 |

**Vista** la Deliberazione di Giunta Regionale n. 539 del 29.04.2026, la Regione Puglia ha approvato l'aggiornamento del Piano Operativo Regionale (POR) allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) per l'attuazione degli interventi del PNRR – Missione 6 Salute, prendendo atto delle determinazioni assunte nei Tavoli Istituzionali e nei Nuclei Tecnici ministeriali e disponendo la rimodulazione della programmazione regionale degli interventi di edilizia sanitaria territoriale. In particolare, la deliberazione ha previsto lo stralcio di n. 2 interventi relativi alle Case di Comunità della ASL Bari (site in Viale Orazio Flacco "ex Centrale del Latte" e in via Di Cagno) e di n. 2 interventi relativi agli Ospedali di Comunità (Bari via Di Cagno e Casamassima), in ragione della mancata sottoscrizione dei contratti di lavori, nonché l'inserimento nel POR di n. 41 Case di Comunità aggiuntive e n. 7 Ospedali di Comunità aggiuntivi, con conseguente redistribuzione delle risorse e aggiornamento della programmazione regionale sanitaria territoriale;

**Visto**, in particolare, l'Allegato 1 alla predetta Deliberazione di Giunta Regionale, contenente l'Elenco delle Strutture Aggiuntive in Overbooking, ivi comprese, con riferimento ad ASL Bari e per quanto qui di interesse, n. 4 Case della Comunità aggiuntive e n. 3 Ospedali di Comunità aggiuntivi, di seguito indicati:

| N | Tipologia di investimento | CUP | Comune | Indirizzo |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Ospedali di Comunità | D92C25000130005 | GRUMO APPULA | Viale delle Repubblica, 33 |
| 2 | Ospedali di Comunità | D12C25000230005 | TERLIZZI | Via Pasquale Fiore, 135 |
| 3 | Ospedali di Comunità | D42C25000220005 | TRIGGIANO | Viale Aldo Moro, 32 |
| 4 | Case di Comunità | D92C25000170005 | BARI | Via Caduti di Via Fani, 25 |
| 5 | Case di Comunità | D92C25000120005 | BARI | Vico Traversa, 11 |
| 6 | Case di Comunità | D52C25000190005 | CORATO | Via Ettore Fieramosca, 31 |
| 7 | Case di Comunità | D72C25000220005 | GIOVINAZZO | Via Illuzzi, snc |

**Rilevata**

- la necessità di dotarsi di un modello organizzativo aziendale di Ospedali di Comunità e Casa della Comunità, da adottare uniformemente nell'intero territorio provinciale;
- la necessità altresì, di nominare un Responsabile Sanitario per ciascuna Casa della Comunità e Ospedale di Comunità;

**Dato atto che,**

- con nota prot. n. 43662 del 28.03.2024, è stato trasmesso al Servizio Strategie e Governo dell'assistenza territoriale – Rapporti Istituzionali e capitale umano SSR della Regione Puglia, il Piano Operativo di Attuazione del DM 77/2022 ai sensi dell'art. 17 del R.R. n. 13/2023;
- lo stesso è stato revisionato anche alla luce della DGR 539 del 29.04.2026;

**Considerato che,** detto documento è coerente con la normativa nazionale, in linea con le indicazioni operative regionali ed idoneo a disciplinare compiutamente l'erogazione delle prestazioni sanitarie previste nelle Case della Comunità Hub e Spoke e negli Ospedali di Comunità di questa Azienda Sanitaria;

**Ritenuto, pertanto di:**

- approvare e adottare il Piano Operativo di Attuazione del DM 77/2022 in ASL Bari (P.O.A.), allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale, così come da revisione effettuata alla luce della DGR 539/2026;
- nominare, quale Responsabile Sanitario per ciascuna Casa della Comunità e Ospedale di Comunità, il Direttore del Distretto territorialmente competente per la singola struttura, al fine di garantire unitarietà gestionale e coerenza organizzativa a livello provinciale.

**Tutto ciò premesso**

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario,

**D E L I B E R A**

per le motivazioni espresse in narrativa e che qui si intendono integralmente richiamate, di:

1. **approvare e adottare** il Piano Operativo di Attuazione del DM 77/2022 in ASL Bari (P.O.A.),

allegato al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante e sostanziale;

2. **nominare**, quale Responsabile Sanitario per ciascuna Casa della Comunità e Ospedale di Comunità, il Direttore del Distretto territorialmente competente per la singola struttura, al fine di garantire unitarietà gestionale e coerenza organizzativa a livello provinciale;

3. **disporre** che, tutte le Case della Comunità, Ospedali di Comunità ed i Servizi previsti al loro interno operino secondo le indicazioni comuni, mutuando nella propria realtà territoriale i percorsi e le modalità organizzative disciplinate a livello aziendale ed in modo tale da garantire uniformità nell'intero territorio provinciale;

4. **di dare atto** che, si provvederà alla pubblicazione del presente provvedimento unitamente all'allegato, nella Sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezioni di secondo livello "Disposizioni Generali" - "Atti Generali", raggiungibile al seguente link. https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari/atti-generali: a cura del Compilatore di Sezione Sito Aziendale Asl Bari giusta Deliberazione del Direttore Generale n. 978 del 12/05/2026;

5. **di dare** immediata esecutività al presente atto, a decorrere dalla data di pubblicazione sul sito web aziendale;

6. **trasmettere** la presente deliberazione e relativo allegato, al Dipartimento per la Promozione della Salute e del Benessere Animale della Regione Puglia, ai Direttori ed ai Dirigenti Responsabili di tutte le strutture aziendali,

7. **demandare** all'Area Gestione Risorse Umane la pubblicazione del presente provvedimento sul portale dipendenti;

8. **dare atto che**, tutti i firmatari del presente atto attestano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, ai sensi del vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, dalla sezione Anticorruzione e Trasparenza del vigente PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

ASL Bari
PugliaSalute

**Regione Puglia**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE BA**




# P.O. di A.

## Piano Operativo di Attuazione

## del DM 77/2022

**AL 19.06.2026**

ai sensi dell'art.17 del R.R. n.13/2023

## LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DISTRETTUALE IN ASL BARI

Il Distretto è una Macrostruttura della ASL che eroga attività sanitaria e socio-sanitaria, con l'obiettivo di garantire la presa in carico globale dell'utente per una risposta strutturata e complessiva ai bisogni di salute (R.R. 6/2011).

Garantisce per i cittadini il raggiungimento dei Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM gennaio 2017), con particolare riguardo all'Assistenza Primaria, le Cure Primarie ed Intermedie e la Continuità Assistenziale mediante l'approccio multidisciplinare tra MMG, PDF, servizi di guardia medica e presidi specialistici ambulatoriali e l'integrazione socio-sanitaria per la risposta ai bisogni complessi.

La ASL Bari è suddiviso in 12 Distretti Socio Sanitari, di popolazione variabile, sia per numero che per densità abitativa, che per indici demografici; i 12 DSS sono riportati nelle tabelle seguenti:

**Tabella 1.**

| ASL BA di Bari<br>I Distretti Socio Sanitari della ASL di Bari | | |
|---|---|---|
| N. | Macro Struttura | Ambito territoriale |
| 1. | Distretto UnoMolfetta | Comuni:<br>Molfetta – Giovinazzo |
| 2. | Distretto DueRuvo di Puglia | Comuni:<br>Corato – Ruvo di Puglia – Terlizzi |
| 3. | Distretto TreBitonto | Comuni:<br>Bitonto – Palo del Colle |
| 4. | Distretto Quattro Altamura | Comuni:<br>Altamura – Gravina di Puglia – Santeramo in Colle – Poggiorsini |
| 5. | Distretto CinqueGrumo Appula | Comuni:<br>Grumo Appula – Acquaviva delle Fonti – Toritto –Cassano – Sannicandro di Bari - Binetto – |
| 6. | Distretto UnicoBari<br>(Ex DD.SS.SS. 6-7-8) | Circoscrizioni comunali:<br>Libertà – Marconi – S. Girolamo – Fesca; Palese – S. Spirito- S. Paolo – Stanic;<br>Carbonara – Ceglie – Loseto; Picone – Poggiofranco; Murat – S.Nicola ;<br>Japigia – Torre a Mare; Carrassi – S.Pasquale; Madonnella |
| 7. | Distretto NoveModugno | Comuni:<br>Modugno – Bitetto – Bitritto |
| 8. | Distretto DieciTriggiano | Comuni:<br>Triggiano – Adelfia – Capurso – Cellamare – Valenzano |
| 9. | Distretto UndiciMola di Bari | Comuni:<br>Mola di Bari – Noicattaro – Rutigliano |
| 10. | Distretto Dodici Conversano | Comuni:<br>Conversano – Polignano a Mare – Monopoli |
| 11. | Distretto TrediciGioia del Colle | Comuni:<br>Gioia del Colle – Casamassima – Turi - Sammichele di Bari |
| 12. | Distretto Quattordici Putignano | Comuni:<br>Putignano - Alberobello – Castellana Grotte - NociLocorotondo |

**Figura 1.**

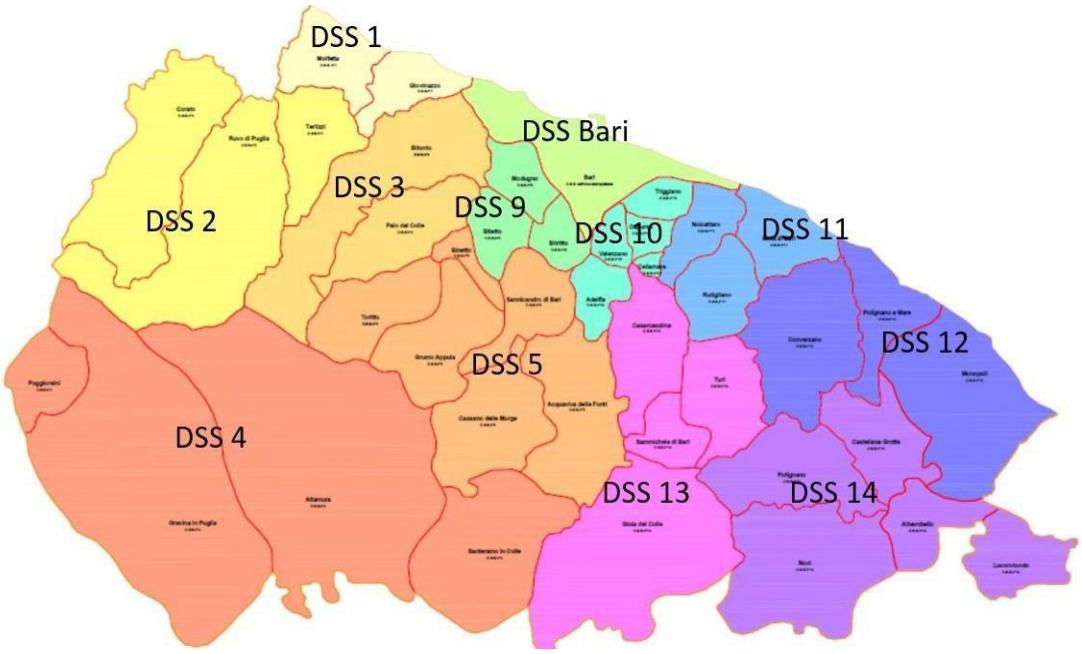



**Tabella 2.**

| *POPOLAZIONE RESIDENTE ORDINATA PER DD.SS.SS. (ANNO 2022 ISTAT)* | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N. | DSS | POPOLAZIONE TOTALE | >65 ANNI | % 65 SUL TOT POP* | >75 ANNI | % 75 SUL TOT POP* | >85 ANNI | % 85 SUL TOT POP* |
| 1. | *1* | 76.695 | 19.851 | 25,9 | 10.054 | 13,1 | 2.894 | 3,8 |
| 2. | *2* | 97.492 | 20.920 | 21,5 | 9.809 | 10,1 | 2.877 | 3,0 |
| 3. | *3* | 73.743 | 15.060 | 20,4 | 6.748 | 9,2 | 1.896 | 2,6 |
| 4. | *4* | 139.569 | 27.081 | 19,4 | 13.124 | 9,4 | 4.122 | 3,0 |
| 5. | *5* | 66.852 | 15.079 | 22,6 | 7.098 | 10,6 | 2.286 | 3,4 |
| 6. | *UNICO* | 316.015 | 80.620 | 25,5 | 41.318 | 13,1 | 12.613 | 4,0 |
| 7. | *9* | 59.306 | 13.048 | 22,0 | 5.903 | 10,0 | 1.488 | 2,5 |
| 8. | *10* | 80.702 | 18.057 | 22,4 | 8.545 | 10,6 | 2.450 | 3,0 |
| 9. | *11* | 68.594 | 15.370 | 22,4 | 7.429 | 10,8 | 2.265 | 3,3 |
| 10. | *12* | 91.306 | 21.325 | 23,4 | 10.547 | 11,6 | 3.195 | 3,5 |
| 11. | *13* | 64.849 | 15.639 | 24,1 | 7.879 | 12,1 | 2.511 | 3,9 |
| 12. | *14* | 87.979 | 22.401 | 25,5 | 11.102 | 12,6 | 3.679 | 4,2 |
| | ASL | 1.223.102 | 284.451 | 23,3 | 139.556 | 11,4 | 42.276 | 3,5 |

Il DM 77/22, nel determinare il nuovo assetto strutturale, definisce ruoli e funzioni del Distretto, oltre ad attribuirne la competenza del governo delle reti territoriali.

**IL RUOLO DEL DISTRETTO**

Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali.
È deputato al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta.
Le funzioni
Al Distretto, pertanto, possono essere ricondotte le seguenti funzioni:

- committenza, ossia la capacità di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili. Il Distretto, infatti, su mandato della Direzione Generale della ASL, provvede alla programmazione dei servizi da garantire, alla pianificazione delle innovazioni organizzativo/produttive locali, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizi, assicurando la fruizione delle prestazioni all'utenza;
- produzione, ossia la funzione di erogazione dei servizi sanitari territoriali, caratterizzata da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari di cui all'articolo 3 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- garanzia, ossia il compito di assicurare l'accesso ai servizi, l'equità all'utenza attraverso il monitoraggio continuo della qualità dei servizi medesimi, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l'utenza finale.

I Distretti sono articolati per strutture organizzative, complesse e/o semplici, secondo lo schema riportato in figura 2.

**Figura 2.**




L'organizzazione Distrettuale nella ASL Bari è improntata all'intersettorialità delle azioni necessarie a garantire i sottolivelli assistenziali e alla transizione tra i diversi *setting*.
È costituita, pertanto, da strutture caratterizzate da flessibilità operativa e grande capacità di integrazione con gli altri Dipartimenti appartenenti al sistema territoriale e caratterizzati dall'erogazione di prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria,

con i diversi Dipartimenti Ospedalieri e con l'ambito socio-assistenziale, in modo da perseguire l'integrazione socio-sanitaria.

Nei Distretti sono previste, oltre a quelle istituzionali come la Porta Unica di Accesso (PUA), strutture e funzioni di ascolto e sostegno che facilitino l'uso delle strutture e la fruizione delle prestazioni.

Il Distretto garantisce l'assistenza sul territorio in maniera diffusa, omogenea e uniforme, attraverso un elevato livello d'integrazione. L'integrazione si realizza attraverso le diverse professionalità e i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie ma anche tra prestazioni sanitarie e socio-assistenziali, in modo da consentire una risposta coordinata, continuativa e unitaria ai bisogni di salute della popolazione.

In tale ottica il Distretto, quale articolazione territoriale, operativa e organizzativa dell'ASL, costituisce centro di responsabilità e di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, nell'ambito degli indirizzi della direzione strategica dell'ASL.

Nei Distretti Socio Sanitari della ASL di Bari sono assicurate le funzioni previste dal DPCM del 12 gennaio 2017 in materia di LEA e precisamente:

A. assistenza sanitaria di base;
B. emergenza sanitaria territoriale;
C. assistenza farmaceutica;
D. assistenza integrativa;
E. assistenza specialistica ambulatoriale;
F. assistenza protesica;
G. assistenza termale;
H. assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
I. assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.

Gli Organismi del Distretto Socio-Sanitario sono:

- Comitato dei Sindaci;
- Conferenza dei Distretti;
- Comitato Misto Consultivo Distrettuale;
- Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali;
- Commissione per l'appropriatezza prescrittiva.
-

Il sistema dell'Assistenza Primaria, all'interno dei Distretti della ASL di Bari, comprende i servizi e le prestazioni riferibili alla medicina generale (medici di famiglia e pediatri), alla continuità assistenziale (Guardia medica), alla specialistica ambulatoriale, ai Consultori familiari, ai CUP, alla medicina riabilitativa territoriale ed alla assistenza protesica ed integrativa, alle cure domiciliari, alla residenzialità e semiresidenzialità ed alla assistenza farmaceutica di cui i cittadini fruiscono a livello territoriale. Tale sistema si integra con i servizi e le prestazioni riferibili alla Salute Mentale, alla Neuropsichiatria Infantile, alle Dipendenze Patologiche, oltre che con quanto riconducibile all'assistenza erogata dai Servizi sociali dei Comuni.

Nella Tabella 3 sono riportati i servizi, facenti parte dell'organizzazione distrettuale della ASL Bari, con riferimento ai livelli di assistenza assicurati, sulla base di quanto previsto dal regolamento regionale n.6/2011.

**Tabella 3.**

| ASL-DISTRETTO-COMUNE | Numero di ABITANTI | Assistenza primaria e intermedia | Assistenza specialistica | Assistenza consultoriale | Assistenza psicologica | Assistenza penitenziaria | Assistenza sociosanitaria | Altri servizi previsti (specificare) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ASL BA | 1.230.158 | | | | | | | |
| DSS BA (EX 06-07-08)- BARI | 317.205 | | | | | | | |
| Bari | 317.205 | SI | SI | SI | NO | SI (UOC Dipartimentale) | SI | |
| DSS BA 01 - MOLFETTA | 77.428 | | | | | | | |
| GIOVINAZZO | 19.537 | Si | Si | Si | Si | NO | Si | |
| MOLFETTA | 57.891 | SI | SI | SI | SI | NO | SI | |
| DSS BA 02 - RUVO DI PUGLIA | 98.172 | | | | | | | |
| CORATO | 47.316 | SI | SI | SI | NO | NO | SI | NO |
| RUVO DI PUGLIA | 24.611 | SI | SI | SI | NO | NO | NO | PTA |
| TERLIZZI | 26.245 | SI | SI | SI | NO | NO | SI | PPA |
| DSS BA 03 - BITONTO | 74.231 | | | | | | | |
| BITONTO | 53.457 | SI | SI | SI | NO | NO | SI | PTA (RR. n. 7/2019) Laboratorio analisi (aggregazione funzaionale PP.OO. San Paolo) |
| PALO DEL COLLE | 20.774 | SI | SI | NO | NO | NO | SI | |
| DSS BA 04 - ALTAMURA | 139.972 | | | | | | | |
| ALTAMURA | 69.911 | SI | SI | SI | NO | SI (UOC Dipartimentale) | SI | |
| GRAVINA IN PUGLIA | 42.895 | SI | SI | SI | NO | NO | SI | |
| POGGIORSINI | 1.339 | SI | SI | NO | NO | NO | SI | |
| SANTERAMO IN COLLE | 25.827 | SI | SI | SI | NO | NO | SI | Radiologia territoriale. |
| DSS BA 05 - GRUMO APPULA | 67.195 | | | | | | | |
| ACQUAVIVA DELLE FONTI | 20.184 | SI | NO | SI | NO | NO | NO | |
| BINETTO | 2.161 | SI | NO | NO | NO | NO | NO | |
| CASSANO DELLE MURGE | 14.805 | SI | SI | SI | NO | NO | NO | |
| GRUMO APPULA | 12.298 | SI | SI | NO | NO | NO | SI | LAB. ANALISI - HOSPICE - Radiologia territoriale - PUNTO PRIMO INTERVENTO |
| SANNICANDRO DI BARI | 9.651 | SI | SI | NO | NO | NO | NO | |
| TORITTO | 8.096 | SI | SI | SI | NO | NO | NO | |
| DSS BA 09 - MODUGNO | 59.966 | | | | | | | |
| BITETTO | 11.767 | SI | NO | NO | SI ( per assistiti Adi esternalizzata) | NO | SI | Punto informativo territoriale |
| BITRITTO | 11.197 | SI | NO | SI | SI ( per assistiti Adi esternalizzata) | NO | SI | Punto informativo territoriale |
| MODUGNO | 37.002 | SI | SI | SI | SI ( per assistiti Adi esternalizzata) | NO | SI (PUA/UVM) | |
| DSS BA 10 - TRIGGIANO | 81.451 | | | | | | | |
| ADELFIA | 16.547 | SI | SI | NO | NO | NO | SI | |
| CAPURSO | 15.357 | SI | NO | SI | NO | NO | SI | |
| CELLAMARE | 5.766 | SI | NO | NO | NO | NO | SI | |
| TRIGGIANO | 26.321 | SI | SI | SI | SI | NO | SI | PTA |
| VALENZANO | 17.460 | SI | NO | NO | NO | NO | SI | |
| DSS BA 11 - MOLA DI BARI | 69.094 | | | | | | | |
| MOLA DI BARI | 24.678 | SI | SI | SI | NO | NO | SI ( PUA/UVM) distrettuale - RSA | Radiologia territoriale |
| NOICATTARO | 26.042 | SI | SI | SI | NO | NO | NO | |
| RUTIGLIANO | 18.374 | SI | SI | SI | NO | NO | NO | |
| DSS BA 12 - CONVERSANO | 91.461 | | | | | | | |
| CONVERSANO | 25.801 | SI | SI | SI | SI | NO | SI ( PUA/UVM) distrettuale | P.T.A. - Centro Disturbi Cognitivi Demenze - PMA - UOSVD di Radiodiagnostica |
| MONOPOLI | 48.007 | SI | SI | SI | NO | NO | RSSA | HOSPICE |
| POLIGNANO A MARE | 17.653 | SI | SI | SI | NO | NO | NO | |
| DSS BA 13 - GIOIA DEL COLLE | 65.537 | | | | | | | |
| CASAMASSIMA | 19.537 | SI | SI | SI | NO | NO | SI | RSSA |
| GIOIA DEL COLLE | 26.963 | SI | SI | SI | NO | NO | SI | RSSA - PTA |
| SAMMICHELE DI BARI | 6.118 | SI | SI | SI | NO | NO | NO | -- |
| TURI | 12.919 | SI | SI | SI | NO | SI | SI | RSSA - Hospice |
| DSS BA 14 - PUTIGNANO | 88.446 | | | | | | | |
| ALBEROBELLO | 10.373 | SI | SI | Consultorio base non attivo | NO | NO | RSA | |
| CASTELLANA GROTTE | 19.323 | SI | SI | SI | NO | NO | NO | CPT in CASA della SALUTE |
| LOCOROTONDO | 14.066 | SI | SI | SI | NO | NO | RSA con Nucleo Alzheimer | |
| NOCI | 18.541 | SI | SI | Consultorio di base | NO | NO | NO | CPT in costruzione |
| Putignano | 26.143 | SI | SI | SI | NO | NO | SI ( PUA/UVM) distrettuale | |

Nella ASL di Bari la Medicina Generale è organizzata, in funzione dell'accordo regionale (AIR) vigente, in Gruppi, Super Gruppi, Reti e Super Reti, al fine di garantire la miglior assistenza a tutti i cittadini assistiti. Il D. Lgs. 158/2012 «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute» ha introdotto due nuove forme organizzative della medicina generale (AFT e UCCP), oltre che il Ruolo Unico del MMG. L' ACN in vigore ha recepito la riorganizzazione della medicina generale in AFT, nel cui ambito è stato possibile realizzare alcuni elementi innovativi, funzionali alla riorganizzazione territoriale e alla crescita del ruolo professionale della Medicina Generale. L'AFT, pur nella salvaguardia del rapporto fiduciario medico-paziente, sostituisce l'unità elementare di erogazione delle prestazioni mediche a livello territoriale che attualmente si identifica con il medico singolo, senza, peraltro, influenzare negativamente le precedenti forme aggregative.

Le AFT svolgono le seguenti funzioni:

- assistere, nelle forme domiciliari ed ambulatoriali, la popolazione che è in carico ai MMG che la compongono;
- realizzare i progetti di sanità di iniziativa sul paziente affetto da cronicità;
- valutare i bisogni della popolazione assistita;
- attuare azioni di governance clinica nel settore della farmaceutica, della diagnostica, della specialistica, dei trasporti e degli ausili;
- rappresentare il nodo centrale per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio;
- sviluppare un sistema di relazioni tra tutti i professionisti del sistema, che responsabilizzando i soggetti, assicuri la continuità di cura degli assistiti;
- partecipare a iniziative di formazione e ricerca, funzionali alla sperimentazione di modelli organizzativi, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione;
- partecipare ed implementare attività di prevenzione sulla popolazione, coordinandosi con la Medicina di Comunità e il Dipartimento di Prevenzione;
- favorire l'empowerment dei propri assistiti e contribuire, coordinandosi con il Distretto SocioSanitario e il Dipartimento di Prevenzione, alla creazione di condizioni e contesti favorevoli ad attuare corretti stili di vita.

Lo schema di strutturazione delle AFT per la ASL Bari è individuato dalla D.G.R. 742 del 23/5/2023.
Con Deliberazione del Direttore Generale n. 2248 del 29.10.2024 è stato approvato il regolamento delle AFT di medicina generale della ASL BA ratificato nella seduta del CPA del 28/10/2024, che fa parte integrante dello stesso presente provvedimento.
Analogamente sono state costituite in ASL Bari le AFT della Pediatria con D.D.G. n. 2279 del 20/11/2023
Il Distretto nella ASL di Bari mantiene e rafforza, così, il suo ruolo di governo del sistema territoriale, perseguendo appropriatezza ed equità.
Nel sistema territoriale della ASL Bari sono già presenti ad oggi 1 Casa della Salute, 2 Hospice pubblici e due privati (e relativa rete palliativa e di supporto alle fragilità), 2 PPA e 11 Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), ovvero strutture polifunzionali, dove si intersecano attività puramente territoriali, con altre appartenenti al sistema ospedaliero, in un sistema integrato per rispondere in maniera capillare e sistemica ai bisogni dei cittadini.

I 12 Distretti Socio Sanitari della ASL di Bari diventano il fulcro della progettazione e della co-progettazione delle strutture intermedie, delle reti di prossimità e dei servizi previsti dal PNRR e dal DM 77/2022.
Si riportano, nella tabella seguente (Tab. 4) le CDC e gli ODC in attivazione, oltre alle COT già attive.

**Tabella 4.**

| ASL BA DI BARI<br>CASE DI COMUNITÀ, OSPEDALI DI COMUNITÀ IN ATTIVAZIONE<br>E CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI ATTIVATE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N. | DISTRETTO | CASE DI COMUNITÀ | OSPEDALI DI COMUNITÀ | CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT) | POPOLAZIONE AL 31.12.2022 | INDICE DI VECCHIAIA 2023 |
| 1. | DISTRETTO N. 1 MOLFETTA | 3 | - | GIOVINAZZO | 76.695 | 221,7 |
| 2. | DISTRETTO N. 2 RUVO DI PUGLIA | 4 | 2 | RUVO DI PUGLIA | 97.492 | 220,4 |
| 3. | DISTRETTO N. 3 BITONTO | 2 | 1 | BITONTO | 73.743 | 215,1 |
| 4. | DISTRETTO N. 4 ALTAMURA | 3 | 2 | SANTERAMO IN COLLE | 139.569 | 193,9 |
| 5. | DISTRETTO N. 5 GRUMO APPULA | 5 | 1 | GRUMO APPULA | 66.852 | 192,4 |
| 6. | DISTRETTO BARI (EX DD.SS.SS. 6-7-8) | 7 | 1 (40 pl) | BARI | 316.015 | 178,4 |
| 7. | DISTRETTO N. 9 MODUGNO | 3 | - | MODUGNO | 59.306 | 177,9 |
| 8. | DISTRETTO N. 10 TRIGGIANO | 2 | 1 | VALENZANO | 80.702 | 177,4 |
| 9. | DISTRETTO N. 11 MOLA DI BARI | 3 | 1 | RUTIGLIANO | 68.594 | 165,6 |
| 10. | DISTRETTO N. 12 CONVERSANO | 3 | 1 | MONOPOLI | 91.306 | 162,3 |
| 11. | DISTRETTO N. 13 GIOIA DEL COLLE | 2 | - | CASAMASSIMA | 64.849 | 150,9 |
| 12. | DISTRETTO N. 14 PUTIGNANO | 3 | 1 | NOCI | 87.979 | 136,9 |
| | ASL | 40 | 11 | 12 | 1.223.102 | 186,4 |

Nella tabella 5 sono riportate le strutture da attivare e quelle già attivate (COT), suddivise per Distretto Socio Sanitario:

**Tabella 5.**

| N. | Macro Struttura | Comuni | Popol. al 31.12.2022 | PTA Presenti | Ospedali / Poliambulatori Distrettuali | Case della Comunità | Ospedali di Comunità | Centrali Operative Territoriali |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Distretto n. 1 Molfetta | Molfetta – Giovinazzo | 76.695 | | Ospedale pubblico, 2 poliambulatori territoriali | Giovinazzo, Molfetta | | Giovinazzo |
| 2. | Distretto n. 2 Ruvo di Puglia | Corato – Ruvo di Puglia – Terlizzi | 97.492 | Ruvo, Terlizzi | 1 Ospedale pubblico 1 PPA 3poliambulatori territoriali. | Corato, Ruvo, Terlizzi | Ruvo Terlizzi | Ruvo |
| 3. | Distretto n. 3 Bitonto | Bitonto – Palo del Colle | 73.743 | Bitonto | 1 poliambulatorio territoriale, *1 Hospice convenzionato* | Bitonto, Palo | Bitonto | Bitonto |
| 4. | Distretto n. 4 Altamura | Altamura – Gravina diPuglia – Santeramo in Colle – Poggiorsini | 139.569 | Altamura, Gravina | 1 Ospedale pubblico, 4 poliambulatori territoriali. | Altamura, Gravina, Santeramo | Altamura, Gravina | Santeramo |
| 5. | Distretto n. 5 Grumo Appula | Grumo Appula – Acquaviva delle Fonti –Toritto – Cassano – Sannicandro di Bari - Binetto – | 66.852 | Grumo | 1 *Ospedale Ente Ecclesiastico*, 4 poliambulatori territoriali 1 Hospice (Grumo) | Acquaviva, Cassano, Grumo, Sannicandro Toritto | Grumo | Grumo |
| 6. | DistrettoBari *(Ex DD.SS.SS. 6-7-8)* | Bari: Circoscrizioni Libertà – Marconi – S. Girolamo – Fesca; Palese – S. Spirito- S. Paolo – Stanic; Carbonara – Ceglie – Loseto; Picone – Poggiofranco; Murat –S.Nicola ; Japigia – Torre a Mare;Carrassi – S.Pasquale;Madonnella | 316.015 | | 3 Ospedali Pubblici, *3 Case di CuraPrivate*, 2 IRCCS, 5 poliambulatori territoriali. | Bari Aquilino, Bari Cacudi, Bari Lopez, Bari Flacco, Bari Di Cagno, Bari Via Fani, Bari Vico Traversa | Bari | Bari |
| 7. | Distretto n. 9 Modugno | Modugno – Bitetto –Bitritto | 59.306 | | 1 poliambulatorio territoriale | Bitetto, Bitritto, Modugno | | Modugno |
| 8. | Distretto n. 10 Triggiano | Triggiano – Adelfia – Capurso – Cellamare – Valenzano | 80.702 | Triggiano | PPA Triggiano, 2 poliambulatori territoriali. | Triggiano, Valenzano | Triggiano | Valenzano |
| 9. | Distretto n. 11 Mola di Bari | Mola di Bari – Noicattaro – Rutigliano | 68.594 | Rutigliano | 3 poliambulatori territoriali | Mola, Noicattaro, Rutigliano | Rutigliano | Rutigliano |
| 10. | Distretto n. 12 Conversano | Conversano – Polignano a Mare – Monopoli | 91.306 | Conversano | *1 CDC Privata,* poliambulatori territoriali 1 Hospice (Monopoli) | Conversano, Monopoli | | Conversano |
| 11. | Distretto n. 13 Gioia del Colle | Gioia del Colle – Casamassima – Turi - Sammichele di Bari | 64.849 | Gioia delColle | poliamb. territor. 1 *Hospice privato* (Turi) | Casamassima, Gioia | | Casamassima |
| 12. | Distretto n. 14 Putignano | Putignano - Alberobello – Castellana Grotte –Noci- Locorotondo | 87.979 | Noci | 1 Ospedale pubblico, 1 IRCCS pubblico *1 Casa di Cura Privata (Geriatria, riabilit.),* 5 poliambulatori territoriali. | Castellana, Noci, Putignano | Noci | Noci |

## LE CASE DELLA COMUNITA'

La Casa della Comunità in ASL Bari è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale del proprio territorio. La CdC promuove un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso équipe territoriali e costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale.

L'obiettivo dello sviluppo delle CdC è quello di garantire in modo coordinato:

- L'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento.
- La prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi di comunità ed individuali realizzati dall'equipe sanitarie con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;
- La presa in carico della cronicità e fragilità secondo il paradigma della medicina d'iniziativa;
- La valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
- La risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con gli altri servizi sanitari e sociosanitari territoriali (es. DSM, consultori, ecc.);
- L'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- La gestione di servizi amministrativi per le attività correlative ai percorsi di cura e della tutela della salute individuale e collettiva;
- La partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.

Le funzioni principali svolte nella Casa della Comunità sono le seguenti:

- È il luogo dove la comunità, in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi.
- È il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunità e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare;
- È il luogo dove le risorse pubbliche, tipicamente organizzate per silos disciplinari o settoriali, vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità, superando segmentazioni e vincoli contabili, attraverso lo strumento del budget di comunità;
- È il luogo di integrazione delle risorse della comunità che vengono aggregate alle risorse formali dei servizi sanitari, amministrativi e sociali e delle Istituzioni;
- È il luogo dove la comunità ricompone il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali.
- La CdC quindi, per la sua natura, costituisce un modello organizzativo di integrazione tra sanitario e sociale, è luogo di prevenzione e promozione della salute e della partecipazione della

comunità. La definizione della sua governance necessita della costruzione di un "patto istituzionale" tra Regione, ASL e Enti locali/Comuni del territorio nel quale siano ribaditi gli obiettivi comuni coerenti con una visione condivisa.

**La CdC hub** garantisce l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina: (AGENAs)

- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali convenzionati e/o dipendenti, Infermieri, UVM, UVMD e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- Presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
- Presenza infermieristica;
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale e segretariato sociale, ove possibile;
- Punto prelievi;
- Punto amministrativo per l'accettazione dei prelievi / incasso ticket – per la prenotazione e per i servizi amministrativi e per l'anagrafe e iscrizione al SSR
- Programmi di screening;
- Diagnostica di base;
- Servizi finalizzati al monitoraggio della cronicità anche attraverso strumenti di telemedicina;
- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, urologia, geriatria, ecc.), anche in Telemedicina;
- Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Intervento del Professionista sanitario che opera all'interno della rete della gestione della cronicità con l'obiettivo di prevenzione/educazione, adeguamento del contesto abitativo, addestramento nell'utilizzo di ausili e protesi, attività di sviluppo di strategie di self-mamagement, addestramento del care-giver.
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Servizio di assistenza domiciliare sanitaria, sociosanitaria e assistenza tutelare di base;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato;
- Relazione tra la CdC hub con il funzionamento delle strutture per le cure intermedie (es. assistenza medica nelle strutture residenziali territoriali come l'ospedale di comunità).

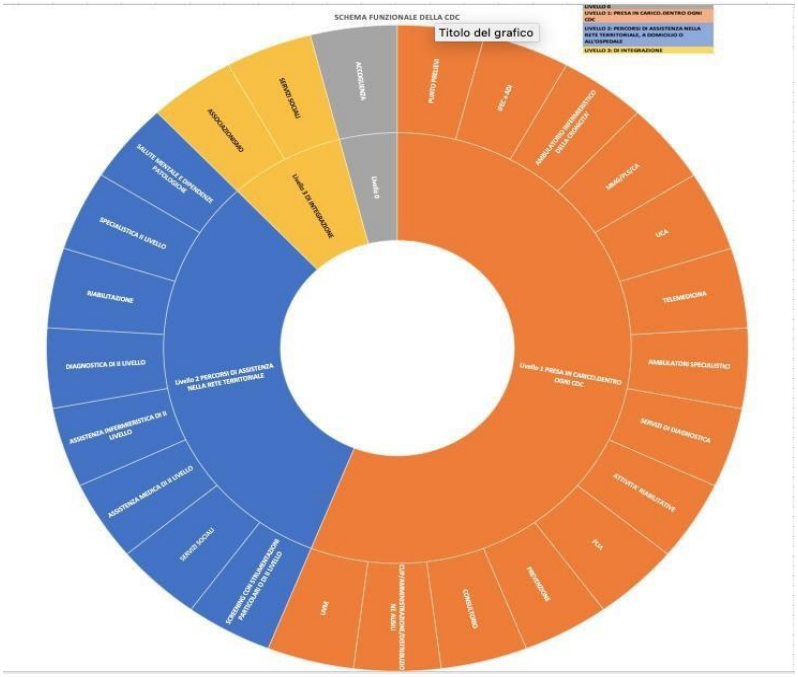
**La CdC spoke** garantisce l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

- Équipe multiprofessionali;
- Presenza medica e infermieristica almeno;
- Presenza di personale amministrativo mattina e pomeriggio e sabato mattina;
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale;
- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza, anche in Telemedicina;
- Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;

- Programmi di screening;
- Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.

Da un punto di vista strutturale, la Casa della Comunità potrebbe essere una struttura da realizzare ex-novo, ma anche un presidio preesistente da rimodulare ed adattare alle nuove esigenze. Ciò che accomuna tutte le casistiche possibili è il tipo e la qualità degli spazi che il presidio deve assicurare.
I principi a cui si è ispirato la ASL Bari sono la centralità del cittadino, la riconoscibilità, l'accessibilità, l'unitarietà, l'integrazione, la semplificazione, l'appropriatezza, l'efficacia, e il concetto di "rete".
L'organizzazione strutturale della Casa della Comunità è rappresentata graficamente (figura 5) con un layout a cerchi concentrici, a partire dai servizi che devono essere più vicini al cittadino (L0), passando per i servizi di primo livello o presa in carico interni ad ogni Casa della Comunità hub (L1), per arrivare alla rete Hub&Spoke dei servizi offerti dal territorio (L2) ed infine al livello di integrazione (servizi sociali e associazionismo) e di cui la Casa della Comunità gestisce i percorsi assistenziali. Anello fondamentale di congiunzione fra la Casa della Comunità e i servizi offerti in rete assistenziale è la Telemedicina. L'obiettivo è unire la progettazione delle nuove strutture e la ristrutturazione delle esistenti con la programmazione del contenuto, e avvicinare i servizi al cittadino in un'ottica di prossimità, con attenzione alle peculiarità di ciascun territorio.

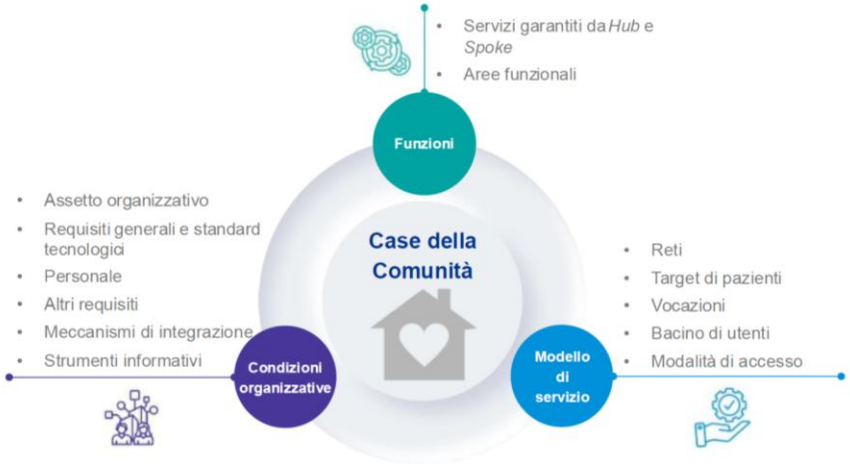
**Figura 5.**



## MODELLO OPERATIVO DELLE CDC DELLA ASL BARI

La progettazione delle CdC, intesa come il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema sociosanitario, comporta la definizione di alcuni elementi gestionali che costituiscono gli ambiti di attuazione necessari per definire il modello operativo.
Gli ambiti individuati sono i seguenti:

- Funzioni: nell'ambito di tale item vengono specificate le attività svolte dalle CdC, in termini di servizi garantiti dalle CdC Hub e Spoke;
- Modello di servizio: nell'ambito di tale item viene specificato il ruolo delle CdC all'interno della filiera assistenziale, i pazienti target a cui i servizi della CdC sono prioritariamente rivolti, le vocazioni, i criteri di selezione dei servizi, il bacino di utenti di riferimento per la CdC e le modalità di accesso ai servizi;
- Condizioni organizzative: nell'ambito di tale item vengono specificati i requisiti di personale ed altri elementi definiti dal DM77 e dalle Linee di indirizzo Agenas, i meccanismi di integrazione con gli attori della filiera e gli strumenti informativi a disposizione delle CdC.

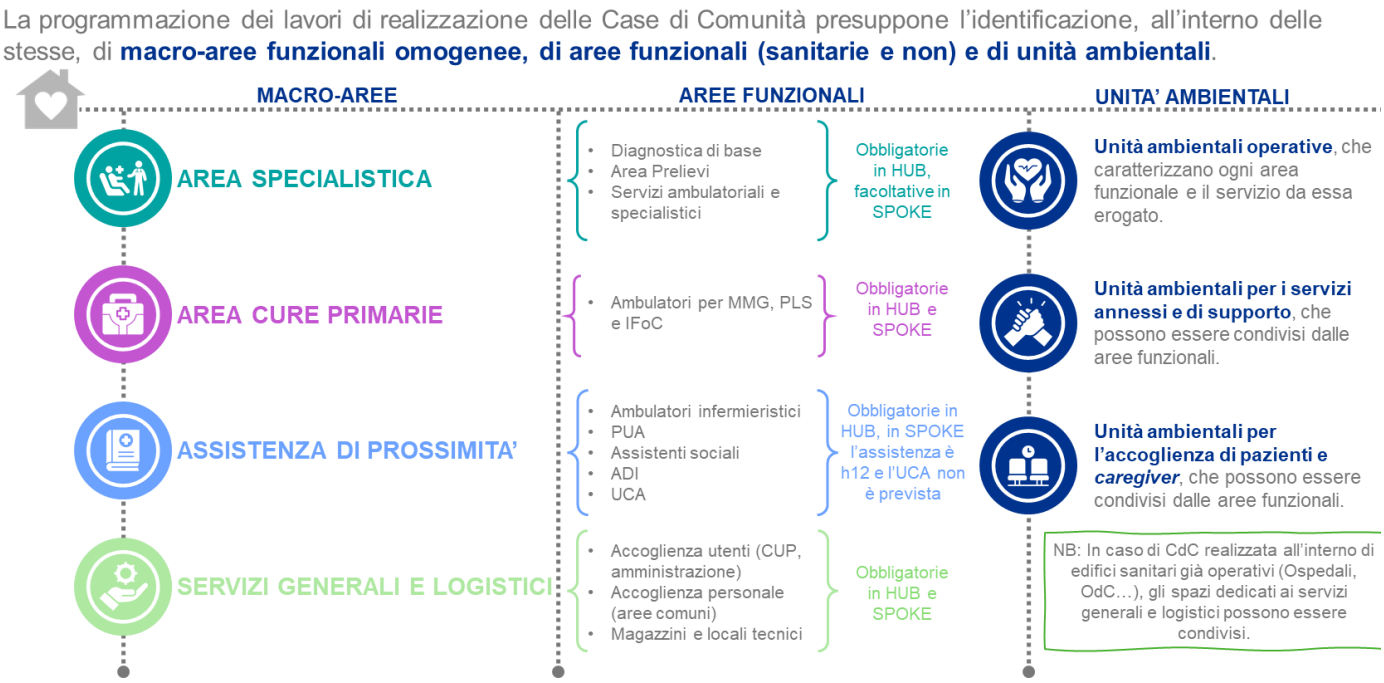



## I SERVIZI GARANTITI DALLE CASE DELLA COMUNITÀ HUB E SPOKE

Sulla base dei profili di utenza e delle attività che vengono erogate, la complessità delle strutture può variare. Le CdC possono essere, infatti, organizzate in modo differente in funzione degli spazi disponibili, del contesto e del bacino di utenza, e coerentemente con le indicazioni che prevedono l'obbligatorietà di alcuni servizi. Dunque, la complessità della struttura varia in funzione alla presenza e alla tipologia dei servizi erogati e dal proprio dimensionamento.
Per tali ragioni si distinguono:
**CdC Hub:** oltre a garantire l'erogazione dei servizi di assistenza primaria, offre anche attività specialistiche e di diagnostica di base.
**CdC Spoke:** prettamente finalizzata all'erogazione dei servizi di assistenza primaria e di integrazione sociosanitaria.

**LE MACROAREE, LE AREE FUNZIONALI E LE UNITÀ AMBIENTALI DELLE CDC**

A partire dal DM77 e dalla mission delle CdC, le diverse funzioni sono state articolate in macroaree omogenee per tipologia di funzione da erogare (servizi sanitari, cure primarie, servizi logistici, ecc.). A ciascuna macroarea, a sua volta, corrispondono diverse aree funzionali sanitarie e non sanitarie. Infine, ogni Area Funzionale è caratterizzata da diverse Unità Ambientali.




Di seguito un'articolazione delle componenti precedentemente esposte e che caratterizzano il modello operativo delle CdC.

**LE MACRO – AREE**

I servizi esposti sulla base delle funzioni delle CdC sono stati classificati secondo quattro macroaree omogenee:

**Macroarea specialistica:** ospita tutti i servizi di natura sanitaria quali: servizi di diagnosi e cura con la presenza di diagnostica di base, area prelievi, servizi ambulatoriali e quelli specialistici;

**Macroarea cure primarie:** accoglie tutti gli spazi per la Medicina di Gruppo, tra cui i MMG, i PLS e gli IFoC, ecc.;

**Macroarea assistenza di prossimità:** ospita assistenza medica, servizi infermieristici, il Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e amministrativo, nonché uno sportello e uffici che rappresentano la sede dei servizi sociosanitari, quali: la presenza di un assistente sociale, di prevenzione, di assistenza domiciliare, ecc.;

**Macroarea servizi generali e logistici:** accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali: accoglienza utenti e personale sanitario, aree logistiche e locali tecnici. Questa macroarea può essere suddivisa in: servizi di accoglienza per gli utenti (area CUP, area amministrativa, ecc.); servizi di accoglienza per il personale sanitario e non (spogliatoi, aree relax, locale coordinatore, ecc.); servizi logistici (archivi, magazzini, depositi, ecc.); locali tecnici (locali tecnici, centrale tecnologica, locali UTA, ecc.).

**LE AREE FUNZIONALI**

Ogni Macroarea è suddivisa in Aree Funzionali ciascuna delle quali è strutturata al fine di dare indicazioni per ottimizzarne il funzionamento interno in termini di layout spaziale, di sistema relazionale e di definizione delle singole unità ambientali minime.
Le CdC Hub e le CdC Spoke possono essere strutturate nelle seguenti quattro macroaree:
Tre macroaree sanitarie:

- **Macroarea specialistica con le seguenti Aree funzionali:** prelievi, diagnostica di base e ambulatori specialistici per le CdC Hub, ambulatori specialistici per le CdC Spoke;
- **Macroarea cure primarie** con l'Area funzionale omonima;
- **Macroarea assistenza di prossimità con le seguenti Aree funzionali:** assistenza medica, servizi infermieristici, PUA, integrazione con i servizi sociali, assistenza domiciliare di base e servizi per la comunità per le CdC Hub, tutte le precedenti aree meno quella relativa ai servizi sociali per le CdC Spoke.
- **Una macroarea non sanitaria**, con le seguenti Aree funzionali: accoglienza utenti, accoglienza personale, area logistica e locali tecnici.

**LE UNITÀ AMBIENTALI**

Ogni Area Funzionale è composta da unità ambientali (singoli ambienti fisici), che possono essere:

- unità ambientali operative, che caratterizzano l'area funzionale in cui è erogato il servizio;
- unità ambientali per i servizi annessi e di supporto, cioè i locali utili per lo svolgimento delle funzioni quali depositi, locali lavoro, che possono essere in comune con altre aree funzionali;
- unità ambientali per l'accoglienza pazienti e caregiver, cioè gli spazi destinati agli utenti e accompagnatori, che possono essere in comune con altre aree funzionali.

Alcuni spazi possono essere interscambiabili e adoperati per diverse attività erogate all'interno della CdC, come ad esempio l'area accoglienza, le aree di deposito, gli spogliatoi per il personale, le aree relax per il personale, ecc.
In caso di CdC realizzata all'interno di poli ospedalieri o edifici sanitari già operativi (edifici interi e/o porzioni di esse) oppure di CdC Hub o Spoke integrate con OdC e/o COT, diverse aree funzionali non sanitarie afferenti alla Macroarea Servizi Generali e Logistici possono essere in comune e/o condivisione, quali per esempio l'area accoglienza, aree di deposito, spogliatoi per il personale, aree tecnologiche, ecc.

**TARGET DI PAZIENTI**

Per ogni CdC è possibile individuare un target prioritario di popolazione verso cui sono erogati i servizi. L'identificazione di questo target può avvenire sulla base di diversi criteri, come un'analisi epidemiologica della popolazione di riferimento, secondo i principi del Population Health Management (PHM), oppure tenendo conto della mission preesistente della struttura che ospita la CdC
.A partire dal fabbisogno assistenziale, l'analisi epidemiologica può portare all'individuazione di target prioritari come, ad esempio:
Cluster di popolazione con un basso tasso di copertura del bisogno per elevata domanda o insufficiente offerta. Erogando i servizi a tali cluster, la

- la CdC potenzia l'offerta per ridurre il gap esistente;

- Cluster di popolazione con una buona copertura dei bisogni, ma con servizi frammentati sul territorio. In questo caso, la CdC assume un ruolo di ricomposizione dei servizi garantendo un percorso assistenziale più omogeneo e integrato.

La definizione del target prioritario determina la tipologia di servizi erogati dalla CdC. A titolo esemplificativo, si riportano di seguito alcune ipotesi di cluster di popolazione che possono rappresentare il target prioritario di una CdC:

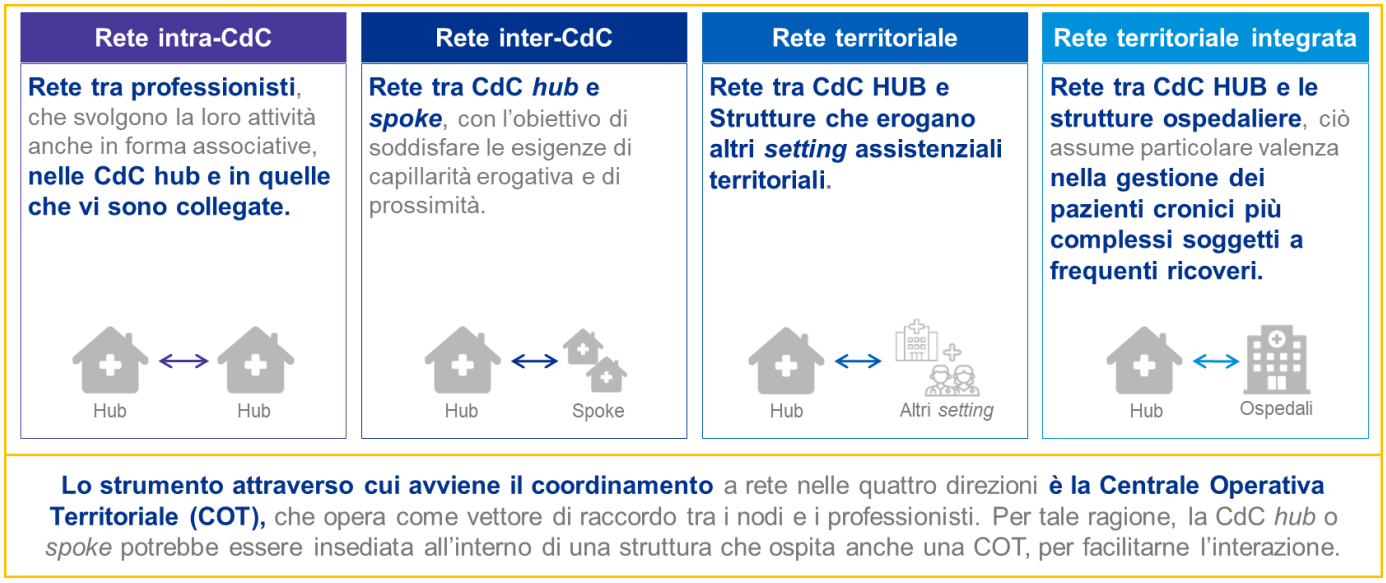
- Popolazione con patologie croniche a bassa o alta complessità;
- Popolazione sana;
- Popolazione con fragilità socioassistenziale;
- Popolazione con bisogni legati ad una specifica branca o area assistenziale, ad oncologia, malattie rare, autismo, bisogni relativi all'area materno-infantile.

**IL BACINO DI RIFERIMENTO DELLA CDC E LE MODALITÀ DI ACCESSO**

Il bacino di riferimento di una CdC è determinato in base al target di popolazione e alla tipologia di servizi offerti. Il bacino può coincidere con l'area geografica in cui la CdC è collocata o può prescindere da essa.

**IL RUOLO DELLE CDC NELLA FILIERA ASSISTENZIALE**

I servizi forniti dalle CdC si inseriscono in un contesto più ampio, che abbraccia l'intera filiera assistenziale, all'interno della quale operano e collaborano diverse figure professionali. In questo scenario, le CdC fungono da nodi centrali, attuando un sistema il cui fulcro risiede nella relazione multiprofessionale. Tale approccio assicura un efficace governo della domanda di assistenza, con un coordinamento delle funzioni relative alla sanità di iniziativa, alla presa in carico, all'accesso unitario e all'orientamento dei pazienti. Questa rete di cooperazione e comunicazione coinvolge le relazioni intra-setting ed inter-setting della filiera assistenziale, includendo anche quelle tra settore sanitario e settore sociale, con un attivo coinvolgimento della Comunità e dei pazienti stessi.
Le quattro reti di interconnessione tra la CdC Hub e la filiera assistenziale sono riportate di seguito:




La CdC Hub, proprio per il suo ruolo centrale nella rete dei servizi, adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni:

- Rete intra-CdC: costituita dalla messa in rete tra professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno della CdC Hub e quelle che vi sono funzionalmente collegate;
- Rete inter-CdC: costituita dalla messa in rete tra CdC Hub e le sue CdC Spoke in modo da soddisfare al meglio le esigenze sanitarie dei diversi contesti;
- Rete territoriale: la CdC Hub è messa in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale, OdC, hospice e rete delle cure palliative, Residenze Sanitarie Assistenziali, Consultori familiari e attività rivolte ai minori, servizi per la salute mentale, dipendenze e disabilità, servizi sociali e altre forme di strutture intermedie e servizi;
- Rete territoriale integrata: la CdC Hub è messa in rete con le strutture ospedaliere, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche. Tale rete integrata comporta lo svolgimento delle attività in due direzioni: l'invio di pazienti in fasi cliniche dall'ospedale alla CdC in quanto richiedono processi assistenziali e l'invio in Ospedale di soggetti il cui stato patologico richiede prestazioni ospedaliere ambulatoriali specialistiche. Tale forma di integrazione assume particolare valenza soprattutto in merito alla gestione comune dei malati cronici più complessi e ad alto grado di instabilità, che sono soggetti a frequenti ricoveri. In tal modo sono generati meccanismi di condivisione delle conoscenze tra i professionisti della CdC e quelli ospedalieri, a favore anche di una maggiore articolazione delle competenze professionali all'interno della CdC.

Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento "a rete" nelle quattro direzioni è la Centrale Operativa Territoriale (COT), che opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti. Secondo gli standard dimensionali definiti dal DM77/22, ad ogni COT afferiscono 2 CdC Hub, oltre ad un numero di CdC Spoke dipendente dalle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio.

**REQUISITI GENERALI E STANDARD TECNOLOGICI E STRUTTURALI**

Tra gli standard tecnologici e strutturali sia delle CdC Hub, sia delle CdC Spoke rientrano:
Sistema integrato di prenotazione al CUP Aziendale per tutte le prestazioni erogate dal SSN, volto a garantire accesso unitario ed integrato all'assistenza sanitaria e sociosanitaria, garantendo l'erogazione di informazioni, servizio di prenotazione e accettazione di prestazioni e se previsti ritiro referti;
Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, oct, spirometro) anche attraverso strumenti di telemedicina.
Le CdC Hub sono dotate di strumentazioni medicali e dispositivi medici, tenendo conto dell'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento, personalizzando, pertanto, le strumentazioni in base alle esigenze specifiche della Comunità.
La dotazione obbligatoria di strumentazioni mediche per ogni CdC Hub è il carrello di emergenza.
La dotazione dei dispositivi dovrà essere adeguata in termini di tipologia e quantità in relazione alla specificità dell'attività svolta.
Le attrezzature che compongono il kit di base per gli ambulatori di seguito elencate possono essere utilizzate da tutti i professionisti sanitari operanti all'interno delle medesime strutture:

| Dotazione minima presente |
|---|
| CARRELLO D'EMERGENZA PROFESSIONALE |
| MONITOR DEFIBRILLATORE |
| ECOTOMOGRAFO MULTIDISCIPLINARE |
| ELETTROCARDIOGRAFO PORTATILE 12 DERIVAZIONI |
| LAMPADA SCIALITICA |
| SPIROMETRO A USO CLINICO DIAGNOSTICO |

| |
|---|
| HOLTER CARDIOLOGICO |
| BILANCIA PESA PERSONA |
| POCT |
| MONITOR PRESSORIO |
| HOLTER PRESSORIO |
| LETTINO DA VISITA |
| OTOSCOPIO |
| DERMATOSCOPIO |
| SFIGMOMANOMETRO |
| PLICOMETRO |
| GLUCOMETRO |

Inoltre, nella CdC Hub può essere presente ogni altro dispositivo medico, strumentazione diagnostica e per immagini, nonché medicale necessaria per soddisfare i bisogni della popolazione di riferimento.
L'adozione di tecnologie e dispositivi associata alla telemedicina nelle CdC hub permette, a tutti i professionisti, di beneficiare di importanti vantaggi come:

- monitoraggio del paziente con soluzioni multidisciplinari;
- follow up frequente della condizione di cronicità;
- individuazione precoce di eventi avversi;
- attività diagnostica anche a domicilio del paziente.

**PERSONALE**

Il DM77/22 provvede alla definizione di indicazioni per quanto riguarda le figure professionali all'erogazione delle attività previste nelle CdC Hub e Spoke.
Nelle CdC Hub e Spoke è prevista la presenza medica, anche attraverso il servizio di continuità assistenziale, e la presenza infermieristica.
La "presenza medica" è definita come disponibilità di un servizio di assistenza medica aperto a tutti gli utenti. Questo servizio può essere erogato da un medico del ruolo unico di assistenza primaria durante l'attività su base oraria o da altro medico specificatamente dedicato. L'attività a ciclo di scelta tipo studio MMG o AFT non rientra nella fattispecie salvo presenza di un accordo specifico che preveda l'accesso per qualsiasi utente.21
La "presenza infermieristica" è definita come disponibilità di un servizio di assistenza infermieristica con infermiere dedicato aperto a tutti gli utenti e senza necessità di prenotazione, es. ambulatorio infermieristico.19
In riferimento al DM77/22 e le linee guida Agenas, le figure professionali previste nelle CdC Hub sono:

- personale medico del ruolo unico di assistenza primaria;
- IFoC;
- assistente sociale del SSN;
- unità di personale di supporto (sociosanitario, amministrativo);
- numero congruo di ore di specialisti ambulatoriali interni e dipendenti in base ai bisogni di salute del territorio.

Le CdC Hub possono ospitare fisicamente forme associative e/o studi di MMG previe intese e convenzioni con gli stessi. Le aggregazioni dei MMG e PLS sono ricomprese nelle CdC avendone in esse, ove accordato,

la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente. Solo attraverso il coinvolgimento dei Medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, si può abbandonare la dimensione settoriale/erogativa delle cure a favore di una medicina di iniziativa. In questo modo, MMG e PLS vengono messi in connessione con gli specialisti del territorio, con l'obiettivo di garantire una reale presa in carico dei pazienti cronici e di migliorare il livello di prossimità delle cure.

**I MECCANISMI DI INTEGRAZIONE**

È necessario, per ogni CdC, identificare i servizi per i quali si prevede integrazione tra la CdC e gli attori della filiera dei servizi sociali e sanitari, pubblici e privati (es. privato accreditato, MMG/PLS, farmacie, strutture ospedaliere, strutture territoriali, ambiti sociali, terzo settore, comunità).
L'identificazione delle modalità di integrazione si basa sull'individuazione di:
Strumenti e procedure:

- PDTA aziendali e regionali esistenti e programmi strutturati di presa in carico della cronicità;
- Condivisione di cartelle cliniche e di piattaforme tra gli attori che contribuiscono alla presa in carico (ad esempio specialisti ospedalieri e territoriali, MMG, IFoC);
- COT

Modelli operativi:

- L'integrazione avviene con la distribuzione di ruoli e responsabilità sulla base di percorsi integrati ospedale-territorio e territorio-territorio;
- Equipe itineranti;
- Teleconsulto tra professionisti (sia tra specialisti ospedalieri e territoriali sia tra essi e i MMG/PLS).

Attori:

- modalità di integrazione dei MMG, PLS e specialisti presso le CdC, sulla base di quanto previsto dall'ACN in vigore;
- È possibile realizzare forme di community building tramite integrazione con terzo settore e comunità, come previsto dal Programma Nazionale Equità nella Salute e da differenti iniziative distrettuali.

**SISTEMI INFORMATIVI**

Per garantire un'efficace assistenza sanitaria, è fondamentale sviluppare una rete di interconnessione tra gli operatori delle CdC Hub e Spoke e con gli altri operatori della filiera assistenziale: in particolare, è fondamentale un sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale e con gli altri sistemi regionali e aziendali, per facilitarne l'organizzazione e l'accesso ai servizi e l'interoperabilità tra i vari attori coinvolti, come i MMG, i PLS e i medici di continuità assistenziale, oltre al paziente stesso.
Al fine di facilitare la comunicazione all'interno della rete di cura e tra professionisti, favorire la sicurezza delle cure e accedere alle informazioni in tempi rapidi, dovranno essere attivate modalità di cooperazione applicativa tra i software in uso nei diversi setting assistenziali e il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), nel rispetto degli standard di interoperabilità definiti dalle linee guida nazionali, per una comunicazione condivisa orientata al supporto nella gestione della documentazione sociosanitaria degli assistiti, allo scambio di informazioni aggiornate e al confronto professionale facilitato (teleconsulenza e teleconsulto) all'interno dell'équipe territoriale e nel rispetto del diritto alla privacy del paziente.

Tutte le unità operative territoriali che compongono il Distretto, incluse le CdC, devono essere dotate di soluzioni digitali idonee ad assicurare la produzione dei documenti sanitari in formato digitale, secondo gli standard adottati a livello nazionale, e la condivisione dei dati relativi a ciascun paziente tra i diversi professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza: ciò al fine di consentire di realizzare servizi in rete pienamente integrati. Si tratta, quindi, di rendere disponibili a ciascun Distretto, anche nell'ambito dei sistemi regionali, infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate e interoperabili sia con i sistemi dell'ecosistema di sanità digitale nazionali e regionali, nonché con le soluzioni di telemedicina.

## INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITA'

Il DM 23 maggio 2022, n. 77 descrive l'Infermiere di Famiglia e Comunità (da ora in poi IFeC) come "la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'IFeC interagisce con tutti gli attori e le risorse, presenti nella comunità, formali" e informali; di conseguenza non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità in quanto professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute.
L'IFeC opera sul territorio e modula le sue attività a seconda del contesto organizzativo territoriale in cui è inserito, diffonde e sostiene una cultura di prevenzione e promozione di corretti stili di vita, si attiva per l'intercettazione precoce dei bisogni e la loro soluzione.
Garantisce presenza continuativa e proattiva nella comunità di riferimento, fornisce prestazioni dirette alle persone assistite, qualora necessarie, e si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio, in modo da rispondere ai diversi bisogni espressi nei contesti urbani e sub-urbani.
L'IFeC agisce a livello individuale e familiare favorendo la promozione e il mantenimento della salute della persona attraverso il rafforzamento della sua autonomia decisionale, con un'offerta assistenziale che comprende sia prestazioni assistenziali anche complesse, sia l'individuazione dei bisogni inespressi, allo scopo di guidare gli assistiti nel loro percorso di gestione del processo di salute, favorendo l'emergere dei potenziali di cura dei singoli e delle famiglie.
L'IFeC favorisce l'attivazione e l'integrazione tra gli operatori degli ambiti sanitario e sociale e le risorse formali e informali presenti sul territorio, in un'ottica di presa in carico della persona in maniera olistica, con particolare attenzione alle condizioni di maggiore fragilità (Planetary Health), perseguendo il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali

### TARGET DELL'INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA E COMUNITÀ NELLA ASL BARI

Per la definizione del target di utenza della ASL Bari, dell'infermieristica di famiglia e comunità vengono identificati i seguenti criteri di eleggibilità:

- **criteri di inclusione** (almeno uno):
  - eleggibilità alla presa in carico con PDTA della cronicità/oncologia
  - non aderenza ai trattamenti
  - incapacità all'autocura
  - fragilità
  - età>65 anni e fragilità
- **criteri di esclusione** (almeno uno)
  - eleggibilità per ADI
  - autonomia funzionale non conservata.

L'IFeC in ASL Bari utilizzerà strumenti di valutazione validati, utili alla identificazione del bisogno sanitario e assistenziale in persone con fragilità, scarsa aderenza ai trattamenti farmacologici, scarso livello di *engagement*, quali ad esempio *Sunfrail Scale* (per migliorare l'identificazione, la prevenzione e la gestione della fragilità in persone di età superiore ai 65 anni), scala Morisky (MMAS Morisky *Medication Adherence Scale*) e NEWS (*National Early Warning Scale*) per fornire una chiara indicazione del livello di complessità assistenziale e scale specifiche per la valutazione della capacità di autocura o di autoefficacia (Scala ADL e IADL). Per quanto riguarda la valutazione della autonomia funzionale si utilizzerà l'indice di Barthel o GEFI (indice di valutazione funzionale globale), in grado di valutare il fabbisogno assistenziale e socio ambientali. Per quanto riguarda gli aspetti relativi alla famiglia si prevede l'impiego del modello multidimensionale che prende in considerazione gli aspetti strutturali, di sviluppo e funzionali della famiglia, denominato *Calgary Family Assessment Model*. Per la valutazione dello stress per i caregiver si adotterà la scala RSS (*Relatives Stress Scale*), per la valutazione psichica dello stesso al fine di formulare il corretto piano assistenziale.
Nella tabella 11 sono definite le modalità operative per l'accesso all'assistenza Infermieristica dai diversi setting assistenziali (Ospedale, Servizi Territoriali, PUA, MMG ecc); a seconda della modalità di segnalazione/attivazione viene effettuata una prima valutazione di eleggibilità rispetto ai criteri di inclusione ed esclusione previsti, sulla base delle informazioni e dati disponibili; successivamente gli IFeC effettuano la valutazione di eleggibilità e conseguente presa in cura mediante accertamento infermieristico mirato anche con l'applicazione di strumenti di misurazione specifici, come illustrato nella Tabella 11.
Per le persone prese in carico da altri servizi del territorio l'IFeC può intervenire con attività di consulenza qualora necessario.
La consulenza infermieristica da parte dell'IFeC può essere richiesta anche dagli infermieri impiegati nel territorio dell'ADI/Cure Palliative per situazioni particolari per cui venga ritenuto utile il ricorso alle competenze avanzate dell'IFeC, nelle more dell'obiettivo di presa in carico progressiva del 10% della popolazione > 65 anni.

**Tabella 11.**

| MODALITÀ DI SEGNALAZIONE DEL BISOGNO OATTIVAZIONE DELLA PRESA IN CURACON INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA O COMUNITÀ | RICEZIONE DELLA SEGNALAZIONE | PRIMA VALUTAZIONE | ELEGGIBILITÀ VALUTAZIONE PER PRESA IN CURA |
|---|---|---|---|
| Determinato con estrazione dalla popolazione target | == | == | IFeC |
| Segnalato dalla rete socio sanitaria**Transizione da ospedale/servizi specialistici a domicilio** | COT | COT | IFeC |
| Segnalato dalla rete socio sanitaria**Transizione da struttura territoriale a domicilio** | COT | COT | IFeC |
| Segnalato dalla rete socio sanitaria**da MMG o PLS, altri servizi territoriali** | COT | COT | IFeC |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Esito di UVMD PUA | == | == | IFeC |
| Segnalato da **attori della comunità** | PUA | PUA | IFeC |
| Segnalato da **utente/famigliare/caregiver** | Centrale operative 116117PUA | PUA | IFeC |

**INDICATORI DI PROCESSO E DI ESITO PER IFEC IN ASL BARI**

Sono stati individuati, in ASL Bari, alcuni possibili indicatori di processo e di esito: tra gli indicatori di processo si individuano:

- numero di utenti presi in cura dai IFeC / totale assistiti MMG di riferimento;
- numero di famiglie prese in cura dai IFeC / totale di utenti (con famiglia) presi in cura dai IFeC;
- numero di accessi di PS degli assistiti, non seguiti da ricovero, prima e dopo la presa in cura da parte dei IFeC;
- numero di pazienti valutati da IFeC/totale dei pazienti con patologia cronica/oncologica specifica.

La valutazione degli esiti dell'infermieristica di famiglia e di comunità dovrebbe focalizzarsi sui risultati sensibili all'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, ad esempio: la qualità di vita, l'abilità di autocura, il cambiamento nei comportamenti legati alla salute e negli stili di vita, l'engagement dell'assistito nel percorso di cura, gli esiti riferiti dai pazienti, la qualità di vita dei caregiver.
Tra gli indicatori di esito si individuano:

- numero di assistiti che presentano un miglioramento della qualità di vita dopo la presa in cura da parte dei IFeC;
- riduzione delle riammissioni in ospedale a 30 giorni da parte degli assistiti presi in cura dai IFeC;
- numero di assistiti con variazioni delle abilità di autocura dopo la presa in cura da parte dei IFeC;
- incremento della partecipazione dell'utenza ai programmi di screening e alle campagne vaccinali proposte;
- mantenimento al proprio domicilio, attraverso il supporto alla famiglia/caregiver, degli assistiti presi in cura dai IFeC;
- miglioramento dell'integrazione socio-sanitaria e coinvolgimento degli attori dell'ambito comunitario di riferimento.

## CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

Le indicazioni regionali, in linea con gli standard di AGENAs, prevedono 1 Centrale Operativa Territoriale (COT) ogni 100.000 abitanti: la linea strategica adottata nella ASL Bari è quella di dotare ogni DSS di una COT, dimensionandola alla dimensione del DSS stesso (figura 8).
La COT in ASL Bari è una struttura innovativa a valenza distrettuale, che svolge una funzione di raccordo tra i Servizi ed i Professionisti coinvolti nei diversi setting della rete clinico-assistenziale (Servizi Sanitari e Sociosanitari, Ospedale, Servizi Sociali) al fine di garantire appropriatezza e tempestività nella presa in carico della persona e la continuità dei percorsi di cura degli assistiti. Non è una centrale telefonica ma è uno strumento di governo del Distretto con compito prioritario di individuare il setting adeguato alla transizione del paziente, in funzione del bisogno clinico-assistenziale dello stesso.

**Figura 8.**




L'obiettivo principale della Centrale Operativa Territoriale è quello di rendere efficaci ed efficienti le risposte ai cittadini in termini di attivazione dei percorsi di presa in carico delle persone affette da patologie croniche e in condizione di fragilità nel passaggio da un setting assistenziale all'altro (territorio - ospedale - territorio), facilitando il raccordo tra le strutture della rete territoriale e garantendo la continuità dell'assistenza anche attraverso la Co-Progettazione e Co-Programmazione dei Servizi.
Il tutto per:

- Evitare, il più possibile, i ricoveri impropri;
- Disintasare Ospedali e Pronto Soccorso da pazienti cronici;
- Avvicinare le cure al paziente (Principio di Prossimità);
- Ridurre i costi associati a ricoveri/prestazioni inappropriate, nonché i costi sociali;
- Personalizzare le Cure Domiciliari e Territoriali.

La COT, utilizzando percorsi e protocolli validati per la gestione omogenea in tutti i DSS della ASL Bari, rivolge la propria azione prioritariamente alla popolazione fragile (non autosufficiente e/o con fragilità sociale/familiare), oltre che affetta da disabilità e da malattie a lunga persistenza, attivandosi per favorire:

- la dimissione ospedaliera, attraverso una appropriata presa in carico territoriale, garantita da tempestiva trasmissione elettronica (tramite CCE) dei dati anagrafici, clinici, assistenziali, riabilitativi e sociale, al fine di valutare il corretto setting;

- la presa in carico post ricovero acuto;
- la transizione da un luogo di cura all'altro;
- il passaggio da un livello clinico/assistenziale all'altro.

**FUNZIONI DELLA COT**

Le funzioni specifiche della COT nella ASL Bari sono schematizzate nelle figure 9a e 9b e di seguito riportate:

- interfaccia con le CdC, gli ospedali, la rete di emergenza-urgenza e la rete dei servizi territoriali (domicilio, cure intermedie, hospice e rete delle cure palliative, RSA, salute mentale, ecc)
- collegamento della rete dei professionisti dell'assistenza territoriale (MMG, IFeC, ADI, servizi sociali, ecc), dalla quale dovrebbero poter riceve le segnalazioni in tempo reale, corredate da tutte le informazioni necessarie alla presa in carico
- condivisione delle disponibilità delle strutture dell'assistenza territoriale (Cure Intermedie, RSA, Hospice ecc.), in modo tale da garantire l'ottimizzazione del flusso di accesso e di dimissione dalle stesse, massimizzandone il turnover dei posti letto. Deve essere dotata di una piattaforma regionale dove poter rendere visibili le disponibilità di posti letto territoriali, effettuare l'accettazione del paziente, e facilitare il processo di dimissione verso le strutture intermedie e da lì al domicilio
- ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale e coordina la presa in carico della persona nella transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione da strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare (dimissione protetta)
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro
- supporto informativo e logistico continuo ai professionisti della rete intra-CdC (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), inter-CdC, territoriale e territoriale-integrata riguardo le attività e servizi distrettuali
- sviluppo dei processi in maniera strutturata della presa in carico dei pazienti cronici a domicilio tramite il telemonitoraggio, il teleconsulto e la televisita
- implementazione degli interventi in ambito di medicina di iniziativa, personalizzazione delle cure
- affidamento delle cronicità stabilizzate verso ambulatori infermieristici di prossimità.

**STRUMENTI NECESSARI AL FUNZIONAMENTO DELLA COT**

- Standardizzazione e personalizzazione della segnalazione attraverso Cartella Clinica Elettronica (CCE) nella transizione da ospedale a territorio
- Standardizzazione e personalizzazione della segnalazione da territorio a territorio
- Criteri di valutazione uniformi e condivisi
- Multidimensionalità (clinica, infermieristica, sociale e funzionale)
- Integrazione professionale per definire i percorsi di continuità delle cure
- Infrastruttura tecnologicaUna funzione che non può essere assegnata alla COT, che non ha e non può assumere compiti e funzioni di produzione ed erogazione diretta delle prestazioni ai pazienti in quanto

strumento di interazione e transizione

**Figura 9a.**

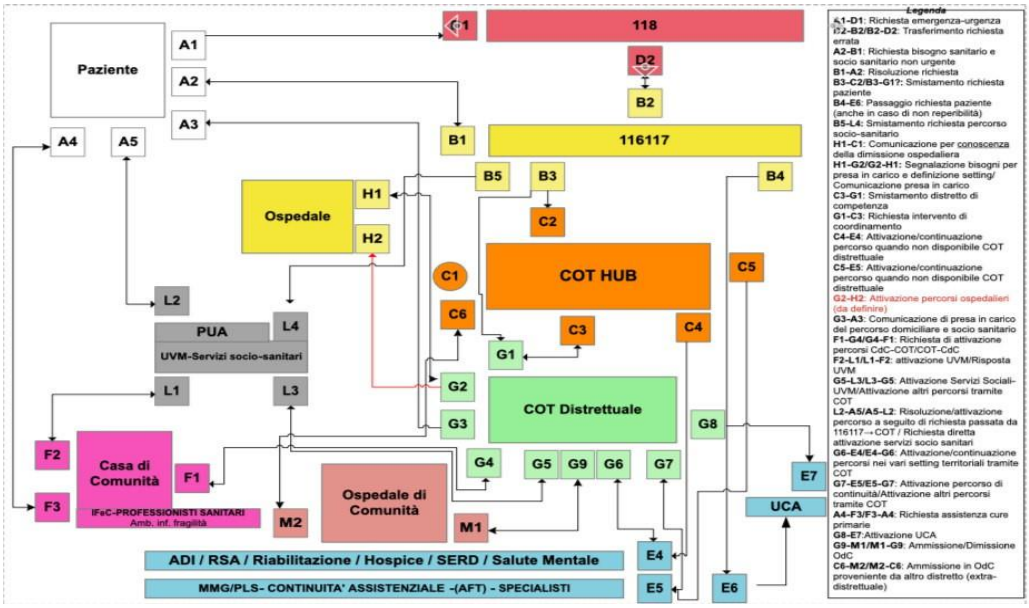



**Figura 9b.**

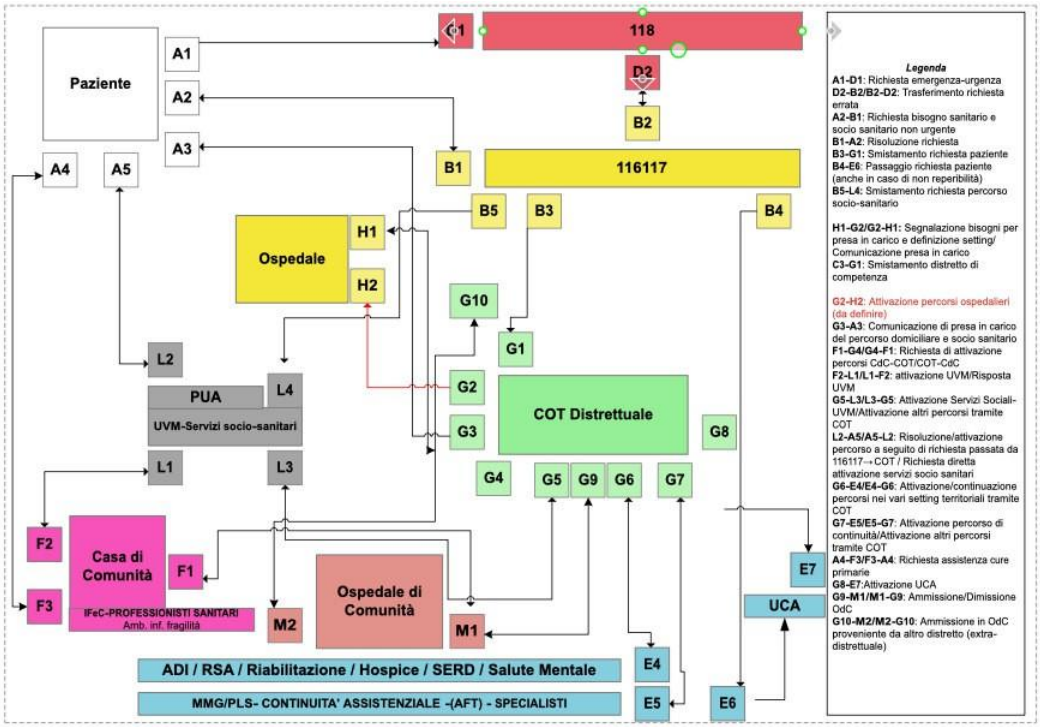


***Figura 9c PERCORSO DI TRANSIZIONE DA OSPEDALE***

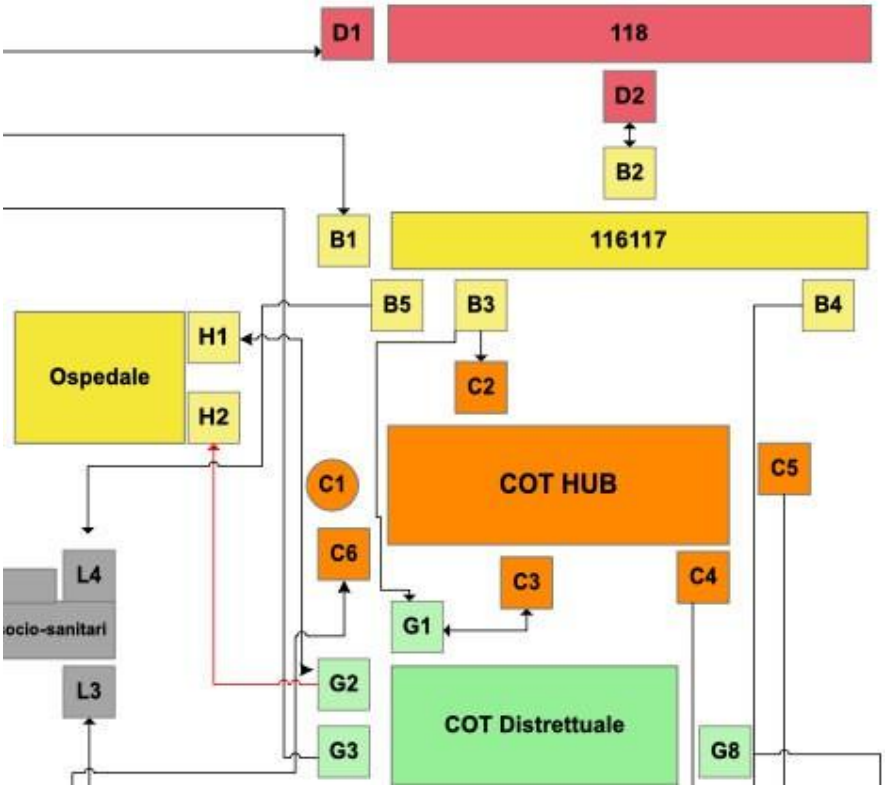
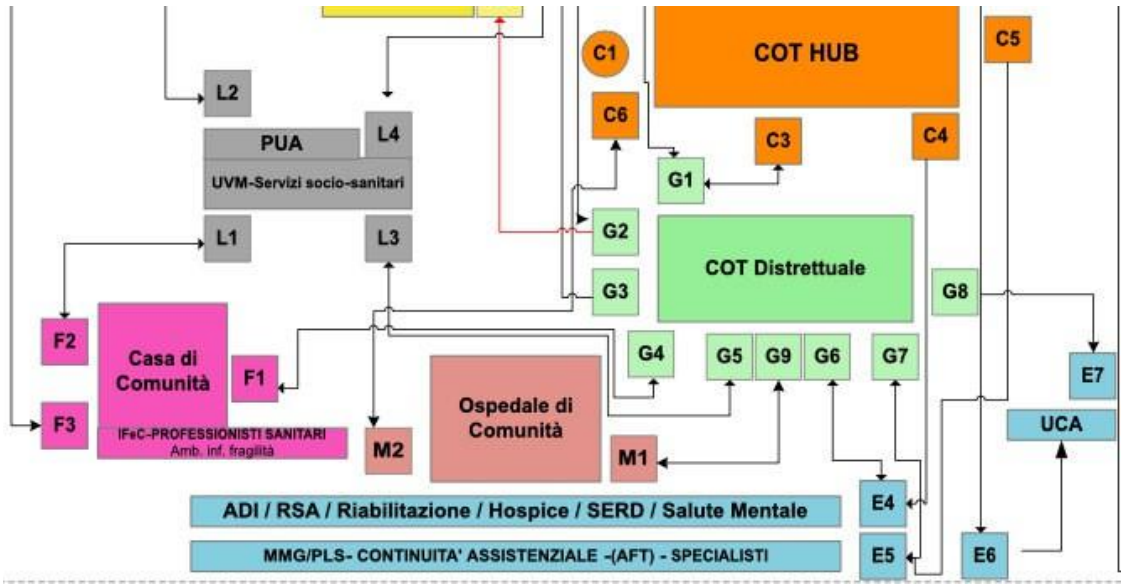



***Figura 9d PERCORSO DI TRANSIZIONE DA TERRITORIO***




Il personale previsto per il corretto funzionamento:

- Coordinatore Infermieristico (anche a scavalco tra più COT) che coordina anche le Cure Domiciliari nello stesso DSS
- CPS Infermieri
- personale di
- supporto medico, dato dal Responsabile della UOS Attività Domiciliare o da suo delegato;
- Assistente Sociale

Le COT attivate sono le seguenti:

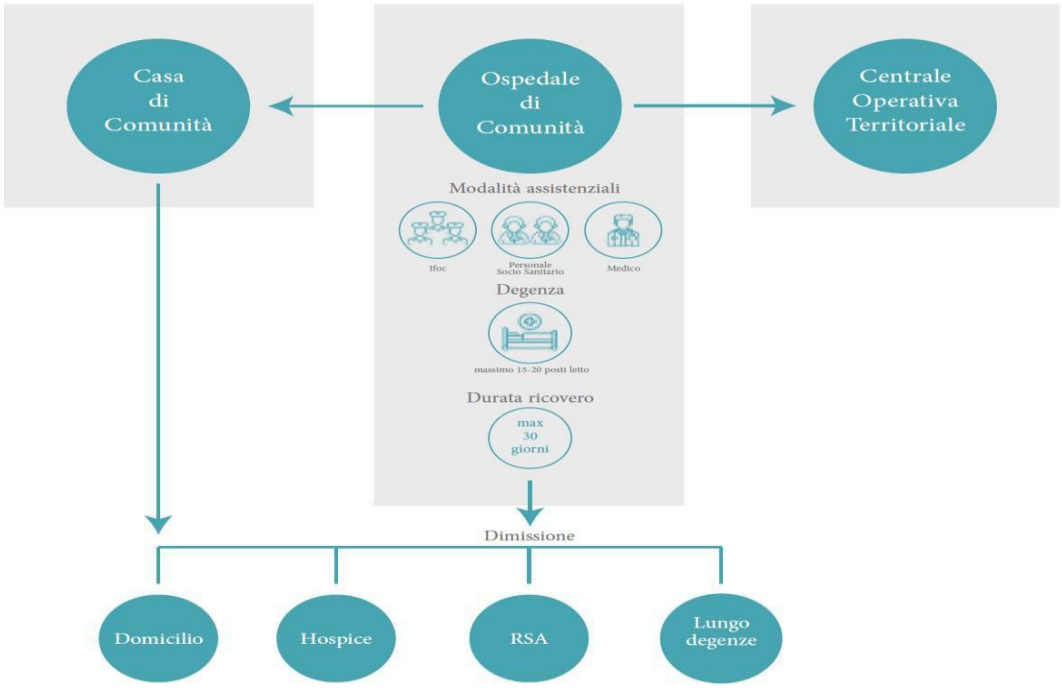
| N. | DISTRETTO | CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT) | POPOLAZIONE AL 31.12.2022 | INDICE DI VECCHIAIA 2023 |
|---|---|---|---|---|
| 1. | DISTRETTO N. 1 MOLFETTA | GIOVINAZZO | 76.695 | 221,7 |
| 2. | DISTRETTO N. 2 RUVO DI PUGLIA | RUVO DI PUGLIA | 97.492 | 220,4 |
| 3. | DISTRETTO N. 3 BITONTO | BITONTO | 73.743 | 215,1 |
| 4. | DISTRETTO N. 4 ALTAMURA | SANTERAMO IN COLLE | 139.569 | 193,9 |
| 5. | DISTRETTO N. 5 GRUMO APPULA | GRUMO APPULA | 66.852 | 192,4 |
| 6. | DISTRETTO BARI (EX DD.SS.SS. 6-7-8) | BARI | 316.015 | 178,4 |
| 7. | DISTRETTO N. 9 MODUGNO | MODUGNO | 59.306 | 177,9 |
| 8. | DISTRETTO N. 10 TRIGGIANO | VALENZANO | 80.702 | 177,4 |
| 9. | DISTRETTO N. 11 MOLA DI BARI | RUTIGLIANO | 68.594 | 165,6 |
| 10. | DISTRETTO N. 12 CONVERSANO | MONOPOLI | 91.306 | 162,3 |
| 11. | DISTRETTO N. 13 GIOIA DEL COLLE | CASAMASSIMA | 64.849 | 150,9 |
| 12. | DISTRETTO N. 14 PUTIGNANO | NOCI | 87.979 | 136,9 |
| | ASL | 12 | 1.223.102 | 186,4 |

## OSPEDALE DI COMUNITA'

L'Ospedale di Comunità è la struttura sanitaria della rete territoriale, già prevista dal PSN 2006-2008 e descritta nell'Allegato 10 del DM 70/2015, collocata a ponte dei servizi di transizione tra territorio e l'ospedale, afferente al Distretto di appartenenza e rivolta a pazienti, prevalentemente affetti da patologia cronica, che necessitano di cure ed assistenza per intensità clinica medio/bassa e stabilizzata, per un periodo di tempo breve; vista la tipologia di pazienti, si tratta quindi di pazienti con un'elevata complessità assistenziale a fronte di una bassa intensità di cure.
La gestione operativa è affidata al personale infermieristico, supportato da personale OSS, mentre l'assistenza medica potrà essere assicurata dai MMG e dalla CA o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN (il responsabile clinico è il MMG del paziente, trattandosi di soggetto dimesso e collocato sul territorio); la responsabilità igienico-sanitaria è in capo al Distretto socio Sanitario di cui l'OdC è struttura.
Le prestazioni sono erogate sulla base di una valutazione multidimensionale della persona da assistere, attraverso un Piano Integrato e Individualizzato di cura (PAI).
L'OdC può avere una sede propria, ad es. in ex ospedale dismesso, oppure essere collocato in una Casa della Comunità, o in strutture sanitarie polifunzionali, o presso strutture residenziali sociosanitarie, RSA, ecc. oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma sempre riconducibile ai servizi ricompresi nell'assistenza territoriale distrettuale.
Nel modello della ASL Bari la COT distrettuale è la centrale di coordinamento in entrata ed uscita per l'OdC di riferimento territoriale e dispone di una mappa letti degli OdC del proprio territorio.

**Figura 11.**

Sistema di organizzazione dell'assistenza territoriale offerta dall'OdC



I requisiti di ammissione in OdC che la COT deve valutare devono essere i medesimi per tutta la rete aziendale degli OdC e la COT HUB ha il compito di interconnettere gli OdC dei vari DSS:

- diagnosi o prognosi già definita;
- eventuale punteggio derivante da una scala/e di valutazione, ovvero la presenza di una unica scala a livello aziendale/regionale (SVAMA, NEWS, MEWS, ecc.) con cut-off definito, che individui con precisione ed omogeneità il livello clinico compatibile per la struttura;
- programma di trattamento già stilato e condiviso con il paziente e/o con la famiglia;
- definizione del percorso territoriale a seguito della degenza in OdC.

Dotazione strumentale: Letti ospedalieri, Materassi antidecubito, sollevatori, carrozzine, barella, Cartella Clinica Elettronica, ECG portatile, POCT, Armadio Farmaci, PC con stampante per sala infermieri e stanza medici.

## ASSISTENZA DOMICILIARE

Le Cure Domiciliari nella ASL Bari mirano a stabilizzare il quadro clinico, a limitare il declino funzionale e a migliorare la qualità della vita della persona nel proprio ambiente di vita e familiare, evitando per quanto possibile, il ricorso al ricovero ospedaliero all'istituzionalizzazione.

L'Azienda assicura la continuità tra l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio e tra i diversi setting territoriali e il domicilio, attraverso l'azione organizzativa della COT.

La richiesta di attivazione delle cure domiciliari può essere presentata da chiunque (paziente, familiare, servizi sociali) agli uffici competenti della ASL Bari, situati presso i Distretti Socio Sanitari Aziendali o telefonicamente al numero 116117, di prossima attivazione, oppure da operatori sanitari (Professionisti ospedalieri, MMG, PLS, IFeC, ecc.) attraverso la attivazione della segnalazione alla COT di residenza.

Sono essenzialmente tre i principali obiettivi, tra loro interconnessi, che la ASL Bari intende perseguire, tra essi complementari, individuati nella Missione n.6 del PNRR in tema di assistenza domiciliare nei confronti di pazienti con patologie croniche e over 65:

- realizzare un nuovo modello organizzativo di integrazione funzionale dei servizi distrettuali, attraverso la realizzazione delle 12 COT;
- accrescere il numero di pazienti che sarà possibile assistere a domicilio fino al raggiungimento dell'obiettivo del 10% di assistiti nei soggetti over 65aa;
- implementare la telemedicina.

Per quanto riguarda l'incremento dei pazienti prendere in carico in Cure Domiciliari, l'obiettivo è di raggiungere gli standard previsti dal PNRR, Missione 6, Componente 1, promuovendo e sviluppando nuovi modelli di assistenza basati sulle tecnologie digitali di telemedicina.

**RETE DELLE CURE PALLIATIVE**

Il Dipartimento di Assistenza Territoriale è un Dipartimento Funzionale con attività di Coordinamento dei 12 Distretti Socio Sanitari della Asl Bari, dell'U.O.C. Cure Palliative e Hospice Monopoli, dell'U.O.C. Direzione Amministrativa e dell'U.O.C. medicina penitenziaria. L' U.O.C. Cure Palliative Hospice Monopoli ha funzione di Centro di Coordinamento Aziendale delle Cure Palliative oncologiche e non-oncologiche. Sono articolazioni interne dell'UOC Cure Palliative di Monopoli le seguenti l'UOS Cure Palliative di Grumo Appula e l'UOS Fragilità e Complessità Assistenziale.
Le prestazioni palliative oncologiche erogate sono le seguenti:
- prestazioni di tipo medico, farmacologico, psicologico, spirituale, socio-sanitario e assistenziale nelle cure palliative erogate ininterrottamente da equipe multidisciplinari;
- assistenza specialistica ambulatoriale e day hospice dove vengono effettuate valutazioni specialistiche ovvero prestazioni diagnostico-terapeutiche e assistenza a ciclo diurno non eseguibili a domicilio;
- cure palliative oncologiche domiciliari a cura di equipe specialistiche.

Le Cure Palliative Non-Oncologiche del Servizio di appartenenza garantiscono la gestione di patologie croniche in cui la guarigione non è più possibile (pazienti affetti da SLA, SMA, Sclerosi Multipla, Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza, Severa Insufficienza Respiratoria e/o Cardiaca, Malattie Rare con severe manifestazioni cliniche in età adulta e pediatrica la maggior parte dei quali sono portatori di tracheostomia e ventilati meccanicamente e/o di gastrostomia e nutriti artificialmente). Le cure, domiciliari e/o residenziali, tra gli altri, hanno l'obiettivo di migliorare la qualità di vita del malato e del nucleo familiare di appartenenza e di alleviare le sofferenze fisiche, psichiche, sociali e relazionali attraverso l'integrazione socio sanitaria.
Sono garantite anche le cure palliative end-of-life.
Sono articolazioni interne dell'UOC Cure Palliative di Monopoli le UOS Cure Palliative di Grumo Appula con sede operativa nell'Hospice allocato presso il Distretto Socio-Sanitario
n. 5 e UOS Fragilità e Complessità Assistenziale (UFCA) suddivisa in n. 4 Macro Aree:
· Macro area Metropolitana, comprendente il DSS Unico Bari ed il DSS 10;
· Macro area Sud, comprendente i DD.SS.SS. 11, 12, 13 e 14;
· Macro area Nord, comprendente i DD.SS.SS. 1, 2 e 3;
· Macro area Murgia, comprendente i DD.SS.SS. 4, 5 e 9.

Il DM 77/2022 richiama un nuovo modello organizzativo che rafforza e standardizza la Rete delle Cure Palliative, costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, rivolta a malati di tutte le età, non più esclusiva della fase di terminalità e definisce lo standard cui uniformarsi per lo sviluppo delle cure palliative; la deliberazioni della Giunta regionale n. 1868/2022, n.1565/2023, n 29/2024 hanno definito il modello organizzativo e di funzionamento della Rete Locale delle Cure Palliative, quali aggregazioni funzionali e integrate tra i diversi setting assistenziali e approvato un piano di potenziamento delle cure palliative pluriennale.
Con delibera 2614 del 227/12/2023 la Asl Bari ha costituito il coordinamento aziendale e la rete locale di cure palliative (RLCP) che è definita come un'aggregazione funzionale integrata dei soggetti erogatori delle attività di cure palliative garantite nei diversi setting assistenziali (ospedale, ambulatorio, domicilio, hospice) in ciascuna ASL; la Rete Locale di Cure Palliative agisce sul territorio

assicurando l'erogazione dell'assistenza:

· nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera attraverso equipe di cure palliative della rete che erogano consulenza, facilitano l'attivazione dei percorsi di cure palliative per garantire la continuità ospedale-territorio, supportano l'equipe dell'unità operativa ospedaliera nelle strategie per la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici;
· nell'ambito ambulatoriale dove sono erogate cure palliative precoci e simultanee da equipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative che operano all'interno della RLCP; attualmente, in Asl Bari, sono presenti diversi ambulatori di terapia del dolore e delle Fragilità.
· a domicilio del paziente, attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD), con la previsione di un'equipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unità di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale per assicurare la continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7. Tale equipe può essere, dal punto di vista organizzativo, integrata con l'equipe dell'assistenza domiciliare integrata
· nelle strutture residenziali e negli Hospice, con standard di riferimento di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti; attualmente nella Asl Bari ci sono 16 posti dedicati presso Hospice di Monopoli e Grumo afferenti all'UOC Cure Palliative ASL a cui si sommano 30 pl presso l'Hospice Marena di Bitonto e 20 pl presso Villa Eden di Turi.

La governance della Rete Locale Cure Palliative, il cui coordinamento è affidata al Direttore dell'UOC Cure Palliative, è rappresentata da un organismo di coordinamento, che garantisca la più ampia partecipazione rappresentativa dei Soggetti erogatori (Hospice – di tipo sanitario e sociosanitario - MMG, Soggetti erogatori accreditati di Cure Palliative domiciliari, Organizzazioni di volontariato e no profit operanti nel settore delle Cure Palliative).
La Rete Locale Cure Palliative svolge le seguenti funzioni:

1) coordina e integra le CP nei diversi livelli di assistenza, in collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale, i Punti Unici di Accesso, l'ADI e l'Assistenza Primaria;
2) definisce un sistema di erogazione di CP, per l'attuazione dei percorsi di presa in carico e di continuità delle cure e dell'assistenza favorendo l'integrazione dei servizi sanitari e sociali;
3) adotta sistemi di valutazione, miglioramento della qualità e controllo dei percorsi di cura erogati;
4) adotta sistemi di monitoraggio dei costi delle prestazioni ambulatoriali, ospedaliere, residenziali (hospice) e domiciliari e di indicatori quali-quantitativi della rete di cure palliative;
5) raccoglie e trasmette i dati al sistema informativo;
6) attiva percorsi formativi aziendali specifici in cure palliative;
7) partecipa a iniziative di Ricerca.

La governance della Rete Locale di Cure Palliative a livello aziendale è composta come di seguito indicato:
- coordinatore della rete;
- referenti dei diversi setting assistenziali;
- referenti delle singole strutture;
- rappresentanza delle associazioni di volontariato di settore.

L'organismo di Coordinamento aziendale composto da:

a) coordinatore della Rete Locale - Direttore U.O.C. Cure Palliative - Hospice Monopoli;
b) referente U.O.S. Fragilità e Complessità Assistenziale;

c) referente struttura ospedaliera aziendale;
d) referente nell'ambito ambulatoriale dove sono erogate cure palliative precoci e simultanee;
e) referente del servizio delle cure palliative domiciliari;
f) referente U.O.S. Hospice - Grumo Appula;
g) referente Hospice "Aurelio Marena" - Fondazione Opera Santi Medici Cosma e Damiano Onlus;
h) referente Hospice "Villa Eden" - Centro Cure Palliative;
i) referente del Centro Territoriale Malattie Rare;
g) referente delle associazioni di volontariato di settore.

Azioni previste per l'anno in corso:

· sviluppo della rete locale aziendale
· connessione dei nodi ospedaliero, residenziale, domiciliare, ambulatoriale
· piani formativi dedicati e già in corso
· coinvolgimento in maniera organizzata degli erogatori di terzo settore operanti del campo delle cure palliative
· implementazione delle UCP domiciliari con richiesta di risorse umane, strumentali e gestionali.

**SERVIZI PER LA SALUTE DEI MINORI, DELLE DONNE, DELLE COPPIE E DELLE FAMIGLIE**

Il Consultorio Familiare (CF) e l'attività rivolta alle donne, alle coppie, alla famiglia e ai minori nell'ambito dell'assistenza territoriale. Si caratterizza per la possibilità dell'accesso diretto garantendo prestazioni multiprofessionali di equipe, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative, preventive. Gli ambiti di attività dei CF sono quelli previsti nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Nella ASL Bari in ogni consultorio esistente è garantita l'attività consultoriale e i servizi previsti, caratterizzata da un approccio multidisciplinare, multiprofessionale e olistico (*Planetary Health*) ma soprattutto intersettoriale (es. settore scolastico, culturale), attraverso la qualità dell'accoglienza, dell'ascolto e della comunicazione e applicando programmi multiprofessionali di promozione alla salute e di assistenza, volti anche alla presa di consapevolezza delle persone e delle comunità, come per il progetto di prevenzione e contrasto della violenza donne e minori.

Operatori del CF sono: l'ostetrica, il medico ginecologo, lo psicologo, l'assistente sociale, l'infermiere, l'assistente sanitario e altro personale sanitario, quale ad esempio l'educatore professionale con funzioni sociosanitarie, il personale amministrativo, e altre figure come il mediatore linguistico culturale, il mediatore familiare, il terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (tnpee), il tecnico della riabilitazione psichiatrica (terp), l'avvocato, in perfetta integrazione in rete con altri servizi sanitari (prevenzione, territoriali e ospedalieri) e della rete Materno Infantile.

Ad oggi, nella ASL BA il numero di Consultori Familiari attivati presso i D.S.S. non risulta aderente a quello previsto in rapporto alla popolazione.

In ASL Bari l'attività consultoriale potrà svolgersi all'interno delle Case della Comunità, dove in alcune di nuova costruzione è previsto uno sportello specializzato che risponda alle esigenze del territorio in cui la CdC insiste.

## SISTEMI INFORMATIVI E DI QUALITA'

La ASL Bari ha definito un "intervento che mira alla realizzazione di un sistema di interconnessione aziendale che permetta ai dati, anche clinici (si pensi a quelli derivanti da dispositivi medici, ad esempio gli impiantabili, pacemaker) di essere disponibili in tempo reale".
L'intervento è finalizzato al collegamento e al coordinamento dei professionisti e dei servizi sanitari territoriali, sanitari e sociosanitari, ospedalieri, nonché quelli della rete dell'emergenza-urgenza.
L'infrastruttura e gli applicativi - a disposizione dei professionisti nei diversi setting assistenziali - devono potersi integrare con i database aziendali, connettersi con la Centrale 116117, per l'accesso alla totalità dei servizi sul territorio, interconnettersi con i sistemi di telemedicina e con la CCE.
Gli altri sistemi / setting coinvolti possono essere interconnessi con la COT: FSE, assistenza domiciliare, applicativi regionali di cartella clinica, applicativi aziendali LIS e RIS PACS, CUP.
L'intervento mira al potenziamento di strumenti tecnologici nell'ambito delle Centrali Operative Territoriali, e che lo stesso concorrerà al raggiungimento degli obiettivi relativi all'intervento 1.2.3 Telemedicina, in coerenza con l'attivazione a livello regionale.

## NOTE FINALI

Fermo restando che ogni azione è in linea con le indicazioni regionali e nazionali in tutte le articolazioni del DM 77/2022, la ASL Bari si renderà autonoma nella realizzazione di procedure interne per l'attivazione corretta, capillare e appropriata delle reti territoriali.

**PROFILI CONTABILI**

☐ RILEVANTE, a valere su: ☒ NON rilevante

**ONERI DI PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA EX D. LGS. 33/2013:**

☒ SOGGETTA a pubblicazione ☐ NON soggetta a pubblicazione

| Sottosezione di Primo LIvello | Sottosezione di Secondo LIvello | Riferimento Normativo |
|---|---|---|
| Disposizioni generali | Atti generali | Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 |

**ONERI DI RISERVATEZZA:**

☐ CONTIENE dati personali da NON pubblicare ☒ NON contiene dati personali

**DESTINATARI NOTIFICA/TRASMISSIONE**

*PROPOSTA N.RO 20260001547 APPROVATA CON DELIBERAZIONE N.RO 20260001281 DEL 19/06/2026*

*Con la sottoscrizione in calce al presente provvedimento, i firmatari di cui sopra, ciascuno in relazione al proprio ruolo come indicato e per quanto di rispettiva competenza, attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale applicabile e che il provvedimento predisposto è conforme alle risultanze istruttorie agli atti d'ufficio.*

*I medesimi soggetti dichiarano, inoltre, di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, della vigente sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.*

| RUOLO | NOME E COGNOME | FIRMA |
|---|---|---|
| Estensore | Paciello Margherita | *Firmato digitalmente il 19/06/2026 16:35* |
| Dirigente Responsabile UOS Affari Generali | Iorio Raffaele | *Firmato digitalmente il 19/06/2026 16:36* |